

2025

কভারজের মে মোগ

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

New York H5992-007

1লা জানুয়ারি থেকে 31শে ডিসেম্বর, 2025 পর্যন্ত কার্যকর

H5992_25_007_NYEOC_C

NY-H5992-007-DSNP-EC-BN-25



OMB-এর অনুমোদন O938-1051 (মেয়াদোত্তীর্ণ: 31 আগস্ট, 2026)



1লা জানুয়ারী – 31শে ডিসেম্বর, 2025

কভারেজের প্রমাণ:

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্য হিসেবে আপনার Medicare বিষয়ক স্বাস্থ্য সুবিধা ও পরিষেবা এবং প্রেসক্রিপশন ড্রাগের কভারেজ

এই নথিটি থেকে আপনি 1 জানুয়ারী – 31 ডিসেম্বর, 2025 তারিখের মধ্যে আপনার Medicare এবং Medicaid স্বাস্থ্যসেবা, দীর্ঘ-মেয়াদী যত্ন, বাড়ি এবং কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবা এবং প্রেসক্রিপশন ড্রাগের কভারেজ সম্পর্কে বিস্তারিত বিবরণ জানতে পাবেন। **এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ আইনি নথি। অনুগ্রহ করে এটি একটি সুবক্ষিত স্থানে রাখুন।**

এই নথিটি সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিসে (833) 671-0440 নম্বরে যোগাযোগ করুন। (TTY ব্যবহারকারীদের 711 নম্বরে কল করতে হবে)। 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত 8টা, সপ্তাহে 7 দিন। 1লা এপ্রিল থেকে 30শে সেপ্টেম্বর, স্থানীয় সময় সোমবার – শুক্রবার, সকাল 8টা থেকে রাত 8টা। এই কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

এই প্ল্যান, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Senior Whole Health of New York, Inc. কর্তৃক অফার করা হয়। (যখন এটি এভিডেন্স অব কভারেজ হিসেবে “আমরা” বা “আমাদের” বলে তখন এর মানে হলো Senior Whole Health of New York, Inc.। যখন এটি “প্ল্যান” বা “আমাদের প্ল্যান” বলে তখন এর মানে হলো Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)।)

এই নথিটি স্প্যানিশ, চীনা, আরবি, কোরিয়ান, রাশিয়ান, ইতালীয়, ফ্রেঞ্চ, ফ্রেঞ্চ ক্রেওল, ঐন্দিশ, পোলিশ, তাগালগ, বাংলা, আলবেনিয়ান, গ্রীক এবং উর্দুতে বিনামূল্যে পাওয়া যায়।

আপনি এই নথিটি ইংরেজি ভাষা(সমূহ) ব্যতীত বা অন্যান্য ফরম্যাটে বিনামূল্যে পেতে পারেন, যেমন- বড় মুদ্রণ, ব্রেইল বা অডিও আকারে। (833) 671-0440, (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

1লা জানুয়ারী, 2026-এ সুবিধাগুলি পরিবর্তিত হতে পারে।

ফর্মুলারি, ফার্মেসি নেটওয়ার্ক এবং/অথবা প্রোভাইডার নেটওয়ার্ক যেকোনো সময় পরিবর্তিত হতে পারে। সময়মতো আপনি নোটিশ পাবেন। আমরা অন্তত 30 দিন আগে পরিবর্তন সম্পর্কে সংশ্লিষ্ট নথিভুক্তদের জানাব।

Molina Healthcare হলো Medicare চুক্তি সম্বলিত একটি C-SNP, D-SNP এবং HMO প্ল্যান। স্টেট Medicaid প্রোগ্রামের সাথে D-SNP প্ল্যানগুলোর একটি চুক্তি রয়েছে। চুক্তি নবায়নের উপর তালিকাভুক্তি নির্ভর করে।

এই নথিটি আপনার সুবিধা এবং অধিকার ব্যাখ্যা করে। নিম্নোক্ত বিষয়গুলো বুঝতে এই নথিটি দেখুন:

- আপনার প্ল্যানের প্রিমিয়াম এবং খরচ ভাগ;
- আপনার চিকিৎসা এবং প্রেসক্রিপশন ড্রাগ সুবিধা;
- আপনি কোনো পরিষেবা বা চিকিৎসা নিয়ে সন্তুষ্ট না হলে, কীভাবে অভিযোগ দায়ের করবেন;
- আপনার আরও সহায়তার প্রয়োজন হলে কীভাবে আমাদের সাথে যোগাযোগ করবেন; এবং,
- Medicare আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় অন্যান্য সুরক্ষা।

H5992_25_007_NYEOC_C

সূচিপত্র

2025 এভিডেন্স অব কভারেজ

সূচিপত্র

অধ্যায় 1:	একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা.....	4
সেকশন 1	ভূমিকা.....	5
সেকশন 2	কোনটি আপনাকে একটি প্ল্যানের সদস্য হতে উপযুক্ত করে তোলে?.....	6
সেকশন 3	আপনি গুরুত্বপূর্ণ সদস্যদের উপাদান পাবেন.....	8
সেকশন 4	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর জন্য আপনার মাসিক ব্যয়.....	9
সেকশন 5	আপনার মাসিক প্রিমিয়াম সম্পর্কে আরও তথ্য.....	11
সেকশন 6	আপনার প্ল্যানের সদস্যতা রেকর্ড আপ টু ডেট রাখা.....	12
সেকশন 7	অন্যান্য বীমা আমাদের প্ল্যানের সাথে কীভাবে কাজ করে.....	12
অধ্যায় 2:	গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ.....	14
সেকশন 1	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর পরিচিতিসমূহ (স্বাস্থ্য সার্ভিসে কিভাবে যোগাযোগ করবেন তা সহ কিভাবে আমাদের সাথে কিভাবে যোগাযোগ করবেন).....	15
সেকশন 2	Medicare (Federal Medicare প্রোগ্রাম থেকে কিভাবে সরাসরি সাহায্য এবং তথ্য পাবেন).....	19
সেকশন 3	স্টেট হেলথ ইন্সুরেন্স অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (Medicare সম্পর্কে বিনামূল্যে সহায়তা, তথ্য এবং আপনার যেকোনো প্রশ্নের উত্তর).....	20
সেকশন 4	মান উন্নয়ন সংস্থা.....	21
সেকশন 5	সোশ্যাল সিকিউরিটি.....	22
সেকশন 6	Medicaid.....	22
সেকশন 7	রোগীদের প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য তাদের অর্থ প্রাপ্তিতে সহায়তা পাওয়ার প্রোগ্রাম সম্পর্কিত তথ্য.....	25
সেকশন 8	রেলরোড রিটার্নমেন্ট বোর্ড-এর সাথে কীভাবে যোগাযোগ করবেন.....	26
সেকশন 9	আনার কি কোনো গ্রুপ বীমা বা নিয়োগকর্তার থেকে অন্য কোনো স্বাস্থ্য বিমার ব্যবস্থা আছে?.....	27
অধ্যায় 3:	আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা.....	28
সেকশন 1	আমাদের প্ল্যানের একজন সদস্য হিসাবে চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা প্রাপ্তি সম্পর্কে আপনাকে যা যা জানতে হবে.....	29
সেকশন 2	আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা পেতে প্ল্যানের নেটওয়ার্কে থাকা পরিষেবা প্রদানকারীদের সাহায্য নিন.....	30
সেকশন 3	যখন আপৎকালীন পরিস্থিতি তৈরি হলে বা অবিলম্বে জরুরী পরিচর্যার প্রয়োজন হলে বা বিপর্যয়ের সময় কীভাবে পরিষেবা পাওয়া যাবে.....	33
সেকশন 4	আপনার পরিষেবার সম্পূর্ণ খরচের জন্য আপনাকেই সরাসরি বিল করা হলে কী হবে?.....	35
সেকশন 5	আপনি কোনো ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নে থাকলে, আপনার চিকিৎসাগত পরিষেবাগুলি কীভাবে আওতাভুক্ত করা হবে?.....	35
সেকশন 6	ধর্মীয় নন-মেডিকেল স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে পরিচর্যা নেওয়ার নিয়মাবলী.....	36
সেকশন 7	টেকসই মেডিক্যাল সরঞ্জামের মালিকানার জন্য নিয়মাবলী.....	37
অধ্যায় 4:	মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে).....	39
সেকশন 1	কভার করা পরিষেবাগুলি বুঝে নিন.....	40
সেকশন 2	কী কী কভার করা হয়েছে তা খুঁজে বের করতে মেডিকেল বেনিফিট চার্ট ব্যবহার করুন.....	40

সূচিপত্র

সেকশন 3	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর বাইরে কী কী পরিষেবা কভার করা হয়েছে?	83
সেকশন 4	প্ল্যান কর্তৃক কোন কোন পরিষেবাগুলো কভার করা হয়নি?	83
অধ্যায় 5:	পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা	86
সেকশন 1	ভূমিকা	87
সেকশন 2	আপনার প্রেসক্রিপশনটি কোনো নেটওয়ার্কের ফার্মেসিতে বা প্ল্যানের মেইল-অর্ডার পরিষেবার মাধ্যমে পূরণ করুন	87
সেকশন 3	আপনার ওষুধগুলি প্ল্যানের ওষুধের তালিকায় থাকতে হবে	90
সেকশন 4	কিছু ওষুধের কভারেজের উপর সীমাবদ্ধতা রয়েছে	91
সেকশন 5	আপনার ওষুধের একটি আপনি যেভাবে আওতাভুক্ত করতে চান সেভাবে আওতাভুক্ত না হলে সেক্ষেত্রে কী হবে?	92
সেকশন 6	আপনার একটি ওষুধের জন্য কভারেজ পরিবর্তন হলে সেক্ষেত্রে কী হবে?	93
সেকশন 7	কোন প্রকারের ওষুধগুলি আমাদের প্ল্যান দ্বারা আওতাভুক্ত করা হয় না?	95
সেকশন 8	প্রেসক্রিপশন পূরণ করা	96
সেকশন 9	বিশেষ পরিস্থিতিতে পার্ট D ওষুধের কভারেজ	96
সেকশন 10	ওষুধের নিরাপত্তা এবং ব্যবস্থাপনা সংক্রান্ত প্রোগ্রাম	98
সেকশন 11	আমরা আপনাকে যে রিপোর্টগুলো পাঠাই তা আপনার ওষুধের জন্য অর্থপ্রদান এবং আপনি কোন অর্থপ্রদানের পর্যায়ে আছেন তা ব্যাখ্যা করে	99
অধ্যায় 6:	আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আপনি যে বিল পেয়েছেন আমাদেরকে তার অর্থ প্রদান করতে বনুন	101
সেকশন 1	এই পরিস্থিতিগুলিতে আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা বা ওষুধগুলির জন্য আমাদেরকে অর্থ প্রদান করতে বলা উচিত	102
সেকশন 2	কীভাবে আমাদেরকে আপনাকে ফেরত দিতে বা আপনার প্রাপ্ত একটি বিল পরিশোধ করতে বলবেন	103
সেকশন 3	আমরা অর্থপ্রদানের জন্য করা আপনার অনুরোধটি বিবেচনা করে দেখার পর হ্যাঁ বা না বলব	104
অধ্যায় 7:	আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব	105
সেকশন 1	প্ল্যানের সদস্য হিসাবে আমাদের প্ল্যান আপনার অধিকার এবং সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতাকে সম্মান করবে	106
সেকশন 2	প্ল্যানের একজন সদস্য হিসাবে আপনার কিছু দায়িত্ব রয়েছে	123
অধ্যায় 8:	আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন	125
সেকশন 1	ভূমিকা	126
সেকশন 2	আপনি এখানে আরও তথ্য ও ব্যক্তিগতকৃত সহায়তা পেতে পারেন	126
সেকশন 3	আমাদের পরিকল্পনায় Medicare ও Medicaid অভিযোগ এবং আপীল বুঝতে পারা	129
সেকশন 4	কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীল	129
সেকশন 5	কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিলের মৌলিক বিষয়গুলোর জন্য একটি নির্দেশিকা	129
সেকশন 6	আপনার মেডিক্যাল পরিচর্যা: কিভাবে একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে বা একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য একটি আপীল করতে হবে	132
সেকশন 7	আপনার পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধ: কিভাবে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করবেন বা আপীল করবেন	139
সেকশন 8	অনুচ্ছেদে আপনি যদি মনে করেন যে ডাক্তার আপনাকে খুব শীঘ্রই ডিসচার্জ করছেন তাহলে আমাদেরকে কিভাবে দীর্ঘ সময়ের ইনপেশেন্ট হাসপাতালে থাকার ব্যবস্থা করতে	145

সূচিপত্র

সেকশন 9	আপনি যদি মনে করেন যে আপনার কভারেজ খুব শীঘ্রই শেষ হয়ে যাচ্ছে তবে কিভাবে আমাদেরকে নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিষেবাগুলি কভার করতে বলবেন.....	149
সেকশন 10	আপনার আপিলটি লেভেল 3 অথবা তারও পরে নেওয়া.....	151
সেকশন 11	যজ্ঞের গুণগত মান, অপেক্ষার সময়, গ্রাহক পরিষেবা অথবা অন্যান্য দুশ্চিন্তার বিষয়ে কীভাবে অভিযোগ করতে পারবেন.....	153
অধ্যায় 9:	প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত করা.....	157
সেকশন 1	আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ বাতিল করার বিষয়ে ধারণা.....	158
সেকশন 2	আপনি কখন আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারেন?.....	158
সেকশন 3	আপনি কিভাবে আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যতা সমাপ্ত করবেন?.....	160
সেকশন 4	আপনার সদস্যপদ শেষ না হওয়া পর্যন্ত আপনি অবশ্যই আমাদের প্ল্যানের মাধ্যমে আপনার চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং ওষুধ পেতে থাকবেন.....	161
সেকশন 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) অবশ্যই নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ বাতিল করবে.....	162
অধ্যায় 10:	লিগ্যাল নোটিশ.....	164
সেকশন 1	শাসন আইন সম্পর্কিত নোটিশ.....	165
সেকশন 2	বৈষম্যহীনতা সম্বন্ধে বিজ্ঞপ্তি.....	165
সেকশন 3	Medicare সেকেন্ডারি পেয়ার সাবরোগেশন অধিকার সম্পর্কে নোটিশ.....	165
অধ্যায় 11:	গুরুত্বপূর্ণ শব্দের সংজ্ঞা.....	166

অধ্যায় 1:

একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা**সেকশন 1 ভূমিকা****সেকশন 1.1 আপনি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) নথিভুক্ত হয়েছেন যা একটি বিশেষায়িত Medicare Advantage প্ল্যান (বিশেষ চাহিদা বিষয়ক প্ল্যান)**

আপনি Medicare এবং Medicaid উভয়ের আওতায় আছেন:

- **Medicare** হল 65 বছর বা তার বেশি বয়সের লোকদের জন্য ফেডারেল স্বাস্থ্য বীমা প্রোগ্রাম, 65 বছরের কম বয়সী কিছু নির্দিষ্ট প্রতিবন্ধী এবং অস্টিম-পর্যায়ের কিডনির রোগ (কিডনি নষ্ট) আছে এমন ব্যক্তিদের জন্য।
- **Medicaid** হল একটি যৌথ ফেডারেল এবং রাজ্য সরকারের প্রোগ্রাম যা সীমিত আয় এবং সংস্থান সহ নির্দিষ্ট লোকদের চিকিৎসার খরচে সাহায্য করে। Medicaid কভারেজ স্টেট এবং আপনার Medicaid-এর ধরনের উপর নির্ভর করে পরিবর্তিত হয়। Medicaid তালিকাভুক্ত কিছু লোক তাদের Medicare প্রিমিয়াম এবং অন্যান্য খরচের ব্যয় নির্বাহে সহায়তা পান। Medicare তালিকাভুক্ত নয় এমন অন্যান্য ব্যক্তির বাড়াতি পরিষেবা এবং ওষুধের জন্য কভারেজ সুবিধা পাবেন।

আপনি আমাদের প্ল্যান, নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর মাধ্যমে আপনার Medicare এবং Medicaid স্বাস্থ্যসেবা ও আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ পেতে এটি বেছে নিয়েছেন। পার্ট A এবং পার্ট B-এর সমস্ত পরিষেবাগুলো আমাদেরকে কভার করতে হবে। যাইহোক, এই প্লানে খরচ ভাগাভাগি এবং প্রোভাইডার অ্যাক্সেস প্রকৃত Medicare থেকে আলাদা।

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) হল একটি বিশেষায়িত Medicare Advantage প্ল্যান (একটি Medicare স্পেশাল নিডস প্ল্যান), যার অর্থ হল এর সুবিধাগুলি বিশেষ স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রয়োজন আছে এমন লোকদের জন্য ডিজাইন করা হয়েছে। নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health এমন লোকদের জন্য ডিজাইন করা হয়েছে যাদের Medicare আছে এবং যারা Medicaid থেকে সহায়তা পাওয়ার অধিকারী।

যেহেতু আপনি আপনার মেডিকেশার পার্ট A এবং B-এর খরচ ভাগাভাগি করে নেওয়ার (ডিডাক্টিবল, কো-পেমেন্ট এবং কো-ইন্স্যুরেন্স) জন্য Medicaid থেকে সহায়তা পান তাই আপনার Medicare স্বাস্থ্যসেবামূলক পরিষেবাগুলোর জন্য আপনাকে কিছুই দিতে হবে না। Medicaid আপনাকে স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলি যেমন দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যার বাড়ি এবং সম্প্রদায়-ভিত্তিক পরিষেবাগুলিকে কভার করার মাধ্যমে অন্যান্য সুবিধা প্রদান করে যা সাধারণত Medicare-এর আওতায় আসে না। আপনার Medicare প্রেসক্রিপশনের ওষুধের ব্যয় নির্বাহ করতে Medicare থেকে “বাড়াতি সাহায্যও” পাবেন। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) আপনার জন্য এই সমস্ত সুবিধাগুলি পরিচালনা করতে সাহায্য করবে, যাতে আপনি স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা এবং অর্থপ্রদান সহায়তা পান যা আপনি পাওয়ার অধিকারী।

New York-এর Senior Whole Health (HMO D-SNP) একটি বেসরকারি কোম্পানি দ্বারা পরিচালিত হয়। অ্যাডভান্টেজ প্লানের মতোই, এই Medicare স্পেশাল নিডস প্ল্যানটি Medicare কর্তৃক অনুমোদিত। আপনার Medicaid সুবিধাগুলি সমন্বয় করার জন্য এই প্লানের New York Medicaid প্রোগ্রামের সাথে একটি চুক্তিও রয়েছে। আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ সহ Medicare এবং Medicaid স্বাস্থ্য সেবামূলক কভারেজ প্রদান করতে পারে আমরা সক্ষম।

এই প্লানের অধীনে কভারেজ কোয়ালিফাইং হেল্থ কভারেজ (QHC) হিসাবে উপযুক্ত এবং রোগীর সুরক্ষা এবং সশ্রমী মূল্যের পরিচর্যা আইনের (ACA) ব্যক্তিগত ভাগ করা দায়িত্বের প্রয়োজনীয়তাকে সক্ষম করে। আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে অভ্যন্তরীণ রাজস্ব পরিষেবা (IRS) ওয়েবসাইট দেখুন: আরও তথ্যের জন্য www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families।

সেকশন 1.2 কভারেজ নথির প্রমাণ কীসের সাথে সম্পর্কিত?

এই কভারেজ নথির প্রমাণ নথিটি আপনাকে বলে যে কীভাবে আপনার Medicare এবং Medicaid চিকিৎসা পরিষেবা, দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা এবং বাড়ি এবং সম্প্রদায়-ভিত্তিক পরিষেবা এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধ পাবেন। এটি আপনার অধিকার এবং দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করে, যেমন কী কভার করা হয়, প্লানের সদস্য হিসাবে আপনি কী অর্থ প্রদান করেন এবং আপনি কোনো সিদ্ধান্ত বা চিকিৎসার সাথে সক্ষম না হলে কীভাবে অভিযোগ দায়ের করবেন।

কভারেজ এবং কভার করা পরিষেবা শব্দগুলি দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা এবং হোম এবং কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবাগুলি এবং Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্য হিসাবে আপনার কাছে উপলব্ধ প্রেসক্রিপশনের ওষুধগুলিকে চিকিৎসা পরিচর্যাকে নির্দেশ করে।

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

প্ল্যানের নিয়মাবলি কী এবং আপনার জন্য কোন কোন পরিষেবা বিদ্যমান তা জানাটা আপনার জন্য গুরুত্বপূর্ণ। আমরা আপনাকে *কভারেজ নথির এই প্রমাণ* দেখার জন্য কিছু সময় আলাদা করতে উৎসাহিত করি।

আপনি যদি বিভ্রান্ত বা উদ্বিগ্ন হন অথবা কোনো প্রশ্ন থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিসেসের সাথে যোগাযোগ করুন।

সেকশন 1.3 কভারেজের প্রমাণ সম্পর্কে আইনি তথ্য

নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health কিভাবে আপনার যত্নকে কভার করে তা সম্পর্কিত এই *এভিডেন্স অব কভারেজ*টি আপনার সাথে আমাদের চুক্তির একটি অংশ। এই চুক্তির অন্যান্য অংশগুলোর মধ্যে রয়েছে আপনার তালিকাভুক্তির ফরম, কভার করা ওষুধের তালিকা (ফর্মুলারি) এবং আপনার কভারেজের পরিবর্তন বা আপনার কভারেজকে প্রভাবিত করে এমন শর্তাবলির বিষয়ে আপনি আমাদের কাছ থেকে প্রাপ্ত যেকোনো নোটিশ। এই নোটিশগুলোকে কখনো কখনো রাইডার বা সংশোধনী বলা হয়ে থাকে।

চুক্তিটি কার্যকর থাকবে যে মাসগুলিতে আপনি 1লা জানুয়ারী, 2025 এবং 31শে ডিসেম্বর, 2025-এ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এ নথিভুক্ত হয়েছেন।

প্রতি ক্যালেন্ডার বর্ষে, Medicare আমাদের অফার করা প্ল্যানগুলো পরিবর্তন করার সুযোগ দেয়। এর মানে হল আমরা 31শে ডিসেম্বর, 2025 এর পরে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) খরচ এবং সুবিধাগুলি পরিবর্তন করতে পারি। আমরা 31শে ডিসেম্বর, 2025-এর পরে আপনার পরিষেবা এলাকায় প্রাপ্ত প্ল্যানটি অফার করা বন্ধ করতে পারি বা এলাকায় অন্য কোনো পরিষেবা অফার করতে পারি।

Medicare (Medicare ও Medicaid পরিষেবাগুলোর সেন্টারসমূহ) প্রতি বছর অবশ্যই নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-কে অনুমোদন করবে। যতদিন পর্যন্ত আমরা এই প্ল্যান চালিয়ে যাওয়ার সিদ্ধান্ত নিই এবং Medicare প্ল্যানের অনুমোদন পুনঃনবায়ন করি ততদিন পর্যন্ত আমাদের প্ল্যানের সদস্য হিসেবে আপনি প্রতি বছর Medicare কভারেজ পেতে থাকবেন।

সেকশন 2 কোনটি আপনাকে একটি প্ল্যানের সদস্য হতে উপযুক্ত করে তোলে?**সেকশন 2.1 আপনার যোগ্যতার শর্তাবলি**

নিম্নোক্ত শর্তাবলি পূরণ সাপেক্ষে আপনি আমাদের প্ল্যানের সদস্য হিসেবে যোগ্য:

- আপনার Medicare পার্ট A এবং Medicare পার্ট B উভয়ই আছে
- -- এবং -- আপনি আমাদের ভৌগলিক পরিষেবা এলাকায় বাস করেন (নিচের সেকশন 2.3 আমাদের পরিষেবা এলাকা বর্ণনা করে)। কারাবন্দী ব্যক্তিগণ ভৌগলিক পরিষেবাদানকারী এলাকায় বসবাসকারী হিসেবে বিবেচিত হয় না যদিও তারা শারীরিকভাবে সেখানে থাকে।
- -- এবং -- আপনি United States-র নাগরিক বা আইনত United States উপস্থিত আছেন
- -- এবং -- আপনি নিচে বর্ণিত বিশেষ যোগ্যতার মাপকাঠি পূরণ করুন।

আমাদের প্ল্যানের জন্য বিশেষ যোগ্যতা সংশ্লিষ্ট শর্তাবলি

আমাদের প্ল্যান এমন লোকদের চাহিদা মেটানোর জন্য ডিজাইন করা হয়েছে যারা নির্দিষ্ট Medicaid সুবিধা পান। (Medicaid হলো ফেডারেল এবং স্টেট সরকারের একটি যৌথ প্রোগ্রাম যা সীমিত আয় এবং রিসোর্স থাকা নির্দিষ্ট লোকদের চিকিৎসা ব্যয় নির্বাহে সাহায্য করে।) আমাদের প্ল্যানের জন্য উপযুক্ত হওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই Medicare এবং সম্পূর্ণ Medicaid উভয় সুবিধার জন্য উপযুক্ত হতে হবে।

অনুগ্রহ করে স্মরণ রাখুন: আপনি যদি আপনার যোগ্যতা হারিয়ে ফেলেন কিন্তু যুক্তিসঙ্গতভাবে 6-মাসের মধ্যে আবার যোগ্যতা ফিরে পাওয়ার প্রত্যাশা করেন সেক্ষেত্রে আপনি সেই সময়েও আমাদের প্ল্যানের সদস্য হওয়ার জন্য যোগ্য হবেন (ধারাবাহিক যোগ্যতার সময়কালের কভারেজ এবং খরচ ভাগাভাগি সম্পর্কে আপনি অধ্যায় 4, সেকশন 2.1 থেকে বিস্তারিত জানতে পারবেন)।

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা**নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর জন্য বাড়তি যোগ্যতা সংশ্লিষ্ট শর্তাবলি**

উপরের শর্তাবলি ছাড়াও, নিউ ইয়র্ক NHC-এর Senior Whole Health প্রোগ্রাম হলো একটি স্বেচ্ছাসেবী প্রোগ্রাম যা বিশেষত Medicare এবং Medicaid আছে এমন লোকদের জন্য ডিজাইন করা হয়েছে এবং যাদের বাড়ি ও কমিউনিটিতে নিরাপদে বসবাস করার জন্য সমন্বিত চিকিৎসা পরিষেবার প্রয়োজন। মেডিকেল যোগ্যতা এবং অনুমোদন নিম্ন প্রযোজ্য।

আপনি নিউ ইয়র্ক NHC-এর Senior Whole health প্রোগ্রামের তালিকাভুক্তির জন্য যোগ্য হন যদি আপনি Medicare এবং Medicaid উভয়ের আওতায় থাকেন এবং:

1. তালিকাভুক্তির সময় অনুযায়ী নার্সিং হোম পর্যায়ের যন্ত্রের জন্য চিকিৎসাগতভাবে যোগ্য হন;
2. তালিকাভুক্তির সময় বা আপনার স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তার ঝুঁকি ছাড়াই আপনার বাড়িতে এবং কমিউনিটিতে ফিরে যেতে বা থাকতে সক্ষম হন;
3. তালিকাভুক্তির কার্যকর তারিখ থেকে 120 দিনেরও বেশি সময় ধরে নিম্নলিখিত কমিউনিটি-ভিত্তিক দীর্ঘ-মেয়াদী যন্ত্রমূলক পরিষেবা এবং যন্ত্র ব্যবস্থাপনার অন্তত একটি প্রয়োজন হিসেবে মূল্যায়ন করা হয়ে থাকে
 - a. বাড়িতে নার্সিং পরিষেবা
 - b. বাড়িতে থেরাপি
 - c. বাড়িতে স্বাস্থ্য সহায়ক পরিষেবা
 - d. বাড়িতে ব্যক্তিগত যন্ত্রমূলক পরিষেবা
 - e. অ্যাডাল্ট ডে হেলথ কেয়ার
 - f. প্রাইভেট ডিউটি নার্সিং
 - g. ভোক্তা নির্দেশিত ব্যক্তিগত সহায়তামূলক পরিষেবা এবং
4. New York City হিউম্যান রিসোর্সেস অ্যাডমিনিস্ট্রেশন Medicaid অফিস (HRA) বা লোকাল ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেস (LDSS) দ্বারা নির্ধারিত Medicaid প্রোগ্রামের অধীনে বেনিফিট পাওয়ার জন্য উপযুক্ত।

সেকশন 2.2 Medicaid কী?

Medicaid হলো ফেডারেল এবং স্টেট সরকারের একটি যৌথ প্রোগ্রাম যা সীমিত আয় এবং রিসোর্স থাকা নির্দিষ্ট লোকদের চিকিৎসা এবং দীর্ঘ-মেয়াদী যন্ত্রমূলক ব্যয় নির্বাহে সাহায্য করে। আয় এবং রিসোর্স হিসেবে কী গণনা করা হবে, কারা যোগ্য হবেন, কোন পরিষেবাগুলো কভার করা হবে এবং পরিষেবাগুলোর ব্যয় প্রতিটি স্টেট নির্ধারণ করে। স্টেটগুলো ফেডারেল নির্দেশাবলি মেনে চলা সাপেক্ষে তাদের নিজস্ব কর্মসূচি কিভাবে পরিচালনা করবে সেই সিদ্ধান্তও নিতে পারে।

এছাড়াও, Medicaid -এর অফার করা কার্যক্রম রয়েছে যা Medicare তালিকাভুক্তদেরকে Medicare প্রিমিয়ামের মতো Medicare ব্যয় পরিশোধে সাহায্য করে। এইসব “Medicare মেডিকেল প্রোগ্রাম” সীমিত আয় এবং রিসোর্স থাকা লোকদের প্রতি বছর অর্থ সাশ্রয় করতে সাহায্য করে:

- **সম্পূর্ণ সুবিধা দ্বৈত উপযোগী (FBDE):** Medicare এর অধিকার প্রাপ্ত কোনো ব্যক্তি QMB+ বা SLMB+ এর জন্য আয় বা সংস্থানের মানদণ্ড পূরণ করেন না, তবে তিনি হয় নিশ্চিতভাবে অথবা চিকিৎসাগত চাহিদা সম্পন্ন অবস্থা, প্রতিষ্ঠানের অধীন ব্যক্তিদের বিশেষ আয়ের স্তর, অথবা অভ্যন্তরীণ ও কমিউনিটি-ভিত্তিক ছাড়ের উপর গঠিত ঐচ্ছিক কভারেজ গ্রুপের মাধ্যমে পূর্ণ Medicaid কভারেজ পাওয়ার যোগ্য হবেন।
- **উপযুক্ত Medicare সুবিধাভোগী (QMB+):** Medicare পার্ট A এবং পার্ট B প্রিমিয়াম এবং অন্যান্য থরচ ভাগভাগি (মেম-ডিডাক্টিবল, কো-ইন্সুরেন্স এবং কো-পেমেন্ট) করতে সাহায্য করে। এই ব্যক্তির সম্পূর্ণ Medicaid সুবিধার জন্যও উপযুক্ত।

সেকশন 2.3 নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর প্ল্যানের পরিষেবা এলাকা এখানে

নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health শুধুমাত্র আমাদের প্ল্যানের পরিষেবা এলাকায় বসবাসকারী ব্যক্তিদেরকে সেবাদান করে থাকে। আমাদের প্ল্যানের সদস্য হিসেবে থাকার জন্য, আপনাকে অবশ্যই প্ল্যানের পরিষেবা এলাকায় বসবাস করা চালিয়ে যেতে হবে। পরিষেবা এলাকা নিচে বর্ণনা করা হয়েছে।

আমাদের পরিষেবার এলাকার মধ্যে New York-এর এই সকল কাউন্টি অন্তর্ভুক্ত: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland এবং Westchester।

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

আপনি যদি একটি নতুন রাজ্যে যাওয়ার প্ল্যান করেন, তাহলে আপনাকে আপনার রাজ্যের Medicaid অফিসের সাথে যোগাযোগ করা উচিত এবং জিজ্ঞাসা করা উচিত যে এই পদক্ষেপটি কীভাবে আপনার Medicaid সুবিধাগুলিকে প্রভাবিত করবে। Medicaid-এর ফোন নম্বরগুলো এই নথির অধ্যায় 2, সেকশন 6-এ রয়েছে।

আপনি যদি পরিষেবা এলাকা থেকে চলে যাওয়ার পরিকল্পনা করেন তাহলে আপনি এই প্ল্যানের সদস্য হয়ে থাকতে পারবেন না। আপনার নতুন এলাকায় আমাদের কোনো প্ল্যান আছে কি না তা দেখতে অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিসেসে যোগাযোগ করুন। আপনি যখন চলে যাবেন তখন আপনার একটি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময় থাকবে যা আপনাকে মূল Medicare-এ সুইচ করতে বা আপনার নতুন ঠিকানায় বিদ্যমান একটি Medicare স্বাস্থ্য বা ওষুধ সংশ্লিষ্ট প্লানে নথিভুক্ত করার সুযোগ দেবে।

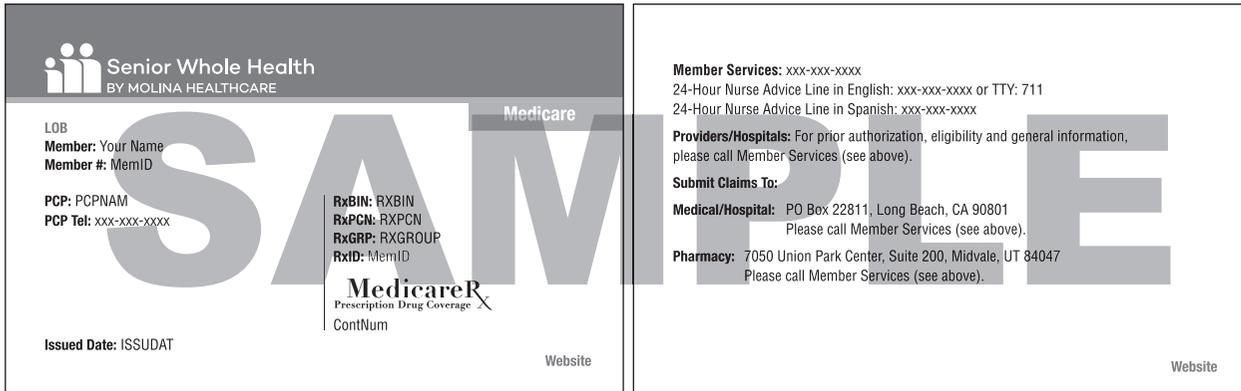
আপনি যদি আপনার ডাকযোগের ঠিকানা পরিবর্তন করেন তাহলে সোশ্যাল সিকিউরিটিকে কল করাটাও জরুরি। আপনি অধ্যায় 2, সেকশন 5-এ সামাজিক নিরাপত্তার জন্য ফোন নম্বর এবং যোগাযোগের তথ্য পেতে পারেন।

সেকশন 2.4 U.S. নাগরিক বা আইনসম্মত উপস্থিতি

Medicare হেলথ প্ল্যানের একজন সদস্যকে অবশ্যই মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা বৈধভাবে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে উপস্থিত থাকতে হবে। আপনি যদি এই প্রক্রিয়ায় সদস্য হয়ে থাকার যোগ্য না হন তাহলে (সেন্টার ফর Medicare এবং Medicaid সার্ভিসেস) নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-কে অবহিত করবে। আপনি যদি এই শর্তাবলি পূরণ না করেন তাহলে নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health অবশ্যই আপনার নাম বাতিল করবে।

সেকশন 3 আপনি গুরুত্বপূর্ণ সদস্যপদের উপাদান পাবেন**সেকশন 3.1 আপনার প্ল্যানের মেম্বারশিপ কার্ড**

যেহেতু আপনি আমাদের প্ল্যানের সদস্য তাই এই প্ল্যানের কভার করা পরিষেবা গ্রহণ করার সময় এবং নেটওয়ার্ক ফার্মেসি থেকে প্রেসক্রিপশনের ওষুধ ক্রয়ের ক্ষেত্রে আপনার মেম্বারশিপ কার্ড ব্যবহার করতে হবে। এছাড়াও আপনার Medicaid কার্ড প্রোভাইডারকে দেখাতে হবে। আপনারটি কেমন হবে তা দেখতে এখানে একটি নমুনা মেম্বারশিপ কার্ড রয়েছে:



আপনি এই প্ল্যানের সদস্য থাকাকালীন কভার করা চিকিৎসা পরিষেবার জন্য আপনার লাল, সাদা এবং নীল Medicare কার্ড ব্যবহার করবেন না। আপনি যদি আপনার নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health মেম্বারশিপ কার্ডের পরিবর্তে আপনার Medicare কার্ড ব্যবহার করেন তাহলে চিকিৎসা পরিষেবার সম্পূর্ণ খরচ আপনাকে নিজেই বহন করতে হতে পারে। আপনার Medicare কার্ডটি একটি সুরক্ষিত জায়গায় রাখুন। আপনার যদি হাসপাতাল, ধর্মশালা ভিত্তিক পরিষেবার প্রয়োজন হয় বা Medicare অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল নামক ক্লিনিক্যাল পরীক্ষামূলক গবেষণায় অংশগ্রহণের প্রয়োজন হয় তাহলে আপনাকে এটি দেখানোর জন্য বলা হতে পারে।

আপনার প্ল্যান মেম্বারশিপ কার্ড নষ্ট হয়ে গেলে, হারিয়ে গেলে বা চুরি হয়ে গেলে তাৎক্ষণিকভাবে মেম্বার সার্ভিসেসে কল করুন এবং আমরা আপনাকে একটি নতুন কার্ড পাঠাব।

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা**সেকশন 3.2 প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি**

সরবরাহকারী/ফার্মাসি ডিরেক্টরি SWHNY.com আমাদের বর্তমান নেটওয়ার্ক প্রদানকারী এবং টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম সরবরাহকারীদের তালিকা করে।

নেটওয়ার্ক প্রদানকারীরা হল ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার, চিকিৎসা গোষ্ঠী, টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম সরবরাহকারী, হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা যারা আমাদের পেমেন্ট এবং যেকোন প্ল্যানের খরচ শেয়ার সম্পূর্ণরূপে অর্থপ্রদান হিসাবে গ্রহণ করার জন্য আমাদের সাথে একটি চুক্তি করেছে।

নেটওয়ার্ক ফার্মেসিগুলি হল সেই সমস্ত ফার্মেসি যা আমাদের প্ল্যানের সদস্যদের জন্য কভার করা প্রেসক্রিপশনগুলি পূরণ করতে সম্মত হয়েছে। আপনি যে নেটওয়ার্ক ফার্মেসি ব্যবহার করতে চান তা খুঁজে পেতে আপনি *সরবরাহকারী/ফার্মাসি ডিরেক্টরি* ব্যবহার করতে পারেন। আপনি প্ল্যানের নেটওয়ার্কে নেই এমন ফার্মেসিগুলো কখন ব্যবহার করতে পারবেন তা সম্পর্কিত তথ্য জানতে অধ্যায় 5, সেকশন 2.5 দেখুন।

আপনার চিকিৎসা সেবা এবং পরিষেবা পেতে আপনাকে অবশ্যই নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার ব্যবহার করতে হবে। আপনি যদি যথাযথ অনুমোদন ছাড়া অন্য কোথাও যান তবে আপনাকে সম্পূর্ণ অর্থ প্রদান করতে হবে। এই নিয়মের ব্যতিক্রম কেবল জরুরি পরিস্থিতি, নেটওয়ার্ক সুবিধা না পাওয়া সাপেক্ষে জরুরি প্রয়োজনীয় পরিষেবা (যখন নেটওয়ার্কের মধ্যে পরিষেবা পাওয়া অসম্ভব বা অসম্ভব হয়), এলাকার বাইরে ডায়ালিসিস পরিষেবা এবং নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health কর্তৃক নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারদেরকে ব্যবহারের অনুমতি দেওয়ার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য।

সরবরাহকারী, ফার্মেসি এবং সরবরাহকারীদের সাম্প্রতিক তালিকা আমাদের ওয়েবসাইটে SWHNY.com এ উপলব্ধ।

আপনার কাছে *প্রোভাইডার/ফার্মাসি ডিরেক্টরি* কপি না থাকলে, আপনি সদস্য পরিষেবা থেকে একটি অনুলিপি (ইলেক্ট্রনিকভাবে বা হার্ডকপি আকারে) অনুরোধ করতে পারেন। হার্ড কপি প্রোভাইডার ডিরেক্টরির জন্য অনুরোধগুলো আপনাকে তিন কার্যদিবসের মধ্যে ডাকযোগে পাঠানো হবে।

সেকশন 3.3 প্ল্যানের কভার করা ওষুধের তালিকা (ফর্মুলারি)

প্ল্যানের কভার করা ওষুধের একটি তালিকা রয়েছে (ফর্মুলারি)। আমরা একে সংক্ষেপে ওষুধের তালিকা বলি। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর অন্তর্ভুক্ত পার্ট D সুবিধার আওতায় কোন পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধগুলি কভার করা হয়েছে তা এটি বলে। এই তালিকার ওষুধগুলো ডাক্তার এবং ফার্মাসিস্টদের একটি টিমে সহায়তায় প্ল্যান কর্তৃক নির্বাচন করা হয়। তালিকাটি অবশ্যই Medicare কর্তৃক নির্ধারিত শর্তাবলি পূরণ করবে। Medicare Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর ওষুধের তালিকা অনুমোদন করেছে।

আপনার ওষুধের কভারেজ সীমিত করে এমন কোনো নিয়ম আছে কিনা তাও ওষুধের তালিকা আপনাকে জানায়।

আমরা আপনাকে ওষুধের তালিকার একটি অনুলিপি প্রদান করব। কোন ওষুধগুলি কভার করা হয়েছে সে সম্পর্কে সর্বাধিক সম্পূর্ণ এবং বর্তমান তথ্য পেতে, আপনি প্ল্যানের ওয়েবসাইটে (SWHNY.com) পরিদর্শন করতে পারেন বা সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করতে পারেন।

সেকশন 4 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর জন্য আপনার মাসিক ব্যয়

আপনার খরচে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত হতে পারে:

- প্ল্যানের প্রিমিয়াম (সেকশন 4.1)
- মাসিক Medicare পার্ট B প্রিমিয়াম (সেকশন 4.2)
- পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা (সেকশন 4.4)
- আয় সম্পর্কিত মাসিক সামঞ্জস্যকৃত পরিমাণ (সেকশন 4.5)

সেকশন 4.1 প্ল্যানের প্রিমিয়াম

নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর জন্য আপনাকে আলাদা করে প্ল্যানের মাসিক প্রিমিয়াম দিতে হবে না।

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা**সেকশন 4.2 মাসিক Medicare পার্ট B প্রিমিয়াম****অনেক সদস্যকে অন্যান্য Medicare প্রিমিয়াম দিতে হয়**

কিছু সদস্যকে অন্যান্য Medicare প্রিমিয়াম দিতে হয়। উপর্যুক্ত সেকশন 2-এ যেভাবে ব্যাখ্যা করা হয়েছে যে আমাদের প্ল্যানের জন্য যোগ্য হওয়ার ক্ষেত্রে, আপনাকে অবশ্যই Medicaid-এর যোগ্যতা বজায় রাখার পাশাপাশি Medicare পার্ট A ও Medicare পার্ট B উভয়ই থাকতে হবে। নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর বেশিরভাগ সদস্যের জন্য, Medicaid আপনার পার্ট A প্রিমিয়াম (আপনি যদি স্বয়ংক্রিয়ভাবে এর জন্য যোগ্য না হন) এবং আপনার পার্ট B প্রিমিয়ামের জন্য পেমেন্ট করে থাকে।

যদি Medicaid আপনার Medicare প্রিমিয়ামগুলো আপনার হয়ে পরিশোধ না করে তাহলে আপনাকে অবশ্যই প্ল্যানের সদস্য থাকার জন্য আপনার Medicare প্রিমিয়ামগুলো পরিশোধ করতে হবে। পার্ট B-এর জন্য এতে আপনার প্রিমিয়াম অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। এতে পার্ট A-এর জন্য একটি প্রিমিয়ামও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যা প্রিমিয়াম ফ্রি পার্ট A-এর জন্য যোগ্য নয় এমন সদস্যদের প্রভাবিত করে।

সেকশন 4.3 পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা

আপনি যেহেতু দ্বৈতভাবে-যোগ্য তাই আপনি যতক্ষণ পর্যন্ত আপনার দ্বৈত-যোগ্যতাসূচক মর্যাদা বজায় রাখবেন ততক্ষণ পর্যন্ত আপনার জন্য LEP প্রযোজ্য হবে না কিন্তু আপনি যদি আপনার দ্বৈত-যোগ্যতাসূচক মর্যাদা হারান সেক্ষেত্রে আপনাকে LEP বহন করতে হতে পারে। পার্ট D বিলম্বে নিবন্ধনের জরিমানা হলো একটি বাড়তি প্রিমিয়াম যা পার্ট D-এর কভারেজের জন্য অবশ্যই প্রদান করতে হবে যদি আপনার প্রাথমিক নিবন্ধনের সময়কাল শেষ হওয়ার পর যেকোনো এক সময় একাধারে 63 দিন বা তার বেশি সময়কাল ধরে আপনি পার্ট D-এর বা অন্যান্য কার্যকর প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজ ব্যবহার না করেন। কার্যকর প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজ হলো ঐ কভারেজ যা Medicare এর ন্যূনতম মান পূরণ করে কারণ আশা করা হয় এটি গড়ে কমপক্ষে Medicare এর আদর্শ প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজের সম পরিমাণ কভারেজ দেবে। দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা ব্যয় নির্ভর করে আপনি পার্ট D বা অন্যান্য ক্রেডিটবেল প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ ছাড়া কত সময় পার করেছেন তার উপর। যতক্ষণ পর্যন্ত আপনার পার্ট D কভারেজ থাকবে ততক্ষণ আপনাকে এই জরিমানা দিতে হবে।

আপনাকে এটি **দিতে হবে না**, যদি:

- আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য অর্থ প্রদানের জন্য আপনি Medicare থেকে “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” পান।
- আপনি বিশ্বাসযোগ্য কভারেজ ছাড়া একটানা 63 দিনেরও কম গিয়ে থাকেন।
- প্রাক্তন নিয়োগকর্তা, ইউনিয়ন, TRICARE, বা ভেটেরান হেল্থ অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (VA) এর মতো অন্য উৎসের মাধ্যমে আপনার কাছে বিশ্বাসযোগ্য ড্রাগ কভারেজ রয়েছে। আপনার বিম্বাকারী বা আপনার মানবসম্পদ বিভাগ আপনাকে প্রতি বছর জানাবে যে আপনার ওষুধের কভারেজ ক্রেডিটবেল কভারেজ কি না। এই তথ্যবলি আপনাকে একটি চিঠির মাধ্যমে জানানো হতে পারে বা প্ল্যান থেকে পাঠানো নিউজলেটারে অন্তর্ভুক্ত করা হতে পারে। এই তথ্যটি সংরক্ষণ করে রাখুন, কারণ আপনি যদি পরে Medicare ওষুধের প্লানে অংশগ্রহণ করেন তাহলে আপনার এটির প্রয়োজন হতে পারে।
 - দ্রষ্টব্য:** যেকোনো নোটিশে অবশ্যই বলা উচিত যে আপনার কাছে ক্রেডিটবেল প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ রয়েছে যা Medicare-এর স্ট্যান্ডার্ড প্রেসক্রিপশন ওষুধ বিয়মক প্লানের পেমেন্ট করার মতো অর্থ প্রদান করবে বলে প্রত্যাশা করা হচ্ছে।
 - দ্রষ্টব্য:** নিম্নলিখিতগুলি প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজ বিশ্বাসযোগ্য নয়: প্রেসক্রিপশন ড্রাগ ডিসকাউন্ট কার্ড, ফ্রি ক্লিনিক এবং ড্রাগ ডিসকাউন্ট ওয়েবসাইট।

Medicare জরিমানার পরিমাণ নির্ধারণ করে। এটি যেভাবে কাজ করে:

- প্রথমে, আপনি নথিভুক্ত করার উপযুক্ত হওয়ার পরে, আপনি Medicare ড্রাগ প্লানে তালিকাভুক্ত করতে বিলম্বিত পুরো মাসের সংখ্যা গণনা করুন। অথবা যে কয়টি পূর্ণ মাস আপনার কার্যকর প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজ ছিলো না, তখন যদি কভারেজের বিরতির পরিমাণ 63 দিন বা তার বেশি হয়, তাহলে সেই পূর্ণ মাসগুলো গণনা করুন। আপনার কাছে ক্রেডিটবেল কভারেজ না থাকা সাপেক্ষে জরিমানার পরিমাণ প্রতি মাসে 1%। উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনি কভারেজ ছাড়া 14 মাস অতিবাহিত করেন তাহলে জরিমানা হবে 14%।
- তারপর Medicare পূর্ববর্তী বছরের থেকে দেশে Medicare ড্রাগ প্লানের জন্য গড় মাসিক প্রিমিয়ামের পরিমাণ নির্ধারণ করে। 2025-এর জন্য এই গড় প্রিমিয়ামের পরিমাণ হল \$36.78।
- আপনার মাসিক জরিমানা গণনা করতে, আপনি জরিমানার শতাংশ এবং গড় মাসিক প্রিমিয়ামকে গুণ করুন এবং তারপর এটিকে নিকটতম 10 সেন্টে পরিণত করুন। এখানে উদাহরণে, এটি হবে 14% গুণ \$36.78, যা \$5.15 এর সমান। এটি রাউন্ড হয়ে হবে \$5.20। **পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তি জরিমানা সহ কারো জন্য এই পরিমাণ মাসিক প্রিমিয়ামে** যোগ করা হবে।

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা**এই মাসিক পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা সম্পর্কে নিম্নোক্ত তিনটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয় লক্ষ্য করতে হবে:**

- প্রথমত, **জরিমানা প্রতি বছর পরিবর্তিত হতে পারে**, কারণ গড় মাসিক প্রিমিয়াম প্রতি বছর পরিবর্তিত হতে পারে।
- দ্বিতীয়ত, আপনি যতক্ষণ পর্যন্ত Medicare পার্ট D ওষুধের সুবিধা রয়েছে এমন একটি প্লানে নথিভুক্ত থাকবেন ততক্ষণ পর্যন্ত **আপনি প্রতি মাসে একটি জরিমানা দিতে থাকবেন**, এমনকি যদি আপনি প্লান পরিবর্তন করেন।
- তৃতীয়ত, যদি আপনার বয়স 65 বছরের কম হয় এবং বর্তমানে আপনি Medicare বেনিফিট পাচ্ছেন, তাহলে আপনার 65 বছর বয়সে পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তির শাস্তি পুনরায় সেট করা হবে। 65 বছর বয়সের পর, Medicare এর সাথে থাকার কারণে আপনার ঘ অংশের বিলম্বে নিবন্ধনের জরিমানা হবে কেবলমাত্র ৩ মাসগুলোর ভিত্তিতে যখন আপনার প্রাথমিক নিবন্ধনের সময়কালের পরে কোনো কভারেজ থাকবে না।

আপনি যদি আপনার পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা বিষয়ে সন্মত না হন তাহলে আপনি বা আপনার প্রতিনিধি একটি পর্যালোচনার জন্য বলতে পারেন। সাধারণত, আপনাকে দেরিতে তালিকাভুক্তি জরিমানা দেওয়ার দাবিতে আপনি যে প্রথম চিঠিটি পাবেন তার তারিখ থেকে **60 দিনের মধ্যে** আপনাকে অবশ্যই এই পর্যালোচনার অনুরোধ করতে হবে। যাইহোক, আপনি যদি আমাদের প্লানে যোগদান করার আগে কোনো জরিমানা প্রদান করে থাকেন তাহলে আপনার কাছে সেই দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা পর্যালোচনার অনুরোধ করার আর কোনো সুযোগ নাও থাকতে পারে।

সেকশন 4.4 আয় সম্পর্কিত মাসিক সামগ্রসের পরিমাণ

কিছু সদস্যকে বাড়তি চার্জ দিতে হতে পারে যা পার্ট D আয়ের উপর ভিত্তি করে মাসিক সমন্বয়কৃত পরিমাণ নামে পরিচিত আবার IRMAA নামেও পরিচিত। দুই বছর আগে আপনার IRS ট্যাক্স রিটার্নে রিপোর্ট করা আপনার পরিবর্তিত সামগ্রসপূর্ণ মোট আয় ব্যবহার করে অতিরিক্ত চার্জ নির্ণয় করা হয়। যদি এই পরিমাণটি একটি নির্দিষ্ট পরিমাণের বেশি হয় তাহলে আপনি স্ট্যান্ডার্ড প্রিমিয়ামের পরিমাণ এবং বাড়তি IRMAA পেমেন্ট করবেন। আপনার আয়ের উপর ভিত্তি করে আপনাকে যে অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হতে পারে তা সম্পর্কে আরো তথ্য জানতে <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans> ভিজিট করুন।

আপনাকে যদি অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হয় সেক্ষেত্রে সেই অতিরিক্ত পরিমাণ কত হবে তা জানিয়ে সোশ্যাল সিকিউরিটি, আপনার Medicare প্লান নয় তারা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবে। আপনার মাসিক বেনিফিট অতিরিক্ত বকেয়া অর্থের জন্য যথেষ্ট না হলে অতিরিক্ত অর্থ আপনার সামাজিক নিরাপত্তা, রেলপথ অবসর বোর্ড, অথবা অফিস অফ পার্সোনাল ম্যানেজমেন্ট বেনিফিট চেক থেকে আটকে রাখা হবে, আপনি সাধারণত আপনার প্লানের প্রিমিয়াম যেভাবেই পরিশোধ করুন না কেন। আপনার বেনিফিট চেক অতিরিক্ত পরিমাণ কভার করার জন্য যথেষ্ট না হলে, আপনি Medicare থেকে একটি বিল পাবেন। **আপনাকে সরকারকে অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হবে। এটি আপনার মাসিক প্লান প্রিমিয়াম দিয়ে পরিশোধ করা যাবে না। আপনি যদি অতিরিক্ত অর্থ প্রদান না করেন, তাহলে আপনাকে প্লান থেকে বাদ দেওয়া হবে এবং প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজ হারাবেন।**

আপনি যদি অতিরিক্ত অর্থ প্রদানের বিষয়ে দ্বিমত পোষণ করেন তাহলে আপনি সোশ্যাল সিকিউরিটিকে সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা করতে বলতে পারেন। এটি কীভাবে করবেন সে সম্পর্কে আরও জানতে, 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) এ সামাজিক নিরাপত্তার সাথে যোগাযোগ করুন।

সেকশন 5 আপনার মাসিক প্রিমিয়াম সম্পর্কে আরও তথ্য**সেকশন 5.1 আমরা কি বছর চলাকালীন আপনার মাসিক প্লান প্রিমিয়াম পরিবর্তন করতে পারি?**

না। প্লানের মাসিক প্লান প্রিমিয়ামের জন্য আমরা যে পরিমাণ চার্জ করি তা বছরের মধ্যে পরিবর্তন করার সুযোগ নেই। পরের বছরের জন্য মাসিক প্লান প্রিমিয়াম পরিবর্তন হলে আমরা আপনাকে সেপ্টেম্বরে জানাব এবং তা 1 জানুয়ারি থেকে কার্যকর হবে।

যাইহোক, কিছু ক্ষেত্রে যদি বকেয়া থাকে তাহলে আপনি দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা প্রদান বন্ধ করতে সক্ষম হতে পারেন। অথবা দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা প্রদান করা শুরু করতে হবে। এটি ঘটতে পারে যদি আপনি “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” প্রোগ্রামের জন্য উপযুক্ত হন বা আপনি যদি বছরের মধ্যে “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” প্রোগ্রামের জন্য আপনার যোগ্যতা হারান।

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

- আপনি যদি বর্তমানে পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা প্রদান করেন এবং বছরের মধ্যে “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” এর জন্য উপযুক্ত হন, তাহলে আপনি আপনার জরিমানা প্রদান বন্ধ করতে সক্ষম হবেন।
- আপনি যদি “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” হারান, তাহলে আপনি পার্ট D বা অন্যান্য বিশ্বাসযোগ্য প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ ছাড়া পরপর 63 দিন বা তার বেশি দিন থাকলে আপনাকে দেরীতে তালিকাভুক্তি জরিমানা করতে হতে পারে।

আপনি অধ্যায় 2, সেকশন 7-এ “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” প্রোগ্রাম সম্পর্কে আরও জানতে পারেন।

সেকশন 6 আপনার প্ল্যানের সদস্যতা রেকর্ড আপ টু ডেট রাখা

আপনার মেম্বারশিপ রেকর্ডে আপনার ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর সহ আপনার তালিকাভুক্তির ফরমের তথ্য রয়েছে। এটি আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী সহ আপনার নির্দিষ্ট প্ল্যানের কভারেজ দেখায়।

প্ল্যানের নেটওয়ার্কের ডাক্তার, হাসপাতাল, ফার্মাসিস্ট এবং অন্যান্য সেবাদানকারীদের নিকট আপনার সম্পর্কে সঠিক তথ্য থাকতে হবে। **আপনার জন্য কোন পরিষেবা ও ওষুধগুলো কভার করা হয়েছে এবং খরচ ভাগাভাগি করে নেওয়ার পরিমাণ জানার জন্য এই নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারগণ আপনার মেম্বারশিপ রেকর্ড ব্যবহার করে।** এই কারণে, আপনার তথ্য আপ টু ডেট রাখতে আপনার সাহায্য করাটা খুবই গুরুত্বপূর্ণ।

এই পরিবর্তনগুলি সম্পর্কে জেনে নেওয়া যাক:

- আপনার নাম, আপনার ঠিকানা বা আপনার ফোন নম্বরের পরিবর্তন হলে
- আপনার কাছে থাকা অন্য কোনো স্বাস্থ্য বীমা কভারেজের পরিবর্তন (যেমন আপনার নিয়োগকর্তা, আপনার স্ত্রী বা পরিবারবর্গের নিয়োগকর্তা, কর্মীদের ক্ষতিপূরণ, বা Medicaid)
- আপনার যদি কোনো দায়বদ্ধতার দাবি থাকে, যেমন একটি অটোমোবাইল দুর্ঘটনার দাবি
- যদি আপনাকে কোনো নার্সিং হোমে ভর্তি করা হয়ে থাকে
- আপনি যদি এলাকার বাইরে বা নেটওয়ার্কের বাইরের হাসপাতাল বা জরুরি কক্ষে পরিচর্যা পান
- যদি আপনার মনোনীত দায়িত্বশীল পক্ষ (যেমন একজন পরিচর্যাকারী) পরিবর্তিত হয়
- আপনি যদি কোনো ক্লিনিকাল গবেষণা গবেষণায় অংশগ্রহণ করেন (**দ্রষ্টব্য:** আপনি যে ক্লিনিক্যাল রিসার্চ স্টাডিতে অংশগ্রহণ করতে চান সে সম্পর্কে আপনার প্ল্যান জানানোর দরকার নেই, তবে জানালে ভালো হয়।)

এই তথ্যের যেকোনো পরিবর্তন হলে, মেম্বার পরিষেবায় কল করে আমাদেরকে জানান। সদস্যগণ তাদের ডাক্তার পরিবর্তন করতে, তাদের যোগাযোগের তথ্য আপডেট করতে, একটি নতুন আইডি কার্ডের অনুরোধ করতে, তাদের প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলোতে স্বাস্থ্যগত রিমাইন্ডার পেতে বা তাদের পরিষেবার বিস্তারিত দেখতে একটি অনলাইন My Senior Whole Health অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে পারেন। My Senior Whole Health অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে বা অ্যাক্সেস পাওয়ার জন্য <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> ভিজিট করুন।

আপনি যদি আপনার ডাকযোগের ঠিকানা পরিবর্তন করেন তাহলে সোশ্যাল সিকিউরিটির সাথে যোগাযোগ করাটা জরুরি। আপনি অধ্যায় 2, সেকশন 5-এ সামাজিক নিরাপত্তার জন্য ফোন নম্বর এবং যোগাযোগের তথ্য পেতে পারেন।

সেকশন 7 অন্যান্য বীমা আমাদের প্ল্যানের সাথে কীভাবে কাজ করে**অন্যান্য বিমা**

Medicare-এর প্রয়োজন যে আমরা আপনার কাছ থেকে আপনার কাছে থাকা অন্য কোনো চিকিৎসা বা ওষুধ বিষয়ক বিমা কভারেজ সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করি। কারণ আমাদের প্ল্যানের অধীনে আপনার সুবিধার সাথে আপনার অন্য কোনো কভারেজকে সমন্বয় করতে হবে। একে বলা হয় **সুবিধার সমন্বয়**।

প্রতি বছরে একবার, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব যাতে আমাদের জানা অন্য কোনো চিকিৎসা বা ওষুধ বিষয়ক বিমা কভারেজের তালিকা থাকে। অনুগ্রহ করে এই তথ্যটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন। এটি সঠিক হলে আপনাকে কিছু করতে হবে না। যদি তথ্যটি ভুল হয় অথবা আপনার যদি তালিকাভুক্ত না থাকা অন্য কভারেজ থাকে

অধ্যায় 1 একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

তাহলে অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিসেসে কল করুন। আপনার অন্যান্য বীমাকারীদের (একবার আপনি তাদের পরিচয় নিশ্চিত করলে) আপনার প্ল্যানের সদস্য ID নম্বর দিতে হতে পারে যাতে আপনার বিল সঠিকভাবে এবং সময়মতো পরিশোধ করা হয়।

যখন আপনার অন্য বীমা থাকে (যেমন নিয়োগকর্তার গ্রুপ হেলথ কভারেজ), Medicare দ্বারা নির্ধারিত নিয়ম রয়েছে যা নির্ধারণ করে যে আমাদের প্ল্যান বা আপনার অন্যান্য বীমা প্রথমে অর্থ প্রদান করবে কিনা। যে বীমাটি প্রথমে অর্থ প্রদান করে তাকে প্রাথমিক প্রদানকারী বলা হয় এবং এর কভারেজের সীমা পর্যন্ত অর্থ প্রদান করে। দ্বিতীয় পর্যায়ে যেটি পেমেন্ট করে তাকে সেকেন্ডারি পেয়ার বলা হয় এবং প্রাথমিক কভারেজের কভার না হওয়া খরচগুলো যদি বাকি থাকে শুধুমাত্র তবেই এটি পেমেন্ট করে। সেকেন্ডারি প্রদানকারী সমস্ত কভার না হওয়া খরচ প্রদান করতে পারে না। আপনার যদি অন্য বীমা থাকে তবে আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং ফার্মেসিকে তা বলুন।

নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়ন গ্রুপের স্বাস্থ্য প্ল্যানের কভারেজের ক্ষেত্রে নিম্নোক্ত নিয়মাবলি প্রযোজ্য:

- আপনার যদি অবসরপ্রাপ্ত কভারেজ থাকে, Medicare প্রথমে অর্থ প্রদান করে।
- যদি আপনার গ্রুপ হেলথ প্ল্যান কভারেজ আপনার বা পরিবারের একজন সদস্যের বর্তমান কর্মসংস্থানের উপর ভিত্তি করে হয়, কে প্রথমে অর্থ প্রদান করবে তা নির্ভর করে আপনার বয়সের উপর, আপনার নিয়োগকর্তার দ্বারা নিযুক্ত লোকের সংখ্যা এবং বয়স, অক্ষমতা বা অস্টিম-পর্যায়ের কিডনির রোগ (ESRD)-এর উপর ভিত্তি করে আপনার Medicare আছে কিনা:
 - যদি আপনার বয়স 65 বছরের কম হয় এবং আপনি অক্ষম হন এবং আপনি বা আপনার পরিবারের সদস্য এখনও কর্মক্ষম হন, তাহলে আপনার গ্রুপ হেলথ প্ল্যান প্রথমে অর্থ প্রদান করে যদি নিয়োগকর্তার 100 বা তার বেশি কর্মচারী থাকে বা একাধিক নিয়োগকর্তার প্লানে কমপক্ষে একজন নিয়োগকর্তা থাকে যার 100 জনের বেশি কর্মচারী থাকে।
 - যদি আপনার বয়স 65 বছরের বেশি হয় এবং আপনি বা আপনার স্ত্রী বা ঘরোয়া অংশীদার এখনও কর্মক্ষম হন, তাহলে আপনার গ্রুপ হেলথ প্ল্যানটি প্রথমে অর্থ প্রদান করে যদি নিয়োগকর্তার 20 বা তার বেশি কর্মচারী থাকে বা একাধিক নিয়োগকর্তার প্লানে কমপক্ষে একজন নিয়োগকর্তা থাকে যার 20 জনের বেশি কর্মচারী থাকে।
- আপনার যদি ESRD-এর কারণে Medicare থাকে, তাহলে আপনি Medicare-এর জন্য উপযুক্ত হওয়ার পরে আপনার গ্রুপ হেলথ প্ল্যানটি প্রথম 30 মাসের জন্য প্রথমে অর্থ প্রদান করবে।

এই ধরনের কভারেজ সাধারণত প্রতিটি ধরনের সম্পর্কিত পরিষেবাগুলির জন্য প্রথমে অর্থ প্রদান করে:

- নো-ফল্ট বীমা (অটোমোবাইল বীমা সহ)
- দায়বদ্ধতা (অটোমোবাইল বীমা সহ)
- কালো ফুসফুসের উপকারিতা
- শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ

Medicaid এবং TRICARE কখনই Medicare-এর কভার করা পরিষেবার জন্য প্রথম অর্থ প্রদান করে না। তারা শুধুমাত্র Medicare এবং/অথবা নিয়োগকর্তা গ্রুপ হেলথ প্ল্যানের অর্থ প্রদানের পরে অর্থ প্রদান করে থাকে।

অধ্যায় 2:

গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

সেকশন 1 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর পরিচিতিসমূহ (মেম্বার সার্ভিসেসে কিভাবে যোগাযোগ করবেন তা সহ কিভাবে আমাদের সাথে কিভাবে যোগাযোগ করবেন)

আমাদের প্ল্যানের মেম্বার সার্ভিসের সাথে কিভাবে যোগাযোগ করবেন

বিভিন্ন দাবি, বিলিং বা মেম্বার কার্ডের প্রশ্নের ব্যাপারে সহায়তা পেতে, অনুগ্রহ করে নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর মেম্বার সার্ভিসেসে কল করুন বা তাদেরকে লিখুন। আপনাকে সাহায্য করতে পারলে আমরা নিজেদের ধন্য মনে করবো।

পদ্ধতি	মেম্বার সার্ভিস - যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময় সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা। সদস্য পরিষেবাগুলিতে অ-ইংরেজি ভাষাভাষীদের জন্য বিনামূল্যে ভাষা দোভাষী পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময় সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
ফ্যাক্স	(310) 507-6186
লিখুন	New York-এর Senior Whole Health Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

আপনি যখন আপনার মেডিক্যাল কেয়ার বা পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধগুলোর ব্যাপারে একটি কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত বা আপিলের জন্য জানতে চান, তখন কীভাবে আমাদের সাথে যোগাযোগ করবেন।

একটি কভারেজ সিদ্ধান্ত হল একটি সিদ্ধান্ত যা আমরা আপনার বেনিফিট এবং কভারেজ বা আপনার চিকিৎসা পরিষেবা বা পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করব সে সম্পর্কে গ্রহণ করি। আপিল হলো একটি আনুষ্ঠানিক উপায় যা আমাদেরকে কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা করতে এবং পরিবর্তন করতে বলে। আপনার চিকিৎসা সেবা বা পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধ সম্পর্কিত কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত বা আপিলের ব্যাপারে জানতে চাওয়ার বিষয়ে আরো তথ্যের জন্য, অধ্যায় ৪ দেখুন (আপনার যদি কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ) থাকে তাহলে কী করবেন)।

পদ্ধতি	চিকিৎসা সেবার জন্য কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

পদ্ধতি	চিকিৎসা সেবার জন্য কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত – যোগাযোগের তথ্য
	এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
ফ্যাক্স	উন্নত ইমেজিং: (877) 731-7218; ট্রান্সপ্ল্যান্ট (877) 813-1206; চিকিৎসা/আচরণগত স্বাস্থ্য বহিরাগত রোগী (844) 251-1450; হাসপাতালের আবাসিক রোগী (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
লিখুন	New York-এর Senior Whole Health Attn: কভারেজের অনুরোধ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

পদ্ধতি	চিকিৎসা সেবার জন্য আপিল – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
ফ্যাক্স	(562) 499-0610
লিখুন	New York-এর Senior Whole Health Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

পদ্ধতি	পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত এবং আপিল – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(800) 665-3086 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

পদ্ধতি	পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত এবং আপিল – যোগাযোগের তথ্য
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
ফ্যাক্স	(866) 290-1309
লিখুন	New York-এর Senior Whole Health Attn: ফার্মেসি ডিপার্টমেন্ট 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

আপনি যখন আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা বা পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধ সম্পর্কে অভিযোগ করছেন তখন কীভাবে আমাদের সাথে যোগাযোগ করবেন

আপনি আপনার যত্নের গুণগতমান সম্পর্কিত অভিযোগ সহ আমাদের বা আমাদের নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার বা ফার্মেসিগুলোর ব্যাপারে অভিযোগ জানাতে পারেন। এই ধরনের অভিযোগ কভারেজ বা পেমেন্ট সংশ্লিষ্ট বিরোধ সম্পর্কিত নয়। আপনার চিকিৎসা পরিষেবা সম্পর্কে অভিযোগ করার বিষয়ে আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় ৪ দেখুন (আপনার যদি কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (কভারেজ সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ) তাহলে কী করবেন)।

পদ্ধতি	চিকিৎসা সেবা বা পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধ সম্পর্কিত অভিযোগ – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময় সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
ফ্যাক্স	(562) 499-0610
লিখুন	New York-এর Senior Whole Health Attn: আপিল ও অভিযোগ P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

পদ্ধতি	চিকিৎসা সেবা বা পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধ সম্পর্কিত অভিযোগ – যোগাযোগের তথ্য
MEDICARE ওয়েবসাইট	আপনি নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health সম্পর্কে সরাসরি Medicare বরাবর অভিযোগ জমা দিতে পারেন। Medicare-এ একটি অনলাইন অভিযোগ জমা দিতে www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

চিকিৎসা সেবা বা আপনার প্রাপ্ত ওষুধের জন্য আমাদেরকে খরচ দিতে বলার জন্য কোথায় অনুরোধ করতে হবে

আপনি যদি একটি বিল পেয়ে থাকেন বা পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করেন (যেমন- একটি প্রোভাইডার বিল) যেটির জন্য আপনি মনে করেন যে আমাদের অর্থ প্রদান করা উচিত তাহলে আপনাকে আমাদের কাছে প্রতিদান বা প্রোভাইডার বিল পরিশোধের জন্য বলতে হতে পারে। অধ্যায় 6 দেখুন (আমাদেরকে আপনি কভার করা চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য প্রাপ্ত একটি বিল দিতে বলুন)।

অনুগ্রহ করে স্মরণ রাখুন: আপনি যদি আমাদের বরাবর কোনো পেমেন্টের অনুরোধ পাঠান এবং আমরা আপনার অনুরোধের কোনো অংশ প্রত্যাখ্যান করি তাহলে আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন। আরও তথ্যের জন্য অধ্যায় 8 দেখুন (আপনার যদি কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (কভারেজ সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ)) তাহলে কী করবেন।

পদ্ধতি	চিকিৎসা সেবার জন্য পেমেন্টের অনুরোধ – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল 8টা থেকে রাত 8টা।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল 8টা থেকে রাত 8টা।
ফ্যাক্স	(310) 507-6186
লিখুন	New York-এর Senior Whole Health Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

পদ্ধতি	পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পেমেন্টের অনুরোধ – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল 8টা থেকে রাত 8টা।

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

পদ্ধতি	পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পেমেন্টের অনুরোধ – যোগাযোগের তথ্য
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
ফ্যাক্স	(866) 290-1309
লিখুন	New York-এর Senior Whole Health Attn: ফার্মেসি ডিপার্টমেন্ট 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

সেকশন 2 Medicare (Federal Medicare প্রোগ্রাম থেকে কিভাবে সরাসরি সাহায্য এবং তথ্য পাবেন)

Medicare হলো 65 বছর বা তার বেশি বয়সের লোকদের জন্য ফেডারেল স্বাস্থ্য বিমা প্রোগ্রাম, 65 বছরের কম বয়সী প্রতিবন্ধী এবং এন্ড-স্টেজ রেনাল ডিজিজ (স্থায়ীভাবে কিডনি নষ্টের জন্য ডায়ালাইসিস বা কিডনি প্রতিস্থাপন প্রয়োজন) আছে এমন ব্যক্তিদের জন্য।

Medicare-এর দায়িত্বে থাকা ফেডারেল এজেন্সি হলো Medicare এবং Medicaid পরিষেবাগুলোর কেন্দ্র (কখনো কখনো CMS বলা হয়)। এই এজেন্সি আমাদের সহ Medicare অ্যাডভান্সেজ সংস্থার সাথে চুক্তিবদ্ধ।

পদ্ধতি	Medicare – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	1-800-MEDICARE, বা 1-800-633-4227 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিনই।
TTY	1-877-486-2048 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন।
ওয়েবসাইট	www.Medicare.gov এটি Medicare-এর সরকারী ওয়েবসাইট। এটি আপনাকে Medicare এবং Medicare-এর সমসাময়িক বিষয়াদি সম্পর্কে আপ-টু-ডেট তথ্য দেয়। এছাড়াও এতে হাসপাতাল, নার্সিং হোম, চিকিৎসক, হোম হেলথ এজেন্সি এবং ডায়ালাইসিস ফ্যাসিলিটি সম্পর্কিত তথ্য রয়েছে। এটিতে এমন নথিপত্র রয়েছে যা আপনি সরাসরি আপনার কম্পিউটার থেকে মুদ্রণ করতে পারেন। এছাড়াও আপনি আপনার স্টেটের Medicare-এ যোগাযোগ করার ব্যক্তিদের খুঁজে পেতে পারেন। Medicare ওয়েবসাইটে আপনার Medicare যোগ্যতা এবং নিম্নলিখিত সরঞ্জামগুলো সহ তালিকাভুক্তির বিকল্পগুলো সম্পর্কে বিস্তারিত তথ্য রয়েছে:

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সমূহ

পদ্ধতি	Medicare – যোগাযোগের তথ্য
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare যোগ্যতা সংশ্লিষ্ট সবজ্ঞাম: Medicare যোগ্যতার অবস্থা সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করে। • Medicare প্ল্যান ফাইন্ডার: আপনার এলাকায় বিদ্যমান Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের প্ল্যান, Medicare হেলথ প্ল্যান এবং মেডিগ্যাপ (Medicare স্যালিমেন্ট ইন্স্যুরেন্স) পলিসি সম্পর্কে ব্যক্তিগতকৃত তথ্য প্রদান করে। এই সরঞ্জামগুলো বিভিন্ন Medicare প্লানে আপনার হিসাবের বাইরের খরচগুলো কী পরিমাণ হতে পারে তার একটি ধারণা প্রদান করে। <p>নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health সম্পর্কে আপনার যেকোনো অভিযোগের বিষয়ে Medicare-কে জানাতে আপনি উল্লিখিত ওয়েবসাইটটি ব্যবহার করতে পারেন:</p> <ul style="list-style-type: none"> • আপনার অভিযোগের বিষয়ে Medicare-কে জানান: আপনি নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health সম্পর্কে সরাসরি Medicare বরাবর অভিযোগ জমা দিতে পারেন। Medicare-এর কাছে কোনো অভিযোগ জমা দেওয়ার জন্য, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx-এ যান। Medicare আপনার অভিযোগগুলোকে গুরুত্ব সহকারে বিবেচনা করে এবং প্রোগ্রামের মান উন্নত করতে Medicare এই তথ্যাবলি ব্যবহার করবে। <p>আপনার কাছে কম্পিউটার না থাকলে, আপনার স্থানীয় লাইব্রেরি বা সিনিয়র সেন্টারের কম্পিউটার ব্যবহার করে এই ওয়েবসাইটটি দেখতে তারা আপনাকে সাহায্য করতে পারে। অথবা, আপনি কোন তথ্যাবলি খুঁজছেন তা জানতে চেয়ে আপনি Medicare-কে কল করতে পারেন। তারা ওয়েবসাইটে সেই তথ্য খুঁজে, আপনার সাথে মিলে তথ্য পর্যালোচনা করবে। (আপনি 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিনই Medicare-কে 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীদের 1-877-486-2048 নম্বরে কল করতে হবে।)</p>

সেকশন 3

স্টেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (Medicare সম্পর্কে বিনামূল্যে সহায়তা, তথ্য এবং আপনার যেকোনো প্রশ্নের উত্তর)

স্টেট স্বাস্থ্য বিমা সহায়তা প্রোগ্রাম (SHIP) হলো প্রতিটি স্টেটে প্রশিক্ষিত পরামর্শদাতাদের নিয়ে একটি সরকারি প্রোগ্রাম। নিউ ইয়র্কে, SHIP-কে হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) বলা হয়।

হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) হলো একটি স্বাধীন (কোনো বিমা কোম্পানি বা স্বাস্থ্য প্লানের সাথে সংযুক্ত নয়) স্টেটীয় প্রোগ্রাম যা Medicare তালিকাভুক্ত ব্যক্তিদের বিনামূল্যে স্থানীয় স্বাস্থ্য বিমা কাউন্সেলিং দেওয়ার জন্য ফেডারেল সরকারের কাছ থেকে অর্থ পায়।

হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) কাউন্সেলরগণ আপনাকে আপনার Medicare সংশ্লিষ্ট অধিকারগুলো বুঝতে সাহায্য করতে পারেন, আপনার চিকিৎসা সেবা বা চিকিৎসা সম্পর্কে অভিযোগ করতে সাহায্য করতে পারেন এবং আপনার Medicare বিলগুলোর সমস্যোগুলো সমাধানে করতে সাহায্য করতে পারেন। এছাড়াও হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) কাউন্সেলরগণ আপনাকে Medicare বিষয়ক প্রশ্ন বা সমস্যার বিষয়ে সাহায্য করতে পারেন এবং আপনার Medicare প্লানের পছন্দগুলো বুঝতে এবং প্ল্যান পরিবর্তন করার বিষয়ে যেকোনো প্রশ্নের উত্তর দিতে সাহায্য করতে পারেন।

SHIP এবং অন্যান্য রিসোর্সে অ্যাক্সেস পাওয়ার পদ্ধতি:

- <https://www.shiphelp.org>-এ যান (পৃষ্ঠার মাঝে SHIP LOCATOR-এ ক্লিক করুন)
 - তালিকা থেকে আপনার স্টেট নির্বাচন করুন। এটি আপনাকে আপনার স্টেটের জন্য ফোন নম্বর এবং নির্দিষ্ট রিসোর্স থাকা একটি পৃষ্ঠায় নিয়ে যাবে।

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

পদ্ধতি	হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) (New York-র SHIP) – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(800) 701-0501
লিখুন	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
ওয়েবসাইট	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

সেকশন 4 মান উন্নয়ন সংস্থা

প্রতিটি স্টেটে Medicare সুবিধাভোগীদের পরিষেবা দেওয়ার জন্য একটি নির্ধারিত কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন বা গুণগতমান উন্নয়ন সংস্থা রয়েছে। নিউ ইয়র্কের গুণগতমান উন্নয়ন সংস্থাকে বলা হয় Livanta।

Livanta-এর ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবাদানকারীদের একটি গ্রুপ রয়েছে যাদের Medicare-এর মাধ্যমে অর্থ প্রদান করা হয় যাতে Medicare তালিকাভুক্ত লোকদের সেবার মান উন্নত করা যায়। Livanta একটি স্বাধীন সংস্থা। এটি আমাদের প্ল্যানের সাথে যুক্ত নয়।

নিম্নোক্ত যেকোনো পরিস্থিতিতে আপনার Livanta-এর সাথে যোগাযোগ করা উচিত:

- আপনার প্রাপ্ত সেবার মান নিয়ে আপনার অভিযোগ থাকলে।
- আপনার হাসপাতালে থাকার কভারেজ খুব তাড়াতাড়ি শেষ হয়ে যাচ্ছে বলে মনে হলে।
- আপনার হোম হেলথ কেয়ার, দক্ষ নার্সিং ফ্যাসিলিটি কেয়ার অথবা কমপ্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফ্যাসিলিটি (CORF) পরিষেবার কভারেজ খুব শীঘ্রই শেষ হয়ে যাচ্ছে বলে মনে হলে।

পদ্ধতি	Livanta (নিউ ইয়র্কের গুণগতমান উন্নয়ন সংস্থা) – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(866) 815-5440 সোমবার - শুক্রবার, স্থানীয় সময়ে সকাল 9:00টা থেকে বিকাল 5:00টা পর্যন্ত; সপ্তাহান্ত এবং ছুটির দিনে স্থানীয় সময় সকাল 10:00টা থেকে দুপুর 4:00টা পর্যন্ত।
TTY	711: এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।
লিখুন	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ওয়েবসাইট	https://www.livantaqio.com/

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ**সেকশন 5 সোশ্যাল সিকিউরিটি**

Medicare সংশ্লিষ্ট যোগ্যতা নির্ধারণ এবং তালিকাভুক্তির বিষয়াদি পরিচালনার জন্য সোশ্যাল সিকিউরিটি নিয়োজিত। মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক এবং বৈধ স্থায়ী বাসিন্দা যাদের বয়স 65 বা তার বেশি অথবা যারা প্রতিবন্ধিতা বা এন্ড-স্টেজ রেনাল ডিজিজে আক্রান্ত এবং কিছু শর্তাবলি পূরণ করে তারা Medicare-এর জন্য যোগ্য। আপনি যদি ইতোমধ্যে সোশ্যাল সিকিউরিটি সংশ্লিষ্ট চেক পেয়ে থাকেন তাহলে Medicare-এ তালিকাভুক্তি স্বয়ংক্রিয়ভাবে হয়ে যাবে। আপনি যদি সোশ্যাল সিকিউরিটি চেক না পান তাহলে আপনাকে Medicare-এ নথিভুক্ত হতে হবে। Medicare-এর জন্য আবেদন করতে, আপনি সোশ্যাল সিকিউরিটিকে কল করতে পারেন অথবা আপনার স্থানীয় সোশ্যাল সিকিউরিটির কার্যালয়ে যেতে পারেন।

এছাড়াও সোশ্যাল সিকিউরিটি এটি নির্ধারণের জন্য নিয়োজিত যে কারা উচ্চ-আয়ের কারণে তাদের পার্ট D ঔষধ কভারেজের জন্য অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করবে। আপনি যদি সোশ্যাল সিকিউরিটি থেকে কোনো চিঠি পেয়ে থাকেন যাতে আপনাকে বলা হয় যে আপনাকে অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হবে এবং সেই পরিমাণ সম্পর্কে আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা জীবন-পরিবর্তনকারী কোনো দুর্ঘটনার কারণে আপনার আয় কমে যায় তাহলে আপনি পুনর্বিবেচনার জন্য সোশ্যাল সিকিউরিটিকে কল করতে পারেন।

আপনি যদি আপনার ডাকযোগের ঠিকানা পরিবর্তন করেন তাহলে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটির সাথে যোগাযোগ করে এ ব্যাপারে তাদের জানানোটা গুরুত্বপূর্ণ।

পদ্ধতি	সোশ্যাল সিকিউরিটি – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	1-800-772-1213 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার থেকে শুক্রবার পর্যন্ত সকাল 8:00টা থেকে সন্ধ্যা 7:00টা পর্যন্ত পাওয়া যায়। আপনি রেকর্ড করা তথ্য পেতে এবং 24 ঘন্টাই কিছু ব্যবসা পরিচালনা করতে সোশ্যাল সিকিউরিটির স্বয়ংক্রিয় টেলিফোন পরিষেবা ব্যবহার করতে পারেন।
TTY	1-800-325-0778 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার থেকে শুক্রবার পর্যন্ত সকাল 8:00টা থেকে সন্ধ্যা 7:00টা পর্যন্ত পাওয়া যায়।
ওয়েবসাইট	www.ssa.gov

সেকশন 6 Medicaid

Medicaid হলো ফেডারেল এবং স্টেট সরকারের একটি যৌথ প্রোগ্রাম যা সীমিত আয় এবং রিসোর্স থাকা নির্দিষ্ট লোকদের চিকিৎসা ব্যয় এবং দীর্ঘ-মেয়াদী যত্নে সাহায্য করে। আয় এবং রিসোর্স হিসেবে কী গণনা করা হবে, কারা যোগ্য হবেন, কোন পরিষেবাগুলো কভার করা হবে এবং পরিষেবাগুলোর ব্যয় প্রতিটি স্টেট নির্ধারণ করে। স্টেটগুলো ফেডারেল নির্দেশাবলি মেনে চলা সাপেক্ষে তাদের নিজস্ব কর্মসূচি কিভাবে পরিচালনা করবে সেই সিদ্ধান্তও নিতে পারে।

এছাড়াও, Medicaid -এর অফার করা কার্যক্রম রয়েছে যা Medicare তালিকাভুক্তদেরকে Medicare প্রিমিয়ামের মতো Medicare ব্যয় পরিশোধে সাহায্য করে। এইসব “Medicare সেভিংস প্রোগ্রাম” সীমিত আয় এবং রিসোর্স থাকা লোকদের প্রতি বছর অর্থ সাশ্রয় করতে সাহায্য করে:

- **সম্পূর্ণ সুবিধা দ্বৈত উপযোগী (FBDE):** Medicare এর অধিকার প্রাপ্ত কোনো ব্যক্তি QMB+ বা SLMB+ এর জন্য আয় বা সংস্থানের মানদণ্ড পূরণ করেন না, তবে তিনি হয় নিশ্চিতভাবে অথবা চিকিৎসাগত চাহিদা সম্পন্ন অবস্থা, প্রতিষ্ঠানের অধীন ব্যক্তিদের বিশেষ আয়ের স্তর, অথবা অন্তর্ভুক্তী ও কমিউনিটি-ভিত্তিক ছাড়ের উপর গঠিত ঐচ্ছিক কভারেজ গ্রুপের মাধ্যমে পূর্ণ Medicaid কভারেজ পাওয়ার যোগ্য হবেন।

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

- **উপযুক্ত Medicare সুবিধাভোগী (QMB+):** Medicare পার্ট A এবং পার্ট B প্রিমিয়াম এবং অন্যান্য খরচ ভাগাভাগি (যেমন- ডিডাক্টিবল, কো-ইন্স্যুরেন্স এবং কো-পেমেন্ট) করতে সাহায্য করে। এই ব্যক্তিরা সম্পূর্ণ Medicaid সুবিধার জন্যও উপযুক্ত।

এই প্ল্যানের সদস্য হওয়ার জন্য, আপনাকে Medicare এবং Medicaid-এ দ্বৈতভাবে নথিভুক্ত হতে হবে এবং তালিকাভুক্তির সময় অন্যান্য সমস্ত প্ল্যানের যোগ্যতার শর্তাবলি পূরণ করতে হবে।

Medicaid থেকে আপনি যে সহায়তা পান তা সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে নিউ ইয়র্কের Medicaid-এর সাথে যোগাযোগ করুন।

পদ্ধতি	নিউ ইয়র্কের Medicaid – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(800) 505-5678 সোমবার-শুক্রবার, সকাল 8:30 থেকে রাত 8টা, শনিবার সকাল 10:00টা থেকে সন্ধ্যা 6:00টা।
লিখুন	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238
ওয়েবসাইট	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml

Nassau কাউন্টির সদস্যরা স্থানীয় সমাজসেবা অধিদপ্তরে যোগাযোগ করতে পারেন।

পদ্ধতি	Nassau County Department of Social Services – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(516) 227-7474
লিখুন	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
ওয়েবসাইট	https://www.nassaucountynyc.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond কাউন্টির সদস্যরা নিউ ইয়র্ক সিটির মানবসম্পদ প্রশাসন/সমাজসেবা অধিদপ্তর-এ যোগাযোগ করতে পারেন।

পদ্ধতি	মানব সম্পদ প্রশাসন/সমাজসেবা অধিদপ্তর
কল করুন	718-557-1399
ওয়েবসাইট	https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page

Orange কাউন্টির সদস্যরা স্থানীয় সমাজসেবা অধিদপ্তরে যোগাযোগ করতে পারেন।

পদ্ধতি	Orange County Department of Social Services
কল করুন	845-291-4000

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

পদ্ধতি	Orange County Department of Social Services
লিখুন	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
ওয়েবসাইট	https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services

Rockland কাউন্টির সদস্যরা স্থানীয় সমাজসেবা অধিদপ্তরে যোগাযোগ করতে পারেন

পদ্ধতি	Rockland County Department of Social Services
কল করুন	845-364-3040
লিখুন	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
ওয়েবসাইট	http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/

Westchester কাউন্টির সদস্যরা স্থানীয় সমাজসেবা অধিদপ্তরে যোগাযোগ করতে পারেন।

পদ্ধতি	Westchester কাউন্টির সামাজিক পরিষেবা দপ্তর – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(914-995-3333)
লিখুন	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
ওয়েবসাইট	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

New York-এর Ombudsman অফিস Medicaid তালিকাভুক্ত ব্যক্তিদের পরিষেবা বা বিলিং সমস্যায় সাহায্য করে। তারা আপনাকে আমাদের প্ল্যান অনুযায়ী অভিযোগ দায়ের বা আপিল করতে সাহায্য করতে পারে।

পদ্ধতি	Ombudsman অফিস – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(888) 219-9818 সোমবার – শূক্রবার, সকাল 8:30টা থেকে বিকাল 5:00টা
লিখুন	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
ওয়েবসাইট	https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ

লং টার্ম কেয়ার অম্বডসম্যান প্রোগ্রাম লোকেদের নার্সিং হোম সম্পর্কিত তথ্য পেতে এবং নার্সিং হোম এবং বাসিন্দা বা তাদের পরিবারের মধ্যে সমস্যা সমাধানে সহায়তা করে।

পদ্ধতি	লং টার্ম কেয়ার অম্বডসম্যান প্রোগ্রাম – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(855) 582-6769 সোমবার – শূক্রবার, সকাল 8:30টা থেকে বিকাল 5:00টা
লিখুন	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
ওয়েবসাইট	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

সেকশন 7 রোগীদের প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য তাদের অর্থ প্রাপ্তিতে সহায়তা পাওয়ার প্রোগ্রাম সম্পর্কিত তথ্য

আপনার প্রেসক্রিপশনের ওষুধের খরচ কিভাবে কমাতে হয় তা সম্পর্কিত তথ্য [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ওয়েবসাইটটি (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) প্রদান করে। সীমিত আয়ের লোকেদের সহায়তা করার জন্য নিচে বর্ণিত অন্যান্য প্রোগ্রামও রয়েছে।

Medicare-এর “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” প্রোগ্রাম

যেহেতু আপনি Medicaid-এর জন্য যোগ্য তাই আপনি আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের প্ল্যান সংশ্লিষ্ট ব্যয়ের জন্য Medicare থেকে “অতিরিক্ত সহায়তা” পাওয়ার যোগ্য এবং তা পাচ্ছেন। এই “অতিরিক্ত সহায়তা” পেতে আপনাকে আর কিছুই করতে হবে না।

আপনার যদি “অতিরিক্ত সহায়তা” সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে, তাহলে কল করুন:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)। TTY ব্যবহারকারীদের 1-877-486-2048 নম্বরে কল করতে হবে, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন;
- সোশ্যাল সিকিউরিটির অফিসের 1-800-772-1213 নম্বর, সোমবার থেকে শূক্রবার সকাল 8টা থেকে সন্ধ্যা 7টার মধ্যে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-800-325-0778 নম্বরে কল করুন; বা
- আপনার স্টেটের Medicaid অফিস (যোগাযোগের তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের সেকশন 6 দেখুন)।

ফার্মেসি থেকে আপনার প্রেসক্রিপশন বুঝে নেওয়ার সময় যদি মনে হয় আপনি ভুল পরিমাণ খরচ ভাগাভাগির মূল্য পরিশোধ করছেন তাহলে আমাদের প্লানে আপনার সঠিক কো-পেমেন্ট লেভেলের প্রমাণ সংগ্রহে সহায়তা চাওয়ার অথবা আপনার যদি ইতোমধ্যেই প্রমাণ থাকে সেক্ষেত্রে আমাদের কাছে সেইসব প্রমাণ জমা দেওয়ার ক্ষেত্রে একটি প্রক্রিয়া রয়েছে।

- দ্য বেস্ট অ্যাভেইলেবল এভিডেন্স (BAE) <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae> এ পাওয়া যাবে। একজন সদস্যের কম আয়ের ভর্তুকি নির্ধারণের জন্য BAE ব্যবহার করা হয়। আমাদের মেম্বার সার্ভিসেস ডিপার্টমেন্ট এবং ফার্মেসি ডিপার্টমেন্ট এমন ক্ষেত্রসমূহ নির্ধারণ করে যেখানে BAE নীতি প্রযোজ্য। সদস্যগণ অধ্যায় 2-এ তালিকাভুক্ত মেম্বার সার্ভিসেস ঠিকানায় যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য BAE নথিপত্র পাঠাতে পারে। উপরন্তু আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনি মেম্বার সার্ভিসেস সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। প্রমাণের গ্রহণযোগ্য ফরমসমূহ:
 - SSA অ্যাওয়ার্ড লেটার
 - নোটিশ অব লেটার
 - সাল্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম

যখন আমরা আপনার কো-পেমেন্টের লেভেল দেখানোর মতো প্রমাণ পাব তখন আমরা আমাদের সিস্টেম আপডেট করব যাতে আপনি যখন ফার্মেসিতে আপনার পরবর্তী প্রেসক্রিপশন পাবেন তখন আপনি সঠিক কো-পেমেন্ট পরিশোধ করতে পারেন। আপনি যদি আপনার কো-পেমেন্ট লেভেলের অতিরিক্ত পরিশোধ করেন তাহলে আমরা আপনাকে তা ফেরত দেব। হয় আমরা আপনার অতিরিক্ত কো-পেমেন্টের পরিমাণে আপনাকে একটি চেকের মাধ্যমে ফরোয়ার্ড করব অথবা আমরা ভবিষ্যতের

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সমূহ

কো-পেমেন্টগুলো সমন্বয় করব। যদি ফার্মেসি আপনার কাছ থেকে কোনো কো-পেমেন্ট নিয়ে না থাকে এবং আপনার দায় হিসেবে আপনার কো-পেমেন্ট বহন করে থাকে সে ক্ষেত্রে আমরা সরাসরি ফার্মেসিতে পেমেন্ট করতে পারি। যদি কোনো স্টেট আপনার পক্ষ থেকে পেমেন্ট করে থাকে তাহলে আমরা সরাসরি সেই স্টেটকে পেমেন্ট করতে পারি। আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনি মেম্বার সার্ভিসের সাথে যোগাযোগ করুন।

আপনার কাছে “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” এবং AIDS ড্রাগ অ্যাসিসট্যান্স প্রোগ্রাম (ADAP) থাকলে কী হবে? AIDS ড্রাগ অ্যাসিসট্যান্স প্রোগ্রাম (ADAP) কি?

AIDS ড্রাগ অ্যাসিসট্যান্স প্রোগ্রাম (ADAP) HIV/AIDS আক্রান্ত ADAP-যোগ্য ব্যক্তিদের জীবন রক্ষাকারী HIV ওষুধের অ্যাক্সেস রয়েছে তা নিশ্চিত করতে সহায়তা করে। ADAP ফর্মুলারিতে থাকা Medicare পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধগুলো নিউ ইয়র্ক স্টেট আনইন্স্যুরড কেয়ার প্রোগ্রাম (ADAP)-এর মাধ্যমে প্রেসক্রিপশনের খরচ শেয়ার করার সহায়তার জন্য যোগ্যতা অর্জন করে।

দ্রষ্টব্য: আপনার স্টেট ADAP পরিচালনার জন্য যোগ্য হতে নির্দিষ্ট ব্যক্তিদের অবশ্যই কিছু মানদণ্ড পূরণ করতে হবে, যার মধ্যে স্টেটে বসবাসের প্রমাণ এবং HIV স্ট্যাটাস, স্টেট কর্তৃক সংজ্ঞায়িত কম আয় এবং বিমহীন/অ-বিমাকৃত অবস্থা রয়েছে। আপনি যদি প্ল্যান পরিবর্তন করেন তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার স্থানীয় ADAP তালিকাভুক্তির দায়িত্বে নিয়োজিত কর্মীকে জানান যাতে আপনি সহায়তা পেতে পারেন। যোগ্যতার মানদণ্ড, কভার করা ওষুধ বা প্রোগ্রামে তালিকাভুক্তির বিষয়ে তথ্য জানতে, অনুগ্রহ করে (800) 542-2437 বা (844) 682-4058 নম্বরে নিউ ইয়র্ক স্টেট আনইন্স্যুরড কেয়ার প্রোগ্রাম (ADAP)-এ কল করুন।

সেকশন 8 রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড-এর সাথে কীভাবে যোগাযোগ করবেন

রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড হল একটি স্বতন্ত্র ফেডারেল এজেন্সি যেটি দেশের রেলপথ সংশ্লিষ্ট কর্মী এবং তাদের পরিবারের জন্য ব্যাপক উপকারী প্রোগ্রামগুলো পরিচালনা করে থাকে। আপনি যদি Railroad Retirement Board-এর মাধ্যমে আপনার Medicare সুবিধা গ্রহণ করে থাকেন তাহলে আপনি আপনার ডাকযোগের ঠিকানা পরিবর্তন করলে তাদেরকে জানাতে হবে। রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড থেকে পাওয়া সুবিধা সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে এজেন্সির সাথে যোগাযোগ করুন।

পদ্ধতি	Railroad Retirement Board – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	1-877-772-5772 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। আপনি “0” প্রেস করলে, একজন RRB প্রতিনিধির সাথে আপনি সোমবার, মঙ্গলবার, বুধবার এবং শুক্রবার সকাল 9:00টা থেকে দুপুর 3:30টা পর্যন্ত এবং বুধবার সকাল 9:00টা থেকে দুপুর 12:00টা পর্যন্ত কথা বলতে পারেন। আপনি যদি “1”, চাপেন তাহলে আপনি সাপ্তাহিক ছুটির দিন এবং বন্ধের দিনগুলোতে 24 ঘন্টা স্বয়ংক্রিয় RRB হেল্পলাইন এবং রেকর্ড করা তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারেন।
TTY	1-312-751-4701 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে কল করলে তা বিনামূল্যে হবে না।
ওয়েবসাইট	rrb.gov/

অধ্যায় 2 গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর এবং রিসোর্সসমূহ**সেকশন 9 আনার কি কোনো গ্রুপ বিমা বা নিয়োগকর্তার থেকে অন্য কোনো স্বাস্থ্য বিমার ব্যবস্থা আছে?**

যদি আপনি (বা আপনার স্বামী/স্ত্রী বা পারিবারিক সঙ্গী) এই প্ল্যানের অংশ হিসেবে আপনার (বা আপনার স্বামী/স্ত্রী বা পারিবারিক সঙ্গী) নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গ্রুপের কাছ থেকে সুবিধা পান, তাহলে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে আপনি নিয়োগকর্তা/ইউনিয়ন বেনিফিট অ্যাডমিনিস্ট্রেটর অথবা মেম্বার সার্ভিসে কল করতে পারেন। আপনার (বা আপনার স্বামী/স্ত্রী বা পারিবারিক সঙ্গীর) নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত বিষয়ক স্বাস্থ্য সুবিধা, প্রিমিয়াম বা তালিকাভুক্তির সময়কালের ব্যাপারে তিজ্ঞাসা করতে পারেন। (মেম্বার সার্ভিসের ফোন নম্বরসমূহ এই নথির পিছনের কভারে মুদ্রিত রয়েছে।) এছাড়াও আপনি এই প্ল্যানের অধীনে আপনার Medicare কভারেজ সম্পর্কিত কোনো প্রশ্ন থাকলে 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) নম্বরে কল করতে পারেন।

আপনার (বা আপনার স্বামী/স্ত্রী বা পারিবারিক সঙ্গীর) নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গোষ্ঠীর মাধ্যমে আপনার অন্য কোনো প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ থাকলে, অনুগ্রহ করে **সেই গ্রুপের বেনিফিট অ্যাডমিনিস্ট্রেটরের** সাথে যোগাযোগ করুন। আপনার বর্তমান প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ কীভাবে আমাদের প্ল্যানের সাথে কাজ করবে তা নির্ধারণ করতে বেনিফিট অ্যাডমিনিস্ট্রেটর আপনাকে সাহায্য করতে পারেন।

অধ্যায় 3:

আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান
ব্যবহার করা

সেকশন 1 আমাদের প্লানের একজন সদস্য হিসাবে চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা প্রাপ্তি সম্পর্কে আপনাকে যা যা জানতে হবে

আপনার চিকিৎসা সেবা এবং অন্যান্য পরিষেবাগুলো কভার করার জন্য প্ল্যানটি ব্যবহার করার বিষয়ে আপনার কী কী জানা দরকার তা এই অধ্যায়টি ব্যাখ্যা করে। এটি মেইসব নিয়মকানূনের বিভিন্ন পরিভাষা সংজ্ঞা ও ব্যাখ্যা দেয় যা চিকিৎসা, পরিষেবা, সরঞ্জাম, প্রেসক্রিপশন ওষুধ এবং প্লানের আওতাভুক্ত অন্যান্য চিকিৎসা পরিচর্যা পাওয়ার জন্য আপনাকে মেনে চলতে হবে।

আমাদের প্লানে কী কী চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা কভার করা হয়েছে তার বিস্তারিত বিবরণ জানতে, পরবর্তী অধ্যায়ে, অধ্যায় 4 (মেডিকেল বেনিফিট চার্ট, যা কভার করা হয়েছে) এর বেনিফিট চার্টটি ব্যবহার করুন।

সেকশন 1.1 নেটওয়ার্ক সরবরাহকারী এবং কভার করা পরিষেবা কী?

প্রোভাইডারগণ হলেন ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবাদানকারী যারা চিকিৎসা পরিষেবা এবং যন্ত্র প্রদানের জন্য স্টেট কর্তৃক লাইসেন্সপ্রাপ্ত। প্রোভাইডার শব্দটি হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবামূলক ফ্যাসিলিটিও অন্তর্ভুক্ত করে।

- **নেটওয়ার্ক সরবরাহকারী** বলতে বোঝায় বিভিন্ন ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, মেডিকেল গ্রুপ, হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবামূলক কেন্দ্র যারা সম্পূর্ণ অর্থপ্রদানের মাধ্যম হিসাবে আমাদের পেমেন্ট গ্রহণ করার জন্য আমাদের সাথে একটি চুক্তি করে। আমরা আমাদের প্লানে সদস্যদের কভার করা সেবা প্রদানের জন্য এই প্রোভাইডারদের ব্যবস্থা করেছি। আমাদের নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারগণ আপনার যন্ত্রের বিনিময়ে আমাদেরকে সরাসরি বিল দেয়। আপনি যখন নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারকে দেখাবেন তখন আপনি কভার করা পরিষেবাগুলোর জন্য কোনো পেমেন্ট করবেন না।
- **আওতাভুক্ত বা কভার করা পরিষেবার** মধ্যে সমস্ত চিকিৎসা পরিচর্যা, স্বাস্থ্যসেবামূলক পরিষেবা, প্রয়োজনীয় জিনিসপত্রের সরঞ্জাম এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা আমাদের প্লানের কভার করা হয়েছে। চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আপনার কভার করা পরিষেবাগুলো অধ্যায় 4-এ বেনিফিট চার্টে তালিকাভুক্ত করা হয়েছে। প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য আপনার কভার করা পরিষেবাগুলো অধ্যায় 5-এ আলোচনা করা হয়েছে।

সেকশন 1.2 প্লানের কভার করা আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা পাওয়ার প্রাথমিক নিয়মাবলী

Medicare এবং Medicaid হেলথ প্ল্যান হিসেবে, নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health অবশ্যই মূল Medicare কর্তৃক কভার করা সমস্ত পরিষেবাগুলোকে কভার করতে হবে এবং মূল Medicare-এর কভার করা পরিষেবাগুলো ছাড়াও অন্যান্য পরিষেবাগুলো অফার করতে পারে।

নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health সাধারণত আপনার চিকিৎসা সেবা কভার করবে ততক্ষণ:

- **আপনি যে পরিচর্যা পাবেন তা প্লানের মেডিকেল বেনিফিট চার্টে অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে** (চার্টটি এই নথির অধ্যায় 4-এ আছে)।
- **আপনি যে পরিচর্যা পান তা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় বলে মনে করা হয়।** চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় মানে হলো যে পরিষেবা, সার্জারি, সরঞ্জাম বা ওষুধগুলো আপনার চিকিৎসাগত অবস্থার প্রতিরোধ, নির্ণয় বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন এবং চিকিৎসা ব্যবস্থার স্বীকৃত মানদণ্ডগুলো পূরণ করে।
- **আপনার একটি নেটওয়ার্ক প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (একটি PCP) আছে যিনি আপনার যন্ত্র প্রদানের পাশাপাশি তত্ত্বাবধান করছেন।** আমাদের প্লানের একজন সদস্য হিসেবে, আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক PCP নির্বাচন করতে হবে (এ সম্পর্কে আরো তথ্য জানতে এই অধ্যায়ের সেকশন 2.1 দেখুন)।
- **আপনাকে অবশ্যই একজন নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছ থেকে আপনার যন্ত্র গ্রহণ করতে হবে** (এ সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, এই অধ্যায়ে সেকশন 2 দেখুন)। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডার (এমন প্রোভাইডার যিনি আমাদের প্লানের নেটওয়ার্কের অংশ নয়) থেকে আপনি যে সেবা গ্রহণ করেন তা কভার করা হবে না। এর মানে হলো যে আপনাকে প্রোভাইডার পরিষেবার জন্য সম্পূর্ণ অর্থ প্রদান করতে হবে। *এখানে তিনটি ব্যতিক্রম আছে:*
 - প্ল্যানটি জরুরি সেবা বা তাৎক্ষণিকভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলোকে কভার করে যা আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারের কাছ থেকে পান। এই বিষয়ে আরো তথ্য জানতে এবং জরুরি বা তাৎক্ষণিকভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা বলতে কী বোঝায় তা এই অধ্যায়ের সেকশন 3-এ দেখুন।

অধ্যায় 3 আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা

- যদি আপনার এমন চিকিৎসার প্রয়োজন হয় যা Medicare বা Medicaid আমাদের প্ল্যানকে অন্তর্ভুক্ত করার জন্য প্রয়োজনীয় করে আমাদের নেটওয়ার্কের কোনো বিশেষজ্ঞ এই সেবা প্রদান না করে তাহলে আপনি একই খরচ ব্যয় করে নেটওয়ার্কের বাইরে থেকে যেকোনো প্রোভাইডারের কাছ থেকে এই সেবা পেতে পারেন। এই ক্ষেত্রে পূর্ব-অনুমোদনের প্রয়োজন। সহায়তার জন্য মেম্বার সার্ভিসেসে যোগাযোগ করুন। এই পরিস্থিতিতে, আমরা আপনাকে বিনা খরচে এই পরিষেবাগুলো কভার করব। নেটওয়ার্কের বাইরের ডাক্তারের সাথে দেখা করার অনুমোদন পাওয়ার বিষয়ে বিস্তারিত জানতে, এই অধ্যায়ের সেকশন 2.4 দেখুন।
- আপনি সাময়িকভাবে প্লানের পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকার সময় বা এই পরিষেবাটির জন্য আপনার পরিষেবা প্রদানকারী অস্থায়ীভাবে বাইরে থাকলে বা অ্যাক্সেসযোগ্য না থাকলে, প্ল্যান কিডনি ডায়ালাইসিস পরিষেবাগুলোকে কভার করে যা আপনি একটি Medicare-প্রত্যায়িত ডায়ালাইসিসের কেন্দ্রে পান। আপনি ডায়ালাইসিসের জন্য যে খরচ করবেন তা কখনোই মূল Medicare-এ খরচের চেয়ে বেশি হতে পারে না। আপনি যদি প্লানের পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন এবং প্লানের নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা কোনো প্রোভাইডারের কাছ থেকে ডায়ালাইসিস সেবা গ্রহণ করেন তাহলে আপনার খরচ আপনি নেটওয়ার্কের মধ্যে যে খরচ করেন তার বেশি হতে পারে না। যাইহোক, যদি ডায়ালাইসিসের জন্য আপনার স্বাভাবিক ইন-নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার সাময়িকভাবে অনুপস্থিত থাকে এবং আপনি প্লানের নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রোভাইডারের কাছ থেকে পরিষেবা এলাকার মধ্যে পরিষেবাগুলো পাওয়ার সিদ্ধান্ত নেন তাহলে সেক্ষেত্রে ডায়ালাইসিসের জন্য খরচ বেশি হতে পারে।

সেকশন 2 আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা পেতে প্লানের নেটওয়ার্কে থাকা পরিষেবা প্রদানকারীদের সাহায্য নিন**সেকশন 2.1 আপনার যত্ন প্রদান এবং তদারকি করার জন্য আপনাকে অবশ্যই একজন প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (PCP) বেছে নিতে হবে****একজন PCP কে এবং আপনার জন্য PCP কী করেন?**

আপনি যখন নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর সদস্য হন তখন আপনাকে একজন প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (PCP) বেছে নিতে হবে। আপনার PCP একজন লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রোভাইডার যিনি স্টেটের শর্তাবলি পূরণ করেন এবং আপনাকে প্রাথমিক চিকিৎসা সেবা দেওয়ার ক্ষেত্রে প্রশিক্ষিত।

আপনার PCP হলো নিউ ইয়র্ক স্টেট ফ্যামিলি মেডিসিন, ইন্টারনাল মেডিসিন, জেরিয়াট্রিক মেডিসিন, অ্যাডাল্ট মেডিসিন বা ফ্যামিলি মেডিসিন বিষয়ক চিকিৎসক বা জেরোনটোলজিক্যাল নার্স প্র্যাকটিশনার। আপনি আপনার PCP থেকে আপনার নিয়মিত বা প্রাথমিক যত্ন পাবেন। এছাড়াও প্লান মেম্বার হিসেবে আপনি যে সমস্ত কভার করা পরিষেবাগুলো পাবেন PCP তার সমন্বয় করবে। এর মধ্যে রয়েছে এক্স-রে, ল্যাবরেটরি টেস্ট, থেরাপি, কেয়ার ফরম স্পেশালিস্ট, হাসপাতালে ভর্তি এবং ফলো-আপ বিষয়ক যত্ন। আপনার পরিষেবাগুলোকে “সমন্বয় করার” জন্য অন্যান্য প্লানের প্রোভাইডারদের সাথে আপনার যত্ন পরীক্ষা করা বা পরামর্শ করাও জড়িত। কিছু ক্ষেত্রে, আপনার PCP-কে আমাদের প্লান থেকে পূর্ব-অনুমোদন (পূর্বানুমতি) নিতে হবে। প্লান থেকে কোন পরিষেবাগুলোর আগাম অনুমোদন প্রয়োজন তা অধ্যায় 4-এর বেনিফিট চার্টে আছে। প্রয়োজনীয় অনুমোদন পেতে আপনার PCP নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর সাথে যোগাযোগ করবে। যেহেতু আপনার PCP আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদান এবং সমন্বয় করবেন তাই আপনার অতীতের সমস্ত মেডিকেল রেকর্ড আপনার PCP-এর অফিসে আপনাকে পাঠাতে হবে।

আপনি কীভাবে আপনার PCP নির্বাচন করবেন?

আপনি যখন আমাদের প্লানের জন্য সাইন আপ করবেন তখন আপনাকে একটি PCP নির্বাচন করতে বলা হবে। আপনি বর্তমানে যে PCP দেখছেন তা ইতোমধ্যেই নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর নেটওয়ার্কের অংশ হতে পারে। আপনি যখন আমাদের প্লানের জন্য আবেদন করবেন তখন আপনার PCP আমাদের প্লানের অংশ কি না তা আমরা খুঁজে দেখব। যদি আপনার ডাক্তার নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর অংশ না হন তাহলে আপনাকে আমাদের নেটওয়ার্ক থেকে একটি নতুন নির্বাচন করতে হবে এবং যত তাড়াতাড়ি সম্ভব সেই ডাক্তারের সাথে দেখা করার জন্য একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট নির্ধারণ করতে হবে।

আপনি সাইন আপ করার সময় নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health-এর প্রোভাইডার এবং ফার্মেসি ডিরেক্টরি থেকে আপনার PCP বেছে নিতে পারেন। প্রোভাইডারদের সর্বশেষ তালিকা পেতে, আমাদের ওয়েবসাইটে প্রোভাইডার খুঁজুন টুলটি ব্যবহার করুন। এছাড়াও আপনি এই পুস্তিকাটির পিছনে টোল-ফ্রি নম্বরে মেম্বার সার্ভিসেসের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। আমরা আপনার এলাকার PCP-গুলোর নাম পর্যালোচনা করার পাশাপাশি আপনি যে অন্যান্য ডাক্তারদের সাথে সাক্ষাৎ করেন এবং আপনি কোন হাসপাতালে যান তা সম্পর্কে আপনাকে জিজ্ঞাসা করব। আপনাকে আপনার নথিভুক্তকরণের আবেদনে PCP-এর নাম লিখতে বলা হবে। আপনি যে কোনো সময় নিজের PCP পরিবর্তন করতে পারেন।

অধ্যায় 3 আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা**আপনার PCP পরিবর্তন করা**

আপনি যে কোনো কারণে, যে কোনো সময় নিজের PCP পরিবর্তন করতে পারেন। উপরন্তু, এটাও হতে পারে যে আপনার PCP আমাদের প্ল্যানের পরিষেবা প্রদানকারীদের নেটওয়ার্ক ছেড়ে যাওয়ার ফলে আপনাকে একজন নতুন PCP খুঁজতে হবে।

আপনার PCP পরিবর্তন করতে হলে ‘সদস্য সেবা’-তে কল করুন। যখন কল করবেন, তখন এটা নিশ্চই জানাবেন যে আপনি কোনো চিকিৎসককে দেখাচ্ছেন কি না অথবা অন্য কোনো আওতাভুক্ত সেবা নিচ্ছেন কি না, যেটিতে আপনার PCP-এর অনুমোদন দরকার (যেমন হোম হেলথ সার্ভিস এবং টেকসই মেডিকেল সরঞ্জাম)। ‘সদস্য সেবা’ নিশ্চিত করবে যে আপনি নিজের PCP পরিবর্তন করার সময় যাতে স্পেশালিটি কেয়ার এবং অন্যান্য সেবা আগের মতোই পেতে পারেন। আপনি যে PCP-তে পাল্টাতে চাইছেন, সেটি নতুন রোগী গ্রহণ করছে কি না, তারা সেটি পরীক্ষা করবে। আপনাকে নতুন PCPর নাম দেখানোর জন্য ‘সদস্য সেবা’ আপনার সদস্যতার রেকর্ড পরিবর্তন করবে। আপনার নতুন PCP-তে পরিবর্তন পরের মাসের প্রথম দিন থেকে কার্যকর হবে।

এছাড়া তারা আপনাকে একটি নতুন সদস্যতার কার্ড পাঠাবে, যেটিতে আপনার নতুন PCP-এর নাম এবং ফোন নম্বর দেখানো হবে।

বিভাগ 2.2 আপনার PCP থেকে রেফারেল ছাড়া আপনি কোন ধরনের মেডিকেল কেয়ার এবং অন্য সেবা পেতে পারেন?

নিচে তালিকাভুক্ত করা সেবাগুলো আপনি নিজের PCP-এর থেকে অগ্রিম অনুমোদন ছাড়াই পেতে পারেন।

- মহিলাদের নিয়মমাফিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা, যার মধ্যে রয়েছে স্তনের পরীক্ষা, ম্যামোগ্রাম (স্তনের এক্স-রে) স্ক্রিনিং, প্যাপ টেস্ট এবং পেলভিক
- ক্লু শট (বা টিকা), COVID-19 টিকা, হেপাটাইটিস B টিকা এবং নিউমোনিয়ার টিকা
- নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার বা নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা প্রোভাইডারের থেকে জরুরি সেবা
- অবিলম্বে প্রয়োজনে প্ল্যানের আওতাভুক্ত বা কভার করা পরিষেবা, এগুলো হল সেইসব পরিষেবা যার জন্য আপনাকে কালীনভাবে না হলেও অবিলম্বে চিকিৎসা প্রয়োজন, তবে তা আপনাকে প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার বাইরে সাময়িকভাবে দেওয়া হয় অথবা নির্দিষ্ট সময়, স্থান ও পরিস্থিতিতে প্ল্যানের সাথে চুক্তিবদ্ধ এমন কোনো নেটওয়ার্কের সরবরাহকারীর থেকে সেই পরিষেবাটি নেওয়া আপনার জন্য অযৌক্তিক। জরুরী প্রয়োজনের পরিষেবার উদাহরণ হল অপ্রত্যাশিত শারীরিক অসুস্থতা এবং আঘাত বা অনাকাঙ্ক্ষিতভাবে কোনো বিদ্যমান অবস্থার ছড়িয়ে যাওয়া। শাইহোক, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নিয়মমাফিক পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে সাফাং, যেমন বার্ষিক চেকআপ, জরুরী প্রয়োজনের ঘটনা বলে বিবেচিত হয় না, আপনি প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার বাইরে বা সাময়িকভাবে প্ল্যানের নেটওয়ার্কের মধ্যে না থাকলেও।
- কিডনি ডায়ালাইসিস পরিষেবা আপনি প্ল্যানটির পরিষেবা এলাকার বাইরে সাময়িকভাবে থাকার সময় একটি Medicare-শংসায়িত ডায়ালাইসিস কেন্দ্রে পান। যদি সম্ভব হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে সার্ভিস এলাকা ছেড়ে যাওয়ার আগে ‘সদস্য সেবা’-তে কল করুন, যাতে আপনি যখন থাকবেন না, তখন যাতে আপনার ডায়ালাইসিসের ব্যবস্থায় আমরা সাহায্য করতে পারি।

সেকশন 2.3 স্পেশালিস্ট এবং নেটওয়ার্কের অন্য সরবরাহকারীদের থেকে কীভাবে পরিচর্যা পাবেন

স্পেশালিস্ট অর্থাৎ বিশেষজ্ঞ হলেন একজন ডাক্তার যিনি একটি নির্দিষ্ট রোগ বা শরীরের বিশেষ অংশের জন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেন। অনেক ধরনের স্পেশালিস্ট রয়েছে। এখানে কিছু উদাহরণ দেওয়া হলো:

- ক্যানসার আক্রান্ত রোগীদের জন্য অঙ্কোলজিস্ট কেয়ার
- হার্টের সমস্যা থাকা রোগীদের জন্য কার্ডিওলজিস্ট
- সুনির্দিষ্ট হাড়ের, গাঁটের বা পেশীর সমস্যা থাকা রোগীদের জন্য অর্থোপেডিস্ট

আপনার PCP যথাস্থ অনুযায়ী স্পেশালিস্ট এবং অন্য নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের কাছে পাঠানো সহ সেবাগুলোর সমন্বয় করার জন্য দায়বদ্ধ। নেটওয়ার্কের স্পেশালিস্টদের কাছে অফিস ভিজিটের জন্য কোনো আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন নেই। আপনার যদি এমন পদ্ধতি বা সেবার দরকার হয়, যেখানে আগাম অনুমোদন নিতে হবে, তাহলে সে ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় আগাম অনুমোদন নেওয়ার জন্য আপনার PCP বা স্পেশালিস্ট আমাদের সাথে যোগাযোগ করবেন। যেসব পরিষেবার জন্য আগাম অনুমোদন প্রয়োজন, সেগুলো এই নথির অধ্যায় 4 এর সেকশন 2.1-এ নির্দেশিত আছে। যে সমস্ত সেবায় প্ল্যানের আগাম অনুমোদনের দরকার হয়, তার মধ্যে রয়েছে ইলেক্টিভ (নন-এমার্জেন্সি) ইনপেশেন্ট হসপিটাল কেয়ার এবং স্কিলড নার্সিং কেন্দ্র ও হোম হেলথ কেয়ারে ভর্তি।

খোলা থাকার স্বাভাবিক সময়ের পর যদি আপনার যন্ত্রের দরকার হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার PCP-কে কল করুন। এই তথ্যটি আপনার ‘সিনিয়র হোল হেলথ অব নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) সদস্যতার আইডি কার্ড’-এ তালিকাভুক্ত করা আছে। আপনার যদি মনে হয় একটা জরুরি পরিস্থিতি তৈরি

অধ্যায় 3 আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা

হয়েছে, তাহলে সাথে সাথে চিকিৎসা সেবা নিন। আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 3 দেখুন (আপনার যদি অবিলম্বে বা জরুরি ভিত্তিতে যজ্ঞের প্রয়োজন হয়, তাহলে কিভাবে আওতাভুক্ত সেবাগুলো পাবেন)।

একজন স্পেশালিস্ট বা নেটওয়ার্কের অন্য সরবরাহকারী আমাদের প্ল্যান ছেড়ে চলে গেলে, কী হবে?

আমরা আপনার হাসপাতাল, চিকিৎসক এবং স্পেশালিস্টের (প্রোভাইডার) ক্ষেত্রে পরিবর্তন করব, যারা/যেগুলো সংশ্লিষ্ট বছরটিতে আপনার প্ল্যানের অংশ। যদি আপনার চিকিৎসক বা স্পেশালিস্ট আপনার প্ল্যান ছেড়ে চলে যান, তাহলে আপনি নির্দিষ্ট কিছু অধিকার এবং সুরক্ষা পাবেন, যা নিচে সংক্ষিপ্তাকারে দেওয়া হয়েছে:

- সংশ্লিষ্ট বছরের মাঝে আমাদের পরিষেবা প্রদানকারীদের নেটওয়ার্কে পরিবর্তন হলেও, Medicare-এর নিয়ম অনুযায়ী আমরা আপনাকে উপযুক্ত চিকিৎসক এবং স্পেশালিস্টদের নিরবচ্ছিন্ন অ্যাক্সেস প্রদান করি।
- আমরা আপনাকে জানিয়ে দেব যে আপনার প্রোভাইডার আমাদের প্ল্যান ছেড়ে যাচ্ছে, যাতে আপনি নতুন প্রোভাইডার বেছে নেওয়ার সময় পান।
 - যদি আপনার প্রাথমিক কেয়ার বা আচরণ সংক্রান্ত হেলথ প্রোভাইডার আমাদের প্ল্যান ছেড়ে চলে যায়, তাহলে আপনি বিগত তিন বছরের মধ্যে সেই প্রোভাইডারকে দেখিয়েছেন কি না জানতে চেয়ে আপনাকে আমরা বিজ্ঞপ্তি দেব।
 - যদি আপনার অন্য কোনো প্রোভাইডার আমাদের প্ল্যান ছেড়ে যায়, তাহলে আমরা আপনাকে বিজ্ঞপ্তি দিয়ে জানতে চাইব যে আপনি ওই প্রোভাইডারকে অ্যাসাইন করেছেন কি না, তাদের থেকে বর্তমানে যত্ন পাচ্ছেন কি না অথবা বিগত তিন মাসে তাদের দেখিয়েছেন কি না।
- আমরা আপনাকে একজন নতুন, উপযুক্ত ইন-নেটওয়ার্ক পরিষেবা প্রদানকারী বেছে নিতে সাহায্য করব, যাতে আপনি নিরবচ্ছিন্ন পরিচর্যা হাতে পান।
- আপনি যদি নিজের বর্তমানের প্রোভাইডারের থেকে চিকিৎসা বা থেরাপি নিয়ে থাকেন, তাহলে আপনার অনুরোধ করার অধিকার থাকবে এবং আমরা আপনার সাথে কাজ করে নিশ্চিত করব যে আপনি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় যে চিকিৎসা বা থেরাপি পাচ্ছেন, সেগুলো যেন পেতে থাকেন।
- আপনার কাছে উপলভ্য বিভিন্ন নথিভুক্তির সময়সীমা এবং প্ল্যান পরিবর্তন করার জন্য আপনার কাছে থাকা বিকল্পের ব্যাপারে আপনাকে আমরা তথ্য প্রদান করব।
- আমাদের পরিষেবা প্রদানকারী নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা, চিকিৎসাগত দিক থেকে প্রয়োজনীয় যে কোনো আওতাভুক্ত সুবিধার ব্যবস্থা আমরা করে দেব, তবে যখন কোনো ইন-নেটওয়ার্ক পরিষেবা প্রদানকারী বা সুবিধা উপলভ্য থাকবে না কিংবা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রয়োজন পূরণ করার জন্য তা পর্যাপ্ত নয়, তখন তাদের ইন-নেটওয়ার্ক থরচের ভাগ দিতে হবে। আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।
- আপনার চিকিৎসক বা স্পেশালিস্ট আপনার প্ল্যান ছেড়ে যাচ্ছেন জানতে পারলে, অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন, যাতে আপনার পরিচর্যা পরিচালনা করার জন্য আমরা আপনাকে একটি নতুন পরিষেবা প্রদানকারী খুঁজে দিতে পারি।
- আপনি যদি মনে করেন যে আপনার পূর্ববর্তী পরিষেবা প্রদানকারীক বদলে আমরা আপনাকে একজন উপযুক্ত পরিষেবা প্রদানকারী প্রদান করিনি অথবা আপনার যত্ন যথাযথভাবে পরিচালনা করা হচ্ছে না, তাহলে আপনি QIO-এর কাছে পরিচর্যা সংক্রান্ত অভিযোগ করার, প্ল্যানের কাছে পরিচর্যার মান সম্পর্কে অভিযোগ দায়ের অথবা দুটোই করার অধিকার আপনার আছে। অনুগ্রহ করে অধ্যায় 9 দেখুন।

সেকশন 2.4 নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারদের থেকে কীভাবে যত্ন পাবেন

আপনার যদি এমন স্পেশালিটিজড মেডিকেল কেয়ারের প্রয়োজন হয়, যেখানে Medicare বা Medicaid-এ আমাদের প্ল্যান আওতাভুক্ত করার দরকার হয় এবং আমাদের নেটওয়ার্কে এমন কোনো প্রোভাইডার নেই, যারা এই যত্ন প্রদান করতে পারে, তাহলে সেক্ষেত্রে নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের বাইরে থেকে যত্ন নিতে পারেন। এর মধ্যে রয়েছে এমন পরিষেবা প্রদানকারীর পরিষেবা, যারা আপনার প্রয়োজন এমন কোনো সুনির্দিষ্ট পরিষেবা এবং একটি স্পেশালিটি সেন্টার বা উৎকর্ষ কেন্দ্র (যেমন, ESRD পরিষেবা) থেকে দেওয়া হয় এমন পরিষেবা প্রদান করার জন্য অনন্যভাবে উপযুক্ত। আমাদের নেটওয়ার্ক বা পরিষেবা এলাকার বাইরে সুবিধা সংক্রান্ত কোনো অতিরিক্ত বিধিনিষেধ নেই।

নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারদের থেকে যত্ন নেওয়ার আগে আগাম অনুমোদনের জন্য আপনাকে বা আপনার PCP-কে অবশ্যই আমাদের প্ল্যানের সাথে যোগাযোগ করতে হবে। সাহায্যের জন্য 'সদস্য সেবা'-তে কল করুন। যদি নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারের থেকে যত্ন নেওয়ার জন্য আমরা আপনাকে আগাম অনুমোদন প্রদান করি, তাহলে আমরা এই সেবাগুলো আওতাভুক্ত করব, যেমনটা আপনি এক নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের থেকে পেয়ে থাকেন।

নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারের সাথে দেখা করার আগে আমাদের প্ল্যান থেকে আগাম অনুমোদন নেওয়া অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। আপনার কাছে যদি প্ল্যানের অনুমোদন না থাকে, তাহলে আমাদের প্ল্যান থেকে এই সেবাগুলো হয়তো আওতাভুক্ত করা হবে না। পরিষেবা প্রদানকারী যদি চায় আরও পরিচর্যার জন্য আপনি ফিরে আসুন, তাহলে প্রথমে আমাদের প্ল্যান থেকে অনুমোদনটিতে নেটওয়ার্কের বাইরের পরিষেবা প্রদানকারী কাছে একবারের বেশি সাক্ষাৎের সুবিধা আওতাভুক্ত আছে বলে নিশ্চিত হয়ে নিন।

অধ্যায় 3 আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা

দ্রষ্টব্য: সদস্যরা আপৎকালীন পরিস্থিতি বা জরুরী অবস্থায় অবিলম্বে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলোর জন্য নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা পরিষেবা প্রদানকারীদের থেকে পরিষেবা পাওয়ার অধিকারী। উপরন্তু, ESRD-এ তালিকাভুক্ত এমন সদস্যদের জন্য প্ল্যানকে ডায়ালাইসিস পরিষেবা কভার করতে হবে, যারা প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার বাইরে ভ্রমণে গেছেন এবং চুক্তিবদ্ধ কোনো ESRD পরিষেবা প্রদানকারী হাতের কাছে নেই।

সেকশন 3 যখন আপৎকালীন পরিস্থিতি তৈরি হলে বা অবিলম্বে জরুরী পরিচর্যার প্রয়োজন হলে বা বিপর্যয়ের সময় কীভাবে পরিষেবা পাওয়া যাবে

সেকশন 3.1 মেডিকেল ইমার্জেন্সির ক্ষেত্রে পরিচর্যা পাওয়া

মেডিকেল এমার্জেন্সি মানে কী এবং আপনার যদি এমন সমস্যা হয় তাহলে কী করবেন?

মেডিকেল ইমার্জেন্সি হয় যখন স্বাস্থ্য ও ওষুধ সম্পর্কে গড়পড়তা জ্ঞান থাকা আপনি বা যে কোনো সাধারণ বিচক্ষণ ব্যক্তি মনে করেন আপনার এমন কিছু চিকিৎসা সংক্রান্ত উপসর্গ রয়েছে, যেক্ষেত্রে আপনার প্রাণহানি (এবং আপনি গর্ভবতী হলে আপনার ভূমিষ্ঠ না হওয়া সন্তানকে হারানোর শংকা), কোনো অঙ্গ বা অঙ্গের কার্যকারিতা হারানো বা শারীরিক কোনো ক্ষতি বা গুরুতর প্রতিবন্ধকতা আটকাতে অবিলম্বে চিকিৎসা প্রয়োজন। মেডিকেল উপসর্গগুলো অসুস্থতা, চোট, প্রচণ্ড ব্যথা বা মেডিকেল কন্ডিশন হতে পারে, যার দ্রুত অবনতি হচ্ছে।

আপনার যদি মেডিকেল এমার্জেন্সি হয়:

- **তাহলে যত দ্রুত সম্ভব সাহায্য নিন।** সাহায্যের জন্য 911 নম্বরে কল করুন বা আপনার নিকটবর্তী এমার্জেন্সি রুম বা হাসপাতালে যান। প্রয়োজন হলে অ্যাম্বুলেন্সের জন্য কল করুন। আপনার PCP-এর থেকে প্রথমে অনুমোদন বা রেফারেল নেওয়ার প্রয়োজন নেই। আপনাকে নেটওয়ার্কের চিকিৎসক ব্যবহার করার প্রয়োজন নেই। আপনার যখনই মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বা দেশটির ভূখণ্ডের যে কোনো জায়গায় জরুরি পরিস্থিতিমূলক চিকিৎসা সেবার প্রয়োজন হবে, তখন আমাদের নেটওয়ার্কের বাইরের হলেও, যথাসম্ভব স্টেট লাইসেন্স থাকা যে কোনো প্রোভাইডারের কাছে থেকে আপনি এটি পেতে পারেন।
- **যত দ্রুত সম্ভব নিশ্চিত করুন যে আপনার জরুরি পরিস্থিতির ব্যাপারে যেন আমাদের প্ল্যানকে জানিয়ে দেওয়া হয়।** আপনার জরুরি পরিস্থিতি সংক্রান্ত যত্নের ব্যাপারে আমাদের ফলো আপ করতে হবে। আপনার জরুরি পরিস্থিতির ব্যাপারে, সাধারণত 48 ঘন্টার মধ্যে আপনি বা অন্য কেউ আমাদের কল করে জানাতে পারেন। অনুগ্রহ করে আপনার সদস্যতা কার্ডের পিছনে দেওয়া নম্বরটিতে 'সদস্য সেবা'-য় কল করুন।

আপনার কোনো মেডিকেল ইমার্জেন্সি হলে কী কী আওতাভুক্ত থাকে?

আমাদের প্লানে এমন পরিস্থিতিগুলোতে অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা আওতাভুক্ত করা হয়, যেখানে অন্য কোনো উপায়ে এমার্জেন্সি রুম নিয়ে গেলে তা আপনার স্বাস্থ্যের উপর ঝুঁকি তৈরি করতে পারে। এছাড়া আমরা জরুরি পরিস্থিতিতে মেডিকেল সেবাও আওতাভুক্ত করি।

যে চিকিৎসকরা জরুরি পরিস্থিতিমূলক সেবা দিচ্ছেন, তারা সিদ্ধান্ত নেবেন যে আপনার পরিস্থিতি কখন স্থিতিশীল এবং মেডিকেল সংক্রান্ত জরুরি পরিস্থিতি আর নেই।

জরুরি পরিস্থিতির অবসান হওয়ার পর আপনার পরিস্থিতি যে স্থিতিশীল রয়েছে, সে ব্যাপারে নিশ্চিত হতে আপনি ফলো-আপ যত্নের অধিকারী। আপনার চিকিৎসক আমাদের সাথে যোগাযোগ না করা এবং অতিরিক্ত সেবার জন্য প্ল্যান না তৈরি করা পর্যন্ত আপনার চিকিৎসা করতে থাকবেন। আপনার ফলো-আপ যত্ন আমাদের প্ল্যানের আওতাভুক্ত থাকবে। যদি আপনার জরুরি পরিস্থিতিমূলক সেবা নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারদের বাইরে থেকে দেওয়া হয়, তাহলে আপনার শারীরিক অবস্থা এবং সংশ্লিষ্ট পরিস্থিতি অনুমোদন করলে, তবেই আপনার চিকিৎসা করার জন্য আমরা নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের ব্যবস্থা করার চেষ্টা করব।

এটি মেডিকেল ইমার্জেন্সি না হলে কী হবে?

অনেক সময় আপনার মেডিকেল এমার্জেন্সি আছে কি না, তা জানতে পারা কঠিন হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত গুরুতর সমস্যা আছে ভেবে – আপনি ইমার্জেন্সি পরিচর্যার জন্য যেতে পারে – এবং তখন ডাক্তার বলতে পারেন যে এটা কোনো মেডিকেল ইমার্জেন্সি নয়। যদি দেখা যায় যে আদতে সেটা জরুরি পরিস্থিতি ছিল না, তবুও যুক্তিসঙ্গতভাবে আপনার মনে হয়েছিল যে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত জরুরি পরিস্থিতি তৈরি হয়েছে, তাহলে আমরা আপনার যত্ন আওতাভুক্ত করব।

তবে ডাক্তার এটিকে জরুরি অবস্থা ছিল না বলার পরে, আমরা শুধুমাত্র তখনই অতিরিক্ত পরিচর্যা আওতাভুক্ত করব, যদি আপনি নিম্নোক্ত দুটো উপায়ের মধ্যে কোনো একটির মাধ্যমে অতিরিক্ত পরিচর্যা পান:

- আপনি অতিরিক্ত যত্ন পেতে কোনো একটি নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের কাছে গেলেন।

অধ্যায় 3 আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা

- – অথবা – আপনি যে অতিরিক্ত যত্ন পাচ্ছেন, সেটা অবিলম্বে প্রয়োজন বলে বিবেচনা করা হচ্ছে এবং এই জরুরি পরিস্থিতিমূলক যত্ন পেতে আপনি নিয়মাবলী অনুসরণ করছেন (এই ব্যাপারে আরও তথ্যের জন্য, নিচের সেকশন 3.2 দেখুন)।

সেকশন 3.2 আপনার পরিষেবার অবিলম্বে প্রয়োজন তৈরি হলে পরিচর্যা নেওয়া**জরুরিভাবে প্রয়োজন এমন সেবাগুলো কী কী?**

একটি প্লানের আওতাভুক্ত বা কভার করা পরিষেবা, যার জন্য আপৎকালীনভাবে না হলেও অবিলম্বে চিকিৎসা প্রয়োজন, তবে এক্ষেত্রে হয় আপনি প্লানের পরিষেবা এলাকার বাইরে সাময়িকভাবে রয়েছেন অথবা নির্দিষ্ট সময়, স্থান ও পরিস্থিতি বিবেচনা করে প্লানের সাথে চুক্তিবদ্ধ এমন কোনো নেটওয়ার্কের সরবরাহকারীর থেকে সেই পরিষেবাটি নেওয়া আপনার জন্য অযৌক্তিক। জরুরী প্রয়োজনের পরিষেবার উদাহরণ হল অপ্রত্যাশিত শারীরিক অসুস্থতা এবং আঘাত, বা অনাকাঙ্ক্ষিতভাবে কোনো বিদ্যমান অবাস্থার ছড়িয়ে যাওয়া। শাইহোক, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নিয়মমাফিক পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে সাক্ষাৎ, যেমন বার্ষিক চেকআপ, জরুরী প্রয়োজনের ঘটনা বলে বিবেচিত হয় না, আপনি প্লানের পরিষেবা এলাকার বাইরে বা সাময়িকভাবে প্লানের নেটওয়ার্কের মধ্যে না থাকলেও।

যখন নেটওয়ার্ক প্রোভাইডাররা সাময়িকভাবে অনুপলভ্য বা তাদের নাগাল পাওয়া যাচ্ছে না, তখন যে কোনো উপলভ্য আর্জেন্ট কেয়ার সেন্টার ব্যবহার করে জরুরি সেবা নেওয়া যেতে পারে। আপনি নার্সের পরামর্শ লাইনের (877) 353-0185 নম্বরেও কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে ফোন করুন।

আমাদের প্লানে নিম্নোক্ত পরিস্থিতিতে, United States এর বাইরে, গোটা বিশ্বে জরুরি পরিস্থিতিমূলক সেবা আওতাভুক্ত থাকে:

- ইমার্জেন্সি পরিচর্যা এবং পোস্ট-স্টেবিলাইজেশন যত্নের জন্য ইমার্জেন্সি কভারেজে প্রত্যেক পঞ্জিবর্ষে বিশ্বজুড়ে \$10,000 ব্যবহার করার অনুমোদন রয়েছে।
- এই সুবিধা শুধুমাত্র সেই সমস্ত পরিষেবাতেই সীমিত, যেগুলোকে U.S.-এতে প্রদান করা ইমার্জেন্সি পরিচর্যা হিসাবে শ্রেণীবদ্ধ করা হবে।
- আপনি যদি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জরুরি পরিস্থিতিমূলক যত্ন পান এবং আপনার জরুরি পরিস্থিতি স্থিতিশীল হওয়ার পর আপনার যদি ইনপেশেন্ট যত্নের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার যত্ন যাতে আগের মতোই আওতাভুক্ত থাকে, তা নিশ্চিত করতে আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে ফিরে যেতে হবে অথবা আপনাকে অবশ্যই আপনার প্ল্যান দ্বারা অনুমোদিত, নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা হাসপাতালে আপনার ইনপেশেন্ট যত্ন নিতে হবে। একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে আপনি যেটা পেমেন্ট করবেন, সেই খরচ-শেয়ারিং হলো আপনার খরচ। প্লানের সর্বোচ্চ প্রয়োগ হয়।
- আপনাকে পরিষেবার জন্য হিসাবের বাইরে হওয়া ব্যয়ের ভার বহন করতে হতে পারে এবং ব্যয় পরিশোধের জন্য একটি দাবি পেশ করতে হবে।
- বিদেশি ট্যাক্স এবং ফি (এগুলো সহ, তবে এগুলোর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়: মুদ্রা কনভার্সন বা লেনদেনের ফি) আওতাভুক্ত নয়। অন্য কোনো দেশ থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে ফেরা আওতাভুক্ত নয়।
- রুটিন কেয়ার এবং আগে থেকে শিডিউল করা বা নির্বাচিত উপায় কিংবা পদ্ধতিগুলো আওতাভুক্ত নয়।

কোনো সেবার জন্য আমরা পেমেন্ট করব কি না, সে ব্যাপারে আপনার প্রশ্ন থাকলে আপনি এটি পাওয়ার আগে আমাদের জিজ্ঞাসা করতে পারেন যে এটি আওতাভুক্ত কি না। এছাড়া আপনার লিখিতভাবে এটি জানতে চাওয়ার অধিকার আছে। আমরা যদি বলি যে আমরা সেবা(গুলো) আওতাভুক্ত করব না, তাহলে আপনার যত্ন রিইমবার্স বা আওতাভুক্ত না করার ব্যাপারে আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপনি আবেদন করতে পারেন।

সেকশন 3.3 বিপর্যয়ের সময় যত্ন নেওয়া

যদি আপনার স্টেটের গভর্নর, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সেক্রেটারি অব হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিস বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের প্রেসিডেন্ট যদি আপনার ভৌগোলিক অঞ্চলে বিপর্যয় হয়েছে বা জরুরি পরিস্থিতি তৈরি হয়েছে বলে ঘোষণা করেন, তাহলেও আপনি নিজের প্ল্যান থেকে যত্ন পাওয়ার অধিকারী।

অনুগ্রহ করে নিম্নোক্ত ওয়েবসাইটে যান: কোনো বিপর্যয়ের সময় কীভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা পাবেন সম্পর্কে তথ্যের জন্য SWHNY.com দেখুন।

বিপর্যয়ের সময় যদি আপনি নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার ব্যবহার করতে না পারেন, তাহলে ইন-নেটওয়ার্কে খরচ-শেয়ার করে, নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারের থেকে আপনি যত্ন নিতে পারেন। বিপর্যয়ের সময় আপনি যদি নেটওয়ার্কের ফার্মাসি ব্যবহার করতে না পারেন, তাহলে কোনো নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত ফার্মাসি থেকে আপনি নিজের প্রেসক্রিপশনের ওষুধ নিতে পারেন। আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে অধ্যায় 5, বিভাগ 2.5 দেখুন।

সেকশন 4 আপনার পরিষেবার সম্পূর্ণ খরচের জন্য আপনাকেই সরাসরি বিল করা হলে কী হবে?

সেকশন 4.1 আপনি আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির জন্য আমাদেরকে অর্থপ্রদান করতে বলতে পারেন

আপনি যদি নিজের আওতাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য পেমেন্ট করে থাকেন বা আপনি যদি আওতাভুক্ত মেডিক্যাল সার্ভিসের জন্য বিলি পেয়ে থাকেন, তাহলে কী করতে হবে, সে ব্যাপারে তথ্যের জন্য অধ্যায় 6-তে (আওতাভুক্ত মেডিক্যাল সার্ভিস বা ওষুধের ক্ষেত্রে আপনার পাওয়া বিলটি আমাদের পেমেন্ট করতে বলুন) যান।

সেকশন 4.2 পরিষেবাগুলি আমাদের প্ল্যানের আওতাভুক্ত না হলে, আপনার কী করা উচিত?

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সব পরিষেবা আওতাভুক্ত করে, যেমনটা এই নথির অধ্যায় 4 এ মেডিকেল বেনিফিটের চার্টে রয়েছে। আপনি যদি আমাদের প্ল্যানের আওতাভুক্ত নয় এমন সেবা পান বা নেটওয়ার্কের বাইরে থেকে সেবা নেওয়া হয় এবং অনুমোদিত না হয়, তাহলে সেবার সম্পূর্ণ খরচ প্রদান করতে আপনি দায়বদ্ধ থাকবেন।

আওতাভুক্ত যেসব পরিষেবাতে সুবিধা সংক্রান্ত উর্ধ্বসীমা আছে, সেখানে সংশ্লিষ্ট প্রকারের আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আপনার সুবিধা ব্যবহার করে নেওয়ার পর আপনার প্রাপ্ত যে কোনো পরিষেবার জন্য আপনাকে সম্পূর্ণ খরচও বহন করতে হবে। কোনো সুবিধা সংক্রান্ত উর্ধ্বসীমা ছুঁয়ে ফেলার পর খরচের জন্য আপনি ব্যয় বহন করলে, সেই খরচগুলি আপনার সর্বোচ্চ হিসাব বহির্ভূত খরচ হিসাবে বিবেচনা করা হবে না।

সেকশন 5 আপনি কোনো ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নে থাকলে, আপনার চিকিৎসাগত পরিষেবাগুলি কীভাবে আওতাভুক্ত করা হবে?

সেকশন 5.1 ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়ন বলতে কী বোঝায়?

ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়ন (যা ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল নামেও পরিচিত) হল নতুন ধরনের মেডিক্যাল পরিচর্যা পরীক্ষা করার জন্য চিকিৎসক এবং বিজ্ঞানীদের একটি পদ্ধতি, যেমন, ক্যানসারের একটি নতুন ওষুধ কতটা ভালোভাবে কাজ করবে। নির্দিষ্ট কিছু ক্লিনিক্যাল রিসার্চ স্টাডি Medicare দ্বারা অনুমোদিত। Medicare দ্বারা অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল রিসার্চ স্টাডির মাধ্যমে সাধারণত গবেষণাতে স্বেচ্ছাসেবীদের অংশগ্রহণ করার অনুরোধ করা হয়।

Medicare একবার গবেষণা অনুমোদন করলে এবং আপনি আগ্রহ প্রকাশ করলে, গবেষণার ব্যাপারে আরও ব্যাখ্যা করতে এবং গবেষণাটি চালানো বিজ্ঞানীদের সেট করে দেওয়া শর্তাবলী আপনি মেনে চলছেন কি না, তা দেখার জন্য, গবেষণা টিমের তরফ থেকে আপনার সাথে যোগাযোগ করা হবে। অধ্যয়নের প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করলে এবং এখানে কী কী হতে পারে, সে ব্যাপারে সম্পূর্ণ ধারণা থাকলে আপনি অধ্যয়নটিতে অংশগ্রহণ করতে পারেন।

আপনি যদি Medicare-অনুমোদিত গবেষণায় অংশগ্রহণ করেন, তাহলে গবেষণার অংশ হিসাবে আপনি যে সেবা পেয়েছেন, সেগুলোর খরচ অরিজিনাল Medicare পেমেন্ট করবে। আপনি যদি আমাদের বলেন আপনি কোনো উপযুক্ত ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালে রয়েছেন, তাহলে উক্ত ট্রায়ালের পরিষেবাগুলির ক্ষেত্রে আপনি শূন্যমাত্র ইন-নেটওয়ার্ক খরচ শেয়ারিংয়ে দায়বদ্ধ থাকবেন। আপনি যদি বেশি পেমেন্ট করে থাকেন, উদাহরণস্বরূপ, আপনি যদি আগে থেকেই অরিজিনাল Medicare খরচ-শেয়ারিংয়ের অর্থরাশি পেমেন্ট করে থাকেন, তাহলে আপনি যে পরিমাণ অর্থরাশি পেমেন্ট করেছেন এবং ইন-নেটওয়ার্ক খরচ শেয়ারিংয়ের মধ্যে যে পার্থক্য থাকবে, আমরা সেটা রিইমবার্স করব। তবে আপনি কতটা পেমেন্ট করেছেন, তা দেখাতে আমাদেরকে ডকুমেন্টেশন দিতে হবে। আপনি যখন একটি ক্লিনিক্যাল গবেষণায় থাকবেন, তখন আপনি আমাদের প্লানে নথিভুক্ত থাকতে পারেন এবং আমাদের প্লানের মাধ্যমে আপনার যত্নের বাকি অংশ (যে যত্ন গবেষণার সাথে সংশ্লিষ্ট নয়) আগের মতোই পেয়ে যাবেন।

আপনি কোনো Medicare-অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করলে, আমাদের বা আপনার PCP-র থেকে আপনার অনুমোদন নেওয়ার বা আমাদের বলার দরকার নেই। ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নের অংশ হিসাবে যে পরিষেবা প্রদানকারী আপনার যত্ন লেন, তার আমাদের পরিষেবা প্রদানকারী নেটওয়ার্কের অংশ হওয়ার দরকার নেই। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে এটিতে এমন কোনো সুবিধা অন্তর্ভুক্ত থাকে না যার জন্য আমাদের প্লান দায়ী যার মধ্যে একটি উপাদান হিসাবে, একটি ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল বা সুবিধা মূল্যায়নের জন্য রেজিস্ট্রি অন্তর্ভুক্ত। এর মধ্যে রয়েছে জাতীয় কভারেজ নির্ধারণের অধীনে নির্দিষ্ট কিছু সুবিধা যার জন্য এভিডেন্স ডেভেলপমেন্ট (NCD-CED) এবং ইনভেস্টিগেশনাল ডিভাইস এক্সজাম্পশন (IDE) স্টাডিগুলির সাথে সার্ভারিজ প্রয়োজন এবং এটি পূর্বের অনুমোদন ও অন্যান্য প্লানের নিয়মানুসারে হতে পারে।

অধ্যায় 3 আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা

ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নে থাকার জন্য আমাদের প্ল্যানের অনুমতি না লাগলেও, Original Medicare দ্বারা Medicare Advantage-এ তালিকাভুক্তদের জন্য তা আওতাভুক্ত করা আছে, তবে আপনি Medicare-উপযুক্ত ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালে অংশগ্রহণ করার সিদ্ধান্ত নিলে আমাদেরকে আগাম জানিয়ে দেওয়ার আমরা উৎসাহ দিই।

Medicare অনুমোদন করে না এমন একটি অধ্যয়নে আপনি অংশগ্রহণ করলে, *অধ্যয়নটিতে অংশগ্রহণ করার জন্য সমস্ত খরচ দেওয়ার দায়িত্ব আপনার থাকবে।*

সেকশন 5.2 কোনো ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নে আপনি অংশগ্রহণ করলে, কী কী জিনিসের জন্য কে কে অর্থপ্রদান করবে?

আপনি একটি Medicare-অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল স্টাডিতে যোগ দিলে, অরিজিনাল Medicare আওতার মধ্যে এগুলো সহ, গবেষণার অংশ হিসাবে আপনার প্রাপ্ত রুটিন আইটেম এবং সেবাগুলো অন্তর্ভুক্ত থাকবে:

- এমনকি আপনি স্টাডিতে অংশগ্রহণ না করলেও কোনো হাসপাতালে থাকার জন্য রুম এবং বোর্ড, যেটার জন্য Medicare অর্থপ্রদান করবে
- একটি অপারেশন বা অন্য মেডিকেল পদ্ধতি, যদি সেটা রিসার্চ স্টাডির অংশ হয়ে থাকে
- নতুন যন্ত্র থেকে তৈরি হওয়া জটিলতা এবং পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার চিকিৎসা

Medicare এই সেবাগুলোর জন্য নিজেদের খরচের ভাগ পেমেন্ট করে দেওয়ার পর, বাকি অংশটা আমাদের প্ল্যান পেমেন্ট করবে। সমস্ত আওতাভুক্ত সেবার মতো, ক্লিনিক্যাল রিসার্চ স্টাডিতে আপনি যে আওতাভুক্ত সেবাগুলো পান, সেটার জন্য আপনাকে কিছু পেমেন্ট করতে হবে না।

আপনি যখন একটি ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নে অংশ হন, তখন Medicare বা আমাদের প্ল্যান কেউই নিম্নলিখিত কোনো ক্ষেত্রেই কোনো অর্থপ্রদান করবে না:

- সাধারণত, আপনি অধ্যয়নে অংশগ্রহণ না করলেও Medicare অধ্যয়নে পরীক্ষা করা নতুন আইটেম বা পরিষেবার জন্য পেমেন্ট করবে না, যদি না Medicare সংশ্লিষ্ট আইটেম বা পরিষেবা আওতাভুক্ত করে।
- আইটেম বা সেবা, যেগুলো শুধুমাত্র ডেটা সংগ্রহ করার জন্য প্রদান করা হয় এবং আপনার ডিরেক্ট হেলথ কেয়ারে ব্যবহার করা হয় না। যেমন, গবেষণার অংশ হিসাবে মাসিক CT স্ক্যানের জন্য Medicare পেমেন্ট করবে না, যদি আপনার শারীরিক অবস্থার কারণে শুধুমাত্র একটি CT স্ক্যানের প্রয়োজন হয়।
- ট্রায়ালে নিবন্ধিত যেকোনো ব্যক্তিকে বিনামূল্যে গবেষণার উদ্যোক্তা প্রথাগতভাবে বিভিন্ন আইটেম এবং পরিষেবা প্রদান করবে।

আপনি কি আরও জানতে চান?

Medicare এবং ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নের প্রকাশনা পড়তে বা ডাউনলোড করতে Medicare ওয়েবসাইটে গিয়ে

ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়নে যোগদান করার ব্যাপারে আরও তথ্য দেখতে পারেন। (পাবলিকেশনটি এখানে উপলভ্য আছে:

www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) আপনি সম্ভবে 7 দিন, 24 ঘন্টা 1-800-MEDICARE-এ (1-800-633-4227) নম্বরে কলও করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন।

সেকশন 6 ধর্মীয় নন-মেডিকেল স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে পরিচর্যা নেওয়ার নিয়মাবলী

সেকশন 6.1 ধর্মীয় নন-মেডিকেল স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান বলতে কী বোঝায়?

ধার্মিক, নন-মেডিকেল হেলথ কেয়ার প্রতিষ্ঠান হলো একটি কেন্দ্র, যেখানে এমন শারীরিক অবস্থার ক্ষেত্রে যন্ত্র প্রদান করা হয়, যা সাধারণত একটি হাসপাতালে বা দক্ষ নার্সিং কেন্দ্র করা যায়। যদি হাসপাতাল বা স্কিলড নার্সিং ফেসিলিটিতে পরিচর্যা নেওয়া কোনো সদস্যের ধর্মীয় বিশ্বাস বিরোধী হয়, তাহলে আমরা তার পরিবর্তে একটি ধর্মীয় নন-মেডিকেল স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে পরিচর্যা নেওয়ার জন্য কভারেজ দেব। এই সুবিধাটি শুধুমাত্র পার্ট A ইনপেশেন্ট পরিষেবার জন্য প্রদান করা হয় (নন-মেডিক্যাল হেলথ কেয়ার সার্ভিস)।

অধ্যায় 3 আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা**সেকশন 6.2 ধর্মীয় নন-মেডিকেল স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান থেকে পরিচর্যা পাওয়া**

একটি ধর্মিক নন-মেডিক্যাল স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে যন্ত্র নিতে হলে, আপনাকে অবশ্যই একটি আইনি নথিতে স্বাক্ষর করতে হবে, যেটিতে বলা হয় যে আপনি সচেতনভাবেই এমন মেডিক্যাল ড্রিটমেন্ট নিতে চান না, যা ব্যতিক্রমহীন।

- **ব্যতিক্রম নয়** এমন মেডিকেল পরিচর্যা বা চিকিৎসা হল এমন যেকোনো মেডিকেল পরিচর্যা বা চিকিৎসা, যা স্বৈচ্ছামূলক এবং কোনো ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় আইন অনুযায়ী যেটির প্রয়োজন নেই।
- **ব্যতিক্রমী** মেডিকেল চিকিৎসা হল এমন মেডিকেল পরিচর্যা ও চিকিৎসা, যা আপনি ঐচ্ছিক নয় এবং যা ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় আইন অধীনে বাধ্যতামূলক।

আমাদের প্লানের আওতাভুক্ত হতে গেলে, আপনি যে ধর্মীয় নন-মেডিক্যাল স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে যন্ত্র পান, সেটিকে অবশ্যই এই শর্তগুলো পূরণ করতে হবে:

- পরিষেবা প্রদানকারী কেন্দ্রকে অবশ্যই Medicare-এর তরফে সার্টিফিকেটপ্রাপ্ত হতে হবে।
- আমাদের প্লানে বিভিন্ন পরিষেবার যে কভারেজ আপনি পান, সেটি পরিচর্যার ধর্মীয় আচার মুক্ত অবস্থাতের নিরিখেই সীমাবদ্ধ।
- আপনি যদি এই প্রতিষ্ঠান থেকে সেবা পান, যা একটি কেন্দ্রে আপনাকে প্রদান করা হয়েছে, তাহলে এই শর্তগুলো প্রযোজ্য হবে:
 - আপনার অবশ্যই এমন শারীরিক অবস্থা থাকতে হবে, যা আপনাকে একটি ইনপেশেন্ট কেয়ার বা দক্ষ নার্সিং কেন্দ্রের থেকে আওতাভুক্ত সেবা নিতে অনুমতি দেবে।
 - – এবং – সুবিধা কেন্দ্রে আপনাকে ভর্তি করার আগে আপনাকে অবশ্যই আমাদের প্লান থেকে আগাম অনুমোদন নিতে হবে, নাহলে আপনার থাকার ব্যবস্থা আওতাভুক্ত করা হবে না।
 - – এবং – Medicare প্রতি সুবিধার পর্যায়ে সর্বোচ্চ 90 দিন আওতাভুক্ত করে। Medicaid আপনার Medicare 90-দিন সীমার ইনপেশেন্ট স্টেট আওতাভুক্ত করে, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে। কভারেজের উর্ধ্বসীমা অধ্যায় 4 এর মধ্যে বেনিফিট চার্টে “ইনপেশেন্ট হসপিটাল পরিচর্যা”-এ বর্ণনা করা আছে।

এছাড়া, আপনার কভারেজ সংক্রান্ত সমস্ত বিকল্প বৃদ্ধিতে Medicaid-আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির ব্যাপারে আরও তথ্যের জন্য মেম্বার সার্ভিস অথবা আপনার স্টেটের Medicaid অফিসে (যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2, সেকশন 6-তে তালিকাভুক্ত করা আছে) যোগাযোগ করুন।

সেকশন 7 টেকসই মেডিক্যাল সরঞ্জামের মালিকানার জন্য নিয়মাবলী**সেকশন 7.1 আমাদের প্লান অধীনে নির্দিষ্ট সংখ্যক পেমেন্ট করার পর কি আপনি টেকসই মেডিক্যাল সরঞ্জামের মালিক হতে পারবেন?**

মজবুত মেডিক্যাল সরঞ্জাম (DME)-এর মধ্যে রয়েছে অক্সিজেনের সরঞ্জাম এবং জিনিসপত্র, হুইলচেয়ার, ওয়াকার, পাওয়ার্ড ম্যাট্রেস সিস্টেম, ক্রাচ, ডায়াবেটিক চিকিৎসার জিনিসপত্র, স্পেচ জেনারেট করা ডিভাইস, IV ইনফিউশন পাম্প, নেবুলাইজার এবং হসপিটালের বিছানা, যা বাড়িতে ব্যবহার করার জন্য প্রোভাইডার অর্ডার দেয়। সদস্যের কাছে সব সময়ই প্রস্তুতিগে মতো নির্দিষ্ট কিছু জিনিস থাকে। এই বিভাগে, আমরা অন্য ধরনের DME নিয়ে আলোচনা করব, যা আপনাকে অবশ্যই ভাড়া করতে হবে।

অরিজিনাল Medicare-এ, যারা নির্দিষ্ট কিছু প্রকারের DME ভাড়া নেন, তারা সংশ্লিষ্ট আইটেমের কো-পেমেন্ট করে দেওয়ার পর 13 মাসের জন্য সরঞ্জামের মালিক থাকেন। সিনিয়র হোল হেলথ অব নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর এক সিনিয়র সদস্য হিসাবে, আমাদের প্লানে আপনি যোগ দেওয়ার আগে অরিজিনাল Medicare অধীনে, DME আইটেমটির জন্য আপনি যদি পর পর 12টি পেমেন্ট করে থাকেন, তবুও, আমাদের প্লানের সদস্য থাকা অবস্থায় আপনি যতগুলো কো-পেমেন্ট করুন না কেন, আপনি সাধারণত ভাড়া করা DME আইটেমের মালিকানা পাবেন না। কিছু সীমিত ক্ষেত্রে, আমরা DME-এর মালিকানা ট্রান্সফার করব। আরও তথ্যের জন্য ‘সদস্য সেবা’-তে কল করুন।

আপনি যদি Original Medicare-এ সুইচ করেন তবে টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের জন্য আপনার প্রদত্ত অর্থের কী হবে?

আমাদের প্লানে থাকার সময় আপনি যদি DME আইটেমের মালিকানা না গ্রহণ করেন, তাহলে আইটেমটির মালিক হতে গেলে অরিজিনাল Medicare-এ পাল্টানোর পর আপনাকে পর পর 13টি নতুন পেমেন্ট করতে হবে। আপনার প্লানে নথিভুক্ত থাকার সময় যে পেমেন্ট করা হয়েছে, সেগুলো বিবেচনা করা হয় না।

অধ্যায় 3 আপনার চিকিৎসা এবং কভার করা অন্যান্য পরিষেবাগুলোর জন্য প্ল্যান ব্যবহার করা

উদাহরণ 1: আপনি অরিজিনাল Medicare-এ আইটেমটির জন্য একটানা 12টি বা তার কম পেমেন্ট করেছেন এবং তারপর আমাদের প্লানে যোগ দিয়েছেন। অরিজিনাল Medicare-এ আপনি যে পেমেন্ট করেছেন, সেটি বিবেচ্য হবে না। আপনি আইটেমটির মালিক হওয়ার আগে আমাদের প্লানে আপনাকে 13টি পেমেন্ট করতে হবে।

উদাহরণ 2: আপনি অরিজিনাল Medicare-এ আইটেমটির জন্য একটানা 12টি বা তার কম পেমেন্ট করেছেন এবং তারপর আমাদের প্লানে যোগ দিয়েছেন। আপনি আমাদের প্লানে ছিলেন, তবে আমাদের প্লানে থাকার সময় আপনি মালিকানা নেননি। তারপর আপনি অরিজিনাল Medicare-এ ফিরে যাবেন। আপনি আবার অরিজিনাল Medicare-এ যোগ দেওয়ার পর, আইটেমটির মালিক হতে গেলে আপনাকে পর পর 13টি নতুন পেমেন্ট করতে হবে। আগের সমস্ত পেমেন্ট (আমাদের প্লানে হোক বা অরিজিনাল Medicare-এ) বিবেচ্য হবে না।

সেকশন 7.2 অস্বিজেন সরঞ্জাম, জিনিসপত্র এবং রক্ষণাবেক্ষণের জন্য নিয়মাবলী**আপনি অস্বিজেন সংক্রান্ত কী কী সুবিধার অধিকারী?**

আপনি যদি Medicare অস্বিজেন সরঞ্জাম কভারেজের উপযুক্ত হন, তাহলে সিনিয়র হোল হেলথ অব নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) এগুলো আওতাভুক্ত করবে:

- অস্বিজেনের উপকরণ ভাড়া
- অস্বিজেন এবং অস্বিজেনের সামগ্রী ভাড়া
- অস্বিজেন এবং অস্বিজেন সামগ্রী সরবরাহের জন্য টিউবিং এবং সম্পর্কিত অস্বিজেন আনুষঙ্গিক জিনিসপত্র
- অস্বিজেনের উপকরণের রক্ষণাবেক্ষণ ও মেরামত

আপনি যদি সিনিয়র হোল হেলথ অব নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) ছেড়ে যান বা চিকিৎসাগতভাবে আর অস্বিজেন সরঞ্জামের প্রয়োজন না হয়, তাহলে অবশ্যই অস্বিজেন সরঞ্জাম ফেরত দিতে হবে।

আপনি যদি নিজের প্ল্যান ছেড়ে দেন এবং Original Medicare-এ ফিরে আসেন, তাহলে কী হবে?

Original Medicare-এ আপনাকে পাঁচ বছরের জন্য পরিষেবা প্রদানের জন্য একজন অস্বিজেন সরবরাহকারীর প্রয়োজন। প্রথম 36 মাসের জন্য আপনাকে সরঞ্জামের ভাড়া দিতে হবে। বাকি 24 মাসের জন্য সরবরাহকারীকে সরঞ্জাম এবং রক্ষণাবেক্ষণের ব্যবস্থা করতে হবে (ভবুও অস্বিজেনের কো-পেমেন্টের জন্য আপনিই দায়বদ্ধ থাকবেন)। পাঁচ বছর পর আপনি একই কোম্পানিতে থাকতে পারেন বা অন্য কোম্পানিতে যেতে পারেন। এই ক্ষেত্রে, পাঁচ বছরের সাইকেল আবার শুরু হয়, এমনকি আপনি একই কোম্পানিতে থাকলেও, আপনাকে প্রথম 36 মাসের জন্য কো-পেমেন্ট করতে হবে। আপনি যদি আমাদের প্লানে যোগ দেন বা প্ল্যান ছেড়ে যান, তাহলে পাঁচ বছরের সাইকেল আবার শুরু হবে।

অধ্যায় 4:

মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)**সেকশন 1 কভার করা পরিষেবাগুলি বুঝে নিন**

এই অধ্যায়ে এমন মেডিক্যাল সুবিধার চার্ট প্রদান করা হয়েছে, যেটিতে নিউ ইয়র্ক NHC-এর সিনিয়র হোল হেলথ (HMO D-SNP)-এর সদস্য হিসাবে আওতাভুক্ত সেবাগুলো তালিকায় অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। পরে এই অধ্যায়ে আপনি এমন মেডিক্যাল সার্ভিসের ব্যাপারে তথ্য পাবেন, যেগুলো আওতাভুক্ত নয়। এছাড়া এটিতে নির্দিষ্ট কিছু সেবার সীমাবদ্ধতা ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

সেকশন 1.1 আপনি আপনার কভার করা পরিষেবার জন্য কোনো অর্থই প্রদান করতে হবে না

আপনি যেহেতু Medicaid থেকে সাহায্য পাবেন, তাই নিজের যন্ত্র পাওয়ার জন্য প্ল্যানের নিয়মাবলী মেনে চলতে পারলে আপনার আওতাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য আপনাকে কিছু পেমেন্ট করতে হবে না। (আপনার যন্ত্র পাওয়ার জন্য প্ল্যানের নিয়মাবলীর ব্যাপারে আরও তথ্য জানতে অধ্যায় 3 দেখুন।)

সেকশন 1.2 Medicare পার্ট A এবং পার্ট B কভার করা মেডিকেল পরিষেবার জন্য আপনি সবচেয়ে বেশি কত অর্থ প্রদান করবেন?

দ্রষ্টব্য: কারণ আমাদের সদস্যগণ Medicaid থেকে সহায়তা পান, খুব কম সদস্যই সর্বাধিক আউট-অব-পকেটের পরিমাণে পৌঁছান। কভার করা পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবাগুলোর ক্ষেত্রে সর্বাধিক আউট-অব-পকেটের পরিমাণের জন্য যেকোনো আউট-অব-পকেট ব্যয় পরিশোধের জন্য আপনি দায়বদ্ধ নন।

আপনি যেহেতু একটি Medicare অ্যাডভান্টেজ প্লানে নথিভুক্ত, তাই Medicare পার্ট A এবং পার্ট B অধীনে আওতাভুক্ত মেডিক্যাল সেবাগুলোর জন্য প্রত্যেক বছর আপনাকে যে পরিমাণ অর্থরাশি নিজের পকেট থেকে দিতে হবে, সেই ব্যাপারে একটি উর্ধ্বসীমা আছে। এই উর্ধ্বসীমাকে বলা হয় মেডিক্যাল সেবার জন্য নিজের পকেট থেকে দেওয়া (MOOP) অর্থরাশি। 2025 বছরের জন্য অর্থরাশির পরিমাণ হলো \$9,350.

আওতাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য আপনি যে পেমেন্ট করেন, সেটি এই সর্বাধিক পকেট থেকে খরচ হওয়া অর্থরাশির ক্ষেত্রে বিবেচিত হবে। পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য আপনি যে পরিমাণ অর্থরাশি খরচ করেন, সেটা আপনার পকেট থেকে দেওয়া সর্বাধিক অর্থরাশি বলে বিবেচিত হবে না। এছাড়া, কিছু সেবার জন্য আপনি যে পরিমাণ অর্থরাশি পেমেন্ট করেন, সেটি আপনার পকেট থেকে দেওয়া সর্বাধিক অর্থরাশি বলেও বিবেচিত হবে না। এই সেবাগুলোকে মেডিক্যাল সুবিধা সংক্রান্ত চার্টের মধ্যে অ্যাপ্টেটিভ (*) দিয়ে চিহ্নিত করা হয়। আপনি যদি নিজের পকেট থেকে দেওয়া সর্বাধিক অর্থরাশি \$9,350 ছুঁয়ে ফেলেন, তাহলে আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B সেবাগুলোর ক্ষেত্রে বছরের বাকি অংশের জন্য আপনাকে নিজের পকেট থেকে খরচা করতে হবে না। তবে আপনাকে অবশ্যই Medicare পার্ট B-এর প্রিমিয়াম (পেমেন্ট করে যেতে হবে যদি না আপনার পার্ট B প্রিমিয়াম Medicaid বা কোনো তৃতীয় পক্ষ পেমেন্ট করে দেয়)।

সেকশন 2 কী কী কভার করা হয়েছে তা খুঁজে বের করতে মেডিকেল বেনিফিট চার্ট ব্যবহার করুন**সেকশন 2.1 প্ল্যানের একজন সদস্য হিসাবে আপনার মেডিক্যাল, দীর্ঘ-মেয়াদী যন্ত্র বা হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক সেবাগুলোর সুবিধা**

নিম্নলিখিত পৃষ্ঠাগুলিতে মেডিকেল বেনিফিট চার্ট Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কভার করে এমন পরিষেবাগুলির তালিকা আছে। পার্ট D প্রেসক্রিপশন ড্রাগের কভারেজের বিশদ অধ্যায় 5-এ রয়েছে। মেডিক্যাল সুবিধা সংক্রান্ত চার্টে যে সেবাগুলো তালিকাভুক্ত করা আছে, সেগুলো শুধুমাত্র তখনই আওতার মধ্যে পড়ে, যখন আওতা সংক্রান্ত এই শর্তগুলো পূরণ করা হয়:

- আপনার Medicare এবং Medicaid আওতাভুক্ত সেবাগুলোকে অবশ্যই Medicare এবং Medicaid দ্বারা প্রতিষ্ঠিত কভারেজ সংক্রান্ত নির্দেশিকা অনুযায়ী হতে হবে।
- আপনার পরিষেবাগুলি (চিকিৎসা পরিচর্যা, পরিষেবা, সরবরাহ, সরঞ্জাম এবং পার্ট B প্রেসক্রিপশন ওষুধ সহ) অবশ্যই চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়। চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় মানে এমন সেবা, সরবরাহ বা ওষুধপত্র, যা আপনার শারীরিক সমস্যা প্রতিরোধ, শনাক্ত বা চিকিৎসা করতে দরকার এবং অবশ্যই মেডিক্যাল প্র্যাকটিসের স্ট্যান্ডার্ড স্বীকার করতে হবে।

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

- নতুন নথিভুক্তদের জন্য, আপনার MA সমন্বিত পরিচর্যা প্ল্যানটি অবশ্যই ন্যূনতম 90-দিনের ট্রানজিশন পিরিয়ড প্রদান করবে, এই সময়ের মধ্যে চিকিৎসার কোর্সটি কোনো নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত প্রদানকারীর দ্বারা শুরু হওয়া কোনো পরিষেবার জন্য হলেও, নতুন MA প্লানে চিকিৎসার কোনো সক্রিয় কোর্সের জন্য পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন নাও হতে পারে।
- আপনি একটি নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের থেকে যন্ত্র পাচ্ছেন। অধিকাংশ ক্ষেত্রে, আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারের কাছ থেকে যন্ত্র পেলে সেটি আওতাভুক্ত করা হবে না, যদি না সেটি পরিস্থিতি অনুযায়ী দরকার বা জরুরি হয় বা সেটির ক্ষেত্রে যদি আপনার প্ল্যান বা নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার রেফারেল দিয়ে থাকে। এর মানে হলো যে আপনাকে প্রোভাইডার পরিষেবার জন্য সম্পূর্ণ অর্থ প্রদান করতে হবে।
- আপনার একটি প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (PCP) আছে, যে আপনার যন্ত্র প্রদান করছে বা এটির দেখাশোনা করছে।
- মেডিক্যাল সুবিধা সংক্রান্ত চার্টে তালিকাভুক্ত করা কিছু সেবা শুধুমাত্র তখনই আওতাভুক্ত করা হবে, যদি আপনার চিকিৎসক বা অন্য নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার আমাদের থেকে আগেভাবে অনুমোদন (যাকে অনেক সময় আগাম অনুমোদন বলা হয়ে থাকে) নিয়ে থাকে। কভার করা যে পরিষেবাগুলির জন্য আগে থেকে অনুমোদনের প্রয়োজন হয়, সেগুলিকে চিকিৎসক সুবিধার চার্টে **মোটামুঠে** চিহ্নিত করা হয়েছে।
- যদি আপনার সমন্বিত পরিচর্যা প্ল্যান চিকিৎসার একটি কোর্সের জন্য পূর্বে অনুমোদনের অনুরোধ অনুমোদিত করে, তবে অনুমোদনটি ততক্ষণ পর্যন্ত বৈধ হতে হবে যতক্ষণ পর্যন্ত চিকিৎসাগতভাবে যুক্তিসঙ্গত এবং প্রয়োজ্য কভারেজের মানদণ্ড, আপনার চিকিৎসার ইতিহাস এবং চিকিৎসা প্রদানকারীর সুপারিশ সহ পরিচর্যার ক্ষেত্রে ব্যাঘাত এড়াতে প্রয়োজনীয় হবে।

আমাদের কভারেজের ব্যাপারে অন্যান্য যে গুরুত্বপূর্ণ জিনিস জানা দরকার:

- আপনি Medicare এবং Medicaid, উভয় দ্বারা আওতাভুক্ত। Medicare-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্যসেবার এবং প্রেসক্রিপশনের ওষুধ আওতাভুক্ত করা হয়। Medicaid আপনার Medicare সেবাগুলোর খরচ শেয়ারিং আওতাভুক্ত করে, যার মধ্যে রয়েছে ইনপেশেন্ট হাসপাতাল সেবা এবং আউটপেশেন্ট হাসপাতাল সেবা। এছাড়া Medicaid দিয়ে এমন সেবাগুলো আওতাভুক্ত করা হয়, যা Medicare দিয়ে আওতাভুক্ত করা হয় না - যেমন দীর্ঘমেয়াদী যন্ত্র, কাউন্টার থেকে কেনা ওষুধ, হোম এবং কমিউনিটি-ভিত্তিক সেবা বা অন্য কোনো শুধুমাত্র Medicaid-সেবা।
- সমস্ত ধরনের Medicare হেলথ প্লানের মতো, আমরা এমন সবকিছু আওতাভুক্ত করি, যা অরিজিনাল Medicare-এ আওতাভুক্ত করা হয়ে থাকে। (আপনি যদি Original Medicare-এর কভারেজ এবং খরচ সম্পর্কে আরও জানতে চান, তাহলে আপনার Medicare অ্যান্ড ইউ 2025 হ্যান্ডবুকটি দেখুন। এটি অনলাইনে www.medicare.gov-এ দেখুন বা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিন কল করে একটি অনুলিপি চাইতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন।
- অরিজিনাল Medicare অধীনে বিনামূল্যে থাকা প্রতিরোধমূলক সেবাগুলোর জন্যও আমরা আপনাকে বিনামূল্যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত করি।
- Medicare যদি 2025-এর সময় কোনো নতুন সেবার জন্য কভারেজ যোগ করে, তাহলে Medicare অথবা আমাদের প্ল্যান থেকে সেই সেবাগুলো আওতাভুক্ত করা হবে।
- আপনি যেহেতু Medicaid থেকে সাহায্য পাবেন, তাই নিজের যন্ত্র পাওয়ার জন্য প্লানের নিয়মাবলী মেনে চলতে পারলে আপনার আওতাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য আপনাকে কিছু পেমেন্ট করতে হবে না। এর মানে হলো যে আওতাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য আপনাকে খরচ-শেয়ারের ব্যাপারে কিছু পেমেন্ট করতে হবে না (কোনো কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই)। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর সদস্য হিসাবে, আমরা আপনার Medicare-এ কভার করা পরিষেবা এবং আপনার Medicaid পরিষেবাগুলির সমন্বয় করি, কারণ উভয়ই আমাদের প্লানের আওতায় রয়েছে। নিচে থাকা সুবিধা সংক্রান্ত তথ্যগুলোর মধ্যে রয়েছে Medicare এবং Medicaid আওতাভুক্ত সেবাসমূহ।
- আপনি যদি আমাদের প্লানের 6-মাস সময়সীমার বিবেচিত নিরবচ্ছিন্ন যোগাযোগের মধ্যে থাকেন বা তা পূরণ করেন, তাহলে আমরা সমস্ত Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যান-আওতাভুক্ত Medicare সুবিধা প্রদান করা আগের মতোই চালিয়ে যাব। যাইহোক, এই সময়ের মধ্যে, আমরা প্রয়োজ্য Medicaid স্টেট প্লানের অধীনে অন্তর্ভুক্ত Medicaid সুবিধাগুলি কভার করব না এবং আমরা Medicare প্রিমিয়াম বা খরচ শেয়ারও করব না, যার জন্য আপনি আপনার Medicaid যোগ্যতা না হারালে অন্যথায় রাষ্ট্র দায়বদ্ধ হবে। এই সময়ের মধ্যে আপনি Medicare কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন তা বাড়তে পারে।

সুবিধা সংক্রান্ত চার্টে তালিকাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য আপনাকে কিছুই পেমেন্ট করতে হবে না, যতক্ষণ আপনি উপরে বর্ণনা করা কভারেজ সংক্রান্ত শর্তাবলী পূরণ করছেন।

“অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” এর জন্য উপযুক্ত নথিভুক্তদের জন্য গুরুত্বপূর্ণ সুবিধামূলক তথ্য:

- Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ভ্যানু বের্ড ইন্স্যুরেন্স ডিজাইন (VBID) মডেলে অংশগ্রহণ করে। VBID মডেলের মাধ্যমে Medicare, Medicare অ্যাডভান্টেজ প্লানের উন্নতি করার জন্য নতুন উপায় প্রদান করে। VBID মডেলের একটি অংশ হিসেবে, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) পার্ট D ওষুধের জন্য খরচ শেয়ার বাতিল করার প্রস্তাব দেয়। যে সদস্যরা “অতিরিক্ত সাহায্য” পান, তাদের ক্ষেত্রে সব কভারেজ পর্যায়ে সমস্ত পার্ট D ওষুধ হ্রাসপ্রাপ্ত খরচ-শেয়ারিং (\$0) থাকবে। আরও তথ্যের জন্য ‘সদস্য সেবা’-তে কল করুন, যদি আপনার প্রশ্ন থাকে এই সুবিধার ব্যাপারে বা এটি কিভাবে আপনাকে সাহায্য করবে।

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)**গুরুতর সমস্যায় ভুক্তভোগী নথিভুক্তদের জন্য সুবিধা সংক্রান্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য**

- আপনি যদি নিচে চিহ্নিত করা এই গুরুতর সমস্যা(গুলোতে) ভোগেন বা নির্দিষ্ট কিছু শর্ত পূরণ করেন, তাহলে আপনি গুরুতর অসুস্থতার ক্ষেত্রে বিশেষ পরিপূরক সুবিধার জন্য যোগ্য হতে পারেন।
 - অতিরিক্তভাবে মদ বা অন্য মাদকে আসক্ত হওয়া;
 - অটোইমিউন ডিসঅর্ডার;
 - ক্যানসার;
 - কার্ডিওভাস্কুলার ডিসঅর্ডার;
 - গুরুতর হার্ট ফেলিওর;
 - ডিমেনশিয়া;
 - ডায়াবেটিস;
 - শেষ পর্যায়ে থাকা লিভারের রোগ;
 - শেষ পর্যায়ে থাকা রেনাল রোগ (ESRD);
 - গুরুতর হেমাটোলজিক ডিসঅর্ডার;
 - HIV/AIDS;
 - ফুসফুসের গুরুতর সমস্যা;
 - গুরুতর এবং প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টিকারী মানসিক স্বাস্থ্যের সমস্যা;
 - নিউরোলজিক ডিসঅর্ডার; এবং
 - স্ট্রোক

আমরা আপনাকে এই সুবিধাগুলো অ্যাক্সেস করতে সাহায্য করব। আপনার অনুরোধ প্রক্রিয়া শুরু করতে অথবা অতিরিক্ত তথ্য পেতে আপনার কেয়ার কোঅর্ডিনেটর কিংবা ‘সদস্য সেবা’-তে কল করতে পারেন।

দ্রষ্টব্য: এই সুবিধাটির অনুরোধ করে আপনি সিনিয়র হোল হেলথ অব নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) প্রতিনিধিদেরকে ফোন, ডাকযোগে বা অন্য কোনো পদ্ধতিতে আপনার সাথে যোগাযোগ করার স্পষ্ট অনুমতি দিচ্ছেন, যেমনটা আপনার আবেদনে উল্লেখ করা হয়েছে।

- আরও বিস্তারিত জানার জন্য অনুগ্রহ করে নিচের মেডিকেল বেনিফিট চার্টে দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থ সারির জন্য বিশেষ পরিপূরক সুবিধাগুলিতে যান।
- আপনি ঠিক কোন সুবিধার জন্য উপযুক্ত, তা জানার জন্য অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।



আপনি বেনিফিট চার্টে প্রতিরোধমূলক পরিষেবার পাশে এই অংশটি দেখতে পাবেন।

মেডিকেল বেনিফিট চার্ট

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>অ্যাবডোমিনাল অ্যারোটিক অ্যানেউরিসাম স্ক্রিনিং*</p> <p>ঝুঁকিতে থাকা লোকজনের জন্য এককালীন স্ক্রিনিং আল্ট্রাসাউন্ড প্ল্যানটির মাধ্যমে এই স্ক্রিনিং আওতাভুক্ত করা হয় যদি আপনার নির্দিষ্ট কিছু ঝুঁকির ফ্যাক্টর থাকে এবং যদি আপনি নিজের চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহায়ক, নার্স প্র্যাক্টিশনাক বা ক্লিনিক্যাল নার্স স্পেশালিস্টের কাছ থেকে রেফারেল পান।</p>	<p>এই প্রতিরোধমূলক স্ক্রিনিংয়ের ক্ষেত্রে যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>
	<p>পিঠের গুরুতর ব্যথার জন্য আকুপাংচার</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <p>নিম্নোক্ত পরিস্থিতিগুলোতে Medicare সুবিধার ক্ষেত্রে 90 দিনে সর্বাধিক 12টি ভিজিট আওতাভুক্ত:</p> <p>এই সুবিধার উদ্দেশ্যের জন্য, পিঠের গুরুতর ব্যথাকে এইভাবে সংজ্ঞাভুক্ত করা হয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 সপ্তাহ বা তার বেশি স্থায়ী; • সুনির্দিষ্ট নয়, অর্থাৎ যেখানে শনাক্ত করা যায় এমন সিস্টেমিক কারণ নেই (অর্থাৎ মেটাষ্ট্যাটিক, ইনফ্লেমেটরি, সংক্রামক রোগ ইত্যাদির সাথে সংযুক্ত নয়); • সার্জারির সাথে সংযুক্ত নয়; এবং • প্রোগনোসিসের সাথে সংযুক্ত নয়। <p>যে রোগীদের মধ্যে উন্নতি দেখা যাবে, তাদের জন্য অতিরিক্ত আটটি সেশন আওতাভুক্ত করা হবে। বছরে 20টির বেশি আকুপাংচার চিকিৎসা করা যাবে না।</p> <p>রোগীর যদি উন্নতি না হয় বা পরিস্থিতি আগের মতো হয়ে যায়, তাহলে অবশ্যই চিকিৎসা বন্ধ করতে হবে।</p> <p>প্রোভাইডারের শর্তাবলী:</p> <p>চিকিৎসকরা (যেমনটা দ্য সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাক্ট (দ্য অ্যাক্ট)-এর 1861(r)(1)-তে সংজ্ঞাভুক্ত করা আছে) স্টেটের নিয়ম বা আইন অনুযায়ী আকুপাংচার পরিচালনা করতে পারেন।</p> <p>ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্ট (PA), নার্স প্র্যাক্টিশনার (Np)/ক্লিনিক্যাল নার্স স্পেশালিস্ট (CNS) (যেমনটা আইনের 1861(aa) (5)-তে সংজ্ঞাভুক্ত করা আছে) এবং অক্সিলারি ব্যক্তির আকুপাংচার পরিচালনা করতে পারেন, যদি তারা স্টেটের প্রযোজ্য সমস্ত নিয়ম বা আইনের শর্ত পূরণ করেন এবং যদি এগুলো থাকে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • অ্যাক্রিডিটেশন কমিশন অন আকুপাংচার অ্যান্ড ওরিয়েন্টাল মেডিসিন (ACAOM) দ্বারা স্বীকৃত স্কুল থেকে আকুপাংচার বা ওরিয়েন্টাল মেডিসিনে স্নাতকোত্তর বা ডক্টরাল স্তরের ডিগ্রি থাকে; এবং, 	<p>Medicare-আওতাভুক্ত আকুপাংচার সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>পিঠের গুরুতর ব্যথার জন্য আকুপাংচার (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> • United States-র একটি রাজ্য, অঞ্চল বা কমনওয়েলথ (যেমন Puerto Rico) বা Columbia-র জেলায় আকুপাংচার অনুশীলন করার জন্য একটি বর্তমান, পূর্ণ, সক্রিয় এবং সীমাবদ্ধ লাইসেন্স থাকে। <p>42 CFR §§ 410.26 এবং 410.27-এ আমাদের প্রবিধান দ্বারা প্রয়োজনীয় একজন চিকিৎসক, PA, বা NP/CNS-এর যথাযথ তত্ত্বাবধানে আকুপাংচার সরবরাহকারী সহায়ক কর্মীদের অবশ্যই থাকতে হবে।</p>	
	<p>আকুপাংচার সেবা (পরিপূরক)*</p> <p>এছাড়া সিনিয়র হোল হেলথ অব নিউ ইয়র্ক NHC-এর দিক থেকে বছরে 30টির বেশি আকুপাংচার সেবা অফার করা হয়।</p> <p>পরিপূরক আকুপাংচার সেবাগুলো তখনই আওতাভুক্ত করা হয়, যখন এগুলোর যত্নের জন্য মেডিক্যালি গ্রহণযোগ্য স্ট্যান্ডার্ড হিসাবে আওতাভুক্ত হিসাবে বিবেচিত করা হয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ মাথাব্যথা; অস্টিওআর্থ্রাইটিসের (OA) কারণে হওয়া কোমর বা হাঁটুতে ব্যথা; বা হাঁটুর খুব ব্যথা যখন গুরুতর এবং স্ট্যান্ডার্ড মেডিক্যাল কেয়ার থেকে সাড়া পাওয়া যায় না; গাঁট এবং সন্ট টিস্যুর সাথে সংযুক্ত থাকা ব্যথার উপসর্গ; মাস্কুলোস্কেলিট্যাল ঘাড় এবং পিঠের ব্যথা; কেমোথেরাপির সাথে সংযুক্ত থাকা বমি-ভাব; সার্জারির পর বমি-ভাব; এবং প্রেগনেন্সি সংক্রান্ত বমি-ভাব ○ আওতাভুক্ত আকুপাংচার সেবার মধ্যে অ্যাসুমা বা আসক্তি সংক্রান্ত চিকিৎসার জন্য সেবা অন্তর্ভুক্ত নয় (যার মধ্যে সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ধূমপান ছেড়ে দেওয়া অন্তর্ভুক্ত) 	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা বাতিলযোগ্যতা প্রযোজ্য নয়।</p>
	<p>অ্যাম্বুলেন্স সেবা</p> <p>কভার করা অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবাগুলি, জরুরী বা অ-জরুরি পরিস্থিতির জন্যই হোক না কেন, ফিফ্টিউ উইং, রোটোরি উইং এবং গ্রাউন্ড অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবাগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করে, নিকটতম উপযুক্ত সুবিধার জন্য যা কেবলমাত্র সেই সদস্যকে সজ্জিত করা হলেই পরিচর্যা প্রদান করতে পারে যার চিকিৎসার অবস্থা অন্যান্য পরিবহনের উপায়গুলি ব্যক্তির স্বাস্থ্যকে বিপন্ন করতে পারে বা প্ল্যান দ্বারা অনুমোদিত হলে। যদি আওতাভুক্ত অ্যাম্বুলেন্স সেবাটি জরুরি পরিস্থিতির জন্য না হয়, তাহলে এটি নথিভুক্ত করতে হবে যে, ওই সদস্যের শারীরিক অবস্থা এমন যে তাকে অন্যভাবে নিয়ে গেলে তা ওই ব্যক্তির স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকি তৈরি করতে পারে এবং অ্যাম্বুলেন্স করে নিয়ে যাওয়া চিকিৎসাগত দিক থেকে প্রয়োজন।</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>শুধুমাত্র নন-এমার্জেন্ট অ্যাম্বুলেন্সের জন্য আগাম অনুমোদন প্রয়োজন।</p> <p>আপনার যদি জরুরি পরিচর্যার প্রয়োজন হয় তাহলে 911 ডায়াল করুন এবং একটি অ্যাম্বুলেন্সের জন্য অনুরোধ করুন।</p>
	<p>বার্ষিক সুস্থতা দর্শন*</p> <p>যদি আপনার পার্ট B 12 মাসের বেশি সময় ধরে থাকে, তাহলে আপনি আপনার বর্তমান স্বাস্থ্য এবং ঝুঁকির কারণগুলির উপর ভিত্তি করে একটি ব্যক্তিগতকৃত প্রতিরোধ প্ল্যান তৈরি বা আপডেট করতে একটি বার্ষিক সুস্থতা পরিদর্শন পেতে পারেন। এটি প্রতি 12 মাসে একবার কভার করা হয়।</p>	<p>বার্ষিক সুস্থতা পরিদর্শনের জন্য কোনো মুদ্রা বীমা, কোপেমেন্ট অথবা ছাড় নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>বার্ষিক সুস্থতা দর্শন* (অব্যাহত)</p> <p>দ্রষ্টব্য: আপনার প্রথম বার্ষিক সুস্থতা পরিদর্শন আপনার Medicare প্রতিরোধমূলক পরিদর্শনে স্বাগতম হওয়ার 12 মাসের মধ্যে হতে পারে না। তবে, 12 মাস পার্ট B এর ওষুধ গ্রহণের পর বার্ষিক ওয়েলনেস ভিজিটটির আওতাভুক্তির জন্য Medicare-এ স্বাগতম ভিজিটের প্রয়োজন নেই।</p>	
	<p>হাড়ের ভর পরিমাপ*</p> <p>যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য (সাধারণত, এর অর্থ হাড়ের ভর হ্রাস করার ঝুঁকিতে থাকা বা অস্টিওপোরোসিসের ঝুঁকিতে থাকা লোকেরা), নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলো প্রতি 24 মাস বা তার বেশি ঘন ঘন কভার করা হয় যদি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হয়: হাড়ের ভর শনাক্তকরণ, হাড়ের ক্ষয় শনাক্তকরণ, বা হাড়ের গুণমান নির্ধারণের পদ্ধতি, ফলাফলের চিকিৎসকের ব্যাখ্যা সহ।</p>	<p>Medicare-আওতাধীন হাড়ের ভর পরিমাপের জন্য কোনো মুদ্রা, কোপেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p>
	<p>স্তন ক্যান্সার স্ক্রিনিং (ম্যামোগ্রাম)*</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 থেকে 39 বছর বয়সের মধ্যে একটি বেসলাইন ম্যামোগ্রাম • 40 বছর বা তার বেশি বয়সের মহিলাদের জন্য প্রতি 12 মাসে একটি স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রাম • প্রতি 24 মাসে একবার ক্লিনিকাল স্তন পরীক্ষা <p>স্তন ক্যান্সারের প্রাথমিক সনাক্তকরণের জন্য একটি স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রাফি ব্যবহার করা হয়। একবার স্তন ক্যান্সারের ইতিহাস প্রতিষ্ঠিত হয়ে গেলে, এবং স্তন ক্যান্সারের আর কোনো লক্ষণ বা লক্ষণ না থাকা পর্যন্ত, চলমান ম্যামোগ্রামগুলো ডায়াগনস্টিক হিসাবে বিবেচিত হয় এবং এই চার্টে “বহিরাগত রোগী ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা এবং থেরাপিউটিক পরিষেবা এবং সরবরাহ” এর আওতায় আসে। স্তন ক্যান্সারের চিহ্ন বা লক্ষণ রয়েছে এমন সদস্যদের জন্য স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রাফি বার্ষিক সুবিধা পাওয়া যায় না।</p>	<p>আওতাধীন স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রামের জন্য কোনো মুদ্রা, কোপেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p>
	<p>কার্ডিয়াক পুনর্বাসন সেবা</p> <p>কার্ডিয়াক পুনর্বাসন পরিষেবাগুলোর বিস্তৃত প্রোগ্রামগুলো যার মধ্যে অনুশীলন, শিক্ষা এবং কাউন্সেলিং অন্তর্ভুক্ত রয়েছে এমন সদস্যদের জন্য কভার করা হয় যারা ডাক্তারের আদেশে নির্দিষ্ট শর্ত পূরণ করে। প্ল্যানটি নিবিড় কার্ডিয়াক পুনর্বাসন প্রোগ্রামগুলিকেও কভার করে যা সাধারণত কার্ডিয়াক পুনর্বাসন প্রোগ্রামগুলির চেয়ে আরও কঠোর বা আরও তীব্র।</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>কার্ডিওভাসকুলার রোগের ঝুঁকি হ্রাস পরিদর্শন (কার্ডিওভাসকুলার রোগের জন্য থেরাপি)*</p> <p>কার্ডিওভাসকুলার রোগের ঝুঁকি কমাতে সহায়তা করার জন্য আমরা আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা ডাক্তারের সাথে প্রতি বছর একটি দর্শন কভার করি। এই পরিদর্শনকালে, আপনার ডাক্তার অ্যাসপিরিন ব্যবহার নিয়ে আলোচনা করতে পারেন (যদি উপযুক্ত হয়), আপনার রক্তচাপ পরীক্ষা করতে পারেন এবং আপনি স্বাস্থ্যকর খাচ্ছেন তা নিশ্চিত করার জন্য আপনাকে টিপস দিতে পারেন।</p>	<p>প্রবল আচরণগত থেরাপি কার্ডিওভাসকুলার রোগ প্রতিরোধক সুবিধার জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা বাতিলযোগ্যতা প্রযোজ্য নয়।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>কার্ডিওভাসকুলার রোগ পরীক্ষা*</p> <p>কার্ডিওভাসকুলার ডিজিজ (বা কার্ডিওভাসকুলার রোগের উচ্চতর ঝুঁকির সাথে যুক্ত অস্বাভাবিকতা) শনাক্তকরণের জন্য রক্ত পরীক্ষা প্রতি 5 বছরে (60 মাস)।</p>	কার্ডিওভাসকুলার রোগ পরীক্ষার জন্য কোনো মুদ্রা বীমা, কোপেমেন্ট বা ছাড় নেই যা প্রতি 5 বছরে একবার কভার করা হয়।
	<p>জরামু ও যোনি ক্যান্সার স্ক্রিনিং*</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> সকল নারীর জন্য: প্যাপ পরীক্ষা এবং শ্রেণী পরীক্ষা প্রতি 24 মাসে একবার কভার করা হয় যদি আপনার জরামু বা যোনি ক্যান্সারের ঝুঁকি বেশি থাকে বা আপনি সন্তান জন্মদানের বয়সের হন এবং গত 3 বছরের মধ্যে একটি অস্বাভাবিক প্যাপ পরীক্ষা করেছেন: প্রতি 12 মাসে একটি প্যাপ পরীক্ষা 	Medicare-কভার করা প্রতিরোধমূলক প্যাপ এবং পেলভিক পরীক্ষার জন্য ছাড়যোগ্য কোনো মুদ্রা বীমা বা সহ-পেমেন্ট নেই।
	<p>চিরোপ্রাকটিক পরিষেবা (Medicare-আওতাভুক্ত)</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> সাবল্যান্সেশন সংশোধন করতে মেরুদণ্ডের ম্যানুয়াল ম্যানিপুলেশন 	এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>কোলোরেস্টাল ক্যান্সার স্ক্রীনিং*</p> <p>নিম্নলিখিত স্ক্রীনিং পরীক্ষাগুলি কভার করা হয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> কোলনোস্কোপির কোনো ন্যূনতম বা সর্বাধিক বয়সের সীমা নেই এবং উচ্চ ঝুঁকিতে নেই এমন রোগীদের জন্য প্রতি 120 মাসে (10 বছর) একবার বা কলোরেস্টাল ক্যান্সারের উচ্চ ঝুঁকিতে নেই এমন রোগীদের জন্য পূর্ববর্তী নমনীয় সিগময়েডোস্কোপির 48 মাস পরে এবং পূর্ববর্তী স্ক্রীনিং কোলনোস্কোপি বা বেরিয়াম এনিমার পরে উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ রোগীদের জন্য প্রতি 24 মাসে একবার করতে হয়। 45 বছর বা তার বেশি বয়সের রোগীদের জন্য নমনীয় সিগময়েডোস্কোপি। প্রতি 120 মাসে একবার করলে রোগীর স্ক্রীনিং কোলনোস্কোপি পাওয়ার পর রোগীদের উচ্চ ঝুঁকি নেই। সর্বশেষ নমনীয় সিগময়েডোস্কোপি বা বেরিয়াম এনিমা থেকে উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ রোগীদের জন্য প্রতি 48 মাসে একবার। 45 বছর বা তার বেশি বয়সের রোগীদের জন্য মল-গুপ্ত রক্ত পরীক্ষা স্ক্রীনিং। প্রতি 12 মাসে একবার। 45 থেকে 85 বছর বয়সী রোগীদের জন্য মাল্টিটাগেট স্টুল DNA যারা উচ্চ ঝুঁকির মানদণ্ড পূরণ করেনি। প্রতি 3 বছরে একবার। 45 থেকে 85 বছর বয়সী এবং উচ্চ ঝুঁকির মানদণ্ড পূরণ করেনি এমন রোগীদের জন্য রক্ত ভিত্তিক বায়োমার্কার পরীক্ষা। প্রতি 3 বছরে একবার। উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা রোগীদের জন্য কোলনোস্কোপির বিকল্প হিসাবে বেরিয়াম এনিমা এবং 24 মাস পর শেষ স্ক্রীনিং কোলনোস্কোপি বা শেষ স্ক্রীনিং বেরিয়াম এনিমা। উচ্চ ঝুঁকিতে নেই এবং 45 বছর বা তার বেশি বয়সের রোগীর জন্য নমনীয় সিগময়েডোস্কোপির বিকল্প হিসাবে বেরিয়াম এনিমা। কমপক্ষে 48 মাসে একবার শেষ স্ক্রীনিং বেরিয়াম এনিমা বা নমনীয় সিগময়েডোস্কোপি স্ক্রীনিং। <p>কলোরেস্টাল ক্যান্সার স্ক্রীনিং পরীক্ষায় Medicare কভার করা নন-ইনভেসিভ স্টুল-ভিত্তিক কোলোরেস্টাল ক্যান্সার স্ক্রীনিং পরীক্ষায় ইতিবাচক ফলাফল আসার পরে একটি ফলো-অন স্ক্রীনিং কোলনোস্কোপি অন্তর্ভুক্ত থাকে।</p>	<p>Medicare দ্বারা কভার করা কোলোরেস্টাল ক্যান্সার স্ক্রীনিং পরীক্ষার জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা বাতিলযোগ্যতা প্রযোজ্য নয়, তবে বেরিয়াম এনিমা ব্যতীত, যার জন্য কো-ইন্সুরেন্স প্রযোজ্য। আপনার ডাক্তার যদি কোলনোস্কোপি বা ফ্লেক্সিবেল সিগময়েডোস্কোপির সময় একটি পলিপ বা অন্যান্য টিস্যু খুঁজে পান এবং অপসারণ করেন, তাহলে স্ক্রীনিং পরীক্ষা একটি ডায়াগনস্টিক পরীক্ষায় পরিণত হয়।</p>
	<p>ডেন্টাল পরিষেবা</p> <p>সাধারণভাবে, প্রতিরোধমূলক দাঁতের পরিষেবাগুলি (যেমন পরিষ্কার করা, নিয়মিত দাঁতের পরীক্ষা এবং ডেন্টাল এক্স-রে) Original Medicare-এর মাধ্যমে কভার করা নয়। যাইহোক, Medicare বর্তমানে সীমিত সংখ্যক পরিস্থিতিতে ডেন্টাল পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করে, বিশেষ করে যখন সেই পরিষেবাটি একজন সুবিধাজোগীর প্রাথমিক চিকিৎসা অবস্থার নির্দিষ্ট চিকিৎসার অবিচ্ছেদ্য অংশ। কিছু উদাহরণের মধ্যে রয়েছে ক্র্যাকচার বা আঘাতের পরে চোয়ালের পুনর্গঠন, চোয়াল জড়িত ক্যান্সারের রেডিয়েশন চিকিৎসার প্রস্তুতির আগে দাঁত তোলা বা কিডনি প্রতিস্থাপনের আগে মুখের পরীক্ষা।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির যোগ্য সদস্যদের জন্য ছাড়যোগ্য কোনো মুদ্রা বীমা বা সহ-পেমেন্ট নেই।</p> <p>সর্বজনীন ডেন্টালের জন্য পূর্বের অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>ডেন্টাল পরিষেবা (সম্পূর্ণক) *</p> <p>New York State Medicaid দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবাগুলির সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ ডেন্টাল কভারেজ সরবরাহ করার জন্য আমরা একজন বিক্রেতার সাথে একটি অংশীদারিত্ব প্রতিষ্ঠা করেছি। আমাদের ভেন্ডরস নেটওয়ার্কের মাধ্যমে কোনো অধিভুক্ত প্রোভাইডারের কাছ থেকে প্রাপ্ত হলে পরিষেবাগুলি কভার করা হবে।</p> <p>আপনার দাঁতের সুবিধার মধ্যে রয়েছে ডায়াগনস্টিক, প্রিভেনটিভ, রিস্টোরেরিটিভ সার্ভিস, এন্ডোডন্টিক্স, পিরিওডন্টিক্স, প্রস্টোডন্টিক্স (রিমুভেবল), প্রস্টোডন্টিক্স (ফিক্সড), ম্যাক্সিলোফেসিয়াল প্রস্টেটিক্স, ইমপ্লান্ট সার্ভিস, ওরাল এবং ম্যাক্সিলোফেসিয়াল সার্জারি</p> <p>এবং অ্যাডজাঙ্কটিভ জেনারেল সার্ভিস।</p> <p>পরিষেবার সম্পূর্ণ তালিকার জন্য অনুগ্রহ করে www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm এ যান এবং আপডেট করা ফি শিডিউল নির্বাচন করুন</p> <p>উপরের সুবিধার সময়সূচী লিঙ্কে তালিকাভুক্ত কোডগুলি আমেরিকান ডেন্টাল অ্যাসোসিয়েশন (ADA) বছরের মধ্যে আপডেট করতে পারে। ডেন্টাল ADA কোড সম্পর্কে আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিসে কল করুন। তাদের ফোন নম্বর আপনার প্ল্যান সদস্য ID কার্ডের পিছনে দেওয়া থাকবে। কিছু ডেন্টাল পরিষেবার পূর্বে অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে এবং চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় হতে হবে। আপনার প্রদানকারী আপনার জন্য যে কোনো প্ল্যান-প্রয়োজনীয় অনুমোদন পরিচালনা করবে।</p> <p>দ্রষ্টব্য: উপরের কভারেজটি Medicare সাল্লিমেন্টাল ডেন্টাল বেনিফিটের জন্য। আপনার New York Medicaid ডেন্টাল বেনিফিটও আপনার Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) দ্বারা পরিচালিত হয়। এই Medicaid সুবিধার বিষয়ে যেকোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে প্ল্যানের সাথে যোগাযোগ করুন।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>যদি কোনো পরিষেবা কভার না করা হয় বা আপনি যদি আপনার সর্বাধিক ভাতা অতিক্রম করে থাকেন তবে ব্যয়ের জন্য আপনি দায়বদ্ধ হতে পারেন।</p> <p>সীমাবদ্ধতা এবং অপসারণ প্রযোজ্য হতে পারে।</p> <p>শুধুমাত্র চুক্তিবদ্ধ ইন-নেটওয়ার্ক ডেন্টিস্ট দ্বারা সরবরাহ করা হলেই পরিষেবাগুলি পাওয়া যায়। আপনি যদি কোনো নেটওয়ার্কের বাইরে ডেন্টাল প্রদানকারীর কাছ থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করেন তবে আপনাকে অবশ্যই নিজের চিকিৎসার জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে।</p>
	<p>ডিপ্রেসন স্ক্রিনিং*</p> <p>আমরা প্রতি বছর হতাশার জন্য একটি স্ক্রিনিং কভার করি। স্ক্রিনিংটি অবশ্যই একটি প্রাথমিক যত্ন সেটিংয়ে করা উচিত যা ফলো-আপ চিকিৎসা এবং / অথবা রেফারেল প্রদান করতে পারে।</p>	<p>বার্ষিক ডিপ্রেসন স্ক্রিনিং ভিজিটের জন্য ছাড়যোগ্য কোনো মুদ্রা বীমা বা সহ-পেমেন্ট নেই।</p>
	<p>ডায়াবেটিস স্ক্রিনিং*</p> <p>আপনার যদি নিম্নলিখিত ঝুঁকির কোনও কারণ থাকে তবে আমরা এই স্ক্রিনিংটি (উপবাসের গ্লুকোজ পরীক্ষা সহ) কভার করি: উচ্চ রক্তচাপ (উচ্চ রক্তচাপ), অস্বাভাবিক কোলেস্টেরল এবং ট্রাইগ্লিসেরাইড মাত্রার ইতিহাস (ডিসলিপিডেমিয়া), স্থূলতা, বা উচ্চ রক্তে শর্করার (গ্লুকোজ) ইতিহাস। যদি আপনি অন্যান্য প্রয়োজনীয়তাগুলি নিয়ন্ত্রণ করেন যেমন অতিরিক্ত ওজন এবং ডায়াবেটিসের পারিবারিক ইতিহাস তাহলে পরীক্ষাগুলিও কভার করা হতে পারে।</p> <p>আপনার সাম্প্রতিক ডায়াবেটিস স্ক্রিনিং পরীক্ষার তারিখের পরে প্রতি 12 মাসে আপনি দুটি পর্যন্ত ডায়াবেটিস স্ক্রিনিংয়ের জন্য উপযুক্ত হতে পারেন।</p>	<p>Medicare-কভার করা ডায়াবেটিস স্ক্রিনিং পরীক্ষার জন্য কোনো মুদ্রা, কমিটমেন্ট বা ছাড়যোগ্য নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>ডায়াবেটিস আত্ম-ব্যবস্থাপনা প্রশিক্ষণ, ডায়াবেটিক পরিষেবা এবং সরবরাহ*</p> <p>ডায়াবেটিস এ আক্রান্ত সকলের জন্য (ইনসুলিন ও নন-ইনসুলিন ব্যবহারকারী)। আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • আপনার রক্তে গ্লুকোজের পরিমাণ যাচাইয়ের জন্য সরবরাহসমূহ: রক্তের গ্লুকোজ মনিটর, রক্তের গ্লুকোজ পরীক্ষার স্ট্রিপ, ল্যানসেট ডিভাইস এবং ল্যানসেট, এবং পরীক্ষার স্ট্রিপ এবং মনিটরগুলির যথাযথ পরীক্ষা করার জন্য গ্লুকোজ-নিয়ন্ত্রণ সলিউশন। <ul style="list-style-type: none"> ◦ ব্লাড গ্লুকোজ (সুগার) মনিটর <ul style="list-style-type: none"> ◦ আপনার ডাক্তার আপনার বাড়িতে ব্যবহারের জন্য পরামর্শ দিলে কভার করা হয়। ◦ পছন্দনীয় ব্র্যান্ডের ব্লাড গ্লুকোজ মনিটরের পূর্বানুমতির প্রয়োজন নেই। ◦ ব্লাড গ্লুকোজ (সুগার) যাচাইয়ের স্ট্রিপসমূহ <ul style="list-style-type: none"> ◦ পছন্দনীয় ব্র্যান্ডের ব্লাড গ্লুকোজ পরীক্ষার স্ট্রিপগুলোর পূর্বানুমতির প্রয়োজন নেই। ◦ প্রতি ফিল 30 দিনের সরবরাহের মধ্যে সীমাবদ্ধ হতে পারে।**** ◦ ইনসুলিন <ul style="list-style-type: none"> ◦ Medicare Part B অধীনে কভার করা হয় না। Medicare Part D এর অধীনে কভার করা হয়ে থাকতে পারে। ◦ আপনি যদি অতিরিক্ত কোনো ইনসুলিন পাম্প ব্যবহার করে থাকেন তাহলে ইনসুলিন ও পাম্পটি টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME) হিসেবে কভার করা হতে পারে। যাহোক, ইনসুলিন পাম্পের সরবরাহকারীরা ইনসুলিন সরবরাহ না করতেও পারেন। ◦ লেনসেট ডিভাইস ও লেনসেটসমূহ ◦ পরীক্ষার স্ট্রিপ ও মনিটরগুলোর নির্ভুলতা যাচাইয়ের জন্য গ্লুকোজ-কন্ট্রোল সলিউশন। • তীর মাত্রার ডায়াবেটিক ফুট ডিজিস থাকা ডায়াবেটিসে আক্রান্ত ব্যক্তির জন্য: প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে থেরাপিউটিক কাস্টম-মোল্ডেড জুতা এক জোড়া (এই ধরনের জুতার সন্নিবেশ করা সহ) এবং দুই জোড়ার অতিরিক্ত সন্নিবেশ অথবা এক জোড়া ডেপথ জুতা এবং তিন জোড়া জুতার সন্নিবেশ (এই ধরনের জুতাগুলির সাথে প্রদত্ত নন-কাস্টমাইজড অপসারণযোগ্য সন্নিবেশগুলি সহ নয়)। কভারেজে ফিটিং অন্তর্ভুক্ত থাকে। • ডায়াবেটিস সেল্ফ-ম্যানেজমেন্ট প্রশিক্ষণ নির্দিষ্ট কিছু শর্তের অধীনে কভার করা হয়। 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আপনার কাছে প্রেসক্রিপশন থাকলে এবং নেটওয়ার্ক থুচরা ফার্মাসিতে বা মেল সার্ভিস ফার্মেসি প্রোগ্রামের মাধ্যমে তা পূরণ করলে সরবরাহগুলি কভার করা হয়।</p> <p>আপনার যদি রেটিনোপ্যাথি বা একটি গ্রুকোমা স্ক্রিনিং এর ছো চোখ পরীক্ষার দরকার হয় তাহলে আপনি ডাক্তারের পরিষেবার জন্য এই চার্জে “ভিশন কেয়ার” দেখুন।</p> <p>আপনি যদি ডায়াবেটিস আক্রান্ত হন এবং পা পরীক্ষা করার দরকার হয় তবে এই চার্জের “পডিয়াট্রি সার্ভিস” দেখুন।</p> <p>আপনি যদি ডায়াবেটিস আক্রান্ত হন এবং আপনার মেডিকেল নিউট্রিশন থেরাপি সার্ভিস (MNT) দরকার হয় তাহলে আপনি এই চার্জের “মেডিকেল নিউট্রিশন থেরাপি” দেখুন।</p> <p>ডায়াবেটিকের জিনিসপত্র, ডায়াবেটিক জুতা এবং ইনসার্টসমূহের ক্ষেত্রে পূর্বানুমতির প্রয়োজন হতে পারে।</p> <p>পছন্দের প্রস্তুতকারকের ক্ষেত্রে আগাম অনুমোদনের প্রয়োজন নেই।</p> <p>Medicare দ্বারা কভার করা ডায়াবেটিস স্ব-ব্যবস্থাপনা প্রশিক্ষণের জন্য পূর্বের অনুমোদনের প্রয়োজন নেই।</p>
	<p>টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME) ও সংশ্লিষ্ট জিনিসপত্রসমূহ</p> <p>(টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের সংজ্ঞার জন্য, এই নথির অধ্যায় 12 এবং অধ্যায় 3, সেকশন 7 দেখুন।)</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME) ও সংশ্লিষ্ট সাপ্লাইসমূহ (অব্যাহত)</p> <p>কভারকৃত আইটেমসমূহ অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সেগুলোতেই সীমাবদ্ধ নয়: হুইলচেয়ার, ক্রাচ, যান্ত্রিক শক্তি চালিত ম্যাট্রেস সিস্টেম, ডায়াবেটিক সাপ্লাই, বাড়িতে ব্যবহারের জন্য সরবরাহকারীর দ্বারা অর্ডার করা হাসপাতালের বিছানা, IV ইনফিউশন পাম্প, স্পিচ জেনারেটর ডিভাইস, অক্সিজেন সরঞ্জাম, নেবুলাইজার এবং ওয়াকার।</p> <p>আমরা অরজিনাল মেডিকেশ্যারের মাধ্যমে কভারকৃত সব ধরনের প্রয়োজনীয় DME কভার করি। যদি আপনার এলাকায় আমাদের সরবরাহকারী একটি নির্দিষ্ট ব্র্যান্ড বা নির্মাতাদের জোগান দিতে না পারে, তাহলে আপনি তাদের জিজ্ঞাসা করতে পারেন যে তারা আপনার জন্য বিশেষ অর্ডার দিতে পারে কিনা। সরবরাহকারীদের সাম্প্রতিক তালিকা আমাদের ওয়েবসাইটে SWHNY.com-এ উপলব্ধ।</p> <p>সাধারণত, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এই তালিকার ব্র্যান্ড এবং নির্মাতাদের থেকে Original Medicare দ্বারা কভার করা যেকোনো DME কভার করে। আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রদানকারী আমাদের যদি বলেন যে আপনার চিকিৎসা প্রয়োজনের জন্য অন্যান্য ব্র্যান্ড এবং নির্মাতা উপযুক্ত, একমাত্র সেই ক্ষেত্রেই আমরা সেই ব্র্যান্ডটি কভার করব, নতুবা নয়।</p> <p>যাইহোক, আপনি যদি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এ নতুন হয়ে থাকেন এবং DME-এর একটি ব্র্যান্ড ব্যবহার করেন যা আমাদের তালিকায় নেই, তাহলে আমরা 90 দিন পর্যন্ত আপনার জন্য এই ব্র্যান্ডটি কভার করতে থাকব। এই সময়ের মধ্যে, এই 90-দিনের সময়কালের পরে কোন ব্র্যান্ড আপনার জন্য চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত তা সিদ্ধান্ত নিতে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলা উচিত। (আপনি যদি আপনার ডাক্তারের সাথে একমত না হন তবে আপনি তাকে দ্বিতীয় মতামতের জন্য আপনাকে রেফার করতে বলতে পারেন।)</p> <p>আপনি (বা আপনার প্রদানকারী) প্ল্যানের কভারেজ সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হলে, আপনি বা আপনার প্রদানকারী আপিল করতে পারেন। আপনার চিকিৎসা অবস্থার জন্য কোন পণ্য বা ব্র্যান্ড উপযুক্ত সে সম্পর্কে আপনি আপনার প্রদানকারীর সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হলেও আপনি আপিল করতে পারেন। (আপিল সম্পর্কে আপনার যদি কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (কভারেজ সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ) তাহলে কী করা উচিত, তার আরও তথ্যের জন্য অধ্যায় 8 দেখুন।)</p>	<p>পছন্দের প্রস্তুতকারকের ক্ষেত্রে আগাম অনুমোদনের প্রয়োজন নেই।</p>
<p>জরুরি সেবা</p> <p>জরুরি সেবা সেই পরিষেবাটিকেই বোঝায় যেগুলো:</p> <ul style="list-style-type: none"> • জরুরি পরিষেবা প্রদানের জন্য একজন উপযুক্ত সরবরাহকারীর মাধ্যমে সজ্জিত থাকা এবং • জরুরি চিকিৎসা পরিস্থিতির মূল্যায়ন বা স্থিতিশীল করার জন্য প্রয়োজন। <p>চিকিৎসা ক্ষেত্রে জরুরি অবস্থা হলো সেটাই যখন আপনি বা স্বাস্থ্য ও ওষুধ সম্পর্কে সাধারণ জ্ঞান সহ কোনো বিচক্ষণ ব্যক্তি মনে করেন যে আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত সেই লক্ষণগুলি রয়েছে যেগুলো কারণে জন্য প্রাণহানি রোধ করার জন্য (এবং যদি আপনি গর্ভবতী মহিলা হন, অনাগত সন্তানের ক্ষতি), একটি অঙ্গ হারানো বা কোনো অঙ্গের কার্যকারিতা ত্রাস ঠেকানোর জন্য তাৎক্ষণিক চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করা দরকার। মেডিকেল উপসর্গগুলো অসুস্থতা, চোট, প্রচণ্ড ব্যথা বা মেডিকেল কন্ডিশন হতে পারে, যার দ্রুত অবনতি হচ্ছে।</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আপনি যদি কোনো হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকেন তাহলে আপনি চার্জে “হাসপাতালে ভর্তি সেবা” এ বর্ণিত কস্ট-শেয়ারিং পরিশোধ করতে পারেন।</p> <p>আপনার কস্ট-শেয়ারিং নেটওয়ার্কের মধ্যে ও নেটওয়ার্কের</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>জরুরি অবস্থা পরিদর্শন (অব্যাহত)</p> <p>নেটওয়ার্কের বাইরে সজ্জিত প্রয়োজনীয় জরুরি পরিষেবাগুলির জন্য খরচ শেষের নেটওয়ার্কের মধ্যে সজ্জিত পরিষেবাগুলির মতোই।</p> <p>মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র (U.S.) এর বাইরে জরুরি পরিষেবা বিশ্বব্যাপী জরুরি কভারেজ সুবিধার আওতায় থাকতে পারে। আমরা প্রতি বছরে জরুরী পরিচর্যা, এবং স্থিতিশীলতা পরবর্তী পরিচর্যার জন্য বিশ্বব্যাপী \$10,000 পর্যন্ত জরুরি কভারেজ অফার করি। আরো জানতে এই চার্টের “বিশ্বব্যাপী আপতকালীন/জরুরি কভারেজ” দেখুন।</p>	<p>বাইরে জরুরি পরিষেবার মতই।</p> <p>আপনি যদি নেটওয়ার্কের বাইরের হাসপাতালে জরুরী পরিচর্যা পান এবং আপনার জরুরী অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পরে ইনপেশেন্ট কেয়ারের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার পরিচর্যা অব্যাহত রাখার জন্য আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে ফিরে যেতে হবে অথবা আপনাকে অবশ্যই আপনার ইনপেশেন্ট কেয়ারে থাকতে হবে, প্ল্যানের দ্বারা অনুমোদিত নেটওয়ার্কের বাইরের হাসপাতাল এবং আপনার খরচ হল আপনার একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে প্রদান করা সর্বোচ্চ খরচ শেয়ারিং।</p>
	<p>ফিটনেস সুবিধা (পরিপূরক)*</p> <p>আপনি অংশগ্রহণমূলক ফিটনেস সেন্টারে ফিটনেস সেন্টারের সদস্যপদ নিন। আপনি যদি কোনো ফিটনেস সেন্টারে যেতে না পারেন বা বাড়ি থেকে কাজ করতে পছন্দ করেন তাহলে আপনি একটি হোম ফিটনেস কিট নির্বাচন করতে পারেন। কিটটি আপনাকে আপনার বাড়িতে সাক্ষন্দে থাকার জন্য সক্রিয় রাখতে সাহায্য করবে। হোম ফিটনেস বিকল্পগুলির মধ্যে ফিটনেস ট্র্যাকার, বলবর্ধক বা যোগা কিটগুলি পেতে পারেন।</p> <p>আপনি যদি কোনো ফিটনেস সেন্টারে ওয়ার্কআউট করার বেছে নেন তাহলে আপনি ওয়েবসাইটটি দেখতে পারেন এবং একটি অংশগ্রহণমূলক অবস্থান নির্বাচন করতে পারেন অথবা শুরু করার জন্য একটি অংশগ্রহণমূলক ফিটনেস সেন্টারে সরাসরি যেতে পারেন। অংশগ্রহণকারী সুবিধা এবং ফিটনেস চেইন জায়গা ভেদে আলাদা হতে পারে এবং এটি পরিবর্তন হতে পারে। কিটগুলি পরিবর্তন হতে পারে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আপনার ব্যয়ামের রুটিন শুরুর আগে অথবা পরিবর্তনের আগে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলুন।</p>
	<p>হেলথ ও ওয়েলনেস এডুকেশন প্রোগ্রাম*</p> <p>হেলথ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামগুলি</p> <p>একটি নির্ণীত স্বাস্থ্যের অবস্থা পরিচালনা করতে আপনাকে সাহায্য করার জন্য আমাদের কাছে প্রোগ্রাম উপলব্ধ রয়েছে। প্রোগ্রাম অন্তর্ভুক্ত:</p> <ul style="list-style-type: none"> • অ্যাজমা ব্যবস্থাপনা। • হতাশা ব্যবস্থাপনা। • ডায়াবেটিস ব্যবস্থাপনা। • উচ্চ রক্তচাপ ব্যবস্থাপনা। • কার্ডিওভাস্কুলার ডিজিজ (CVD) ব্যবস্থাপনা। • ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (COPD) ব্যবস্থাপনা। 	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>হেলথ ও ওয়েলনেস এডুকেশন প্রোগ্রাম* (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> • প্রেগন্যান্সি প্রোগ্রাম। <p>শিখন উপকরণ ও সেবা পরামর্শসমূহ উপলব্ধ রয়েছে। আমরা আপনাকে আপনার সরবরাহকারীর সাথেও কাজ করতে সহায়তা করতে পারি।</p> <p>হেলথ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামগুলিতে তালিকাভুক্তি:</p> <ul style="list-style-type: none"> • আপনাকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রোগ্রাম(গুলিতে) তালিকাভুক্ত করা হবে যেটা মেডিকেল ও ফার্মেসির দাবী করা ভথ্যের উপর ভিত্তি করে সব চেয়ে ভালো ভাবে আপনার চাহিদাগুলো পূরণ করে। • আপনি আপনার সরবরাহকারী বা নিজের রেফারের মাধ্যমেই তালিকাভুক্ত করতে পারেন। <p>তালিকাভুক্ত করতে আপনাকে অবশ্যই কিছু শর্ত পূরণ করতে হবে।</p> <p>হেলথ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামগুলি থেকে নামকরণ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • এই প্রোগ্রামগুলি স্বেচ্ছায় পরিচালিত হয় এবং আপনি যে কোনো সময় প্রোগ্রাম থেকে বের হয়ে আসতে পারেন। <p>আপনি আমাদের হেলথ ম্যানেজমেন্ট ডিপার্টমেন্টের (866) 891-2320 (TTY: 711) নম্বরে সোমবার থেকে শুরুর সন্ধ্যা ৪ থেকে রাত ৪ টা পর্যন্ত (Eastern Standard Time) এ কল করার মাধ্যমে আরো জানতে অথবা উপরোক্ত যে কোনো প্রোগ্রামে তালিকাভুক্ত হতে পারেন।</p> <p>হেলথ প্রমোশন প্রোগ্রামসমূহ</p> <p>আপনার হেলথ এবং লাইফস্টাইল সমৃদ্ধ করার জন্য ডিজাইন করা অন্যান্য প্রোগ্রামগুলিও উপলব্ধ করা হয়েছে, যেমন:</p> <ul style="list-style-type: none"> • একটি ধূমপান রোধ করার প্রোগ্রাম। • একটি ওজন নিয়ন্ত্রণ প্রোগ্রাম। <p>ধূমপান রোধ বা ওজন নিয়ন্ত্রণের জন্য তথ্য অথবা উপকরণের জন্য কল করুন (866) 472-9483 (TTY/TDD: সোমবার থেকে শুরুর সন্ধ্যা ৪ থেকে রাত ৪ টা পর্যন্ত (Eastern Standard Time) এ কল করার মাধ্যমে আরো জানতে অথবা উপরোক্ত যে কোনো প্রোগ্রামে তালিকাভুক্ত হতে পারেন।</p> <p>নার্স অ্যাডভাইস লাইন</p> <p>আপনার ত্যাগশীল স্বাস্থ্য উদ্বেগ, একটি চিকিৎসা অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন, বা উপলব্ধ স্বাস্থ্য সংস্থান সম্পর্কে সাধারণ তথ্য পেতে দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিন নার্স পরামর্শ লাইন উপলব্ধ।</p> <p>আপনি আপনার বাড়িতে আপনার সেবা ব্যবস্থাপনা করতে পারেন কিনা বা একজন মেডিকেল পেশাদারের পরামর্শ প্রয়োজন কিনা তা নির্ধারণ করতে একজন রেজিস্টার্ড নার্স আপনাকে সাহায্য করবে।</p> <p>অসুস্থতা বা আঘাতের বিষয়ে রেজিস্টার্ড নার্সের সাথে কথা বলার জন্য দিনে বা রাতে যে কোনো সময় কল করুন।</p> <ul style="list-style-type: none"> • কোন রেফারেল বা পূর্বানুমতির প্রয়োজন নেই। <p>এই পরিষেবাটি জরুরি পরিস্থিতির জন্য নয়। জরুরি পরিস্থিতিতে, অবিলম্বে 911 ডায়াল করুন।</p>	

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>হেলদি ইউ কার্ড</p> <p>প্ল্যানের হেলদি ইউ কার্ডটি বেছে নেওয়া সম্পূর্ণক প্ল্যান সুবিধাগুলির জন্য অর্থ প্রদানের কাজে ব্যবহার করা যেতে পারে, যেমন:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ওভার-দ্য-কাউন্টার (OTC) • খাদ্য ও উপাদান* • পরিবহন <p>প্রিলোড করা ডেবিট কার্ডটি ক্রেডিট কার্ড নয়। আপনি কার্ডটিকে নগদে রূপান্তর করতে পারবেন না বা অন্য লোকদের কাছে ধার দিতে পারবেন না। কসমেটিক পদ্ধতিগুলি এই সুবিধা কার্ডের আওতায় নেই। তহবিল মাসিক ভিত্তিতে কার্ডে লোড করা হয়। প্রতি মাসের শেষে, কোনো অব্যবহৃত বরাদ্দকৃত অর্থ পরবর্তী মাসে বা পরবর্তী বছরের প্লানে বহন করা হবে না। আপনি যদি প্ল্যানটি ত্যাগ করেন তাহলে আপনার কার্যকরী বাতিলের তারিখে সমস্ত অব্যবহৃত বরাদ্দকৃত তহবিল প্লানে ফিরে যাবে।</p> <p>দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা, খাদ্য এবং উৎপাদন সুবিধার জন্য বিশেষ সম্পূর্ণক বেনিফিটগুলির জন্য কীভাবে যোগ্যতা অর্জন করবেন সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্য পরিষেবাগুলিকে কল করুন। SSBCI-এর জন্য ভাতা পাওয়ার ক্ষেত্রে সদস্যদের অবশ্যই উপযুক্ত একটা দীর্ঘস্থায়ী অবস্থা থাকতে হবে; তাদের বর্তমান সিনিয়র হোল হেলথ অফ নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) তালিকাভুক্তির জন্য একটি বৈধ HRA সম্পন্ন হয়েছে; এবং নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) কেস ম্যানেজমেন্টের সিনিয়র হোল হেলথের সাথে একসাথে ফিজিসিয়ান অনুমোদন প্রদান করুন। আরো তথ্যের জন্য এই চার্টে “ক্রনিক্যালি III এর জন্য স্পেশাল সাপ্লিমেন্টাল বেনিফিট” পড়ুন।</p>	<p>তোমার হেলদি ইউ কার্ডের জন্য কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p>
	<p>হেয়ারিং পরিষেবাসমূহ</p> <p>আপনার চিকিৎসা প্রয়োজন কিনা তা নির্ধারণের জন্য আপনার সরবরাহকারীর মাধ্যমে সম্পাদিত ডায়গনস্টিক হিয়ারিং এবং ভারসাম্য মূল্যায়নগুলি কোনো চিকিৎসক, অডিওলজিস্ট বা অন্যান্য উপযুক্ত সরবরাহকারীর মাধ্যমে সজ্জিত করার সময় বহিরাগত রোগীদের সেবা হিসেবে কভার করা হয়।</p> <p>আপনার চিকিৎসার প্রয়োজন আছে কিনা সেটা মেডিকেল-কভারকৃত ডায়গনস্টিক হেয়ারিং ও ব্যালেন্স পরীক্ষা তা নির্ধারণ করতে সহায়তা করে।</p> <p>পরীক্ষাটি শুধুমাত্র চিকিৎসার প্রয়োজনের উপর ভিত্তি করে করা হয়, যেমন অসুস্থতা, রোগ, আঘাত বা অস্ত্রোপচারের কারণে শ্রবণশক্তি হারানো।</p> <p>শ্রবণশক্তি হ্রাস বা দুর্বলতার কারণে সৃষ্ট অক্ষমতা দূর করার জন্য যখন চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হয় তখন আমরা আপনার মেডিকেল সুবিধার অধীনে নিম্নলিখিত বিষয়গুলো কভার করি:</p> <ul style="list-style-type: none"> • হিয়ারিং এইড নির্বাচন, ফিটিং ও বিতরণ • হিয়ারিং এইড চেক, সামঞ্জস্য মূল্যায়ন ও রিপেয়ার • শ্রবণ এইড প্যাসমূহ যেমন কানের ছাঁচ, বিশেষ ফিটিং ও প্রতিস্থাপনের অংশ। 	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>শ্রবণ সেবা (অব্যাহত)</p> <p>পরীক্ষা এবং টেস্ট, শ্রবণ সহায়তা মূল্যায়ন এবং প্রেসক্রিপশন সহ অডিওলজি পরিষেবাগুলি।</p>	
	<p>HIV স্ক্রিনিং*</p> <p>যারা HIV স্ক্রিনিং পরীক্ষার জন্য বলেন বা যারা HIV সংক্রমণের ক্রমবর্ধমান ঝুঁকিতে রয়েছেন তাদের জন্য আমরা নিম্নোক্তগুলি কভার করি:</p> <ul style="list-style-type: none"> প্রতি 12 মাসে একটি স্ক্রিনিং পরীক্ষা <p>গর্ভবতী মহিলাদের জন্য, আমরা কভার করি:</p> <ul style="list-style-type: none"> একবার গর্ভাবস্থায় তিনটি পর্যন্ত স্ক্রিনিং পরীক্ষা 	<p>মেডিকেশার-কভার করা প্রতিরোধমূলক HIV স্ক্রিনিংয়ের নিমিত্তে যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনও সহবীমা, সহবায় বা কর্তনযোগ্য কিছু নেই।</p>
	<p>হোম হেলথ এজেন্সি কেয়ার</p> <p>হোম হেলথ সার্ভিস পাওয়ার আগে, একজন ডাক্তারকে অবশ্যই প্রত্যয়ন করতে হবে যে আপনার হোম হেলথ সার্ভিসের প্রয়োজন এবং হোম হেলথ এজেন্সির মাধ্যমে হোম হেলথ সার্ভিস প্রদান করার আদেশ দেবেন। আপনাকে অবশ্যই ঘরমুখো হতে হবে, যার অর্থ বাড়ি ছাড়া একটি বড় প্রচেষ্টা।</p> <p>কভার করা পরিষেবাগুলো অন্তর্ভুক্ত তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> পার্ট টাইম বা অনিয়মিত দক্ষ নার্সিং ও হোম হেলথ এইড সার্ভিসেস (হোম হেলথ কেয়ার বেনিফিটের কভারে আসার জন্য, আপনার দক্ষ নার্সিং এবং হোম হেলথ এইড সার্ভিসেস মিলে প্রতিদিন 8 ঘণ্টার কম এবং প্রতি সপ্তাহে 35 ঘণ্টার কম হতে হবে) ফিজিক্যাল থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ থেরাপি চিকিৎসা ও সামাজিক সেবা চিকিৎসা সরঞ্জাম এবং সাপ্লাইজ 	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>হোম ইনফিউশন থেরাপি</p> <p>হোম ইনফিউশন থেরাপিতে বাড়িতে কোনও ব্যক্তির কাছে ওষুধ বা জৈবিকতার ইন্ট্রাভেনাস বা সাবকুটেনিয়াস প্রশাসন সংশ্লিষ্ট হয়। হোম ইনফিউশন সম্পাদনের জন্য প্রয়োজনীয় উপাদানগুলির মধ্যে রয়েছে ওষুধ (উদাহরণস্বরূপ, অ্যান্টিবায়োটিকস, ইমিউন গ্লোবুলিন), সরঞ্জাম (উদাহরণস্বরূপ, একটি পাম্প) এবং সাপ্লাইজ (উদাহরণস্বরূপ, টিউবিং এবং ক্যাথেটার)।</p> <p>কভার করা পরিষেবাগুলো অন্তর্ভুক্ত তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> নার্সিং পরিষেবা সহ পেশাদার পরিষেবাগুলি, কেয়ার প্লান অনুসারে সজ্জিত রোগীর প্রশিক্ষণ ও শিক্ষা অন্যান্য টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম বেনিফিটের কভারে আসে না দূর থেকে পর্যবেক্ষণ 	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>হোম ইনফিউশন থেরাপি (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> একজন যোগ্য হোম ইনফিউশন থেরাপি প্রদানকারীর মাধ্যমে সজ্জিত হোম ইনফিউশন থেরাপি ও হোম ইনফিউশন ওষুধগুলির বিধানের জন্য পর্যবেক্ষণ পরিষেবাগুলি 	
	<p>হসপিস কেয়ার*</p> <p>আপনি হসপিস বেনিফিটের জন্য যোগ্য যখন আপনার ডাক্তার এবং হসপিস মেডিকেল ডিরেক্টর আপনাকে একটি টার্মিনাল প্রোগনোসিস দিয়েছেন যা প্রত্যাশিত করে যে আপনি চূড়ান্তভাবে অসুস্থ এবং যদি আপনার অসুস্থতা স্বাভাবিকভাবে চলতে থাকে তবে আপনি 6 মাস বা তারও কম সময় বেঁচে থাকবেন। আপনি Medicare-প্রত্যয়িত ধর্মশালার প্রোগ্রাম থেকে পরিচর্যা পেতে পারেন। আপনার প্ল্যান আপনাকে প্ল্যানের পরিষেবা এলাকায় Medicare-প্রত্যয়িত ধর্মশালার প্রোগ্রামগুলি খুঁজে পেতে সাহায্য করতে বাধ্য, যার মধ্যে MA সংস্থার মালিক, নিয়ন্ত্রণ বা আর্থিক আগ্রহ রয়েছে। আপনার হসপিস ডাক্তার কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারী বা নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর বাইরে হতে পারেন।</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> উপসর্গ নিয়ন্ত্রণ এবং ব্যথা উপশমের জন্য ওষুধ স্বল্পমেয়াদী অবকাশ কেয়ার হোম কেয়ার <p>হসপিস পরিষেবাগুলোর জন্য এবং Medicare পার্ট A বা B এর মাধ্যমে কভার করা এবং আপনার টার্মিনাল প্রোগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত এমন পরিষেবাগুলির জন্য: Original Medicare (আমাদের প্ল্যানের পরিবর্তে) আপনার ধর্মশালার প্রদানকারীকে আপনার টার্মিনাল পূর্বাভাস সম্পর্কিত আপনার ধর্মশালার পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করবে। আপনি হসপিস প্রোগ্রামে থাকাকালীন আপনার হসপিস প্রদানকারী অরিজিনাল মেডিকেয়ার যে পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করে তার জন্য অরিজিনাল Medicare-কে বিল দেবে। আপনাকে অরিজিনাল Medicare ব্যয় শেয়ার করে নেওয়ার বিল দেওয়া হবে।</p> <p><u>Medicare পার্ট A বা B এর মাধ্যমে কভার করা এবং আপনার টার্মিনাল প্রোগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত নয় এমন পরিষেবাগুলির জন্য:</u> আপনার যদি জরুরি নয় এমন, প্রয়োজনীয় নয় এমন পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয় যা মেডিকেয়ার পার্ট A বা B এর আওতায় রয়েছে এবং যা আপনার টার্মিনাল প্রোগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত নয়, এই পরিষেবাগুলির জন্য আপনার ব্যয় নির্ভর করে আপনি আমাদের প্ল্যান নেটওয়ার্কে কোনো প্রদানকারীকে ব্যবহার করেন এবং প্ল্যানের নিয়মগুলি অনুসরণ করেন কিনা (যেমন পূর্বের অনুমোদন পাওয়ার প্রয়োজন হয় কিনা) তার উপর।</p> <ul style="list-style-type: none"> আপনি যদি কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছ থেকে কভার করা পরিষেবাগুলি পান এবং পরিষেবা পাওয়ার প্ল্যান বিধিমালা অনুসরণ করেন তবে আপনি শুধুমাত্র ইন-নেটওয়ার্ক পরিষেবাগুলির জন্য প্ল্যানের খরচ শেয়ার করে নেওয়ার পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন আপনি যদি কোনো নেটওয়ার্কের বাইরে প্রদানকারীর কাছ থেকে কভার করা পরিষেবাগুলো পান তবে আপনি ফি-ফর-সার্ভিস (Fee-for-Service) Medicare (অরিজিনাল Medicare) এর অধীনে ব্যয় শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ প্রদান করেন 	<p>যখন আপনি একটি Medicare-প্রত্যয়িত ধর্মশালার প্রোগ্রামে নথিভুক্ত হন, তখন আপনার গার্হস্থ্য পরিষেবা এবং আপনার টার্মিনাল পূর্বাভাস সম্পর্কিত আপনার পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবাগুলির জন্য Original Medicare দ্বারা অর্থ প্রদান করা হয়, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) দ্বারা নয়।</p> <p>আমাদের প্ল্যানটি হসপিস বেনিফিট নির্বাচন করেনি এমন একজন চূড়ান্তভাবে অসুস্থ ব্যক্তির জন্য হসপিস পরামর্শ পরিষেবাগুলি (কেবল একবার) কভার করে।</p> <p>এই বেনিফিটের পাওয়ার যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>হসপিস কেয়ারে* (অব্যাহত)</p> <p>নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) এর সিনিয়র হোল হেলথ এর মাধ্যমে কভার করা পরিষেবাগুলোর জন্য তবে Medicare পার্ট A বা B এর মাধ্যমে কভার করা নয়: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) প্ল্যান-কভার পরিষেবাগুলি কভার করতে থাকবে যা পার্ট A বা B এর আওতাভুক্ত নয় সেগুলো আপনার টার্মিনাল প্রাগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত হোক বা না হোক। আপনি এই পরিষেবাগুলোর জন্য আপনার পরিকল্পনার ব্যয়-শেয়ার করে নেওয়ার পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন।</p> <p>প্ল্যানের পার্ট D বেনিফিটের আওতায় আসতে পারে এমন ওষুধের জন্য: যদি এই ওষুধগুলো আপনার টার্মিনাল হসপিস অবস্থার সাথে সম্পর্কিত না হয় তবে আপনি ব্যয় শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ প্রদান করেন। যদি এগুলো আপনার টার্মিনাল হসপিস অবস্থার সাথে সম্পর্কিত হয় তবে আপনি অরিজিনাল Medicare ব্যয় শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ প্রদান করেন। ওষুধগুলি একই সাথে হসপিস এবং আমাদের পরিকল্পনা উভয়ের মাধ্যমে কখনো কভার করা হয় না। আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে অধ্যায় 5, সেকশন 9.4 দেখুন (আপনি যদি Medicare-প্রত্যয়িত ধর্মশালার পরিষেবায় থাকেন তাহলে কী হবে)।</p> <p>দ্রষ্টব্য: আপনার যদি হসপিস নয় এমন কেয়ারের প্রয়োজন হয় (কেয়ার যা আপনার টার্মিনাল প্রাগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত নয়), পরিষেবাগুলি ব্যবস্থা করার জন্য আপনার আমাদের সাথে যোগাযোগ করা উচিত।</p> <p>আমাদের প্ল্যানটি হসপিস বেনিফিট নির্বাচন করেনি এমন একজন চূড়ান্তভাবে অসুস্থ ব্যক্তির জন্য হসপিস পরামর্শ পরিষেবাগুলি (কেবল একবার) কভার করে।</p>	
	<p>টিকা*</p> <p>কভার করা Medicare পার্ট B এর সেবাগুলোর মধ্যে নিম্নোক্ত গুলো রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • নিউমোনিয়া ভ্যাকসিন • ফ্লু/ইনফ্লুয়েঞ্জার শট (বা ভ্যাকসিন), শরৎ ও শীতকালে প্রতিটি ফ্লু/ইনফ্লুয়েঞ্জা ঋতুতে একবার, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত ফ্লু/ইনফ্লুয়েঞ্জা শট (বা ভ্যাকসিন) সহ • আপনি হেপাটাইটিস B হওয়ার উচ্চ বা মধ্যবর্তী ঝুঁকিতে থাকলে হেপাটাইটিস B ভ্যাকসিনসমূহ • COVID-19 টিকা • অন্যান্য ভ্যাকসিন, যদি আপনার অন্যান্য রোগের ঝুঁকি থাকে এবং যদি ভ্যাকসিনগুলো Medicare পার্ট B এর কভারেজ নিয়মাবলী অনুসরণ করে <p>আমরা আমাদের পার্ট D প্রেসক্রিপশন ড্রাগ সুবিধার অধীনে বেশিরভাগ অন্যান্য প্রাপ্তবয়স্ক ভ্যাকসিনগুলিকে কভার করি। অতিরিক্ত তথ্যের জন্য অধ্যায় 6, সেকশন 8 পড়ুন।</p>	<p>নিউমোনিয়া, ফ্লু/ইনফ্লুয়েঞ্জা, হেপাটাইটিস B, এবং COVID-19 ভ্যাকসিনগুলির জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা বাতিলযোগ্যতা প্রযোজ্য নয়।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>হাসপাতালে ভর্তি থাকা রোগীর পরিচর্যা</p> <p>আন্তর্বিভাগ জরুরি, আন্তর্বিভাগ রিহ্যাবিলিটেশন, দীর্ঘমেয়াদী কেয়ার হাসপাতাল এবং অন্যান্য ধরনের আন্তর্বিভাগ হাসপাতালের পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত করে। আন্তর্বিভাগ হাসপাতাল কেয়ার শুরু হয় যেদিন আপনি ডাক্তারের আদেশে আনুষ্ঠানিকভাবে হাসপাতালে ভর্তি হন সেই দিন। আপনাকে ছেড়ে দেওয়ার আগের দিনটি আপনার শেষ আন্তর্বিভাগের দিন।</p> <p>কভার করা পরিষেবাগুলির অন্তর্ভুক্ত তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • সেমি-প্রাইভেট রুম (বা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে একটি প্রিভেট রুম) • বিশেষ ডায়েট সহ খাবার • নিয়মিত নার্সিং পরিষেবা • বিশেষ কেয়ার ইউনিটগুলির ব্যয় (যেমন নিবিড় কেয়ার বা করোনারি কেয়ার ইউনিট) • ওষুধ ও চিকিৎসা • ল্যাব টেস্ট • এক্স-রে এবং অন্যান্য রেডিওলজি পরিষেবা • প্রয়োজনীয় অস্ত্রোপচার ও চিকিৎসা সামগ্রী • হুইলচেয়ারের মতো সরঞ্জামগুলির ব্যবহার • অপারেটিং এবং রিকভারি রুম খরচ • ফিজিক্যাল, পেশাগত এবং স্পিচ ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপি • হাসপাতালের আবাসিক রোগীর মাদকাসক্তি পরিষেবা 	<p>আপনি প্রতি বেনিফিট পিরিয়ডে হাসপাতালে থাকার 1-90 দিনের জন্য \$0 ডলার প্রদান করেন।</p> <p>আমাদের প্ল্যানটি 60টি “লাইফটাইম রিজার্ভ ডে” কভার করে। এই “অতিরিক্ত” দিনগুলো আমরা কভার করি। যদি আপনার হাসপাতালে থাকার সময়কাল প্রতি 90 দিনের বেশি হয় তবে আপনি এই অতিরিক্ত 60 দিন ব্যবহার করতে পারেন, আপনার আন্তর্বিভাগ হাসপাতাল কভারেজ প্রতি বেনিফিট পিরিয়ডে 90 দিনের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে।</p> <p>অতিরিক্ত পরিষেবাগুলি আপনার চিকিৎসা বেনিফিট এবং নির্দেশিকা অনুসারে কভার হতে পারে।</p> <p>আপনার জরুরি অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পরে আপনি যদি নেটওয়ার্কের বাইরের হাসপাতালে অনুমোদিত ইনপেশেন্ট কেয়ার গ্রহণ করেন, তাহলে আপনার</p>

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>আন্তর্বিভাগ হাসপাতাল কেয়ার (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> • কিছু অবস্থার প্রেক্ষিতে, নিম্নলিখিত ধরনের প্রতিস্থাপনগুলি কভার করা হয়: কর্নিয়াল, কিডনি, কিডনি-প্যানক্রিয়াটিক, হার্ট, লিভার, ফুসফুস, হার্ট/ ফুসফুস, অস্থি মজ্জা, স্টেম সেল এবং অল্ভের/ মাল্টিভিসারাল। আপনার যদি প্রতিস্থাপনের প্রয়োজন হয় তবে আমরা আপনার কেসটি Medicare-অনুমোদিত ট্রান্সপ্ল্যান্ট সেন্টার দ্বারা পর্যালোচনা করার ব্যবস্থা করব যার মাধ্যমে সিদ্ধান্ত হবে যে আপনি প্রতিস্থাপনের প্রার্থী কিনা। ট্রান্সপ্ল্যান্ট প্রদানকারী স্থানীয় অথবা পরিষেবা এলাকার বাইরে হতে পারে। যদি আমাদের ইন-নেটওয়ার্ক ট্রান্সপ্ল্যান্ট পরিষেবাগুলি কমিউনিটির প্যাটার্ন কেয়ারের বাইরে থাকে তবে যতক্ষণ না স্থানীয় ট্রান্সপ্ল্যান্ট প্রদানকারীর অরিজিনাল Medicare হার গ্রহণ করতে ইচ্ছুক হন ততক্ষণ আপনি স্থানীয়ভাবে যেতে চাইতে পারেন। যদি নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) এর সিনিয়র হোল হেলথ আপনার কমিউনিটির প্রতিস্থাপনের কেয়ারের প্যাটার্নের বাইরে কোনও স্থানে ট্রান্সপ্ল্যান্ট পরিষেবা প্রদান করে এবং আপনি এই দূরবর্তী স্থানে ট্রান্সপ্ল্যান্ট পেতে পছন্দ করেন, আমরা আপনার এবং একজন সঙ্গীর জন্য উপযুক্ত বাসস্থান এবং পরিবহন ব্যয়ের ব্যবস্থা করব বা অর্থ প্রদান করব। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ট্রান্সপ্ল্যান্ট সম্পর্কিত চিকিৎসা যন্ত্রের জন্য দূরবর্তী স্থানে থাকাকালীন থাকা এবং খাবারের জন্য প্রতিদিন সর্বোচ্চ \$150 পর্যন্ত প্রতিদান প্রদান করবে। উপরন্তু, কর প্রদানকারীদের জন্য মানসম্মত মাইলেজ হারের সমান মাইলেজ পরিশোধের অনুরোধ করা যেতে পারে, যেমনটা সমন্বিত এবং প্রকাশ্যে প্রকাশিত বিজ্ঞপ্তিতে অভ্যন্তরীণ রাজস্ব পরিষেবা (IRS) দ্বারা বর্ণনা করা হয়েছে। সমস্ত ভ্রমণ, বাসস্থান, খাবার এবং মাইলেজ পরিশোধের জন্য প্রদেয় সর্বাধিক পরিমাণ হল প্ল্যান নির্দেশিকা অনুসারে প্রতি ট্রান্সপ্ল্যান্ট প্রতি পাঁচ হাজার ডলার (\$5,000)। • ব্লাড - স্টোরেজ এবং প্রশাসন সহ। সম্পূর্ণ ব্লাড এবং প্যাকেট করা রেড সেল কভারেজ কেবল আপনার প্রয়োজনীয় ফোর্থ পিন্ট ব্লাড দিয়ে শুরু হয় - আপনাকে অবশ্যই হয় পঞ্জিকা বর্ষে পাওয়া প্রথম 3 পিন্ট ব্লাডের জন্য খরচ দিতে হবে অথবা ব্লাড আপনার বা অন্য কারও দ্বারা দান করতে হবে। ব্লাডের অন্যান্য সকল উপাদান প্রথম পিন্ট ব্যবহার থেকে শুরু করে কভার করা হয়। • চিকিৎসকের সেবা <p>দ্রষ্টব্য: একজন আন্তর্বিভাগ রোগী হওয়ার জন্য, আপনার প্রদানকারীকে অবশ্যই আপনাকে আনুষ্ঠানিকভাবে হাসপাতালের আন্তর্বিভাগের রোগী হিসাবে ভর্তি করানোর জন্য একটি আদেশ লিখতে হবে। এমনকি যদিও আপনি রাতের পর রাত হাসপাতালে থাকেন, তবুও আপনাকে বহিরবিভাগ রোগী হিসাবে বিবেচনা করা হতে পারে। আপনি যদি নিশ্চিত না হন যে আপনি একজন আন্তর্বিভাগ রোগী না বহিরাগত রোগী, তবে আপনার হাসপাতালের কর্মীদের জিজ্ঞাসা করা উচিত।</p> <p>আপনি কি হাসপাতালের আন্তর্বিভাগ রোগী না বহিরাগত রোগী? নামক মেডিকেশার ফ্যাক্ট শীটে আরও তথ্য পেতে পারেন। আপনার যদি Medicare থাকে - বলুন! এই তথ্য শীটটি ওয়েবে https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf-এ বা 1-800-MEDICARE</p>	<p>খরচ হলো নেটওয়ার্ক হাসপাতালে যে খরচ আপনি প্রদান করবেন।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>আন্তর্বিভাগ হাসপাতাল কেয়ার (অব্যাহত)</p> <p>(1-800-633-4227) এ কল করে পাওয়া যায়। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন। আপনি এই নম্বরগুলিতে বিনামূল্যে, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিন কল করতে পারেন।</p>	
	<p>একটি মানসিক হাসপাতালে আন্তর্বিভাগ পরিষেবা</p> <p>কভার করা পরিষেবাগুলির মধ্যে মানসিক হেলথ কেয়ার পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যার জন্য হাসপাতালে থাকার প্রয়োজন</p> <ul style="list-style-type: none"> আপনি এই পরিষেবাগুলি একটি সাধারণ হাসপাতাল অথবা শুধুমাত্র মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থার লোকদের পরিচর্যা করে এমন একটি মানসিক হাসপাতালে পেতে পারেন। আপনি যদি কোনো মানসিক হাসপাতালে থাকেন (সাধারণ হাসপাতালের পরিবর্তে), মেডিকেশ্যর কেবল আপনার লাইফ টাইমে 190 দিনের আন্তর্বিভাগ মানসিক হাসপাতালের পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করে। আপনি যদি আমাদের প্ল্যানে নাম লেখানোর আগে আপনার 190 দিনের লাইফ টাইম সীমার কিছু অংশ ব্যবহার করেন, তবে মানসিক হাসপাতালে Medicare দ্বারা পূর্বে কভার করা মানসিক হেলথ কেয়ার চিকিৎসার জন্য কভার করা লাইফ টাইম হাসপাতালের দিনগুলির সংখ্যা কমে যায়। 190 দিনের সীমাটি একটি সাধারণ হাসপাতালের মানসিক ইউনিটে প্রদত্ত মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলিতে প্রযোজ্য নয়। আপনি যখন কোনো সাধারণ হাসপাতালে মানসিক হেলথ কেয়ার পান তখন আপনার বেনিফিট পিরিয়ডের সংখ্যার কোনো সীমা নেই। আপনি যখন কোনো মানসিক হাসপাতালে কেয়ার পান তখন একাধিক সুবিধা আপনি পাবেন তবে সেখানে 190 দিনের আজীবনের সীমা আছে। 190 দিনের সীমায় পৌঁছানোর পরে Medicaid রোগীদের থাকার ব্যবস্থা করে। কোনো বেনিফিট পিরিয়ড বা জীবনকাল সীমা নেই। আপনাকে অবশ্যই চুক্তিবদ্ধ আচরণগত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের ব্যবহার করতে হবে। নেটওয়ার্ক আচরণগত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের তালিকার জন্য অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবায় যোগাযোগ করুন। <p>Medicare যা কভার করে না:</p> <ul style="list-style-type: none"> ব্যক্তিগত ডিউটি নার্সিং আপনার ঘরের ফোন বা টেলিভিশন ব্যক্তিগত রুম (চিকিৎসার ক্ষেত্রে প্রয়োজন না হলে) 	<p>আপনার প্রতি বেনিফিট পিরিয়ডে হাসপাতালে থাকার 1 -90 দিনের জন্য \$0 প্রদান করতে হবে।</p> <p>আমাদের পরিকল্পনাটি 60 "লাইফটাইম রিজার্ভ ডে" কভার করে। এই "অতিরিক্ত" দিনগুলো আমরা কভার করি। যদি আপনার হাসপাতালে থাকার সময়কাল প্রতি বেনিফিট পিরিয়ড 90 দিনের বেশি হয় তবে আপনি এই অতিরিক্ত দিনগুলি ব্যবহার করতে পারেন। তবে একবার আপনি এই অতিরিক্ত 60 দিন ব্যবহার করলে, আপনার ইনপেশেন্ট হাসপাতালের কভারেজ প্রতি বেনিফিট পিরিয়ড 90 দিনের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে।</p> <p>আপনার জরুরি অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পরে আপনি যদি নেটওয়ার্কের বাইরের হাসপাতালে অনুমোদিত ইনপেশেন্ট কেয়ার গ্রহণ করেন, তাহলে আপনার খরচ হলো নেটওয়ার্ক হাসপাতালে যে খরচ আপনি প্রদান করবেন।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে। জরুরি অবস্থা ব্যতীত, আপনার ডাক্তার অবশ্যই আমাদের জানাবেন যে আপনি হাসপাতালে ভর্তি হতে চলেছেন।</p>
	<p>ইনপেশেন্ট থাকা: নন-কভারড ইনপেশেন্ট থাকা অবস্থায় হাসপাতাল বা SNF-এ প্রাপ্ত কভারকৃত পরিষেবাগুলি</p> <p>আপনি যদি আপনার ইনপেশেন্ট বেনিফিটগুলি শেষ করে ফেলেন বা যদি ইনপেশেন্ট থাকার যুক্তিসঙ্গত ও প্রয়োজনীয় কারণ না থাকে তবে আমরা আপনার ইনপেশেন্ট থাকার বিষয়টি কভার করব না। তবে, কিছু ক্ষেত্রে, আপনি হাসপাতালে বা দক্ষ নার্সিং সুবিধা (SNF)-এ থাকাকালীন আপনি যে নির্দিষ্ট পরিষেবাগুলি পান তা আমরা কভার করব। কভার করা পরিষেবাগুলির অন্তর্ভুক্ত তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> চিকিৎসকের সেবা 	<p>বেনিফিটের ক্ষেত্রে কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>ইনপেশেন্ট থাকা: নন-কভারড ইনপেশেন্ট থাকা অবস্থায় হাসপাতাল বা SNF-এ প্রাপ্ত কভারকৃত পরিষেবাগুলি (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> ডায়াগনস্টিক টেস্ট (ল্যাব টেস্টের মতো) প্রযুক্তিগত উপকরণ ও পরিষেবাদি সহ এক্স-রে, রেডিয়াম এবং আইসোটোপ থেরাপি সার্জিক্যাল ড্রেসিংস ক্র্যাকচার ও স্থানচ্যুতি হ্রাস করতে ব্যবহৃত স্প্লিন্টস, কাস্ট এবং অন্যান্য ডিভাইস প্রস্থেটিক ও অর্থোটিক ডিভাইস (ডেন্টাল ব্যতীত) যা শরীরের অভ্যন্তরীণ অঙ্গগুলির সমস্ত বা আংশিক (সংলগ্ন টিস্যু সহ), বা স্থায়ীভাবে নিষ্ক্রিয় বা ক্রটিযুক্ত অভ্যন্তরীণ শরীরের অঙ্গগুলির কার্যকারিতার সমস্ত বা আংশিক প্রতিস্থাপন করে, এই ধরনের ডিভাইসগুলির প্রতিস্থাপন বা মেরামত সহ পা, বাহু, পিঠ এবং ঘাড়ের ধনুর্বন্ধনী; ট্রাস; এবং ভাস্পন, পরিধান, ক্ষতি বা রোগীর শারীরিক অবস্থার পরিবর্তনের কারণে প্রয়োজনীয় সামঞ্জস্য, মেরামত এবং প্রতিস্থাপন সহ কৃত্রিম পা, বাহু এবং চোখ শারীরিক থেরাপি, স্পিচ থেরাপি, এবং পেশাগত থেরাপি 	
	<p>মেডিক্যাল নিউট্রিশন থেরাপি*</p> <p>এই বেনিফিটটি ডায়াবেটিস, রেনাল (কিডনি) রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য (তবে ডায়ালাইসিসের ক্ষেত্রে নয়), বা আপনার ডাক্তারের নির্দেশে কিডনি প্রতিস্থাপনের পরে।</p> <p>আমরা আপনার প্রথম বছরে 3 ঘন্টা পরপর কাউন্সেলিং পরিষেবাগুলি কভার করি যে আপনি Medicare-এর অধীনে মেডিক্যাল নিউট্রিশন থেরাপি পরিষেবাগুলি পান (এর মধ্যে আমাদের পরিকল্পনা, অন্য কোনো Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যান, বা অরিজিনাল Medicare অন্তর্ভুক্ত), এবং তার পরে প্রতি বছর 2 ঘন্টা পরপর পরিষেবাগুলি কভার করি। যদি আপনার অবস্থা, চিকিৎসা বা রোগ নির্ণয়ের পরিবর্তন হয় তবে আপনি চিকিৎসকের পরামর্শে আরও বেশি সময় চিকিৎসা পেতে পারেন। একজন চিকিৎসককে অবশ্যই এই পরিষেবাগুলি নির্ধারণ করতে হবে এবং পরবর্তী ক্যালেন্ডার বছরে আপনার চিকিৎসার প্রয়োজন হলে প্রতি বছর তাদের অর্ডার নবায়ন করতে হবে।</p>	<p>Medicare-কভার করা প্রতিরোধমূলক স্ক্রিনিংয়ের নিমিত্তে যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনও সহবীমা, সহবায় বা কর্তনযোগ্য কিছু নেই।</p>
	<p>Medicare ডায়াবেটিস প্রিভেনশন প্রোগ্রাম (MDPP)*</p> <p>MDPP পরিষেবাগুলি সমস্ত Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনার আওতায় যোগ্য Medicare সুবিধাভোগীদের জন্য কভার করা হবে।</p> <p>MDPP হলো একটি কার্যমোগত স্বাস্থ্য আচরণ পরিবর্তন হস্তক্ষেপ যা দীর্ঘমেয়াদী ডায়েটরি পরিবর্তন, শারীরিক ক্রিয়াকলাপ বৃদ্ধি এবং ওজন হ্রাস ও স্বাস্থ্যকর জীবনযাত্রার চ্যালেঞ্জগুলি কাটিয়ে ওঠার জন্য সমস্যা সমাধানের কৌশলগুলিতে ব্যবহারিক প্রশিক্ষণ প্রদান করে।</p>	<p>MDPP সুবিধার জন্য কোনো মুদ্রা বীমা, কো-পেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশন ওষুধ</p> <p>এই ওষুধগুলো অরিজিনাল Medicare পার্ট B এর আওতায় রয়েছে। আমাদের পরিকল্পনার সদস্যরা আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে এই ওষুধগুলোর জন্য কভারেজ পান। আওতাভুক্ত ওষুধগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> যে ওষুধগুলো সাধারণত রোগীর দ্বারা নিজে-পরিচালিত হয় না এবং আপনি যখন চিকিৎসক, হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগী বা অ্যাম্বুল্যাটরি সার্জিক্যাল সেন্টার পরিষেবা পান তখন ইনজেকশন বা ইনফিউশন দেওয়া হয় টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের একটি আইটেমের মাধ্যমে ইনসুলিন সঞ্চিত (যেমন একটি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় ইনসুলিন পাম্প) অন্যান্য ওষুধ যা আপনি টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (যেমন নেবুলাইজার) ব্যবহার করে নেন যা পরিকল্পনা দ্বারা অনুমোদিত আলজেইমার ওষুধ, Leqembi®, (জেনারিক নাম lecanemab), যা শিরায় দেওয়া হয়। ওষুধের খরচ ছাড়াও, আপনার অতিরিক্ত স্ক্যান এবং পরীক্ষার আগে এবং/অথবা চিকিৎসার সময় প্রয়োজন হতে পারে এমন খরচ, আপনার সামগ্রিক খরচে যোগ করা হতে পারে। আপনার ড্রিটমেন্টের অংশ হিসাবে কোন স্ক্যান ও টেস্টের প্রয়োজন হতে পারে সেই সম্বন্ধে ডাক্তারের সাথে কথা বলুন আপনার যদি হিমোফিলিয়া থাকে তবে জমাট বাঁধার কারণগুলো আপনি নিজেই ইনজেকশনের মাধ্যমে দেন। ট্রান্সপ্ল্যান্ট/ইমিউনোসাপ্রেসিভ ওষুধ: Medicare ট্রান্সপ্ল্যান্ট থেরাপির ওষুধ আওতাভুক্ত করে, যদি Medicare আপনার ট্রান্সপ্ল্যান্টের জন্য অর্থপ্রদান করে থাকে। আওতাভুক্ত ট্রান্সপ্ল্যান্টের সময় আপনার অবশ্যই পার্ট A থাকতে হবে এবং ইমিউনোসাপ্রেসিভ ওষুধ নেওয়ার সময় আপনার অবশ্যই পার্ট B থাকতে হবে। মনে রাখবেন Medicare ওষুধের কভারেজ (পার্ট D) ইমিউনোসাপ্রেসিভ ওষুধগুলি কভার করে, যদি পার্ট B তাদের কভার না করে ইনজেকশনযোগ্য অস্টিওপোরোসিস ওষুধ, যদি আপনি বাড়িতে থাকেন, তাহলে হাড়ের ফাটল আছে যা একজন ডাক্তার প্রত্যয়িত করেছেন যে মনোপজ-পরবর্তী অস্টিওপোরোসিস সম্পর্কিত ছিল এবং ওষুধটি নিজে-পরিচালনা করতে পারে না কয়েকটি অ্যান্টিজেন: Medicare বিভিন্ন অ্যান্টিজেনকেও আওতাভুক্ত করে যদি কোনও ডাক্তার সেগুলিকে প্রস্তুত করেন এবং একজন সঠিকভাবে নির্দেশিত ব্যক্তি (যিনি আপনি, রোগী নিজেও হতে পারেন) উপযুক্ত তত্ত্বাবধানের মধ্যে সেগুলি দেন নির্দিষ্ট মুখ দিয়ে খাওয়ার ক্যান্সার-রোধী ওষুধ: Medicare কিছু ওরাল ক্যান্সারের ওষুধগুলিকে কভার করে যা আপনি মুখের মাধ্যমে গ্রহণ করেন, যদি একই ওষুধটি একটি ইনজেকশন হিসাবে পাওয়া যায় বা ইনজেকশন দিয়ে প্রয়োগযোগ্য ওষুধটি একটি প্রোড্রাগ হয় (একটি ওষুধের মুখ দিয়ে খাওয়ার ধরন, যখন খাওয়া হয়, তখন ইনজেকশন দিয়ে প্রয়োগযোগ্য ওষুধের মধ্যে থাকা সক্রিয় উপাদানের মতো একই উপাদান ভেঙে যায়) ইনজেকশনযোগ্য ওষুধের। মুখ দিয়ে খাওয়া নতুন ক্যান্সারের ওষুধ এসে যাওয়ার ফলে, পার্ট B সেগুলিকে আওতাভুক্ত করতে পারে। যদি পার্ট B সেগুলিকে আওতাভুক্ত না করে, তাহলে পার্ট D করে 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>ইনসুলিনের জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ছাড় নেই</p> <p>পার্ট B ওষুধগুলো স্টেপ থেরাপির শর্তাধীন হতে পারে।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশন ওষুধ (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> • মুখ দিয়ে খাওয়ার বমিভাব-রোধক ওষুধ: Medicare মুখ দিয়ে খাওয়ার বমিভাব আটকানোর ওষুধ আওতাভুক্ত করে যা আপনি একটি ক্যান্সার-রোধী কেমোথেরাপিউটিক নিয়মের অংশ হিসাবে ব্যবহার করেন, যদি সেগুলি কেমোথেরাপির আগে, সময়ে অথবা 48 ঘন্টার মধ্যে প্রয়োগ করা হয়ে থাকে অথবা একটি শিরা-মধ্যস্থ বমিভাব-রোধক ওষুধের সম্পূর্ণ থেরাপিউটিক বিকল্প হিসাবে ব্যবহার করা হয় • চূড়ান্ত-পর্যায়ের মূত্রাশয় সংক্রান্ত রোগের নির্দিষ্ট কিছু ওরাল (ESRD) ওষুধ যদি একই ওষুধ ইনজেকশনযোগ্য আকারে পাওয়া যায় এবং পার্ট B ESRD সুবিধা সেটি আওতাভুক্ত করে • শিরা-মধ্যস্থ ওষুধ Parsabiv® এবং মুখ দিয়ে খাওয়ার ওষুধ Sensipar® সহ ESRD পেমেট সিস্টেমের অধীনে ক্যালসিমিমেটিক ওষুধপত্র • হেপারিন, হেপারিনের জন্য অ্যান্টিডট চিকিৎসাগতভাবে যখন প্রয়োজন এবং টপিক্যাল অ্যানেসথেটিক সহ, হোম ডায়ালাইসিসের জন্য নির্দিষ্ট কিছু ওষুধপত্র • এরিথ্রোপয়েসিস-উত্তেজক এজেন্ট: আপনার যদি এন্ড-স্টেজ রেনাল ডিজিজ (ESRD) থাকে বা আপনার যদি কিছু অন্যান্য অবস্থার (যেমন Procrit®) সাথে সম্পর্কিত রক্তাধার চিকিৎসার জন্য এই ওষুধের প্রয়োজন হয়, তাহলে Medicare ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে এরিথ্রোপয়েটিনকে কভার করে • প্রাথমিক ইমিউন ডেফিসিয়েন্সি রোগের ঘরোয়া চিকিৎসার জন্য ইন্ট্রাভেনাস ইমিউন গ্লোবিউলিন • প্যারেন্টাল এবং এন্টারাল পুষ্টি (শিরা এবং টিউবের মাধ্যমে খাওয়ানো) <p>কিছু ক্ষেত্রে, আমরা চাই যে আপনি একই অবস্থার জন্য অন্য ওষুধ কভার করার আগে আপনার চিকিৎসার অবস্থার চিকিৎসা করার জন্য প্রথমে কিছু ওষুধ ব্যবহার করুন। উদাহরণস্বরূপ, যদি ড্রাগ A এবং ড্রাগ B উভয়ই অবস্থার চিকিৎসা করে তবে ড্রাগ A এর দাম কম, আপনাকে প্রথমে ড্রাগ A ব্যবহার করতে হতে পারে। ওষুধ A আপনার জন্য কাজ না করে, তাহলে আমরা ওষুধ B কভার করব।</p> <p>নিম্নলিখিত লিঙ্ক আপনাকে পার্ট B ওষুধপত্রের একটি তালিকাতে নিয়ে যাবে যা স্টেপ থেরাপির শর্তাধীন হতে পারে SWHNY.com</p> <p>আমরা আমাদের পার্ট B এবং পার্ট D প্রেসক্রিপশন ড্রাগ সুবিধার অধীনে কিছু ভ্যাকসিন কভার করি।</p> <p>অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ড্রাগ সুবিধা ব্যাখ্যা করে, প্রেসক্রিপশন কভার করার জন্য আপনাকে অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে এমন নিয়মগুলো সহ।</p>	
	<p>স্বলতা স্ক্রীনিং এবং থেরাপি টেকসই ওজন কমানোর প্রচার করতে*</p> <p>যদি আপনার বডি মাস ইনডেক্স 30 বা তার বেশি থাকে, তাহলে আমরা আপনাকে ওজন কমাতে সাহায্য করার জন্য নিবিড় কাউন্সেলিং কভার করি। এই কাউন্সেলিং কভার করা হয় যদি আপনি এটি একটি প্রাইমারি কেয়ার সেটিংয়ে পান, যেখানে এটি আপনার ব্যাপক প্রতিরোধ পরিকল্পনার সাথে সমন্বয় করা যেতে পারে। আরো জানতে আপনার প্রাইমারি কেয়ার ডাক্তার বা প্র্যাক্টিশনারের সাথে কথা বলুন।</p>	<p>প্রতিরোধমূলক স্বলতা স্ক্রীনিং এবং থেরাপির জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেট বা ছাড় নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>ওপিওয়েড চিকিৎসা প্রোগ্রাম পরিষেবা</p> <p>ওপিওয়েড ব্যবহার সংক্রান্ত সমস্যায় ভুগছেন (OUD), আমাদের প্ল্যানের এমন সদস্যরা ওপিওয়েড ড্রিটমেন্ট প্রোগ্রাম (OTP)-এর মাধ্যমে OUD চিকিৎসা করার জন্য পরিষেবার কভারেজ পেতে পারেন, যার মধ্যে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • মার্কিন খাদ্য ও ওষুধ প্রশাসন (FDA) -অনুমোদিত ওপিওয়েড অ্যাগ্রোনিস্ট এবং বিরোধী ওষুধ-সহায়ক চিকিৎসা (MAT) ওষুধ • MAT মেডিকেশনের ডিসপেন্সিং এবং প্রয়োগ (যদি প্রযোজ্য হয়) • মাদক ব্যবহার জনিত ব্যাধির কাউন্সেলিং • স্বতন্ত্র এবং গ্রুপ থেরাপি • টেক্সিকোলজি টেস্টিং • ইন্টেক অ্যাক্টিভিটি • পিরিওডিক অ্যাসেসমেন্ট 	<p>Medicare-কভার করা আউটপেশেন্ট ওপিওয়েড চিকিৎসা প্রোগ্রাম পরিষেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p> <p>Medicare-কভার করা আউটপেশেন্ট ওপিওয়েড চিকিৎসা প্রোগ্রাম পরিষেবাগুলোর জন্য পূর্বের অনুমোদনের প্রয়োজন নেই, তবে আপনার যদি ওপিওয়েড চিকিৎসার ওষুধের প্রয়োজন হয় তবে প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>বহির্বিভাগের রোগীদের ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা এবং থেরাপিউটিক পরিষেবা এবং সরবরাহ</p> <p>কভার করা পরিষেবাগুলো অন্তর্ভুক্ত তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • এক্স-রে • টেকনিশিয়ান উপকরণ এবং সরবরাহ সহ বিকিরণ (রেডিয়াম এবং আইসোটোপ) থেরাপি • অল্ট্রাসাউন্ড সামগ্রীসমূহ, যেমন ডেসিং • ফ্ল্যাকচার ও স্থানচ্যুতি ট্রাস করতে ব্যবহৃত স্প্লিন্টস, কাস্ট এবং অন্যান্য ডিভাইস • ল্যাবরেটরি পরীক্ষা • ব্লাড - স্টোরেজ এবং প্রশাসন সহ। সম্পূর্ণ ব্লাড এবং প্যাকেট করা রেড সেল কভারেজ কেবল আপনার প্রয়োজনীয় ফোর্থ পিন্ট ব্লাড দিয়ে শুরু হয় - আপনাকে অবশ্যই হয় পঞ্জিকা বর্ষে পাওয়া প্রথম 3 পিন্ট ব্লাডের জন্য খরচ দিতে হবে অথবা ব্লাড আপনার বা অন্য কারও দ্বারা দান করতে হবে। ব্লাডের অন্যান্য সকল উপাদান প্রথম পিন্ট ব্যবহার থেকে শুরু করে কভার করা হয়। • অন্যান্য বহির্বিভাগের রোগীর ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা - নন-রেডিওলজিক্যাল ডায়াগনস্টিক পরিষেবা যেমন EKGs, EEGs, পালমোনারি ফাংশন পরীক্ষা, ঘূমের স্ট্যাডি এবং ট্রেডমিল স্ট্রেস পরীক্ষা। • ডায়াগনস্টিক রেডিওলজিক্যাল পরিষেবা (জটিল এবং জটিল নয় এমন উভয়ই) যেমন বিশেষায়িত স্ক্যান, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, নিউক্লিয়ার স্ট্যাডিজ, আল্ট্রাসাউন্ড, ডায়াগনস্টিক ম্যামোগ্রাম এবং ইন্টারভেনশনাল রেডিওলজিক্যাল পদ্ধতি (মাইলোগ্রাম, সিস্টোগ্রাম, এনজিওগ্রাম এবং বেরিয়াম স্ট্যাডিজ)। • বহির্বিভাগের রোগীদের ল্যাব পরিষেবাসমূহ এবং বহির্বিভাগের রোগীদের এক্স-রে পরিষেবাগুলোর জন্য কোনো অনুমোদনের প্রয়োজন নেই। 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p> <p>আউটপেশেন্ট ট্যাব পরিষেবার জন্য কোনো অনুমোদনের প্রয়োজন নেই।</p> <p>জেনেটিক ল্যাব পরীক্ষার জন্য আগাম অনুমোদনের প্রয়োজন।</p>

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের হাসপাতালে পর্যবেক্ষণ</p> <p>পর্যবেক্ষণ পরিষেবাগুলো হলো হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগীদের পরিষেবা যা আপনাকে ইনপেশেন্ট হিসাবে ভর্তি করা দরকার বা ডিসচার্জ করা যেতে পারে কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য দেওয়া হয়।</p> <p>বহির্বিভাগের হাসপাতালের পর্যবেক্ষণ পরিষেবাগুলো কভার করার জন্য, তাদের অবশ্যই Medicare মানদণ্ড পূরণ করতে হবে এবং যুক্তিসঙ্গত এবং প্রয়োজনীয় বলে বিবেচিত হবে। রোগীদের হাসপাতালে ভর্তি করার জন্য বা বহির্বিভাগের রোগীদের পরীক্ষার আদেশ দেওয়ার জন্য স্টেটের লাইসেন্স আইন এবং হাসপাতালের কর্মীদের উপবিধি দ্বারা অনুমোদিত একজন চিকিৎসক বা অন্য ব্যক্তির আদেশ দ্বারা শুধুমাত্র তখনই পর্যবেক্ষণ পরিষেবাগুলো কভার করা হয়।</p> <p>দ্রষ্টব্য: যদি প্রদানকারী আপনাকে হাসপাতালে ভর্তির জন্য একটি আদেশ না লিখে থাকেন, আপনি একজন বহির্বিভাগের রোগী এবং হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগীদের পরিষেবার জন্য খরচ শেয়ারিং পরিমাণ পরিশোধ করেন। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন, তবে আপনাকে এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে। আপনি যদি নিশ্চিত না হন যে আপনি একজন বহির্বিভাগের রোগী, আপনার হাসপাতালের কর্মীদের জিজ্ঞাসা করা উচিত।</p> <p>আপনি কি হাসপাতালের আন্তর্বিভাগ রোগী না বহিরাগত রোগী? নামক মেডিকেশার ফ্যাক্ট শীটে আরও তথ্য পেতে পারেন। আপনার যদি Medicare থাকে – বলুন! এই তথ্য শীটটি ওয়েবে https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf-এ বা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) এ কল করে পাওয়া যায়। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন। আপনি এই নম্বরগুলিতে বিনামূল্যে, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিন কল করতে পারেন।</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের হাসপাতালে পরিষেবাসমূহ</p> <p>ডায়াগনোসিস বা আঘাতজনিত চিকিৎসার জন্য আপনি হাসপাতালের বহির্বিভাগে যে প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সেবা পান, সেগুলোর খরচ আমরা বহন করবো।</p> <p>কভার করা পরিষেবাগুলো অন্তর্ভুক্ত তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • জরুরি বিভাগ বা বহির্বিভাগের রোগীদের ক্লিনিকে পরিষেবা, যেমন পর্যবেক্ষণ পরিষেবা বা বহির্বিভাগের রোগীদের অস্ত্রোপচার • ল্যাবরেটরি এবং ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা হাসপাতাল দ্বারা বিল করা হয় • মানসিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা, আংশিক-হাসপাতালে ভর্তি প্রোগ্রামে পরিচর্যা সহ, যদি একজন ডাক্তার প্রত্যয়ন করেন যে এটি ছাড়াই ইনপেশেন্ট চিকিৎসার প্রয়োজন হবে • হাসপাতালের করা এক্স-রে এবং অন্যান্য রেডিওলজি পরিষেবার বিল • চিকিৎসা সামগ্রী যেমন স্প্লিন্ট এবং কাস্ট • কিছু ওষুধ এবং বায়োলজিক্যাল যা আপনি নিজেকে দিতে পারবেন না <p>দ্রষ্টব্য: যদি প্রদানকারী আপনাকে হাসপাতালে ভর্তির জন্য একটি আদেশ না লিখে থাকেন, আপনি একজন বহির্বিভাগের রোগী এবং হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগীদের পরিষেবার জন্য খরচ শেয়ারিং পরিমাণ পরিশোধ করেন। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন, তবে আপনাকে</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p> <p>বহির্বিভাগের রোগীদের ল্যাব পরিষেবাসমূহ এবং বহির্বিভাগের রোগীদের এক্স-রে পরিষেবাগুলোর জন্য কোনো অনুমোদনের প্রয়োজন নেই। জেনেটিক ল্যাব পরীক্ষার জন্য আগাম অনুমোদনের প্রয়োজন।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>বহির্বিভাগের রোগীদের হাসপাতালে পরিষেবাসমূহ (অব্যাহত)</p> <p>এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে। আপনি যদি নিশ্চিত না হন যে আপনি একজন বহির্বিভাগের রোগী, আপনার হাসপাতালের কর্মীদের জিজ্ঞাসা করা উচিত।</p> <p>আপনি কি হাসপাতালের আন্তর্বিভাগ রোগী না বহিরাগত রোগী? নামক মেডিকেশ্যার ফ্যাক্ট শীটে আরও তথ্য পেতে পারেন। আপনার যদি Medicare থাকে – বলুন! এই তথ্য শীটটি ওয়েবে https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf-এ বা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) এ কল করে পাওয়া যায়। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন। আপনি এই নম্বরগুলিতে বিনামূল্যে, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিন কল করতে পারেন।</p>	
	<p>বহির্বিভাগের রোগীদের মানসিক স্বাস্থ্যসেবা</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <p>স্টেটের লাইসেন্সপ্রাপ্ত মনোরোগ বিশেষজ্ঞ বা ডাক্তার, ক্লিনিক্যাল সাইকোলজিস্ট, ক্লিনিক্যাল সোশ্যাল ওয়ার্কার, ক্লিনিক্যাল নার্স বিশেষজ্ঞ, লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদার কাউন্সেলর (LPC), লাইসেন্সপ্রাপ্ত বিবাহ এবং পারিবারিক থেরাপিস্ট (LMFT), নার্স প্র্যাকটিশনার (NP), চিকিৎসক সহকারী (PA) দ্বারা প্রদত্ত মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা অথবা প্রয়োজ্য স্টেটের আইনের অধীনে অনুমোদিত অন্যান্য Medicare-যোগ্য মানসিক স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার।</p> <p>আপনার Medicare আউটপেশেন্ট মানসিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা কভারেজ অন্তর্ভুক্ত:</p> <ul style="list-style-type: none"> • প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে একটি ডিপ্রেসন স্ক্রিনিং। স্ক্রিনিং অবশ্যই একটি প্রাথমিক কেয়ার ডাক্তারের অফিসে বা প্রাথমিক কেয়ার ক্লিনিকে করা উচিত যা ফলো-আপ চিকিৎসা এবং রেফারেল প্রদান করতে পারে। • আপনি যেখানে এই পরিষেবাগুলো পান সেই স্টেট দ্বারা অনুমোদিত ডাক্তার বা নির্দিষ্ট লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদারদের সাথে ব্যক্তিগত এবং গ্রুপ সাইকোথেরাপি। • পারিবারিক কাউন্সেলিং, যদি প্রধান উদ্দেশ্য হয় আপনার চিকিৎসায় সাহায্য করা। • আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলো আপনি পাচ্ছেন কিনা এবং আপনার বর্তমান চিকিৎসা আপনাকে সাহায্য করছে কিনা তা খুঁজে বের করার জন্য পরীক্ষা করা। • মনস্তাত্ত্বিক মূল্যায়ন। • ওষুধ ব্যবস্থাপনা। 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আপনার বার্ষিক ডিপ্রেসন স্ক্রিনিং এর জন্য এই তালিকায় “ডিপ্রেসন স্ক্রিনিং” দেখুন।</p> <p>এই চার্টে “আংশিক হাসপাতালে ভর্তি” বিভাগটি দেখুন, যদি আপনার এই Medicare-কভার করা আউটপেশেন্ট মেন্টাল হেলথ কেয়ার ড্রিটমেন্টের প্রয়োজন হয়।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>বহির্বিভাগের রোগীদের পুনর্বাসন পরিষেবাসমূহ</p> <p>কভার করা পরিষেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে: শারীরিক থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপি।</p> <p>বহির্বিভাগের রোগীদের পুনর্বাসন পরিষেবাগুলো বিভিন্ন বহিরাগত রোগী সেটিংসে যেমন হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগী বিভাগ, স্বতন্ত্র থেরাপিস্ট অফিস এবং বিস্তৃত বহির্বিভাগের রোগীর পুনর্বাসন সুবিধাসমূহ (CORF) সরবরাহ করা হয়।</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>বহির্বিভাগের রোগীদের মাদক অপব্যবহার জনিত ব্যাধির পরিষেবাদি</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare বহির্বিভাগে রোগীদের মাদকের অপব্যবহার পরিষেবাগুলো কভার করে। • এছাড়াও, Medicaid পৃথক এবং গ্রুপ থেরাপি ভিজিটগুলোকে কভার করে। তালিকাভুক্তকৃত অবশ্যই বারো (12) মাসের সময়কালে নেটওয়ার্ক সরবরাহকারীর কাছ থেকে একটি মূল্যায়নের জন্য সেলফ-রেফার করতে সক্ষম হতে হবে। <p>আপনাকে অবশ্যই একজন সিনিয়র হোল হেলথ কেয়ার বিশেষজ্ঞের হেলথ প্রোভাইডার ব্যবহার করতে হবে।</p> <p>আরো তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন।</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগীদের ফ্যাসিলিটি এবং অ্যাম্বুলারি মার্জিন্যাল সেন্টারে প্রদত্ত পরিষেবা সহ বহির্বিভাগের রোগীর অস্ত্রোপচার</p> <p>দ্রষ্টব্য: আপনার যদি হাসপাতালের ফ্যাসিলিটিতে অস্ত্রোপচার করা হয়, তাহলে আপনি ইনপেশেন্ট বা বহির্বিভাগের রোগী হবেন কিনা তা আপনার প্রদানকারীর সাথে পরীক্ষা করা উচিত। যদি প্রদানকারী আপনাকে হাসপাতালে ভর্তির জন্য একটি আদেশ না লেখেন, আপনি একজন বহির্বিভাগের রোগী এবং বহির্বিভাগের রোগীর অস্ত্রোপচারের জন্য খরচ শেয়ার করে নেওয়ার পরিমাণ প্রদান করেন। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন তবে আপনাকে এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>ওভার-দ্য-কাউন্টার (OTC) আইটেমসমূহ (পরিপূরক)*</p> <p>আপনার Healthy You কার্ডের মাধ্যমে পরিকল্পনা-অনুমোদিত OTC আইটেম, পণ্য এবং ওষুধের জন্য খরচ করার জন্য আপনি প্রতি মাস \$100 পান। এই মাসিক ভাতা নন-এমার্জেন্সি (স্যালিমেন্টাল) পরিষেবার জন্য অ্যালাউন্সের সাথে শেয়ার করা হয়। আপনি OTC আইটেম বা ট্রান্সপোর্টেশন পরিষেবার জন্য বা অথবা আপনার Healthy You কার্ডের সাথে উভয়ের সাথে মিলিয়ে এই অ্যালাউন্স ব্যবহার করতে পারেন। আপনি যদি আপনার ত্রৈমাসিক সুবিধার সমস্ত পরিমাণ ব্যবহার না করেন, তাহলে অবশিষ্ট ব্যালেন্সের মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে এবং পরবর্তী বেনিফিট পিরিয়ডে রোলওভার হবে না।</p> <p>আপনার কভারেজের মধ্যে রয়েছে নন-প্রেসক্রিপশন OTC স্বাস্থ্য এবং সুস্থতার আইটেমসমূহ যেমন ভিটামিন, সানস্ক্রিন, ব্যাথা উপশমকারী, কাশি এবং সর্দির ওষুধ এবং ব্যান্ডেজ।</p> <p>আপনি অর্ডার করতে পারেন:</p> <ul style="list-style-type: none"> • অনলাইনে – NationsOTC.com/Molina দেখুন • ফোনের মাধ্যমে – 877-208-9243-এ কল করে (TTY 711)-এ NationsOTC মেস্জার এক্সপেরিয়েন্স অ্যাডভাইসরের সাথে কথা বলুন, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে সাত দিন, বছরের 365 দিন। • ডাকযোগে – পণ্যের ক্যাটালগের অর্ডার ফর্মটি পূরণ করে ফেরি পাঠান। • অংশগ্রহণকারীর রিটেল লোকেশনের মাধ্যমে। 	<p>আপনি যদি আপনার স্বাস্থ্যকর কার্ড ব্যবহার করেন তাহলে কোনো মুদ্রা বীমা, কোপেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p> <p>আপনি আপনার সর্বোচ্চ মাসিক অ্যালাউন্সের সীমা ছাড়িয়ে গেলেন খরচ দেওয়ার জন্য দায়বদ্ধ হতে পারেন। সীমাবদ্ধতা এবং অপসারণ প্রযোজ্য হতে পারে।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>ওভার-দ্য-কাউন্টার (OTC) আইটেমসমূহ (সম্পূর্ণ)* (অব্যাহত)</p> <p>আপনার 2025 OTC পণ্যের ক্যাটালগ দেখুন, প্ল্যানের অনুমোদিত OTC আইটেমগুলির একটি সম্পূর্ণ তালিকা দেখতে, অথবা আরও তথ্যের জন্য কোনো OTC সহায়ক ব্যক্তিকে কল করুন। আপনি 2025 OTC প্রোডাক্ট ক্যাটালগের মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য (অর্ডারের নির্দেশিকা) পাবেন।</p> <p>আরো তথ্যের জন্য, সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন।</p>	
	<p>আংশিক হাসপাতালে ভর্তি পরিষেবাসমূহ এবং নিবিড় বহির্বিভাগের রোগী পরিষেবাসমূহ</p> <p>আংশিক হাসপাতালে ভর্তি হল একটি হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগীর পরিষেবা হিসাবে বা একটি কমিউনিটি মানসিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রের দ্বারা প্রদত্ত সক্রিয় মানসিক চিকিৎসার একটি কাঠামোগত প্রোগ্রাম, যা আপনার ডাক্তার বা থেরাপিস্ট, লাইসেন্সপ্রাপ্ত বিবাহ ও পরিবারের থেরাপিস্ট (LMFT) বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদার কাউন্সেলরের অফিসে প্রাপ্ত পরিচর্যা চেয়ে বেশি তীব্র এবং ইনপেশেন্ট হাসপাতালে ভর্তির বিকল্প।</p> <p>ইনটেনসিভ বহির্বিভাগীয় রোগী পরিষেবা হল সক্রিয় আচরণগত (মানসিক) স্বাস্থ্য থেরাপি চিকিৎসার একটি কাঠামোগত কর্মসূচি যা একটি হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগী বিভাগে, একটি কমিউনিটি মানসিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র, একটি ফেডারেল যোগ্য স্বাস্থ্য কেন্দ্র বা একটি গ্রামীণ স্বাস্থ্য ক্লিনিকে প্রদান করা হয় যা আপনার ডাক্তার, থেরাপিস্টের লাইসেন্সপ্রাপ্ত বিবাহ এবং পারিবারিক থেরাপিস্টের (LMFT) থেকে প্রাপ্ত কেয়ার অথবা লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদার পরামর্শদাতার অফিস কিন্তু আংশিক হাসপাতালে ভর্তির চেয়ে কম তীব্র।</p>	<p>Medicare-কভার করা আংশিক হাসপাতালে ভর্তি পরিষেবার জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>চিকিৎসক/প্র্যাক্টিশনার পরিষেবাসমূহ, ডাক্তারের অফিস ভিজিট সহ</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • চিকিৎসকের কার্যালয়, সার্টিফাইড অ্যাড্জুন্টসের সার্জিক্যাল সেন্টার, হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগী বিভাগ বা অন্য কোনো স্থানে সজ্জিত চিকিৎসা-প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সেবা বা সার্জারি পরিষেবা • বিশেষজ্ঞের কনসালটেশন, ডায়াগনোসিস এবং চিকিৎসা • আপনার PCP দ্বারা সঞ্চালিত মৌলিক শ্রবণ এবং ভারসাম্য পরীক্ষা, যদি আপনার চিকিৎসার প্রয়োজন হয় কিনা তা দেখার জন্য আপনার ডাক্তার নির্দেশ দেন • প্রাথমিক পরিচর্যা পরিষেবা সহ কিছু টেলিহেলথ পরিষেবা 	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>চিকিৎসক/প্র্যাক্টিশনার পরিষেবাসমূহ, ডাক্তারের অফিস ভিজিট সহ (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ আপনার কাছে ব্যক্তিগত ভিজিটের মাধ্যমে বা টেলিহেলথের মাধ্যমে এই পরিষেবাগুলো পাওয়ার বিকল্প রয়েছে। আপনি যদি টেলিহেলথের মাধ্যমে এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে একটি পেতে চান তবে আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারী ব্যবহার করতে হবে যিনি টেলিহেলথ দ্বারা পরিষেবাটি অফার করেন। আপনি যদি টেলিহেলথের মাধ্যমে এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে একটি পেতে চান তবে আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারী ব্যবহার করতে হবে যিনি টেলিহেলথ দ্বারা পরিষেবাটি অফার করেন। একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারী সনাক্ত করতে, আমাদের ওয়েবসাইটে যান এখানে SWHNY.com। ○ ভার্সুয়াল মেডিকেল ভিজিট হলো অনলাইন প্রযুক্তি এবং লাইভ অডিও/ভিডিও ক্ষমতা ব্যবহার করে এমন ভার্সুয়াল প্রোভাইডারদের দ্বারা মেডিকেল ফ্যাসিলিটির বাইরে আপনার কাছে দেওয়া মেডিকেল ভিজিট। ○ দ্রষ্টব্য: ভার্সুয়াল ভিজিটের মাধ্যমে সব চিকিৎসাজনিত অবস্থার চিকিৎসা করা যায় না। ভার্সুয়াল ভিজিটের ডাক্তার সনাক্ত করবে যে আপনাকে চিকিৎসার জন্য একজন ব্যক্তিগত ডাক্তারের সাথে দেখা করতে হবে কিনা। ● হাসপাতাল-ভিত্তিক বা গুরুতর অ্যাক্সেস হাসপাতাল-ভিত্তিক রেনাল ডায়ালাইসিস কেন্দ্র, রেনাল ডায়ালাইসিস ফ্যাসিলিটি বা সদস্যের বাড়িতে হোম ডায়ালাইসিস সদস্যদের জন্য মাসিক শেষ পর্যায়ে রেনাল রোগ-সম্পর্কিত পরিদর্শনের জন্য টেলিহেলথ পরিষেবাসমূহ। আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে। ● আপনার অবস্থান নির্বিশেষে, স্ট্রোকের লক্ষণ নির্ণয়, মূল্যায়ন বা চিকিৎসার জন্য টেলিহেলথ পরিষেবাগুলো আগে অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে। ● মাদক ব্যবহার সংক্রান্ত সমস্যা বা সহ-ঘটমান মানসিক স্বাস্থ্য ব্যাধি সহ সদস্যদের টেলিহেলথ পরিষেবা, তাদের অবস্থান নির্বিশেষে। আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে। 	

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>চিকিৎসক/প্র্যাক্টিশনার পরিষেবাসমূহ, ডাক্তারের অফিস ভিজিট সহ (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> • মানসিক সমস্যা নির্ণয়, মূল্যায়ন এবং চিকিৎসার জন্য টেলিহেলথ পরিষেবা পাবেন যদি: <ul style="list-style-type: none"> ◦ আপনার প্রথম টেলিহেলথ ভিজিটের আগে 6 মাসের মধ্যে আপনি সরাসরি ভিজিট করে থাকেন ◦ এই টেলিহেলথ পরিষেবা গ্রহণকালে আপনি প্রতি 12 মাসে একবার সরাসরি ভিজিট করে থাকেন ◦ কিছু নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে উপরোক্ত ক্ষেত্রে ব্যতিক্রম করা যেতে পারে • গ্রামীণ স্বাস্থ্য ক্লিনিক এবং ফেডারেল যোগ্য স্বাস্থ্য কেন্দ্র কর্তৃক প্রদত্ত মানসিক স্বাস্থ্য পরিদর্শনের জন্য টেলিহেলথ পরিষেবা পাবেন • আপনার ডাক্তারের সাথে 5-10 মিনিটের জন্য ভার্চুয়াল চেক-ইন (উদাহরণস্বরূপ, ফোন বা ভিডিও চ্যাটের মাধ্যমে) করা যায়, যদি: <ul style="list-style-type: none"> ◦ আপনি নতুন রোগী না হন এবং ◦ চেক-ইন গত 7 দিনে অফিস সাক্ষাতের সাথে সম্পর্কিত না হয় এবং ◦ চেক-ইন 24 ঘন্টার মধ্যে অফিস ভিজিট বা অতি দ্রুত উপলভ্য অ্যাপয়েন্টমেন্টের দিকে পরিচালিত করে না • আপনার ডাক্তারের কাছে পাঠানো ভিডিও এবং/অথবা ছবিগুলির মূল্যায়ন এবং 24 ঘন্টার মধ্যে আপনার ডাক্তার ব্যাখ্যা এবং ফলো-আপ করবেন যদি: <ul style="list-style-type: none"> ◦ আপনি নতুন রোগী না হন এবং ◦ মূল্যায়নটি 24 ঘন্টার মধ্যে অফিস ভিজিট বা অতি দ্রুত উপলভ্য অ্যাপয়েন্টমেন্টের দিকে পরিচালিত করে না • ফোন, ইন্টারনেট বা বৈদ্যুতিকভাবে স্বাস্থ্য বিষয়ক রেকর্ডের মাধ্যমে আপনার ডাক্তার অন্যান্য ডাক্তারের সাথে যে পরামর্শ করেন • সার্জারির আগে দ্বিতীয় মতামত • রুটিন ছাড়া দাঁতের যত্ন (আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি চোয়াল বা সংশ্লিষ্ট কার্ঠামোর অপ্রোপচার, চোয়াল বা মুখের হাড়ের ক্র্যাকচার স্বাপন, নিওপ্লাস্টিক ক্যান্সার রোগের বিকিরণ চিকিৎসার জন্য চোয়াল প্রস্তুত করার জন্য দাঁত উত্তোলন, বা চিকিৎসক কর্তৃক সরবরাহ করা হলে আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে সীমাবদ্ধ) • আপনি যদি কাউন্সেলিং, হেপারিন বা ওয়ারফারিন এর মতো অ্যান্টিকোয়াগুলেশন ওষুধ গ্রহণ করছেন তবে চিকিৎসকের অফিসে বা বহিরাগত রোগীদের জন্য হাসপাতালের সেটিংয়ে পরিষেবাগুলি পর্যবেক্ষণ করা। 	
	<p>পড়িয়াট্রি পরিষেবা (Medicare-আওতাভুক্ত)</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • রোগ নির্ণয় এবং পায়ের আঘাত ও রোগের চিকিৎসা কিংবা সার্জিক্যাল চিকিৎসা (যেমন হ্যামার টো বা হিল স্পার্স) 	<p>মেডিকেশার-আওতাভুক্ত পড়িয়াট্রি সেবার জন্য কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>পড়িয়াট্রি পরিষেবা (Medicare-আওতাভুক্ত) (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> নিচের দিকের অঙ্গকে প্রভাবিত করা নির্দিষ্ট কিছু মেডিকেল অবস্থায় আক্রান্ত সদস্যদের জন্য রুটিন ফুট কেয়ার। 	<p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>প্রোস্টেট ক্যান্সারের ক্লিনিং পরীক্ষা*</p> <p>50 বছর বা তার বেশি বয়সী পুরুষদের জন্য, আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে - প্রতি 12 মাসে একবার:</p> <ul style="list-style-type: none"> ডিজিটাল রেকটাল পরীক্ষা প্রোস্টেট স্পেসিফিক অ্যান্টিজেন (PSA) পরীক্ষা 	<p>বার্ষিক PSA পরীক্ষার জন্য কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>
	<p>প্রস্বেটিক ও অর্থোটিক ডিভাইস এবং সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় জিনিসপত্র</p> <p>ডিভাইস (ডেন্টাল ব্যতীত) যা শরীরের কোনো অংশ বা ফাংশনের সমস্ত বা আংশিক প্রতিস্থাপন করে। এর মধ্যে রয়েছে তবে সীমাবদ্ধ নয়; পাশাপাশি: কোলোস্টমি ব্যাগ এবং সরাসরি কোলোস্টমি পরিচর্যার সাথে সম্পর্কিত সরবরাহ, পেসমেকার, ব্রেস, প্রস্বেটিক জুতা, প্রস্বেটিক অঙ্গ এবং ব্রেস্ট প্রস্বেথিস (মাস্টেক্টমির পরে একটি সার্জিক্যাল ব্রেসিয়ার সহ)। প্রস্বেটিক ডিভাইস ও প্রস্বেটিক ডিভাইসগুলির ভেরামত এবং/অথবা প্রতিস্থাপন সম্পর্কিত কিছু সরবরাহ অন্তর্ভুক্ত করে। এছাড়াও ছানি অপসারণ বা ছানি সার্জারির কিছু কভারেজ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে - আরও বিস্তারিত জানতে পরবর্তীতে এই সেকশনে Vision Care দেখুন।</p>	<p>এই বেনিফিটের পাওয়ার যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>পালমোনারি রিহ্যাবিলিটেশন পরিষেবা</p> <p>পালমোনারি রিহ্যাবিলিটেশন-এর বিস্তৃত প্রোগ্রামগুলি এমন সদস্যদের জন্য কভার করা হয়েছে যাদের মাঝারি থেকে খুব গুরুতর দীর্ঘস্থায়ী অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (COPD) আছে এবং দীর্ঘস্থায়ী শ্বাসযন্ত্রের রোগের চিকিৎসা প্রদানকারী ডাক্তারের কাছ থেকে পালমোনারি রিহ্যাবিলিটেশনের আদেশ রয়েছে।</p>	<p>এই বেনিফিটের পাওয়ার যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>অ্যালকোহলের অপব্যবহার কমাতে ক্লিনিং এবং কাউন্সেলিং*</p> <p>আমরা Medicare-এর আওতাভুক্ত (গর্ভবতী মহিলা সহ) যারা অ্যালকোহলের অপব্যবহার করে কিন্তু অ্যালকোহল নির্ভর নয় এমন প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য একটি অ্যালকোহল অপব্যবহারের ক্লিনিং কভার করি।</p> <p>যদি আপনার অ্যালকোহল অপব্যবহারের পরীক্ষা ইতিবাচক হয়, আপনি প্রতি বছর 4টি পর্যন্ত সরাসরি কাউন্সেলিং সেশন পেতে পারেন (যদি আপনি কাউন্সেলিংয়ের সময় উপযুক্ত ও সতর্ক থাকেন) যা একটি প্রাথমিক কেয়ার সেটিংয়ে একজন যোগ্য প্রাথমিক কেয়ার ডাক্তার।</p>	<p>কাউন্সেলিং এবং মদের অপব্যবহারে প্রতিরোধমূলক সুবিধা কমানোর জন্য Medicare-এর কভার করা কোনো সহ-বীমা, কো-পেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p>
	<p>লো ডোজ কম্পিউটেড টোমোগ্রাফি (LDCT)-এর মাধ্যমে ফুসফুসের ক্যান্সারের ক্লিনিং*</p> <p>যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য, প্রতি 12 মাসে একবার LDCT কভার করা হয়।</p>	<p>Medicare আওতাভুক্ত কাউন্সেলিং এবং শেযাকৃত সিদ্ধান্ত গ্রহণের ভিজিট বা</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>লো ডোজ কম্পিউটেড টোমোগ্রাফি (LDCT)-এর মাধ্যমে ফুসফুসের ক্যান্সারের স্ক্রিনিং* (অব্যাহত)</p> <p>যোগ্য সদস্যরা হলেন: 50 – 77 বছর বয়সী লোক যাদের ফুসফুসের ক্যান্সারের কোনো লক্ষণ বা উপসর্গ নেই, তবে যাদের কমপক্ষে 20 প্যাক-বছর ধরে তামাক ধূমপানের ইতিহাস রয়েছে এবং যারা বর্তমানে ধূমপান করছেন বা গত 15 বছরের মধ্যে ধূমপান ছেড়ে দিয়েছেন, যারা ফুসফুসের ক্যান্সারের স্ক্রিনিং কাউন্সেলিং এবং শেয়ারকৃত সিদ্ধান্ত গ্রহণের ভিজিটের সময় LDCT-এর জন্য একটি লিখিত আদেশ পান যা এই জাতীয় ভিজিটের জন্য Medicare-এর মানদণ্ড পূরণ করে এবং চিকিৎসক কর্তৃক বা যোগ্যতাসম্পন্ন নন-ফিজিশিয়ান প্র্যাকটিশনার কর্তৃক সরবরাহকৃত।</p> <p><i>প্রাথমিক LDCT স্ক্রিনিংয়ের পরে LDCT ফুসফুসের ক্যান্সার স্ক্রিনিংয়ের জন্য:</i> সদস্যকে অবশ্যই LDCT ফুসফুসের ক্যান্সার স্ক্রিনিংয়ের জন্য একটি লিখিত আদেশ পেতে হবে, যা কোনো চিকিৎসক বা যোগ্যতাসম্পন্ন নন-ফিজিশিয়ান প্র্যাকটিশনার কর্তৃক উপযুক্ত ভিজিটের সময় সরবরাহ করা যেতে পারে। যদি কোনো চিকিৎসক বা যোগ্যতাসম্পন্ন নন-ফিজিশিয়ান প্র্যাকটিশনার LDCT-এর সাথে পরবর্তী ফুসফুসের ক্যান্সারের স্ক্রিনিংয়ের জন্য ফুসফুসের ক্যান্সারের স্ক্রিনিং কাউন্সেলিং এবং শেয়ারকৃত সিদ্ধান্ত গ্রহণ করতে বেছে নেন তবে এই ধরনের ভিজিটের ক্ষেত্রে অবশ্যই Medicare-এর মানদণ্ড পূরণ করতে হবে।</p>	<p>LDCT-এর ক্ষেত্রে কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>
	<p>যৌন সংক্রমণ (STIs)-এর জন্য স্ক্রিনিং এবং STIs প্রতিরোধে কাউন্সেলিং*</p> <p>আমরা ক্ল্যামিডিয়া, গনোরিয়া, সিলিলাইটিস এবং হেপাটাইটিস বি-এর ক্ষেত্রে যৌন সংক্রমণ (STI) স্ক্রিনিংগুলি কভার করি। এই স্ক্রিনিংগুলি গর্ভবতী মহিলাদের জন্য এবং প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী কর্তৃক পরীক্ষার আদেশ দেওয়ার সময় STI-এর ঝুঁকিতে থাকা নির্দিষ্ট কিছু লোকের জন্য কভারকৃত। আমরা প্রতি 12 মাসে একবার বা গর্ভাবস্থায় নির্দিষ্ট সময়ে এই পরীক্ষাগুলি কভার করি।</p> <p>আমরা STIs-এর ঝুঁকিতে রয়েছে এমন যৌন সক্রিয় প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য প্রতি বছর দুটি পৃথক 20 থেকে 30 মিনিটের, সরাসরি উচ্চ-তীব্রতা আচরণগত কাউন্সেলিং সেশনও কভার করি। আমরা এই কাউন্সেলিং সেশনগুলি কেবল প্রতিরোধমূলক পরিষেবা হিসেবে কভার করব যদি সেগুলি কোনো প্রাথমিক কেয়ার প্রদানকারী কর্তৃক সরবরাহ করা হয় এবং প্রাথমিক কেয়ার সেটিংয়ে ঘটে, যেমন কোনো ডাক্তারের অফিসে।</p>	<p>STI এবং STI প্রতিরোধমূলক সুবিধার কাউন্সেলিংয়ের জন্য Medicare-এর কভার করা কোনো সহ-বীমা, কো-পেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p>
	<p>কিডনি রোগের চিকিৎসা সেবা</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> কিডনি রোগ বিষয়ে শিক্ষা সেবা কিডনির যত্ন নেওয়া শেখানো এবং সদস্যদের তাদের যত্ন সম্পর্কে যুক্তিসম্মত সিদ্ধান্ত নিতে সহায়তা করে। IV পর্যায়ের দীর্ঘস্থায়ী কিডনি রোগে আক্রান্ত সদস্যদের জন্য যখন তাদের চিকিৎসক কর্তৃক রেফার করা হয়, আমরা প্রতি জীবনব্যাপী কিডনি রোগ শিক্ষা পরিষেবার ছয়টি সেশন পর্যন্ত কভার করি। 	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>ইনপেশেন্ট ডায়ালাইসিস চিকিৎসা</p> <ul style="list-style-type: none"> এই চার্টে "ইনপেশেন্ট হসপিটাল কেয়ার" দেখুন।

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>কিডনি রোগের চিকিৎসা সেবা (অব্যাহত)</p> <ul style="list-style-type: none"> বহিরাগত রোগীদের ডায়ালাইসিস চিকিৎসা (অধ্যায় 3-এ বর্ণিত অস্থায়ী পরিষেবা ক্ষেত্রের বাইরে ডায়ালাইসিস চিকিৎসা সহ, বা যখন এই পরিষেবার জন্য আপনার সরবরাহকারী অস্থায়ীভাবে অনুপলভ্য বা অ্যাক্সেসযোগ্য নয়) ইনপেশেন্ট ডায়ালাইসিস চিকিৎসা (যদি আপনি বিশেষ কেয়ারের জন্য হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকেন) স্ব-ডায়ালাইসিস প্রশিক্ষণ (আপনার এবং আপনার বাড়ির ডায়ালাইসিস চিকিৎসায় আপনাকে সহায়তা করে এমন যে কারো জন্য প্রশিক্ষণ অন্তর্ভুক্ত) হোম ডায়ালাইসিস সরঞ্জাম ও সরবরাহ কিছু হোম সাপোর্ট পরিষেবা (যেমন, প্রয়োজনে আপনার বাড়ির ডায়ালাইসিস পরীক্ষা করতে, জরুরি পরিস্থিতিতে সহায়তা করতে এবং আপনার ডায়ালাইসিস সরঞ্জাম ও পানি সরবরাহ পরীক্ষা করতে প্রশিক্ষিত ডায়ালাইসিস কর্মীদের মাধ্যমে ভিজিট করা) <p>ডায়ালাইসিসের জন্য কিছু ওষুধ আপনার Medicare পার্ট B ড্রাগ বেনিফিটের আওতায় রয়েছে। পার্ট B ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশন ওষুধ বিভাগে যান।</p>	<p>হোম ডায়ালাইসিস সরঞ্জাম ও সরবরাহ</p> <ul style="list-style-type: none"> এই চার্টে "টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম এবং সংশ্লিষ্ট সরবরাহ" দেখুন। <p>হোম সাপোর্ট সার্ভিস</p> <ul style="list-style-type: none"> এই চার্টে "হোম হেলথ এজেন্সি কেয়ার" দেখুন। <p>Medicare পার্ট B ডায়ালাইসিস ওষুধ</p> <ul style="list-style-type: none"> এই চার্টে "Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশন ওষুধ" দেখুন।
	<p>স্কিলড নার্সিং ফ্যাসিলিটি (SNF) কেয়ার</p> <p>(স্কিলড নার্সিং ফ্যাসিলিটি কেয়ার-এর সংজ্ঞার জন্য, এই নথির অধ্যায় 12 দেখুন। স্কিলড নার্সিং ফ্যাসিলিটি-কে কখনও কখনও SNF বলা হয়।)</p> <p>কভার করা পরিষেবাগুলির অন্তর্ভুক্ত তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> সেমি-প্রাইভেট রুম (বা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে একটি প্রাইভেট রুম) বিশেষ ডায়েট সহ খাবার দক্ষ নার্সিং সেবা ফিজিক্যাল থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ থেরাপি শারীরিক থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ থেরাপি আপনার কেয়ার প্ল্যানের অংশ হিসেবে আপনাকে দেওয়া ওষুধ (এর মধ্যে এমন পদার্থ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা শরীরে প্রাকৃতিকভাবে উপস্থিত থাকে, যেমন রক্ত জমাট বাঁধার কারণ।) ব্লাড - স্টোরেজ এবং প্রশাসন সহ। পুরো রক্ত এবং প্যাকড লোহিত কোষের কভারেজ কেবল আপনার প্রয়োজনীয় চতুর্থ পিন্ট রক্ত দিয়ে শুরু হয় - আপনাকে অবশ্যই ক্যালেন্ডার বছরে পাওয়া প্রথম তিন পিন্ট রক্তের খরচ দিতে হবে বা আপনাকে বা অন্য কাউকে রক্ত দান করতে হবে। ব্লাডের অন্যান্য সকল উপাদান প্রথম পিন্ট ব্যবহার থেকে শুরু করে কভার করা হয়। চিকিৎসা এবং অস্ত্রোপচারের সরবরাহ সাধারণত SNF দেয় ল্যাবরেটরি টেস্ট সাধারণত SNF দেয় এক্স-রে এবং অন্যান্য রেডিওলজি পরিষেবা সাধারণত SNF দেয় সাধারণত SNF-এর সরবরাহ করা হুইলচেয়ারের মতো যন্ত্রপাতির ব্যবহার চিকিৎসক/প্র্যাকটিশনার সেবা 	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে। জরুরি অবস্থা ব্যতীত, আপনার ডাক্তারকে অবশ্যই প্ল্যানটি সম্পর্কে জানাতে হবে যে আপনি SNF-এ ভর্তি হতে চলেছেন। আগে থেকে হাসপাতালে থাকার প্রয়োজন নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>স্কিলড নার্সিং ফ্যাসিলিটি (SNF) কেয়ার (অব্যাহত)</p> <p>সাধারণত আপনি নেটওয়ার্কের সুবিধা থেকে আপনার SNF পাবেন। যাইহোক, নীচে তালিকাভুক্ত কিছু শর্তের অধীনে, আপনি এমন একটি সুবিধা থেকে আপনার যত্ন পেতে সক্ষম হতে পারেন যা নেটওয়ার্ক প্রদানকারী নয়, যদি সুবিধাটি আমাদের পরিকল্পনার অর্থ প্রদানের জন্য গ্রহণ করে।</p> <ul style="list-style-type: none"> • একটি নার্সিং হোম বা অব্যাহত কেয়ার রিটায়ারমেন্ট কমিউনিটি যেখানে আপনি হাসপাতালে যাওয়ার ঠিক আগে বাস করছিলেন (যতদিন এটি দক্ষ নার্সিং সুবিধা প্রদান করে) • একটি SNF যেখানে আপনি হাসপাতাল ছেড়ে যাওয়ার সময় আপনার স্ত্রী বা পারিবারিক সঙ্গী অবস্থান করছেন 	
	<p>ধূমপান ও তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার বন্ধ করা (ধূমপান বা তামাক ব্যবহার বন্ধ করার পরামর্শ)*</p> <p>আপনি যদি তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার করেন, কিন্তু তামাক-সম্পর্কিত রোগের লক্ষণ বা উপসর্গ না থাকে: আমরা আপনাকে কোনো খরচ ছাড়াই প্রতিরোধমূলক পরিষেবা হিসেবে 12 মাসে দুইটি তামাকজাত দ্রব্য ছাড়ার প্রচেষ্টার কাউন্সেলিং প্রদান করি। প্রতিটি কাউন্সেলিং প্রচেষ্টায় চারটি পর্যন্ত সরাসরি ভিজিট অন্তর্ভুক্ত থাকে।</p> <p>আপনি যদি তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার করেন এবং তামাক-সম্পর্কিত রোগে আক্রান্ত হন বা তামাক দ্বারা প্রভাবিত হতে পারে এমন ওষুধ সেবন করেন: আমরা তামাকজাত দ্রব্য বন্ধ করার কাউন্সেলিং পরিষেবা প্রদান করি। আমরা আপনাকে কোনো খরচ ছাড়াই প্রতিরোধমূলক পরিষেবা হিসেবে 12 মাসে দুইটি; তামাকজাত, দ্রব্য ছাড়ার প্রচেষ্টার কাউন্সেলিং প্রদান করি। প্রতিটি কাউন্সেলিং প্রচেষ্টায় চারটি পর্যন্ত সরাসরি ভিজিট অন্তর্ভুক্ত থাকে।</p>	<p>Medicare-এর কভার করা ধূমপান এবং তামাক ব্যবহার বন্ধ করার প্রতিরোধমূলক সুবিধার জন্য কোনও সহ-বীমা, সহ-অর্থপ্রদান বা ছাড় নেই।</p>
	<p>ধূমপান ও তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার বন্ধের পরিষেবা (পরিপূরক)*</p> <p>আপনি যদি ধূমপান ছাড়তে চান তবে আপনার প্রাথমিক কেয়ার প্রদানকারী চিকিৎসকের সাথে কথা বলুন বা আমাদের স্বাস্থ্য শিক্ষা বিভাগে কল করুন।</p> <p>Medicare-আওতাভুক্ত ধূমপান ও তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার বন্ধের বেনিফিটের আওতায় প্রদত্ত কভারেজের পাশাপাশি, পরিকল্পনাটি আপনাকে ধূমপান বা তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার বন্ধ করতে সহায়তা করতে প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে ৪টি অতিরিক্ত কাউন্সেলিং পরিষেবা প্রদান করে।</p> <p>পরিকল্পনাটি এই বেনিফিটের আওতায় কভারেজের জন্য অর্থপ্রদান করার আগে আপনাকে অবশ্যই আপনার Medicare-আওতাভুক্ত তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার বন্ধ করার বেনিফিটটি শেষ করতে হবে।</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>
	<p>দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার জন্য বিশেষ পরিপূরক সুবিধা</p> <p>আপনার যদি নিচে চিহ্নিত দীর্ঘস্থায়ী অবস্থা(গুলি) শনাক্ত করা হয় এবং আপনি নির্দিষ্ট মানদণ্ড পূরণ করেন তবে আপনি দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার জন্য বিশেষ পরিপূরক সুবিধার জন্য যোগ্য হতে পারেন।</p>	<p>আপনি যদি আপনার স্বাস্থ্যকর কার্ড ব্যবহার করেন তাহলে কোনো মুদ্রা বীমা, কোপেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার জন্য বিশেষ পরিপূরক সুবিধা (অব্যাহত)</p> <p>আপনাকে একটি স্বাস্থ্য ঝুঁকি মূল্যায়ন ফরম জমা দিতে হবে যেখানে তালিকাভুক্ত অবস্থাগুলির মধ্যে একটি আপনার রয়েছে বলে চিহ্নিত করতে হবে যা নিচে তালিকাভুক্ত বিশেষ পরিপূরক সুবিধাগুলির মধ্যে অ্যাক্সেস না থাকলে আরও খরচ হতে পারে।</p> <ul style="list-style-type: none"> • অতিরিক্তভাবে মদ বা অন্য মাদকে আসক্ত হওয়া; • অটোইমিউন ডিসঅর্ডার; • ক্যানসার; • কার্ডিওভাস্কুলার ডিসঅর্ডার; • গুরুতর হার্ট ফেলিওর; • ডিমেনশিয়া; • ডায়াবেটিস; • শেষ পর্যায়ে থাকা লিভারের রোগ; • শেষ পর্যায়ে থাকা রেনাল রোগ (ESRD); • গুরুতর হেমাটোলজিক ডিসঅর্ডার; • HIV/AIDS; • ফুসফুসের গুরুতর সমস্যা; • গুরুতর এবং প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টিকারী মানসিক স্বাস্থ্যের সমস্যা; • নিউরোলজিক ডিসঅর্ডার; এবং • স্ট্রোক <p>আমরা আপনাকে এই সুবিধাগুলো অ্যাক্সেস করতে সাহায্য করব। আপনার অনুরোধ প্রক্রিয়া শুরু করতে অথবা অতিরিক্ত তথ্য পেতে আপনার কেয়ার কোঅর্ডিনেটর কিংবা 'সদস্য সেবা'-তে কল করতে পারেন।</p> <p>দ্রষ্টব্য: এই সুবিধাটির অনুরোধ করে আপনি সিনিয়র হোল হেলথ অব নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) প্রতিনিধিদেরকে ফোন, ডাকযোগে বা অন্য কোনো পদ্ধতিতে আপনার সাথে যোগাযোগ করার স্পষ্ট অনুমতি দিচ্ছেন, যেমনটা আপনার আবেদনে উল্লেখ করা হয়েছে।</p> <p>অনুমোদনের পর, আপনার পূর্বে লোড করা Healthy You কার্ডটিতে স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রতি ত্রৈমাসিক \$73 পর্যন্ত লোড হবে যা SSBCI বেনিফিটের জন্য ব্যবহার করা যাবে। প্রতি ত্রৈমাসিকের শেষে কোনো অব্যবহৃত তহবিল পরবর্তী ত্রৈমাসিকে ব্যবহার করা যাবে না।</p> <p>খাদ্য ও উৎপাদিত পণ্য</p> <p>যোগ্য হলে, আপনি প্রতি ত্রৈমাসিকে খাদ্য ও উৎপাদিত পণ্যে ব্যয় করার জন্য \$73 পাবেন।</p>	<p>কেয়ার ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ প্রয়োজন।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>সুপারভাইজড এক্সারসাইজ থেরাপি (SET)</p> <p>লক্ষণগত পেরিফেরাল আর্টারি ডিজিজ (PAD) রয়েছে এমন সদস্যদের জন্য SET আওতাভুক্ত।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>সুপারভাইজড এক্সারসাইজ থেরাপি (SET) (অব্যাহত)</p> <p>SET প্রোগ্রামের প্রয়োজনীয়তা পূরণ করা হলে 12-সপ্তাহের মেয়াদে 36টি সেশন পর্যন্ত কভার করা হয়।</p> <p>SET প্রোগ্রামটি অবশ্যই:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30-60 মিনিট স্থায়ী সেশন নিয়ে গঠিত, যার মধ্যে ক্লডিকেশন রোগীদের মধ্যে PAD-এর জন্য একটি থেরাপিউটিক ব্যায়াম-প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম রয়েছে • হাসপাতালের বহিরাগত রোগীর সেটিং বা চিকিৎসকের অফিসে পরিচালনা করা হবে • ক্ষতির চেয়ে উপকার বেশি তা নিশ্চিত করার জন্য প্রয়োজনীয় যোগ্যতাসম্পন্ন সহায়ক কর্মীদের মাধ্যমে ডেলিভার করা হবে এবং যারা PAD-এর জন্য অনুশীলন থেরাপিতে প্রশিক্ষিত • একজন চিকিৎসক, চিকিৎসক সহকারী, বা নার্স প্র্যাকটিশনার / ক্লিনিকাল নার্স বিশেষজ্ঞের সরাসরি তত্ত্বাবধানে থাকুন যাকে অবশ্যই বেসিক এবং উন্নত লাইফ সাপোর্ট কৌশল উভয় ক্ষেত্রেই প্রশিক্ষিত হতে হবে <p>স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কর্তৃক চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় বলে বিবেচিত হলে বর্ধিত সময়ের মধ্যে অতিরিক্ত 36টি সেশনের জন্য 12 সপ্তাহে 36টি সেশনের ছাড়াও SET কভার করা যেতে পারে।</p>	<p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>নন-এমার্জেন্সি পরিবহন (সম্পূর্ণ)</p> <p>আপনার Healthy You কার্ডে বিবেচনার ভিত্তিতে স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত অবস্থানে পরিবহনের ক্ষেত্রে প্রতি মাসে ব্যয় করার জন্য আপনার কাছে \$100 আছে। এই রাশি “রাইড” এর একটি নির্দিষ্ট সংখ্যার সাথে সঙ্গতিপূর্ণ নয়, তবে সুবিধার সীমা পর্যন্ত নন-এমার্জেন্সি পরিবহন কেনার জন্য এটি ব্যবহার করা যেতে পারে। এই রাশি ওভার-দ্য কাউন্টার (OTC) মাসিক অ্যালাউন্সের সাথে মেলানো হয়। আপনি যদি আপনার ত্রৈমাসিক সুবিধার সমস্ত পরিমাণ ব্যবহার না করেন, তাহলে অবশিষ্ট ব্যালেন্সের মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে এবং পরবর্তী বেনিফিট পিরিয়ডে রোলওভার হবে না।</p> <p>রাইড-হেলিং অ্যাপ্লিকেশন, ট্যাক্সি পরিষেবা বা অন্যান্য নন-এমার্জেন্সি পরিবহন যেমন বাস পাস, রেল কার্ড বা অন্যান্য ধরণের পাবলিক ট্রান্সপোর্টের জন্য রাইড কেনার জন্য আপনি আপনার প্রিলোড করা Healthy You কার্ড ব্যবহার করতে পারেন। এই অ্যালাউন্সে উপলভ্য রাইডের সংখ্যা সর্বোচ্চ করার জন্য সদস্যদের অনুপ্রেরণা দেওয়া হয়। ডায়ালাইসিস সেন্টার বা ফিজিক্যাল থেরাপি সুবিধার মতো সাধারণভাবে অনুরোধ করা গন্তব্যগুলির জন্য, রাইড-হেলিং বা রিটেল ট্রান্সপোর্টেশন পরিষেবার মাধ্যমে সময় নির্ধারণ করার আগে, আরও বেশি লাভজনক পরিবহন পাওয়া যায় কি না তা দেখতে সরাসরি সুবিধা প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করুন।</p>	<p>আপনি যদি Healthy You কার্ড ব্যবহার করেন তাহলে এই পরিষেবাগুলির কোনো সহবীমা, কোপেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p> <p>আপনার সর্বোচ্চ বার্ষিক অ্যালাউন্সের থেকে বেশি হলে খরচের জন্য আপনি দায়বদ্ধ থাকতে পারেন।</p> <p>সীমাবদ্ধতা এবং অপসারণ প্রযোজ্য হতে পারে। আপনার যদি জরুরি পরিচর্যার প্রয়োজন হয় তাহলে 911 ডায়াল করুন এবং একটি অ্যাম্বুলেন্সের জন্য অনুরোধ করুন।</p> <p>জরুরি পরিবহন সম্বন্ধে আরও জানতে এই চার্টের “অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা” বিভাগটি দেখুন।</p>
	<p>জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা</p> <p>প্ল্যানের আওতাভুক্ত একটি পরিষেবা যার জন্য অবিলম্বে চিকিৎসার প্রয়োজন যা এমার্জেন্সি নয়, কিন্তু একটি জরুরি পরিষেবা, যদি আপনি সাময়িকভাবে প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন অথবা যদি আপনি প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার ভিতরে থাকেন, আপনার সময়, অবস্থান এবং পরিস্থিতি বিবেচনা করে,</p>	<p>এই সেবাগুলোর জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা (অব্যাহত)</p> <p>এটি যে নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের সাথে প্ল্যানটি চুক্তিবদ্ধ তাদের থেকে এই পরিষেবাটি অর্জন করা অসম্ভব। আপনার প্ল্যান অবশ্যই জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি কভার করবে এবং কেবলমাত্র ইন-নেটওয়ার্ক থরচ ভাগ করে নেওয়ার জন্য আপনাকে চার্জ করা হবে। জরুরী প্রয়োজনের পরিষেবার উদাহরণ হল অপ্রত্যাশিত শারীরিক অসুস্থতা এবং আঘাত, বা অনাকাঙ্ক্ষিতভাবে কোনো বিদ্যমান অবস্থার ছড়িয়ে যাওয়া। যাইহোক, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নিয়মমামফিক পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে সাক্ষাৎ, যেমন বার্ষিক চেকআপ, জরুরী প্রয়োজনের ঘটনা বলে বিবেচিত হয় না, আপনি প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার বাইরে বা সাময়িকভাবে প্ল্যানের নেটওয়ার্কের মধ্যে না থাকলেও। U.S.-এর বাইরে, “বিশ্বব্যাপী আপতকালীন/জরুরি যন্ত্র” দেখুন।</p>	
	<p>দৃষ্টির পরিচর্যা</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> বয়সের সাথে সম্পর্কিত ম্যাকুলার অবক্ষয়ের চিকিৎসা সহ চোখের রোগ ও আঘাত নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য বহির্বিভাগের চিকিৎসকের পরিষেবা। আসল Medicare চশমা/কন্টাক্টের জন্য নিয়মিত চক্ষু পরীক্ষা (চোখের প্রতিসরণ) কভার করে না যারা গ্লুকোমার উচ্চ ঝুঁকিতে রয়েছে তাদের জন্য আমরা প্রতি বছর একটি গ্লুকোমা স্ক্রীনিং কভার করব। গ্লুকোমার উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা ব্যক্তিদের মধ্যে রয়েছে: গ্লুকোমার পারিবারিক ইতিহাস রয়েছে এমন ব্যক্তির, ডায়াবেটিসে আক্রান্ত ব্যক্তি, 50 বছর বা তার বেশি বয়সের আফ্রিকান-আমেরিকানরা এবং হিস্পানিক আমেরিকানরা যাদের বয়স 65 বা তার বেশি ডায়াবেটিসে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য, ডায়াবেটিক রেটিনোপ্যাথির স্ক্রীনিং বছরে একবার কভার করা হয় প্রতিটি ছানি অপারেশনের পরে এক জোড়া চশমা বা কন্টাক্ট লেন্স যাতে একটি ইন্ট্রাওকুলার লেন্স সল্লিবেশ অন্তর্ভুক্ত থাকে (আপনার যদি দুইটি পৃথক ছানি অপারেশন থাকে তবে আপনি প্রথম অস্ত্রোপচারের পরে সুবিধাটি সংরক্ষণ করতে পারবেন না এবং দ্বিতীয় অস্ত্রোপচারের পরে দুইটি চশমা কিনতে পারবেন না)। <p>দৃষ্টির পরিচর্যা (পরিপূরক)</p> <ul style="list-style-type: none"> প্রতি বছর একটি নিয়মিত চোখের পরীক্ষা চশমা, প্রতি বছর \$350 পর্যন্ত সীমা <p>Medicare আওতাভুক্ত পরিষেবার মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> চশমা, মেডিক্যালি প্রয়োজনীয় কন্টাক্ট লেন্স এবং পলিকার্বোনেট লেন্স, কৃত্রিম চোখ (স্টক বা কাস্টম-তৈরি), লো ভিশন এইডস এবং লো ভিশন সার্ভিসেস সহ অপ্টোমেট্রিস্ট, চক্ষু বিশেষজ্ঞ এবং চক্ষু সংক্রান্ত সরবরাহকারীদের পরিষেবা। কভারেজের মধ্যে অংশগুলির মেরামত বা প্রতিস্থাপন অন্তর্ভুক্ত। 	<p>মেডিকেশার-আওতাভুক্ত দৃষ্টির পরিচর্যার জন্য কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>চশমার জন্য আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>Vision care (অব্যাহত)</p> <p>ভিজুয়াল ক্রটি এবং/অথবা চোখের রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসার জন্য পরীক্ষা। প্রতিসরণের জন্য পরীক্ষাগুলি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় না হলে প্রতি 2 বছরে সীমাবদ্ধ। অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক সরবরাহকারী ব্যবহার করতে হবে। সরবরাহকারী এবং ফার্মাসি ডিরেক্টরি দেখুন বা তালিকার জন্য সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।</p>	

	যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
	<p>Welcome to Medicare প্রতিরোধমূলক পরিদর্শন</p> <p>পরিকল্পনাটি এককালীন <i>Welcome to Medicare প্রতিরোধমূলক পরিদর্শনকে</i> কভার করে। পরিদর্শনের মধ্যে আপনার স্বাস্থ্য পর্যালোচনা, এর পাশাপাশি আপনার প্রয়োজনীয় প্রতিরক্ষা পরিষেবা সম্বন্ধে শিক্ষা ও কাউন্সেলিং (এতে নির্দিষ্ট স্ক্রিনিং ও শট (বা ভ্যাকসিন) অন্তর্ভুক্ত আছে) এবং প্রয়োজন হলে অন্যান্য কেয়ারের রেফারেল অন্তর্ভুক্ত আছে।</p> <ul style="list-style-type: none"> • গুরুত্বপূর্ণ: আপনার Medicare পার্ট B এর প্রথম 12 মাসের মধ্যে আমরা <i>Medicare-এ</i> স্বাগত প্রতিরোধমূলক পরিদর্শন কভার করি। আপনি যখন আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্ট নির্ধারণ করবেন, আপনার ডাক্তারের অফিসে জানাবেন যে আপনি <i>Medicare-এ</i> স্বাগত প্রতিরোধমূলক পরিদর্শনে আপনার সময়সূচি নির্ধারণ করতে চান। 	<p><i>Medicare-এ</i> স্বাগত প্রতিরোধমূলক পরিদর্শনের ক্ষেত্রে কোনো সহবিমা, কো-পেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p>
	<p>বিশ্বব্যাপী আপতকালীন/জরুরি কভারেজ (সম্পূর্ণ)*</p> <p>একটি অতিরিক্ত বেনিফিট হিসেবে, আপনার কভারেজটিতে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের (U.S.) বাইরে বিশ্বব্যাপী জরুরি পরিচর্যার জন্য প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে \$10,000 পর্যন্ত অন্তর্ভুক্ত রয়েছে</p> <p>এই সুবিধা শুধুমাত্র সেই সমস্ত পরিষেবাতেই সীমিত, যেগুলোকে U.S.-এতে প্রদান করা ইমার্জেন্সি পরিচর্যা হিসাবে শ্রেণীবদ্ধ করা হবে। বিশ্বব্যাপী কভারেজের মধ্যে এমার্জেন্সি বা জরুরি প্রয়োজনের কেয়ার, এমার্জেন্সির জায়গা থেকে কাছাকাছি থাকা মেডিক্যাল ড্রিটমেন্টের সুবিধা ও পোস্ট-স্টেবিলাইজেশন কেয়ারের জন্য এমার্জেন্সি অ্যাম্বুলেন্স ট্রান্সপোর্টেশন ব্যবস্থা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।</p> <p>অ্যাম্বুলেটরি পরিষেবাগুলো এমন কিছু পরিস্থিতিতে কভার করা হয় যেখানে অন্য পদ্ধতিতে ইমার্জেন্সি রুমে যাওয়া আপনার স্বাস্থ্যের জন্য ক্ষতিকর হতে পারত।</p> <p>যখন এমন পরিস্থিতিগুলি ঘটে, আমরা আপনাকে বা আপনার যত্নশীল কাউকে আমাদের কল করতে বলি। আপনার চিকিৎসার অবস্থা এবং পরিস্থিতির অনুমতি দেওয়ার সাথে সাথে আমরা নেটওয়ার্ক সরবরাহকারীদের আপনার পরিচর্যা নেওয়ার ব্যবস্থা করার চেষ্টা করব।</p> <p>অন্য কোনো দেশ থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে ফেরা আওতাভুক্ত নয়। রুটিন কেয়ার এবং আগে থেকে শিডিউল করা বা নির্বাচিত উপায় কিংবা পদ্ধতিগুলো আওতাভুক্ত নয়।</p> <p>বিদেশি ট্যাক্স এবং ফি (এগুলো সহ, তবে এগুলোর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়: মুদ্রা কনভার্সন বা লেনদেনের ফি) আওতাভুক্ত নয়।</p> <p>U.S. বলতে 50টি স্টেটকে বুঝায়, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island এবং American Samoa.</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আপনি যদি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জরুরি পরিস্থিতিমূলক যত্ন পান এবং আপনার জরুরি পরিস্থিতি স্থিতিশীল হওয়ার পর আপনার যদি ইনপেশেন্ট যত্নের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার যত্ন যাতে আগের মতোই আওতাভুক্ত থাকে, তা নিশ্চিত করতে আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে ফিরে যেতে হবে অথবা আপনাকে অবশ্যই আপনার প্ল্যান দ্বারা অনুমোদিত, নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা হাসপাতালে আপনার ইনপেশেন্ট যত্ন নিতে হবে।</p> <p>একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে আপনি যেটা পেমেন্ট করবেন, সেই খরচ-শেয়ারিং হলো আপনার খরচ। প্ল্যানের সর্বোচ্চ প্রয়োগ হয়।</p> <p>U.S.-এর বাইরে গৃহীত জরুরি পরিচর্যার প্রতিদানের জন্য আপনাকে একটি দাবি দায়ের করতে হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
বিশ্বব্যাপী জরুরি কভারেজ (সম্পূর্ণক) * (অব্যাহত)	এই বেনিফিটের জন্য প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে সর্বোচ্চ \$10,000-এর প্ল্যান প্রযোজ্য।

সেকশন 2.2 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্যদের জন্য অতিরিক্ত Medicaid-আওতাভুক্ত সুবিধা

New York-এর Senior Whole Health (HMO D-SNP) হলো একটি Dual Eligible Special Needs Plan যা অতিরিক্ত দীর্ঘমেয়াদী কেয়ার পরিষেবা সহ Medicaid সুবিধার সাথে Medicare কভারেজকে একত্রিত করে, বিশেষত নার্সিং হোম স্থরের কেয়ার প্রয়োজন এমন সদস্যদের জন্য পরিকল্পনা করা হয়েছে। নিচের চার্টে New York-এর Senior Whole Health (HMO D-SNP) সদস্যদের জন্য উপলভ্য অতিরিক্ত Medicaid বেনিফিট এবং পরিষেবাগুলি তালিকাভুক্ত করা হয়েছে।

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>প্রাপ্তবয়স্কদের দিনের স্বাস্থ্যসেবা</p> <p>একটি আবাসিক স্বাস্থ্যসেবা ফ্যাসিলিটি বা অনুমোদিত এক্সটেনশন সাইটে প্রদত্ত কেয়ার ও পরিষেবা। অবশ্যই প্রদান করতে হবে:</p> <ul style="list-style-type: none"> চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী প্রাপ্তবয়স্কদের দিনের স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের মাধ্যমে সদস্যদের ব্যাপক প্রয়োজনীয়তা মূল্যায়ন ও কেয়ার প্ল্যানের উপর ভিত্তি করে স্বাস্থ্যসেবা প্ল্যানের চলমান সমন্বয়ের সাথে। <p>পরিবহণ অন্তর্ভুক্ত।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>কিছু মানসিক স্বাস্থ্যসেবা</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> ইনটেনসিভ সাইকিয়াট্রিক রিহ্যাবিলিটেশন ট্রিটমেন্ট প্রোগ্রাম, দিনের চিকিৎসা, দিনের চিকিৎসা চালু রাখা গুরুতর ও ক্রমাগত মানসিক অসুস্থদের জন্য কেস ম্যানেজমেন্ট (স্টেট বা স্থানীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইউনিট কর্তৃক স্পনসরকৃত), হাসপাতালে আংশিক ভর্তি, অ্যাসার্টেড কমিউনিটি ট্রিটমেন্ট (ACT), পার্সোনালাইজড রিকভারি ওরিয়েন্টেড সার্ভিস (PROS) 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>কনজুমার ডাইরেক্টেড পার্সোনাল কেয়ার সার্ভিস (CDPAS) দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা বা শারীরিক প্রতিবন্ধী সদস্যদের জন্য পরিষেবা যাদের দৈনন্দিন জীবনযাত্রার ফ্রিয়াকলাপ (ADL) বা দক্ষ নার্সিং সেবাগুলিতে সহায়তার জন্য চিকিৎসার প্রয়োজন রয়েছে। ব্যক্তিগত পরিচর্যা সহায়ক (হোম অ্যাটেন্ডেন্ট), হোম হেলথ সহায়ক বা নার্স কর্তৃক প্রদত্ত যেকোনো পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।</p> <p>আপনার পরিচর্যাকারীদের বাছাই করার ক্ষেত্রে আপনার নমনীয়তা ও স্বাধীনতা রয়েছে। আপনি, অথবা আপনার পক্ষে কাজ করা ব্যক্তি, প্রয়োজনে নিয়োগ, বরখাস্ত, প্রশিক্ষণ, তদারকি ও সমাপ্তির জন্য দায়বদ্ধ।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>ডেন্টাল সেবা</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে নিম্নমিত এবং রুটিন ডেন্টাল পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, যেমন প্রতিরোধমূলক দাঁতের চেকআপ, পরিষ্কার করা, এক্স-রে, ফিলিংস এবং অন্যান্য পরিষেবাগুলি যাতে চিকিৎসা এবং/অথবা ফলো-আপ কেয়ারের প্রয়োজন হতে পারে এমন পরিবর্তন বা অস্বাভাবিকতাগুলি পরীক্ষা করা যায়।</p> <p>এছাড়াও চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় ডেন্টাল ইমপ্লান্ট অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। উভয়ই থাকতে হবে:</p> <ul style="list-style-type: none"> আপনার ডাক্তারের কাছ থেকে একটি চিঠি যা ব্যাখ্যা করবে যে কিভাবে ইমপ্লান্ট আপনার চিকিৎসার ক্ষেত্রে সহায়তা করবে আপনার ডেন্টিস্টের কাছ থেকে একটি চিঠি যা ব্যাখ্যা করবে যে কেন অন্যান্য বিকল্পগুলি আপনার অবস্থার সমাধান করবে না এবং কেন আপনার ইমপ্লান্ট প্রয়োজন <p>ডেন্টিস্টকে দেখানোর জন্য আপনার PCP থেকে রেফারেলের প্রয়োজন নেই।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>ডেন্টাল ইমপ্লান্ট সহ কিছু পরিষেবার ক্ষেত্রে পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME)</p> <p>Medicaid কর্তৃক আওতাভুক্ত non-Medicare DME অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, যেমন চিকিৎসা/সার্জিক্যাল সরবরাহ ব্যতীত ডিভাইস ও সরঞ্জাম, টব স্টুল এবং গ্র্যাব বার ও কৃত্রিম বা অর্থোটিক সরঞ্জাম।</p> <ul style="list-style-type: none"> যতক্ষণ না নিম্নলিখিত মানদণ্ডগুলি পূরণ করা হয় ততক্ষণ পর্যন্ত DME আওতাভুক্ত থাকবে: DME দীর্ঘ সময়ের জন্য পুনরাবৃত্তি ব্যবহার সহ্য করতে পারে প্রাথমিকভাবে এবং প্রথাগতভাবে চিকিৎসার উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হয় সাধারণত অসুস্থতা বা আঘাত ব্যতীত একজন ব্যক্তির জন্য উপযোগী নয় সাধারণত কোনো নির্দিষ্ট ব্যক্তির ব্যবহারের জন্য উপযুক্ত, ডিজাইন করা বা ফ্যাশন করা হয় একজন যোগ্যতাসম্পন্ন প্র্যাকটিশনার কর্তৃক আদেশ করা হয় <p>কোনো হোমবাউন্ড পূর্বশর্ত নেই।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>কিছু সরঞ্জামের ক্ষেত্রে পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>শ্রবণ সেবা</p> <p>শ্রবণশক্তি হ্রাস বা দুর্বলতার কারণে সৃষ্ট অক্ষমতা দূর করার জন্য পরিষেবা এবং পণ্য। মেডিক্যালি প্রয়োজনীয় হতে হবে। এর মধ্যে রয়েছে:</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>শ্রবণ সেবা (চলমান)</p> <ul style="list-style-type: none"> • হিয়ারিং এইড নির্বাচন, ফিটিং ও বিতরণ • শ্রবণ সহায়তা প্রদানের পর চেক করা হয় • হিয়ারিং এইড চেক সামঞ্জস্য মূল্যায়ন ও রিপেমেন্ট • টেস্ট ও পরীক্ষা, শ্রবণ সহায়ক মূল্যায়ন ও প্রেসক্রিপশন সহ অডিওলজি পরিষেবা • শ্রবণ সহায়ক, কানের ছাঁচ, বিশেষ জিনিসপত্র এবং প্রতিস্থাপনের অংশ 	<p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>হোম কেয়ার সার্ভিস (দক্ষ)</p> <p>Medicare-এর আওতাভুক্ত নয় এমন দক্ষ পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত করে, যেমন ফিজিক্যাল থেরাপিস্টরা তাদের সর্বাধিক পুনরুদ্ধারের সম্ভাবনায় পৌঁছানো রোগীদের জন্য রক্ষণাবেক্ষণ প্রোগ্রামগুলি তদারকি করে বা নার্সরা ডায়াবেটিসে আক্রান্ত অক্ষম ব্যক্তিদের জন্য সিরিঞ্জগুলি প্রিফিল করে।</p> <p>একটি প্রত্যয়িত হোম হেলথ এজেন্সি কর্তৃক বিকশিত কেয়ার অনুমোদিত পরিকল্পনার প্রয়োজন অনুযায়ী হোম হেলথ এইড পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত করে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>হোম ডেলিভারি এবং সমবেত খাবার</p> <p>বাড়িতে বা সমবেত সেটিংসে খাবার সরবরাহ করা হয়, যেমন খাবার প্রস্তুত করতে অক্ষম ব্যক্তিদের জন্য সিনিয়র সেন্টার বা তাদের জন্য প্রস্তুত করা হয়।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>ইনপেশেন্ট হাসপাতালের পরিচর্যা, মানসিক স্বাস্থ্য এবং মাদক সহ</p> <p>ডিসঅর্ডার কেয়ার ব্যবহার করুন</p> <p>চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা, ইনপেশেন্ট মানসিক স্বাস্থ্যের জন্য Medicare 190-দিনের জীবনকালের বেশি দিন সহ।</p> <p>পরিকল্পনাটি বছরে 365 দিন (অধিবর্ষে 366 দিন) কভার করে</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>জরুরি অবস্থা ব্যতীত পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন।</p>
<p>মেডিকেল সোশ্যাল সার্ভিস</p> <p>বাড়ির সদস্যদের রক্ষণাবেক্ষণ সম্পর্কিত সামাজিক সমস্যাগুলির মূল্যায়ন, ব্যবস্থা এবং সহায়তার বিধান।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>মেডিকেল/সার্জিক্যাল সাপ্লাই</p> <p>আওতাভুক্ত সুবিধা হলো মেডিকেল বা সার্জিক্যাল সাপ্লাই এবং এন্টারাল/প্যারেন্টেরাল ফর্মুলা এবং সম্পূরকগুলির জন্য -- আইটেমগুলিকে সাধারণত একবার ব্যবহার করা এবং/অথবা ব্যবহারযোগ্য আইটেম হিসেবে বিবেচনা করা হয়।</p> <p>এন্টারাল ফর্মুলা এবং পুষ্টির সম্পূরক সুবিধাগুলি এমন ব্যক্তিদের মধ্যে সীমাবদ্ধ যারা অন্যান্য উপায়ে এবং নিচের শর্তগুলির মাধ্যমে পুষ্টি পায় না:</p> <ul style="list-style-type: none"> • নলের মাধ্যমে খাদ্য গ্রহণকারী ব্যক্তি যারা খাবার চিবাতে বা গিলতে পারে না এবং নলের মাধ্যমে ফর্মুলার মাধ্যমে পুষ্টি গ্রহণ করতে হবে; • অস্বাভাবিক জন্মগত বিপাকীয় ব্যাধিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের প্রয়োজনীয় পুষ্টি সরবরাহের জন্য নির্দিষ্ট চিকিৎসা ফর্মুলার প্রয়োজন 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>মেডিকেল পরিবহণ (ক্ৰাউন/নন-ইমার্জেন্ট)</p> <p>অ্যাম্বুলেন্স, অ্যাম্বুলেট, ফিফ্ৰড উইং বা বিমান পরিবহন, বাতিল কোচ, ট্যাক্সিক্যাব, লিভারি, পাবলিক ট্রান্সপোর্ট বা সদস্যের চিকিৎসার জন্য উপযুক্ত অন্যান্য উপায়ে একমুখী এবং রাউন্ডট্রিপ পরিবহন। প্রয়োজনে, সদস্যের সাথে একজন পরিবহন পরিচারক অন্তর্ভুক্ত করুন। পরিবহন পরিচারকের খাবার, থাকার ব্যবস্থা এবং বেতন অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। (সদস্যের পরিবারের পরিচারককে কোনো বেতন দেওয়া হবে না)।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>পুষ্টি</p> <p>পুষ্টির চাহিদার মূল্যায়ন, চিকিৎসা পরিকল্পনার উন্নয়ন ও মূল্যায়ন, পুষ্টি বিষয়ক শিক্ষা ও পরামর্শ, ইন-সার্ভিস শিক্ষা অন্তর্ভুক্ত। সাংস্কৃতিক বিবেচনার অন্তর্ভুক্ত।</p> <p>কভারেজে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে পরিবর্তিত কঠিন খাদ্য পণ্য যা নিম্ন-প্রোটিন বা পরিবর্তিত প্রোটিন ধারণ করে যা নির্দিষ্ট অ্যামিনো অ্যাসিড এবং জৈব অ্যাসিড বিপাকের কারণে বংশগত রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য উপযোগী।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা</p> <p>ব্যক্তিগত এবং গ্রুপ থেরাপি পরিদর্শন।</p> <p>সদস্যরা 12 মাসে একবার নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছ থেকে মূল্যায়নের ক্ষেত্রে স্ব-রেফার করতে পারবে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের মাদক ব্যবহারজনিত রোগের চিকিৎসা</p> <p>ব্যক্তিগত এবং গ্রুপ পরিদর্শন।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের মাদক ব্যবহারজনিত রোগের চিকিৎসা (চলমান)</p> <p>সদস্যরা অবশ্যই 12 মাসে একবার নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছ থেকে মূল্যায়নের ক্ষেত্রে স্ব-রেফার করতে সক্ষম হবে।</p>	<p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>পার্সোনাল কেয়ার সার্ভিস (PCS)</p> <p>এতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে ব্যক্তিগত পরিচ্ছন্নতা, পোশাক পরিধান ও খাওয়ানোর মতো কাজের জন্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সহায়তা; খাদ্য ও পরিবেশগত সহায়তা যেমন খাবার প্রস্তুতি ও গৃহস্থালীর কাজ। সদস্যদের স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা বজায় রাখতে তাদের নিজস্ব বাড়িতে পরিষেবাগুলি অপরিহার্য হতে হবে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>ব্যক্তিগত জরুরি প্রতিক্রিয়া পরিষেবা (PERS)</p> <p>PERS হলো একটি ইলেকট্রনিক ডিভাইস যা ব্যক্তিকে শারীরিক, মানসিক বা পরিবেশগত জরুরি পরিস্থিতিতে সহায়তা পেতে সক্ষম করে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>ব্যক্তিগত ডিউটি নার্সিং সেবা</p> <p>এটি অবশ্যই একজন নিবন্ধিত পেশাদার নার্স (RN) বা লাইসেন্সধারী প্র্যাক্টিসিয়াল নার্স (LPN) কর্তৃক সরবরাহ করতে হবে যার লাইসেন্স রয়েছে এবং NYS শিক্ষা বিভাগ থেকে বর্তমান নিবন্ধন রয়েছে। পরিষেবাগুলি অনুমোদিত প্রত্যয়িত হোম হেলথ এজেন্সি, লাইসেন্সধারী হোম কেয়ার এজেন্সি বা ব্যক্তিগত ব্যবহারকারীর মাধ্যমে সরবরাহ করা যেতে পারে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>প্রস্টেটিক ও অর্থোটিক ডিভাইস</p> <p>ডিভাইস (ডেন্টাল ব্যতীত) যা শরীরের কোনো অংশ বা ফাংশনের সমস্ত বা আংশিক প্রতিস্থাপন করে। এর মধ্যে রয়েছে তবে সীমাবদ্ধ নয়: কোলোস্টমি ব্যাগ এবং সরাসরি কোলোস্টমি পরিচর্যার সাথে সম্পর্কিত সরবরাহ, পেসমেকার, ব্রেস, প্রস্টেটিক জুতা, প্রস্টেটিক অঙ্গ এবং ব্রেস্ট প্রস্টেথিস (মাস্টেক্টমির পরে একটি সার্জিক্যাল ব্রেসিয়ার সহ)।</p> <p>এতে প্রস্টেটিক ডিভাইস সম্পর্কিত নির্দিষ্ট সামগ্রী অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের রিহ্যাবিলিটেশন পরিষেবা</p> <p>আওতাভুক্ত সেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <p>শারীরিক ও পেশাগত থেরাপি</p> <p>স্পিচ ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপি</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

যে যে সেবাগুলো আওতাভুক্ত	আপনি যখন এই পরিষেবাগুলি পাবেন তখন আপনাকে কত টাকা দিতে হবে
<p>সোশ্যাল ডে কেয়ার</p> <p>এটি প্রতিষ্ঠিত, ব্যাপক প্রোগ্রাম যা দিনের যেকোনো সময়ে সমাজীকীকরণ, পর্যবেক্ষণ, ব্যক্তিগত পরিচর্যা ও পুষ্টি সরবরাহ করে এবং প্রতিবেদনযোগ্য পরিবেশে সুরক্ষিত হয়। ADL, কেস ম্যানেজমেন্ট এবং পরিবহনে সহায়তা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।</p> <p>চিকিৎসার প্রয়োজনীয়তার ভিত্তিতে কভারেজ।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>সামাজিক ও পরিবেশগত সহায়তা</p> <p>চিকিৎসাগত প্রয়োজনীয়তায় সমর্থন করার জন্য পরিষেবা ও আইটেম অন্তর্ভুক্ত। বাড়ির রক্ষণাবেক্ষণের কাজ, হোমমেকার/টুকিটাকি কাজের পরিষেবা, আবাসনের উন্নতি এবং অবসরকালীন পরিচর্যা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

সেকশন 3 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর বাইরে কী কী পরিষেবা কভার করা হয়েছে?

সেকশন 3.1 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) আওতায় নেই যে পরিষেবাগুলি

Medicaid-এর অন্তর্ভুক্ত কিছু পরিষেবা রয়েছে, যা নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর সিনিয়র হোল হেলথ কর্তৃক কভার করা হয় না। আপনার Medicaid বেনিফিট কার্ড ব্যবহার করে Medicaid গ্রহণকারী যেকোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে আপনি এই পরিষেবাগুলি পেতে পারেন। Senior Whole Health of New York NHC-এর Medicaid কর্তৃক কোনো বেনিফিট কভার করা হয়েছে কি না সে বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে (833) 671-0440 (TTY 711) নম্বরে সদস্য পরিষেবায় কল করুন।

নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর সিনিয়র হোল হেলথের আওতায় নেই তবে Medicaid-এর মাধ্যমে উপলভ্য:

- নেটওয়ার্কের বাইরে পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবাগুলি সরাসরি অ্যাড্বেস বিধানের অধীনে,
- স্টেট আইন দ্বারা অনুমোদিত Medicaid ফার্মাসি বেনিফিট (Medicare পার্ট D বেনিফিট থেকে বাদ দেওয়া ড্রাগ বিভাগগুলি নির্বাচন করুন),
- মেথ্যাডোন রক্ষণাবেক্ষণ চিকিৎসা প্রোগ্রাম
- OMH লাইসেন্সপ্রাপ্ত কমিউনিটি রেসিডেন্স (CRs) এবং পরিবারভিত্তিক চিকিৎসা প্রোগ্রামগুলির বাসিন্দাদের জন্য প্রদত্ত পুনর্বাসন পরিষেবা,
- বিকাশমূলক প্রতিবন্ধী পরিষেবা সহ লোকদের জন্য অফিস,
- কম্প্রিহেন্সিভ Medicaid কেস ম্যানেজমেন্ট,
- যক্ষ্মা রোগের জন্য সরাসরি পর্যবেক্ষণ থেরাপি (DOT),

সেকশন 4 প্ল্যান কর্তৃক কোন কোন পরিষেবাগুলো কভার করা হয়নি?

সেকশন 4.1 যে পরিষেবাগুলি পরিকল্পনার আওতাভুক্ত নয়

কোন পরিষেবাগুলি বাদ দেওয়া হয়েছে তা এই সেকশনে জানতে পারবেন।

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

নিচের চার্টে এমন কিছু পরিষেবা এবং আইটেম বর্ণনা করা হয়েছে যা কোনো শর্তেই পরিকল্পনার আওতায় পড়ে না বা শুধুমাত্র নির্দিষ্ট শর্তের আওতায় অন্তর্ভুক্ত।

আপনি যদি এমন পরিষেবাগুলি গ্রহণ করেন যা বাদ দেওয়া হয়েছে (আওতাভুক্ত নয়), আপনাকে অবশ্যই নিচে তালিকাভুক্ত নির্দিষ্ট শর্তাদি ব্যতীত সেগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে। আপনি জরুরি সুবিধায় বাদ দেওয়া পরিষেবাগুলি গ্রহণ করলেও, সেই পরিষেবাগুলি এখনও কভার করা হবে না এবং আমাদের পরিকল্পনা সেগুলির জন্য অর্থ প্রদান করবে না। একমাত্র ব্যতিক্রম হলো যদি পরিষেবাটি আপিল করা হয় এবং সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়: যে এটি একটি চিকিৎসা পরিষেবা যা আপনার নির্দিষ্ট পরিস্থিতির কারণে আমাদের অর্থ প্রদান করা বা আওতাভুক্ত করা উচিত ছিল। (আমাদের চিকিৎসা পরিষেবা কভার না করার সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার বিষয়ে তথ্যের জন্য, এই নথির অধ্যায় 9, সেকশন 6.3 দেখুন।)

Medicare-এর আওতাভুক্ত নয় এমন পরিষেবা	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	শুধুমাত্র নির্দিষ্ট অবস্থায় আওতাভুক্ত
কসমেটিক সার্জারি বা পদ্ধতি		<ul style="list-style-type: none"> দুর্ঘটনাজনিত আঘাতের ক্ষেত্রে বা শরীরের বিকৃত অঙ্গের কার্যকারিতা উন্নত করার জন্য আওতাভুক্ত করা হয়। মাস্টেকটমির পরে স্তন পুনর্গঠনের সব পর্যায়ে জন্য, সেইসাথে একটি অবিকৃত স্তন যাতে একই রকম দেখতে লাগে তার জন্য করা ব্যবস্থাপনা কভার করা হয়।
কাস্টোডিয়াল কেয়ার কাস্টোডিয়াল কেয়ার হলো ব্যক্তিগত পরিচর্যা যার জন্য প্রশিক্ষিত মেডিক্যাল বা প্যারামেডিক্যাল কর্মীদের অবিচ্ছিন্ন মনোযোগের প্রয়োজন হয় না, যেমন পরিচর্যা যা আপনাকে দৈনন্দিন জীবনযাত্রার ক্রিয়াকলাপে সহায়তা করে, যেমন গোসল করানো বা পোশাক পরানো।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	
পরীক্ষামূলক চিকিৎসা ও অস্ত্রোপচার পদ্ধতি, সরঞ্জাম ও ওষুধ। পরীক্ষামূলক পদ্ধতি ও আইটেমগুলি হলো সেই আইটেম ও পদ্ধতি যা মূল Medicare দ্বারা নির্ধারিত হয় যা সাধারণত মেডিক্যাল কমিউনিটি কর্তৃক গৃহীত হয় না।		<ul style="list-style-type: none"> Medicare-অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল রিসার্চ স্টাডি বা আমাদের পরিকল্পনার অধীনে মূল Medicare কর্তৃক আওতাভুক্ত হতে পারে। <p>(ক্লিনিক্যাল রিসার্চ স্টাডিজ সম্পর্কে আরও জানতে অধ্যায় 3, সেকশন 5 দেখুন।)</p>
কেয়ারের জন্য আপনার নিকটাত্মীয় বা আপনার পরিবারের সদস্যদের চার্জ করা ফি।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	
আপনার বাড়িতে সার্বক্ষণিক নার্সিং কেয়ার।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	
হোম-ডেলিভারি খাবার		Medicaid-এর আওতাভুক্ত।
হোমমেকার সেবাগুলি সহ মৌলিক পারিবারিক সহায়তা, যেমন টুকিটাকি বাড়ির কাজ, অথবা হালকা খাবার প্রস্তুতি এমন।		Medicaid-এর আওতাভুক্ত।
প্রাকৃতিক চিকিৎসা সেবা (যা প্রাকৃতিক বা বিকল্প চিকিৎসা ব্যবহার করে)।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	

অধ্যায় 4 মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)

Medicare-এর আওতাভুক্ত নয় এমন পরিষেবা	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	শুধুমাত্র নির্দিষ্ট অবস্থায় আওতাভুক্ত
পায়ের জন্য অর্থোপেডিক জুতা বা সহায়ক ডিভাইস		<ul style="list-style-type: none"> জুতা যা একটি পায়ের বন্ধনীর অংশ এবং বন্ধনীর খরচ অন্তর্ভুক্ত করা হয়। ডায়াবেটিক পায়ের রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য অর্থোপেডিক বা থেরাপিউটিক জুতা।
হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং ফ্যাসিলিটিতে আপনার কক্ষের ব্যক্তিগত আইটেম, যেমন টেলিফোন বা টেলিভিশন।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	
হাসপাতালে ব্যক্তিগত কক্ষ।		<ul style="list-style-type: none"> শুধুমাত্র চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় হলে অন্তর্ভুক্ত করা হয়।
নির্বীজন পদ্ধতি এবং/অথবা নন-প্রেসক্রিপশন গর্ভনিরোধক সরবরাহের বিপরীত।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	
নিয়মিত কাইরোপ্র্যাকটিক কেয়ার		<ul style="list-style-type: none"> সাবলেক্সেশন সংশোধন করতে মেরুদণ্ডের ম্যানুয়াল ম্যানিপুলেশন কভার করে।
নিয়মিত দাঁতের যত্ন, যেমন পরিষ্কার করা, ফিলিং বা ডেনচার করা।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	
রেডিয়াল কেরাটোমি, LASIK সার্জারি এবং অন্যান্য লো ভিশন এইড।		<ul style="list-style-type: none"> চোখের পরীক্ষা এবং এক জোড়া চশমা (বা কন্টাক্ট লেন্স)। এই পরিকল্পনায় অতিরিক্ত দৃষ্টি কভারেজ অফার করা হয়। আরও তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের বেনিফিট চার্ট, সেকশন 2.1-এ "ভিশন কেয়ার" দেখুন।
নিয়মিত পায়ের যত্ন		<ul style="list-style-type: none"> Medicare নির্দেশিকা অনুসারে কিছু সীমিত কভারেজ প্রদান করা হয় (উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনার ডায়াবেটিস থাকে)।
নিয়মিত শ্রবণ পরীক্ষা, শ্রবণ যন্ত্র, বা শ্রবণ যন্ত্রের ফিটিং পরীক্ষা।		Medicaid-এর আওতাভুক্ত।
অরিজিনাল Medicare স্ট্যান্ডার্ড অনুসারে পরিষেবাগুলি যুক্তিসঙ্গত ও প্রয়োজনীয় নয় বলে বিবেচনা করা হয়	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়	

ଅଧ୍ୟାୟ 5:

ପାର୍ଟ *D* ପ୍ରେସକ୍ରିପ୍ସନ ଓସୁଧେର ଜନ୍ୟ ପରିକଳ୍ପନାର କଭାରେଜ ବ୍ୟବହାର କରା

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা**আপনি কিভাবে আপনার ওষুধের খরচ সম্পর্কে তথ্য পেতে পারেন?**

যেহেতু আপনি Medicaid-এর জন্য যোগ্য তাই আপনি আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের প্ল্যান সংশ্লিষ্ট ব্যয়ের জন্য Medicare থেকে “অতিরিক্ত সহায়তা” পাওয়ার যোগ্য এবং তা পাচ্ছেন। যেহেতু আপনি “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” প্রোগ্রামে আছেন, **তাই পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধের খরচ সম্পর্কে এই প্রমাণের কভারেজের কিছু তথ্য আপনার জন্য প্রযোজ্য নাও হতে পারে।** আমরা আপনাকে একটি পৃথক সংযুক্তি পাঠিয়েছি, যার নাম এভিডেন্স অফ কভারেজ রাইডার ফর পিপল হু গট “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” পেয়ে ফর প্রেসক্রিপশন ড্রাগস” (একে লো-ইনকাম সাবসিডি রাইডার বা LIS রাইডারও বলা হয়), এর মধ্যে আপনি আপনার ওষুধের খরচ সংক্রান্ত তথ্য পাবেন। আপনার কাছে এই ইনসার্টটি না থাকলে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করে LIS রাইডার চেয়ে নিন।

সেকশন 1 ভূমিকা

এই অধ্যায়ে **পার্ট D ওষুধগুলির জন্য আপনার কভারেজ ব্যবহারের নিয়মাবলী ব্যাখ্যা করা হয়েছে।** অনুগ্রহ করে Medicare পার্ট B ড্রাগ বেনিফিট এবং হসপিটাল ড্রাগ বেনিফিটগুলির জন্য অধ্যায় 4 দেখুন।

Medicare কর্তৃক কভার করা ওষুধের পাশাপাশি, আপনার Medicaid বেনিফিটের অধীনে কিছু প্রেসক্রিপশন ওষুধ কভার করা হয়।

Medicaid ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে আরও জানতে, আপনার সদস্য পরিষেবা বা আপনার স্টেট Medicaid অফিসে যোগাযোগ করুন (যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2-এর সেকশন 6-এ তালিকাভুক্ত করা হয়েছে)।

সেকশন 1.1 প্ল্যানটির পার্ট D ওষুধের কভারেজের জন্য প্রাথমিক নিয়মাবলী

যতক্ষণ আপনি এই মৌলিক নিয়মগুলি অনুসরণ করবেন ততক্ষণ এই পরিকল্পনাটি সাধারণত আপনার ওষুধগুলি কভার করবে:

- অবশ্যই একজন প্রোভাইডার (একজন ডাক্তার, ডেন্টিস্ট বা অন্য প্রেসক্রাইবার) যিনি আপনাকে একটি প্রেসক্রিপশন লিখবেন যা প্রযোজ্য স্টেট আইনের অধীনে বৈধ হতে হবে।
- আপনার প্রেসক্রাইবারের অবশ্যই Medicare এক্সক্লুশন বা প্রিক্লুশন তালিকায় থাকা উচিত নয়।
- আপনার প্রেসক্রিপশনটি পূরণ করতে আপনাকে সাধারণত একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসি ব্যবহার করতে হবে। (এই অধ্যায়ের সেকশন 2 দেখুন।) অথবা আপনি প্ল্যানের মেল-অর্ডার পরিষেবার মাধ্যমে আপনার প্রেসক্রিপশনটি পূরণ করতে পারেন।
- আপনার ওষুধটি অবশ্যই প্ল্যানটির *আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকায় (ফর্মুলারি)* থাকতে হবে (আমরা এটিকে সংক্ষেপে ওষুধের তালিকা বলি)। (এই অধ্যায়ের সেকশন 3 দেখুন)।
- আপনার ওষুধ অবশ্যই চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত নির্দেশনার জন্য ব্যবহার করতে হবে। "চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত নির্দেশনা" হলো ওষুধের এমন একটি ব্যবহার যা খাদ্য ও ওষুধ প্রশাসন দ্বারা অনুমোদিত বা নির্দিষ্ট রেফারেন্স দ্বারা সমর্থিত। (চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত নির্দেশনার বিষয়ে আরও তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের সেকশন 3 দেখুন)।
- আমরা এটি কভার করার আগে আপনার ওষুধকে অনুমোদন পেতে হবে। (আপনার কভারেজের উপর বিধিনিষেধ সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের সেকশন 4 দেখুন)।

সেকশন 2 আপনার প্রেসক্রিপশনটি কোনো নেটওয়ার্কের ফার্মেসিতে বা প্ল্যানের মেইল-অর্ডার পরিষেবার মাধ্যমে পূরণ করুন**সেকশন 2.1 একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসি ব্যবহার করুন**

বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, আপনার প্রেসক্রিপশনগুলি *শুধুমাত্র* তখনই আওতাভুক্ত করা হয় যদি সেগুলি প্ল্যানের নেটওয়ার্কের ফার্মেসিতে পূরণ করা হয়। (নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিগুলিতে পূরণ করা প্রেসক্রিপশন কখন কভার করা হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য সেকশন 2.5 দেখুন)।

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

নেটওয়ার্ক ফার্মেসি হলো এমন ফার্মেসি যার সাথে আপনার কভারকৃত প্রেসক্রিপশনের ওষুধ সরবরাহ করার জন্য পরিকল্পনার একটি চুক্তি রয়েছে। আওতাভুক্ত ওষুধ বলতে সমস্ত পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধকে বোঝায় যা পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় রয়েছে।

সেকশন 2.2 নেটওয়ার্ক ফার্মাসির**আপনি কিভাবে আপনার এলাকায় একটি নেটওয়ার্ক ফার্মাসি খুঁজে পাবেন?**

নেটওয়ার্ক ফার্মেসি খুঁজে পেতে, আপনি আপনার পরিষেবা প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি দেখতে আমাদের ওয়েবসাইটে (SWHNY.com) যেতে এবং/অথবা সদস্য পরিষেবায় কল করতে পারেন।

আপনি আমাদের যেকোনো নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে যেতে পারেন।

আপনি যে ফার্মেসি ব্যবহার করছেন সেটি নেটওয়ার্ক থেকে বের হয়ে গেলে কী হবে?

আপনি যে ফার্মেসিটি ব্যবহার করছেন তা যদি পরিকল্পনার নেটওয়ার্ক থেকে বের হয়ে যায় তাহলে আপনাকে নেটওয়ার্কে থাকা একটি নতুন ফার্মাসি খুঁজে বের করতে হবে। আপনার এলাকায় অন্য ফার্মেসি খুঁজতে, আপনি সদস্য পরিষেবা থেকে সহায়তা পেতে বা প্রোভাইডার/ফার্মেসি ডিরেক্টরি ব্যবহার করতে পারেন। এছাড়াও আপনি আমাদের ওয়েবসাইটে SWHNY.com-এ গিয়ে তথ্য খুঁজে পেতে পারেন।

আপনার একটি বিশেষায়িত ফার্মেসির প্রয়োজন হলে কী করবেন?

- কিছু প্রেসক্রিপশন অবশ্যই একটি বিশেষায়িত ফার্মেসিতে পূরণ করতে হবে। বিশেষায়িত ফার্মেসিগুলির মধ্যে রয়েছে:
- হোম ইনফিউশন থেরাপির জন্য ঔষধ সরবরাহ করা ফার্মেসির তালিকা।
- দীর্ঘমেয়াদী কেয়ার (LTC) সুবিধার বাসিন্দাদের জন্য ঔষধ সরবরাহ করে এমন ফার্মেসির তালিকা। সাধারণত, LTC ফ্যাসিলিটি (যেমন একটি নার্সিং হোম) এর নিজস্ব ফার্মেসি থাকে। LTC ফ্যাসিলিটিতে আপনার পার্ট D সুবিধাগুলি অ্যাক্সেস করতে আপনার কোনো অসুবিধা হলে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবায় যোগাযোগ করুন।
- ভারতীয় স্বাস্থ্যসেবা/ড্রাইভাল/শহুরে ভারতীয় স্বাস্থ্য প্রোগ্রাম পরিষেবা প্রদানকারী ফার্মেসির তালিকা (পুয়ের্তো রিকো-তে উপলভ্য নয়)। জরুরি অবস্থা ব্যতীত, কেবল নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভদের আমাদের নেটওয়ার্কে এই ফার্মেসিগুলিতে অ্যাক্সেস রয়েছে।
- ফার্মেসিগুলি যেসকল ঔষধ নির্দিষ্ট জায়গায় FDA দ্বারা সীমাবদ্ধ বা বিশেষ হ্যান্ডলিং, প্রদানকারীর সমন্বয় বা তাদের ব্যবহারের বিষয়ে শিক্ষার প্রয়োজন হয় এমন ঔষধ সরবরাহ করে। একটি বিশেষায়িত ফার্মেসি শনাক্ত করতে, আপনার প্রোভাইডার/ফার্মেসি ডিরেক্টরি SWHNY.com দেখুন অথবা সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।

সেকশন 2.3 প্ল্যানের মেল-অর্ডার পরিষেবা ব্যবহার করা

নির্দিষ্ট ধরনের ওষুধের জন্য, পরিকল্পনার নেটওয়ার্ক মেল-অর্ডার সেবা ব্যবহার করতে পারেন। সাধারণত, মেল অর্ডারের মাধ্যমে প্রদত্ত ওষুধগুলি হলো এমন ওষুধ যা আপনি একটি দীর্ঘস্থায়ী বা দীর্ঘমেয়াদী চিকিৎসা অবস্থার জন্য নিয়মিত গ্রহণ করেন। প্ল্যানের মেল-অর্ডার পরিষেবার মাধ্যমে যে ওষুধগুলি পাওয়া যায় না সেগুলিকে আমাদের ওষুধের তালিকায় “NM” হিসাবে চিহ্নিত করা হয়।

আমাদের পরিকল্পনার মেল-অর্ডার পরিষেবা আপনাকে **100 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত** অর্ডার করতে অনুমতি দেয়।

মেইলে আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণের বিষয়ে অর্ডার ফর্ম এবং তথ্য পেতে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন অথবা আমাদের ওয়েবসাইটে SWHNY.com-এ যান।

সাধারণত, 14 দিনের মধ্যে একটি মেইল-অর্ডার ফার্মেসি অর্ডার আপনার কাছে পৌঁছে দেওয়া হবে। যদি একটি জরুরি প্রয়োজন হয় বা এই সময়টি বিলম্বিত হয়, তাহলে আপনার প্রেসক্রিপশনের একটি অস্থায়ী সরবরাহ পাওয়ার জন্য সাহায্যের জন্য সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।

ফার্মেসি আপনার ডাক্তারের অফিস থেকে সরাসরি নতুন প্রেসক্রিপশনগুলি গ্রহণ করে।

একটি স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী থেকে প্রেসক্রিপশন পাওয়ার পর, ফার্মেসি আপনার সাথে যোগাযোগ করবে আপনি কি তাৎক্ষণিকভাবে ঔষধ নিতে চান না কি পরে নিতে চান তা জানার জন্য। আপনার প্রতিবার ফার্মেসি থেকে যোগাযোগ করা হলে সাড়া দেওয়া গুরুত্বপূর্ণ, যাতে তারা জানতে পারে আপনি নতুন প্রেসক্রিপশনটি পাঠাতে চান, দেরি করতে চান, না কি বন্ধ করতে চান।

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা**মেইল-অর্ডার প্রেসক্রিপশনের রিফিল।**

আপনার ওষুধের রিফিলের জন্য, আপনি অটোমেটিক রিফিল প্রোগ্রামের জন্য সাইন আপ করার সুযোগ পাবেন। এই প্রোগ্রামের অধীনে আমরা পরবর্তী রিফিল অটোমেটিক প্রক্রিয়া করা শুরু করব, যখন আমাদের রেকর্ড দেখাবে যে আপনার ওষুধ ফুরিয়ে যেতে চলেছে। আপনার আরও ওষুধের প্রয়োজন আছে কিনা তা নিশ্চিত করতে প্রতিটি রিফিল পাঠানোর আগে ফার্মেসি আপনার সাথে যোগাযোগ করবে এবং আপনার যদি পর্যাপ্ত ওষুধ থাকে বা আপনার ওষুধ পরিবর্তন হয়ে থাকলে আপনি নির্ধারিত রিফিল বাতিল করতে পারেন।

আপনি যদি আমাদের অটো-রিফিল প্রোগ্রাম ব্যবহার না নেন কিন্তু তারপরও মেইল-অর্ডার ফার্মেসি আপনাকে আপনার প্রেসক্রিপশন পাঠাতে চান, তাহলে আপনার বর্তমান প্রেসক্রিপশন শেষ হওয়ার 14 দিন আগে আপনার ফার্মেসির সাথে যোগাযোগ করুন। এটি নিশ্চিত করবে যে আপনার অর্ডার সময়মতো আপনাকে পাঠানো হবে।

স্বয়ংক্রিয়ভাবে মেইল-অর্ডার রিফিল প্রস্তুত করে এমন আমাদের প্রোগ্রাম বন্ধ করতে, অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিসে কল করুন বা আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-এ যান।

সেকশন 2.4 কীভাবে আপনি ওষুধের দীর্ঘমেয়াদী সরবরাহ পাবেন?

আমাদের প্ল্যানের ওষুধের তালিকায় রক্ষণাবেক্ষণের ওষুধগুলির দীর্ঘমেয়াদী সরবরাহ (এটিকে একটি বর্ধিত সরবরাহও বলা হয়) পেতে প্ল্যানটিতে দুটি উপায় রয়েছে। (রুটিনমাসিক ঔষধ হল সেই ঔষধ যা আপনি একটি দীর্ঘস্থায়ী বা দীর্ঘমেয়াদী চিকিৎসা অবস্থার জন্য নিয়মিতভাবে গ্রহণ করেন।)

1. আমাদের নেটওয়ার্কের কিছু রিটেইল ফার্মেসি আপনাকে রুটিনমাসিক ঔষধের দীর্ঘমেয়াদী সরবরাহ পাওয়ার অনুমতি দেয়। আমাদের নেটওয়ার্কের কোন ফার্মেসিগুলি আপনাকে রুটিনমাসিক দীর্ঘমেয়াদী ঔষধের সরবরাহ দিতে পারে, তা আপনার *প্রোভাইডার/ফার্মেসি ডিরেক্টরি* SWHNY.com-এ উল্লেখ করা আছে। আপনি আরও তথ্যের জন্য সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করতে পারেন।
2. আপনি আমাদের মেল-অর্ডার প্রোগ্রামের মাধ্যমে রুটিনমাসিক ঔষধও পেতে পারেন। আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে সেকশন 2.3 দেখুন।

সেকশন 2.5 আপনি কখন প্ল্যানের নেটওয়ার্কে নেই এমন কোনো ফার্মেসি ব্যবহার করতে পারবেন?**কিছু নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে আপনার প্রেসক্রিপশন কভার করা হতে পারে।**

সাধারণত, যখন আপনি নেটওয়ার্কের ফার্মেসি ব্যবহার করতে না পারবেন *শুধুমাত্র* তখনই আমরা নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসি থেকে প্রাপ্ত ওষুধ আওতাভুক্ত করে থাকি। আপনাকে সাহায্য করার জন্য, আমাদের পরিকল্পনার সেবা এলাকার বাইরে নেটওয়ার্ক ফার্মেসি রয়েছে, যেখানে আপনি আমাদের প্রতিষ্ঠানের সদস্য হিসাবে আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে পারেন। কাছাকাছি কোনো নেটওয়ার্কের ফার্মেসি আছে কিনা তা জানার জন্য অনুগ্রহ করে **প্রথমে সদস্য পরিষেবাগুলি দেখুন**। নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসির ওষুধের জন্য আপনি যা অর্থ প্রদান করেন এবং একটি নেটওয়ার্ক মধ্যস্থ ফার্মেসির ওষুধের জন্য যা খরচ হয় তার মধ্যে যে পার্থক্য তার জন্য আপনাকে অর্থ প্রদান করতে হতে পারে।

নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে আমরা আপনার প্রেসক্রিপশনগুলি নেটওয়ার্কের বাইরে ফার্মেসি থেকে পূরণ করার ক্ষেত্রে অনুমোদন দিতে পারি:

- যদি প্রেসক্রিপশন জরুরি প্রয়োজনীয় যন্ত্রের সাথে সম্পর্কিত হয়।
- যদি প্রেসক্রিপশনগুলি চিকিৎসার জন্য তাত্ক্ষণিক প্রয়োজন হয়।
- কভারেজ 31 দিনের সরবরাহের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে যদি না প্রেসক্রিপশন কম দিনের কথা উল্লেখ করা হয়।

আপনি কীভাবে প্ল্যানটি থেকে ক্ষতিপূরণ বা ব্যয়িত অর্থ পরিশোধ চাইতে পারবেন?

আপনি যদি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো ফার্মেসি ব্যবহার করেন, তাহলে আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় আপনাকে সাধারণত পুরো খরচ দিতে হবে। আপনি আমাদেরকে আপনার অর্থ পরিশোধের কথা বলতে পারেন। (অধ্যায় 6, অধ্যায় 2 কিভাবে পরিকল্পনাটি আপনাকে ফেরত দিতে বলবেন তা ব্যাখ্যা করে।)

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা**সেকশন 3 আপনার ওষুধগুলি প্ল্যানের ওষুধের তালিকায় থাকতে হবে****সেকশন 3.1 কোন পার্ট D ওষুধগুলি আওতাভুক্ত করা হয়েছে যা ওষুধের তালিকাটি থেকে জানা যায়**

পরিকল্পনায় অনুমোদিত ঔষুধের একটি তালিকা রয়েছে (ফরমুলারি)। এই কভারেজের এভিডেন্সটিতে, **আমরা সংক্ষেপে এটিকে ওষুধের তালিকা বলি।**

এই তালিকার ওষুধগুলো ডাক্তার এবং ফার্মাসিস্টদের একটি টিমে সহায়তায় প্ল্যান কর্তৃক নির্বাচন করা হয়। তালিকাটি মেডিকেশারের প্রয়োজনীয়তা পূরণ করে এবং মেডিকেশার দ্বারা অনুমোদিত হয়েছে।

ওষুধের তালিকার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকে Medicare পার্ট D-এর অধীনে কভার করা ওষুধ। Medicare দ্বারা অনুমোদিত ওষুধগুলি ছাড়াও, কিছু প্রেসক্রিপশনের ওষুধ আপনার Medicaid বেনিফিটের আওতায় রয়েছে। Medicaid ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে আরও জানতে, আপনার সদস্য পরিষেবা বা আপনার স্টেট Medicaid অফিসে যোগাযোগ করুন (যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2-এর সেকশন 6-এ তালিকাভুক্ত করা হয়েছে)।

যতক্ষণ আপনি এই অধ্যায়ে ব্যাখ্যা করা অন্যান্য কভারেজ নিয়মগুলি অনুসরণ করেন এবং ওষুধটি চিকিৎসাগতভাবে গ্রহণযোগ্যতার প্রমাণের জন্য ব্যবহৃত হয় ততক্ষণ আমরা সাধারণত প্ল্যানের ওষুধের তালিকার একটি ওষুধ আওতাভুক্ত করব। একটি চিকিৎসাগতভাবে গ্রহণযোগ্যতার প্রমাণ হল সেই ওষুধের ব্যবহার যা হয়:

- যে রোগ নির্ণয় বা অবস্থার জন্য এটি প্রেসক্রাইব করা হচ্ছে তার জন্য ফুড এবং ড্রাগ অ্যাডমিনিস্ট্রেশন দ্বারা অনুমোদিত, অথবা
- যেমন আমেরিকান হসপিটাল ফর্মুলারি সার্ভিস ড্রাগ ইনফরমেশন এবং Micromedex DRUGDEX ইনফরমেশন সিস্টেম-এর মতো কিছু নির্দিষ্ট রেফারেন্স দ্বারা সমর্থিত হয়েছে।

ওষুধের তালিকায় ব্র্যান্ডের নামযুক্ত ওষুধ, জেনেরিক ওষুধ এবং জৈবিক পণ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে (যার মধ্যে বায়োসিমিলার অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে)।

একটি ব্র্যান্ড নামের ঔষধ হল একটি প্রেসক্রিপশনের ঔষধ যা ওষুধ প্রস্তুতকারকের মালিকানাধীন একটি ট্রেডমার্ক নামের অধীনে বিক্রি হয়। বায়োলজিক্যাল প্রোডাক্ট হল ওষুধ যা সাধারণত ওষুধের থেকে বেশি জটিল। ওষুধের তালিকায়, যখন আমরা ওষুধের কথা বলি, তখন এর অর্থ হতে পারে ওষুধ বা কোনো জৈবিক পণ্য।

একটি জেনেরিক ড্রাগ হল একটি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ যার ব্র্যান্ড নামের ঔষুধের মতো একই সক্রিয় উপাদান রয়েছে। জৈবিক পণ্যের বিকল্প আছে যাকে বলা হয় বায়োসিমিলার। সাধারণত, জেনেরিক এবং বায়োসিমিলারগুলি ব্র্যান্ডের নামযুক্ত ওষুধ বা আসল বায়োলজিক্যাল পণ্যের মতো ভালো কাজ করে এবং সাধারণত এতে খরচ কম হয়। অনেক ব্র্যান্ড নামের ওষুধের জন্য জেনেরিক ওষুধের বিকল্প এবং কিছু আসল জৈবিক পণ্যের জন্য বায়োসিমিলার বিকল্প আছে। কিছু বায়োসিমিলার হল বিনিময়যোগ্য বায়োসিমিলার এবং রাষ্ট্রীয় আইনের উপর নির্ভর করে, নতুন প্রেসক্রিপশনের প্রয়োজন ছাড়াই ফার্মেসিতে মূল জৈবিক পণ্যের জন্য বিকল্প হতে পারে, ঠিক যেমন জেনেরিক ওষুধগুলি ব্র্যান্ড নামের ওষুধের জন্য বিকল্প হতে পারে।

ওষুধের তালিকায় থাকতে পারে এমন ওষুধের প্রকারের সংজ্ঞার জন্য অধ্যায় 11 দেখুন।

ওভার-দ্য-কাউন্টার ওষুধ

আমাদের প্লানেও নির্দিষ্ট কিছু ওভার-দ্য-কাউন্টার ওষুধ আওতাভুক্ত করা হয়। কিছু ওভার-দ্য-কাউন্টার ওষুধ প্রেসক্রিপশনের ওষুধের চেয়ে কম ব্যয়বহুল এবং ঠিক একইভাবে কাজ করে। আরো তথ্যের জন্য, সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন।

কোনটি ওষুধের তালিকাতে নেই?

প্লানে সমস্ত প্রেসক্রিপশনের ঔষধ কভার করা হয় না।

- কিছু ক্ষেত্রে, আইন কোনো Medicare প্লানকে কিছু নির্দিষ্ট ধরনের ওষুধকে আওতাভুক্ত করার অনুমতি দেয় না। (এটি সম্বন্ধে আরও তথ্যের জন্য, এই অধ্যায়ের সেকশন 7.1 দেখুন।)
- অন্যান্য ক্ষেত্রে, আমরা ওষুধের তালিকায় একটি নির্দিষ্ট ওষুধ অন্তর্ভুক্ত না করার সিদ্ধান্ত নিয়েছি। কিছু ক্ষেত্রে, আপনি ওষুধের তালিকায় নেই এমন একটি ওষুধ পেতে পারেন। (আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে অধ্যায় 8 দেখুন।)

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

সেকশন 3.2 আপনি কীভাবে একটি নির্দিষ্ট ওষুধ “ওষুধের তালিকাটিতে” রয়েছে কিনা তা খুঁজে পাবেন?

খুঁজে বের করার জন্য আপনার কাছে 4টি উপায় আছে:

1. আমরা ইলেকট্রনিকভাবে প্রদান করা সবচেয়ে সাম্প্রতিক ওষুধের তালিকা দেখুন।
2. প্ল্যানের ওয়েবসাইট (SWHNY.com)-এ যান। ওয়েবসাইটে থাকা ওষুধের তালিকাটি সর্বদা সবচেয়ে আপডেট করা থাকে।
3. একটি নির্দিষ্ট ওষুধ পরিকল্পনার ড্রাগ লিস্ট-এ আছে কিনা তা খুঁজে বের করতে বা তালিকার একটি অনুলিপি চাইতে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।
4. প্ল্যানের “রিমেল-টাইম বেনিফিট টুল” (Caremark.com দিয়ে বা মেম্বার সার্ভিসকে কল করে) ব্যবহার করুন। আপনি আনুমানিক কত পরিমাণ অর্থ প্রদান করবেন তা দেখতে এবং ওষুধের তালিকায় এমন কোনো বিকল্প ওষুধ আছে কিনা যা একই অবস্থার চিকিৎসা করতে পারে তা জানতে ওষুধের তালিকাতে থাকা ওষুধগুলি অনুসন্ধান করার জন্য আপনি এই টুলটির সাহায্য নিতে পারেন।

সেকশন 4 কিছু ওষুধের কভারেজের উপর সীমাবদ্ধতা রয়েছে

সেকশন 4.1 কেন কিছু ওষুধের সীমাবদ্ধতা আছে?

নির্দিষ্ট প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য, বিশেষ নিয়ম আছে যা পরিকল্পনা কীভাবে এবং কখন তাদের কভার করে তা সীমাবদ্ধ করে। ডাক্তার এবং ফার্মাসিস্টদের একটি দল আপনাকে এবং আপনার প্রদানকারীকে সবচেয়ে কার্যকর উপায়ে ওষুধ ব্যবহারের উৎসাহ দিতে এই নিয়মগুলি তৈরি করেছে। আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করেন বা নিতে চান সেই ওষুধটির ক্ষেত্রে এই বিধিনিষেধগুলির মধ্যে কোনোটি প্রযোজ্য হয় কিনা তা জানতে, ওষুধের তালিকাটি দেখুন। যদি একটি নিরাপদ, কম দামের ওষুধ উচ্চ-মূল্যের ওষুধের মতোই চিকিৎসাগতভাবে কাজ করে, তাহলে পরিকল্পনার নিয়মগুলি আপনাকে এবং আপনার প্রদানকারীকে সেই কম দামের বিকল্প ওষুধটি ব্যবহার করতে উৎসাহিত করে।

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে কখনও কখনও একটি ওষুধ আমাদের ওষুধের তালিকায় একাধিকবার উপস্থিত থাকতে পারে। এর কারণ হল আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর দ্বারা নির্ধারিত ওষুধের শক্তি, পরিমাণ বা ফর্মের ভিত্তিতে একই ওষুধগুলি আলাদা হতে পারে এবং বিভিন্ন বিধিনিষেধ বা খরচ শেয়ারিং বিভিন্ন সংস্করণের ওষুধের জন্য প্রযোজ্য হতে পারে (উদাহরণস্বরূপ, 10 মিলিগ্রাম বনাম 100 মিলিগ্রাম, দিনে একটি বা দুইটি; প্রতিদি ট্যাবলেট বনাম লিকুইড)।

সেকশন 4.2 কি ধরনের নিষেধাজ্ঞা?

নীচের সেকশনগুলি আপনাকে নির্দিষ্ট ওষুধের জন্য আমরা যে ধরনের নিষেধাজ্ঞাগুলি ব্যবহার করি সে সম্পর্কে আরও বলে।

যদি আপনার ওষুধের জন্য কোনো বিধিনিষেধ থাকে, তাহলে সাধারণত এর মানে হল আপনাকে বা আপনার প্রদানকারীকে আমাদের ওষুধটি কভার করার জন্য অতিরিক্ত পদক্ষেপ নিতে হবে। ওষুধের কভারেজ পেতে আপনাকে বা আপনার প্রদানকারীকে কী করতে হবে তা জানতে সদস্য পরিষেবাগুলির সাথে যোগাযোগ করুন। আপনি যদি চান যে আমরা আপনার জন্য নিষেধাজ্ঞা প্রত্যাহার করি, তাহলে আপনাকে কভারেজ সিদ্ধান্ত প্রক্রিয়া ব্যবহার করতে হবে এবং আমাদেরকে অপশনটি অনুরোধ করতে হবে। আমরা আপনার জন্য সীমাবদ্ধতার ছাড় দিতে সম্মত হতে পারি বা নাও হতে পারি। (অধ্যায় 8 দেখুন।)

আগ্রিমভাবে প্ল্যানের অনুমোদন পাওয়া

কিছু ওষুধের জন্য, আমরা আপনার ওষুধটি কভার করার রাজি হওয়ার আগে আপনাকে বা আপনার সরবরাহকারীকে পরিকল্পনা থেকে অনুমোদন নিতে হবে। এটি প্রাথমিক অনুমোদন বলে। ওষুধের নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে এবং নির্দিষ্ট ওষুধের যথাযথ ব্যবহারের নির্দেশনা দিতে সহায়তা করার জন্য এটি সঠিক স্থানে রাখা হয়েছে। আপনি যদি এই অনুমোদন প্রাপ্ত না করেন, তাহলে আপনার ওষুধটি পরিকল্পনা দ্বারা কভার না করা হতে পারে।

প্রথমে ভিন্ন একটি ওষুধ ব্যবহার করে দেখা

এই শর্ত আপনাকে খরচ কমানোর চেষ্টা করতে উৎসাহিত করে কিন্তু সাধারণত এর কার্যকরতা অন্য ওষুধের মতোই যা পরিকল্পনার অন্তর্ভুক্ত। উদাহরণস্বরূপ, যদি ড্রাগ A এবং ড্রাগ B একই চিকিৎসার জন্য ব্যবহার হয় এবং ড্রাগ A কম ব্যয়বহুল হয়, তাহলে পরিকল্পনার জন্য আপনাকে প্রথমে ড্রাগ A ব্যবহার করার প্রয়োজন হতে পারে। যদি ড্রাগ A আপনার জন্য কাজ না করে, তাহলে প্ল্যানটি ড্রাগ B কে কভার করবে। প্রথমে একটি ভিন্ন ওষুধ চেষ্টা করার জন্য এই শর্তকে স্টেপ থেরাপি বলা হয়।

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা**পরিমাণের সীমাবদ্ধতা**

নির্দিষ্ট কিছু ঔষুধের জন্য, আমরা প্রতিবার আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় আপনি কতটা ঔষধ পেতে পারেন তা সীমা নির্ধারণ করি। উদাহরণস্বরূপ, যদি একটি নির্দিষ্ট ঔষুধের জন্য প্রতিদিন শুধুমাত্র একটি পিল গ্রহণ করা সাধারণত নিরাপদ বলে মনে করা হয়, তাহলে আমরা আপনার প্রেসক্রিপশনের কভারেজ প্রতিদিন একটির চেয়ে বেশি পিল দিব না।

সেকশন 5 আপনার ঔষুধের একটিকে আপনি যেভাবে আওতাভুক্ত করতে চান সেভাবে আওতাভুক্ত না হলে সেক্ষেত্রে কী হবে?**সেকশন 5.1 আপনার ঔষুধটি আপনি যেভাবে আওতাভুক্ত করতে চান সেটি সেইভাবে আওতাভুক্ত না হলে আপনি যা যা করতে পারেন তা এখানে রয়েছে**

এমন পরিস্থিতি রয়েছে যেখানে আপনি একটি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ গ্রহণ করছেন, অথবা আপনি এবং আপনার সরবরাহকারী মনে করেন যে আপনার সেবন করা উচিত, যা আমাদের ফর্মুলারিতে নেই বা ফর্মুলারিতে সীমাবদ্ধ রাখা হয়েছে। উদাহরণস্বরূপ:

- ঔষুধটি মোটেও অনুমোদিত নাও হতে পারে অথবা হতে পারে ঔষুধের একটি জেনেরিক সংস্করণ কভার করা হয়েছে কিন্তু আপনি যে ব্র্যান্ড নাম সংস্করণটি নিতে চান সেটি কভার করা হয়নি।
- ঔষুধটি অনুমোদিত, তবে সেই ঔষুধের জন্য কভারেজের অতিরিক্ত নিয়ম বা বিধিনিষেধ রয়েছে, যেমন ধারা 4 এ ব্যাখ্যা করা হয়েছে।
- আপনার ঔষুধটি আপনি যেভাবে কভার করতে চান সেভাবে কভার না হলে আপনি চাইলে কিছু করতে পারেন। **যদি আপনার ঔষুধ ওষুধের তালিকাটিতে না থাকে বা সীমাবদ্ধ থাকে, তাহলে আপনি কী করতে পারেন তা জানতে সেকশন 5.2-এ যান।**

সেকশন 5.2 আপনার ঔষুধ ওষুধের তালিকায় না থাকে বা ঔষুধটি কোনোভাবে সীমাবদ্ধ করা থাকলে আপনি কী করতে পারেন?

আপনার ঔষুধটি ওষুধের তালিকায় না থাকলে বা সীমাবদ্ধ করা থাকলে এখানে বিকল্পগুলি রয়েছে:

- আপনি একটি অস্থায়ী ঔষুধ সরবরাহ পেতে সক্ষম হতে পারেন।
- আপনি অন্য একটি ঔষুধে পরিবর্তন করতে পারেন।
- আপনি প্ল্যানটিকে একটি **ব্যতিক্রমের** জন্য অনুরোধ করতে এবং ঔষুধটি আওতাভুক্ত করতে বা ঔষুধের উপর থেকে বিধিনিষেধগুলি সরানোর জন্য বলতে পারেন।

আপনি একটি অস্থায়ী সরবরাহ পেতে পারেন

নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে, পরিকল্পনাটি অবশ্যই একটি ঔষুধের অস্থায়ী সরবরাহ প্রদান করবে যা আপনি ইতোমধ্যে সেবন করছেন। এই অস্থায়ী সরবরাহ আপনাকে আপনার প্রোভাইডারের সাথে পরিবর্তনগুলি সম্পর্কে কথা বলার সময় দেয়

একটি অস্থায়ী সরবরাহের প্রয়োজ্য হওয়ার জন্য, আপনি যে ঔষুধটি গ্রহণ করছেন তা **অবশ্যই প্ল্যানের ঔষুধের তালিকাটিতে থাকবে না অথবা বর্তমানে কোনোভাবে সীমাবদ্ধ করা থাকবে।**

- **আপনি একজন নতুন সদস্য হলে**, প্ল্যানটিতে আপনার সদস্যতা পাওয়ার প্রথম **90 দিনের** মধ্যে আমরা আপনার ঔষুধের একটি অস্থায়ী সরবরাহ আওতাভুক্ত করব।
- **আপনি যদি গত বছর পরিকল্পনায় থাকলে**, আমরা ক্যালেন্ডার বছরের প্রথম **90 দিনে** আপনার ঔষুধের একটি অস্থায়ী সরবরাহ কভার বা অনুমোদন করব।
- এই অস্থায়ী সরবরাহ সর্বাধিক 31 দিনের জন্য প্রয়োজ্য হবে। যদি আপনার প্রেসক্রিপশন কম দিনের জন্য লেখা থাকে, আমরা একাধিকবার ঔষুধ পূরণের অনুমতি দেব যাতে সর্বাধিক 31 দিনের ঔষুধ সরবরাহ করা যায়। প্রেসক্রিপশন অবশ্যই নেটওয়ার্ক ফার্মেসি থেকে পূরণ করতে হবে। (অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে দীর্ঘমেয়াদী কেশার ফার্মেসি বর্জ্য প্রতিরোধের জন্য একটি সময়ে অল্প পরিমাণে ঔষুধ সরবরাহ করতে পারে।)

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

- **যেসব সদস্য 90 দিনের বেশি সময় ধরে প্ল্যানে আছেন এবং একটি দীর্ঘমেয়াদী কেয়ার প্রতিষ্ঠানে অন্তর্ভুক্ত আছেন এবং অবিলম্বে একটি সরবরাহের প্রয়োজন:**

একটি নির্দিষ্ট ওষুধের 31 দিন অথবা যদি আপনার প্রেসক্রিপশন কম দিনের জন্য লেখা থাকে তাহলে আমরা তার জরুরি সরবরাহ অনুমোদন করব। এটি উপরের অস্থায়ী সরবরাহের সাথে সংযুক্ত।

- আপনি যদি LTC-এর একজন নতুন সুবিধাভুক্ত হন এবং 90 দিনের বেশি সময় ধরে আমাদের প্ল্যানে নথিভুক্ত হন এবং এমন একটি ঔষধের প্রয়োজন হয় যা অন্যান্য বিধিনিষেধের কারণে আমাদের ফর্মুলারিতে না থাকে, যেমন স্টেপ থেরাপি বা পরিমাণ সীমা (ডোজের সীমা), আমরা সেই ওষুধের একটি অস্থায়ী 31-দিনের জরুরি সরবরাহ অনুমোদন করব (যদি না প্রেসক্রিপশনটি কম দিনের জন্য হয়) এবং যখন সদস্য একটি ব্যতিক্রমি ফর্মুলারি অনুসরণ করেন। আপনি যে লেভেলে যন্ত্র বা পরিচর্যা পাচ্ছেন তার পরিবর্তন ঘটলে এবং সেইসাথে আপনাকে একটি প্রতিষ্ঠান বা চিকিৎসা কেন্দ্র থেকে অন্যটিতে স্থানান্তর করতে হয় এমন পরিস্থিতিতে ব্যতিক্রমি থাকবে। এই ধরনের পরিস্থিতিতে, আপনি প্ল্যানের সদস্য হিসাবে প্রথম 90 দিনের বাইরে থাকলেও আপনি একটি অস্থায়ী, একবার পূর্ণ ব্যতিক্রমীর জন্য প্রয়োজ্য হবেন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে আমাদের রূপান্তর নীতি শুধুমাত্র সেই ওষুধগুলির ক্ষেত্রে প্রয়োজ্য যোগ্য "Part D" এবং একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে কেনা রূপান্তর নীতিটি একটি non-Part D ড্রাগ বা নেটওয়ার্কের বাইরের ঔষধ কেনার জন্য ব্যবহার করা যাবে না, যদি না আপনি নেটওয়ার্কের বাইরে অ্যাফ্রেসের জন্য যোগ্যতা অর্জন করেন।

একটি অস্থায়ী সরবরাহ প্রস্তুত করার সম্পর্কে, সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।

যখন আপনি একটি ঔষধের অস্থায়ী সরবরাহ ব্যবহার করেন, তখন সেই অস্থায়ী সরবরাহ শেষ হয়ে আপনি কী করবেন তা সিদ্ধান্ত নিতে আপনার সরবরাহকারীর সাথে কথা বলা উচিত। আপনার দুটি অপশন আছে:

1) আপনি অন্য একটি ওষুধে পরিবর্তন করতে পারেন

প্ল্যানের আওতায় একটি ভিন্ন ওষুধ আছে কিনা সে সম্পর্কে আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন যা আপনার জন্য ঠিকভাবে কাজ করতে পারে। আপনি সদস্য পরিষেবাগুলিকে কল করে কভার করা ওষুধের একটি তালিকা চাইতে পারেন যা একই মেডিক্যাল কন্ডিশনে চিকিৎসার জন্য বিবেচনা করা যায়। এই তালিকাটি আপনার সরবরাহকারীকে একটি অনুমোদিত ওষুধ খুঁজে পেতে সাহায্য করতে পারে যা আপনার জন্য কাজ করতে পারে।

2) আপনি একটি ব্যতিক্রমের জন্য বলতে পারেন

আপনি এবং আপনার প্রদানকারী পরিকল্পনাকে একটি ব্যতিক্রমী কিছু করতে এবং আপনি যেভাবে ওষুধটি কভার করতে চান সেভাবে কভার করতে বলতে পারেন। যদি আপনার প্রোভাইডার বা প্রদানকারী বলেন যে আপনার চিকিৎসায় মেডিকেল কারণ রয়েছে যেটি একটি ব্যতিক্রমের জন্য আমাদের অনুরোধ করার যথাযথ কারণ বিদ্যমান, তাহলে আপনার প্রদানকারী আপনাকে একটি অস্থায়ী ব্যতিক্রমের জন্য অনুরোধ করার সাহায্য করতে পারেন। উদাহরণস্বরূপ, আপনি প্ল্যানের ওষুধের তালিকাটিতে না থাকা সত্ত্বেও একটি ওষুধ আওতাভুক্ত করার জন্য প্ল্যানকে বলতে পারেন। অথবা আপনি একটি ব্যতিক্রমী কিছু করতে এবং বিধিনিষেধ ছাড়াই ড্রাগ কভার করার পরিকল্পনা জিজ্ঞাসা করতে পারেন।

আপনি যদি একজন বর্তমান সদস্য হন এবং আপনি যে ঔষধটি গ্রহণ করছেন তা ফর্মুলারি থেকে সরিয়ে দেওয়া হলে বা পরবর্তী বছরের জন্য কোনোভাবে বাদ দেওয়া হলে, আমরা আপনাকে নতুন বছরের আগে যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে বলব। আপনি আগামী বছরের আগে একটি ব্যতিক্রমী কিছু করার জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন এবং আমরা আপনার অনুরোধ (বা আপনার প্রেসক্রাইবার সমর্থনকারী বিবৃতি) পাওয়ার 72 ঘন্টার মধ্যে আপনাকে একটি উত্তর দেব। আমরা আপনার অনুরোধ অনুমোদন করলে, পরিবর্তন কার্যকর হওয়ার আগে আমরা কভারেজ অনুমোদন করব।

যদি আপনি এবং আপনার প্রদানকারী একটি ব্যতিক্রমী কিছু চান, আপনাকে কী করতে হবে তা অধ্যায় 8, সেকশন 7.4 বলবে। আপনার অনুরোধটি দ্রুত এবং ন্যায্যভাবে পরিচালনা করা হয়েছে তা নিশ্চিত করার জন্য এটি Medicare কর্তৃক নির্ধারিত পদ্ধতি এবং সময়সীমা ব্যাখ্যা করে।

সেকশন 6 আপনার একটি ওষুধের জন্য কভারেজ পরিবর্তন হলে সেক্ষেত্রে কী হবে?

সেকশন 6.1 ওষুধের তালিকাটি বছরের মধ্যেই পরিবর্তিত হতে পারে

ঔষধের কভারেজের বেশিরভাগ পরিবর্তন প্রতি বছরের শুরুতে (জানুয়ারি 1) ঘটে। যাইহোক, বছরের মধ্যে, পরিকল্পনাটি "ড্রাগ তালিকা"-তে কিছু পরিবর্তন করতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, পরিকল্পনাটি হতে পারে:

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

- ড্রাগ তালিকা থেকে ঔষধ যোগ করুন বা সরিয়ে দিন।
- একটি ওষুধের জন্য কভারেজের উপর একটি সীমাবদ্ধতা যোগ করুন বা সরান।
- ঔষধের জেনেরিক সংস্করণ দিয়ে একটি ব্র্যান্ড নামের ওষুধ প্রতিস্থাপন করুন।
- বায়োলজিক্যাল পণ্যের একটি বিনিময়যোগ্য বায়োসিমিলার সংস্করণ দিয়ে একটি আসল বায়োলজিক্যাল পণ্য প্রতিস্থাপন করুন।

প্ল্যানের ওষুধের তালিকাটি পরিবর্তন করার আগে আমাদেরকে অবশ্যই Medicare প্রয়োজনীয়তাগুলি অনুসরণ করতে হবে।

এই অধ্যায়ে যে বিভিন্ন ধরনের ওষুধের বিষয়ে আলোচনা করা হয়েছে সেই সংজ্ঞা পেতে 11 নং অধ্যায় দেখুন।

সেকশন 6.2 আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার কভারেজ পরিবর্তন হলে কী হবে?**ড্রাগ কভারেজ পরিবর্তন সংক্রান্ত তথ্য**

ওষুধের তালিকাটিতে কোনো পরিবর্তন করা হলে, আমরা সেই পরিবর্তনগুলি সম্বন্ধে আমাদের ওয়েবসাইটে তথ্য পোস্ট করি। এছাড়াও আমরা নিয়মিত আমাদের অনলাইনে ওষুধের তালিকাটি আপডেট করতে পারি। এই সেকশনটি বর্ণনা করে যে আমরা ওষুধের তালিকায় কী ধরনের পরিবর্তন করতে পারি এবং আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার জন্য পরিবর্তন করা হলে কখন আপনি সরাসরি বিজ্ঞপ্তি পাবেন।

বর্তমান প্ল্যানের বছরে আমরা আপনাকে প্রভাবিত করে এমন ওষুধের তালিকায় যে পরিবর্তন করতে পারি

- ওষুধের তালিকায় নতুন ওষুধ যোগ করা এবং ওষুধের তালিকা থেকে **অবিলম্বে একটি লাইক ড্রাগ অপসারণ করা বা এতে পরিবর্তন করা।**
 - ওষুধের তালিকায় একটি ওষুধের নতুন সংস্করণ যোগ করার সময়, আমরা অবিলম্বে ওষুধের তালিকা থেকে একটি লাইক ড্রাগ সরিয়ে ফেলতে পারি, লাইক ড্রাগটিকে একটি ভিন্ন খরচ শেয়ারিং টিয়ারে স্থানান্তর করতে, নতুন বিধিনিষেধ যোগ করতে বা উভয়ই করতে পারি। ওষুধের নতুন সংস্করণ একই বা কম খরচ-শেয়ারিং টিয়ারে থাকবে এবং এটি একই বা কম বিধিনিষেধযুক্ত হবে।
 - আমরা এই অবিলম্বে পরিবর্তনগুলি তখনই করব যদি আমরা একটি ব্র্যান্ডের নামযুক্ত একটি নতুন জেনেরিক সংস্করণ যোগ করি বা ওষুধের তালিকায় আগে থেকেই থাকা একটি আসল জৈবিক পণ্যের কিছু নতুন বায়োসিমিলার সংস্করণ যোগ করি।
 - আমরা অবিলম্বে এই পরিবর্তনগুলি করতে পারি এবং পরে আপনাকে জানাতে পারি, এমনকি যদি আপনি আমরা যে ওষুধটি অপসারণ করছি বা পরিবর্তন করছি সেই ওষুধটি গ্রহণ করেন। আমরা পরিবর্তন করার সময় আপনি যদি লাইক ড্রাগ গ্রহণ করেন তবে আমরা আপনাকে আমাদের করা যেকোনো নির্দিষ্ট পরিবর্তন সম্পর্কে জানাব।
- **ওষুধের তালিকায় ওষুধ যোগ করা এবং অগ্রিম বিজ্ঞপ্তি দিয়ে লাইক তালিকায় ড্রাগ সরিয়ে ফেলা বা সেটিতে পরিবর্তন করা।**
 - ওষুধের তালিকায় ওষুধের অন্য সংস্করণ যোগ করার সময়, আমরা ওষুধের তালিকাটি থেকে একটি পছন্দের ওষুধ সরিয়ে ফেলতে পারি, এটিকে একটি ভিন্ন খরচ-শেয়ারিং স্তরে স্থানান্তর করতে, নতুন বিধিনিষেধ যোগ করতে বা উভয়ই করতে পারি। ওষুধের যে সংস্করণটি আমরা যোগ করি সেটি একই বা কম খরচ-শেয়ারিং টিয়ারে এবং একই বা তুলনামূলক কম সীমাবদ্ধতা সহ হবে।
 - আমরা শুধুমাত্র তখনই এই পরিবর্তনগুলি করব যদি আমরা একটি ব্র্যান্ডের নামের ওষুধের একটি নতুন জেনেরিক সংস্করণ যোগ করি বা একটি আসল জৈবিক পণ্যের কিছু নতুন বায়োসিমিলার সংস্করণ যোগ করি যা আগে থেকেই ওষুধের তালিকায় ছিল।
 - আমরা পরিবর্তনটি করার কমপক্ষে 30 দিন আগে বা পরিবর্তন সম্পর্কে আপনাকে জানিয়ে আপনি যে ওষুধের যে সংস্করণটি গ্রহণ করছেন তার জন্য 31-দিনের ফিল আওতাভুক্ত করব।
- **ওষুধের তালিকাটিতে থাকা অনিরাপদ ঔষধ এবং অন্যান্য ওষুধ হল বাজার থেকে বাদ দেওয়া ওষুধ।**
 - কখনও কখনও একটি ঔষধ অনিরাপদ বলে বা অন্য কারণে বাজার থেকে সরিয়ে নেওয়া যেতে পারে। যদি এটি ঘটে, আমরা অবিলম্বে ওষুধের তালিকাটি থেকে ওষুধটি সরিয়ে দিতে পারি। আপনি সেই ওষুধটি গ্রহণ করলে আমরা পরিবর্তন করার পরে আপনাকে জানাব।
- **ওষুধের তালিকাটিতে থাকা অন্যান্য ওষুধ পরিবর্তন করা**
 - বছর শুরু হলে আমরা অন্যান্য পরিবর্তন করতে পারি যা আপনার সেবন করা ঔষধকে প্রভাবিত করে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা FDA বন্ধযুক্ত সতর্কতা বা Medicare দ্বারা স্বীকৃত নতুন ক্লিনিক্যাল নির্দেশিকাগুলির উপর ভিত্তি করে পরিবর্তন করতে পারি।

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

- আমরা পরিবর্তন করার কমপক্ষে 30 দিন আগে বা এই পরিবর্তনগুলি সম্পর্কে আপনাকে জানিয়ে আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার জন্য অতিরিক্ত 31-দিনের ফিল আওতাভুক্ত করব।

আপনি যে ওষুধ গ্রহণ করছেন তার মধ্যে যদি আমরা এই পরিবর্তনগুলির মধ্যে কোনোটি করি, তাহলে আপনার প্রেসক্রাইবারের সাথে আপনার অবস্থার চিকিৎসার জন্য একটি ভিন্ন ওষুধে পরিবর্তন করা বা নতুন কোনো সঙ্কট করার জন্য একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের অনুরোধ সহ আপনার জন্য সবচেয়ে ভালো বিকল্পগুলি সম্পর্কে কথা বলুন। আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার উপর নিষেধাজ্ঞা। আপনি বা আপনার প্রেসক্রাইবার ওষুধ বা আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার সংস্করণটি অবিরতভাবে আওতাভুক্ত করার জন্য আমাদের কাছে একটি ব্যতিক্রমের জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন। একটি ব্যতিক্রম সহ একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য কীভাবে জিজ্ঞাসা করবেন সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় 9 দেখুন।

ওষুধের তালিকাটিতে করা যে পরিবর্তনগুলি বর্তমান প্ল্যানের বছরের মধ্যে আপনাকে প্রভাবিত করে না

উপরে বর্ণিত হয়নি এমন ওষুধের তালিকাটিতে আপনার নির্দিষ্ট কিছু পরিবর্তন করতে পারি। এই ক্ষেত্রে, যদি আপনি পরিবর্তন করার সময় ওষুধটি সেবন করেন তবে পরিবর্তনটি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না; যাইহোক, যদি আপনি একই প্লানে থাকেন তাহলে এই পরিবর্তনগুলি সম্ভবত পরবর্তী প্লান বছরের 1 জানুয়ারি থেকে আপনার উপর প্রভাব ফেলবে।

সাধারণভাবে, বর্তমান পরিকল্পনা বছরে যে পরিবর্তনগুলি আপনাকে প্রভাবিত করবে না তা হল:

- আমরা আপনার ঔষুধের ব্যবহারের উপর একটি নতুন বিধিনিষেধ আরোপ করেছি।
- আমরা ড্রাগ তালিকা থেকে ঔষধ সরিয়ে দেই।

আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তাতে যদি এই পরিবর্তনগুলির কোনোটি ঘটে থাকে (শুধু ব্যতিক্রম বাজার থেকে প্রত্যাহার, একটি ব্র্যান্ড নামের ওষুধের পরিবর্তে একটি জেনেরিক ওষুধ, বা উপরের সেকশনগুলিতে উল্লেখ করা অন্যান্য পরিবর্তন), তাহলে পরিবর্তনটি আপনার ব্যবহার বা আপনি যা অর্থ প্রদান করবেন পরের বছরের 1 লা জানুয়ারি পর্যন্ত খরচের অংশ হিসেবে তার উপর কোনও প্রভাব ফেলবে না।

আমরা আপনাকে চলমান পরিকল্পনা বছরে এই ধরনের পরিবর্তনগুলির ব্যাপারে সরাসরি জানাবো না। আপনাকে পরবর্তী প্লানের বছরের জন্য ওষুধের তালিকাটি পরীক্ষা করতে হবে (যখন তালিকাটি গোলা তালিকাভুক্তির সময় উন্মুক্ত থাকবে) যাতে আপনি যে ওষুধগুলি নিচ্ছেন সেগুলিতে কোনো পরিবর্তন আছে কিনা তা দেখতে পারেন যা পরবর্তী প্লানের বছরে আপনার উপর প্রভাব ফেলবে।

সেকশন 7 কোন প্রকারের ওষুধগুলি আমাদের প্ল্যান দ্বারা আওতাভুক্ত করা হয় না?**সেকশন 7.1 আমরা যেসব ধরনের ওষুধ আওতাভুক্ত করি না**

এই অংশটি আপনাকে কোন ধরনের প্রেসক্রিপশন ঔষুধগুলি বাদ দেওয়া হয়েছে তা বলবে। এর মানে হল মেডিকেশ্যর এই ঔষুধগুলির জন্য অর্থ প্রদান করে না।

আপনি যদি আপিল করেন এবং অনুরোধকৃত ঔষুধটি Part D এর অধীনে বাদ না দেওয়া হয়, তাহলে আমরা এর জন্য অর্থ প্রদান করব বা এটি কভার করব। (একটি সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার তথ্যের জন্য, অধ্যায় 8 এ যান।) যদি আমাদের পরিকল্পনা দ্বারা বাদ দেওয়া ঔষুধটি মেডিকেড দ্বারাও বাদ দেওয়া হয়, তাহলে আপনাকে এটি নিজের খরচে কিনতে হবে।

এখানে Part D এর অধীনে মেডিকেশ্যর ঔষুধ পরিকল্পনাগুলি যেসব ওষুধ কভার করবে না সেই সম্পর্কে তিনটি সাধারণ নিয়ম রয়েছে:

- আমাদের পরিকল্পনার Part D ঔষুধ কভারেজ মেডিকেশ্যর Part A বা Part B এর অধীনে কভার হয়ে থাকা ঔষুধ কভার করতে পারে না।
- আমাদের পরিকল্পনা United States বা তার অঞ্চলগুলো বাইরে ক্রয় করা ঔষুধ কভার করতে পারে না।
- কোনো ওষুধের অফ-লেভেল ব্যবহার আমেরিকান হসপিটাল ফর্মুলারি সার্ভিস ড্রাগ ইনফরমেশন এবং Micromedex DRUGDEX ইনফরমেশন সিস্টেমের মতো নির্দিষ্ট রেফারেন্স দ্বারা সমর্থিত না হলে আমাদের প্লান সেই ব্যবহারটিকে আওতাভুক্ত করতে পারে না। অফ-লেভেল ব্যবহার হল যা ফুড এন্ড ড্রাগ এডমিনিস্ট্রেশন দ্বারা অনুমোদিত ঔষুধের লেবেলে উল্লেখিত এর বাইরে এমন কোনো ওষুধের ব্যবহার।

এছাড়াও, আইনের দ্বারা, নীচে তালিকাভুক্ত নিম্নলিখিত শ্রেণির ওষুধগুলি মেডিকেশ্যর দ্বারা অনুমোদন করা হয় না। তবে, আপনার মেডিকেড ঔষুধ কভারেজের অধীনে এই ওষুধগুলির কিছু আপনার জন্য অনুমোদন করা যেতে পারে। Medicaid ড্রাগ কভারেজ সম্পর্কে আরও জানতে, আপনার সদস্য পরিষেবা বা আপনার স্টেট Medicaid অফিসে যোগাযোগ করুন (যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2, সেকশন 6 এ তালিকাভুক্ত করা হয়েছে)।

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

- প্রেসক্রিপশন বহির্ভূত ঔষধ (ওভার-দ্য-কাউন্টার ওষুধ বলা হয়)
 - ফার্মিটিসিড বাড়াতে ব্যবহৃত ঔষধ
 - কাশি বা সর্দির উপসর্গ উপশমের জন্য ব্যবহৃত ঔষধ
 - প্রসাধনী উদ্দেশ্যে বা চুলের বৃদ্ধির জন্য ব্যবহৃত ঔষধ
 - প্রেসক্রিপশন ভিটামিন এবং খনিজ পণ্য, প্রসবপূর্ব ভিটামিন এবং ক্লোরাইড প্রস্তুতি ছাড়া
 - সেক্সুয়াল বা ইনস্ট্যান্ট ডিসফাংশনের চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত ঔষধ
 - অ্যানোরেক্সিয়া, ওজন হ্রাস বা ওজন বৃদ্ধির চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত ঔষধ
 - বহির্বিভাগীয় ওষুধগুলির জন্য, যার প্রস্তুতকারক বিক্রয়ের শর্ত হিসাবে সংশ্লিষ্ট পরীক্ষাগুলি বা মনিটরিং পরিষেবাগুলি প্রস্তুতকারকের কাছ থেকে একচেটিয়াভাবে কেনার প্রয়োজন চায়।

সেকশন 8 প্রেসক্রিপশন পূরণ করা**সেকশন 8.1 আপনার সদস্যতা তথ্য প্রদান করুন**

আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে, আপনার প্ল্যানের সদস্যতার তথ্য প্রদান করুন, যা আপনার বেছে নেওয়া নেটওয়ার্ক ফার্মেসির মেম্বারশিপ কার্ডে পাওয়া যাবে। নেটওয়ার্ক ফার্মেসি স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার ঔষধের প্ল্যানটি বিল করবে।

Medicaid-এর আওতাভুক্ত প্রেসক্রিপশনগুলি পূরণ করতে আপনাকে অবশ্যই আপনার New York Medicaid প্ল্যানের সদস্য ID কার্ডটি দেখাতে হবে।

সেকশন 8.2 আপনার কাছে আপনার সদস্যতার তথ্য না থাকলে কী করবেন?

আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় যদি আপনার কাছে আপনার পরিকল্পনা সদস্যতার তথ্য না থাকে, তাহলে আপনি বা ফার্মেসি প্রয়োজনীয় তথ্য পেতে প্ল্যানটিতে কল করতে পারেন, অথবা আপনি ফার্মেসিকে আপনার পরিকল্পনা তালিকাভুক্তির তথ্য দেখাতে বলতে পারেন।

যদি ফার্মেসি প্রয়োজনীয় তথ্য না পায়, **তাহলে যখন আপনি এটি বাছাই করবেন তখন আপনাকে প্রেসক্রিপশনের সম্পূর্ণ মূল্য দিতে হতে পারে।** (এরপর আপনি আমাদেরকে **ভর্তুকি** দিতে বলতে পারেন।) কিতাবে ভর্তুকির পরিকল্পনার জন্য জিজ্ঞাসা করতে হয় সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য অধ্যায় 6, সেকশন 2 দেখুন।)

সেকশন 9 বিশেষ পরিস্থিতিতে পার্ট D ওষুধের কভারেজ**সেকশন 9.1 আপনি প্ল্যানের আওতাভুক্ত একটি হাসপাতাল বা একটি দক্ষ নার্সিং সুবিধার মধ্যে থাকলে কী হবে?**

আপনি যদি প্ল্যানের আওতায় থাকার জন্য একটি হাসপাতালে বা একটি দক্ষ নার্সিং সুবিধায় ভর্তি হন, তাহলে আমরা সাধারণত আপনার থাকাকালীন সময়ের প্রেসক্রিপশনের ঔষধের খরচ কভার করব। একবার আপনি হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধা ছেড়ে চলে গেলে, যতক্ষণ পর্যন্ত ওষুধগুলি এই অধ্যায়ে বর্ণিত আমাদের কভারেজের সমস্ত নিয়ম মেনে চলবে ততক্ষণ পর্যন্ত আপনার প্রেসক্রিপশনের ঔষধগুলিকে এই পরিকল্পনাটি কভার করবে।

সেকশন 9.2 আপনি যদি দীর্ঘমেয়াদী যত্ন (LTC) সুবিধার আওতাভুক্ত হলে কী হবে?

সাধারণত, একটি দীর্ঘমেয়াদী যত্ন (LTC) সুবিধার (যেমন একটি নার্সিং হোম) নিজস্ব ফার্মেসি থাকে বা এমন একটি ফার্মেসি ব্যবহার করে যা এর সমস্ত আওতাভুক্ত ব্যক্তির জন্য ওষুধ সরবরাহ করে। আপনি যদি LTC সুবিধার আওতাভুক্ত হন, তাহলে যতক্ষণ পর্যন্ত এটি আমাদের নেটওয়ার্কের অংশবিশেষ হিসেবে ততক্ষণ পর্যন্ত, আপনি আপনার প্রেসক্রিপশন ঔষধ সেই সুবিধার ফার্মেসি বা তারা যে ফার্মেসি ব্যবহার করে তার মাধ্যমে পেতে পারেন।

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

আপনার LTC সুবিধার ফার্মেসি বা এটি যা ব্যবহার করে সেটি আমাদের নেটওয়ার্কের অংশ কিনা তা জানতে আপনার প্রোভাইডার/ফার্মেসি ডিরেক্টরি SWHNY.com দেখুন। যদি এটি না হয়, বা আপনার যদি আরও তথ্য বা সহায়তার প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলির সাথে যোগাযোগ করুন। আপনি যদি একটি LTC সুবিধার মধ্যে থাকেন, তাহলে আমাদের অবশ্যই নিশ্চিত করতে হবে যে আপনি আমাদের LTC ফার্মেসীগুলির নেটওয়ার্কের মাধ্যমে নিয়মিতভাবে আপনার Part D সুবিধাগুলি পেতে সক্ষম।

আপনি যদি দীর্ঘমেয়াদী যত্ন (LTC) সুবিধার আওতাভুক্ত হন এবং আমাদের ওষুধের তালিকায় নেই বা কোনোভাবে সীমাবদ্ধ কোনো ওষুধের প্রয়োজন হয় তাহলে কী হবে?

অনুগ্রহ করে একটি অস্থায়ী বা জরুরি সরবরাহ সম্পর্কে সেকশন 5.2 পড়ুন

সেকশন 9.3 আপনি যদি একজন নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গ্রুপ প্ল্যান থেকে ওষুধের কভারেজ পান তাহলে কী হবে?

আপনার (বা আপনার সঙ্গী বা পরিবারের সদস্যের) নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গোষ্ঠীর মাধ্যমে আপনার যদি অন্য কোনো প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে **সেই গ্রুপের বেনিফিট অ্যাডমিনিস্ট্রেটরের** সাথে যোগাযোগ করুন। বেনিফিট অ্যাডমিনিস্ট্রেটর আপনার বর্তমান প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ আমাদের প্লানের সাথে কিভাবে কাজ করবে তা নির্ধারণ করতে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন।

সাধারণভাবে, আপনার যদি কর্মী বা অবসরপ্রাপ্ত গ্রুপ কভারেজ থাকে, তাহলে আপনি আমাদের কাছ থেকে যে ওষুধের কভারেজ পাবেন তা আপনার গ্রুপ কভারেজের জন্য গৌণ হবে। এর মানে আপনার গ্রুপ কভারেজে প্রথমে পেমেন্ট করা হবে।

ক্রেডিট যোগ্য কভারেজের জন্য বিশেষ নোট:

প্রতি বছর আপনার নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গ্রুপ আপনাকে একটি নোটিস পাঠাবে, এতে বলা হবে পরের বছরের জন্য প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজে পেমেন্ট পাওয়া যাবে কি না।

গ্রুপ প্লানের কভারেজ ক্রেডিটেবল হলে, এর মানে যে প্লানে ওষুধের কভারেজ রয়েছে যাতে গড়পড়তা, অন্তত Medicare-এর স্ট্যান্ডার্ড প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজের সমান পেমেন্ট প্রত্যাশিত।

ক্রেডিটেবল কভারেজের জন্য এই নোটিসের বিষয়ে মনে রাখবেন, কারণ পরে আপনার এটি প্রয়োজন হতে পারে। আপনি যদি Medicare প্লানে নথিভুক্ত হন যাতে পার্ট D ওষুধের কভারেজ আছে, সে ক্ষেত্রে আপনি ক্রেডিটেবল কভারেজ বজায় রেখেছেন তা দেখানোর জন্য আপনার এই নোটিসের প্রয়োজন হতে পারে। আপনি ক্রেডিট যোগ্য কভারেজের নোটিস যদি না পান, তাহলে আপনার নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত পরিকল্পনার বেনিফিট অ্যাডমিনিস্ট্রেটর বা নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়নের কাছ থেকে একটি কপি অনুগ্রহ করে নিন।

সেকশন 9.4 আপনি Medicare-প্রত্যয়িত হসপিসে থাকলে কী হবে?

হসপিস এবং আমাদের পরিকল্পনা একই সময়ে একই ঔষধকে অনুমোদন করে না। আপনি যদি Medicare ধর্মশালায় নথিভুক্ত হয়ে থাকলে কিছু ঔষধ (যেমন, বমি বমি প্রতিরোধকারী, ল্যাক্সেটিভ, ব্যথার ঔষধ বা অ্যান্টি-অ্যাংটা ঔষধ) যেগুলি আপনার ধর্মশালা কভার করে না কারণ এটি আপনার শেষ রোগের সাথে সম্পর্কিত নয় সে ক্ষেত্রে আমাদের প্লানকে অবশ্যই প্রেসক্রাইবার বা আপনার ধর্মশালা প্রদানকারীর কাছ থেকে বিজ্ঞপ্তি পেতে হবে যে আমাদের প্লানে ঔষধটি কভার করার আগে ঔষধটি সম্পর্কযুক্ত নয়। আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকা উচিত এমন ঔষধগুলি গ্রহণে বিলম্ব রোধ করতে, আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার আগে আপনার হসপিস প্রদানকারী বা প্রেসক্রাইবারকে বিজ্ঞপ্তি প্রদান করতে বলুন।

ইভেন্টে হয় আপনি আপনার হসপিস নির্বাচন প্রত্যাহার করেন বা ধর্মশালা থেকে অব্যাহতি দেন, আমাদের পরিকল্পনা এই ডকুমেন্টের ব্যাখ্যা অনুযায়ী আপনার ঔষধগুলিকে অনুমোদন করবে। যখন আপনার মেডিকেশার হসপিস বেনিফিট শেষ হয়ে যায় তখন ফার্মেসিতে কোনো বিলম্ব রোধ করতে, আপনার প্রত্যাহার বা ডিসচার্জ যাচাই করার জন্য ফার্মাসিতে ডকুমেন্টেশন আনুন।

সেকশন 10 ওষুধের নিরাপত্তা এবং ব্যবস্থাপনা সংক্রান্ত প্রোগ্রাম

সেকশন 10.1 সদস্যদের চিকিৎসা ব্যবহারে সহায়তা করার জন্য প্রোগ্রাম

আমরা আমাদের সদস্যদের নিরাপদ এবং উপযুক্ত যত্ন পাচ্ছেন তা সহায়তা নিশ্চিত করতে ওষুধের ব্যবহার পর্যালোচনা করি।

প্রতিবার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় আমরা একটি পর্যালোচনা করি। আমরা নিয়মিত আমাদের রেকর্ড পর্যালোচনা করি। এই পর্যালোচনার সময়, আমরা সম্ভাব্য সমস্যাগুলি সন্ধান করি যেমন:

- সম্ভাব্য ওষুধের ত্রুটি
- যে ওষুধগুলির প্রয়োজন নাও হতে পারে কারণ আপনি একই অবস্থার চিকিৎসার জন্য অন্য ওষুধ গ্রহণ করছেন
- আপনার বয়স বা লিঙ্গের কারণে যে ওষুধগুলি নিরাপদ বা উপযুক্ত নাও হতে পারে।
- কিছু ওষুধ সংমিশ্রণ যা একই সময়ে গ্রহণ করলে আপনার ক্ষতি হতে পারে
- আপনার অ্যালার্জি করতে পারে এমন উপাদান এমন প্রেসক্রিপশনের ওষুধে আছে
- আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার পরিমাণে (ডোজে) সম্ভাব্য ত্রুটি
- অনিরাপদ পরিমাণে ওপিওড ব্যথার ওষুধ

আমরা যদি আপনার ওষুধ ব্যবহারে কোনো সম্ভাব্য সমস্যা দেখতে পাই, তাহলে আমরা সমস্যাটি সংশোধন করতে আপনার সরবরাহকারীর সাথে কাজ করব।

সেকশন 10.2 ড্রাগ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রাম (DMP) সদস্যদের নিরাপদে তাদের ওপিওড ওষুধ ব্যবহার করতে সহায়তা করার জন্য

আমাদের একটি প্রোগ্রাম আছে যা সদস্যদের নিরাপদে প্রেসক্রিপশন ওপিওড এবং অন্যান্য প্রায়ই অপব্যবহৃত ওষুধ ব্যবহার করা তা নিশ্চিত করতে সাহায্য করে। এই প্রোগ্রামটিকে ড্রাগ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রাম (DMP) বলা হয়। আপনি যদি ওপিওডে ওষুধ ব্যবহার করেন যা আপনি বেশ কয়েকটি প্রেসক্রাইবার বা ফার্মেসি থেকে পান, অথবা আপনার যদি সাম্প্রতিক ওপিওডের ওভারডোজ হয়ে থাকে, তাহলে আপনার ওপিওড ওষুধের ব্যবহার উপযুক্ত এবং চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় কিনা তা নিশ্চিত করতে আমরা আপনার প্রেসক্রাইবারদের সাথে কথা বলতে পারি। আপনার প্রেসক্রাইবারদের সাথে কাজ করে, আমরা যদি সিদ্ধান্ত নিই যে আপনার প্রেসক্রিপশনের ওপিওড বা বেনজোডিয়াজেপাইন ওষুধের ব্যবহার নিরাপদ নাও হতে পারে, তাহলে আপনি কীভাবে সেই ওষুধগুলি পেতে পারেন তা আমরা সীমিত করতে পারি। আমরা যদি আপনাকে আমাদের ডিএমপিতে রাখি, তাহলে সীমাবদ্ধতাগুলি হতে পারে:

- আপনাকে একটি নির্দিষ্ট ফার্মেসি থেকে ওপিওড বা বেনজোডিয়াজেপাইন ওষুধের জন্য আপনার সবগুলো প্রেসক্রিপশন পেতে হবে
- আপনাকে একটি নির্দিষ্ট প্রেসক্রিপশনের কাছ থেকে ওপিওডে বা বেনজোডিয়াজেপাইন ওষুধের জন্য আপনার সমস্ত প্রেসক্রিপশন পেতে হবে
- আমরা আপনার জন্য ওপিওডে বা বেনজোডিয়াজেপাইন ওষুধের পরিমাণ সীমাবদ্ধ করব

আপনি কীভাবে এই ওষুধগুলো পেতে পারেন বা আপনি কতটা পেতে পারেন তা সীমাবদ্ধ করার পরিকল্পনা যদি আমরা করি তবে আমরা আপনাকে একটি অগ্রিম চিঠি পাঠাব। চিঠিটি আপনাকে জানাবে যে আমরা আপনার জন্য এই ওষুধগুলির কভারেজ সীমাবদ্ধ করব কিনা বা যদি আপনাকে কেবলমাত্র কোনো নির্দিষ্ট ডাক্তার বা ফার্মেসির কাছ থেকে এই ওষুধগুলির প্রেসক্রিপশন পেতে হবে। আপনি কোন প্রেসক্রাইবার বা ফার্মেসিগুলি ব্যবহার করতে চান এবং অন্য যেকোনো তথ্য যা আমাদেরকে জানতে হবে বলে আপনি মনে করেন তা আমাদেরকে বলার সুযোগ আপনার থাকবে। আপনার সাড়া দেওয়ার সুযোগ পাওয়ার পরে, যদি আমরা এই ওষুধগুলোর জন্য আপনার কভারেজ সীমাবদ্ধ করার সিদ্ধান্ত নিই, আমরা সীমাবদ্ধতা নিশ্চিত করে আপনাকে আরেকটি চিঠি পাঠাব। আপনি যদি মনে করেন যে আমরা কোনো ভুল করেছি বা আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে বা সীমাবদ্ধতার সাথে একমত নন তবে আপনার এবং আপনার প্রেসক্রাইবারের আপীল করার অধিকার রয়েছে। আপনি আপীল করলে, আমরা আপনার মামলাটি পর্যালোচনা করে নতুন কী সিদ্ধান্ত নিলাম তা আপনাকে জানিয়ে দেব। যদি আমরা আপনার ওষুধগুলোতে আপনার অ্যাক্সেসের ক্ষেত্রে প্রয়োজ্য সীমাবদ্ধতার সাথে সম্পর্কিত আপনার অনুরোধের কোনো অংশ অস্বীকার করতে থাকি তবে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার কেসটি আমাদের পরিকল্পনার বাইরে কোনো স্বাধীন পর্যালোচকের কাছে প্রেরণ করব। কীভাবে আপীল চাইতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য অধ্যায় 9 দেখুন।

আপনার যদি কিছু মেডিকেল শর্ত থাকে যেমন ক্যান্সার সম্পর্কিত ব্যথা বা সিকেল সেল ডিজিজ, আপনি হসপিটাল, উপশমকারী বা জীবনের শেষ পরিচর্যা নিচ্ছেন বা দীর্ঘমেয়াদী কেয়ার ফ্যাসিলিটিতে বাস করেন তবে আপনাকে আমাদের DMP-তে রাখা হবে না।

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

সেকশন 10.3 মেডিকেশন থেরাপি ম্যানেজমেন্ট (MTM) প্রোগ্রাম সদস্যদের তাদের ওষুধ পরিচালনা করতে সহায়তা করে

আমাদের একটি প্রোগ্রাম রয়েছে যা আমাদের সদস্যদের জটিল স্বাস্থ্যের প্রয়োজনে সাহায্য করতে পারে। আমাদের প্রোগ্রামটিকে মেডিকেশন থেরাপি ম্যানেজমেন্ট (MTM) প্রোগ্রাম বলা হয়। এই প্রোগ্রামটি স্বৈচ্ছাসেবী এবং বিনামূল্যে। ফার্মাসিস্ট এবং ডাক্তারদের একটি দল আমাদের সদস্যরা যে ওষুধ গ্রহণ করেন তা থেকে সর্বাধিক উপকার পাচ্ছেন তা নিশ্চিত করতে সহায়তা করতে আমাদের জন্য প্রোগ্রামটি তৈরি করেছেন।

যে সদস্যরা নির্দিষ্ট কিছু দীর্ঘস্থায়ী রোগে ভোগেন এবং এমন ওষুধ সেবন করেন যা ওষুধের খরচের একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ ছাড়িয়ে যায় অথবা সদস্যদের তাদের ওপিওডগুলি নিরাপদে ব্যবহার করতে সাহায্য করার জন্য DMP-এ থাকে, তারা একটি MTM প্রোগ্রামের মাধ্যমে পরিষেবা পেতে পারেন। আপনি যদি প্রোগ্রামের জন্য যোগ্যতা অর্জন করেন তবে ফার্মাসিস্ট বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পেশাদার আপনাকে আপনার সমস্ত ওষুধের একটি বিস্তৃত পর্যালোচনা দেবে। পর্যালোচনা চলাকালীন, আপনি আপনার ওষুধ, আপনার ব্যয় এবং আপনার প্রেসক্রিপশন ও ওভার-দ্য কাউন্টার ওষুধ সম্পর্কে আপনার যে কোনো সমস্যা বা প্রশ্ন সম্পর্কে কথা বলতে পারেন। আপনি একটি লিখিত সংক্ষিপ্তসার পাবেন যার একটি প্রস্তাবিত করণীয় তালিকা রয়েছে যাতে আপনার ওষুধগুলো থেকে সর্বোত্তম ফলাফল পেতে আপনার নেওয়া উচিত পদক্ষেপগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আপনি একটি ওষুধের তালিকাও পাবেন যাতে আপনি যে সমস্ত ওষুধ গ্রহণ করছেন, আপনি কতটা গ্রহণ করেন এবং কখন ও কেন সেগুলো গ্রহণ করেন তা অন্তর্ভুক্ত থাকবে। এছাড়াও, MTM প্রোগ্রামের সদস্যরা নিম্নলিখিত পদার্থের প্রেসক্রিপশন ওষুধের নিরাপদ নিষ্পত্তি সম্পর্কিত তথ্য পাবেন।

আপনার প্রস্তাবিত করণীয় তালিকা এবং ওষুধের তালিকা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলা ভালো ধারণা। আপনার ভিজিট বা যেকোনো সময় আপনি আপনার চিকিৎসক, ফার্মাসিস্ট এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীদের সাথে কথা বলার সময় সংক্ষিপ্তসারটি আপনার সাথে আনুন। এছাড়াও, আপনি যদি হাসপাতালে বা জরুরি কক্ষে যান তবে আপনার ওষুধের তালিকাটি আপ টু ডেট রাখুন এবং আপনার সাথে (উদাহরণস্বরূপ, আপনার আইডি সহ) রাখুন।

যদি আমাদের এমন কোনো প্রোগ্রাম থাকে যা আপনার প্রয়োজনীয়তার সাথে খাপ খায়, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে প্রোগ্রামে নথিভুক্ত করব এবং আপনাকে তথ্য প্রেরণ করব। আপনি যদি অংশগ্রহণ না করার সিদ্ধান্ত নেন তবে অনুগ্রহ করে আমাদের জানান এবং আমরা আপনাকে প্রত্যাহার করব। এই প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে তবে অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাদের সাথে যোগাযোগ করুন।

সেকশন 11 আমরা আপনাকে যে রিপোর্টগুলো পাঠাই তা আপনার ওষুধের জন্য অর্থপ্রদান এবং আপনি কোন অর্থপ্রদানের পর্যায়ে আছেন তা ব্যাখ্যা করে

সেকশন 11.1 আমরা আপনাকে পার্ট D ব্যাখ্যা অফ বেনিফিট (পার্ট D EOB) নামে একটি মাসিক সংক্ষিপ্তসার প্রেরণ করি

আমাদের প্ল্যান আপনার প্রেসক্রিপশনের ওষুধের খরচ এবং আপনি আপনার প্রেসক্রিপশনগুলি ফার্মেসিতে ভর্তি বা রিফিল করার সময় যে অর্থ প্রদান করেছেন তার দিকে লক্ষ্য রাখে। এইভাবে, আমরা আপনাকে বলতে পারি আপনি কখন ওষুধের জন্য অর্থপ্রদানের একটি স্টেজ থেকে পরবর্তীতে চলে গেছেন। বিশেষ করে, এমন দুই ধরনের খরচ আছে যার দিকে আমরা লক্ষ্য রাখি:

- আপনি কত পরিমাণ অর্থ প্রদান করেছেন আমরা সেটি লক্ষ্য রাখি। এটিকে আপনার **আউট-অফ-পকেট খরচ** বলে।
- আমরা আপনার **মোট ওষুধের খরচের** হিসাব রাখি। এটি হল সেই টাকা যা আপনাকে নিজের পকেট থেকে দিতে হয় বা অন্যরা আপনার পক্ষ থেকে পরিশোধ করে এবং প্ল্যান দ্বারা প্রদান করা হয়।

আপনি যদি আগের মাসে পরিকল্পনার মাধ্যমে এক বা একাধিক প্রেসক্রিপশন পূরণ করে থাকেন তবে আমরা আপনাকে একটি পার্ট D EOB পাঠাব। পার্ট D EOB-এ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- **সেই মাসের তথ্য।** এই রিপোর্টটি আগের মাসে আপনার পূরণ করা প্রেসক্রিপশন সম্পর্কে অর্থপ্রদানের বিবরণ দেয়। এটি মোট ওষুধের খরচ, প্লানের থেকে কত টাকা দেওয়া হয়েছে এবং আপনি এবং আপনার পক্ষ থেকে অন্যরা কত টাকা দিয়েছেন তা দেখায়।
- **1লা জানুয়ারি থেকে গোটা বছরের জন্য মোট খরচ।** এটিকে ইয়ার-টু-ডেট তথ্য বলে। এটি বছর শুরু হওয়ার পর থেকে আপনার ওষুধের জন্য মোট ওষুধের খরচ এবং মোট কত অর্থ প্রদান করা হয়েছে তা দেখায়।

অধ্যায় 5 পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পরিকল্পনার কভারেজ ব্যবহার করা

- **ওষুধের দামের তথ্য।** এই তথ্যটি ওষুধের মোট মূল্য এবং একই পরিমাণের প্রতিটি প্রেসক্রিপশন দাবির জন্য প্রথম ফিল থেকে দাম বৃদ্ধির তথ্য জানা যায়।
- **তুলনামূলক কম খরচে বিকল্প প্রেসক্রিপশন পাওয়া যায়।** এটিতে প্রতিটা প্রেসক্রিপশন দাবির জন্য কম খরচে শেয়ারিং সহ অন্যান্য উপলব্ধ ওষুধের তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

সেকশন 11.2 আপনার ওষুধের জন্য যে অর্থপ্রদান করেছেন সে সম্পর্কিত তথ্য আপ টু ডেট রাখতে আমাদেরকে সাহায্য করুন

আপনার ওষুধের খরচ এবং ওষুধের জন্য আপনি যে অর্থ প্রদান করেন তার দিকে লক্ষ্য রাখতে, আমরা ফার্মেসি থেকে পাওয়া রেকর্ডগুলি ব্যবহার করি। আপনার তথ্য সঠিক এবং আপ টু ডেট রাখতে আপনি কীভাবে আমাদেরকে সাহায্য করতে পারেন তা এখানে রয়েছে:

- **প্রতিবার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় আপনার সদস্যতা কার্ডটি দেখান।** এটি আমাদের নিশ্চিত করতে সাহায্য করে যে আপনি কোন প্রেসক্রিপশনগুলি পূরণ করেছেন এবং আপনি কত অর্থ প্রদান করেছেন সে সম্পর্কে আমরা জানি।
- **আমাদের প্রয়োজনীয় তথ্য আছে তা নিশ্চিত করুন।** কোনো কোনো সময় আপনি প্রেসক্রিপশনের ওষুধের সম্পূর্ণ খরচের জন্য অর্থ প্রদান করতে পারেন। এসব ক্ষেত্রে, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার পকেটের বাইরের খরচের দিকে লক্ষ্য রাখার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য পাব না। আপনার পকেটের বাইরের খরচের দিকে লক্ষ্য রাখতে আমাদের সাহায্য করতে, আমাদের আপনার রসিদের কপি দিন আপনাকে কখন আপনার ওষুধের রসিদের কপি আমাদেরকে দিতে হবে তার উদাহরণ এখানে দেওয়া হল:
 - আপনি একটি নেটওয়ার্কের ফার্মেসিতে একটি বিশেষ মূল্যে একটি আওতাভুক্ত ওষুধ কেনার সময় যখন এমন একটি ডিসকাউন্ট কার্ড ব্যবহার করেন যা আমাদের প্ল্যানের বেনিফিটের অংশ নয়
 - আপনি যখন ওষুধ প্রস্তুতকারক রোগী সহায়তা কর্মসূচির অধীনে সরবরাহ করা ওষুধের জন্য একটি সহ-অর্থপ্রদান করেন
 - যে কোনো সময় যখন আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে আওতাভুক্ত ওষুধ কিনেছেন বা অন্য সময়ে বিশেষ পরিস্থিতিতে আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য সম্পূর্ণ মূল্য পরিশোধ করেছেন

আপনাকে একটি আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য বিল করা হলে, আপনি আমাদের প্ল্যানকে খরচের আমাদের অংশ পরিশোধ করতে বলতে পারেন। এটি কীভাবে করবেন তার নির্দেশাবলীর জন্য, অধ্যায় 6-এর সেকশন 2-এ যান।

- **অন্যরা আপনার জন্য যে পেমেন্ট করেছে সে সম্পর্কে আমাদের তথ্য পাঠান।** কিছু নির্দিষ্ট ব্যক্তি এবং সংস্থার দ্বারা করা অর্থপ্রদানগুলিও আপনার পকেটের বাইরের খরচের জন্য মধ্যেই ধরা হয়। উদাহরণস্বরূপ, কোলও AIDS ওষুধ সহায়তা প্রোগ্রাম (ADAP), ভারতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং বিভিন্ন দাতব্যের জন্য খরচ আপনার হিসাব বহির্ভূত খরচ হিসাবে গণ্য হয়। এই অর্থপ্রদানগুলির একটি রেকর্ড রাখুন এবং সেগুলি আমাদের কাছে পাঠান যাতে আমরা আপনার খরচের দিকে লক্ষ্য রাখতে পারি।
- **আমরা আপনাকে যে লিখিত রিপোর্টটি পাঠিয়েছি সেটি দেখুন।** আপনি পার্ট D EOB পেলে তথ্যটি সম্পূর্ণ এবং সঠিক কিনা তা নিশ্চিত করতে এটি দেখুন। আপনি যদি মনে করেন যে কিছু অনুলিখিত রয়েছে বা আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলিতে আমাদেরকে কল করুন। প্ল্যানের সদস্যরা Caremark.com-এ অনলাইনে তাদের EOBগুলি পেতে পারেন। এই রিপোর্টগুলি রাখার বিষয়টি নিশ্চিত করুন।

অধ্যায় 6:

আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আপনি যে বিল পেয়েছেন আমাদেরকে তার অর্থ প্রদান করতে বলুন

সেকশন 1 এই পরিস্থিতিগুলিতে আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা বা ওষুধগুলির জন্য আমাদেরকে অর্থ প্রদান করতে বলা উচিত

আমাদের নেটওয়ার্ক প্রদানকারীরা আপনার কভার করা পরিষেবা এবং ওষুধের জন্য সরাসরি প্ল্যান বিল করে – আপনি কভার করা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য কোনো বিল পাবেন না। আপনি চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধগুলির জন্য কোনো বিল পেলে আপনার এই বিলটি আমাদের কাছে পাঠানো উচিত যাতে আমরা তা পরিশোধ করতে পারি। আপনি আমাদেরকে বিল পাঠালে, আমরা বিলটি দেখব এবং সিদ্ধান্ত নেব যে পরিষেবা এবং ওষুধগুলি আওতাভুক্ত করা উচিত কিনা। আমরা যদি সিদ্ধান্ত নিই যে সেগুলোকে কভার করা উচিত, আমরা সরাসরি প্রোভাইডারকে পেমেন্ট করব।

আপনি ইতিমধ্যেই একটি Medicare পরিষেবা বা প্ল্যানের অন্তর্ভুক্ত আইটেমের জন্য অর্থ প্রদান করে থাকলে, আপনি আমাদের প্ল্যানকে আপনাকে তা ফেরত দিতে বলতে পারেন (আপনাকে অর্থ ফেরত দেওয়াকে প্রায়শই **প্রতিদান** বলা হয়)। যখনই আপনি আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য পেমেন্ট করেছেন তখন আমাদের পরিকল্পনার দ্বারা পরিশোধ করা আপনার অধিকার। এমন সময়সীমা থাকতে পারে যা ফেরত পাওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অনুগ্রহ করে এই অধ্যায়ের সেকশন 2 দেখুন। আপনি যখন ইতোমধ্যে পরিশোধ করেছেন এমন একটি বিল আমাদের পাঠাবেন, আমরা বিলটি দেখব এবং পরিষেবাগুলো বা ড্রাগগুলো কভার করা উচিত কিনা তা সিদ্ধান্ত নেব। যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে তাদের কভার করা উচিত, আমরা আপনাকে পরিষেবা বা ওষুধের জন্য টাকা ফেরত দেব।

কোনো কোনো সময় এমন হতে পারে যখন আপনি কোনো প্রোভাইডারের কাছ থেকে আপনার প্রাপ্ত চিকিৎসা যন্ত্রের সম্পূর্ণ খরচের জন্য বিল পেতে পারেন বা সম্ভবত এই ডকুমেন্টটিতে উল্লিখিত খরচের শেষারের আপনার অংশের চেয়ে বেশি। প্রথমে প্রোভাইডারের সাথে বিলটি সমাধান করার চেষ্টা করুন। তাতেও কাজ না হলে বিল পরিশোধ না করে আমাদের কাছে পাঠিয়ে দিন। আমরা বিলটি দেখব এবং সিদ্ধান্ত নেব যে পরিষেবাগুলো কভার করা উচিত কিনা। আমরা যদি সিদ্ধান্ত নিই যে সেগুলোকে কভার করা উচিত, আমরা সরাসরি প্রোভাইডারকে পেমেন্ট করব। যদি আমরা এটি প্রদান না করার সিদ্ধান্ত নিই, আমরা প্রোভাইডারকে অবহিত করব। আপনার কখনই পরিকল্পনা-অনুমোদিত ব্যয়-শেয়ার করে নেওয়ার চেয়ে বেশি পেমেন্ট করা উচিত নয়। যদি এই প্রোভাইডার চুক্তিবদ্ধ হয় তবে আপনার এখনও চিকিৎসার অধিকার রয়েছে।

এখানে এমন পরিস্থিতিগুলোর উদাহরণ রয়েছে যেখানে আপনাকে ফেরত দেওয়ার জন্য বা আপনার প্রাপ্ত বিল পরিশোধ করার জন্য আমাদের পরিকল্পনাটি জিজ্ঞাসা করতে হতে পারে:

1. যখন আপনি আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে নেই এমন কোনো প্রোভাইডারের কাছ থেকে জরুরি বা জরুরি চিকিৎসা সেবা পেয়েছেন

আপনি যেকোনো প্রোভাইডারের কাছ থেকে জরুরি বা জরুরি প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলো পেতে পারেন, প্রোভাইডার আমাদের নেটওয়ার্কের অংশ হোক বা না হোক। এই ক্ষেত্রে, প্রোভাইডারকে পরিকল্পনাটি বিল করতে বলুন।

- আপনি পরিচর্যা সংক্রান্ত পরিষেবা পাওয়ার সময় নিজেই পুরো পরিমাণ অর্থ প্রদান করে থাকলে আমাদেরকে আপনাকে সেই অর্থরাশি ফেরত দিতে বলুন। আপনার করা কোনো পেমেন্টের ডকুমেন্টেশন সহ আমাদের বিলটি প্রেরণ করুন।
- আপনি হয়তো প্রদানকারীর কাছ থেকে এমন একটি বিল পেতে পারেন যা আপনার বকেয়া নেই বলে মনে হয়। আপনি ইতোমধ্যে যেকোনো পেমেন্ট করেছেন তার ডকুমেন্টেশন সহ আমাদের এই বিলটি প্রেরণ করুন।
 - যদি প্রোভাইডারের কিছু পাওনা থাকে তবে আমরা সরাসরি প্রোভাইডারকে পেমেন্ট করব।
 - আপনি যদি ইতোমধ্যে পরিষেবাটির জন্য পেমেন্ট করে থাকেন তবে আমরা আপনাকে টাকা ফেরত দেব।

2. যখন কোনো নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার আপনাকে একটি বিল পাঠায় তখন আপনি মনে করেন যে আপনার পেমেন্ট করা উচিত নয়

নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারদের সর্বদা সরাসরি পরিকল্পনাটি বিল করা উচিত। কিন্তু কখনও কখনও তারা ভুল করে এবং আপনাকে আপনার পরিষেবাগুলোর জন্য পেমেন্ট করতে বলে।

- যখনই আপনি কোনো নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের কাছ থেকে বিল পান, আমাদের বিলটি প্রেরণ করুন। আমরা সরাসরি প্রোভাইডারের সাথে যোগাযোগ করব এবং বিল সংক্রান্ত সমস্যার সমাধান করব।
- আপনি যদি ইতোমধ্যে কোনো নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারকে বিল পরিশোধ করে থাকেন তবে আপনার যেকোনো পেমেন্টের ডকুমেন্টেশন সহ আমাদের বিলটি প্রেরণ করুন। আপনার কভার করা পরিষেবাগুলোর জন্য আপনাকে টাকা ফেরত দেওয়ার জন্য আপনার আমাদের জিজ্ঞাসা করা উচিত।

অধ্যায় 6 আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আপনি যে বিল পেয়েছেন আমাদেরকে তার অর্থ প্রদান করতে বলুন**3. আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনায় পূর্ববর্তীভাবে তালিকাভুক্ত হন**

কখনও কখনও পরিকল্পনায় কোনো ব্যক্তির তালিকাভুক্তি বিপরীতমুখী হয়। (অর্থাৎ তাদের তালিকাভুক্তির প্রথম দিন পার হয়ে গেছে। তালিকাভুক্তির তারিখটি এমনকি গত বছরও হতে পারে।)

আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনায় পূর্ববর্তীভাবে তালিকাভুক্ত হন এবং আপনি আপনার তালিকাভুক্তির তারিখের পরে আপনার কোনো কভার করা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য নিজের পকেট থেকে পেমেন্ট করেন তবে আপনি আমাদের তা ফেরত দিতে বলতে পারেন। আমাদের জন্য পরিশোধ পরিচালনা করার জন্য আপনাকে রসিদ এবং বিলের মতো কাগজপত্র জমা দিতে হবে।

4. যখন আপনি একটি প্রেসক্রিপশন পূরণ করার জন্য নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসি ব্যবহার করেন

আপনি যদি নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা ফার্মেসিতে যান তবে ফার্মেসি সরাসরি আমাদের কাছে দাবি জমা দিতে সক্ষম নাও হতে পারে। যখন এটি ঘটে তখন আপনাকে আপনার প্রেসক্রিপশনের পুরো ব্যয় পেমেন্ট করতে হবে।

আপনার রসিদ সংরক্ষণ করুন এবং আপনি যখন আমাদের টাকা ফেরত দিতে বলেন তখন আমাদের কাছে একটি কপি প্রেরণ করুন। মনে রাখবেন যে আমরা সীমিত পরিস্থিতিতে কেবল নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা ফার্মেসিগুলো কভার করি। এই পরিস্থিতিগুলোর আলোচনার জন্য অধ্যায় 5, সেকশন 2.5 দেখুন। নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে ওষুধের জন্য আপনি যা অর্থ প্রদান করেছেন এবং একটি ইন-নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে আমরা যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করব তার মধ্যে থাকা কোনো পার্থক্য আমরা আপনাকে ফেরত দিতে পারি না।

5. যখন আপনার সাথে আপনার প্ল্যানের সদস্যতা কার্ড না থাকার কারণে আপনি একটি প্রেসক্রিপশনের জন্য সম্পূর্ণ মূল্য পরিশোধ করবেন

আপনার সাথে যদি আপনার পরিকল্পনার সদস্যপদ কার্ড না থাকে তবে আপনি ফার্মেসিকে পরিকল্পনাটি কল করতে বা আপনার পরিকল্পনার তালিকাভুক্তির তথ্য সন্ধান করতে বলতে পারেন। তবে, যদি ফার্মেসি এখনই তাদের প্রয়োজনীয় তালিকাভুক্তির তথ্য না পায় তবে আপনাকে প্রেসক্রিপশনের পুরো ব্যয় নিজেই পেমেন্ট করতে হতে পারে। আপনার রসিদ সংরক্ষণ করুন এবং আপনি যখন আমাদের টাকা ফেরত দিতে বলেন তখন আমাদের কাছে একটি কপি প্রেরণ করুন। আপনার দেওয়া নগদ মূল্য প্রেসক্রিপশনের জন্য আমাদের আলোচনা করা মূল্যের চেয়ে বেশি হলে আমরা আপনাকে আপনার দেওয়া সম্পূর্ণ মূল্য ফেরত নাও দিতে পারি।

6. আপনি যখন অন্যান্য পরিস্থিতিতে কোনো প্রেসক্রিপশনের জন্য পুরো ব্যয় পেমেন্ট করেন

আপনি প্রেসক্রিপশনের পুরো খরচ দিতে পারেন কারণ আপনি দেখতে পান যে ড্রাগটি কোনো কারণে আওতাভুক্ত নয়।

- উদাহরণস্বরূপ, ওষুধটি প্ল্যানের ওষুধের তালিকায় নাও থাকতে পারে বা এটির এমন একটি প্রয়োজনীয়তা বা নিষেধাজ্ঞা থাকতে পারে যা আপনি জানেন না বা আপনার জন্য প্রযোজ্য হবে বলে মনে করেন না। আপনি যদি অবিলম্বে ড্রাগ পাবার সিদ্ধান্ত নেন তবে আপনাকে এর জন্য পুরো ব্যয় পেমেন্ট করতে হতে পারে।
- আপনার রসিদ সংরক্ষণ করুন এবং আপনি যখন আমাদের টাকা ফেরত দিতে বলেন তখন আমাদের কাছে একটি কপি প্রেরণ করুন। কোনো কোনো পরিস্থিতিতে, আমাদের আপনার ডাক্তারের কাছ থেকে আরও তথ্য নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে, ওষুধের জন্য আপনাকে অর্থ ফেরত দেওয়ার উদ্দেশ্যে। আপনার দেওয়া নগদ মূল্য প্রেসক্রিপশনের জন্য আমাদের আলোচনা করা মূল্যের চেয়ে বেশি হলে আমরা আপনাকে আপনার দেওয়া সম্পূর্ণ মূল্য ফেরত নাও দিতে পারি।

আপনি যখন আমাদের পেমেন্টের জন্য একটি অনুরোধ পাঠান, তখন আমরা আপনার অনুরোধটি পর্যালোচনা করব এবং পরিষেবা বা ড্রাগটি কভার করা উচিত কিনা তা সিদ্ধান্ত নেব। একে বলা হয় কভারেজ ডিসিশন মেকিং। যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে এটি কভার করা উচিত, আমরা পরিষেবা বা ড্রাগের জন্য পেমেন্ট করব। যদি আমরা আপনার পেমেন্টের অনুরোধ অস্বীকার করি তবে আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপীল করতে পারেন। কিভাবে আপীল করতে হবে সে সম্পর্কে এই ডকুমেন্টের অধ্যায় 8-তে তথ্য রয়েছে।

সেকশন 2 কীভাবে আমাদেরকে আপনাকে ফেরত দিতে বা আপনার প্রাপ্ত একটি বিল পরিশোধ করতে বলবেন

আপনি লিখিতভাবে আমাদের একটি অনুরোধ পাঠিয়ে আপনাকে টাকা ফেরত দেওয়ার জন্য আমাদের অনুরোধ করতে পারেন। আপনি যদি লিখিতভাবে কোনো অনুরোধ পাঠান তবে আপনার বিল এবং আপনার যেকোনো পেমেন্টের ডকুমেন্টেশন প্রেরণ করুন। আপনার রেকর্ডের জন্য আপনার বিল এবং রসিদগুলোর একটি কপি তৈরি করা ভালো ধারণা। আপনি পরিষেবা, আইটেম বা ওষুধটির প্রাপ্ত তারিখ থেকে এক (1) ক্যালেন্ডার বছরের মধ্যে আমাদের কাছে আপনার দাবি জমা দিতে হবে।

অধ্যায় 6 আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আপনি যে বিল পেয়েছেন আমাদেরকে তার অর্থ প্রদান করতে বলুন

সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমাদের প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য আপনি আমাদের দিচ্ছেন তা নিশ্চিত করার জন্য, আপনি পেমেন্টের জন্য আপনার অনুরোধ করতে আমাদের দাবি ফর্মটি পূরণ করতে পারেন।

- আপনাকে ফর্মটি ব্যবহার করতে হবে না, তবে এটি আমাদের তথ্য দ্রুত প্রক্রিয়া করতে সাহায্য করবে।
- আমাদের ওয়েবসাইট (SWHNY.com) থেকে ফর্মের একটি কপি ডাউনলোড করুন অথবা সদস্য পরিষেবাগুলিকে কল করে একটি ফর্ম চাইতে পারেন।

যেকোনো বিল বা প্রদত্ত রসিদ সহ পেমেন্টের জন্য আপনার অনুরোধটি এই ঠিকানায় আমাদের কাছে মেইল করুন:

চিকিৎসা পরিষেবা ব্যয় পরিশোধ:

Senior Whole Health of New York
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
Or fax to (310) 507-6186

প্রেসক্রিপশন ড্রাগের ব্যয় পরিশোধ:

Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

সেকশন 3 আমরা অর্থপ্রদানের জন্য করা আপনার অনুরোধটি বিবেচনা করে দেখার পর হ্যাঁ বা না বলব**সেকশন 3.1 আমরা পরিষেবা বা ড্রাগটি কভার করা উচিত কিনা তা পরীক্ষা করে দেখি**

যখন আমরা পেমেন্টের জন্য আপনার অনুরোধ পাব, তখন আপনার কাছ থেকে আমাদের কোনো অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে জানাব। অন্যথায়, আমরা আপনার অনুরোধ বিবেচনা করব এবং একটি কভারেজ সিদ্ধান্ত নেব।

- যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে চিকিৎসা যন্ত্র বা ওষুধের আওতায় রয়েছে এবং আপনি সমস্ত নিয়ম অনুসরণ করেছেন, তবে আমরা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য অর্থ প্রদান করব। আপনি যদি ইতোমধ্যে পরিষেবা বা ড্রাগের জন্য পেমেন্ট করে থাকেন তবে আমরা আপনার পরিশোধটি আপনাকে মেইল করব। আপনি যদি একটি ওষুধের সম্পূর্ণ মূল্য পরিশোধ করেন, তাহলে আপনি যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেছেন তা হয়তো আপনাকে পরিশোধ করা হবে না (উদাহরণস্বরূপ, আপনি যদি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো ফার্মেসি থেকে ওষুধ পান বা যদি আপনি ওষুধের জন্য যে নগদ মূল্য প্রদান করেন আমাদের আলোচিত মূল্য তার চেয়ে বেশি হয়)। আপনি যদি এখনও পরিষেবা বা ড্রাগের জন্য পেমেন্ট না করে থাকেন তবে আমরা সরাসরি প্রোভাইডারকে পেমেন্ট করব।
- যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে চিকিৎসা পরিচর্যা বা ড্রাগ কভার করা হয় না বা আপনি সমস্ত নিয়ম অনুসরণ করেননি, আমরা পরিচর্যা বা ড্রাগের জন্য পেমেন্ট করব না। আমরা কেন পেমেন্ট করছি না এবং সেই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপীল করার আপনার অধিকারগুলো ব্যাখ্যা করে আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব।

সেকশন 3.2 যদি আমরা আপনাকে বলি যে আমরা চিকিৎসা যন্ত্র বা ওষুধের জন্য অর্থ প্রদান করব না, আপনি একটি আপীল করতে পারেন

আপনি যদি মনে করেন যে আমরা আপনার পেমেন্টের অনুরোধ বা আমরা যে পরিমাণ পেমেন্ট করছি তা প্রত্যাখ্যান করে ভুল করেছি, তাহলে আপনি একটি আপীল করতে পারেন। আপনি যদি কোনো আপীল করেন, এর অর্থ হলো আমরা যখন আপনার পেমেন্টের অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করেছি তখন আপনি আমাদের যে সিদ্ধান্ত নিয়েছিলাম তা পরিবর্তন করতে বলছেন। আপীল প্রক্রিয়া বিস্তারিত পদ্ধতি এবং গুরুত্বপূর্ণ সময়সীমা সহ একটি আনুষ্ঠানিক প্রক্রিয়া। কিভাবে এই আপীল করবেন সে সম্পর্কে বিস্তারিত জানার জন্য, এই নথির অধ্যায় 8 এ যান।

অধ্যায় 7:

আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব**সেকশন 1 প্ল্যানের সদস্য হিসাবে আমাদের প্ল্যান আপনার অধিকার এবং সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতাকে সম্মান করবে****সেকশন 1.1 আমাদের এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার কার্যকর এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হবে (ইংরেজি ছাড়া অন্য ভাষায়, ব্রেইলে, বড় মুদ্রণে বা অন্যান্য বিকল্প বিন্যাসে ইত্যাদি)**

আপনার পরিকল্পনাটি নিশ্চিত করতে হবে যে ক্লিনিকাল এবং নন-ক্লিনিকাল উভয়ই সমস্ত পরিষেবা সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে সরবরাহ করা হয়েছে এবং সীমিত ইংরেজি দক্ষতা, সীমিত পড়ার দক্ষতা, শ্রবণ অক্ষমতা বা বিভিন্ন সাংস্কৃতিক এবং জাতিগত পটভূমি সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদের জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য। কোনো পরিকল্পনা কিভাবে এই অ্যাক্সেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলো পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলোর মধ্যে রয়েছে তবে অনুবাদক পরিষেবা, দোভাষী পরিষেবা, টেলিটাইপরাইটার বা TTY (পাঠ্য টেলিফোন বা টেলিটাইপরাইটার ফোন) সংযোগের বিধানের মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদের পরিকল্পনায় ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। এছাড়াও আপনার প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে ব্রেইলে, বড় মুদ্রণে বা অন্যান্য বিকল্প বিন্যাসেও তথ্য দিতে পারি। আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত এমন ফর্ম্যাটে আমাদের আপনাকে পরিকল্পনার সুবিধাগুলো সম্পর্কে তথ্য দিতে হবে। আপনার জন্য কাজ করে এমন উপায়ে আমাদের কাছ থেকে তথ্য পেতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাদিতে কল করুন।

আমাদের পরিকল্পনাটি মহিলা তালিকাভুক্তদের মহিলাদের রুটিন এবং প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলোর জন্য নেটওয়ার্কের মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি অ্যাক্সেসের বিকল্প দেওয়ার প্রয়োজন।

যদি কোনো বিশেষজ্ঞের জন্য পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হয় তবে নেটওয়ার্কের বাইরে বিশেষ সরবরাহকারীদের সনাক্ত করা পরিকল্পনার দায়িত্ব যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নেটওয়ার্ক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনি যদি নিজেকে এমন পরিস্থিতিতে খুঁজে পান যেখানে পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে কোনো বিশেষজ্ঞ নেই যা আপনার প্রয়োজনীয় কোনো পরিষেবা কভার করে, ইন-নেটওয়ার্ক ব্যয় শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরিষেবাটি পেতে কোথায় যেতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য পরিকল্পনায় কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত এমন একটি বিন্যাসে আমাদের প্ল্যান থেকে তথ্য পেতে আপনার যদি কোনো সমস্যা হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলিতে একটি অভিযোগ জানাতে (833) 671-0440 নম্বরে, সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত 8টা পর্যন্ত কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন। আপনি কল করে Medicare-এ অভিযোগও দায়ের করতে পারেন এই নম্বরে 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) অথবা সিভিল রাইটস অফিসে 1-800-368-1019 অথবা TTY 1-800-537-7697।

Seccion 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

節 1.1 我們必須以適用於您且依據您文化敏感度的方式向您提供資訊 (非英語版本、點字、大字體版本或其他替代格式等)

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化習慣且無障礙的方式提供給所有保戶，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足或文化和種族背景多元的人士。一項計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本計劃提供免費的口譯服務，為不說英語的會員回答問題。我們也可以根據您的需求，免費提供點字、大字體版本或其他替代格式資訊。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃福利相關資訊。若要向我們索取適用於您的資訊版本，請致電會員服務部。

本計劃必須可讓女性保戶選擇，是否要直接透過網絡內的婦女健康專科醫師取得例行性和預防性健康照護服務。

如果無法提供本計劃網絡內某專科服務提供者，則本計劃有責任尋找網絡外專科服務提供者，為您提供必要的照護。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡中沒有自己所需給付服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網絡內分攤費用的方式獲得此服務。

如果您遇到任何問題而無法以無障礙和適用於您的格式向本計劃取得資訊，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (833) 671-0440，當地時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點為您提供服務。TTY 使用者請撥打 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

القسم 1-1 يجب أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتسق مع حساسياتك الثقافية (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل أو بخط كبير، أو بتنسيقات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضاً أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتنسيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

помимо прочего, предоставление услуг устных и письменных переводчиков, а также линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон или телетайп).

В нашем плане есть устные переводчики, готовые ответить на вопросы участников, не говорящих на английском языке. Услуги устных переводчиков предоставляются бесплатно. Кроме того, при необходимости мы можем бесплатно присылать вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, либо в других альтернативных форматах. Информацию о покрываемых планом услугах мы должны сообщать в доступном и удобном для вас виде. Для того чтобы получить информацию в доступной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания.

Наш план должен давать женщинам-участникам возможность обращаться непосредственно к гинекологам, которые сотрудничают с планом, для обычного и профилактического обслуживания.

Если сотрудничающих с планом врачей нужной специальности нет, план должен найти вам такого специалиста за пределами сети. В подобной ситуации вы оплачиваете только расходы в рамках сети. Если выясняется, что врачи нужной для вас специальности с планом не сотрудничают, позвоните в наш отдел обслуживания. Там объяснят, к кому обратиться за нужной вам помощью, заплатив только ту сумму, которая предусмотрена планом.

Если у вас возникнут проблемы с получением информации от нашего плана в доступной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 и подайте жалобу (с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени). При использовании TTY набирайте 711. Кроме того, можно пожаловаться в программу Medicare (телефон: 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) (телефон: 1-800-368-1019 или TTY: 1-800-537-7697).

Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in modo adeguato alle esigenze del cliente e in linea con le sue sensibilita culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)

Il Suo piano è necessario per garantire che tutti i servizi, sia clinici che non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi quelli con conoscenza della lingua inglese limitata, capacità di lettura limitate, incapacità uditiva o quelli con diversi background culturali ed etnici. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi gratuitamente se ne ha bisogno. Siamo tenuti a fornirLe informazioni sui vantaggi del piano in un formato accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi in un modo che funzioni per Lei, chiami il Servizio Soci.

Il nostro piano è necessario per dare alle donne iscritte la possibilità di accedere direttamente a uno specialista della salute delle donne all'interno della rete per i servizi di assistenza sanitaria di routine e preventiva delle donne.

Se i fornitori nella rete del piano per una specialità non sono disponibili, è responsabilità del piano individuare i fornitori di specialità al di fuori della rete che forniranno le cure necessarie. In questo caso, pagherà solo la condivisione dei costi in rete. Se si trova in una situazione in cui non ci sono specialisti nella rete del piano che coprono un servizio di cui ha bisogno, chiami il piano per informazioni su dove andare per ottenere questo servizio con la condivisione dei costi in rete.

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

Se ha problemi a ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per presentare un reclamo al Servizio Soci chiamando il numero (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Può anche presentare un reclamo a Medicare chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente all'Ufficio per i diritti civili 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 Nous sommes tenus de fournir des renseignements d'une manière qui vous convienne et soit respectueuse de vos sensibilités culturelles (dans d'autres langues que l'anglais, en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats de substitution, etc.)

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des télécopieurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou télécopieur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

Notre régime dispose de services d'interprétation gratuits pour répondre aux questions des affiliés non anglophones. Nous pouvons également vous fournir gratuitement des informations en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats si nécessaire. Nous sommes tenus de vous fournir des informations sur les prestations du régime dans un format accessible et adapté à vos besoins. Pour obtenir des informations dans un format qui vous convienne, veuillez appeler les services aux membres.

Notre régime est tenu d'offrir aux femmes affiliées la possibilité d'accéder directement à un spécialiste de la santé des femmes au sein du réseau pour les soins de santé courants et préventifs.

Si le réseau du régime ne dispose pas de prestataires pour certains services spécialisés, il incombe au régime de trouver des prestataires de services spécialisés en dehors du réseau qui vous fourniront les soins nécessaires. Dans ce cas, vous ne paierez que la participation aux coûts au sein du réseau. Si vous vous trouvez dans une situation où aucun spécialiste du réseau du régime ne couvre un service dont vous avez besoin, appelez le régime pour savoir où vous adresser pour obtenir ce service avec une participation aux coûts au sein du réseau.

Si vous avez des difficultés à obtenir des informations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins, veuillez déposer un grief auprès des services aux membres en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h, heure locale. Pour les utilisateurs du système TTY, veuillez appeler le 711. Vous pouvez également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)

Plan w lan dwe garanti tout sèvis yo, kit sèvis klinik ak sèvis ki pa sèvis klinik yo, pou li bay yo yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo (asire yo), ki gen ladann moun ki pa pale Anglè byen, moun ki pa ka li byen, moun ki gen difikilte pou tande, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka reponn ak kondisyon aksesiblite sa yo (aksè pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèks, oswa koneksyon TTY (telefòn tèks).

अध्याय 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

Plan nou an genyen sèvis entèprèt ki disponib gratis pou reponn kesyon manm ki pa pale Anglè yo. Epitou, nou kapab ba w enfòmasyon an bray, an gwo karaktè, oswa an lòt fòm gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòm ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

Plan nou an oblije bay fanm ki enskri yo yon opsyon aksè dirèk a yon espesyalis sante pou fanm ki nan rezo a, pou sèvis swen sante woutin yo ak swen prevansyon pou fanm yo.

Si pwofesyonèl swen sante ki nan rezo plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou li jwenn pwofesyonèl swen sante espesyalize deyò rezo a k ap gen pou ba w swen ki nesè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezo a. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w ka jwenn enfòmasyon konsènan kote pou w ale pou w ka jwenn sèvis sa a nan pataj depans ki nan rezo a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòm ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon doleyans nan Sèvis pou Manm yo, deepi ou rele nimewo, (833)6710440, Lendi-Vandredi, 8a.m - 8p.m. lè lokal. Itilizatè TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. Epitou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fè sa, rele nan nimewo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo pou Dwa Sivil la nan nimewo 1-800-368-1019 oswa itilizatè TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

1.1 סקציע 1.1 מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאַנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפראַכן ווי ענגליש, אין בראַזיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען, אאז"ו.)

אייער פֿלאַן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפֿעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וואָס אַריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט לייענען סקילז, געהער ומפֿאַ סיק, אַ דער יענע מיט פֿאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפילן פֿון ווי אַ פֿלאַן קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פֿאדערונגען אַ ריינעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פֿון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ רייטער אַ דער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַ דער טעלעטייפֿ רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַר רבינדונג.

אונדזער פֿלאַן האט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאַראַנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פֿון ניט-ענגליש בייטןעדט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַזיל, אין גרויס דרוק אַ דער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען אַן קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿאַרלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פֿון דעם פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַר סיק פֿאַר אייך. צו באַ קומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

אונדזער פֿלאַן איז פֿאַרלאנגט צו געבן ווייבלעך ענראַ וואָס די אַ פֿאַר ציע פֿון דירעקט אַ קסעס צו אַ פֿרויען געזונט ספֿעציאַליסט אין די נעץ פֿאַר פֿרויען רופן און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

אויב פֿאַר וויידער אין דעם פֿלאַן נעץ פֿאַר אַ ספֿעציאַליטעט זענען נישט פֿאַראַנען, עס איז די פֿאַרמאַט וואָס וועט פֿאַרמאַטירונגען פֿון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאַליטעט פֿאַר וויידער אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿלאַן, אייך וועט בלויז באַזאַלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וואָס זענען קיין ספֿעציאַליטעט וואָס די נעץ וואָס סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאָרמאַציע אויף וואָס צו גיין צו באַ קומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האַט קיין קאַנפֿליקט צו באַ קומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאַ וואָס טור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן (833) 0440-671, מאַנטיק-פֿרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פֿאַרלייגן אַ

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

קלא.ג. מיט Medicare דורך רופן (1-800-633-4227) MEDICARE א. דער גלייך מיט די א. פפיסע פ'א.ר. סיוויל רעכט
TTY 1-800-537-7697 א. דער (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019

Sekcja 1.1 Musimy dostarczać informacje w sposób odpowiedni dla użytkownika i zgodny z jego wrażliwością kulturową (w językach innych niż angielski, wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach itp.)

Plan jest zobowiązany do zapewnienia, aby wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i niekliniczne, były świadczone w sposób uwzględniający odrębności kulturowe i były dostępne dla wszystkich osób zapisanych do planu, w tym osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, ograniczoną umiejętnością czytania, niesłyszących lub osób o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Plan może spełnić wymagania w zakresie dostępności zapewniając między innymi usługi tłumacza ustnego i pisemnego lub usługi telefonu tekstowego (TTY).

Plan oferuje usługi tłumaczy, którzy bezpłatnie pomagają członkom niemówiącym po angielsku w uzyskiwaniu odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby może także zapewnić bezpłatnie informacje wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach. Plan jest zobowiązany do przekazywania informacji o świadczeniach w formacie dostępnym i odpowiednim dla członków. Aby uzyskać od planu informacje w odpowiednim dla siebie formacie, członkowie powinni zadzwonić do działu obsługi uczestników.

Plan jest zobowiązany do zapewnienia członkiniom opcji bezpośredniego dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet w ramach sieci w zakresie regularnych i profilaktycznych usług opieki zdrowotnej dla kobiet.

Jeśli w sieci nie ma dostępnych świadczeniodawców danej specjalizacji, obowiązkiem planu jest znalezienie świadczeniodawców spoza sieci, którzy zapewnią niezbędną opiekę. W takim przypadku członek zapłaci tylko obowiązujący w sieci udział w kosztach. Jeśli członek znajdzie się w sytuacji, kiedy w sieci planu nie będzie specjalistów, którzy zapewniliby potrzebną mu usługę, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci.

Osoby, które mają trudności z uzyskaniem od planu informacji w dostępnym i odpowiednim formacie, mogą złożyć zażalenie w dziale obsługi członków, dzwoniąc pod numer (833) 671-0440 od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711. Można również złożyć skargę do Medicare, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub bezpośrednio do Urzędu ds. Praw Obywatelskich pod numer 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking titik, o ibang kahaliling mga format, atbp.)

Kinakailangan ang plano mo para matiyak na ang lahat ng mga serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng mga nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kakayahan sa pagbasa, kawalan ng kakayahan sa pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng isang plano ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ang plano namin na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking titik, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito.

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyong plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Inaatasan ang plano namin na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga sa kalusugan.

Kung hindi handang magamit ang mga provider sa network ng plano para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangan na pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang hatian sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plano para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyo ng ito sa hatian sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng karangalan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

বিভাগ 1.1 আমাদের অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহ্মিলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরামর্শ, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদের ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্রবণশক্তির অক্ষমতা রয়েছে বা যাদের বচনভঙ্গি সাংস্কৃতিক এবং জাতিগত প্রকৃতি রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদের জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নিশ্চিত করতে হবে। কোনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরামর্শ, দোভাষী পরামর্শ, টেলিটাইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলিটাইপ্রাইটার ফোন) সংযোগের বিধানের মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদের প্ল্যান, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরামর্শ রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহ্মিলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে কোনো খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদের আপনাকে প্ল্যানের সুবিধাগুলির সম্পর্কে এমন একটি ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদের থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরামর্শদাতার কল করুন।

আমাদের প্ল্যানটির মহিলা তালিকাভুক্তদের, মহিলাদের রুটিন ও প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরামর্শগুলোর জন্য নটেওয়ার্কের মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

কোনো বিশেষত্বের জন্য প্ল্যানের নটেওয়ার্কের সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ার্কের বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুমাত্র ইন-নটেওয়ার্ক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরামর্শ আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানের নটেওয়ার্কের এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নাই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ার্ক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরামর্শটি পতে কোথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্ল্যানের কল করুন।

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান বসিয়ে তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুব্বার স্থানীয় সময় সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টার মধ্যে সদস্য পরিষেবা অভিযোগ দায়ের করতে (৪৩৩) ৬৭১-০৪৪০ নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে ৭১১ এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি ১-৮০০-MEDICARE (১-৮০০-৬৩৩-৪২২৭) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন বা ১-৮০০-৩৬৮-১০১৯ বা TTY ১-৮০০-৫৩৭-৭৬৯৭-এ সরাসরি কল করে স্ভিলি রাইটস অফিসে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

Seksioni 1.1 Ne jemi të përkushtuar të ofrojmë informacion të përshtatshëm për ju dhe që respekton ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në braille, në format me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative, etj.)

Planit tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara në anglisht, personat me aftësi të kufizuara në lexim, personat me aftësi të kufizuara në dëgjim ose personat me kulturë dhe prejardhje etnike të ndryshme. Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa aksesueshmërie përfshijnë, por nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Në gjithashtu mund t'ju japim informacione në braille, në format me shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto, sipas nevojës. Neve na kërkohet t'ju japim informacione rreth përfitimeve të planit në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Për të marrë informacion nga ne në një mënyrë të përshtatshme për ju, ju lutemi telefononi Shërbimet e Anëtarëve.

Plani ynë duhet t'ju japë grave të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë te një specialist i shëndetit të gruas brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit shëndetësor për gratë.

Nëse ofruesit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruesit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm. Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e kostos brenda rrjetit. Nëse përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (৪৩৩) ৬৭১-০৪৪০, nga e hëna në të premte, nga ora ০৮:০০ - ২০:০০, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi ৭১১. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar ১-৮০০-MEDICARE (১-৮০০-৬৩৩-৪২২৭) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile ১-৮০০-৩৬৮-১০১৯ ose TTY ১-৮০০-৫৩৭-৭৬৯৭.

Ενότητα 1.1 Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)

Το πρόγραμμά σας απαιτείται να διασφαλίσει ότι όλες οι υπηρεσίες, τόσο κλινικές όσο και μη κλινικές, παρέχονται με πολιτισμικά ικανό τρόπο και είναι προσβάσιμες σε όλους τους εγγεγραμμένους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με περιορισμένη αγγλική επάρκεια, περιορισμένες δεξιότητες ανάγνωσης, ανικανότητα ακοής ή άτομα με διαφορετικό πολιτιστικό και εθνοτικό υπόβαθρο. Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο ένα πρόγραμμα μπορεί να πληροί αυτές τις απαιτήσεις προσβασιμότητας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την παροχή μεταφραστικών

अध्याय 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

υπηρεσιών, υπηρεσιών διερμηνείας, τηλεγραφομηχανών ή σύνδεσης TTY (τηλέφωνο κειμένου ή τηλέφωνο τηλεγραφομηχανής).

Το πρόγραμμά μας διαθέτει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσετε σε ερωτήσεις από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε, επίσης, να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές χωρίς κόστος, εάν τις χρειάζεστε. Είμαστε υποχρεωμένοι να σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές του προγράμματος σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς. Για να λάβετε πληροφορίες από εμάς με τρόπο που σας εξυπηρετεί, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Το πρόγραμμά μας απαιτείται να δώσει στις γυναίκες εγγεγραμμένους τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε έναν ειδικό υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Εάν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι ευθύνη του προγράμματος να εντοπίσει εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. Εάν βρεθείτε σε μια κατάσταση όπου δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυο του προγράμματος που να καλύπτουν μια υπηρεσία που χρειάζεστε, καλέστε το πρόγραμμα για πληροφορίες σχετικά με το πού να πάτε για να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που να είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 π.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

سیکشن 1.1	ہمیں معلومات اس انداز میں فراہم کرنی چاہیے جو آپ کے لیے مناسب ہو اور آپ کے ثقافتی حساس پہلوؤں سے ہم آہنگ ہو (انگریزی کے علاوہ باقی زبانوں میں، بریل میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس، وغیرہ)
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسائی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحدید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

ہمارے منصوبے میں مفت ترجمان کی سروسز موجود ہیں جو انگریزی نہ بولنے والے ممبرز کے سوالات کا جواب دینے کے لیے دستیاب ہیں۔ ہم آپ کو ضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

ہمارے منصوبے سے تقاضا کیا جاتا ہے کہ وہ مندرجہ خواتین کو ان کی روزمرہ اور احتیاطی صحت کی نگہداشت کی سروسز کے لیے نیٹ ورک کے اندر خواتین کی صحت کے ماہر تک براہ راست رسائی کا اختیار دے۔

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

জহাں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروس کو کوور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروس کو اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک پر حاصل کرنے کے لیے کہاں جائیں۔

اگر آپ کو ہمارے منصوبے میں موجود اپنے لیے قابل رسائی اور موزوں فارمیٹ میں معلومات حاصل کرنے میں کسی مشکل کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، تو براہ کرم مقامی وقت کے مطابق، پیر-جمعہ، صبح 8 بجے - رات 8 بجے تک، 671-0440 (833) پر کال کر کے ممبر سروسز کو شکایت درج کروائیں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ آپ Medicare (1-800-633-4227) پر کال کر کے یا دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 یا 1-800-537-7697 TTY پر براہ راست کال کر کے Medicare کے ساتھ شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

সেকশন 1.2 আমাদের অবশ্যই নিশ্চিত করতে হবে যে আপনি আপনার কভার করা পরিষেবা এবং ওষুধগুলোতে সময়মতো অ্যাক্সেস পান

আপনার কভার করা পরিষেবাগুলো সরবরাহ এবং ব্যবস্থা করার জন্য পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (PCP) চয়ন করার অধিকার আপনার রয়েছে। রেফারেল ছাড়াই আপনার কোনো মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের (যেমন স্ত্রীরোগ বিশেষজ্ঞ) কাছে যাওয়ার অধিকারও রয়েছে।

আপনার একটি যুক্তিসঙ্গত সময়ের মধ্যে প্ল্যানের প্রোভাইডারদের নেটওয়ার্ক থেকে অ্যাপয়েন্টমেন্ট এবং আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি পাওয়ার অধিকার রয়েছে। এর মধ্যে আপনার যখন সেই পরিচর্যার প্রয়োজন হয় তখন বিশেষজ্ঞদের কাছ থেকে সময়মতো পরিষেবা পাওয়ার অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। দীর্ঘ বিলম্ব ছাড়াই আমাদের যেকোনো নেটওয়ার্ক ফার্মেসীতে আপনার প্রেসক্রিপশনগুলো পূরণ বা পুনরায় পূরণ করার অধিকারও আপনার রয়েছে।

আপনি যদি মনে করেন যে আপনি যুক্তিসঙ্গত সময়ের মধ্যে আপনার চিকিৎসা সেবা বা পার্ট ডি ওষুধ পাচ্ছেন না, তাহলে অধ্যায় 8 জানায় আপনি কী করতে পারেন।

সেকশন 1.3 আমাদের অবশ্যই আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করতে হবে

ফেডারেল এবং স্টেটের আইনগুলো আপনার মেডিকেল রেকর্ড এবং ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করে। আমরা এই আইনগুলো দ্বারা প্রয়োজনীয় হিসাবে আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য রক্ষা করি।

- আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্যের মধ্যে আপনি এই প্লানে নথিভুক্ত করার সময় আমাদের যে **ব্যক্তিগত তথ্য** দিয়েছেন সেইসাথে আপনার মেডিকেল রেকর্ড এবং অন্যান্য চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য তথ্য তা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
- আপনার তথ্য এবং আপনার স্বাস্থ্য তথ্য কিভাবে ব্যবহার করা হয় তা নিয়ন্ত্রণ সম্পর্কিত আপনার অধিকার রয়েছে। আমরা আপনাকে একটি লিখিত নোটিশ দিই, যাকে বলা হয় *গোপনীয়তা অনুশীলনের নোটিশ*, যা এই অধিকারগুলি সম্পর্কে কথা বলে এবং ব্যাখ্যা করে যে আমরা কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করি।

আমরা কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করব?

- অননুমোদিত লোকেরা আপনার রেকর্ডগুলি যাতে দেখতে বা পরিবর্তন করতে না পারে আমরা সেই বিষয়টি নিশ্চিত করি।
- নীচে উল্লিখিত পরিস্থিতিগুলো ব্যতীত, যদি আমরা আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য এমন কাউকে দিতে চাই যিনি আপনার পরিচর্যা প্রদান করছেন না বা আপনার পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদান করছেন না, তাহলে *প্রথমে আপনার জন্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমাদের আপনার বা আপনার দেওয়া আইনি ক্ষমতা দেওয়া কারো কাছ থেকে লিখিত অনুমতি নিতে হবে।*
- কিছু ব্যতিক্রম রয়েছে যার জন্য আমাদের প্রথমে আপনার লিখিত অনুমতি পাওয়ার প্রয়োজন নেই। এই ব্যতিক্রমগুলো আইন দ্বারা অনুমোদিত বা প্রয়োজনীয়।
 - আমাদেরকে যন্ত্রের গুণমান পরীক্ষা করে এমন সরকারী সংস্থালিকে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে হবে।
 - আপনি Medicare-এর মাধ্যমে আমাদের প্ল্যানের একজন সদস্য হওয়ায় আমাদের Medicare-কে আপনার পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধের তথ্য সহ আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য দিতে হবে। Medicare গবেষণা বা অন্যান্য ব্যবহারের জন্য আপনার তথ্য প্রকাশ করলে এটি ফেডারেল আইন এবং প্রবিধান অনুযায়ী তা করা হবে; সাধারণত, এটির জন্য সেই তথ্য প্রয়োজন যা আপনাকে অনন্যভাবে শনাক্ত করে শেয়ার করা হবে না।

আপনি আপনার রেকর্ডে তথ্য দেখতে পারেন এবং অন্যদের সাথে কীভাবে শেয়ার করা হয়েছে তা জানতে পারেন

পরিকল্পনায় রাখা আপনার মেডিকেল রেকর্ডগুলো দেখার এবং আপনার রেকর্ডগুলোর একটি কপি পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে। কপি তৈরির জন্য আমাদের আপনাকে একটি ফি চার্জ করার অনুমতি দেওয়া হয়েছে। আপনার মেডিকেল রেকর্ডগুলোতে আমাদের সংযোজন অথবা সংশোধন করতে বলার অধিকারও আপনার রয়েছে। আপনি যদি আমাদের এটি করতে বলেন তবে পরিবর্তনগুলো করা উচিত কিনা তা সিদ্ধান্ত নিতে আমরা আপনার স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীর সাথে কাজ করব।

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

বুটিন নয় এমন কোনো উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য কিভাবে অন্যদের সাথে শেয়ার করা হয়েছে তা জানার অধিকার আপনার রয়েছে।

আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা সম্পর্কে আপনার যদি প্রশ্ন বা উদ্বেগ থাকে তবে অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবা কল করুন।

গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি SBNIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.

এই বিজ্ঞপ্তিটি বর্ণনা করে যে কিভাবে আপনার সম্পর্কে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করা হতে পারে এবং আপনি কিভাবে এই তথ্যে অ্যাক্সেস পেতে পারেন। অনুগ্রহ করে এটি সাবধানে পর্যালোচনা করুন।

Senior Whole Health of New York, Inc. dba “Senior Whole Health by Molina Healthcare” (“Senior Whole Health”, “আমরা” বা “আমাদের”) একজন Senior Whole Health সদস্য হিসাবে আপনার স্বাস্থ্য সুবিধা প্রদানের জন্য আপনার সম্পর্কে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করে এবং শেয়ার করে। আমরা চিকিৎসা, অর্থ প্রদান এবং স্বাস্থ্যসেবা অপারেশন চালানোর জন্য আপনার তথ্য ব্যবহার এবং শেয়ার করি। আমরা আইন দ্বারা অনুমোদিত এবং প্রয়োজনীয় অন্যান্য কারণে আপনার তথ্য ব্যবহার এবং শেয়ার করি। আপনার স্বাস্থ্য তথ্য গোপন রাখা এবং এই বিজ্ঞপ্তির শর্তাবলী অনুসরণ করা আমাদের দায়িত্ব। এই বিজ্ঞপ্তির কার্যকর তারিখ 1 অক্টোবর, 2021।

PHI মানে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য। PHI হলো স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য যা আপনার নাম, সদস্য নম্বর বা অন্যান্য সনাক্তকারী অন্তর্ভুক্ত করে এবং সিনিয়র হোল হেলথ দ্বারা ব্যবহৃত বা শেয়ার করা হয়।

সিনিয়র হোল হেলথ কেন আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করে?

আপনাকে স্বাস্থ্য-পরিচরার সুবিধাগুলো সরবরাহ করতে আমরা আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করি। চিকিৎসা, অর্থ প্রদান এবং স্বাস্থ্যসেবা ক্রিয়াকলাপগুলোর জন্য আপনার PHI ব্যবহার করা বা শেয়ার করা হয়।

চিকিৎসার জন্য

সিনিয়র হোল হেলথ আপনাকে আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা দিতে বা ব্যবস্থা করতে আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করতে পারে। এই চিকিৎসায় আপনার চিকিৎসক বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীদের মধ্যে রেফারেলগুলোও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা একজন বিশেষজ্ঞের সাথে আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করতে পারি। এটি আপনার চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলতে বিশেষজ্ঞকে সহায়তা করে।

পেমেন্টের জন্য

সিনিয়র হোল হেলথ পেমেন্টের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে PHI ব্যবহার বা শেয়ার করতে পারে। এর মধ্যে দাবি, চিকিৎসার অনুমোদন এবং চিকিৎসার প্রয়োজন সম্পর্কে সিদ্ধান্ত অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনার নাম, আপনার অবস্থা, আপনার চিকিৎসা এবং প্রদত্ত সরবরাহগুলো বিলে লেখা থাকতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা একজন ডাক্তারকে জানাতে পারি যে আপনার কাছে আমাদের বেনিফিটগুলো রয়েছে। আমরা যে বিল পরিশোধ করব তা ডাক্তারকেও বলে দিতাম।

হেলথ কেয়ার অপারেশনের জন্য

সিনিয়র হোল হেলথ আমাদের হেলথ প্ল্যান চালানোর জন্য আপনার সম্পর্কে PHI ব্যবহার বা শেয়ার করতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারে এমন একটি স্বাস্থ্য প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনাকে জানানোর জন্য আপনার দাবি থেকে তথ্য ব্যবহার করতে পারি। আমরা সদস্যদের উদ্বেগগুলো সমাধান করতে আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করতে পারি। দাবী সঠিকভাবে পরিশোধ করা হয়েছে তা দেখার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করা হতে পারে।

হেলথ কেয়ার অপারেশনে অনেক দৈনন্দিন ব্যবসায়িক চাহিদা জড়িত। এতে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:

- গুণমান উন্নত করা;
- স্বাস্থ্য কর্মসূচিতে কিছু নির্দিষ্ট শর্তে (যেমন হাঁপানি) সহ সদস্যদের সাহায্য করার জন্য কাজ করা;
- চিকিৎসা পর্যালোচনার জন্য পরিচালনা বা ব্যবস্থা করা;
- জালিয়াতি ও অপব্যবহার সনাক্তকরণ এবং প্রসিকিউশন প্রোগ্রাম সহ আইনি পরিষেবা;
- আমাদের আইন মেনে চলতে সাহায্য করার জন্য ক্রিয়াকলাপ;
- অভিযোগ এবং অভিযোগের সমাধান সহ সদস্যদের প্রয়োজনের ঠিকানা।

আপনার PHI অন্যান্য কোম্পানীর (“ব্যবসায়িক সহযোগী”) সাথে আমরা শেয়ার করব যারা আমাদের স্বাস্থ্য পরিকল্পনার জন্য বিভিন্ন ধরনের কার্যকলাপ করে। আমরা আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্ট সম্পর্কে আপনাকে রিমাইন্ডার দেওয়ার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি। আমরা আপনাকে অন্যান্য চিকিৎসা বা অন্যান্য স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত সুবিধাগুলো এবং পরিষেবাগুলো সম্পর্কে তথ্য দেওয়ার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি।

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব**আপনার কাছ থেকে লিখিত অনুমোদন (অনুমতি) না নিয়ে সিনিয়র হোল হেলথ কখন আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করতে পারেন?**

চিকিৎসা, পেমেন্ট এবং হেলথ কেয়ার অপারেশন ছাড়াও, আইনটি সিনিয়র হোল হেলথকে নিম্নলিখিতগুলো সহ আরো বেশ কয়েকটি উদ্দেশ্যে আপনার PHI ব্যবহার এবং শেয়ার করার অনুমতি দেয় বা অনুমতি প্রয়োজন:

আইন অনুসারে

আইন অনুসারে আমরা আপনার সম্পর্কে তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করব। স্বাস্থ্য ও মানবসেবা বিভাগের সেক্রেটারি (HHS) দ্বারা প্রয়োজনে আমরা আপনার PHI শেয়ার করব। এটি আদালতের মামলা, অন্যান্য আইনী পর্যালোচনা বা আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্যে প্রয়োজন হলে হতে পারে।

জনস্বাস্থ্য

জনস্বাস্থ্য ক্রিয়াকলাপের জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে। এর মধ্যে জনস্বাস্থ্য সংস্থাগুলোকে রোগ প্রতিরোধ বা নিয়ন্ত্রণে সহায়তা করা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

স্বাস্থ্যসেবা তদারকি

আপনার PHI সরকারি সংস্থাগুলোর সাথে ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে। অডিটের জন্য আপনার PHI তাদের প্রয়োজন হতে পারে।

গবেষণা

নির্দিষ্ট ক্ষেত্রে গবেষণার জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে, যেমন যখন কোনো গোপনীয়তা বা প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত হয়।

আইনি বা প্রশাসনিক কার্যক্রম

আপনার PHI আইনী কার্যক্রমের জন্য যেমন আদালতের আদেশের প্রতিক্রিয়া হিসাবে ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে।

আইন প্রয়োগকারী

আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্যে পুলিশের সাথে আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে, যেমন সন্দেহভাজন, সাক্ষী বা নিখোঁজ ব্যক্তিকে খুঁজে পেতে সহায়তা করতে।

স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা

জনস্বাস্থ্য বা সুরক্ষার জন্য গুরুতর হুমকি রোধ করতে আপনার PHI শেয়ার করা যেতে পারে।

সরকারি কার্যাবলী

বিশেষ কাজের জন্য সরকারের সাথে আপনার PHI শেয়ার করা যেতে পারে। উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, প্রেসিডেন্টকে রক্ষা করা।

অপব্যবহার, অবহেলা বা পারিবারিক সহিংসতার শিকার

আমরা যদি বিশ্বাস করি যে একজন ব্যক্তি অপব্যবহার বা অবহেলার শিকার তবে আইনি কর্তৃপক্ষের সাথে আপনার PHI শেয়ার করা হতে পারে।

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ

শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইন মেনে চলার জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা হতে পারে।

অন্যান্য ডিসক্লোজার

তাদের কাজ করতে সাহায্য করার জন্য আপনার PHI ফিউনারেল ডিরেক্টর বা করোনাদের সাথে শেয়ার করা হতে পারে।

আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করার জন্য কখন সিনিয়র হোল হেলথের আপনার লিখিত অনুমতি (অনুমোদন) প্রয়োজন?

সিনিয়র হোল হেলথের এই বিজ্ঞপ্তিতে তালিকাভুক্ত ব্যতীত অন্য কোনো উদ্দেশ্যে আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করার জন্য আপনার লিখিত অনুমোদনের প্রয়োজন। নিম্নলিখিতগুলোর জন্য আপনার PHI প্রকাশ করার আগে সিনিয়র হোল হেলথের আপনার অনুমোদনের প্রয়োজন: (1) সাইকোথেরাপি নোটগুলোর সর্বাধিক ব্যবহার এবং প্রকাশ; (2) বিপণনের উদ্দেশ্যে ব্যবহার ও প্রকাশ; এবং (3) PHI এর বিক্রয়ে জড়িত এমন ব্যবহার এবং প্রকাশ। আপনি আমাদের যে লিখিত অনুমোদন দিয়েছেন তা বাতিল করতে পারেন। আপনি ইতোমধ্যে আমাদের যে অনুমোদন দিয়েছেন তার কারণে ইতোমধ্যে আমাদের দ্বারা গৃহীত পদক্ষেপগুলোতে আপনার বাতিল প্রয়োজ্য হবে না।

আপনার স্বাস্থ্য তথ্য অধিকারগুলো কি কি?

আপনার করার অধিকার আছে:

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব**• PHI ব্যবহার বা প্রকাশের উপর সীমাবদ্ধতার অনুরোধ করুন (আপনার PHI শেয়ার করা)**

আপনি আমাদেরকে চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবা পরিচালনার জন্য আপনার PHI শেয়ার না করার জন্য বলতে পারেন। আপনি আমাদেরকে আপনার PHI পরিবার, বন্ধুবান্ধব বা আপনার নাম যাদের নাম আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যার সাথে জড়িত তাদের সাথে শেয়ার না করার জন্যও বলতে পারেন। শাইহোক, আপনার অনুরোধে আমাদের সম্মত হওয়ার প্রয়োজন নেই। আপনাকে আমাদের অনুরোধ লিখিতভাবে করতে হবে। আপনার অনুরোধ করার জন্য আপনি সিনিয়র হোল হেলথের ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন।

• PHI-এর গোপনীয় যোগাযোগের জন্য অনুরোধ করুন

আপনার PHI গোপনীয় রাখতে সাহায্য করার জন্য আপনি একটি নির্দিষ্ট উপায়ে বা একটি নির্দিষ্ট স্থানে আপনাকে আপনার PHI দিতে সিনিয়র হোল হেলথকে বলতে পারেন। আমরা যুক্তিসঙ্গত অনুরোধগুলো অনুসরণ করব, যদি আপনি আমাদের জানান যে কিভাবে সেই PHI-এর সমস্ত বা একটি অংশ শেয়ার করা আপনার জীবনকে ঝুঁকিতে ফেলতে পারে। আপনাকে আমাদের অনুরোধ লিখিতভাবে করতে হবে। আপনার অনুরোধ করার জন্য আপনি সিনিয়র হোল হেলথের ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন।

• আপনার PHI পর্যালোচনা এবং কপি করুন

আমাদের কাছে থাকা আপনার PHI-এর একটি কপি পর্যালোচনা করার এবং পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। এতে একজন সিনিয়র হোল হেলথ মেম্বার হিসেবে কভারেজ, দাবি এবং অন্যান্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে ব্যবহৃত রেকর্ড অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনাকে আমাদের অনুরোধ লিখিতভাবে করতে হবে। আপনার অনুরোধ করার জন্য আপনি সিনিয়র হোল হেলথের ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন। রেকর্ড কপি এবং মেল করার জন্য আমরা আপনাকে একটি যুক্তিসঙ্গত ফি চার্জ করতে পারি। কিছু কিছু ক্ষেত্রে, আমরা অনুরোধ অস্বীকার করতে পারি। গুরুত্বপূর্ণ তথ্য: আমাদের কাছে আপনার মেডিকেল রেকর্ডের সম্পূর্ণ কপি নেই। আপনি যদি আপনার মেডিকেল রেকর্ড দেখতে, একটি কপি পেতে বা পরিবর্তন করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার ডাক্তার বা ক্লিনিকে যোগাযোগ করুন।

• আপনার PHI সংশোধন করুন

আপনি জিজ্ঞাসা করতে পারেন যে আমরা আপনার PHI সংশোধন (পরিবর্তন) করি। এটি শুধুমাত্র সদস্য হিসাবে আপনার সম্পর্কে আমাদের দ্বারা রাখা সেই রেকর্ডগুলো জড়িত। আপনাকে আমাদের অনুরোধ লিখিতভাবে করতে হবে। আপনার অনুরোধ করার জন্য আপনি সিনিয়র হোল হেলথের ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন। আমরা অনুরোধ অস্বীকার করলে আপনি আমাদের সাথে অসম্মতি জানিয়ে একটি চিঠি ফাইল করতে পারেন।

• PHI প্রকাশের একটি অ্যাকাউন্টিং পান (আপনার PHI শেয়ার করা)

আপনি জিজ্ঞাসা করতে পারেন যে আমরা আপনাকে নির্দিষ্ট কিছু পক্ষের একটি তালিকা দিতে পারি যেগুলোর সাথে আমরা আপনার অনুরোধের তারিখের ছয় বছর আগে আপনার PHI শেয়ার করেছি। এই তালিকায় PHI শেয়ার করা নিম্নরূপ অন্তর্ভুক্ত থাকবে না:

- চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্য যন্ত্র সংক্রান্ত অপারেশনের জন্য;
- ব্যক্তিদের তাদের নিজস্ব PHI সম্পর্কে;
- আপনার অনুমতি নিয়ে শেয়ার করা হয়েছে;
- একটি ব্যবহার বা প্রকাশের ঘটনা অন্যথায় অনুমোদিত বা প্রযোজ্য আইনের অধীনে প্রয়োজনীয়;
- PHI জাতীয় নিরাপত্তার স্বার্থে বা গোয়েন্দা উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা হয়েছে; বা
- প্রযোজ্য আইন অনুসারে একটি সীমিত ডেটা সেটের অংশ হিসাবে।

আপনি যদি 12 মাসের মধ্যে একবারের বেশি এই তালিকার জন্য অনুরোধ করেন তবে আমরা প্রতিটি তালিকার জন্য একটি যুক্তিসঙ্গত ফি চার্জ করব। আপনাকে আমাদের অনুরোধ লিখিতভাবে করতে হবে। আপনার অনুরোধ করার জন্য আপনি সিনিয়র হোল হেলথের ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন।

আপনি উপরে তালিকাভুক্ত যেকোনো অনুরোধ করতে পারেন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির একটি কাগজের কপি পেতে পারেন। অনুগ্রহ করে আপনার Senior Whole Health ID কার্ডে থাকা টোল ফ্রি ফোন নম্বরে, সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময় সকাল 8:00টা থেকে রাত 8:00টা পর্যন্ত Senior Whole Health সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন।

আপনার অধিকার সুরক্ষিত না হলে আপনি কি করতে পারেন?

আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আপনার গোপনীয়তার অধিকার লঙ্ঘন করা হয়েছে তাহলে আপনি সিনিয়র হোল হেলথ এবং ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেসের কাছে অভিযোগ করতে পারেন। আমরা অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনার বিরুদ্ধে কিছু করব না। আপনার পরিচর্যা এবং সুযোগ-সুবিধাগুলো কোনো ভাবেই পরিবর্তন হবে না।

আপনি এতে আমাদের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন:

ফোন করে:

আপনার Senior Whole Health ID কার্ডে থাকা টোল ফ্রি ফোন নম্বরে, সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময় সকাল 8:00টা থেকে রাত 8:00টা পর্যন্ত Senior Whole Health সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন।

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব**লিখিত দিন:**

Senior Whole Health
 Attention: Medicare Appeals and Grievances
 P.O. Box 22816
 Long Beach, CA 90801

আপনি মার্কিন ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস এর সেক্রেটারি এর কাছে অভিযোগ করতে পারেন:

U.S. Department of Health & Human Services
 Office for Civil Rights
 200 Independence Ave., S.W.
 Suite 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 (800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

সিনিয়র হোল হেলথের কর্তব্য কি কি?

সিনিয়র হোল হেলথের প্রয়োজন:

- আপনার PHI ব্যক্তিগত রাখুন;
- আপনার PHI সম্পর্কে আমাদের কর্তব্য এবং গোপনীয়তা অনুশীলন সম্পর্কে আপনাকে লিখিত তথ্য প্রদান করা;
- আপনার অসুরক্ষিত PHI এর কোনো লঙ্ঘনের ক্ষেত্রে আপনাকে একটি নোটিশ সরবরাহ করা;
- আন্ডাররাইটিংয়ের উদ্দেশ্যে আপনার জেনেটিক তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ না করা;
- এই নোটিশের শর্তাবলী অনুসরণ করুন।

এই নোটিশটি পরিবর্তন সাপেক্ষে

সিনিয়র হোল হেলথ যেকোনো সময় এই নোটিশের তথ্য অনুশীলন এবং শর্তাদি পরিবর্তন করার অধিকার সংরক্ষণ করে। যদি আমরা তা করি তবে নতুন শর্তাদি এবং প্র্যাকটিসগুলো আমাদের রাখা সমস্ত PHI-তে প্রযোজ্য হবে। যদি আমরা কোনো উপাদান পরিবর্তন করি, সিনিয়র হোল হেলথ আমাদের ওয়েবসাইটে সংশোধিত নোটিশটি পোস্ট করবে এবং আমাদের পরবর্তী বার্ষিক মেইলিংয়ে আমাদের সদস্যদের কাছে সংশোধিত নোটিশ বা উপাদান পরিবর্তন এবং কিভাবে সংশোধিত নোটিশ পেতে হবে সে সম্পর্কে তথ্য প্রেরণ করবে।

যোগাযোগের তথ্য

আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে তবে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত অফিসে যোগাযোগ করুন:

ফোন করে:

আপনার Senior Whole Health ID কার্ডে থাকা টোল ফ্রি ফোন নম্বরে, সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময় সকাল 8:00টা থেকে রাত 8:00টা পর্যন্ত Senior Whole Health সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন।

আপনি এই নথিটি অন্যান্য ফরম্যাটে বিনামূল্যে পেতে পারেন, যেমন- বড় মুদ্রণ, ব্রেইল বা অডিও আকারে। আপনার Senior Whole Health ID কার্ডে থাকা টোল ফ্রি ফোন নম্বরে, সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময় সকাল 8:00টা থেকে রাত 8:00টা পর্যন্ত Senior Whole Health সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন। কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

সেকশন 1.4

আমাদের অবশ্যই আপনাকে প্ল্যান, এর প্রোভাইডারদের নেটওয়ার্ক এবং আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা সম্পর্কে তথ্য দিতে হবে

নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) এর সিনিয়র হোল হেলথের সদস্য হিসাবে, আপনার আমাদের কাছ থেকে বিভিন্ন ধরনের তথ্য পাওয়ার অধিকার রয়েছে।

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

আপনি যদি নিম্নলিখিত ধরনের কোনো তথ্য চান তবে অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলোতে কল করুন:

- **আমার প্ল্যান সম্পর্কিত তথ্য।** এর মধ্যে রয়েছে, উদাহরণস্বরূপ, প্ল্যানের আর্থিক অবস্থা।
- **আমাদের নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার এবং ফার্মেসিগুলি সম্পর্কিত তথ্য।** আমাদের নেটওয়ার্কে সরবরাহকারী এবং ফার্মেসিগুলোর যোগ্যতা এবং আমরা কিভাবে আমাদের নেটওয়ার্কে সরবরাহকারীদের পেইন্ট করি সে সম্পর্কে তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- **আপনার কভারেজ এবং আপনার কভারেজ ব্যবহার করার সময় আপনাকে যে নিয়মাবলী অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে সে সম্পর্কিত তথ্য।** অধ্যায় 3 এবং 4 চিকিৎসা সেবা সম্পর্কিত তথ্য সরবরাহ করে। অধ্যায় 5 পার্ট ডি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ সম্পর্কে তথ্য সরবরাহ করে।
- **কেন কোনো কিছু আওতাভুক্ত করা হয় না এবং আপনি এই সম্বন্ধে কী করতে পারেন সে সম্বন্ধিত তথ্য।** অধ্যায় 8 কেন কোনো চিকিৎসা পরিষেবা বা পার্ট ডি ড্রাগটি কভারকৃত নয় বা আপনার কভারেজটি সীমাবদ্ধ রয়েছে সে সম্পর্কে লিখিত ব্যাখ্যা জিজ্ঞাসা করার তথ্য সরবরাহ করে। অধ্যায় 8 এছাড়াও আমাদের একটি সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করতে বলার তথ্য প্রদান করে, যাকে আপীলও বলা হয়।

সেকশন 1.5 আপনার যত্ন সম্বন্ধে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমাদেরকে আপনার অধিকারকে সমর্থন করতে হবে

আপনার চিকিৎসার বিকল্পগুলি জানার এবং আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তে অংশগ্রহণ করার অধিকার আছে

আপনার ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীদের কাছ থেকে সম্পূর্ণ তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে। আপনার প্রোভাইডাররা অবশ্যই আপনার চিকিৎসার অবস্থা এবং আপনার চিকিৎসার পছন্দগুলি এমনভাবে ব্যাখ্যা করতে হবে যাতে আপনি বুঝতে পারেন।

আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্তগুলোতে সম্পূর্ণরূপে অংশ নেওয়ার অধিকারও আপনার রয়েছে। আপনার জন্য কোন চিকিৎসা সবচেয়ে ভালো সে সম্পর্কে আপনার ডাক্তারদের সাথে সিদ্ধান্ত নিতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য, আপনার অধিকারগুলোর মধ্যে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- **আপনার সমস্ত পছন্দ সম্বন্ধে জানতে।** আপনার অবস্থার জন্য প্রস্তাবিত চিকিৎসার সমস্ত বিকল্প সম্পর্কে আপনার বলার অধিকার রয়েছে, সেগুলোর ব্যয় যাই হোক না কেন বা সেগুলো আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকুক না কেন। এটিতে আমাদের পরিকল্পনার সদস্যদের তাদের ওষুধগুলো পরিচালনা করতে এবং নিরাপদে ওষুধগুলো ব্যবহার করতে সহায়তা করার জন্য প্রোগ্রামগুলো সম্পর্কেও বলা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
- **ঝুঁকিগুলি সম্বন্ধে জানতে।** আপনার পরিচর্যার সাথে জড়িত যেকোনো ঝুঁকি সম্পর্কে বলার অধিকার আপনার রয়েছে। কোনো প্রস্তাবিত চিকিৎসা পরিচর্যা বা চিকিৎসা কোনো গবেষণা পরীক্ষার অংশ কিনা তা আপনাকে অবশ্যই আগেই জানানো হবে। আপনার কাছে সর্বদা কোনো পরীক্ষামূলক চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করার পছন্দ রয়েছে।
- **আপনার “না” বলার অধিকার আছে।** আপনি যেকোনো প্রস্তাবিত চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করতে পারবেন। এর মধ্যে কোনো হাসপাতাল বা অন্যান্য মেডিক্যাল ফ্যাসিলিটি ছেড়ে যাওয়ার অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, এমনকি যদি আপনার ডাক্তার আপনাকে না যাওয়ার পরামর্শ দেয় তবুও। আপনার ওষুধ খাওয়া বন্ধ করার অধিকারও আপনার রয়েছে। অবশ্যই, যদি আপনি চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করেন বা ওষুধ খাওয়া বন্ধ করে দেন তবে ফলস্বরূপ আপনার দেহে যা ঘটে তার জন্য আপনি সম্পূর্ণ দায় আপনার।

আপনি নিজের জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে না পারলে তখন কী করা উচিত সে সম্পর্কে নির্দেশ দেওয়ার অধিকার আপনার আছে

কখনও কখনও দুর্ঘটনা বা গুরুতর অসুস্থতার কারণে লোকজন নিজের জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হয়ে পড়েন। আপনি যদি এই পরিস্থিতিতে থাকেন তবে আপনি কী হতে চান তা বলার অধিকার আপনার রয়েছে। এর অর্থ, যদি আপনি চান, তবে করতে পারেন:

- আপনি কখনও নিজের জন্য সিদ্ধান্ত নিতে না পারলে **আপনার জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য কাউকে আইনি কর্তৃত্ব** দিতে একটি লিখিত ফর্ম পূরণ করুন।
- আপনি যদি নিজের জন্য সিদ্ধান্ত নিতে না পারেন তবে আপনি কীভাবে আপনার চিকিৎসা যত্ন পরিচালনা করতে চান **আপনার ডাক্তারদেরকে সে সম্পর্কে লিখিত নির্দেশনা দিন।**

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

এই পরিস্থিতিতে আগাম আপনার নির্দেশ দেওয়ার জন্য আপনি যে আইনী নথিগুলো ব্যবহার করতে পারেন সেগুলোকে **অগ্রিম নির্দেশিকা** বলা হয়। তাদের জন্য বিভিন্ন ধরনের আগাম নির্দেশনা এবং বিভিন্ন নাম রয়েছে। **লিভিং উইল** এবং **স্বাস্থ্য যত্নের জন্য পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি** নামক ডকুমেন্টগুলি হল অগ্রিম নির্দেশের উদাহরণ।

আপনি যদি আপনার নির্দেশাবলী দেওয়ার জন্য একটি অগ্রিম নির্দেশিকা ব্যবহার করতে চান তবে কী করতে হবে তা এখানে:

- **ফর্মটি নিন।** আপনি আপনার আইনজীবীর কাছ থেকে, একজন সমাজকর্মীর কাছ থেকে বা কিছু অফিস সরবরাহের দোকান থেকে একটি অগ্রিম নির্দেশিকা ফর্ম পেতে পারেন। আপনি কখনও কখনও এমন সংস্থার কাছ থেকে অগ্রিম নির্দেশিকা ফর্ম পেতে পারেন যা লোকেদের Medicare সম্পর্কে তথ্য দেয়। আপনি ফর্মগুলি চাওয়ার জন্য সদস্য পরিষেবাগুলির সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।
- ফর্মগুলি আমাদের ওয়েবসাইটের Caring Connections-র একটি লিঙ্কের মাধ্যমে এবং <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/>-এ পাওয়া যায়
- **এটি পূরণ করে তাতে স্বাক্ষর করুন।** আপনি এই ফর্মটি যেখানেই পান না কেন, মনে রাখবেন এটি একটি আইনি দলিল। এটি প্রস্তুত করার জন্য আপনাকে একজন আইনজীবীর সাহায্যের কথা বিবেচনা করা উচিত।
- **উপযুক্ত লোকেদের কপি দিন।** ফর্মের একটি কপি আপনার ডাক্তারকে এবং আপনি ফর্মে যে ব্যক্তির নাম দিয়েছেন তাকে দিতে হবে যিনি আপনার পক্ষে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যদি আপনি না পারেন। আপনি ঘনিষ্ঠ বন্ধু বা পরিবারের সদস্যদের কপি দিতে চাইতে পারেন। বাড়িতে একটি কপি রাখুন।

আপনি যে হাসপাতালে ভর্তি হতে চলেছেন তা যদি আপনি আগে থেকেই জানতে পারেন এবং আপনি একটি অগ্রিম নির্দেশে স্বাক্ষর করে থাকেন, তাহলে **আপনার সাথে সেটির একটি কপি হাসপাতালে নিয়ে যান।**

- হাসপাতাল থেকে আপনাকে জিজ্ঞাসা করা হবে আপনি একটি অগ্রিম নির্দেশিকা ফর্মে স্বাক্ষর করেছেন কিনা এবং আপনার কাছে এটি আছে কিনা।
- আপনি যদি একটি অগ্রিম নির্দেশিকা ফর্মে স্বাক্ষর না করে থাকেন তবে হাসপাতালের কাছে ফর্ম উপলব্ধ থাকে এবং আপনি একটিতে স্বাক্ষর করতে চান কিনা তা হাসপাতাল থেকে আপনাকে জিজ্ঞাসা করা হবে।

মনে রাখবেন, আপনি একটি অগ্রিম নির্দেশিকা পূরণ করতে চান কিনা তা আপনার ইচ্ছা (আপনি হাসপাতালে থাকলে আপনি একটি স্বাক্ষর করতে চান কিনা সহ)। আইন অনুসারে, আপনি অগ্রিম নির্দেশে স্বাক্ষর করেছেন কিনা তার উপর ভিত্তি করে কেউ আপনার পরিচর্যা করা বা আপনার প্রতি বৈষম্য অস্বীকার করতে পারে না।

আপনার নির্দেশাবলী অনুসরণ না করা হলে কী হবে?

আপনি যদি একটি অগ্রিম নির্দেশিকাতে স্বাক্ষর করে থাকেন এবং বিশ্বাস করেন যে একজন ডাক্তার বা হাসপাতাল এতে দেওয়া নির্দেশাবলী অনুসরণ করেনি, তাহলে আপনি New York State ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ কমপ্লেন্ট হটলাইনে 1-800-206-8125 (TTY 711) নম্বরে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

সেকশন 1.6 আপনার কাছে অভিযোগ করার এবং আমাদের নেওয়া সিদ্ধান্তগুলো পুনর্বিবেচনা করার জন্য বলার অধিকার রয়েছে।

আপনার কোনো সমস্যা, উদ্বেগ, বা অভিযোগ থাকলে এবং কভারেজের জন্য অনুরোধ করতে বা আপিল করার প্রয়োজন হয়, তাহলে এই ডকুমেন্টটির অধ্যায় 8-এ আপনি তা দেখতে পারেন। আপনি যাই করুন না কেন একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন, একটি আপিল করুন বা অভিযোগ করুন **আমাদের আপনার সাথে ন্যায্য আচরণ করা প্রয়োজন।**

সেকশন 1.7 যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে আপনার সাথে অন্যায় আচরণ করা হচ্ছে বা আপনার অধিকারকে সম্মান করা হচ্ছে না তাহলে আপনি কি করতে পারেন?

এটি বৈষম্যের সাথে সম্পর্কিত হলে, নাগরিক অধিকারের জন্য অফিসে কল করুন

আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আপনার সাথে অন্যায় আচরণ করা হয়েছে বা আপনার জাতি, অক্ষমতা, ধর্ম, লিঙ্গ, স্বাস্থ্য, জাতি, ধর্ম (বিশ্বাস), বয়স, যৌন অভিমুখীতা বা জাতীয় উৎসের কারণে আপনার অধিকারকে সম্মান করা হয়নি, তাহলে আপনার ডিপার্টমেন্টে কল করা উচিত, 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697 নম্বরে সিভিল রাইটসের জন্য স্বাস্থ্য ও মানব পরিষেবার অফিস বা আপনার স্থানীয় **নাগরিক অধিকার অফিসে** কল করুন।

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব**এটি কি অন্য কিছু সম্বন্ধে?**

আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আপনার সাথে অন্যায় আচরণ করা হয়েছে বা আপনার অধিকারকে সম্মান করা হয়নি এবং এটি বৈষম্যের বিষয় নয়, তাহলে আপনার যে সমস্যাটি হচ্ছে তা মোকাবেলায় আপনি সহায়তা পেতে পারেন:

- আপনি **সদস্য পরিষেবাগুলোতে কল করতে পারেন**।
- আপনি **SHIP-এ কল করতে পারেন**। বিস্তারিত জানতে অধ্যায় 2, অধ্যায় 3 দেখুন।
- অথবা, **আপনি Medicare-এ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে**, দিনের মধ্যে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন (TTY 1-877-486-2048) কল করতে পারবেন।

সেকশন 1.8 আপনার অধিকার সম্বন্ধে কীভাবে আরও তথ্য পাবেন

বেশ কয়েকটি জায়গা রয়েছে যেখানে আপনি আপনার অধিকার সম্পর্কে আরো তথ্য পেতে পারেন:

- আপনি **সদস্য পরিষেবাগুলোতে কল করতে পারেন**।
- আপনি **SHIP-এ কল করতে পারেন**। বিস্তারিত জানতে অধ্যায় 2, অধ্যায় 3 দেখুন।
- আপনি **Medicare-এ যোগাযোগ করতে পারেন**।
 - প্রকাশনাটি পড়তে বা ডাউনলোড করতে আপনি Medicare ওয়েবসাইটটি *Medicare রাইটস অ্যান্ড প্রোটেকশন* দেখতে পারেন। (প্রকাশনাটি উপলভ্য রয়েছে এখানে: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.1.pdf)
 - অথবা, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে দিনের মধ্যে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন (TTY 1-877-486-2048) কল করতে পারেন।

সেকশন 2 প্ল্যানের একজন সদস্য হিসাবে আপনার কিছু দায়িত্ব রয়েছে

পরিকল্পনার সদস্য হিসাবে আপনাকে যা করতে হবে তা নীচে তালিকাভুক্ত করা হয়েছে। আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে তবে অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবায় কল করুন।

- **আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির সাথে পরিচিত হন এবং এই আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি পেতে আপনাকে অবশ্যই নিয়মাবলী অনুসরণ করতে হবে।** আপনার জন্য কী কভার করা হয় এবং আপনার কভার করা পরিষেবাগুলো পেতে আপনাকে যে নিয়মগুলো অনুসরণ করতে হবে তা শিখতে কভারেজের এই প্রমাণটি ব্যবহার করুন।
 - অধ্যায় 3 এবং 4 আপনার চিকিৎসা পরিষেবাগুলো সম্পর্কে বিশদ বিবরণ দেয়।
 - অধ্যায় 5 আপনার পার্ট ডি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ সম্পর্কে বিশদ বিবরণ দেয়।
- **আমাদের প্ল্যান ছাড়াও আপনার অন্য কোনো স্বাস্থ্য বীমা কভারেজ বা প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ থাকলে আমাদের জানান।** অধ্যায় 1 আপনাকে এই সুবিধাগুলো সমন্বয় করার বিষয়ে জানায়।
- **আপনি আপনার ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য মন্ত্র প্রোভাইডারদেরকে আপনি যে আমাদের প্লানে নথিভুক্ত হয়েছেন তা বলুন।** আপনি যখনই আপনার মেডিক্যাল কেয়ার বা পার্ট ডি প্রেসক্রিপশন ড্রাগগুলো পান তখন আপনার পরিকল্পনার সদস্যপদ কার্ডটি দেখান।
- **আপনার ডাক্তার এবং অন্যান্য প্রোভাইডারকে তথ্য দিয়ে, প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করে এবং আপনার যত্ন অনুসরণ করে আপনাকে সাহায্য করতে সহায়তা করুন।**
 - সর্বোত্তম পরিচর্যা পেতে সাহায্য করার জন্য, আপনার ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের আপনার স্বাস্থ্য সমস্যা সম্পর্কে বলুন। চিকিৎসা পরিকল্পনা এবং নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন যাতে আপনি এবং আপনার ডাক্তাররা সম্মত হন।
 - ওভার-দ্য-কাউন্টার ওষুধ, ভিটামিন এবং সম্পূরকগুলো সহ আপনি যে ওষুধগুলো গ্রহণ করছেন সেগুলো আপনার ডাক্তাররা জানেন তা নিশ্চিত করুন।
 - আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, অবশ্যই জিজ্ঞাসা করুন এবং একটি উত্তর পাবেন যা আপনি বুঝতে পারবেন।

অধ্যায় 7 আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

- **সহানুভূতিশীল হন।** আমরা আশা করি আমাদের সকল সদস্য অন্যান্য রোগীদের অধিকারকে সম্মান করবে। এছাড়াও আমরা আশা করি যে আপনি এমনভাবে কাজ করবেন যা আপনার ডাক্তারের অফিস, হাসপাতাল এবং অন্যান্য অফিসগুলোকে ভালোভাবে চালাতে সাহায্য করে।
- **আপনার যা পাওনা তা পরিশোধ করুন।** প্ল্যানের সদস্য হিসেবে, আপনি এই পেমেন্টের জন্য দায়ী:
 - প্ল্যানের সদস্য থাকার জন্য আপনাকে অবশ্যই আপনার Medicare প্রিমিয়াম পরিশোধ করা চালিয়ে যেতে হবে।
 - আপনার উচ্চ আয়ের (যেমন আপনার শেষ ট্যাক্স রিটার্নে রিপোর্ট করা হয়েছে) কারণে আপনাকে পার্ট D-এর জন্য অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হলে আপনাকে অবশ্যই এই প্ল্যানটির সদস্য থাকার জন্য সরাসরি সরকারকে অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হবে।
- **আপনি আমাদের প্ল্যান পরিষেবা এলাকার বাইরে গেলে, আমাদের জানতে হবে যাতে** আমরা আপনার সদস্যপদের রেকর্ড আপ টু ডেট রাখতে পারি এবং কিভাবে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে হয় **তা জানতে পারি।**
- **আপনি আমাদের প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার বাইরে চলে গেলে, আপনি আর আমাদের প্ল্যানের একজন সদস্য থাকবেন না।**
- আপনি অন্য কোথাও চলে গেলে, সামাজিক নিরাপত্তা (বা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড)-কে আপনাকে বলে যেতে হবে।

অধ্যায় ৪:

আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত,
আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন**সেকশন 1 ভূমিকা****সেকশন 1.1 আপনার কোনো সমস্যা বা উদ্বেগ থাকলে কি করবেন**

এই অধ্যায়ে সমস্যা এবং উদ্বেগগুলো পরিচালনা করার প্রক্রিয়াগুলো ব্যাখ্যা করে। আপনার সমস্যাটি পরিচালনা করার জন্য আপনি যে প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করেন তা আপনার সমস্যার ধরনের উপর নির্ভর করে:

- কিছু সমস্যার জন্য, আপনাকে **কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীলের জন্য প্রক্রিয়াটি** ব্যবহার করতে হবে।
- অন্যান্য সমস্যার জন্য, আপনাকে **অভিযোগ করার প্রক্রিয়াটি** ব্যবহার করতে হবে; এটিকে নালিশও বলা হয়।

প্রতিটি প্রক্রিয়ার নিয়ম, পদ্ধতি এবং সময়সীমার একটি সেট রয়েছে যা আমাদের এবং আপনার দ্বারা অনুসরণ করা উচিত।

সেকশন 3 থেকে আপনি ব্যবহার করার সঠিক প্রক্রিয়া এবং আপনার কী করা উচিত তা জানতে পারবেন।

সেকশন 1.2 আইনি শর্তাবলী সম্পর্কে কী?

এই অধ্যায়ে ব্যাখ্যা করা কিছু নিয়ম, পদ্ধতি এবং সময়সীমার ধরনগুলোর জন্য আইনি শর্তাবলী রয়েছে। এই পদগুলোর মধ্যে অনেকগুলো বেশিরভাগ লোকের কাছে অপরিচিত এবং বোঝা কঠিন হতে পারে। জিনিস সহজ করতে, এই অধ্যায়:

- নির্দিষ্ট আইনী শর্তাবলীর জায়গায় সহজ শব্দ ব্যবহার করে। উদাহরণস্বরূপ, এই অধ্যায়টি সাধারণত “অভিযোগ দায়ের করার” পরিবর্তে “নালিশ করা”, “সমন্বিত সংস্থা নির্ধারণ” বা “কভারেজ নির্ধারণ” বা “সুঁকি নির্ধারণ” এর পরিবর্তে “কভারেজ সিদ্ধান্ত” এবং স্বাধীন পর্যালোচনা সত্তার পরিবর্তে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা বলে।
- এটি যতটা সম্ভব কম শব্দসংক্ষেপ ব্যবহার করে।

তবে সঠিক আইনী শর্তাদি জানার জন্য এটি সহায়ক - এবং কখনও কখনও বেশ গুরুত্বপূর্ণ - হতে পারে। কোন শর্তাবলী ব্যবহার করতে হবে তা জানা আপনাকে আপনার পরিস্থিতির জন্য সঠিক সহায়তা বা তথ্য পেতে আরো সঠিকভাবে যোগাযোগ করতে সহায়তা করবে। কোন শব্দগুলি ব্যবহার করতে হবে তা জানতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য, আমরা নির্দিষ্ট ধরনের পরিস্থিতি পরিচালনার করতে বিশদ বিবরণ দেওয়ার সময় আইনি শব্দগুলি অন্তর্ভুক্ত করি।

সেকশন 2 আপনি এখানে আরও তথ্য ও ব্যক্তিগতকৃত সহায়তা পেতে পারেন

আমরা সবসময় আপনাকে সাহায্য করার জন্য আছি। এমনকি যদি আপনার সাথে আমাদের আচরণ সম্পর্কে আপনার অভিযোগ থাকে তবে আমরা আপনার অভিযোগ করার অধিকারকে সম্মান করতে বাধ্য। অতএব, সাহায্যের জন্য আপনার সর্বদা গ্রাহক পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করা উচিত। কিন্তু কিছু পরিস্থিতিতে আপনি এমন কারো কাছ থেকে সাহায্য বা নির্দেশনা চাইতে পারেন যিনি আমাদের সাথে যুক্ত নন। আপনাকে সহায়তা করতে পারে এমন দুটি সংস্থা নীচে রয়েছে।

স্টেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম (SHIP)

প্রতিটি স্টেটে প্রশিক্ষিত কাউন্সেলরদের সাথে একটি সরকারি প্রোগ্রাম রয়েছে। প্রোগ্রামটি আমাদের সাথে বা কোনো বীমা কোম্পানি বা স্বাস্থ্য পরিকল্পনার সাথে সংযুক্ত নয়। এই প্রোগ্রামের কাউন্সেলররা আপনাকে বুঝতে সাহায্য করতে পারেন যে আপনার কোন সমস্যাটি পরিচালনা করতে আপনার কোন প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করা উচিত। তারা আপনার প্রশ্নের উত্তর দিতে পারে, আপনাকে আরো তথ্য দিতে পারে এবং কী করতে হবে তার নির্দেশনা দিতে পারে।

SHIP কাউন্সেলরদের পরিষেবা বিনামূল্যে। আপনি এই নথির অধ্যায় 2, বিভাগ 3-এ ফোন নম্বর এবং ওয়েবসাইটের URL পাবেন।

Medicare

সাহায্য পেতে আপনি Medicare এর সাথেও যোগাযোগ করতে পারেন। Medicare এর সাথে যোগাযোগ করতে:

- আপনি দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন।
- এছাড়াও আপনি Medicare ওয়েবসাইটে (www.medicare.gov) যেতে পারেন।

আপনি Medicaid-এর থেকে সহায়তা এবং তথ্য পেতে পারেন

পদ্ধতি	New York State Medicaid, New York City-র হিউম্যান রিসোর্সেস অ্যাডমিনিস্ট্রেশন এবং Nassau, Orange, Rockland এবং Westchester কাউন্টি সহ সামাজিক পরিষেবার অন্যান্য স্থানীয় জেলা – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	New York State Medicaid (800) 505-5678 New York হিউম্যান রিসোর্স অ্যাডমিনিস্ট্রেশন/ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল (DSS): (718) 557-1399 Nassau কাউন্টি: (516) 227-7474 Orange কাউন্টি: (845) 291-4000 Rockland কাউন্টি: (845) 364-3040 Westchester County: (914) 995-3333 সোমবার - শুক্রবার, সকাল ৮:৩০টা থেকে রাত ৮টা, শনিবার সকাল ১০টা থেকে সন্ধ্যা ৬টা
লিখুন	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678 Rockland County DSS Building L 50 Sanatorium Road Pomona, New York 10970 White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
ওয়েবসাইট	New York: http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml Nassau: https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html Orange: https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services Rockland: http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/ Westchester: http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

পদ্ধতি	Ombudsman অফিস – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(888) 219-9818 সোমবার – শুক্রবার, সকাল ৪:৩০টা থেকে বিকাল ৫টা
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।
ওয়েবসাইট	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

পদ্ধতি	Long Term Care Ombudsman – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(855) 582-6769 সোমবার – শুক্রবার, সকাল ৪:৩০টা থেকে বিকাল ৫টা
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।
ওয়েবসাইট	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

পদ্ধতি	Livanta (নিউ ইয়র্কের গুণগতমান উন্নয়ন সংস্থা) – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(866) 815-5440 সোমবার - শুক্রবার, স্থানীয় সময়ে সকাল ৯:০০টা থেকে বিকাল ৫টা পর্যন্ত; সপ্তাহান্ত এবং ছুটির দিনে স্থানীয় সময়ে সকাল ১০:০০টা থেকে দুপুর ৪টা পর্যন্ত।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।
লিখুন	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ওয়েবসাইট	https://www.livantaqio.com/

সেকশন ৩ আমাদের পরিকল্পনায় Medicare ও Medicaid অভিযোগ এবং আপীল বুঝতে পারা

আপনার Medicare আছে এবং Medicaid থেকে সহায়তা পান। এই অধ্যায়ের তথ্য আপনার সমস্ত Medicare এবং আপনার Medicaid সুবিধাগুলোর **বেশিরভাগ** ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। আপনার বেশিরভাগ সুবিধার জন্য, আপনি আপনার Medicare সুবিধাগুলো এবং আপনার Medicaid সুবিধাগুলোর জন্য একটি প্রক্রিয়া ব্যবহার করবেন। এটিকে কখনও কখনও একটি “সমন্বিত প্রক্রিয়া” বলা হয় কারণ এটি Medicare ও Medicaid প্রক্রিয়াগুলোকে একত্রিত করে বা সংহত করে।

কখনও কখনও Medicare ও Medicaid প্রক্রিয়াগুলো একত্রিত হয় না। এই পরিস্থিতিতে, আপনি Medicare দ্বারা কভার করা সুবিধার জন্য একটি Medicare প্রক্রিয়া এবং Medicaid দ্বারা কভার করা সুবিধার জন্য একটি Medicaid প্রক্রিয়া ব্যবহার করেন। এই পরিস্থিতিগুলো এই **অধ্যায়ের 6.4** অনুচ্ছেদে ব্যাখ্যা করা হয়েছে, “ধাপে ধাপে: কিভাবে একটি লেভেল 2 আপীল করা হয়।”

আপনার সুবিধাগুলোর বিষয়ে সমস্যা

সেকশন ৪ কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীল

আপনার যদি কোনো সমস্যা বা উদ্বেগ থাকে তবে আপনাকে শুধুমাত্র এই অধ্যায়ের অংশগুলো পড়তে হবে যা আপনার পরিস্থিতির জন্য প্রযোজ্য। **Medicare বা Medicaid দ্বারা কভার করা সুবিধাগুলি সম্পর্কে** সমস্যা বা অভিযোগের জন্য নিচের তথ্যগুলো আপনাকে এই অধ্যায়ের সঠিক সেকশনটি খুঁজে পেতে সহায়তা করবে।

আপনার সমস্যা কি আপনার বেনিফিট অথবা কভারেজ সংক্রান্ত?

এর মধ্যে রয়েছে চিকিৎসা সেবা (চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং/অথবা পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ওষুধ) কভার করা হয়েছে কিনা, সেগুলো যেভাবে কভার করা হয়েছে এবং চিকিৎসা সেবার জন্য পেমেন্ট সংক্রান্ত সমস্যা রয়েছে।

হ্যাঁ।

এই অধ্যায়ের পরবর্তী বিভাগে যান, **সেকশন 5, “কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীলের মূল বিষয়গুলোর জন্য একটি নির্দেশিকা।”**

না।

এই অধ্যায়ের শেষে **সেকশন 11-এ** যান, “**কিভাবে পরিচর্যার গুণমান, অপেক্ষমান সময়, গ্রাহক পরিষেবা, বা অন্যান্য উদ্বেগের বিষয়ে অভিযোগ করবেন।**”

সেকশন 5 কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীলের মৌলিক বিষয়গুলোর জন্য একটি নির্দেশিকা

সেকশন 5.1 কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করা এবং আপীল করা: বড় ছবি

কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীল আপনার চিকিৎসা সেবা (পরিষেবা, আইটেম এবং পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ওষুধ, পেমেন্ট সহ) জন্য আপনার সুবিধাগুলো এবং কভারেজ সম্পর্কিত সমস্যাগুলোর সাথে মোকাবিলা করে। জিনিসগুলি সহজ রাখার জন্য, আমরা সাধারণত চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশনের ওষুধগুলোকে **চিকিৎসা পরিচর্যা** হিসাবে উল্লেখ করি। আপনি কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীল প্রক্রিয়া ব্যবহার করুন। এটি এমন একটি প্রক্রিয়া যা আপনি কিছু কভার করা আছে কিনা এবং যেভাবে কিছু কভার করা হয়েছে তার মতো সমস্যোগুলোর জন্য ব্যবহার করেন।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন**বেনিফিটগুলো পাওয়ার আগে কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করা**

একটি কভারেজ সিদ্ধান্ত হলো একটি সিদ্ধান্ত যা আমরা আপনার বেনিফিটগুলো এবং কভারেজ বা আপনার চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করব সে সম্পর্কে আমরা করি। উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনার প্ল্যান নেটওয়ার্ক ডাক্তার আপনাকে নেটওয়ার্কের মধ্যে নেই এমন একজন মেডিকেল বিশেষজ্ঞের কাছে রেফার করেন, তবে এই রেফারেলটি একটি অনুকূল কভারেজ সিদ্ধান্ত হিসাবে বিবেচিত হয় যদি না হয় আপনার নেটওয়ার্ক ডাক্তার দেখাতে পারেন যে আপনি এই মেডিকেল বিশেষজ্ঞের জন্য একটি স্ট্যান্ডার্ড অস্বীকার (নোটিশ পেয়েছেন বা এর প্রমাণ কভারেজ এটা স্পষ্ট করে যে রেফার করা পরিষেবা কখনই কোনো অবস্থার অধীনে নেই। যদি আপনার ডাক্তার অনিশ্চিত হন যে আমরা একটি নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিষেবা কভার করব কিনা বা আপনার প্রয়োজন মনে করে চিকিৎসা পরিষেবা প্রদান করতে অস্বীকার করেন তবে আপনি বা আপনার ডাক্তার আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। অন্য কথায়, আপনি যদি জানতে চান যে আমরা চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করার আগে তা কভার করব কিনা, আপনি আমাদেরকে আপনার জন্য একটি কভারেজ সিদ্ধান্ত নিতে বলতে পারেন।

সীমিত পরিস্থিতিতে একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য একটি অনুরোধ খারিজ করা হবে, যার মানে আমরা অনুরোধটি পর্যালোচনা করব না। যখন একটি অনুরোধ খারিজ করা হবে তার উদাহরণগুলোর মধ্যে রয়েছে যদি অনুরোধটি অসম্পূর্ণ হয়, যদি কেউ আপনার পক্ষ থেকে অনুরোধ করে তবে এটি করার জন্য আইনত অনুমোদিত নয় বা আপনি যদি আপনার অনুরোধটি প্রত্যাহার করার জন্য বলেন। আমরা যদি কভারেজের জন্য একটি অনুরোধ খারিজ করে দিই, তাহলে কেন অনুরোধটি খারিজ করা হয়েছে এবং কিভাবে খারিজ করার রিভিউ এর জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে তা ব্যাখ্যা করে আমরা একটি নোটিশ পাঠাব।

আমরা আপনার জন্য একটি কভারেজ সিদ্ধান্ত নিচ্ছি যখনই আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে আপনার জন্য কী কভার করা হবে এবং আমরা কত টাকা দিতে পারি। কিছু ক্ষেত্রে, আমরা সিদ্ধান্ত নিতে পারি যে আপনার জন্য চিকিৎসা সেবা কভার করা হয়নি বা Medicare দ্বারা আর কভার করা হবে না। আপনি এই কভারেজ সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হলে, আপনি একটি আপীল করতে পারেন।

একটি আপিল করা

যদি বেনিফিট পাওয়ার আগে বা পরে আমরা কভারেজের সিদ্ধান্ত নিই এবং আপনি সন্তুষ্ট না হন, আপনি সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে “আপিল” করতে পারেন। আপিল হলো একটি আনুষ্ঠানিক উপায় যা আমাদেরকে কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা করতে এবং পরিবর্তন করতে বলে। কিছু নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে, যা আমরা পরে আলোচনা করব, আপনি একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের একটি দ্রুত বা “দ্রুত আবেদন”-এর অনুরোধ করতে পারেন। যারা মূল সিদ্ধান্ত নিয়েছেন তাদের চেয়ে ভিন্ন পর্যালোচকরা আপনার আপীল পরিচালনা করেন।

আপনি যখন প্রথমবার কোনো সিদ্ধান্তের জন্য আপীল করেন, তখন একে লেভেল 1 আপীল বলা হয়। এই আপীলটিতে, আমরা সঠিকভাবে নিয়মগুলো অনুসরণ করছি কিনা তা পরীক্ষা করার জন্য আমরা কভারেজের সিদ্ধান্তটি পর্যালোচনা করি। আমরা পর্যালোচনা শেষ করার পরে আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত জানাব।

সীমিত পরিস্থিতিতে একটি লেভেল 1 আপীলের অনুরোধ খারিজ করা হবে, যার মানে আমরা অনুরোধটি পর্যালোচনা করব না। যখন একটি অনুরোধ খারিজ করা হবে তার উদাহরণগুলোর মধ্যে রয়েছে যদি অনুরোধটি অসম্পূর্ণ হয়, যদি কেউ আপনার পক্ষ থেকে অনুরোধ করে তবে এটি করার জন্য আইনত অনুমোদিত নয় বা আপনি যদি আপনার অনুরোধটি প্রত্যাহার করার জন্য বলেন। আমরা যদি লেভেল 1 আপীলের জন্য একটি অনুরোধ খারিজ করে দেই, তাহলে কেন অনুরোধটি খারিজ করা হয়েছে এবং কিভাবে খারিজ করার রিভিউ এর জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে তা ব্যাখ্যা করে আমরা একটি নোটিশ পাঠাব।

আমরা যদি চিকিৎসা সেবার জন্য আপনার লেভেল 1 আপিলের সমস্ত বা কিছু অংশকে না বলি, আপনার আপিল স্বয়ংক্রিয়ভাবে লেভেল 2-এ চলে যাবে। লেভেল 2 আপিল প্রশাসনিক শুনানির অফিস দ্বারা পরিচালিত হয়। তারা আমাদের সাথে সংযুক্ত নয়।

- লেভেল 2 আপীলের জন্য আপনার কেস স্বয়ংক্রিয়ভাবে অফিস অফ অ্যাডমিনিস্ট্রিটিভ হেয়ারিং-এ পাঠানো হবে – আপনাকে কিছু করতে হবে না। অফিস অফ অ্যাডমিনিস্ট্রিটিভ হেয়ারিংস আপনাকে একটি নোটিশ মেইল করবে নিশ্চিত করতে যে তারা আপনার লেভেল 2 আপীল পেয়েছে।
- চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য লেভেল 2 আপিল সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের **সেকশন 6.4** দেখুন।
- পার্ট D আপিলগুলো এই অধ্যায়ের সেকশন 7 এ আরো আলোচনা করা হয়েছে।

আপনি যদি লেভেল 2 আপীলের সিদ্ধান্তে সন্তুষ্ট না হন তবে আপনি অতিরিক্ত স্তরের আপীলের মাধ্যমে চালিয়ে যেতে সক্ষম হতে পারেন (এই অধ্যায়ের সেকশন 10 লেভেল 3, 4 এবং 5 আপীল প্রক্রিয়াগুলো ব্যাখ্যা করে)।

সেকশন 5.2 আপনি যখন কোনো কভারেজের সিদ্ধান্ত চাইছেন বা আপীল করছেন তখন কিভাবে সহায়তা পাবেন

আপনি যদি কোনো ধরনের কভারেজ সিদ্ধান্ত চান বা কোনো সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার সিদ্ধান্ত নেন তবে এখানে রিসোর্সগুলো রয়েছে:

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

- আপনি **আমাদের সদস্য পরিষেবায় কল করতে পারেন।**
- আপনি আপনার স্টেট স্বাস্থ্য বীমা সহায়তা প্রোগ্রাম থেকে **বিনামূল্যে সহায়তা পেতে পারেন।**
- **আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী আপনার জন্য একটি অনুরোধ করতে পারেন।** যদি আপনার ডাক্তার লেভেল 2 পরিষেবে কোনো আপীল করতে সহায়তা করে তবে তাদের আপনার প্রতিনিধি হিসাবে নিয়োগ করা দরকার। অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলোতে কল করুন এবং “প্রতিনিধি নিয়োগ” ফর্মের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। (ফর্মটি Medicare এর ওয়েবসাইটেও পাওয়া যায় এখানে www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)
 - চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য, আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী আপনার পক্ষ থেকে কভারেজ সিদ্ধান্ত বা লেভেল 1 আপীলের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যদি আপনার আবেদন লেভেল 1 এ প্রত্যাখ্যান করা হয়, তবে এটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে লেভেল 2 এ ফরওয়ার্ড করা হবে।
 - যদি আপনার চিকিৎসক বা অন্য স্বাস্থ্য সরবরাহকারী জিজ্ঞাসা করেন যে আপনার আপীলের সময় আপনি ইতোমধ্যে যে পরিষেবা বা আইটেমটি পাচ্ছেন তা অব্যাহত রাখতে হবে, আপনার পক্ষে কাজ করার জন্য আপনাকে আপনার প্রতিনিধি হিসাবে আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারকে নাম দিতে **হতে পারে।**
 - পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য, আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য প্রেসক্রাইবার আপনার পক্ষে কভারেজ সিদ্ধান্ত বা লেভেল 1 আপীলের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যদি আপনার লেভেল 1 আপিল প্রত্যাখ্যান করা হয় তবে আপনার ডাক্তার বা প্রেসক্রাইবার লেভেল 2 আপীলের জন্য অনুরোধ করতে পারেন।
- **আপনি কাউকে আপনার পক্ষে কাজ করতে বলতে পারেন।** আপনি যদি চান, আপনি কভারেজ সিদ্ধান্ত চাইতে বা আপীল করার জন্য আপনার “প্রতিনিধি” হিসাবে কাজ করার জন্য অন্য ব্যক্তির নাম দিতে পারেন।
 - আপনি যদি কোনো বন্ধু, আত্মীয় বা অন্য ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি করতে চান তবে সদস্য পরিষেবাগুলোতে কল করুন এবং “প্রতিনিধি নিয়োগ” ফর্মটি জিজ্ঞাসা করুন। (ফর্মটি Medicare এর ওয়েবসাইটেও পাওয়া যায় এখানে www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) ফর্মটি সেই ব্যক্তিকে আপনার পক্ষে কাজ করার অনুমতি দেয়। এটি অবশ্যই আপনার দ্বারা এবং আপনি যে ব্যক্তির পক্ষে কাজ করতে চান তার দ্বারা স্বাক্ষরিত হতে হবে। আপনাকে অবশ্যই স্বাক্ষরিত ফর্মটির একটি কপি আমাদের দিতে হবে।
 - যদিও আমরা ফর্ম ছাড়াই একটি আপীল অনুরোধ গ্রহণ করতে পারি, আমরা এটি না পাওয়া পর্যন্ত আমাদের পর্যালোচনা শুরু বা সম্পূর্ণ করতে পারি না। আমরা আপনার আপিলের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমাদের সময়সীমা শেষ হওয়ার আগে ফর্মটি না পেলে আপনার আপিলের অনুরোধ খারিজ হয়ে যাবে। যদি এটি ঘটে থাকে তবে আমরা প্রশাসনিক শুনানির অফিসকে আপনার আপীল খারিজ করার আমাদের সিদ্ধান্তটি পর্যালোচনা করার জন্য আপনার অধিকার ব্যাখ্যা করে একটি লিখিত নোটিশ পাঠাব।
- **আইনজীবী নিয়োগের অধিকারও আপনার আছে।** আপনি নিজের আইনজীবীর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন বা আপনার স্থানীয় বার অ্যাসোসিয়েশন বা অন্যান্য রেফারেল পরিষেবা থেকে আইনজীবীর নাম পেতে পারেন। এমন গ্রুপও রয়েছে যা আপনি যোগ্য হলে আপনাকে বিনামূল্যে আইনী পরিষেবা দেবে। যাইহোক, কোনো ধরনের কভারেজের সিদ্ধান্ত চাইতে বা কোনো সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার **জন্য আপনার আইনজীবী নিয়োগের প্রয়োজন নেই।**

সেকশন 5.3 এই অধ্যায়ের কোন বিভাগটি আপনার পরিস্থিতির জন্য বিশদ বিবরণ দেয়?

চারটি ভিন্ন পরিস্থিতি রয়েছে যাতে কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীল জড়িত। যেহেতু প্রতিটি পরিস্থিতির বিভিন্ন নিয়ম এবং সময়সীমা রয়েছে, তাই আমরা প্রত্যেকের জন্য একটি পৃথক বিভাগে বিশদ বিবরণ দিই:

- এই অধ্যায়ের **সেকশন 6**, “আপনার মেডিক্যাল কেয়ার: কিভাবে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করবেন বা আপীল করবেন”
- এই অধ্যায়ের **সেকশনের 7**, “আপনার পার্ট D প্রেসক্রিপশন ড্রাগ: কিভাবে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করবেন বা আপীল করবেন”
- এই **সেকশনের 8** অনুচ্ছেদে, “আপনি যদি মনে করেন যে ডাক্তার আপনাকে খুব শীঘ্রই ডিসচার্জ করছেন তাহলে আমাদেরকে কিভাবে দীর্ঘ সময়ের ইনপেশেন্ট হাসপাতালে থাকার ব্যবস্থা করতে বলবেন”
- এই **সেকশনের 9** অনুচ্ছেদে, “আপনি যদি মনে করেন যে আপনার কভারেজ খুব শীঘ্রই শেষ হয়ে যাচ্ছে তবে কিভাবে আমাদেরকে নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিষেবাগুলি কভার করতে বলবেন” (এই সেকশনটি শুধুমাত্র এই পরিষেবাগুলির জন্য প্রযোজ্য: হোম হেলথ কেয়ার, দক্ষ নার্সিং ফ্যাসিলিটি কেয়ার এবং ব্যাপক বহিরাগত রোগী পুনর্বাসন ফ্যাসিলিটি (CORF) পরিষেবাগুলি)

আপনি কোন বিভাগটি ব্যবহার করবেন তা নিশ্চিত না হলে সদস্য পরিষেবাগুলোতে কল করুন। এছাড়াও আপনি আপনার SHIP এর মতো সরকারি প্রতিষ্ঠান থেকে সাহায্য বা তথ্য পেতে পারেন।

সেকশন ৬ আপনার মেডিক্যাল পরিচর্যা: কিভাবে একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে বা একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য একটি আপীল করতে হবে

সেকশন ৬.১ এই সেকশনটি বলে যে আপনার যদি মেডিক্যাল কেয়ারের জন্য কভারেজ পেতে সমস্যা হয় বা আপনি যদি চান যে আমরা আপনার পরিচর্যার জন্য আপনাকে টাকা ফেরত দিতে চাই তবে কী করতে হবে

এই বিভাগটি মেডিক্যাল কেয়ারের জন্য আপনার সুবিধাগুলোর বিষয়ে। এই সুবিধাগুলো এই নথির অধ্যায় ৪ এ বর্ণনা করা হয়েছে: মেডিকেল বেনিফিট চার্ট (যা কভার করা হয়েছে)। কিছু ক্ষেত্রে, পার্ট বি প্রেসক্রিপশনের ওষুধের জন্য অনুরোধের ক্ষেত্রে ভিন্ন নিয়ম প্রযোজ্য। সেসব ক্ষেত্রে, আমরা ব্যাখ্যা করব কিভাবে পার্ট বি প্রেসক্রিপশনের ওষুধের নিয়মগুলো মেডিক্যাল আইটেমগুলো এবং পরিষেবাগুলোর নিয়ম থেকে আলাদা।

এই বিভাগটি বলে যে আপনি যদি নিম্নলিখিত পাঁচটি পরিস্থিতিতে থাকেন তবে আপনি কী করতে পারেন:

- আপনি আপনার কাঙ্ক্ষিত নির্দিষ্ট চিকিৎসা সেবা পাচ্ছেন না এবং আপনি বিশ্বাস করেন যে আমাদের পরিকল্পনা এই পরিচর্যাকে কভার করে। **একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। সেকশন ৬.২.**
 - আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী আপনাকে যে চিকিৎসা সেবা দিতে চান তা আমাদের পরিকল্পনা অনুমোদন করবে না এবং আপনি বিশ্বাস করেন যে আমাদের পরিকল্পনা এই পরিচর্যাকে কভার করে। **একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। সেকশন ৬.২.**
 - আপনি চিকিৎসা সেবা পেয়েছেন যা আপনি বিশ্বাস করেন যে আমাদের পরিকল্পনাটি কভার করা উচিত, কিন্তু আমরা বলেছি যে আমরা এই পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদান করব না। **একটি আপীল করুন। সেকশন ৬.৩.**
 - আপনি চিকিৎসা সেবা পেয়েছেন এবং অর্থ প্রদান করেছেন যা আপনি বিশ্বাস করেন যে আমাদের পরিকল্পনাটি কভার করা উচিত এবং আপনি এই পরিচর্যার জন্য আপনাকে প্রতিদান দেওয়ার জন্য আমাদের পরিকল্পনাকে বলতে চান। **আমাদের বিলটি প্রেরণ করুন। সেকশন ৬.৫.**
 - আপনাকে বলা হচ্ছে (যে আমরা পূর্বে অনুমোদিত কিছু) চিকিৎসা যত্নের জন্য কভারেজ যা আপনি পাচ্ছেন তা হ্রাস বা বন্ধ করা হবে এবং আপনি বিশ্বাস করেন যে এই পরিচর্যা হ্রাস বা বন্ধ করা আপনার স্বাস্থ্যের ক্ষতি করতে পারে। **একটি আপীল করুন। সেকশন ৬.৩.**
- দ্রষ্টব্য:** যে কভারেজটি বন্ধ করা হবে তা হসপিটাল কেয়ার, হোম হেলথ কেয়ার, দক্ষ নার্সিং ফ্যাসিলিটি কেয়ার, বা কমপ্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফ্যাসিলিটি (CORF) পরিষেবাগুলোর জন্য আপনাকে এই অধ্যায়ের সেকশন ৪ এবং ৯ পড়তে হবে। এই ধরনের পরিচর্যার জন্য বিশেষ নিয়ম প্রযোজ্য।

সেকশন ৬.২ ধাপে ধাপে: কিভাবে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করবেন

আইনী শর্তাবলী

যখন কোনো কভারেজের সিদ্ধান্তে আপনার মেডিক্যাল কেয়ার জড়িত থাকে, তখন এটিকে “ইন্টিগ্রেটেড অর্গানাইজেশন সংকল্প” বলা হয়।

একটি “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” একটি “দ্রুত সংকল্প” বলা হয়।

ধাপ 1: আপনার “স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত” বা “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” প্রয়োজন কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।

পার্ট বি ওষুধের জন্য সাধারণত 14 দিন বা 72 ঘন্টার মধ্যে একটি “স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত” তৈরি করা হয়। একটি “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” সাধারণত 72 ঘন্টার মধ্যে তৈরি করা হয়, চিকিৎসা পরিষেবাগুলোর জন্য, পার্ট বি ওষুধের জন্য 24 ঘন্টা। একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত পেতে, আপনাকে অবশ্যই দুটি প্রয়োজনীয়তা পূরণ করতে হবে:

- আপনি শুধুমাত্র মেডিকেল আইটেম এবং/অথবা পরিষেবাগুলোর জন্য কভারেজের জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন (আইটেম এবং/অথবা পরিষেবাগুলোর জন্য পেমেন্টের অনুরোধ ইতোমধ্যেই প্রাপ্ত হয়েছে)।
- আপনি একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত পেতে পারেন শুধুমাত্র যদি স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করার কারণে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য গুরুতর ক্ষতি হতে পারে বা আপনার কাজ করার ক্ষমতাকে আঘাত করতে পারে।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

- যদি আপনার ডাক্তার আমাদের বলেন যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত প্রয়োজন, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে একটি “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” দিতে সম্মত হব।
- আপনি যদি আপনার ডাক্তারের সহায়তা ছাড়া আপনার নিজের থেকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত চান, তাহলে আমরা সিদ্ধান্ত নেব যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আমরা আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দেব কিনা। যদি আমরা একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত অনুমোদন না করি, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব যেটি:
 - ব্যাখ্যা করে যে আমরা স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করব।
 - ব্যাখ্যা করে যদি আপনার ডাক্তার দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত নিতে বলেন, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দেব।
 - ব্যাখ্যা করে যে আপনি আপনার অনুরোধ করা দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তের পরিবর্তে আপনাকে একটি স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত দেওয়ার জন্য আমাদের সিদ্ধান্তের বিষয়ে একটি “দ্রুত অভিযোগ” দায়ের করতে পারেন।

ধাপ 2: একটি কভারেজের সিদ্ধান্ত বা দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত নিতে আমাদের পরিকল্পনা জিজ্ঞাসা করুন।

- আপনি যে চিকিৎসা সেবা চান তার জন্য আমাদের অনুমোদন বা কভারেজ দেওয়ার জন্য আপনার অনুরোধ করার জন্য আমাদের পরিকল্পনা কল, লিখতে বা ফ্যাক্স করে শুরু করুন। আপনি, আপনার ডাক্তার বা আপনার প্রতিনিধি এটি করতে পারেন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।

ধাপ 3: আমরা চিকিৎসা সেবা কভারেজের জন্য আপনার অনুরোধ বিবেচনা করি এবং আপনাকে আমাদের উত্তর দিই।**স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য আমরা স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করি।**

এর অর্থ হলো আমরা একটি মেডিকেল আইটেম বা পরিষেবার জন্য আপনার অনুরোধ পাওয়ার পরে 14 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আমরা আপনাকে একটি উত্তর দেব। আপনার অনুরোধ যদি Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হয়, আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আপনাকে উত্তর দেব।

- **যাইহোক**, আপনি আরও সময় চাইলে বা আমাদের আরও তথ্যের প্রয়োজন হলে যা আপনাকে উপকৃত করতে পারে তবে আপনার অনুরোধটি কোনো চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য হলে **আমরা আরও 14 দিন সময় নিতে পারি**। আমরা অতিরিক্ত দিন সময় নিলে তা লিখিতভাবে জানাবো। আপনার অনুরোধ Medicare পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হলে আমরা সিদ্ধান্ত নিতে অতিরিক্ত সময় নিতে পারি না।
- আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আমাদের অতিরিক্ত দিন নেওয়া উচিত নয়, আপনি একটি “দ্রুত অভিযোগ” দায়ের করতে পারেন। আমরা সিদ্ধান্ত নেওয়ার সাথে সাথে আমরা আপনার অভিযোগের উত্তর দেব। (অভিযোগ করার প্রক্রিয়া কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীলের প্রক্রিয়া থেকে আলাদা। অভিযোগ সম্পর্কে তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের 11 সেকশন দেখুন।)

দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য আমরা একটি দ্রুত সময়সীমা ব্যবহার করি

একটি দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্তের অর্থ হলো আপনার অনুরোধ যদি কোনো মেডিক্যাল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হয় তবে আমরা 72 ঘণ্টার মধ্যে উত্তর দেব। আপনার অনুরোধ যদি Medicare পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হয়, আমরা 24 ঘণ্টার মধ্যে উত্তর দেব।

- **যাইহোক**, আপনি যদি আরো সময় চান বা আমাদের যদি আরো বেশি প্রয়োজন হয় যা আপনার উপকার করতে পারে, **আমরা আরো 14 দিন পর্যন্ত সময় নিতে পারি**। আমরা অতিরিক্ত দিন সময় নিলে তা লিখিতভাবে জানাবো। আপনার অনুরোধ Medicare পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হলে আমরা সিদ্ধান্ত নিতে অতিরিক্ত সময় নিতে পারি না।
- আমাদের অতিরিক্ত দিন নেওয়া উচিত নয় বলে আপনি মনে করলে আপনি “দ্রুত অভিযোগ” দায়ের করতে পারেন। (অভিযোগ সম্পর্কে তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের 11 সেকশন দেখুন।) আমরা সিদ্ধান্ত নেওয়ার সাথে সাথে আপনাকে কল করব।
- **যদি আমাদের উত্তর অংশে না হয় বা আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার সমস্ত কিছুর জন্য**, আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাব যা ব্যাখ্যা করবে কেন আমরা না বলেছি।

ধাপ 4: আমরা যদি মেডিক্যাল কেয়ারের জন্য কভারেজের জন্য আপনার অনুরোধে না বলি তবে আপনি আপীল করতে পারেন।

- যদি আমরা "না" বলি, তাহলে আপনি আপীল করে আমাদের এই সিদ্ধান্ত পুনর্বিবেচনা করার অধিকার রাখেন। এর অর্থ আপনি যে মেডিক্যাল কেয়ার কভারেজ চান তা পেতে আবার জিজ্ঞাসা করা। আপনি যদি আপীল করেন তবে এর অর্থ আপনি আপীল প্রক্রিয়ার লেভেল 1 এ যাচ্ছেন।

সেকশন 6.3 ধাপে ধাপে: কিভাবে লেভেল 1 আপিল করতে হয়**আইনী শর্তাবলী**

মেডিক্যাল কেয়ার কভারেজের সিদ্ধান্ত সম্পর্কে পরিকল্পনার কাছে একটি আপীলকে একটি পরিকল্পনা “সমন্বিত পুনর্বিবেচনা” বলা হয়।
একটি “দ্রুত আপীল”-কে “দ্রুত পুনর্বিবেচনা” বলা হয়।

ধাপ 1: আপনার “স্ট্যান্ডার্ড আপীল” বা “দ্রুত আপিল” দরকার কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।

পার্ট বি ওয়ুথের জন্য সাধারণত 30 দিন বা 7 দিনের মধ্যে একটি “স্ট্যান্ডার্ড আপীল” করা হয়। একটি “দ্রুত আপিল” সাধারণত 72 ঘণ্টার মধ্যে করা হয়।

- আপনি যদি পরিচর্যার জন্য কভারেজ সম্পর্কে আমাদের নেওয়া কোনো সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করছেন যা আপনি এখনও পাননি, আপনাকে এবং/অথবা আপনার ডাক্তারকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনার “দ্রুত আপিল” প্রয়োজন কিনা। যদি আপনার ডাক্তার আমাদের বলেন যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য “দ্রুত আপীল” প্রয়োজন, তবে আমরা আপনাকে দ্রুত আপীল দেব।
- “দ্রুত আপিল” পাওয়ার প্রয়োজনীয় বিষয়াদি এই চ্যাপ্টারের 6.2 সেকশনে “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” পাওয়ার বিষয়াদির মতোই।

ধাপ 2: একটি আপীল বা একটি দ্রুত আপীলের জন্য আমাদের পরিকল্পনা জিজ্ঞাসা করুন

- আপনি যদি স্ট্যান্ডার্ড আপিল করতে চান তবে আপনার স্ট্যান্ডার্ড আপিলটি লিখিতভাবে জমা দিন। আপনি আমাদের কল করেও আপীল করতে পারেন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।
- আপনি যদি দ্রুত আপিল করতে চান তবে লিখিতভাবে আপনার আপিল করুন বা আমাদের কল করুন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।
- কভারেজ সিদ্ধান্তের বিষয়ে আমাদের উত্তর জানানোর জন্য আমরা যে লিখিত নোটিশের তারিখ পাঠিয়েছি তার তারিখ থেকে 65 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই আপনার আপিল অনুরোধ করতে হবে। আপনি যদি এই সময়সীমাটি মিস করেন এবং এটি মিস করার কোনো উপযুক্ত কারণ থাকে তবে আপনি যখন আবেদন করবেন তখন আপনার আবেদন দেরি হওয়ার কারণটি ব্যাখ্যা করুন। আমরা আপনার আবেদন করার জন্য আপনাকে আরো সময় দিতে পারি। উপযুক্ত কারণের উদাহরণগুলোর মধ্যে একটি গুরুতর অসুস্থতা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যা আপনাকে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে বাধা দিয়েছে বা যদি আমরা আপনাকে আপীলের অনুরোধ করার সময়সীমা সম্পর্কে ভুল বা অসম্পূর্ণ তথ্য সরবরাহ করি।
- আপনি আপনার চিকিৎসা সিদ্ধান্ত সম্পর্কিত তথ্যের একটি বিনামূল্যে কপি চাইতে পারেন। আপনার আপীল সমর্থন করতে আপনি এবং আপনার ডাক্তার আরো তথ্য যুক্ত করতে পারেন।

যদি আমরা আপনাকে বলি যে আমরা পরিষেবাগুলো বা আইটেমগুলো বন্ধ করতে বা হ্রাস করতে যাচ্ছি যা আপনি ইতোমধ্যে পাচ্ছেন তবে আপনি আপনার আপীল চলাকালীন সেই পরিষেবাগুলো বা আইটেমগুলো রাখতে সক্ষম হতে পারেন।

- আপনি বর্তমানে যে পরিষেবা বা আইটেমটি পান তার কভারেজ পরিবর্তন বা বন্ধ করার সিদ্ধান্ত নিলে আমরা প্রস্তাবিত পদক্ষেপ নেওয়ার আগে আপনাকে একটি নোটিশ পাঠাব।
- আপনি যদি ক্রিয়াটির সাথে একমত না হন তবে আপনি একটি লেভেল 1 আপীল দায়ের করতে পারেন। আপনি যদি আমাদের চিঠিতে পোস্টমার্কের তারিখের 10 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে বা পদক্ষেপের উদ্দেশ্য কার্যকর তারিখের মধ্যে লেভেল 1 আপীলের জন্য জিজ্ঞাসা করেন তবে যেটি পরে আমরা সেই পরিষেবা বা আইটেমটি কভার করা চালিয়ে যাব।
- আপনি যদি এই সময়সীমা পূরণ করেন, আপনার লেভেল 1 আপীল মূলতবি থাকা অবস্থায় আপনি কোনো পরিবর্তন ছাড়াই পরিষেবা বা আইটেম পেতে পারেন। এছাড়াও আপনি কোনো পরিবর্তন ছাড়াই অন্যান্য সমস্ত পরিষেবা বা আইটেম (যেগুলো আপনার আপীলের বিষয় নয়) পেতে থাকবেন।

ধাপ 3: আমরা আপনার আবেদন বিবেচনা করি এবং আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর দিই।

- আমরা যখন আপনার আপিল পর্যালোচনা করি, তখন আমরা সমস্ত তথ্যের উপর সতর্ক দৃষ্টি রাখি। যখন আমরা আপনার অনুরোধে না বলেছিলাম তখন আমরা সমস্ত নিয়ম অনুসরণ করছি কিনা তা পরীক্ষা করে দেখি।
- প্রয়োজনে আমরা আরো তথ্য সংগ্রহ করব, সম্ভবত আপনার সাথে বা আপনার ডাক্তারের সাথে যোগাযোগ করব।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন**একটি “দ্রুত আপীল” এর জন্য সময়সীমা**

- দ্রুত আপিলের জন্য, আমরা আপনার আপিল পাওয়ার পর 72 ঘন্টার মধ্যে আপনাকে অবশ্যই উত্তর দেব। আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আমাদের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর তাড়াতাড়ি দিব।
 - শাইহোক, যদি আপনি আরো সময় চান অথবা যদি আমাদের আরো তথ্যের প্রয়োজন হয় যা আপনাকে উপকৃত করতে পারে, যদি আপনার অনুরোধ কোনো মেডিক্যাল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হয় তাহলে আরো 14 ক্যালেন্ডার দিন পর্যন্ত আমরা সময় নিতে পারি। আমরা অতিরিক্ত দিন সময় নিলে তা লিখিতভাবে জানাবো। আপনার অনুরোধ Medicare পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হলে আমরা অতিরিক্ত সময় নিতে পারি না।
 - যদি আমরা আপনাকে 72 ঘন্টার মধ্যে একটি উত্তর না দিই (অথবা যদি আমরা অতিরিক্ত দিন নিয়ে থাকি তবে বর্ধিত সময়ের শেষের মধ্যে), আমাদের আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2 এ স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার অনুরোধ পাঠাতে হবে। সেকশন 6.4 লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।
- যদি আমাদের উত্তরটি আপনার অনুরোধের কিছু অংশ বা সমস্ত কিছুর জন্য হ্যাঁ হয়, আমরা আপনার আবেদন পাওয়ার পর 72 ঘন্টার মধ্যে আমরা যে কভারেজ প্রদান করতে সম্মত হয়েছি তা অবশ্যই অনুমোদন বা প্রদান করতে হবে।
- আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার সমস্ত কিছুর জন্য যদি আমাদের উত্তর কিছু অংশের জন্য না হয় অথবা আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত লিখিতভাবে পাঠাব এবং স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার আপীলটি লেভেল 2 আপিলের জন্য প্রশাসনিক শুনানির অফিসে প্রেরণ করব। প্রশাসনিক শুনানির অফিস আপনার মামলার শুনানির সময় নির্ধারণ করবে এবং যখন এটি আপনার আপীল পাবে তখন আপনাকে লিখিতভাবে শুনানির তারিখ এবং সময় জানাবে।

একটি “স্ট্যান্ডার্ড” আপীলের জন্য সময়সীমা

- স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য, আমরা আপনার আপিল পাওয়ার পর 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনাকে আমাদের উত্তর দিব। আপনার অনুরোধ যদি Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হয়, আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার 7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনাকে উত্তর দেব। আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার জন্য আমাদের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত শীঘ্রই দিব।
 - শাইহোক, যদি আপনি আরো সময় চান অথবা যদি আমাদের আরো তথ্যের প্রয়োজন হয় যা আপনাকে উপকৃত করতে পারে, যদি আপনার অনুরোধ কোনো মেডিক্যাল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হয় তাহলে আরো 14 ক্যালেন্ডার দিন পর্যন্ত আমরা সময় নিতে পারি। আমরা অতিরিক্ত দিন সময় নিলে তা লিখিতভাবে জানাবো। আপনার অনুরোধ Medicare পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হলে আমরা সিদ্ধান্ত নিতে অতিরিক্ত সময় নিতে পারি না।
 - আমাদের অতিরিক্ত দিন নেওয়া উচিত নয় বলে আপনি মনে করলে আপনি “দ্রুত অভিযোগ” দায়ের করতে পারেন। আপনি একটি দ্রুত অভিযোগ দায়ের করলে, আমরা আপনাকে 24 ঘন্টার মধ্যে আপনার অভিযোগের উত্তর দিব। (দ্রুত অভিযোগ সহ অভিযোগ করার প্রক্রিয়া সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য, এই অধ্যায়ের সেকশন 11 দেখুন।)
 - যদি আমরা আপনাকে সময়সীমার মধ্যে (অথবা বর্ধিত সময়ের শেষের মধ্যে) উত্তর না দিই, তাহলে আমরা আপনার অনুরোধটি লেভেল 2 আপিলের কাছে পাঠাব যেখানে প্রশাসনিক শুনানির অফিস আপনার মামলার শুনানি করবে। সেকশন 6.4 লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।
- যদি আমাদের উত্তরটি আপনার অনুরোধের কিছু অংশ বা সমস্ত কিছুর জন্য হ্যাঁ হয়, আমরা আপনার আপিল পাওয়ার পরে 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে বা আপনার অনুরোধটি Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হলে 7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে কভারেজটি অনুমোদন বা প্রদান করতে হবে।
- যদি আমাদের প্ল্যান আপনার আপিলের কিছু অংশ বা সমস্ত অংশকে না বলে, তাহলে আপনার কাছে অতিরিক্ত আপিলের অধিকার আছে। আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার অনুরোধ একটি লেভেল 2 আপীল পাঠাব যেখানে প্রশাসনিক শুনানির অফিস আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত কিনা তা দেখতে তারা আপনার মামলার শুনানি করবে।
- আপনি যা চেয়েছেন তার কিছু অংশ বা সমস্ত কিছু যদি আমরা না বলি, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব।

সেকশন 6.4 ধাপে ধাপে: কিভাবে একটি লেভেল 2 আপীল করা হয়

প্রশাসনিক শুনানির অফিস হলো Medicare এবং Medicaid দ্বারা নিয়োগ করা একটি স্বাধীন সংস্থা। এটি আমাদের সাথে সংযুক্ত নয় এবং একটি সরকারি সংস্থা নয়। এই সংস্থা সিদ্ধান্ত নেয় যে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তা সঠিক কিনা বা পরিবর্তন করা উচিত কিনা। Medicare এবং Medicaid এর কাজের তদারকি করে।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

লেভেল 1 আপীল সম্পূর্ণ হওয়ার সাথে সাথে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার মামলাটি আপীল প্রক্রিয়ার লেভেল 2 এ প্রেরণ করব। প্রশাসনিক শুনানির অফিস আপনার ক্ষেত্রে শুনানির সময় নির্ধারণ করবে এবং আপনাকে তারিখ ও সময় সম্পর্কে জানাবে। প্রয়োজনে আপনি একটি ভিন্ন দিন বা সময়ের জন্য পুনরায় সময় নির্ধারণ করতে বলতে পারেন।

আপনি যদি আপনার লেভেল 1 আপীল দায়ের করার সময় বেনিফিট অব্যাহত রাখার জন্য যোগ্যতা অর্জন করেন তবে আপীলের অধীনে পরিষেবা, আইটেম বা ড্রাগের জন্য আপনার সুবিধাগুলোও লেভেল 2 চলাকালীন অব্যাহত থাকতে পারে। লেভেল 1 আপীলের সময় আপনার সুবিধাগুলো চালিয়ে যাওয়ার বিষয়ে তথ্যের জন্য পৃষ্ঠা 138 এ যান।

লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া:

ধাপ 1: আমরা আপনার মামলাটি প্রশাসনিক শুনানির অফিসে প্রেরণ করব। প্রশাসনিক শুনানির অফিসে আপনার মামলার শুনানি হবে।

- আমরা আপনার আপিল সম্পর্কে তথ্য এই সংস্থার কাছে পাঠাব। এই তথ্যটিকে আপনার “কেস ফাইল” বা “প্রমাণের প্যাকেট” বলা হয়। **আমরা আপনাকে আপনার প্রমাণের প্যাকেটের একটি বিনামূল্যে কপি পাঠাব।**
- আপনার আপীল সমর্থন করার জন্য প্রশাসনিক শুনানির অফিসকে অতিরিক্ত তথ্য দেওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- আপনার শুনানির সময়, প্রশাসনিক শুনানির অফিসের হিয়ারিং অফিসার আপনার আপীল সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য সাবধানতার সাথে দেখবেন এবং আপনার অনুরোধ সম্পর্কে আপনার পরিকল্পনা থেকে আপনার এবং কর্মীদের কাছ থেকে শুনবেন।

আপনার যদি লেভেল 1 এ “দ্রুত” আপীল থাকে তবে আপনার লেভেল 2 এ একটি “দ্রুত” আপীলও থাকতে পারে।

- “দ্রুত আপিল”-এর জন্য পর্যালোচনা সংস্থাকে অবশ্যই আপনার আপিল পাওয়ার **72 ঘন্টার মধ্যে** আপনার লেভেল 2 আপিলের একটি উত্তর দিতে হবে। কিছু ক্ষেত্রে, যদিও আপনার লেভেল 1 এর জন্য দ্রুত আপীল ছিল, আপনি স্বয়ংক্রিয়ভাবে লেভেল 2 এ দ্রুত আপীল পাবেন না। স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করা আপনার স্বাস্থ্যের মারাত্মক ক্ষতি করতে পারে বা সর্বাধিক কার্যকারিতা ফিরে পাওয়ার আপনার ক্ষমতাকে আঘাত করতে পারে তবে আপনি দ্রুত আপীল পাবেন।
- যদি আপনার অনুরোধটি কোনো মেডিক্যাল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হয় এবং প্রশাসনিক শুনানির অফিসকে আরো তথ্য সংগ্রহ করতে হবে যা আপনাকে উপকৃত করতে পারে, তবে **এটি আরো 14 ক্যালেন্ডার দিন পর্যন্ত সময় নিতে পারে।** আপনার অনুরোধটি যদি Medicare পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হয় তবে প্রশাসনিক শুনানির অফিস সিদ্ধান্ত নিতে অতিরিক্ত সময় নিতে পারে না।

আপনার যদি লেভেল 1 এ “স্ট্যান্ডার্ড” আপীল থাকে তবে আপনার লেভেল 2 এ একটি “স্ট্যান্ডার্ড” আপীলও থাকবে।

- স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য আপনার অনুরোধ কোনো মেডিকেল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হলে পর্যালোচনা সংস্থাকে অবশ্যই আপনার আপিল পাওয়ার **60 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে।
- আপনার অনুরোধ যদি Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশনের ওষুধের জন্য হয়, তাহলে পর্যালোচনা সংস্থাকে আপনার আপিল পাওয়ার **7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে।
- যাইহোক, যদি আপনার অনুরোধটি কোনো মেডিক্যাল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হয় এবং প্রশাসনিক শুনানির অফিসকে আরো তথ্য সংগ্রহ করতে হবে যা আপনাকে উপকৃত করতে পারে তবে **এটি আরো 14 ক্যালেন্ডার দিন পর্যন্ত সময় নিতে পারে।** আপনার অনুরোধটি যদি Medicare পার্ট বি প্রেসক্রিপশন ড্রাগের জন্য হয় তবে প্রশাসনিক শুনানির অফিস সিদ্ধান্ত নিতে অতিরিক্ত সময় নিতে পারে না।

ধাপ 2: প্রশাসনিক শুনানি অফিস আপনাকে তাদের উত্তর দেয়।

প্রশাসনিক শুনানির অফিস আপনাকে লিখিতভাবে তার সিদ্ধান্ত জানাবে এবং এর কারণগুলো ব্যাখ্যা করবে।

- **যদি প্রশাসনিক শুনানির অফিস আপনার অনুরোধের কিছু অংশ বা সমস্ত হ্যাঁ বলে তবে** আমাদের অবশ্যই **1 কার্যদিবসের মধ্যে** মেডিক্যাল কেয়ার কভারেজটি অনুমোদন করতে হবে।
- **যদি এই সংস্থাটি আপনার আপিলের কিছু অংশ বা সমস্ত অংশকে না বলে,** তাহলে এর অর্থ হলো তারা আমাদের প্ল্যানের সাথে একমত যে মেডিক্যাল কেয়ারের জন্য আপনার অনুরোধ (বা আপনার অনুরোধের অংশ) অনুমোদন করা উচিত নয়। (এটিকে বলা হয় “সিদ্ধান্ত বহাল রাখা” বা “আপনার আপীল প্রত্যাহান করা।”) এই ক্ষেত্রে, প্রশাসনিক শুনানির অফিস আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবে:
 - এর সিদ্ধান্তের ব্যাখ্যা করবে।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

- মেডিক্যাল কেয়ার কভারেজের ডলার মূল্য একটি নির্দিষ্ট ন্যূনতম পূরণ হলে লেভেল 3 আপীলের অধিকার সম্পর্কে আপনাকে অবহিত করা। প্রশাসনিক শুনানির অফিস থেকে আপনি যে লিখিত নোটিশ পাবেন তা আপনাকে জানাবে যে আপীল প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে আপনাকে কত ডলার পূরণ করতে হবে।
- কিভাবে একটি লেভেল 3 আপীল ফাইল করতে হয় তা আপনাকে জানাবে।
- আপনার লেভেল 2 আপিল প্রত্যাখ্যান করা হলে আপনাকে অবশ্যই সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনি লেভেল 3 এ যেতে চান এবং তৃতীয় আপিল করতে চান। এটি কিভাবে করবেন তার বিশদ বিবরণ আপনার লেভেল 2 আপীলের পরে আপনি যে লিখিত বিজ্ঞপ্তিতে পাবেন তা রয়েছে।
 - Medicare আপীল কাউন্সিল দ্বারা লেভেল 3 আপীল পরিচালিত হয়। এই অধ্যায়ের **সেকশন 10** লেভেল 3, 4, এবং 5 আপীলের প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।

যদি সিদ্ধান্তটি সবার জন্য বা আমি যা চেয়েছি তার অংশের জন্য না হয়, তাহলে আমি কি আবেদন আপীল করতে পারি?

প্রশাসনিক শুনানির অফিস এর সিদ্ধান্ত যদি আপনি যা চেয়েছেন তার সমস্ত বা অংশের জন্য না হয়, আপনার কাছে **অতিরিক্ত আপিলের অধিকার** রয়েছে।

প্রশাসনিক শুনানির অফিস থেকে আপনি যে চিঠি পাবেন তা এই পরবর্তী আপীল বিকল্পটি বর্ণনা করবে।

সেকশন 10 এরপরে আপনার আপিলের অধিকার সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের লেভেল 2 দেখুন।

সেকশন 6.5 আপনি যদি চিকিৎসা সেবার জন্য প্রাপ্ত বিলের জন্য আমাদেরকে টাকা ফেরত দিতে বলেন তাহলে কী হবে?

কোনো Medicaid পরিষেবা বা আইটেমের জন্য আমরা আপনাকে সরাসরি পরিশোধ করতে পারবো না। আপনি কোনো Medicaid কভার করা পরিষেবা ও আইটেম পেয়ে থাকলে বিলটি আমাদের কাছে পাঠান। **আপনার নিজে থেকে বিলটির জন্য অর্থপ্রদান করা উচিত নয়।** আমরা সরাসরি প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করব এবং সমস্যার যত্ন নেব। তবে আপনি বিলটি বাবদ অর্থ প্রদান করে থাকলে আপনি পরিষেবা বা আইটেম পাওয়ার জন্য নিয়মগুলি অনুসরণ করে থাকলে সেই স্বাস্থ্য পরিচর্যা সরবরাহকারীর থেকে পরিশোধ পেতে পারেন।

আপনাকে ইতিমধ্যে প্রদান করা হয়েছে এমন কিছুর জন্য পরিশোধ চাওয়া:

আপনি যদি আমাদের ক্ষতিপূরণের জন্য কাগজপত্র পাঠান, আপনি একটি কভারেজ সিদ্ধান্ত চাইছেন। কোনো **Medicaid** পরিষেবা বা আইটেমের জন্য আমরা আপনাকে সরাসরি পরিশোধ করতে পারবো না। আপনি কোনো Medicaid কভার করা পরিষেবা ও আইটেম পেয়ে থাকলে বিলটি আমাদের কাছে পাঠান। **আপনার নিজে থেকে বিলটির জন্য অর্থপ্রদান করা উচিত নয়।** আমরা সরাসরি স্বাস্থ্য পরিচর্যা সরবরাহকারীর সাথে যোগাযোগ করবো এবং সমস্যাটির প্রতি ব্যবস্থা নেব। তবে আপনি বিলটি বাবদ অর্থ প্রদান করে থাকলে আপনি পরিষেবা বা আইটেম পাওয়ার জন্য নিয়মগুলি অনুসরণ করে থাকলে সেই স্বাস্থ্য পরিচর্যা সরবরাহকারীর থেকে পরিশোধ পেতে পারেন।

আপনি যদি চান যে আমরা একটি **Medicare** পরিষেবা বা আইটেমের জন্য আপনাকে অর্থ ফেরত দিতে চাই বা আপনি আমাদেরকে একটি Medicaid পরিষেবা বা আইটেমের জন্য আপনার অর্থ প্রদানের জন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে অর্থ প্রদান করতে বলছেন, তবে আপনি আমাদের এই কভারেজের সিদ্ধান্ত নিতে বলবেন। আপনি যে মেডিক্যাল কেয়ারের জন্য অর্থ প্রদান করেছেন তা কোনো কভার করা পরিষেবা কিনা তা আমরা পরীক্ষা করে দেখব। আপনি চিকিৎসা সেবার জন্য আপনার কভারেজ ব্যবহার করার ক্ষেত্রে সকল নিয়ম অনুসরণ করেছেন কিনা তাও আমরা যাচাই করে দেখব।

- **আমরা যদি আপনার অনুরোধে হ্যাঁ বলি:** যদি Medicare মেডিকেল কেয়ার আওতাভুক্ত থাকে, তাহলে আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার 60 স্ক্রিডিংয়ের মধ্যে খরচের জন্য পেমেন্ট পাঠাব।
 - আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা সরবরাহকারীকে প্রদান করা Medicaid কেয়ারটি কভার করা থাকলে এবং আমাদের পরিবর্তে স্বাস্থ্য পরিচর্যা সরবরাহকারীকে প্রদান করা উচিত বলে আপনি মনে করলে আমরা আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা সরবরাহকারীকে আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার 60 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে ব্যয় প্রদান করবো।
 - তারপরে আপনাকে অর্থ ফেরত পেতে আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা সরবরাহকারীর সাথে যোগাযোগ করতে হবে। আপনি মেডিক্যাল পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদান না করে থাকলে আমরা সরাসরি স্বাস্থ্য পরিচর্যা সরবরাহকারীকে পেমেন্ট করবো।
- **আমরা যদি আপনার অনুরোধে না বলি:** যদি মেডিক্যাল কেয়ার কভার না করা হয় বা আপনি সমস্ত নিয়ম অনুসরণ না করেন, আমরা পেমেন্ট পাঠাব না। পরিবর্তে, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব যাতে বলা হয় যে আমরা পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করব না এবং কেন।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

আপনাকে প্রত্যাখ্যান করার আমাদের সিদ্ধান্তের সঙ্গে যদি আপনি একমত না হন, তাহলে **আপনি আপিল করতে পারেন**। আপনি যদি কোনো আপীল করেন, তাহলে এর অর্থ হলো আপনি আমাদেরকে কভারেজের সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করতে বলছেন যখন আমরা আপনার পেমেন্টের অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করেছি।

এই আপীল করার জন্য, আপীলের প্রক্রিয়া অনুসরণ করুন যা আমরা সেকশন 6.3-এ বর্ণনা করেছি। ক্ষতিপূরণ সংক্রান্ত আপীলের জন্য, অনুগ্রহ করে নোট করুন:

- আপনার আবেদন পাওয়ার পর আমাদের অবশ্যই 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনাকে আমাদের উত্তর দিতে হবে। আপনি যদি আমাদেরকে মেডিক্যাল কেয়ারের জন্য টাকা ফেরত দিতে বলেন যা আপনি ইতোমধ্যেই পেয়েছেন এবং এর জন্য পেমেন্ট করেছেন, তাহলে আপনাকে দ্রুত আপীল করার অনুমতি দেওয়া হবে না।
- যদি প্রশাসনিক শুনানির অফিস সিদ্ধান্ত নেয় যে আমাদের পেমেন্ট করা উচিত, তাহলে আমাদের অবশ্যই আপনাকে বা প্রদানকারীকে 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে পেমেন্ট পাঠাতে হবে। লেভেল 2 এরপর আপীল প্রক্রিয়ার যেকোনো পর্যায়ে আপনার আপীলের উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আমাদের অবশ্যই আপনার কাছে বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে 60 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনার অনুরোধ করা পেমেন্ট পাঠাতে হবে।

সেকশন 6.6 শুধুমাত্র Medicaid এর জন্য এক্সটার্নাল আপীল

আপনি বা আপনার ডাক্তার **শুধু Medicaid এর কভার করা সুবিধাগুলোর** জন্য এক্সটার্নাল আপীল চাইতে পারেন।

আপনি New York State-কে একটি স্বাধীন **এক্সটার্নাল আপীলের** জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন যদি আমাদের প্ল্যানটি আপনি এবং আপনার ডাক্তার যে চিকিৎসা পরিষেবাটি চেয়েছিলেন তার জন্য কভারেজ অস্বীকার করার সিদ্ধান্ত নেয় কারণ এটি:

- চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয় বা
- পরীক্ষামূলক বা তদন্তমূলক বা
- পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে আপনি যে পরিচর্যা পেতে পারেন তার থেকে আলাদা নয় বা
- আপনার প্রয়োজন মেটাতে সঠিক প্রশিক্ষণ এবং অভিজ্ঞতা রয়েছে এমন একজন অংশগ্রহণকারী সরবরাহকারীর কাছ থেকে পাওয়া যায়।

এক এক্সটার্নাল আপীল বলা হয় কারণ পর্যালোচকরা যারা স্বাস্থ্য পরিকল্পনা বা স্টেটের জন্য কাজ করেন না তারা সিদ্ধান্ত নেন। এই পর্যালোচকরা নিউ ইয়র্ক স্টেট দ্বারা অনুমোদিত যোগ্য ব্যক্তি। পরিষেবাটি অবশ্যই পরিকল্পনার বেনিফিট প্যাকেজে থাকতে হবে বা পরীক্ষামূলক চিকিৎসা হতে হবে। এক্সটার্নাল আপীলের জন্য আপনাকে অর্থ প্রদান করতে হবে না।

আপনি স্টেটের কাছে আপিল করার **আগে**:

- আপনাকে অবশ্যই পরিকল্পনার সাথে একটি লেভেল 1 আপীল দায়ের করতে হবে এবং পরিকল্পনার চূড়ান্ত প্রতিকূলতা নির্ধারণ করতে হবে; **বা**
- আপনি যদি পরিষেবাটি না পেয়ে থাকেন এবং আপনি দ্রুত আপীলের জন্য জিজ্ঞাসা করেন তবে আপনি একই সময়ে একটি দ্রুত এক্সটার্নাল আপীলের জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন। (আপনার ডাক্তারকে বলতে হবে একটি দ্রুত আপীল করা প্রয়োজন); **বা**
- আপনি এবং পরিকল্পনা প্ল্যানের আপীল প্রক্রিয়াটি এড়িয়ে যেতে এবং সরাসরি এক্সটার্নাল আপীলে যেতে সম্মত হতে পারেন; **বা**
- আপনার লেভেল 1 আপীল প্রক্রিয়া করার সময় আপনি প্রমাণ করতে পারেন যে পরিকল্পনাটি সঠিকভাবে নিয়মগুলো অনুসরণ করেনি।

এক্সটার্নাল আপীল জিজ্ঞাসা করার জন্য প্ল্যানের চূড়ান্ত প্রতিকূলতা পাওয়ার পরে আপনার কাছে **4 মাস** রয়েছে। যদি আপনি এবং পরিকল্পনাটি পরিকল্পনার আপীল প্রক্রিয়াটি এড়িয়ে যেতে সম্মত হন তবে আপনি সেই চুক্তি করার 4 মাসের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই এক্সটার্নাল আপীলের জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে।

একটি এক্সটার্নাল আপীল চাইতে, একটি আবেদন পূরণ করুন এবং এটি আর্থিক পরিষেবা বিভাগে প্রেরণ করুন।

- আপনার যদি আপীল দায়ের করতে সহায়তার প্রয়োজন হয় তবে আপনি (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলোতে কল করতে পারেন।
- আপনাকে এবং আপনার ডাক্তারদের আপনার চিকিৎসা সমস্যা সম্পর্কে তথ্য দিতে হবে।
- এক্সটার্নাল আপীল আবেদনে বলা হয়েছে, কী কী তথ্য লাগবে।

এখানে আবেদন করার কিছু উপায় রয়েছে:

- আর্থিক পরিষেবা বিভাগকে কল করুন, 1-800-400-8882 নম্বরে
- আর্থিক পরিষেবা বিভাগের ওয়েবসাইটে যান এখানে www.dfs.ny.gov.
- স্বাস্থ্য পরিকল্পনার সাথে যোগাযোগ করুন (833) 671-0440 নম্বরে

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

পর্যালোচক 30 দিনের মধ্যে আপনার এক্সটার্নাল আপীলের সিদ্ধান্ত নেবেন। যদি এক্সটার্নাল আপীলের পর্যালোচক আরো তথ্যের জন্য জিজ্ঞাসা করেন তবে আরো সময় (পাঁচ কার্যদিবস পর্যন্ত) প্রয়োজন হতে পারে। সিদ্ধান্ত নেওয়ার পর পর্যালোচক আপনাকে এবং পরিকল্পনাকে দুই দিনের মধ্যে চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত জানাবে।

আপনি দ্রুত সিদ্ধান্ত পেতে পারেন যদি আপনার ডাক্তার বলেন যে বিলম্ব আপনার স্বাস্থ্যের জন্য মারাত্মক ক্ষতির কারণ হবে। একে **দ্রুত এক্সটার্নাল আপীল** বলা হয়। এক্সটার্নাল আপীল পর্যালোচক 72 ঘন্টা বা তার কম সময়ের মধ্যে একটি দ্রুত আপীলের সিদ্ধান্ত নেবেন। পর্যালোচক ফোন বা ফ্যাক্সের মাধ্যমে এখনই আপনাকে এবং পরিকল্পনার সিদ্ধান্ত জানাবেন। পরে, পর্যালোচক একটি চিঠি পাঠাবেন যা আপনাকে সিদ্ধান্ত জানায়।

প্রক্রিয়া চলাকালীন যেকোনো সময়ে, আপনি বা আপনার বিশ্বাসযোগ্য কেউ New York State ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথের কাছে পর্যালোচনার সময় সম্পর্কে 1-866-712-7197 নম্বরে কল করে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

সেকশন 7 আপনার পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধ: কিভাবে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করবেন বা আপীল করবেন

সেকশন 7.1 এই সেকশনটি আপনাকে বলে যে আপনার যদি পার্ট D ড্রাগ পেতে সমস্যা হয় বা আপনি চান যে আমরা আপনাকে পার্ট D ড্রাগের জন্য অর্থ ফেরত দিতে চাই তবে কী করতে হবে

আপনার সুবিধাগুলোর মধ্যে অনেক প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ অন্তর্ভুক্ত। কভার করার জন্য, ওষুধটি অবশ্যই একটি চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত ইঙ্গিতের জন্য ব্যবহার করা উচিত। (চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত ইঙ্গিত সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য অধ্যায় 5 দেখুন।) পার্ট D ড্রাগের জন্য ব্যয় সম্পর্কে বিস্তারিত জানার জন্য অনুগ্রহ করে অধ্যায় 5 এবং 6 দেখুন। **এই বিভাগটি কেবল আপনার পার্ট ডি ওষুধ সম্পর্কে।** জিনিসগুলি সহজ রাখার জন্য, আমরা সাধারণত এই সেকশনের বাকী অংশে ওষুধ বলি, প্রতিবার কভার করা বহিরাগত রোগীদের প্রেসক্রিপশন ড্রাগ বা পার্ট D ড্রাগের পুনরাবৃত্তি করার পরিবর্তে। আমরা কভার করা ওষুধ বা “সূত্রের তালিকার” পরিবর্তে কভার করা ওষুধের তালিকা বা ফর্মুলারি শব্দটি ব্যবহার করি।

- আপনি যদি জানেন না যে কোনো ড্রাগ কভার করা কিনা বা আপনি যদি নিয়মগুলো পূরণ করেন তবে আপনি আমাদের জিজ্ঞাসা করতে পারেন। কিছু ওষুধের প্রয়োজন হয় যে আমরা এটি কভার করার আগে আপনি আমাদের কাছ থেকে অনুমোদন পান।
- যদি আপনার ফার্মেসি আপনাকে বলে যে আপনার প্রেসক্রিপশনটি লিখিত হিসাবে পূরণ করা যাবে না, তবে ফার্মেসি আপনাকে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করার জন্য কিভাবে আমাদের সাথে যোগাযোগ করবেন তা ব্যাখ্যা করে একটি লিখিত নোটিশ দেবে।

পার্ট D কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপীল

আইনী শর্তাবলী

আপনার পার্ট ডি ওষুধ সম্পর্কে প্রাথমিক কভারেজ সিদ্ধান্তকে “**কভারেজ নির্ধারণ**” বলা হয়।

একটি কভারেজ সিদ্ধান্ত হলো একটি সিদ্ধান্ত যা আমরা আপনার বেনিফিটগুলো এবং কভারেজ বা আপনার ওষুধগুলোর জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করব সে সম্পর্কে আমরা করি। এই বিভাগটি বলে যে আপনি যদি নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে থাকেন তবে আপনি কী করতে পারেন:

- প্ল্যানের কভার করা ওষুধের তালিকায় নেই এমন একটি পার্ট D ড্রাগ কভার করতে বলা। **একটি ব্যতিক্রমের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। সেকশন 7.2.**
- কোনও ওষুধের জন্য প্ল্যানের কভারেজকে নিষেধাজ্ঞা মওকুফ করতে বলা (যেমন আপনি কত পরিমাণ ওষুধ নিতে পারেন তার সীমা, আগাম অনুমোদন বা প্রথমে অন্য ওষুধ ব্যবহার করে দেখার প্রয়োজনীয়তা)। **একটি ব্যতিক্রমের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। সেকশন 7.2.**
- একটি ওষুধের জন্য প্রাক-অনুমোদন পেতে জিজ্ঞাসা করা। **একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। সেকশন 7.4.**
- আপনি ইতোমধ্যে কেনা একটি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ-এর জন্য পেমেন্ট করুন। **আপনাকে টাকা ফেরত দিতে আমাদের বলুন। সেকশন 7.4.**

আপনি যদি আমাদের করা একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন তবে আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের আপীল করতে পারেন।

এই বিভাগটি আপনাকে কিভাবে কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে এবং কিভাবে একটি আপীলের অনুরোধ করতে হবে উভয়ই জানায়।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন**সেকশন 7.2 ব্যতিক্রম কী?****আইনী শর্তাবলী**

ওষুধের তালিকায় নেই এমন একটি ওষুধের কভারেজের জন্য জিজ্ঞাসা করাকে কখনও কখনও “ফর্মুলারি এক্সেপশন” বলা হয়।

একটি ওষুধের কভারেজের উপর একটি সীমাবদ্ধতা অপসারণের জন্য জিজ্ঞাসা করাকে কখনও কখনও একটি “ফর্মুলারি এক্সেপশন” বলা হয়।

কভার করা অপছন্দের ওষুধের জন্য কম মূল্য দিতে বলাকে কখনও কখনও “স্ট্রবিন্যাস ব্যতিক্রম” বলা হয়।

যদি কোনো ওষুধ আপনি যেভাবে কভার করতে চান সেভাবে কভার করা না হয় তবে আপনি আমাদের “ব্যতিক্রম” করতে বলতে পারেন। ব্যতিক্রম এক ধরনের কভারেজের সিদ্ধান্ত।

আপনার ব্যতিক্রম অনুরোধটি বিবেচনা করার জন্য, আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারকে আপনার ব্যতিক্রম অনুমোদিত হওয়ার কারণগুলো ব্যাখ্যা করতে হবে। এখানে ব্যতিক্রমগুলোর দুটি উদাহরণ রয়েছে যা আপনি বা আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবার আমাদের করতে বলতে পারেন:

1. আপনার জন্য একটি পার্ট D ওষুধ কভার করা যা আমাদের “ওষুধের তালিকায়” নেই।

2. একটি কভার করা ওষুধের জন্য একটি বিধিনিষেধ অপসারণ। অধ্যায় 5 আমাদের “ওষুধের তালিকার” নির্দিষ্ট ওষুধের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য অতিরিক্ত নিয়ম বা বিধিনিষেধগুলো বর্ণনা করে।

সেকশন 7.3 ব্যতিক্রম জিজ্ঞাসা সম্পর্কে জানতে গুরুত্বপূর্ণ বিষয়গুলো**আপনার ডাক্তারকে অবশ্যই আমাদের চিকিৎসার কারণগুলো বলতে হবে**

আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারকে অবশ্যই আমাদের একটি বিবৃতি দিতে হবে যা ব্যতিক্রমের অনুরোধ করার জন্য চিকিৎসাগত কারণগুলো ব্যাখ্যা করে। দ্রুত সিদ্ধান্তের জন্য, আপনি যখন ব্যতিক্রমটি জিজ্ঞাসা করেন তখন আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য প্রেসক্রাইবারের কাছ থেকে এই চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।

সাধারণত, আমাদের “ওষুধের তালিকায়” একটি নির্দিষ্ট অবস্থার চিকিৎসার জন্য একাধিক ওষুধ অন্তর্ভুক্ত থাকে। এই বিভিন্ন সম্ভাবনাকে “বিকল্প” ওষুধ বলা হয়। যদি কোনো বিকল্প ওষুধ আপনার অনুরোধ করা ওষুধের মতোই কার্যকর হয় এবং আরো পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া বা অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যার কারণ না হয় তবে আমরা সাধারণত ব্যতিক্রমের জন্য আপনার অনুরোধটি অনুমোদন করব না।

আমরা যদি আপনার অনুরোধে হ্যাঁ বা না বলি

- যদি আমরা কোনো ব্যতিক্রমের জন্য আপনার অনুরোধ অনুমোদন করি তবে আমাদের অনুমোদন সাধারণত পরিকল্পনার বছরের শেষ না হওয়া পর্যন্ত বৈধ। এটি সত্য যতক্ষণ আপনার ডাক্তার আপনার জন্য ওষুধটি লিখে চলেছেন এবং সেই ওষুধটি আপনার অবস্থার চিকিৎসার জন্য নিরাপদ এবং কার্যকর থাকে।
- যদি আমরা আপনার অনুরোধে না বলি, আপনি একটি আপিল করে আরেকটি পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করতে পারেন।

সেকশন 7.4 ধাপে ধাপে: ব্যতিক্রম সহ কিভাবে কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করবেন**আইনী শর্তাবলী**

একটি “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” একটি “দ্রুত কভারেজ নির্ধারণ” বলা হয়।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন**ধাপ 1: আপনার “স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত” বা “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” প্রয়োজন কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।**

আমরা আপনার ডাক্তারের বিবৃতি পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে “স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত” নেওয়া হয়। আমরা আপনার ডাক্তারের বিবৃতি পাওয়ার 24 ঘণ্টার মধ্যে “দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত” নেওয়া হয়।

যদি আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রয়োজন হয় তবে আমাদের আপনাকে “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” দিতে বলুন। দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত পেতে, আপনাকে অবশ্যই দুটি প্রয়োজনীয়তা পূরণ করতে হবে:

- আপনি অবশ্যই এমন একটি ওষুধ চাইছেন যা আপনি এখনও পাননি। (আপনি ইতোমধ্যে কেনা কোনো ওষুধের জন্য টাকা ফেরত দেওয়ার জন্য দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারবেন না।)
- স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করা আপনার স্বাস্থ্যের মারাত্মক ক্ষতি করতে পারে বা আপনার কাজ করার ক্ষমতাকে আঘাত করতে পারে।
- যদি আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবার আমাদের বলেন যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” প্রয়োজন, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত দেব।
- আপনি যদি আপনার ডাক্তার বা প্রেসক্রাইবারের সহায়তা ছাড়াই নিজে থেকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত চান, তাহলে আমরা সিদ্ধান্ত নেব যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আমরা আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দেব কি না। যদি আমরা একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত অনুমোদন না করি, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব যেটি:
 - ব্যাখ্যা করে যে আমরা স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করব।
 - আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবার দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করলে ব্যাখ্যা করে, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দেব।
 - আপনার অনুরোধ করা দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তের পরিবর্তে আপনাকে একটি স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত দেওয়ার আমাদের সিদ্ধান্ত সম্পর্কে আপনি কিভাবে একটি “দ্রুত অভিযোগ” দায়ের করতে পারেন তা আপনাকে জানায়। আমরা প্রায় 24 ঘণ্টার মধ্যে আপনার অভিযোগের উত্তর দেব।

ধাপ 2: একটি “স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত” বা একটি “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” অনুরোধ করুন।

আপনি যে চিকিৎসা সেবা চান তার জন্য আমাদের অনুমোদন বা কভারেজ দেওয়ার জন্য আপনার অনুরোধ করার জন্য আমাদের পরিকল্পনা কল, লিখতে বা ফ্যাক্স করে শুরু করুন। আপনি আমাদের ওয়েবসাইটের মাধ্যমে কভারেজ সিদ্ধান্ত প্রক্রিয়ায়ও প্রবেশ করতে পারেন। আমাদের লিখিত যেকোনো অনুরোধ গ্রহণ করতে হবে, যার মধ্যে CMS মডেল কভারেজ ডিটারমিনেশন রিকোয়েস্ট ফর্ম করা অনুরোধও অন্তর্ভুক্ত, যা আমাদের ওয়েবসাইটে উন্মুক্ত। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে। দয়া করে আপনার নাম, যোগাযোগের তথ্য এবং কোন প্রত্যক্ষ্যত দাবিটি আপিল করা হচ্ছে তা চিহ্নিত করে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।

আপনি, আপনার ডাক্তার (অথবা অন্যান্য প্রেসক্রাইবার) বা আপনার প্রতিনিধি এটি করতে পারেন। আপনি চাইলে একজন আইনজীবীও আপনার পক্ষ থেকে কাজ করতে পারেন। এই অধ্যায়ের ৪নং সেকশনে বলা হয়েছে কিভাবে আপনি অন্য কাউকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে কাজ করার জন্য লিখিত অনুমতি দিতে পারেন।

- আপনি যদি ব্যতিক্রমী কিছুর জন্য অনুরোধ করেন, তাহলে ব্যতিক্রমের চিকিৎসার কারণ হিসেবে “সমর্থনকারী বিবৃতি” প্রদান করুন। আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য প্রেসক্রাইবার বা আমাদেরকে বিবৃতি ফ্যাক্স বা মেইল করতে পারেন। অথবা আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য প্রেসক্রাইবার আমাদেরকে ফোনে বলতে পারেন এবং প্রয়োজন হলে একটি লিখিত বিবৃতি ফ্যাক্স অথবা মেইল করে পরিবর্তন করতে পারেন।

ধাপ 3: আমরা আপনার অনুরোধটি বিবেচনা করি এবং আপনাকে আমাদের উত্তর দিই।**একটি “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” এর জন্য সময়সীমা**

- আমরা সাধারণত আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর 24 ঘণ্টার মধ্যে আপনাকে উত্তর দিতে হবে।
 - ব্যতিক্রমগুলির জন্য, আমরা আপনার ডাক্তারের সমর্থনকারী বিবৃতি পাওয়ার পরে 24 ঘণ্টার মধ্যে আপনাকে আমাদের উত্তর দেব। আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আমাদের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর তাড়াতাড়ি দিব।
 - যদি আমরা এই সময়সীমা পূরণ না করি, তাহলে আমাদের আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-এ আপনার অনুরোধ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি ইন্ডিপেন্ডেন্ট রিভিউ অরগেনাইজেশনের দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে।
- আপনার অনুরোধের অংশ বা পুরো অংশের জন্য আমাদের উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার বা আপনার অনুরোধকে সমর্থন করে ডাক্তারের বিবৃতি পাওয়ার 24 ঘণ্টার মধ্যে আমরা যে কভারেজ দিতে সম্মত হয়েছি তা প্রদান করতে হবে।
- যদি আমাদের উত্তর অংশে না হয় বা আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার সমস্ত কিছুর জন্য, আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাব যা ব্যাখ্যা করবে কেন আমরা না বলেছি। আপনি কীভাবে আপিল করতে পারেন তাও আমরা আপনাকে বলব।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন**“স্ট্যান্ডার্ড” কভারেজের একটি ড্রাগ সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত সময়সীমা এখনো গ্রহণ করা হয়নি।**

- আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর **72 ঘন্টার মধ্যে** আপনাকে আমাদের উত্তর দিতে হবে।
- ব্যতিক্রমগুলির জন্য, আমরা আপনার ডাক্তারের সমর্থনকারী বিবৃতি পাওয়ার পরে **72 ঘন্টার মধ্যে** আপনাকে আমাদের উত্তর দেব। আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আমাদের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর তাড়াতাড়ি দিব।
- যদি আমরা এই সময়সীমা পূরণ না করি, তাহলে আমাদের আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-এ আপনার অনুরোধ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি ইন্ডিপেন্ডেন্ট রিভিউ অরগেনাইশনের দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে।
- আপনার অনুরোধের অংশ বা পুরো অংশের জন্য আমাদের উত্তর যদি হ্যাঁ হয়**, তাহলে আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার বা আপনার অনুরোধকে সমর্থন করে ডাক্তারের বিবৃতি পাওয়ার **72 ঘন্টার মধ্যে** আমরা যে **কভারেজ দিতে** সম্মত হয়েছি তা প্রদান করতে হবে।
- যদি আমাদের উত্তর অংশে না হয় বা আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার সমস্ত কিছুর জন্য**, আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাব যা ব্যাখ্যা করবে কেন আমরা না বলেছি। আপনি কীভাবে আপিল করতে পারেন তাও আমরা আপনাকে বলব।

যে ওষুধ আপনি ইতোমধ্যেই কিনেছেন তার জন্য অর্থ প্রদানের ক্ষেত্রে “স্ট্যান্ডার্ড” কভারেজ সিদ্ধান্তের সময়সীমা

- আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর **14 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনাকে উত্তর দিতে হবে।
 - যদি আমরা এই সময়সীমা পূরণ না করি, তাহলে আমাদের আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-এ আপনার অনুরোধ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি ইন্ডিপেন্ডেন্ট রিভিউ অরগেনাইশনের দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে।
- আপনার অনুরোধের অংশ বা পুরো অংশের জন্য আমাদের উত্তর যদি হ্যাঁ হয়**, তাহলে আপনার অনুরোধ পাওয়ার **14 দিনের মধ্যে** আমরা আপনাকে অর্থ প্রদান করতেও বাধ্য।
- যদি আমাদের উত্তর অংশে না হয় বা আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার সমস্ত কিছুর জন্য**, আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাব যা ব্যাখ্যা করবে কেন আমরা না বলেছি। আপনি কীভাবে আপিল করতে পারেন তাও আমরা আপনাকে বলব।

ধাপ 4: যদি আমরা আপনার কভারেজ অনুরোধে “না” বলি, তাহলে আপনি আপিল করতে পারেন।

- যদি আমরা “না” বলি, তাহলে আপনি আপিল করে আমাদের এই সিদ্ধান্ত পুনর্বিবেচনা করার অধিকার রাখেন। এটির অর্থ হলো আপনি যে ওষুধের কভারেজ চান তা পাওয়ার জন্য আবার অনুরোধ করা। আপনি যদি আপীল করেন তবে এর অর্থ আপনি আপীল প্রক্রিয়ার লেভেল 1 এ যাচ্ছেন।

সেকশন 7.5 ধাপে ধাপে: কিভাবে লেভেল 1 আপিল করতে হয়**আইনী শর্তাবলী**

একটি পার্ট D ওষুধের কভারেজ সিদ্ধান্ত নিয়ে প্ল্যানের প্রতি আপিলটি “**পরিবর্তন পুনঃপর্যালোচনা**” বলে পরিচিত।

“একটি ফাস্ট আপিল” কে “**এক্সপেডাইট রিডেটার্মিনেশন আপিল**” ও বলা হয়।

ধাপ 1: আপনার “স্ট্যান্ডার্ড আপিল” বা “দ্রুত আপিল” দরকার কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।

একটি “স্ট্যান্ডার্ড আপিল” সাধারণত 7 দিনের মধ্যে করা হয়। একটি “দ্রুত আপিল” সাধারণত 72 ঘন্টার মধ্যে করা হয়। যদি আপনার স্বাস্থ্যের জন্য এটির প্রয়োজন হয় তবে একটি “দ্রুত আবেদন” করার জন্য জিজ্ঞাসা করুন

- যদি আপনি এমন কোনও ওষুধ সম্পর্কে আমাদের নেওয়া সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করছেন যা আপনি এখনও পাননি, তবে আপনাকে এবং আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনার “দ্রুত আপিল” প্রয়োজন কিনা।
- “দ্রুত আপিল” পাওয়ার প্রয়োজনীয় বিষয়াদি এই চ্যাপ্টারের 6.2 সেকশনে “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” পাওয়ার বিষয়াদির মতোই।

ধাপ 2: আপনার, আপনার প্রতিনিধি, ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারকে অবশ্যই আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে হবে এবং আপনার লেভেল 1-এর আবেদন জানাতে হবে। যদি আপনার স্বাস্থ্যের জন্য দ্রুত ব্যবস্থা নেওয়ার প্রয়োজন হয় তবে আপনাকে অবশ্যই “দ্রুত আপিল” করতে হবে।

স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য, একটি লিখিত অনুরোধ জমা দিন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

- **দ্রুত আপিলের জন্য হয় লিখিতভাবে আপনার আপিল জমা দিন অথবা আমাদের (833) 671-0440, TTY এ কল করুন: 711-এ কল করুন।** অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।
- **আমাদের লিখিত যেকোনো অনুরোধ গ্রহণ করতে হবে,** যার মধ্যে CMS মডেল কভারেজ ডিটারমিনেশন রিকোয়েস্ট ফর্ম করা অনুরোধও অন্তর্ভুক্ত, যা আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-এ উপলভ্য। আপনার অনুরোধ প্রক্রিয়াকরণে আমাদের সহায়তা করার জন্য অনুগ্রহ করে আপনার নাম, যোগাযোগের তথ্য এবং আপনার দাবি সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা নিশ্চিত করুন।
- **কভারেজ সিদ্ধান্তের বিষয়ে আমাদের উত্তর জানানোর জন্য আমরা যে লিখিত নোটিশের তারিখ পাঠিয়েছি তার তারিখ থেকে 65 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনাকে অবশ্যই আপনার আপিল অনুরোধ করতে হবে। আপনি যদি এই সময়সীমাটি মিস করেন এবং এটি মিস করার কোনো উপযুক্ত কারণ থাকে তবে আপনি যখন আবেদন করবেন তখন আপনার আবেদন দেরি হওয়ার কারণটি ব্যাখ্যা করুন। আমরা আপনার আবেদন করার জন্য আপনাকে আরো সময় দিতে পারি। উপযুক্ত কারণের উদাহরণগুলোর মধ্যে একটি গুরুতর অসুস্থতা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যা আপনাকে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে বাধা দিয়েছে বা যদি আমরা আপনাকে আপিলের অনুরোধ করার সময়সীমা সম্পর্কে ভুল বা অসম্পূর্ণ তথ্য সরবরাহ করি।
- **আপনি আপনার আপিলে তথ্যের একটি কপি চাইতে পারেন এবং আরও তথ্য যুক্ত করতে পারেন।** আপনার আপিল সমর্থন করতে আপনি এবং আপনার ডাক্তার আরো তথ্য যুক্ত করতে পারেন।

ধাপ 3: আমরা আপনার আবেদন বিবেচনা করি এবং আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর দিই।

- যখন আমরা আপনার আপিল পর্যালোচনা করছি, তখন আমরা আপনার কভারেজ অনুরোধ সম্পর্কে সকল তথ্যের দিকে আরেকবার শতর্ক নজর দিচ্ছি। যখন আমরা আপনার অনুরোধে না বলেছিলাম তখন আমরা সমস্ত নিয়ম অনুসরণ করছি কিনা তা পরীক্ষা করে দেখি। আরও তথ্যের জন্য আমরা আপনার অথবা আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারের সাথে যোগাযোগ করতে পারি।

একটি “দ্রুত আপিল” এর জন্য সময়সীমা

- **দ্রুত আপিলের জন্য,** আমরা আপনার আপিল পাওয়ার পর **72 ঘণ্টার মধ্যে আপনাকে অবশ্যই উত্তর দেব।** আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আমাদের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর তাড়াতাড়ি দিব।
 - যদি আমরা 72 ঘণ্টার মধ্যে আপনাকে উত্তর না দিই, তাহলে আমাদের আপনার অনুরোধটি আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2 এ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার মাধ্যমে পর্যালোচনা করা হবে। **সেকশন 7.6** লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।
- **যদি আমাদের উত্তর আপনার অনুরোধ করা অংশের বা সকল অংশের জন্য হয়, তবে** আপনার আপিল পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমরা যে কভারেজ দিতে সম্মত হয়েছি তা আমাদের অবশ্যই দিতে হবে।
- **যদি আমাদের উত্তর আপনার অনুরোধ করা অংশের বা সকল অংশের জন্য না হয়,** তবে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাব যা ব্যাখ্যা করে যে আমরা কেন না বলেছি এবং আপনি কিভাবে আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন।

আপনি এখনও পাননি এমন একটি ওষুধের জন্য “স্ট্যান্ডার্ড” আপিলের সময়সীমা

- **স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য,** আমরা আপনার আপিল পাওয়ার পর **7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনাকে আমাদের উত্তর দিব। আপনি যদি এখনও ওষুধটি না পেয়ে থাকেন এবং আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার জন্য আমাদের এটি দেওয়া প্রয়োজন তবে আমরা আপনাকে শীঘ্রই আমাদের সিদ্ধান্ত জানাব।
 - যদি আমরা 7 পঞ্জিকা দিবসের মধ্যে আপনাকে উত্তর না দিই, তাহলে আমাদের আপনার অনুরোধটি আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-তে পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার মাধ্যমে পর্যালোচনা করা হবে। **সেকশন 7.6** লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।
- **যদি আমাদের উত্তর আপনার অনুরোধ করা অংশের বা সকল অংশের জন্য হয়,** আপনার স্বাস্থ্যের প্রয়োজন অনুসারে যত দ্রুত সম্ভব আমাদের অবশ্যই কভারেজ দিতে হবে, তবে আপনার আবেদন পাওয়ার পরে **7 পঞ্জিকা দিবসের** পরে নয়।
- **যদি আমাদের উত্তর আপনার অনুরোধ করা অংশের বা সকল অংশের জন্য না হয়,** তবে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাব যা ব্যাখ্যা করে যে আমরা কেন না বলেছি এবং আপনি কিভাবে আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন।

আপনি ইতোমধ্যে কিনেছেন এমন একটি ওষুধের জন্য অর্থ প্রদানের বিষয়ে “স্ট্যান্ডার্ড আপিল” এর সময়সীমা

- আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর **14 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনাকে উত্তর দিতে হবে।
 - যদি আমরা এই সময়সীমা পূরণ না করি, তাহলে আমাদের আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-এ আপনার অনুরোধ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি ইন্ডিপেন্ডেন্ট রিভিউ অরগেনাইজেশনের দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে।
- **আপনার অনুরোধের অংশ বা পুরো অংশের জন্য আমাদের উত্তর যদি হয়,** তাহলে আপনার অনুরোধ পাওয়ার 30 দিনের মধ্যে আমরা আপনাকে অর্থ প্রদান করতেও বাধ্য।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

- যদি আমাদের উত্তর অংশে না হয় বা আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার সমস্ত কিছুর জন্য, আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাব যা ব্যাখ্যা করবে কেন আমরা না বলেছি। আপনি কীভাবে আপিল করতে পারেন তাও আমরা আপনাকে বলব।

ধাপ 4: যদি আমরা আপনার আপিল নাকচ করি, আপনি সিদ্ধান্ত নিন যে আপনি আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চান কিনা এবং আবেদনটি আপিল করতে চান কি না।

- আপনি যদি অন্য কোনও আপিল করার সিদ্ধান্ত নেন তবে এর অর্থ আপনার আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-তে চলছে।

সেকশন 7.6 ধাপে ধাপে: কিভাবে লেভেল 2 আপিল করতে হয়**আইনী শর্তাবলী**

“স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা” এর আনুষ্ঠানিক নাম “স্বাধীন পর্যালোচনা সত্তা।” একে কখনো কখনো “IRE.” বলা হয়।

স্বতন্ত্র পর্যালোচনা সংস্থা হল Medicare কর্তৃক নিযুক্ত একটি স্বতন্ত্র সংস্থা। এটি আমাদের সাথে সংযুক্ত নয় এবং একটি সরকারি সংস্থা নয়। এই সংস্থা সিদ্ধান্ত নেয় যে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তা সঠিক কিনা বা পরিবর্তন করা উচিত কিনা। মেডিকয়ার এই সংস্থার কাজের তদারকি করে।

ধাপ 1: আপনাকে (বা আপনার প্রতিনিধি বা আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবার) অবশ্যই স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার সাথে যোগাযোগ করতে হবে এবং আপনার কেসটি পর্যালোচনা করার জন্য বলতে হবে।

- যদি আমরা আপনার লেভেল 1 আপিল নাকচ করি, তবে আমরা আপনাকে যে লিখিত নোটিশে পাঠাব তাতে **স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার সাথে কিভাবে লেভেল 2 আপিল** করতে হবে, সে সম্পর্কে নির্দেশাবলী অন্তর্ভুক্ত থাকবে। এই নির্দেশাবলী কে এই লেভেল 2 আপিল করতে পারে, আপনাকে কোন সময়সীমা অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে এবং কিভাবে পর্যালোচনা সংস্থায় পৌঁছাতে হবে তা জানাবে। তবে, যদি আমরা প্রযোজ্য সময়সীমার মধ্যে আমাদের পর্যালোচনা শেষ না করি, বা আমাদের ওষুধ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামের অধীনে “ঝুঁকিপূর্ণ” নির্ধারণের বিষয়ে প্রতিকূল সিদ্ধান্ত না নিই, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার দাবিটি IRE-এ পাঠাব।
- আমরা আপনার আপিল সম্পর্কে তথ্য এই সংস্থার কাছে পাঠাব। এই তথ্যটিকে আপনার “কেস ফাইল” বলা হয়। **আপনার কেস ফাইলের একটি কপি আমাদের কাছে চাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।**
- আপনার আপিলের সমর্থনে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটিকে অতিরিক্ত তথ্য দেওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।

ধাপ 2: স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনার আপিল পর্যালোচনা করে।

স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার পর্যালোচকগণ আপনার আপিল সম্পর্কিত সকল তথ্য সতর্কতার সাথে দেখবেন।

“দ্রুত আপিল”-এর শেষ সময়সীমা

- যদি আপনার স্বাস্থ্যের জন্য এটির প্রয়োজন হয় তবে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটিকে “দ্রুত আপিল” এর জন্য বলুন।
- যদি সংস্থাটি আপনাকে “দ্রুত আপিল” এর সুযোগ দিতে সম্মত হয়, তবে সংস্থাটি আপনার আপিল অনুরোধ পাওয়ার **72 ঘণ্টার মধ্যে** এটিকে আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে।

“স্ট্যান্ডার্ড আপিল”-এর শেষ সময়সীমা

- স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য, পর্যালোচনা সংস্থাটিকে অবশ্যই আপনার আবেদন পাওয়ার পরে **7 পঞ্জিকা দিবসের মধ্যে** আপনাকে আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে যদি এটি এমন কোনও ওষুধের জন্য হয় যা আপনি এখনও পাননি। যদি আপনি অনুরোধ করেছেন যে আপনি ইতোমধ্যে কিনেছেন এমন কোনও ওষুধের জন্য আমরা আপনাকে মূল্য ফেরত দিই, তবে পর্যালোচনা সংস্থাটিকে অবশ্যই আপনার অনুরোধ পাওয়ার **14 পঞ্জিকা দিনের মধ্যে** আপনাকে আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে।

ধাপ 3: স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনাকে তাদের উত্তর দেয়।

“দ্রুত আপিল”-এর জন্য:

- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনার অনুরোধ করা অংশে বা সব কিছুতে হ্যাঁ বলে, পর্যালোচনা সংস্থার কাছ থেকে সিদ্ধান্ত পাওয়ার **24 ঘণ্টার মধ্যে** আমাদের অবশ্যই পর্যালোচনা সংস্থাটি দ্বারা অনুমোদিত ওষুধ কভারেজ সরবরাহ করতে হবে।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন**“স্ট্যান্ডার্ড আপিল”-এর জন্য:**

- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি কভারেজের জন্য আপনার অনুরোধ করা অংশে বা সব কিছুতে হ্যাঁ বলে, পর্যালোচনা সংস্থার কাছ থেকে সিদ্ধান্ত পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমাদের অবশ্যই পর্যালোচনা সংস্থাটি দ্বারা অনুমোদিত ওষুধ কভারেজ সরবরাহ করতে হবে।
- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনার ইতোমধ্যে ক্রয় করা কোনও ওষুধের জন্য আপনাকে মূল্য ফেরত দেওয়ার জন্য আপনার অনুরোধের আংশিক বা সকল অনুরোধে হ্যাঁ বলে, তবে পর্যালোচনা সংস্থার কাছ থেকে সিদ্ধান্ত পাওয়ার পরে আমাদের 30 পঞ্জিকা দিবসের মধ্যে আপনাকে অর্থ প্রদান করতে হবে।

পর্যালোচনা সংস্থাটি যদি আপনার আপিলে না বলে তবে কী হবে?

যদি এই সংস্থাটি আপনার আংশিক বা সম্পূর্ণ আপিল নাকচ করে, তবে এর অর্থ তারা আপনার অনুরোধ (বা আপনার অনুরোধের অংশবিশেষ) অনুমোদন না করার ব্যাপারে আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত। (এটিকে বলা হয় “সিদ্ধান্ত বহাল রাখা” বা “আপনার আপিল প্রত্যাখ্যান করা।”) এই ক্ষেত্রে, স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবে:

- এর সিদ্ধান্তের ব্যাখ্যা করবে।
- আপনি যে ওষুধের কভারেজের জন্য অনুরোধ করছেন তার টাকার মূল্য যদি একটি নির্দিষ্ট ন্যূনতম মান পূরণ হয় তবে আপনাকে লেভেল 3 আপিলের অধিকার সম্পর্কে অবহিত করে। আপনি যে ওষুধের কভারেজের জন্য অনুরোধ করছেন তার টাকার মূল্য যদি খুব কম হয় তবে আপনি আর একটি আবেদন করতে পারবেন না এবং লেভেল 2 এর সিদ্ধান্তটি চূড়ান্ত।
- আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যাওয়ার জন্য বিতর্কিত হতে হবে এমন টাকার মূল্য আপনাকে জানিয়ে।

ধাপ 4: যদি আপনার কেসটি চাহিদাগুলি পূরণ করে, তবে আপনি আপনার আপিল আরও এগিয়ে নিতে চান কিনা তা পছন্দ করুন।

- লেভেল 2 এর পরে আপিল প্রক্রিয়ায় আরও তিনটি লেভেল রয়েছে (মোট পাঁচটি লেভেল আপিলের জন্য)। আপনি যদি লেভেল 3 আপিলে যেতে চান, তবে আপনার লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্তের পর পাওয়া লিখিত নোটিশে কিভাবে তা করতে হবে তার বিস্তারিত বিবরণ আছে।
- লেভেল 3 আপিল একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক বা অ্যাটর্নি বিচারকের মাধ্যমে পরিচালিত হয়। এই অধ্যায়ের **সেকশন 10** আপনাকে লেভেল 3, 4 এবং 5 আপিলের প্রক্রিয়া সম্পর্কে আরও জানায়।

সেকশন ৪ অনুচ্ছেদে আপনি যদি মনে করেন যে ডাক্তার আপনাকে খুব শীঘ্রই ডিসচার্জ করছেন তাহলে আমাদেরকে কিভাবে দীর্ঘ সময়ের ইনপেশেন্ট হাসপাতালে থাকার ব্যবস্থা করতে

যখন আপনি কোনো হাসপাতালে ভর্তি হন, তখন আপনার অসুস্থতা বা আঘাতের নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় আপনার সব কভার করা হাসপাতালের পরিষেবা পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।

আপনার আওতাধীন হাসপাতালে থাকার সময়, আপনার ডাক্তার এবং হাসপাতালের কর্মীরা আপনার সাথে সেই দিনের জন্য প্রস্তুত করার জন্য কাজ করবেন যখন আপনি হাসপাতাল ছেড়ে চলে যাবেন। আপনি চলে যাওয়ার পরে আপনার পরিচর্যার প্রয়োজন হতে পারে এমন ব্যবস্থা করতে তারা সহায়তা করবে।

- আপনি যেদিন হাসপাতাল ছেড়ে যাবেন সেদিনটিকে আপনার “ডিসচার্জ ডেট (ছাড়ের তারিখ)” বলা হয়।
- যখন আপনার ছাড়ের তারিখ স্থির করা হবে, আপনার ডাক্তার বা হাসপাতালের কর্মীরা আপনাকে বলবেন।
- আপনি যদি মনে করেন যে আপনাকে খুব শীঘ্রই হাসপাতাল ছেড়ে চলে যেতে বলা হচ্ছে, আপনি আরও বেশি হাসপাতালে থাকার জন্য বলতে পারেন এবং আপনার অনুরোধ বিবেচনা করা হবে।

সেকশন 8.1 আপনার রোগী হাসপাতালে থাকার সময়, আপনি Medicare থেকে একটি লিখিত নোটিশ পাবেন যা আপনার অধিকার সম্পর্কে বলে

হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার দুই দিনের মধ্যে, আপনাকে আপনার অধিকার সম্পর্কে Medicare থেকে একটি গুরুত্বপূর্ণ বার্তা নামে একটি লিখিত নোটিশ দেওয়া হবে। Medicare সহ প্রত্যেকে এই নোটিশের একটি কপি পান।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

যদি আপনি হাসপাতালের কারও কাছ থেকে নোটিশ না পান (উদাহরণস্বরূপ, একজন কেসওয়ার্কার বা নার্স), হাসপাতালের যেকোনো কর্মচারীকে এটির জন্য জিজ্ঞাসা করুন। আপনার যদি সাহায্যের প্রয়োজন হয় তাহলে সদস্য পরিষেবা বা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন (TTY 1-877-486-2048) এ কল করুন।

1. এই বিজ্ঞপ্তি মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং আপনি যদি এটি বুঝতে না পারেন তবে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করুন। এটি আপনাকে বলে:

- আপনার ডাক্তারের আদেশ অনুসারে আপনার হাসপাতালে থাকার সময় এবং পরে Medicare-আওতাধীন পরিষেবাগুলো পাওয়ার আপনার অধিকার। এর মধ্যে এই পরিষেবাগুলো কী, কে তাদের জন্য অর্থ প্রদান করবে এবং আপনি কোথায় সেগুলো পেতে পারেন তা জানার অধিকার অন্তর্ভুক্ত করে।
- আপনার হাসপাতালে থাকার বিষয়ে যেকোনো সিদ্ধান্তে জড়িত থাকার অধিকার রয়েছে।
- আপনার হাসপাতালের পরিচর্যার গুণমান সম্পর্কে আপনার যেকোনো উদ্বেগ কোথায় রিপোর্ট করবেন।
- আপনি যদি মনে করেন যে আপনাকে খুব শীঘ্রই হাসপাতাল থেকে ছেড়ে দেওয়া হচ্ছে তবে আপনাকে অব্যাহতি দেওয়ার **সিদ্ধান্তের তাৎক্ষণিক পর্যালোচনার অনুরোধ করার** আপনার অধিকার। আপনার ছাড়ের তারিখে বিলম্বের জন্য জিজ্ঞাসা করার এটি একটি আনুষ্ঠানিক, আইনি উপায় যাতে আমরা আপনার হাসপাতালের পরিচর্যাটি দীর্ঘ সময়ের জন্য কভার করব।

2. আপনি এটি পেয়েছেন তা দেখানোর জন্য এবং আপনার অধিকারগুলো বোঝার জন্য আপনাকে লিখিত নোটিশে স্বাক্ষর করতে বলা হবে।

- আপনাকে অথবা আপনার পক্ষে কাজ করছেন এমন কাউকে নোটিশে স্বাক্ষর করতে বলা হবে।
- নোটিশে স্বাক্ষর করা **কেবল** দেখায় যে আপনি আপনার অধিকার সম্পর্কে তথ্য পেয়েছেন। নোটিশে আপনার ডিসচার্জের তারিখ দেওয়া নেই। নোটিশে স্বাক্ষর করার **অর্থ এই নয়** যে আপনি ছাড়ের তারিখে সম্মত হচ্ছেন।

3. আপনার নোটিশের কপিটি হাতের কাছে রাখুন যাতে আপনার যদি প্রয়োজন হয় তবে আপনার কাছে আবেদন করার (বা যত্নের মান সম্পর্কে উদ্বেগের প্রতিবেদন) তথ্য থাকবে।

- আপনি যদি আপনার ডিসচার্জ তারিখের দুই দিনের বেশি আগে নোটিশে স্বাক্ষর করেন তবে আপনি ছাড় হওয়ার নির্ধারিত হওয়ার আগে আরও একটি কপি পাবেন।
- এই নোটিশের একটি কপি আগে থেকে দেখতে, আপনি মেম্বার সার্ভিসেস বা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন। অনলাইনেও বিজ্ঞপ্তিটি দেখতে পাবেন www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices।

সেকশন 8.2 ধাপে ধাপে: আপনার হাসপাতালের ছাড়ের তারিখ পরিবর্তন করতে কিভাবে লেভেল 1 আবেদন করবেন

আপনি যদি আপনার ইনপেশেন্ট হাসপাতালের পরিষেবাগুলো দীর্ঘ সময়ের জন্য আমাদের দ্বারা কভার করতে চান তাহলে এই অনুরোধটি করার জন্য আপনাকে আপিল প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করতে হবে। আপনি শুরু করার আগে, আপনাকে কী করতে হবে এবং সময়সীমা কী তা বুঝুন।

- **প্রক্রিয়া অনুসরণ করুন।**
- **সময়সীমা মেনে চলুন।**
- **আপনার প্রয়োজন হলে সহায়তা চাইতে পারেন।** আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা যেকোনো সময় সাহায্যের প্রয়োজন হয় তবে সদস্য পরিষেবাদিতে কল করুন। অথবা আপনার স্টেট স্বাস্থ্য বীমা সহায়তা প্রোগ্রামকে কল করুন, এমন একটি সরকারি সংস্থা যা ব্যক্তিগতকৃত সহায়তা প্রদান করে।

লেভেল 1 আপিলের সময়, কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার আবেদন পর্যালোচনা করে। আপনার পরিকল্পিত ছাড়ের তারিখটি আপনার পক্ষে চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত কিনা তা পরীক্ষা করে দেখুন।

কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন হল ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদারদের একটি গ্রুপ, যাদেরকে Medicare সহ মানুষের যত্নের গুণগত মান পরীক্ষা করা এবং উন্নত করার জন্য সরকার অর্থ প্রদান করে। এর মধ্যে Medicare যুক্ত ব্যক্তিদের জন্য হাসপাতালের ছাড়ের তারিখগুলি পর্যালোচনা করা অন্তর্ভুক্ত। এই বিশেষজ্ঞরা আমাদের পরিকল্পনার অংশ নয়।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

ধাপ 1: আপনার স্টেটের জন্য গুণমান উন্নয়ন সংস্থার সাথে যোগাযোগ করুন এবং আপনার হাসপাতালের ছাড়ের তাৎক্ষণিক পর্যালোচনা চান। দ্রুত পদক্ষেপ নিতে হবে।

আপনি কিভাবে এই সংস্থার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন?

- আপনি যে লিখিত বিজ্ঞপ্তি পেয়েছেন (আপনার অধিকার সম্পর্কে *Medicare* থেকে একটি গুরুত্বপূর্ণ বার্তা) আপনাকে কিভাবে এই সংস্থায় পৌঁছাতে হবে তা জানায়। অথবা অধ্যায় 2 এ আপনার স্টেটের জন্য গুণমান উন্নতি সংস্থার নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর সন্ধান করুন।

দ্রুত পদক্ষেপ নিন:

- আপনার আবেদন করার জন্য, আপনাকে অবশ্যই হাসপাতাল ছাড়ার **আগে** এবং **আপনার ছাড়ের দিন মধ্যরাতের পরে** কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের সাথে যোগাযোগ করতে হবে।
 - আপনি যদি এই সমস্যাটিকে পূরণ করেন তবে আপনি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন থেকে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য অপেক্ষা করার সময় আপনি আপনার ছাড়ের তারিখের **পরে** এটির জন্য **অর্থ প্রদান না করে** হাসপাতালে থাকতে পারেন।
 - আপনি যদি এই সমস্যাটিকে পূরণ **না** করেন এবং আপনি আপনার পরিকল্পিত ছাড়ের তারিখের পরে হাসপাতালে থাকার সিদ্ধান্ত নেন তবে আপনার পরিকল্পিত ছাড়ের তারিখের পরে আপনি যে হাসপাতালের যত্ন পাবেন তার জন্য **আপনাকে সমস্ত ব্যয় দিতে হতে পারে**।

একবার আপনি আপনার হাসপাতালের ছাড়ের তাৎক্ষণিক পর্যালোচনার অনুরোধ করলে গুণমান উন্নয়ন সংস্থা আমাদের সাথে যোগাযোগ করবে। আমাদের সাথে যোগাযোগ করার পরের দিন দুপুরের মধ্যে, আমরা আপনাকে ছাড়ের একটি **বিস্তারিত নোটিশ দেব**। নোটিশ আপনার পরিকল্পিত ছাড়ের তারিখ দেয় এবং আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং আমরা মনে করি যে সেই তারিখে আপনাকে ছেড়ে দেওয়া সঠিক (চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত) কেন তার কারণগুলো বিস্তারিতভাবে ব্যাখ্যা করে।

আপনি সদস্য পরিষেবা বা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন কল করে **ছাড়ের বিস্তারিত নোটিশের** একটি নমুনা পেতে পারেন। (TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন।) অথবা আপনি অনলাইনে একটি নমুনা বিজ্ঞপ্তি দেখতে পারেন www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices।

ধাপ 2: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার মামলার একটি স্বাধীন পর্যালোচনা পরিচালনা করে।

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের স্বাস্থ্য পেশাদাররা ("রিভিউয়ার") আপনার (বা আপনার প্রতিনিধিকে) প্রশ্ন করবে কেন আপনি মনে করেন যে সেবাগুলির কভারেজ চালিয়ে যাওয়া উচিত। আপনাকে লিখিতভাবে কিছু প্রস্তুত করতে হবে না, তবে আপনি যদি চান তবে আপনি এটি করতে পারেন।
- পর্যালোচকরা আপনার চিকিৎসার তথ্যও দেখবেন, আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলবেন এবং হাসপাতাল ও আমরা তাদের যে তথ্য দিয়েছি তা পর্যালোচনা করবেন।
- পর্যালোচকরা আপনার আপিল সম্পর্কে আমাদের বলার পরের দিন দুপুরের মধ্যে, আপনি আমাদের কাছ থেকে একটি লিখিত নোটিশ পাবেন যা আপনার পরিকল্পিত ছাড়ের তারিখ দেয়। এই নোটিশে আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং আমরা মনে করি যে কেন আপনাকে সেই তারিখে ছেড়ে দেওয়া সঠিক (চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত) তার কারণগুলোও বিস্তারিতভাবে ব্যাখ্যা করে।

ধাপ 3: সমস্ত প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়ার পরে পুরো এক দিনের মধ্যে, কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনাকে আপনার আপিলের উত্তর দেবে।

উত্তর হ্যাঁ হলে কী হবে?

- যদি পর্যালোচনা সংস্থাটি হ্যাঁ বলে তবে **যতক্ষণ না এই পরিষেবাগুলি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় হয় ততক্ষণ আমাদের অবশ্যই আপনার কভার করা রোগীদের হাসপাতালের পরিষেবাগুলো সরবরাহ করতে হবে**।
- আপনার খরচের অংশ পরিশোধ করতে থাকতে হবে (যেমন ডিডাক্টিবল বা কোপেমেেন্ট, যদি এগুলি প্রযোজ্য হয়)। এছাড়াও, আপনার কভার করা হাসপাতালের পরিষেবাগুলিতে সীমাবদ্ধতা থাকতে পারে।

উত্তর না হলে কী হবে?

- যদি পর্যালোচনা সংস্থা না বলে তবে তারা বলছে যে আপনার পরিকল্পিত ছাড়ের তারিখটি চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত। যদি এটি ঘটে থাকে তবে **আপনার ইনপেশেন্ট হাসপাতালের পরিষেবাগুলোর জন্য** আমাদের কভারেজটি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনাকে আপনার আপিলের উত্তর দেওয়ার **পরের** দিন দুপুরে শেষ হবে।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

- যদি পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনার আবেদনে না বলে এবং আপনি হাসপাতালে থাকার সিদ্ধান্ত নেন, তবে গুণমান উন্নতি সংস্থা আপনাকে আপনার আপিলের উত্তর দেওয়ার পরের দিন দুপুরের পরে আপনি যে হাসপাতালের যত্ন গ্রহণ করেন তার **পুরো ব্যয় আপনাকে দিতে হতে পারে।**

ধাপ 4: যদি আপনার লেভেল 1 আপিলের উত্তর না হয় তাহলে আপনি অন্য আবেদন করতে চান কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।

- যদি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার আবেদনে না বলে থাকে **এবং** আপনি আপনার পরিকল্পিত ছাড়ের তারিখের পরে হাসপাতালে থাকেন, তাহলে আপনি আরেকটি আবেদন করতে পারেন। আরেকটি আপিল করার অর্থ আপনি আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2 এ যাচ্ছেন।

সেকশন 8.3 ধাপে ধাপে: আপনার হাসপাতালের ছাড়ের তারিখ পরিবর্তন করতে কিভাবে লেভেল 2 আবেদন করবেন

একটি লেভেল 2 আপিলের সময় আপনি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনকে আপনার প্রথম আপিলের সিদ্ধান্তটি পুনঃবিবেচনা করার অনুরোধ করতে পারেন। যদি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার লেভেল 2 আপিল প্রত্যাখ্যান করে তাহলে আপনার পরিকল্পিত ছাড়ের তারিখের পরে আপনার থাকার জন্য আপনাকে পুরো খরচ দিতে হতে পারে।

ধাপ 1: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন এর সাথে পুনরায় যোগাযোগ করুন এবং আরেকটি পর্যালোচনার জন্য জিজ্ঞাসা করুন।

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন যেদিন আপনার লেভেল 1 আপিলকে অগ্রাহ করবে তার **60 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনাকে অবশ্যই এই পর্যালোচনার জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে। আপনি এই পর্যালোচনার জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন শুধুমাত্র যদি আপনি কেয়ার এর জন্য আপনার কভারেজ শেষ হওয়ার তারিখের পরে হাসপাতালে থাকেন।

ধাপ 2: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার পরিস্থিতির দ্বিতীয় পর্যালোচনা করে থাকে।

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের পর্যালোচকরা আপনার আবেদনের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য পুনরায় যত্ন সহকারে দেখে রাখবে।

ধাপ 3: লেভেল 2 আপিলের জন্য আপনার অনুরোধ প্রাপ্তির 14 দিনের মধ্যে, পর্যালোচকরা আপনার আপিলের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেবেন এবং আপনাকে তাদের সিদ্ধান্ত জানাবেন।**যদি পর্যালোচনাকারী অর্গানাইজেশন হ্যাঁ বলে:**

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন দ্বারা আপনার প্রথম আবেদন প্রত্যাখ্যান করার পরের দিন দুপুরের পর থেকে আপনার হাসপাতালের যাবতীয় খরচ হয়েছে **আমরা অবশ্যই আপনাকে পরিশোধ করব।** আমাদের অবশ্যই আপনার হাসপাতালে ভর্তির যত্ন যতক্ষণ পর্যন্ত চিকিৎসাগতভাবে তা প্রয়োজন ততক্ষণ পর্যন্ত কভারেজ প্রদান চালিয়ে যেতে হবে।
- আপনাকে অবশ্যই আপনার খরচের অংশ প্রদান করতে হবে এবং কভারেজের সীমাবদ্ধতা প্রযোজ্য হতে পারে।

যদি পর্যালোচনাকারী অর্গানাইজেশন না বলে:

- এর মানে তারা আপনার লেভেল 1 আপিলের সিদ্ধান্তের সাথে একমত।
- আপনি পর্যালোচনা প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চাইলে আপনি কী করতে পারেন তা আপনি যে নোটিশটি পাবেন সেটা আপনাকে লিখিতভাবে বলবে।

ধাপ 4: যদি উত্তর না হয়, তাহলে আপনি লেভেল 3-এ গিয়ে আপনার আপিলকে আরও অগ্রসর করতে চান কি না তা আপনাকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে।

- লেভেল 2 এর পরে আপিল প্রক্রিয়ায় আরও তিনটি লেভেল রয়েছে (মোট পাঁচটি লেভেল আপিলের জন্য)। যদি আপনি লেভেল 3 আপিলে যেতে চান, তাহলে লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্তের পরে আপনি যে লিখিত নোটিশ পাবেন তাতে কিভাবে এটি করতে হবে তার বিস্তারিত তথ্য থাকবে।
- লেভেল 3 আপিল একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক বা অ্যাটর্নি বিচারকের মাধ্যমে পরিচালিত হয়। এই অধ্যায়ের **সেকশন 10** আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 3, 4 এবং 5 সম্পর্কে আরও তথ্য প্রদান করে।

সেকশন ৯ আপনি যদি মনে করেন যে আপনার কভারেজ খুব শীঘ্রই শেষ হয়ে যাচ্ছে তবে কিভাবে আমাদেরকে নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিষেবাগুলি কভার করতে বলবেন

সেকশন ৯.১ এই সেকশন শুধুমাত্র তিনটি পরিষেবা সম্পর্কে: হোম হেলথ কেয়ার, দক্ষ নার্সিং ফ্যাসিলিটি কেয়ার, এবং কমপ্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফ্যাসিলিটি (CORF) পরিষেবা

যখন আপনি বাড়িতে স্বাস্থ্যসেবা, দক্ষ নার্সিং যত্ন, বা পুনর্বাসন যত্ন (সম্পূর্ণ হাসপাতাল বহির্ভূত রোগী পুনর্বাসন সুবিধা) পাচ্ছেন, আপনি যত্ন আপনার অসুস্থতা বা আঘাত নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য যত্নের প্রয়োজন ততক্ষণ পর্যন্ত সেই ধরনের সেবা পাওয়ার অধিকার রাখেন।

যখন আমরা সিদ্ধান্ত নেই যে আপনার জন্য যে কোনও তিন ধরনের যত্নের কভারেজ বন্ধ করার সময় হয়ে গেছে, তখন আপনাকে আমাদের আগাম জানাতে হবে। সেই যত্নের জন্য আপনার কভারেজ শেষ হলে, আমরা আপনার যত্নের জন্য অর্থ প্রদান বন্ধ করে দেব।

আপনি যদি মনে করেন যে আমরা আপনার পরিচর্যার কভারেজ খুব শীঘ্রই শেষ করছি, তাহলে আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপীল করতে পারেন। এই বিভাগটি আপনাকে বলে যে কিভাবে একটি আপিলের জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে।

সেকশন ৯.২ আপনার কভারেজ কখন শেষ হবে তা আমরা আপনাকে আগেই জানিয়ে দেব

আইনী শর্তাবলী

“Medicare নন-কভারেজ সম্পর্কে নোটিশ।” এটি আপনাকে বলে যে আপনি কিভাবে একটি "ফাস্ট-ট্র্যাক আপিল" অনুরোধ করতে পারেন। ফাস্ট ট্র্যাক এ আপিলে অনুরোধ করা একটি ফরমাল ব্যাপার, আমাদের কেয়ার এর বন্ধের ব্যাপারে কভারেজ ডিসিশন হলো একটি বৈধ উপায়।

1. আমাদের পরিকল্পনা আপনার যত্ন কভার করা বন্ধ করার কমপক্ষে দুই দিন আগে আপনি লিখিতভাবে একটি নোটিশ পাবেন। নোটিশটি আপনাকে বলে:

- যে তারিখে আমরা আপনার যত্ন নেওয়া বন্ধ করব।
- আরো দীর্ঘ সময় ধরে আপনার যত্ন কভার রাখার অনুরোধ জানাতে "ফাস্ট ট্র্যাক আপিল" অনুরোধ কিভাবে করবেন তা নিয়ে বলা হয়েছে।

2. এ চলে যাবে। আপনি, অথবা আপনার পক্ষে কাজ করছেন এমন কেউ, লিখিত নোটিশটি পাওয়ার কথা নিশ্চিত করতে সেটিতে স্বাক্ষর করতে বলা হবে। নোটিশে স্বাক্ষর করা কেবল এটি বোঝায় যে আপনি কখন আপনার কভারেজ বন্ধ হবে সে সম্পর্কে তথ্য পেয়েছেন। এতে স্বাক্ষর করা মানে এই নয় যে আপনি যত্ন বন্ধ করার পরিকল্পনার সিদ্ধান্তের সাথে একমত।

সেকশন ৯.৩ ধাপে ধাপে: আমাদের পরিকল্পনা অনুযায়ী আপনার যত্নের কভারেজ আরও দীর্ঘ সময়ের জন্য পাওয়ার জন্য লেভেল 1 আপিল কিভাবে করবেন।

যদি আপনি আমাদের কাছে আপনার যত্নের কভারেজ আরও দীর্ঘ সময়ের জন্য চান, তাহলে আপনাকে এই অনুরোধ করার জন্য আপিল প্রক্রিয়া ব্যবহার করতে হবে। আপনি শুরু করার আগে, আপনাকে কী করতে হবে এবং সময়সীমা কী তা বুঝুন।

- প্রক্রিয়া অনুসরণ করুন।
- সময়সীমা মেনে চলুন।
- আপনার প্রয়োজন হলে সহায়তা চাইতে পারেন। আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা যেকোনো সময় সাহায্যের প্রয়োজন হয় তবে সদস্য পরিষেবাদিতে কল করুন। অথবা আপনার স্টেট স্বাস্থ্য বীমা সহায়তা প্রোগ্রামকে কল করুন, এমন একটি সরকারি সংস্থা যা ব্যক্তিগতকৃত সহায়তা প্রদান করে।

লেভেল 1 আপিলের সময়, কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার আবেদন পর্যালোচনা করে। আপনার যত্নের শেষ তারিখ চিকিৎসার উপযুক্ত কিনা এটি তা নির্ধারণ করে।

কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন হল ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা বিশেষজ্ঞদের একটি গ্রুপ, যাদেরকে Medicare সহ মানুষের যত্নের গুণগত মান পরীক্ষা করা এবং উন্নত করার জন্য সরকার অর্থ প্রদান করে। কখন কিছু নির্দিষ্ট ধরনের চিকিৎসা সেবা কভার বন্ধ করা হবে তা এই পরিকল্পনার সিদ্ধান্ত পর্যালোচনার এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত আছে। এই বিশেষজ্ঞরা আমাদের পরিকল্পনার অংশ নয়।

ধাপ 1: লেভেল 1 আপিল করুন: কোয়ালিটি ইমপ্রভমেন্ট অর্গানাইজেশনের সাথে যোগাযোগ করুন এবং ফাস্ট-ট্র্যাক আপিলের জন্য বলুন। দ্রুত পদক্ষেপ নিতে হবে।

আপনি কিভাবে এই সংস্কার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন?

- আপনি লিখিত নোটিশ পেয়েছেন (*Medicare* অন-কভারেজের নোটিশ) তা আপনাকে বলে দেয় এই সংগঠনে কিভাবে যোগাযোগ করতে হয়। অথবা অধ্যায় 2 এ আপনার স্টেটের জন্য গুণমান উন্নতি সংস্কার নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর সন্ধান করুন।
- আপনি কিভাবে এই সংস্কার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন
- **দ্রুত পদক্ষেপ নিন:**
 - আপনার আপিল শুরু করতে আপনাকে Medicare অন-কভারেজ নোটিশের কার্যকর তারিখের আগের দিনের দুপুর পর্যন্ত কোয়ালিটি ইমপ্রভমেন্ট অর্গানাইজেশনে যোগাযোগ করতে হবে।

ধাপ 2: কোয়ালিটি ইমপ্রভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার মামলার একটি স্বাধীন পর্যালোচনা পরিচালনা করে।

আইনী শর্তাবলী

“নন-কভারেজের বিস্তারিত ব্যাখ্যা।” নোটিশ যেটি কভারেজ শেষ করার কারণ সম্পর্কে বিস্তারিত বলে।

এই রিভিউ এর সময় কি ঘটে থাকে?

- কোয়ালিটি ইমপ্রভমেন্ট অর্গানাইজেশনের স্বাস্থ্য পেশাদাররা ("রিভিউয়ার") আপনার বা আপনার প্রতিনিধিকে প্রশ্ন করবে কেন আপনি মনে করেন যে সেবাগুলির কভারেজ চালিয়ে যাওয়া উচিত। আপনাকে লিখিতভাবে কিছু প্রস্তুত করতে হবে না, তবে আপনি যদি চান তবে আপনি এটি করতে পারেন।
- রিভিউ সংস্থা আপনার চিকিৎসাগত তথ্য পর্যালোচনা করবে, আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলবে, এবং আমাদের পরিকল্পনা দ্বারা তাদের প্রদত্ত তথ্য পর্যালোচনা করবে।
- যেদিন রিভিউয়াররা আপনার আপিলের বিষয়ে আমাদের বলবেন, সেদিনের মধ্যে আপনি আমাদের কাছ থেকে **নন-কভারেজের বিশদ ব্যাখ্যা** পাবেন যা আপনার পরিষেবার জন্য আমাদের কভারেজ শেষ করার কারণগুলি বিশদভাবে ব্যাখ্যা করে।

ধাপ 3: তাদের সমস্ত প্রয়োজনীয় তথ্য নেওয়ার একদিনের মধ্যে, রিভিউয়াররা তাদের সিদ্ধান্ত আপনাকে জানিয়ে দেবেন।

পর্যালোচনাকারীরা হ্যাঁ বললে কী হবে?

- যদি পর্যালোচকরা আপনার আপিলে হ্যাঁ বলেন, তাহলে **যতক্ষণ পর্যন্ত চিকিৎসার প্রয়োজন হবে ততক্ষণ পর্যন্ত আমাদের অবশ্যই আপনার অনুমোদিত পরিষেবাগুলি প্রদান করতে হবে।**
- আপনার খরচের অংশ পরিশোধ করতে থাকতে হবে (যেমন ডিডাকটিবল বা কোপেমেন্ট, যদি এগুলি প্রযোজ্য হয়)। আপনার কভার করা পরিষেবাগুলিতে সীমাবদ্ধতা থাকতে পারে।

পর্যালোচনাকারীরা না বললে কী হবে?

- পর্যালোচনাকারীগণ যদি *না* করে দেন তাহলে **আমরা আপনাকে যে তারিখ বলবো সে তারিখে আপনার আওতাভুক্তি শেষ হয়ে যাবে।**
- যে তারিখে আপনার আওতাভুক্তি শেষ হয় সেই তারিখের **পর** থেকে আপনি যদি হোম হেলথ কেয়ার অথবা দক্ষতাসম্পন্ন নার্সিং ফ্যাসিলিটি-এর পরিচর্যা অথবা বিস্তৃত বহিরাগত রোগীদের পুনর্বাসন সুবিধা (CORF) পরিষেবা পাওয়া চালিয়ে যাওয়ার সিদ্ধান্ত নেন তবে **আপনাকে এই পরিচর্যার সম্পূর্ণ খরচ বহন করতে হবে।**

ধাপ 4: যদি আপনার লেভেল 1 আপিলের উত্তর না হয় তাহলে আপনি অন্য আবেদন করতে চান কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।

- যদি পর্যালোচনাকারীগণ আপনার লেভেল 1 আপিল খারিজ করে দেন **এবং** আপনি এই সিদ্ধান্ত নেন যে আপনি আপনার পরিচর্যার আওতাভুক্তি শেষ হওয়ার পরেও সে পরিচর্যা পাওয়া চালিয়ে যেতে তবে আপনি একটি লেভেল 2 আপিল করতে পারেন।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন**সেকশন 9.4 ধাপে ধাপে: আমাদের পরিকল্পনা অনুযায়ী আপনার যত্নের কভারেজ আরও দীর্ঘ সময়ের জন্য পাওয়ার জন্য লেভেল 2 আপিল কিভাবে করবেন।**

একটি লেভেল 2 আপিলের সময় আপনি Quality Improvement Organization-কে আপনার প্রথম আপিলের সিদ্ধান্তটি পুনঃবিবেচনা করার অনুরোধ করতে পারেন। মান উন্নয়ন সংস্থা যদি আপনার লেভেল 2 আপিল খারিজ করে দেয় তবে আমরা আপনাকে যে তারিখে আপনার পরিষেবার আওতাভুক্ত শেষ হবে বলে জানিয়েছিলাম তার **পরবর্তীতে** পাওয়া হোম হেলথ কেয়ার অথবা দক্ষতাসম্পন্ন নার্সিং ফ্যাসিলিটির পরিচর্যা অথবা বিস্মৃত বহিরাগত রোগীদের পুনর্বাসন সুবিধা (CORF) পরিষেবার জন্য আপনাকে হয়তো সম্পূর্ণ খরচ বহন করতে হতে পারে।

ধাপ 1: কোয়ালিটি ইম্প্রভমেন্ট অর্গানাইজেশন এর সাথে পুনরায় যোগাযোগ করুন এবং আরেকটি পর্যালোচনার জন্য জিজ্ঞাসা করুন।

- মান উন্নয়ন সংস্থা আপনার লেভেল 1 আপিল *খারিজ* করার **60 দিনের মধ্যে** আপনাকে অবশ্যই এই পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করতে হবে। কোনপরিচর্যার আওতাভুক্তি শেষ হওয়ার পরেও যদি আপনি সে পরিচর্যা পাওয়া চালিয়ে গিয়ে থাকেন তবে শুধুমাত্র তখনই আপনি এই পর্যালোচনার অনুরোধ করতে পারবেন।

ধাপ 2: কোয়ালিটি ইম্প্রভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার পরিস্থিতির দ্বিতীয় পর্যালোচনা করে থাকে।

- কোয়ালিটি ইম্প্রভমেন্ট অর্গানাইজেশনের পর্যালোচকরা আপনার আবেদনের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য পুনরায় যত্ন সহকারে দেখে রাখবে।

ধাপ 3: আপনার আপিলের অনুরোধ পাওয়ার 14 দিনের মধ্যে আপনার পর্যালোচনাকারীগণ আপনার আপিল সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিবেন এবং আপনাকে তারা তাদের সিদ্ধান্ত জানিয়ে দিবেন।**পর্যালোচনাকারী প্রতিষ্ঠান যদি হ্যাঁ বলে দেন তবে কি হবে?**

- আপনার আওতাভুক্তি যে তারিখে শেষ হবে বলে আমরা জানিয়েছিলাম, সেদিন থেকে আপনি যতদিন পরিষেবা পেয়েছেন ততদিনের খরচের আমাদের অংশ **আমরা আপনাকে পরিশোধ করবো।** পরিচর্যাটি যতদিন চিকিৎসাগত দিক দিয়ে প্রয়োজনীয় বলে মনে হবে ততদিন **আমরা এই পরিচর্যার জন্য আওতাভুক্তি প্রদান করব।**
- আপনাকে অবশ্যই খরচের আপনার অংশ বহন করা চালিয়ে যেতে হবে এবং আওতাভুক্তিতে কিছু পরিমাণে নিষেধাজ্ঞা প্রযোজ্য থাকতে পারে।

পর্যালোচনাকারী প্রতিষ্ঠান যদি না বলে দেন তবে কি হবে?

- এর মানে হচ্ছে আপনার লেভেল 1 আপিল-এর ক্ষেত্রে যে সিদ্ধান্ত নেয়া হয়েছিলো তারা তার সাথে একমত।
- আপনি পর্যালোচনা প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চাইলে আপনি কী করতে পারেন তা আপনি যে নোটিশটি পাবেন সেটা আপনাকে লিখিতভাবে বলবে। এটি আপনাকে আপিলের পরবর্তী লেভেলে যাওয়ার পদ্ধতি বলবে, প্রশাসনিক আইন বিচারক অথবা অ্যাটর্নি অ্যাডজুডিকেটর সাধারণত এগুলোর ব্যবস্থাপনা করেন।

ধাপ 4: উত্তর যদি না হয় তবে আপনাকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনি আপনার আপিল পরবর্তী উচ্চপদস্থ কর্তৃপক্ষের কাছে নিয়ে যাবেন কিনা।

- লেভেল 2-এর পরে আপিলের আরো তিনটি অতিরিক্ত লেভেল আছে, এতে করে আপিলের মোট পাঁচটি লেভেল আছে। আপনি যদি লেভেল 3 আপিলে যেতে চান, তবে আপনার লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্তের পর পাওয়া লিখিত নোটিশে কিভাবে তা করতে হবে তার বিস্তারিত বিবরণ আছে।
- লেভেল 3 আপিল একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক বা অ্যাটর্নি বিচারকের মাধ্যমে পরিচালিত হয়। এই অধ্যায়ের **সেকশন 10-এ** লেভেল 3, 4 এবং 5 আপিল সম্পর্কে আপনাকে আরো বিস্তারিত তথ্য প্রদান করে।

সেকশন 10 আপনার আপিলটি লেভেল 3 অথবা তারও পরে নেওয়া**সেকশন 10.1 চিকিৎসাগত পরিষেবার অনুরোধের জন্য লেভেল 3 এবং 4-এর আপিল**

আপনি যদি একটি লেভেল 1 এবং একটি লেভেল 2 আপিল করে থাকেন এবং আপনার উভয় আপিল যদি খারিজ করা হয়ে থাকে তবে এই সেকশন আপনার জন্য উপযুক্ত হতে পারে। Integrated Administrative Head Office (IAHO) থেকে আপনি যে চিঠি পাবেন তার মধ্যে আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চাইলে আপনি কী করতে পারেন তা লিখা থাকবে।

অধ্যায় 8 আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

আপিল প্রক্রিয়ার যেকোনো সময় যদি আপনার কোনো সহায়তার প্রয়োজন হয় তবে আপনি Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। তাদের ফোন নম্বর হলো 1-844-614-8800।

লেভেল 3 আপিল Medicare আপিল কাউন্সিল (কাউন্সিল) আপনার আপিলের পর্যালোচনা করবে এবং আপনাকে সিদ্ধান্ত জানাবে। কাউন্সিলটি ফেডারেল সরকারের একটি অংশ।

- **উত্তর হ্যাঁ হলে অথবা একটি অনুকূল লেভেল 3 আপিল-এর সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা করার জন্য আমাদের অনুরোধ যদি কাউন্সিল নাকচ করে তবে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যেতেও পারে বা নাও হতে পারে।**
আপনার জন্য অনুকূল একটি সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য লেভেল 3 আপিলের ক্ষেত্রে অনুরোধ করার অধিকার আমাদের আছে, লেভেল 2 এ আমরা এমনিটি করতে পারি না। আমরা সিদ্ধান্ত নিবো যে এই আপিলটি লেভেল 4-এ নেয়া হবে কিনা।
 - আমরা যদি সিদ্ধান্ত নেই যে সিদ্ধান্তের বিষয়ে কোন আপিল করবো না তবে আমাদের অবশ্যই কাউন্সিলের সিদ্ধান্ত জানার তারিখ থেকে 60 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনার জন্য চিকিৎসাগত পরিচর্যার অনুমোদন দিতে হবে কিংবা সেগুলো আপনাকে প্রদান করতে হবে।
 - আমরা যদি সিদ্ধান্তের বিষয়ে আপিল করার সিদ্ধান্ত নেই তবে আমরা লিখিত আকারে এই বিষয়টি আপনাকে জানাবো।
- **উত্তর যদি না হয় অথবা কাউন্সিল যদি পর্যালোচনার অনুরোধ নাকচ করে তবে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যেতেও পারে অথবা নাও হতে পারে।**
 - আপনার আপিল নাকচ করা এই সিদ্ধান্ত যদি আপনি মেনে নিতে চান তবে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যায়।
 - আপনি যদি এই সিদ্ধান্ত মেনে নিতে না চান তবে আপনি হয়তো পর্যালোচনার প্রক্রিয়ার পরবর্তী লেভেলে যেতে পারবেন। কাউন্সিল যদি আপনার আপিল নাকচ করে দেয় তবে আপনি যে নোটিশ পাবেন তার মধ্যে নিয়ম অনুযায়ী আপনি লেভেল 4 আপিল করতে পারবেন কিনা কিংবা কিভাবে লেভেল 4 আপিল চলমান রাখবেন সে বিষয়ে আপনাকে জানানো হবে।

লেভেল 4 আপিল ফেডারেল ডিস্ট্রিক্ট কোর্ট-এর একজন বিচারক আপনার আপিলের পর্যালোচনা করবেন।

- একজন বিচারক আপনার সকল তথ্যের পর্যালোচনা করবেন এবং আপনার অনুরোধের উত্তর হ্যাঁ হবে নাকি না হবে সে সিদ্ধান্ত নিবেন। এটাই চূড়ান্ত উত্তর। Federal District Court-এর পরে আর কোন লেভেলের আপিল নেই।

সেকশন 10.2 অতিরিক্ত Medicaid আপিল

আপনার আপিল যদি এমন কোন পরিশেষা কিংবা পণ্যের ব্যাপারে হয় যার আওতাভুক্তি সাধারণত Medicaid প্রদান করে থাকে তবে আপনার হয়তো অন্যান্য আপিলের অধিকার আছে। Fair Hearing Office থেকে আপনি যে চিঠি পাবেন তার মধ্যে আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চাইলে আপনি কি করতে পারেন তা লিখা থাকবে।

সেকশন 10.3 পার্ট D ঔষুধের অনুরোধের জন্য লেভেল 3, 4 এবং 5-এর আপিল

আপনি যদি একটি লেভেল 1 এবং একটি লেভেল 2 আপিল করে থাকেন এবং আপনার উভয় আপিল যদি খারিজ করা হয়ে থাকে তবে এই সেকশন আপনার জন্য উপযুক্ত হতে পারে।

যদি আপনি যে ঔষুধের জন্য আপিল করেছেন তার দাম একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ ডলার হয় তবে আপনি হয়তো অতিরিক্ত লেভেলের আপিলে এগিয়ে যেতে পারবেন। যদি সেই নির্দিষ্ট পরিমাণ থেকে আপনার ঔষুধের মূল্য ডলারে কম হয় তবে আপনি আর আপিল করতে পারবেন না। আপনার লেভেল 2 আপিলের যে লিখিত প্রতিক্রিয়া আপনি পাবেন তার মধ্যে লেভেল 3 আপিলের জন্য কার সাথে যোগাযোগ করতে হবে কিংবা কি করতে হবে সে বিষয়ে ব্যাখ্যা করা থাকবে।

আপিল সম্পর্কিত অন্যান্য ঘটনার ক্ষেত্রে শেষের তিন লেভেলের আপিল প্রায় একই ভাবে কাজ করে। এই লেভেলগুলোর প্রত্যেকটিতে আপনার আপিলের পর্যালোচনার দায়িত্ব কারা পালন করে এখানে উল্লেখ করা হলো।

অধ্যায় 8 আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

লেভেল 3 আপিল ফেডেরাল সরকার-এর জন্য কাজ করেন এমন একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক অথবা অ্যাটর্নি অ্যাডভুডিক্যাটর আপনার আপিলের পর্যালোচনা করে আপনাকে সিদ্ধান্ত জানাবেন।

- **উত্তর হ্যাঁ হলে, আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যাবে।** প্রশাসনিক আইন বিচারক বা অ্যাটর্নি বিচারকের দ্বারা অনুমোদিত **ওষুধের কভারেজটি আমাদের অবশ্যই অনুমোদন বা প্রদান করতে হবে 72 ঘন্টার মধ্যে (দ্রুত আপিলের জন্য 24 ঘন্টা) অথবা আমরা সিদ্ধান্ত প্রাপ্তির 30 ক্যালেন্ডার দিনের** পরে অর্থপ্রদান করতে পারি না।
- **উত্তর না হলে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হতেও পারে আবার বা নাও হতে পারে।**
 - আপনার আপিল নাকচ করা এই সিদ্ধান্ত যদি আপনি মেনে নিতে চান তবে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যায়।
 - আপনি যদি এই সিদ্ধান্ত মেনে নিতে না চান তবে আপনি পর্যালোচনার প্রক্রিয়ার পরবর্তী লেভেলে যেতে পারবেন। একটি লেভেল 4 আপিল করার জন্য আপনাকে কি করতে হবে সে বিষয়ে নোটিশে ব্যাখ্যা দেয়া থাকবে।

লেভেল 4 আপিল Medicare আপিল কাউন্সিল (কাউন্সিল) আপনার আপিলের পর্যালোচনা করবে এবং আপনাকে সিদ্ধান্ত জানাবে। কাউন্সিলটি ফেডারেল সরকারের একটি অংশ।

- **উত্তর হ্যাঁ হলে, আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যাবে।** কাউন্সিল যে **ওষুধের আওতাভুক্তির অনুমোদন দিয়েছেন সে সিদ্ধান্ত** পাওয়ার **72 ঘন্টা (ত্বরান্বিত আপিল-এর ক্ষেত্রে 24 ঘন্টা)-এর মধ্যে আমাদের সেগুলোর অনুমোদন দিতে অথবা প্রদান করতে হবে কিংবা সেদিন থেকে 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আমাদের সেসবের জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে।
- **উত্তর না হলে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হতেও পারে আবার বা নাও হতে পারে।**
 - আপনার আপিল নাকচ করা এই সিদ্ধান্ত যদি আপনি মেনে নিতে চান তবে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যায়।
 - আপনি যদি এই সিদ্ধান্ত মেনে নিতে না চান তবে আপনি হয়তো পর্যালোচনার প্রক্রিয়ার পরবর্তী লেভেলে যেতে পারবেন। কাউন্সিল যদি আপনার আপিল নাকচ করে অথবা আপিল পর্যালোচনা করার জন্য আপনার অনুরোধ নাকচ করে তবে নোটিশে লেখা থাকবে যে নিয়ম অনুযায়ী আপনি লেভেল 5 আপিল করতে পারবেন কিনা। আপনি যদি আপনার আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চান তবে কার সাথে যোগাযোগ করতে হবে এবং কি করতে হবে সে বিষয়েও এটি আপনাকে জানাবে।

লেভেল 5 আপিল ফেডেরাল ডিস্ট্রিক্ট কোর্ট-এর একজন বিচারক আপনার আপিলের পর্যালোচনা করবেন।

- একজন বিচারক আপনার সকল তথ্যের পর্যালোচনা করবেন এবং আপনার অনুরোধের উত্তর হ্যাঁ হবে নাকি না হবে সে সিদ্ধান্ত নিবেন। এটাই চূড়ান্ত উত্তর। Federal District Court-এর পরে আর কোন লেভেলের আপিল নেই।

সেকশন 11 যন্ত্রের গুণগত মান, অপেক্ষার সময়, গ্রাহক পরিষেবা অথবা অন্যান্য দুর্ভাগ্য বিষয়ে কীভাবে অভিযোগ করতে পারবেন

সেকশন 11.1 অভিযোগ প্রক্রিয়া-এর মধ্যে কোন ধরনের সমস্যার সমাধান করা হয়?

অভিযোগ প্রক্রিয়াটি শুধুমাত্র নির্দিষ্ট কিছু সমস্যার জন্য ব্যবহৃত হয়। এর মধ্যে গুণগত মান, অপেক্ষার সময় এবং গ্রাহক পরিষেবা সংক্রান্ত সমস্যা অন্তর্ভুক্ত। অভিযোগ প্রক্রিয়া-এর মধ্যে কোন ধরনের সমস্যার সমাধান করা হয় এখানে তার কিছু উদাহরণ দেয়া হলো

অভিযোগ	উদাহরণ
আপনার চিকিৎসাগত পরিচর্যার গুণগত মান	• আপনি যে যন্ত্র পেয়েছেন তার গুণগত মান নিয়ে আপনি কি খুশি নন (হসপিটালটিতে পাওয়া যন্ত্র সহ)?
আপনার গোপনীয়তার সম্মান করা	• কেউ কি আপনার গোপনীয়তার অধিকারকে সম্মান করেনি কিংবা গোপন তথ্য শেয়ার করেছে?

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

অভিযোগ	উদাহরণ
অসম্মান, দুর্বল গ্রাহক পরিষেবা বা অন্যান্য নেতিবাচক আচরণ	<ul style="list-style-type: none"> কেও কি আপনার প্রতি রূচ আচরণ করেছে কিংবা আপনাকে অসম্মান করেছে? আমাদের সদস্য পরিষেবা-তে কি পানি খুশি নন? আপনার কি এমন মনে হয় যে আমরা আপনাকে পরিকল্পনা ছেড়ে দেয়ার জন্য উৎসাহিত করি?
অপেক্ষার সময়	<ul style="list-style-type: none"> অ্যাপয়েন্টমেন্ট পাওয়ার ক্ষেত্রে কিংবা পাওয়ার জন্য দীর্ঘ সময় অপেক্ষা করার মতো সমস্যা আপনার হচ্ছে কি? আপনার ডাক্তার, ফার্মাসিস্ট বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পেশাদাররা কি খুব দীর্ঘ সময় আপনাকে অপেক্ষা করিয়েছেন? কিংবা আমাদের সদস্য পরিষেবা অথবা পরিকল্পনার অন্য কোন কর্মী আপনার সাথে এমন করেছেন কি? <ul style="list-style-type: none"> এর উদাহরণের মধ্যে ফোনে, ওয়েটিং অথবা এক্সাম রুমে অথবা প্রেসক্রিপশন পাওয়ার ক্ষেত্রে অনেকক্ষণ অপেক্ষা করা অন্তর্ভুক্ত।
পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা	<ul style="list-style-type: none"> একটি ক্লিনিক, হাসপাতাল অথবা চিকিৎসকের অফিসের পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা অথবা অবস্থায় কি আপনি খুশি নন?
আমাদের কাছে থেকে আপনি যে তথ্য পান	<ul style="list-style-type: none"> আমরা কি আপনাকে কোনো প্রয়োজনীয় নোটিশ দিতে ব্যর্থ হয়েছি? আমাদের লিখিত আঁকারে প্রদান করা তথ্য বুমতে সমস্যা হয় কি?
সময়োপযোগীতা (এই ধরনের অভিযোগগুলো সাধারণত আওতাভুক্তির সিদ্ধান্ত এবং আপিলের বিষয়ে আমাদের পদক্ষেপের সময়োপযোগীতা সম্পর্কে হয়ে থাকে)	<p>আপনি যদি আওতাভুক্তির জন্য কোন অনুরোধ করেন কিংবা আপিল করে থাকেন এবং আপনার মনে হয় যে আমরা পর্যাপ্ত পরিমাণে দ্রুততার সাথে আপনাকে প্রতিক্রিয়া জানাচ্ছি না তবে আমাদের ধীরতার জন্য আপনি অভিযোগ করতে পারেন। কিছু উদাহরণ দেখানো হলো:</p> <ul style="list-style-type: none"> আপনি একটি “দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত” বা একটি “দ্রুত আপিলের” অনুরোধ করেছিলেন এবং আমরা তা নাকচ করে দিয়েছি; আপনি অভিযোগ করতে পারবেন। আপনি বিশ্বাস করেন যে আমরা কভারেজ সিদ্ধান্ত বা আপিলের সময়সীমা পূরণ করছি না; তবে আপনি একটি অভিযোগ করতে পারেন। আপনি যদি মনে করেন যে আমরা কিছু নির্দিষ্ট মেডিক্যাল আইটেম বা পরিষেবা অথবা ওষুধের জন্য আপনাকে আওতাভুক্ত করার বা প্রতিনিয়ম দেওয়ার সময়সীমা পূরণ করছি না যা অনুমোদিত হয়েছে; তবে আপনি একটি অভিযোগ করতে পারেন। আপনি যদি মনে করেন যে আমরা স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থায় আপনার মামলা ফরোয়ার্ড করার জন্য প্রয়োজনীয় সময়সীমা পূরণ করতে ব্যর্থ হয়েছি; তবে আপনি একটি অভিযোগ করতে পারেন।

সেকশন 11.2 কীভাবে একটি অভিযোগ করবেন

আইনী শর্তাবলী

- একটি অভিযোগকে “নালিশও” বলা হয়।
- “অভিযোগ করা” বলতে “নালিশ জমা দেওয়াও” বোঝায়।
- “অভিযোগ করার প্রক্রিয়া ব্যবহার করা” বলতে “নালিশ করার জন্য প্রক্রিয়া ব্যবহার করাও” বোঝায়।
- একটি “দ্রুত অভিযোগকে” “স্বরাশ্রিত নালিশও” বলা হয়।

সেকশন 11.3 ধাপে ধাপে: অভিযোগ করা

ধাপ 1: তৎক্ষণাৎ আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন – ফোনে কিংবা লিখিত আঁকারে।

- **সাধারণত, সদস্য পরিষেবার কাছে কল করা হল প্রথম ধাপ।** আপনার যদি অন্য কোন কিছু করতে হয় তবে সদস্য পরিষেবা আপনাকে সেই বিষয়ে জানিয়ে দিবে।
- আপনি যদি কল করতে না চান (কিংবা আপনি কল করেছেন কিন্তু সফল হোননি) তবে আপনি লিখিত আঁকারে আপনার অভিযোগ তৈরি করে আমাদের কাছে পাঠিয়ে দিতে পারবেন। আপনি যদি লিখিত আঁকারে আপনার অভিযোগ তৈরি করে পাঠান তবে আমরা আপনার অভিযোগের প্রতিক্রিয়াও লিখিত আঁকারেই পাঠাবো।
- আমরা ফোনে আপনার সাথে কথা বলার মাধ্যমে আপনার সমস্যার সমাধান করার চেষ্টা করতে পারি। আপনি যদি লিখিত আঁকারে প্রতিক্রিয়া পেতে, লিখিত অভিযোগ দায়ের করতে অথবা আপনার অভিযোগ যদি গুলগত মান সম্পর্কিত হয়ে থাকে তবে আমরা আপনাকে লিখিত আঁকারে প্রতিক্রিয়া জানাবো। আমরা যদি ফোন কলে আপনার সমস্যার সমাধান করতে না পারি তবে আপনার অভিযোগ পর্যালোচনা করার জন্য আমাদের কাছে আনুষ্ঠানিক প্রক্রিয়া আছে। আমরা এটিকে আমাদের সদস্য অভিযোগ প্রক্রিয়া বলে থাকি।
- আপনি অথবা আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধি-এর কাছে এই অধিকার আছে যে আপনারা, যখনই Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) প্রাতিষ্ঠানিক সিদ্ধান্ত নেয়ার ক্ষেত্রে কিংবা পুনঃবিবেচনার ক্ষেত্রে সময় বাড়িয়ে নেয় অথবা যখন আমরা যখন একটি প্রাতিষ্ঠানিক সিদ্ধান্ত অথবা পুনঃবিবেচনার জন্য স্বরাশ্রিত অনুরোধ নাকচ করে দেই তখনই একটি স্বরাশ্রিত অভিযোগ দায়ের করতে পারবেন। (আওতাভুক্ত সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেয়ার ক্ষেত্রে অথবা আপিল-এর মধ্যে পার্ট B অথবা পার্ট D ঔষুধ আছে কিনা সে সিদ্ধান্ত নেয়ার ক্ষেত্রে আমরা সময় বাড়িয়ে নিতে পারবো না।) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এ সকল স্বরাশ্রিত অভিযোগ পাওয়ার (24) ঘন্টার মধ্যে প্রতিক্রিয়া জানাবে।
- আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার উপরে ভিত্তি করে যতটা দ্রুত সম্ভব আমাদেরকে অবশ্যই আপনার অভিযোগের সমাধান করতে হবে তবে আপনার অভিযোগ পাওয়ার 30 দিনের মধ্যেই এমনিট করা হবে। আপনি যদি সময় বৃদ্ধি করতে চান অথবা আমাদের যদি আরো অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হয় এবং বিলম্ব যদি আপনার সর্বোচ্চ স্বার্থে হয়ে থাকে তবে আমরা সময়সীমাটি 14 দিন করে বৃদ্ধি করবো।
- **আপনি কল করুন কিংবা লিখুন, আপনার উচিত সদস্য পরিষেবার সাথে তৎক্ষণাৎ যোগাযোগ করা।** আপনি যে সমস্যা নিয়ে অভিযোগ করতে চান, সে সমস্যা হওয়ার পরে যেকোনো সময় আপনি অভিযোগটি করতে পারবেন।

ধাপ 2: আমরা আপনার অভিযোগটির পর্যালোচনা করি এবং আপনাকে সিদ্ধান্ত জানাই।

সম্ভব হলে, আমরা আপনাকে তৎক্ষণাৎ উত্তর দেব। আপনি যদি অভিযোগ নিয়ে আমাদের কাছে কল করেন তবে আমরা হয়তো আপনাকে সে ফোন কলেই একটি উত্তর দিয়ে দিতে পারবো।

- **30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে বেশিরভাগ অভিযোগের সমাধান করা হয়।** আমাদের যদি আরো অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হয় এবং বিলম্ব যদি আপনার সর্বোচ্চ স্বার্থে হয়ে থাকে অথবা আপনি যদি সময় বৃদ্ধি করতে চান তবে আপনার অভিযোগের সমাধান করার ক্ষেত্রে আমরা 14 ক্যালেন্ডার দিন পর্যন্ত সময় নিতে পারি (মোট 44 ক্যালেন্ডার দিন)। আমরা যদি অতিরিক্ত দিন নেয়ার সিদ্ধান্ত নেই তবে আমরা লিখিত আঁকারে এই বিষয়টি আপনাকে জানাবো।
- **আপনি যদি আমাদের কাছে একটি “দ্রুত আওতাভুক্তির সিদ্ধান্ত” অথবা একটি “দ্রুত আপিল”-এর অনুরোধ করে থাকেন এবং আমরা যদি আপনার সে অনুরোধ নাকচ করে থাকি বিধায় আপনি যদি অভিযোগ করেন তবে আমরা স্বয়ংক্রিয় ভাবে আপনার অভিযোগটি একটি “দ্রুত অভিযোগ” হিসেবে গ্রহণ করবো।** আপনার যদি “দ্রুত অভিযোগ” থাকে, তাহলে এর মানে আমরা আপনাকে 24 ঘন্টার মধ্যে উত্তর দেব।
- আমরা যদি আপনার করা কিছু কিংবা সকল অভিযোগের ব্যাপারে **একমত না হই** অথবা আপনি যে সমস্যার জন্য অভিযোগ করছেন তার জন্য দায়িত্ব না নিই তবে আপনাকে প্রতিক্রিয়া জানানোর সময় আমরা সে বিষয়ে আপনাকে জানিয়ে দেব।

সেকশন 11.4 Quality Improvement Organization-এর কাছেও আপনি পরিচর্যার গুণগতমান সম্পর্কে অভিযোগ করতে পারেন

আপনার অভিযোগ যদি পরিচর্যার গুণগতমান সম্পর্কে হয়ে থাকে তবে আপনার কাছে অতিরিক্ত দুইটি অপশন আছে:

- **আপনি গুণগত মান উন্নয়নকারী সংস্থার কাছে সরাসরি আপনার অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।** Quality Improvement Organization হলো অনুশীলনকারী চিকিৎসক এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা পেশাদারের একটি গ্রুপ যাদেরকে Medicare রোগীদের যে পরিচর্যা প্রদান করা হয় তার পর্যবেক্ষণ করা এবং উন্নয়ন সাধন করার জন্য Federal সরকার অর্থ প্রদান করেন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।

অধ্যায় ৪ আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ (কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্ত, আবেদন, অভিযোগ) থাকলে কী করবেন

- অথবা
- গুণমান উন্নয়নকারী সংস্থা এবং আমাদের দুইজনের কাছেই আপনি আপনার অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

সেকশন 11.5 আপনি Medicare এবং Medicaid-কেও আপনার অভিযোগ সম্পর্কে জানাতে পারেন

আপনি নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর Senior Whole Health সম্পর্কে সরাসরি Medicare বরাবর অভিযোগ জমা দিতে পারেন। Medicare-এর কাছে কোনো অভিযোগ জমা দেওয়ার জন্য, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx-এ যান। এছাড়াও আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে Medicare-এর কাছে কল করতে পারেন। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করতে পারেন।

অধ্যায় 9:

শ্ল্যানে আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত করা

অধ্যায় 9 প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত করা**সেকশন 1 আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ বাতিল করার বিষয়ে ধারণা**

স্বচ্ছায় (আপনার নিজের ইচ্ছায়) অথবা **অনিচ্ছাকৃতভাবে** (আপনার নিজের ইচ্ছায় নয়) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এ আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত হয়ে যাওয়া:

- আপনি হয়তো আমাদের প্ল্যানটি ছেড়ে দেয়ার সিদ্ধান্ত নিয়েছেন বলে প্ল্যানটি ছেড়ে দিতে চান। ঐচ্ছিকভাবে সদস্যপদ বাতিল করার বিষয়ে সেকশন 2 এবং 3-এ আরো তথ্য পাবেন।
- তবে অল্প কিছু পরিস্থিতি এমন হতে পারে যেখানে আপনি প্ল্যানটি ছেড়ে যেতে চাইবেন না, কিন্তু আমাদেরকে আপনার সদস্যপদ বাতিল করে দিতে হয়। সেকশন 5 আপনাকে এমন অবস্থার কথা বলে যেখানে আমাদেরকে আপনার সদস্যপদ বাতিল করে দিতে হয়।

আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনা ছেড়ে দিয়ে থাকেন তবে আপনার সদস্যপদ শেষ হওয়া পর্যন্ত আমাদের পরিকল্পনাকে আপনার চিকিৎসাগত পরিচর্যা এবং প্রেসক্রিপশনের ঔষুধ প্রদান করে যেতে হবে এবং আপনাকে আপনার খরচের অংশ বহন করতে হবে।

সেকশন 2 আপনি কখন আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারেন?**সেকশন 2.1 আপনার Medicare এবং Medicaid থাকার কারণে আপনি আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারবেন**

- Medicare-ধারী বেশিরভাগ ব্যক্তি শুধুমাত্র বছরের নির্দিষ্ট সময়ে পরিকল্পনা থেকে তাদের সদস্যপদ বাতিল করতে পারবেন। আপনার Medicaid থাকার কারণে, আপনি এই বছরের যেকোনো মাসে আমাদের প্ল্যানের সদস্যপদটি বাতিল করতে পারেন। এগুলো সহ যেকোনো মাসে অন্য Medicare প্ল্যানে নথিভুক্ত করার বিকল্পগুলো রয়েছে:
 - Original Medicare এবং এর সাথে পৃথক একটি Medicare প্রণীত প্রেসক্রিপশনের ঔষুধের পরিকল্পনা,
 - একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ পরিকল্পনা ছাড়া Original Medicare (আপনি এই বিকল্পটি বেছে নিলে Medicare আপনাকে একটি ঔষুধের প্ল্যানে নথিভুক্ত করতে পারে, যদি না আপনি স্বয়ংক্রিয় তালিকাভুক্তি থেকে বাদ চলে যান।), অথবা
 - যোগ্য হলে, একটি সমন্বিত D-SNP যা আপনার Medicare এবং আপনার সমস্ত Medicaid সুবিধা এবং পরিষেবা একটি প্ল্যানের মধ্যই প্রদান করে।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি Medicare প্রণীত ঔষুধের আওতাভুক্তি থেকে তালিকাভুক্তি বাতিল করেন এবং টানা 63 দিন কিংবা তারও বেশি সময় উপযুক্ত প্রেসক্রিপশনের ঔষুধের আওতাভুক্তির বাহিরে থাকেন তবে আপনাকে হয়তো পার্ট D বিলম্বে তালিকাভুক্তির জরিমানা দিতে হতে পারে যদি আপনি পরবর্তীতে Medicare প্রণীত ঔষুধের পরিকল্পনায় যোগ দেন।

Medicaid পরিকল্পনার অপশন সম্পর্কে জানতে আপনার স্টেট Medicaid অফিসের সাথে যোগাযোগ করুন (টেলিফোন নম্বরগুলো এই ডকুমেন্টের চ্যাপ্টার 2, সেকশন 6-এ আছে)।

- অন্যান্য Medicare হেলথ প্ল্যানের বিকল্পগুলো বাৎসরিক এনরোলমেন্ট পিরিয়ড-এ উপলব্ধ থাকে। বাৎসরিক তালিকাভুক্তির সময়কাল সম্পর্কে সেকশন 2.2 আপনাকে আরো বিস্তারিত ধারণা দেয়।
- **কখন আপনার সদস্যপদ বাতিল হবে?** পরিকল্পনা পরিবর্তনের আপনার অনুরোধটি পাওয়ার পরবর্তী মাসের প্রথম দিনে সাধারণত আপনার সদস্যপদ বাতিল হবে। নতুন পরিকল্পনায় আপনার তালিকাভুক্তি একই দিনে শুরু হবে।

সেকশন 2.2 বাৎসরিক এনরোলমেন্ট পিরিয়ডে আপনি আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারেন

বাৎসরিক এনরোলমেন্ট পিরিয়ড-এ (বাৎসরিক ওপেন এনরোলমেন্টের সময় হিসাবেও পরিচিত) আপনি আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারেন। এই সময়ের মধ্যে আপনার স্বাস্থ্য এবং ঔষুধের আওতাভুক্তির পর্যালোচনা করুন এবং পরবর্তী বছরের আওতাভুক্তি সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিন।

- **বাৎসরিক এনরোলমেন্ট পিরিয়ড হল 15ই অক্টোবর তারিখ থেকে 7ই ডিসেম্বর তারিখ পর্যন্ত।**

অধ্যায় 9 প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত করা

- **আপনার বর্তমান আওতাভুক্তি চালিয়ে যাওয়ার অথবা পরবর্তী বছরের জন্য আপনার আওতাভুক্তিতে পরিবর্তন নিয়ে আসার সিদ্ধান্ত নিন।** আপনি যদি নতুন একটি পরিকল্পনায় পরিবর্তন করতে চান তবে আপনি নিম্নে উল্লেখিত যেকোন একটি ধরনের পরিকল্পনা বেছে নিতে পারেন:
 - প্রেসক্রিপশনের ঔষধের আওতাভুক্তি আছে কিংবা নেই এমন অন্য একটি Medicare health plan।
 - একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ পরিকল্পনা সহ Original Medicare

অথবা

- একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ পরিকল্পনা ছাড়া Original Medicare।
- জানুয়ারির 1 তারিখে যখন আপনার নতুন প্ল্যানে আওতাভুক্তি শুরু হয় **তখন আমাদের প্ল্যানে আপনার আওতাভুক্তি শেষ হয়। আপনি আপনার প্রেসক্রিপশনের ঔষুধগুলোর জন্য অর্থ প্রদান করতে Medicare থেকে “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” পেলে:** যদি আপনি Original Medicare-এ পরিবর্তন করেন এবং পৃথক কোনো Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্ল্যানে নিবন্ধন না করেন, তাহলে আপনি স্বয়ংক্রিয় নিবন্ধন প্রক্রিয়া এড়ানোর সিদ্ধান্ত নিয়ে না থাকলে Medicare আপনাকে কোনো একটি ড্রাগ প্ল্যানে নিবন্ধিত করে নিতে পারে।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ থেকে তালিকাভুক্ত না হন এবং উল্লেখযোগ্য প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ ছাড়াই পরপর 63 দিন বা তার বেশি সময় অতিবাহিত করেন তাহলে আপনি পরবর্তী Medicare ড্রাগ প্ল্যানে যোগদান করলে আপনাকে পার্ট D দেবীতে তালিকাভুক্তি হওয়ার কারণে অরিমানা দিতে হতে পারে।

সেকশন 2.3 Medicare Advantage ওপেন এনরোলমেন্টের সময়ের মধ্যে আপনি আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারেন

Medicare Advantage ওপেন এনরোলমেন্টের সময়ের মধ্যে আপনার স্বাস্থ্য কভারেজের বিষয়ে একটি পরিবর্তন আনার সুযোগ আপনার আছে।

- **বাৎসরিক Medicare Advantage ওপেন এনরোলমেন্টের সময়** হল 1লা জানুয়ারি থেকে 31শে মার্চ পর্যন্ত এবং নতুন Medicare সুবিধাভোগীদের জন্য যারা MA প্ল্যানে নথিভুক্ত হয়েছেন, পার্ট A এবং পার্ট B-এর এনটাইটেলমেন্টের মাস থেকে এনটাইটেলমেন্টের 3য় মাসের শেষ দিন পর্যন্ত।
- **বাৎসরিক Medicare Advantage ওপেন এনরোলমেন্টের সময়** আপনি যা করতে পারেন:
 - প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ সহ বা ছাড়াই অন্য Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যানে সুইচ করুন।
 - আমাদের প্ল্যান তালিকাভুক্ত করুন এবং Original Medicare-এর মাধ্যমে কভারেজ পান। আপনি যদি এই সময়ের মধ্যে অরিজিনাল Medicare-এ সুইচ করতে চান তাহলে সেই সময়ে আপনি একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্ল্যানেও যোগ দিতে পারেন।
- আপনি একটি ভিন্ন Medicare Advantage প্ল্যানে নাম তালিকাভুক্ত করার পরে মাসের প্রথম দিনে **আপনার সদস্যপদ বাতিল হবে** বা আমরা Original Medicare-এ সুইচ করার জন্য আপনার একটি অনুরোধ পাই। আপনি যদি Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্ল্যানে নাম তালিকাভুক্তকরণে সাহায্যবোধ করেন তবে ড্রাগ প্ল্যানে আপনার সদস্যতা আপনার তালিকাভুক্তির অনুরোধ পাওয়ার পরে মাসের প্রথম দিন থেকে শুরু হবে।

সেকশন 2.4 নির্দিষ্ট কিছু পরিস্থিতিতে, আপনি একটি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়ে আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারেন

নির্দিষ্ট কোনো পরিস্থিতিতে, আপনি বছরের অন্য যেকোনো সময়ে আপনার সদস্যপদ বাতিল করার যোগ্য হতে পারেন। **এটিকে বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কাল** বলা হয়।

যদি নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে আপনার জন্য প্রযোজ্য হয় তবে **আপনি একটি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কালে আপনার সদস্যপদ শেষ করা হতে পারে।** এগুলো হল শুধু উদাহরণ, আপনি প্ল্যানের সাথে যেখানে যোগাযোগ করতে পারেন তার সম্পূর্ণ তালিকার জন্য, Medicare-এ কল করুন অথবা Medicare ওয়েবসাইট (www.medicare.gov)-এ যান:

- সাধারণত, যখন আপনাকে সরানো হয়েছে।
- আপনার যদি New York Medicaid থাকে।
- আপনার Medicare প্রেসক্রিপশনের জন্য অর্থ প্রদানের সাথে আপনি যদি "অতিরিক্ত সাহায্য" পাওয়ার যোগ্য হন।

অধ্যায় 9 প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত করা

- যদি আমরা আপনার সাথে আমাদের চুক্তি ভঙ্গ করি।
- আপনি যদি কোনো প্রতিষ্ঠানে যন্ত্র নেন যেমন নাসিং হোম বা দীর্ঘ-মেয়াদী যন্ত্র (LTC) হাসপাতাল।
- যদি পনি বয়স্কদের জন্য অল-ইনক্লুসিভ কেয়ার প্রোগ্রামে (PACE) তালিকাভুক্ত হন।
- **দ্রষ্টব্য:** আপনি যদি ড্রাগ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামে থাকেন তাহলে আপনি প্ল্যান পরিবর্তন করতে পারবেন না। অধ্যায় 5, সেকশন 10 আপনাকে ড্রাগ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রাম সম্পর্কে আরো অবগত করে।
- **দ্রষ্টব্য:** সেকশন 2.1 আপনাকে Medicaid আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কাল সম্পর্কে আরো অবগত করে।

আপনার পরিস্থিতির উপর নির্ভর করে **তালিকাভুক্তির সময়কাল পরিবর্তিত হয়।**

আপনি একটি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কালের জন্য যোগ্য কিনা তা জানতে, অনুগ্রহ করে 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে, দিনে 24 ঘণ্টা, সপ্তাহে 7 দিন Medicare-এ কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন। যদি আপনি কোনো বিশেষ পরিস্থিতির কারণে আপনার সদস্যপদ বাতিল করার যোগ্য হন তবে আপনি আপনার Medicare স্বাস্থ্য কভারেজ এবং প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ উভয়ই পরিবর্তন করতে বেছে নিতে পারেন। আপনি নির্বাচন করতে পারেন:

- প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ সহ বা ছাড়াই অন্য একটি Medicare স্বাস্থ্য প্ল্যান,
- একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ পরিকল্পনা সহ Original Medicare,
- - বা - একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ পরিকল্পনা ছাড়া Original Medicare।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ থেকে তালিকাভুক্ত না হন এবং উল্লেখযোগ্য প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ ছাড়াই পরপর 63 দিন বা তার বেশি সময় অতিবাহিত করেন তাহলে আপনি পরবর্তী Medicare ড্রাগ প্ল্যানে যোগদান করলে আপনাকে পার্ট D দেহীতে তালিকাভুক্তি হওয়ার কারণে জরিমানা দিতে হতে পারে।

আপনি যদি আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য অর্থ প্রদান করতে Medicare থেকে "অতিরিক্ত সহায়তা" পান: যদি আপনি Original Medicare-এ পরিবর্তন করেন এবং পৃথক কোনো Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্ল্যানে নিবন্ধন না করেন, তাহলে আপনি স্বয়ংক্রিয় নিবন্ধন প্রক্রিয়া এড়ানোর সিদ্ধান্ত নিয়ে না থাকলে Medicare আপনাকে কোনো একটি ড্রাগ প্ল্যানে নিবন্ধিত করে নিতে পারে।

আপনার প্ল্যান পরিবর্তন করার অনুরোধ পাওয়ার পর **আপনার সদস্যপদ সাধারণত মাসের প্রথম দিনে বাতিল হবে।**

দ্রষ্টব্য: সেকশন 2.1 এবং 2.2 আপনাকে Medicaid এবং “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” পাওয়া ব্যক্তিদের জন্য বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কাল সম্পর্কে অবগত করে।

সেকশন 2.5 আপনি কখন আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারবেন সে বিষয়ে কোথায় আরো তথ্য পেতে পারেন?

আপনার সদস্যপদ বাতিল করার বিষয়ে আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে তবে আপনি করতে পারেন:

- **সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।**
- *Medicare* এবং *আপনি 2025* হ্যান্ডবুকে থাকা তথ্যটি খুঁজুন।
- **Medicare-এ** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে দিনে 24 ঘণ্টা, সপ্তাহে 7 দিন যোগাযোগ করুন। (TTY 1-877-486-2048)।

সেকশন 3 আপনি কিভাবে আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যতা সমাপ্ত করবেন?

নীচের সারণীতে ব্যাখ্যা করা হয়েছে যে কিভাবে আপনি আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ বাতিল করবেন।

অধ্যায় 9 প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত করা

আপনি যদি আমাদের প্ল্যান থেকে স্যুইচ করতে চান:	আপনার যা করা উচিত তা হল:
<ul style="list-style-type: none"> অন্য Medicare হেলথ প্ল্যান 	<ul style="list-style-type: none"> নতুন Medicare হেলথ প্ল্যানে নাম তালিকাভুক্ত করুন। আপনার নতুন কভারেজ পরের মাসের প্রথম দিন থেকে শুরু হবে। আপনার প্ল্যানের কভারেজ শুরু হলে স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর নিবন্ধন বাতিল হয়ে যাবে।
<ul style="list-style-type: none"> একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ পরিকল্পনা সহ Original Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> নতুন Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্ল্যানে নাম তালিকাভুক্ত করুন। আপনার নতুন কভারেজ পরের মাসের প্রথম দিন থেকে শুরু হবে। আপনার প্ল্যানের কভারেজ শুরু হলে স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর নিবন্ধন বাতিল হয়ে যাবে।
<ul style="list-style-type: none"> একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ পরিকল্পনা ছাড়া Original Medicare <ul style="list-style-type: none"> যদি আপনি Original Medicare-এ পরিবর্তন করেন এবং পৃথক কোনো Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্ল্যানে নিবন্ধন না করেন, তাহলে আপনি স্বয়ংক্রিয় নিবন্ধন প্রক্রিয়া এড়ানোর সিদ্ধান্ত নিয়ে না থাকলে Medicare আপনাকে কোনো একটি ড্রাগ প্ল্যানে নিবন্ধিত করে নিতে পারে। আপনি যদি মেডিকেশ্যার প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ থেকে তালিকাভুক্ত না হন এবং উল্লেখযোগ্য প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ ছাড়াই পরপর 63 দিন বা তার বেশি সময় অতিবাহিত করেন তাহলে আপনি পরবর্তী Medicare ড্রাগ প্ল্যানে যোগদান করলে আপনাকে দেরীতে তালিকাভুক্তি হওয়ার কারণে জরিমানা দিতে হতে পারে। 	<ul style="list-style-type: none"> নিবন্ধন বাতিল করার জন্য আমাদেরকে একটি লিখিত অনুরোধ পাঠান এটি কীভাবে করতে হবে সেই বিষয়ে আরও তথ্যের জন্য আপনি সদস্য পরিষেবাগুলোর সাথে যোগাযোগ করুন। এছাড়াও আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)-নম্বরে, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন Medicare-এর সাথে যোগাযোগ করতে এবং তালিকাভুক্ত করতে বলতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করুন। Original Medicare-এ আপনার কভারেজ শুরু হলে আপনাকে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) থেকে বাতিল করা হবে।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ থেকে তালিকাভুক্ত না হন এবং উল্লেখযোগ্য প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ ছাড়াই পরপর 63 দিন বা তার বেশি সময় অতিবাহিত করেন তাহলে আপনি পরবর্তী Medicare ড্রাগ প্ল্যানে যোগদান করলে আপনাকে পার্ট D দেরীতে তালিকাভুক্তি হওয়ার কারণে জরিমানা দিতে হতে পারে।

আপনার Medicaid বেনিফিটগুলো সম্বন্ধে কোনো প্রশ্ন থাকলে, New York Medicaid-এ (800) 505-5678 নম্বরে, Nassau কাউন্টি ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেস-এ (516) 227-7474 নম্বরে, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond কাউন্টি হিউম্যান রিসোর্স অ্যাডমিনিস্ট্রেশন/সামাজিক পরিষেবা বিভাগে (718) 557-1399 নম্বরে, Orange কাউন্টি ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেসে (845) 291-4000 নম্বরে, Rockland কাউন্টি ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেসে (845) 364-3040 নম্বরে অথবা Westchester কাউন্টি ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেসে (914) 995-3333 নম্বরে, সোমবার - শুক্রবার, সকাল 8:30টা থেকে রাত 8টা পর্যন্ত, শনিবার সকাল 10টা থেকে বিকাল 6টা পর্যন্ত যোগাযোগ করুন। Original Medicare-এ ফিরে আসা কিভাবে আপনার Medicaid কভারেজ প্রভাবিত করে তা জিজ্ঞাসা করুন।

সেকশন 4 আপনার সদস্যপদ শেষ না হওয়া পর্যন্ত আপনি অবশ্যই আমাদের প্ল্যানের মাধ্যমে আপনার চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং ওষুধ পেতে থাকবেন

আপনার সদস্যপদ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) শেষ না হওয়া এবং নতুন Medicare কভারেজ শুরু না হওয়া পর্যন্ত, আপনি অবশ্যই আমাদের প্ল্যানের মাধ্যমে আপনার চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধগুলি পেতে থাকবেন।

অধ্যায় 9 প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত করা

- চিকিৎসা যন্ত্র পেতে আমাদের নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারদের ব্যবহার করা চালিয়ে যান।
- আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে আমাদের নেটওয়ার্ক ফার্মেসীর ব্যবহার চালিয়ে যান।
- আপনার সদস্যপদ শেষ হওয়ার দিন আপনি যদি হাসপাতালে ভর্তি হন তাহলে আপনাকে ছেড়ে দেওয়া না হওয়া পর্যন্ত (এমনকি আপনার নতুন স্বাস্থ্য কভারেজ শুরু হওয়ার পরেও যদি আপনাকে ছেড়ে দেওয়া হয়) আপনার হাসপাতালে থাকার বিষয়টি আমাদের প্ল্যানের আওতাধীন থাকবে।

সেকশন 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) অবশ্যই নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ বাতিল করবে

সেকশন 5.1 প্ল্যানটিতে আমাদেরকে কখন অবশ্যই আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে হবে?

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে যদি কিছু ঘটে তবে নিউইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) এর সিনিয়র হোল হেলথকে অবশ্যই প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে হবে:

- যদি আপনার আর Medicare পার্ট A এবং পার্ট B না থাকে।

আপনি যদি আর Medicaid-এর জন্য যোগ্য না হন। অধ্যায় 1, সেকশন 2.1-এ অনুযায়ী আমাদের প্ল্যান এমন ব্যক্তির জন্য যারা Medicare এবং Medicaid উভয়ের জন্য যোগ্য। যখন সিনিয়র হোল হেলথ অফ নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP) নির্ধারণ করে যে আপনি আর যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করবেন না আপনি সম্ভাব্য বাতিলের কারণ উল্লেখ করে একটি নোটিশ আকারে পত্র পাবেন। প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ যোগ্যতা পুনর্বিবেচনার জন্য প্রতিক্রিয়া জানাতে চিঠির তারিখ থেকে আপনার কাছে 6 মাস অর্থাৎ (180 দিন) সময় থাকবে।

- আপনি আমাদের প্ল্যানের এলাকা ছেড়ে স্থানান্তরিত হলে।
- যদি আপনি ছয় মাসের বেশি সময়ের জন্য আমাদের পরিষেবা এলাকা ছেড়ে চলে যান।
 - আপনি যদি সরে যান বা দীর্ঘ ভ্রমণ করেন তবে আপনি যে জায়গাটিতে যাচ্ছেন বা ভ্রমণ করছেন তা আমাদের প্ল্যানের অঞ্চল কিনা তা জানতে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।
- আপনি যদি বন্দী হন (কারণে যান)।
- আপনি যদি আর United States-র নাগরিক না হয়ে থাকেন বা আইনতভাবে United States অবস্থান করছেন।
- আপনি যদি মিথ্যা বলে থাকেন বা আপনার কাছে থাকা অন্যান্য বীমা সম্পর্কিত তথ্য গোপন রাখেন যা প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ প্রদান করে থাকে।
- আমাদের প্ল্যানে তালিকাভুক্ত হওয়ার সময় আপনি যদি ইচ্ছাকৃতভাবে আমাদের কোনো ভুল তথ্য দেন তাহলে সেই তথ্য আমাদের প্ল্যানের জন্য আপনার যোগ্যতাকে প্রভাবিত করবে। (প্রথমত আমরা Medicare থেকে অনুমতি না পেলে আমরা আপনাকে আমাদের প্ল্যানে ছেড়ে দিতে পারি না।)
- আপনি যদি ক্রমাগত এমনভাবে আচরণ করেন যা বিঘ্নিত হয় আপনার ও আমাদের প্ল্যানের অন্যান্য সদস্যদের জন্য চিকিৎসা যন্ত্র প্রদান করা আমাদের পক্ষে অত্যন্ত কঠিন হয়ে পড়ে। (প্রথমত আমরা Medicare থেকে অনুমতি না পেলে আমরা আপনাকে আমাদের প্ল্যানে ছেড়ে দিতে পারি না।)
- আপনি অন্য যে কাউকে চিকিৎসা সেবা পেতে আপনার সদস্যপদ কার্ডটি ব্যবহার করতে দিতে পারেন। (প্রথমত আমরা Medicare থেকে অনুমতি না পেলে আমরা আপনাকে আমাদের প্ল্যানে ছেড়ে দিতে পারি না।)
 - আমরা যদি কোনো কারণে আপনার সদস্যপদ বাতিল করি তবে Medicare আপনার কেসটি ইন্সপেক্টর জেনারেলের মাধ্যমে তদন্ত করতে পারে।
- আপনার আয় অনুযায়ী আপনাকে অতিরিক্ত পার্ট D পরিমাণ অর্থ প্রদান **করতে হবে** এবং আপনি তা প্রদান না করে থাকলে Medicare আপনাকে আমাদের প্ল্যানে তালিকাভুক্ত করবে না।

কোথায় আপনি আরো তথ্য পেতে পারেন?

আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা আমরা কখন আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে পারি সে সম্পর্কে আরো তথ্য জানতে মেম্বার সার্ভিসে কল করুন।

সেকশন 5.2 কোনো স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত কারণে আমরা আপনাকে আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করতে বলতে পারি না

নিউ ইয়র্ক NHC (HMO D-SNP)-এর সিনিয়র হোল হেলথ অনুযায়ী আপনাকে কোনো স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত কারণে আমাদের প্ল্যান থেকে চলে যেতে বলার অনুমতি দেয় না।

অধ্যায় 9 প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত করা

যদি এমনটি ঘটে তাহলে আপনাকে কী করা উচিত?

আপনি যদি মনে করেন যে স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত কোনো কারণে আপনাকে আমাদের প্ল্যান থেকে চলে যেতে বলা হচ্ছে তাহলে Medicare-এ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)-নম্বরে দিনে 24 ঘন্টা এবং সপ্তাহে 7 দিন (TTY 1- 877-486-2048)-নম্বরে কল করুন।

সেকশন 5.3 আমরা যদি আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যপদ শেষ করি তাহলে আপনার অভিযোগ করার অধিকার আছে

যদি আমাদের প্ল্যানে আমরা আপনার সদস্যপদ বাতিল করি তাহলে আপনার সদস্যপদ বাতিল করার জন্য যে কারণগুলি রয়েছে তা লিখিতভাবে আপনাকে অবশ্যই আমাদের জানাতে হবে। আমাদের অবশ্যই ব্যাখ্যা করতে হবে যে আপনি কিভাবে আমাদের সদস্যতা বাতিল করার সিদ্ধান্ত সম্পর্কে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন বা অভিযোগ করতে পারেন।

অধ্যায় 10:

লিগ্যাল নোটিশ

অধ্যায় 10 লিগ্যাল নোটিশ**সেকশন 1 শাসন আইন সম্পর্কিত নোটিশ**

এই কভারেজ নথির প্রমাণের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য প্রধান আইনটি হ'ল সামাজিক সুরক্ষা আইনের শিরোনাম XVIII ও Medicare এবং Medicaid পরিষেবা বা CMS কেন্দ্রগুলি দ্বারা সামাজিক সুরক্ষা আইনের অধীনে তৈরি করা একটি প্রবিধান। এছাড়াও, আপনি যে রাজ্যে বাস করেন নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে সেই রাজ্যের আইনের সাথে অন্যান্য ফেডারেল আইন প্রযোজ্য হতে পারে। আইনগুলি এই নথিতে অন্তর্ভুক্ত বা ব্যাখ্যা না করা হলে এটি আপনার অধিকার এবং দায়িত্বসমূহকে প্রভাবিত করতে পারে।

সেকশন 2 বৈষম্যহীনতা সম্বন্ধে বিজ্ঞপ্তি

আমরা বৈষম্য করি না জাতি, জাতিসত্তা, জাতীয় উৎস, রঙ, ধর্ম, সেক্স, লিঙ্গ, বয়স, যৌন অভিমুখীতা, মানসিক বা শারীরিক অক্ষমতা, স্বাস্থ্যের অবস্থা, দাবির অভিজ্ঞতা, চিকিৎসা ইতিহাস, জেনেটিক তথ্য, বীমাযোগ্যতার প্রমাণ বা পরিষেবা এলাকার মধ্যে ভৌগোলিক অবস্থানের উপর ভিত্তি করে। আমাদের প্ল্যানের মতো Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যান প্রদানকারী সকল সংস্থাকে অবশ্যই বৈষম্যের বিরুদ্ধে ফেডারেল আইনগুলি মেনে চলতে হবে, যার মধ্যে রয়েছে 1964 সালের নাগরিক অধিকার আইনের শিরোনাম VI, 1973 সালের পুনর্বাসন আইন, 1975 সালের বয়স বৈষম্য আইন, প্রতিবন্ধী আমেরিকানদের আইন, সাশ্রয়ী মূল্যের যত্ন আইনের ধারা 1557, ফেডারেল তহবিল প্রাপ্ত সংস্থগুলিতে প্রযোজ্য অন্যান্য সকল আইন এবং অন্য কোনো আইন ও বিধি যা অন্য কোনো কারণে প্রযোজ্য হতে পারে।

আপনি যদি আরো তথ্য পেতে চান বা বৈষম্য বা অন্যান্য আচরণ সম্পর্কে উদ্বেগ হন, তাহলে নাগরিক অধিকারের জন্য দয়া করে 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)-নম্বরে বা আপনার স্থানীয় অফিসে ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস **অফিস ফর সিভিল রাইটস** এ কল করুন। এছাড়াও আপনি <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>-এ ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ এবং হিউম্যান সার্ভিসেস অফিস ফর সিভিল রাইটস থেকে তথ্য পর্যালোচনা করতে পারেন।

আপনার যদি কোনো অক্ষমতা থাকে এবং যন্ত্রের অ্যাক্সেসে সাহায্যের প্রয়োজন হয় তাহলে দয়া করে সদস্য পরিষেবাগুলিতে আমাদের কল করুন। আপনার যদি কোনো অভিযোগ থাকে, যেমন হুইলচেয়ার অ্যাক্সেসের সমস্যা তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলি আপনাকে সাহায্য করতে পারে।

সেকশন 3 Medicare সেক্রেটারি পেয়ার সাবরোগেশন অধিকার সম্পর্কে নোটিশ

কভার করা Medicare পরিষেবা সংগ্রহ করার অধিকার এবং দায়িত্ব আমাদের রয়েছে যার জন্য মেডিকেশার প্রাথমিক অর্থ প্রদানকারী নয়। 42 CFR সেকশন 422.108 এবং 423.462-এ CMS রেগুলেশন অনুযায়ী, নিউ ইয়র্ক NHC এর সিনিয়র হোল হেলথ (HMO D-SNP), একটি Medicare অ্যাডভান্টেজ অর্গানাইজেশন হিসেবে সেক্রেটারি সাবপার্টস B-এর মাধ্যমে CMS প্রবিধানের অধীনে সেক্রেটারি যেটা ব্যবহার করেন, অনুরূপ পুনর্বুদ্ধারের অধিকার ব্যবহার করবেন। 42 CFR-এর পার্ট 411-এর D এবং এই বিভাগে প্রতিষ্ঠিত নিয়মগুলি রাজ্যের যেকোনো আইনকে ছাড়িয়ে যাবে।

অধ্যায় 11:

গুরুত্বপূর্ণ শব্দের সংজ্ঞা

অধ্যায় 11 গুরুত্বপূর্ণ শব্দের সংজ্ঞা

অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সেন্টার – একটি অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সেন্টার এমন একটি সত্তা যেখানে হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার প্রয়োজন নেই এবং যাদের সেন্টারে 24 ঘন্টার বেশি সময় অবস্থানের সুযোগ নেই এমন রোগীদের বহির্বিভাগের অস্ত্রোপচার পরিষেবা প্রদানের উদ্দেশ্যে কেবলমাত্র পরিচালনা করে থাকে।

আপিল – হল এমন কিছু যা আপনি করেন যদি আপনি স্বাস্থ্য পরিষেবা বা প্রেসক্রিপশন ড্রাগগুলির কভারেজের জন্য অনুরোধ বা আপনি ইতিমধ্যেই প্রাপ্ত পরিষেবা বা ড্রাগের জন্য অর্থ প্রদানের অনুরোধ অস্বীকার করেন অথবা আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন। আপনি যে পরিষেবাগুলি পাচ্ছেন সেগুলি বন্ধ করতে আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে আপনি যদি একমত না হলে আপনি আপিল করতে পারেন।

বেনিফিট পিরিয়ড – আমাদের প্ল্যান এবং Original Medicare উভয়ই আপনার হাসপাতাল এবং দক্ষ নার্সিং সুবিধা (SNF) পরিষেবাগুলির ব্যবহার পরিমাপ করে। আপনি যে সময় হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধা পান সে সময় থেকেই একটি বেনিফিট পিরিয়ড শুরু হয়। যখন আপনি একটানা 60 দিনের জন্য কোনো ইনপেশেন্ট হাসপাতালের যত্ন (বা SNF-এ দক্ষ যত্ন) না পান তখন বেনিফিট পিরিয়ড শেষ হয়। আপনি যদি একটি বেনিফিট পিরিয়ড শেষ হওয়ার পরে কোনো হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধায় যান তবে একটি নতুন বেনিফিট পিরিয়ড শুরু হয়। বেনিফিট পিরিয়ডের সংখ্যার কোনো সীমা নেই।

জৈবিক পণ্য – একটি প্রেসক্রিপশনের ওষুধ যা প্রকৃতি এবং জীবজন্তুর কোষ, উদ্ভিদের কোষ, ব্যাকটেরিয়া বা ইন্স্টের মতো জীবন্ত প্রাণীর উৎস থেকে তৈরি করা হয়। বায়োলজিক্যাল প্রোডাক্টগুলি অন্যান্য ড্রাগের চেয়ে জটিল এবং হুবহু নকল করা যায় না, তাই বিকল্প ফর্মগুলিকে বায়োসিমিলার বলা হয়। (এছাড়াও “**মূল বায়োলজিক্যাল প্রোডাক্ট**” এবং “**জৈবসদৃশ**” দেখুন)।

জৈবসদৃশ – একটি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ যা আসল বায়োলজিক্যাল প্রোডাক্টগুলোর সাথে যথেষ্ট মিল থাকলেও ভিন্ন নয় বলে মনে করা হয়। জৈবসদৃশগুলো জৈবিক পণ্যের মতোই নিরাপদ এবং কার্যকর। কয়েকটি জৈবসদৃশ ফার্মাসিতে কোনো প্রেসক্রিপশন ছাড়াই মূল জৈবিক পণ্যের বিকল্প হিসাবে পাওয়া যেতে পারে। (“**বিনিময়যোগ্য জৈবসদৃশ**” দেখুন)।

ব্র্যান্ড নামের ওষুধ – একটি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ যা ফার্মাসিউটিক্যাল কোম্পানি যেটি মূলত ওষুধটি গবেষণা এবং বিকাশ করেছিল সেটি দ্বারা তৈরি এবং বিক্রি করা হয়। ব্র্যান্ড নামের ড্রাগগুলিতে ড্রাগের জেনেরিক সংস্করণ হিসেবে একই সক্রিয়-উপাদানের সূত্র রয়েছে। তবে, জেনেরিক ড্রাগগুলি অন্যান্য ড্রাগ প্রস্তুতকারকদের মাধ্যমে উৎপাদিত এবং বিক্রয় করা হয় এবং ব্র্যান্ড নামের ড্রাগের পেটেন্টের মেয়াদ শেষ না হওয়া পর্যন্ত সাধারণত উপলভ্য নয়।

বিপর্যয়ের কভারেজ স্টেজ – পার্ট D ওষুধের বেনিফিটের পর্যায়টি শুরু হয় যখন আপনি (বা আপনার পক্ষে অন্যান্য যোগ্য পক্ষ) আওতাভুক্ত বছরে পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য \$2,000 মার্কিন ডলার ব্যয় করেছেন। **Medicare এবং Medicaid পরিষেবাগুলোর কেন্দ্র (CMS)** – ফেডারেল এজেন্সি যা Medicare পরিচালনা করে।

কোইনস্যুরেন্স – পরিষেবা বা প্রেসক্রিপশন ড্রাগের ব্যয়ের আপনার অংশ শতাংশ প্রতি (উদাহরণস্বরূপ 20%) হিসাবে প্রকাশ করা একটি পরিমাণ আপনাকে প্রদান করতে হতে পারে।

অভিযোগ – সাবেক একটি অভিযোগ করি এখন একটি **অভিযোগ দায়ের করুন** হয়েছে। অভিযোগ প্রক্রিয়া শুধুমাত্র কোনো নির্দিষ্ট ধরনের সমস্যার জন্য ব্যবহার করা হয়। এর মধ্যে যত্নের গুণগতমান, অপেক্ষার সময় এবং আপনি যে গ্রাহক পরিষেবা পেয়েছেন তা সম্পর্কিত সমস্যাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আপনার প্ল্যানটি আপিল প্রক্রিয়ার সময়সীমা অনুসরণ না করলে তাহলে এটিতে অভিযোগ অন্তর্ভুক্ত করে।

সর্বাঙ্গীণ বহির্বিভাগীয় রোগীর পুনর্বাসন কেন্দ্র (CORF) – এমন একটি সুবিধা যা মূলত শারীরিক থেরাপি, সামাজিক বা মনস্তাত্ত্বিক পরিষেবা, স্বাস্থ্যকেন্দ্রের থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ-ল্যাঙ্গুয়েজ প্যাথলজি পরিষেবা এবং বাড়ির পরিবেশ মূল্যায়ন পরিষেবা সহ কোনো অসুস্থতা বা আঘাতের পরে পুনর্বাসন পরিষেবা প্রদান করে।

কো-পেমেন্ট (বা কোপে) – ডাক্তারের পরিদর্শন, হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগী দেখা বা প্রেসক্রিপশন ড্রাগের মতো চিকিৎসা পরিষেবা বা সরবরাহের জন্য আপনার ব্যয়ের অংশ হিসেবে আপনাকে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ অর্থ প্রদান করতে হতে পারে। সহ-পেমেন্ট হল শতাংশের পরিবর্তে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ (উদাহরণস্বরূপ \$10 মার্কিন ডলার)।

ব্যয় শেয়ারিং – ব্যয় শেয়ারিং বলতে এমন পরিমাণকে বোঝায় যা কোনো সদস্যকে পরিষেবা বা ওষুধ পাওয়ার সময় এর জন্য অর্থপ্রদান করতে হয়। ব্যয় শেয়ারের মধ্যে নিম্নলিখিত তিন ধরনের অর্থ প্রদানের সংমিশ্রণ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে: (1) কোনো পরিষেবা বা ওষুধ আওতাভুক্ত করার আগে কোনো প্ল্যান আরোপ করতে এমন যে কোনো ছাড়যোগ্য পরিমাণ; (2) একটি নির্দিষ্ট পরিষেবা বা ওষুধ প্রাপ্তির সময় একটি প্ল্যানের প্রয়োজন হয় এমন কোনো নির্দিষ্ট কোপেমেন্ট পরিমাণ; বা (3) যেকোন “কোইনস্যুরেন্স” পরিমাণ, একটি পরিষেবা বা ওষুধের জন্য প্রদত্ত মোট অর্থের একটি শতাংশ যা একটি নির্দিষ্ট পরিষেবা বা ওষুধ প্রাপ্ত হওয়ার সময় একটি প্ল্যানের প্রয়োজন হয়।

কভারেজ নির্ধারণ – এটি হল আপনার জন্য প্রেসক্রাইব করা কোনো ওষুধ এবং এর পরিমাণ প্ল্যানের অন্তর্ভুক্ত হবে কিনা সে বিষয়ক সিদ্ধান্ত, যদি থাকে তবে আপনাকে প্রেসক্রিপশনের জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে সে সম্পর্কে একটি সিদ্ধান্ত নিতে হবে। সাধারণভাবে, আপনি যদি নিজের প্রেসক্রিপশনটি কোনো ফার্মাসিতে নিয়ে

অধ্যায় 11 গুরুত্বপূর্ণ শব্দের সংজ্ঞা

আসেন অতঃপর ফার্মাসি আপনাকে বলে যে প্রেসক্রিপশনটি আপনার প্ল্যানের অন্তর্ভুক্ত নয় এবং এটির কোনো কভারেজ নির্ধারণ হয়নি। কভারেজ সম্পর্কে আনুষ্ঠানিক সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই আপনার প্লানে কল করতে বা লিখতে হবে। এই কভারেজটিতে সংস্থার সিদ্ধান্তগুলিকে কভারেজ সিদ্ধান্ত বলা হয়।

আওতাভুক্ত ওষুধ – আমাদের প্ল্যানের মাধ্যমে কভার করা সমস্ত প্রেসক্রিপশনের ওষুধ বোঝাতে আমরা শব্দবন্ধটি ব্যবহার করি।

আওতাভুক্ত পরিষেবা – নামটি আমরা আমাদের প্ল্যানের আওতাভুক্ত সকল স্বাস্থ্য কেয়ার পরিষেবা এবং সরবরাহকে বোঝাতে ব্যবহার করে থাকি।

বিশ্বাসযোগ্য প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ – প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ (উদাহরণস্বরূপ, কোনো নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়ন থেকে) যা Medicare-এর স্ট্যান্ডার্ড প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ হিসেবে গড়ে কমপক্ষে ততটা অর্থ প্রদান করবে বলে আশা করা হচ্ছে। Medicare-এর জন্য যোগ্য হয়ে গেলে এই ধরনের কভারেজের অধিকারী ব্যক্তির যদি পরে Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজে তালিকাভুক্ত করার সিদ্ধান্ত নেন তাহলে তারা সাধারণত কোনো জরিমানা না দিয়েই সেই কভারেজটি রাখতে পারবেন।

কাস্টোডিয়াল কেয়ার – কাস্টোডিয়াল কেয়ার হল একটি নার্সিং হোম, হসপিটাল, বা অন্যান্য সুবিধা সেটিংয়ে প্রদান করা ব্যক্তিগত যত্ন যখন আপনার দক্ষ চিকিৎসা যত্ন বা দক্ষ নার্সিং যত্নের প্রয়োজন হয় না। কাস্টোডিয়াল কেয়ার, যাদের পেশাগত দক্ষতা বা প্রশিক্ষণ নেই এমন ব্যক্তিদের মাধ্যমে প্রদান করা হয়, যার মধ্যে দৈনন্দিন জীবনযাত্রার ক্রিয়াকলাপ যেমন: গোসল করা, পোশাক পরা, খাওয়া, বিছানা বা চেয়ারে বসা বা উঠা, ঘুড়ে বেড়ানো এবং বাথরুম ব্যবহারের মত সহায়তা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। এছাড়াও এখানে এমন ধরনের স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত যত্ন অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যা অধিকাংশ ব্যক্তির নিজেই করতে পারেন যেমন, চোখের ড্রপ ব্যবহার করা। Medicare কাস্টোডিয়াল যত্নের জন্য কোনো ধরনের অর্থ প্রদান করে না।

দৈনিক ব্যয়-শেয়ারিং হার – যখন আপনার ডাক্তার আপনার জন্য নির্দিষ্ট কোনো ওষুধ পুরো মাসে কম সরবরাহের পরামর্শ দেন তখন আপনার দৈনিক ব্যয়-শেয়ারিং হার প্রযোজ্য হতে পারে এবং আপনাকে একটি সহ-অর্থ প্রদান করতে হয়। দৈনিক ব্যয়-শেয়ারিং করে নেওয়ার হার হল একমাসের সরবরাহের দিনের সংখ্যা দ্বারা ভাগ করা সহ-পেমেন্ট। এখানে একটি উদাহরণ দেওয়া হল: যদি আপনার একমাসের একটি ড্রাগ সরবরাহের জন্য পেমেন্ট \$30 মার্কিন ডলার হয় এবং আপনার সরবরাহের প্ল্যান এক মাস অর্থাৎ 30 দিন হয় তাহলে দিন প্রতি “দৈনিক ব্যয়-শেয়ারিং হার” \$1 মার্কিন ডলার হবে।

ডিসেনরোল বা ডিসেনরোলমেন্ট – আমাদের প্লানে আপনার সদস্যতা সমাপ্তির প্রক্রিয়া।

দ্বৈত যোগ্য বিশেষ প্রয়োজন প্ল্যান (D-SNP) – এক ধরনের প্ল্যান যা ব্যক্তিদের তালিকাভুক্ত করে যারা Medicare (সামাজিক নিরাপত্তা আইনের শিরোনাম XVIII) এবং Medicaid (শিরোনাম XIX)-এর অধীনে একটি রাষ্ট্রীয় প্ল্যান থেকে চিকিৎসার সহায়তা উভয়েরই অধিকারী। রাজ্যগুলো রাজ্য এবং ব্যক্তিটির যোগ্যতার উপর নির্ভর করে কিছু বা সমস্ত Medicare ব্যয় আওতাভুক্ত করে।

দ্বৈত যোগ্যতা সম্পন্ন ব্যক্তি – একজন ব্যক্তি যিনি Medicare এবং Medicaid কভারেজের জন্য যোগ্যতা অর্জন করেছেন।

টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME) – কিছু মেডিক্যাল ইকুইপমেন্ট যা চিকিৎসার জন্য আপনার ডাক্তারের মাধ্যমে অর্ডার করা হয়েছে। উদাহরণস্বরূপ এর মধ্যে রয়েছে ওয়াকার, হুইলচেয়ার, ক্রাচ, যান্ত্রিক শক্তিসম্পন্ন ম্যাট্রেস সিস্টেম, ডায়ালিসিস স্যুইচ, IV ইনফিউশন পাম্প, স্পিচ জেনারেটর ডিভাইস, অক্সিজেন ইকুইপমেন্ট, নেবুলাইজার বা বাড়িতে ব্যবহারের জন্য সরবরাহকারীর মাধ্যমে অর্ডার করা হাসপাতালের বিছানা।

আপৎকালীন পরিস্থিতি – মেডিক্যাল এমার্জেন্সি হল যখন আপনি অথবা স্বাস্থ্য ও ওষুধ সম্পর্কে জ্ঞান রাখেন এমন কোনো বিচক্ষণ ব্যক্তি, বিশ্বাস করেন যে আপনার মধ্যে এমন চিকিৎসা উপসর্গ দেখা দিয়েছে যেগুলির জীবনহানি রোধ করার জন্য অবিলম্বে চিকিৎসার প্রয়োজন (এবং আপনি যদি একজন গর্ভবতী মহিলা হন, তাহলে একটি অনাগত শিশুর ক্ষতি), কোনো অঙ্গ-হানি, বা কোনো অঙ্গের কার্যকারিতা হ্রাস, বা কোনো শারীরিক কার্যকলাপ হ্রাস অথবা কোনো গুরুতর দুর্বলতা। মেডিকেল উপসর্গগুলো অসুস্থতা, চোট, প্রচণ্ড ব্যথা বা মেডিকেল কন্ডিশন হতে পারে, যার দ্রুত অবনতি হচ্ছে।

ইমার্জেন্সি পরিচর্যা – আওতাভুক্ত পরিষেবা যা হল: (1) অভিজ্ঞতা সম্পন্ন একজন প্রদানকারী দ্বারা জরুরি পরিষেবা প্রদান; এবং (2) জরুরি অবস্থার চিকিৎসা, মূল্যায়ন বা স্থিতিশীল করার প্রয়োজন হয়।

কভারেজের প্রমাণ (EOC) এবং ডিসক্লোজার ইনফরমেশন – এই ডকুমেন্টটি, আপনার তালিকাভুক্তি ফর্ম এবং নির্বাচিত অন্য কোনো সংযুক্তি, রাইডার বা অন্যান্য ঐচ্ছিক কভারেজ সহ যা আপনার কভারেজটি ব্যাখ্যা করে যে আমাদের কী করতে হবে, আপনার অধিকার এবং আমাদের প্ল্যানের একজন সদস্য হিসেবে আপনাকে কী করতে হবে।

ব্যতিক্রম – এক ধরনের কভারেজ সিদ্ধান্ত যা অনুমোদিত হলে, আপনাকে এমন একটি ওষুধ দেওয়া হয় যা আমাদের ফর্মুলারিতে নেই (একটি ব্যতিক্রম ফর্মুলারি) বা কম খরচে শেয়ার করে নেওয়ার লেভেল একটি অ-পছন্দের ওষুধ পান (একটি ব্যতিক্রম টিয়ারিং)। এছাড়াও আপনি একটি ব্যতিক্রম অনুরোধ করতে পারেন যদি আমাদের প্লানে আপনার অনুরোধ করা ড্রাগটি পাওয়ার আগে আপনাকে অন্য কোনো ড্রাগের চেষ্টা করার প্রয়োজন হয়, অথবা যদি আমাদের প্লানে আপনার অনুরোধ করা ড্রাগের পরিমাণ বা ডোজ সীমিত হয়ে যায় (একটি ব্যতিক্রম সূত্র)।

অধ্যায় 11 গুরুত্বপূর্ণ শব্দের সংজ্ঞা

অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help) – স্বল্প আয় এবং সংস্থানযুক্ত লোকদের Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্রোগ্রামের ব্যয় যেমন প্রিমিয়াম, ছাড়যোগ্য এবং মদ্রা বীমা প্রদান করতে সহায়তা করার জন্য Medicare প্রোগ্রাম।

জেনেরিক ওষুধ – একটি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ যা ফুড এবং ড্রাগ অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (FDA) কর্তৃক অনুমোদিত যেখানে ব্র্যান্ডের নামযুক্ত ওষুধগুলোর মতো একই রকম সক্রিয় উপাদান(গুলি) রয়েছে। সাধারণত, একটি জেনেরিক ড্রাগ ব্র্যান্ড নামের ড্রাগ হিসেবে একই কাজ করে থাকে এবং সাধারণত এদের কম ব্যয় হয়।

অভিযোগ দায়ের – আপনার যন্ত্রের গুণগতমান সংক্রান্ত অভিযোগ সহ আমাদের প্ল্যান, প্রোভাইডার বা ফার্মেসি সম্পর্কে আপনি যে ধরনের অভিযোগ করেন। এটি কভারেজ বা অর্থ প্রদান বিরোধের সাথে জড়িত নয়।

বাড়িতে দেখাশোনার সহায়ক – একজন ব্যক্তি যিনি এমন পরিষেবা প্রদান করেন যার জন্য কোনো লাইসেন্সপ্রাপ্ত নার্স বা থেরাপিস্টের দক্ষতার প্রয়োজন থাকে না, যেমন ব্যক্তিগত দেখাশোনার ক্ষেত্রে সহায়তা (যেমন স্নান করিয়ে দেওয়া, বাথরুমে নিয়ে যাওয়া, পোশাক পরানো, বা প্রেসক্রিপশনে লেখা ব্যায়াম করানো)।

হসপিটাল – এমন একটি বেনিফিট যা কোনো সদস্যের জন্য বিশেষ ধরনের চিকিৎসা প্রদান করে যা চিকিৎসাগত চূড়ান্তভাবে অসুস্থ হিসেবে প্রত্যয়িত হয়েছে, যার অর্থ হল এই যে তিনি 6 মাস বা তার চেয়ে কম সময় বেঁচে থাকবেন। আমরা কাছে, আপনার প্ল্যান, আপনার ভৌগলিক অঞ্চলের হসপিটালের একটি তালিকা আপনাকে অবশ্যই প্রদান করতে হবে। আপনি যদি হসপিটাল নির্বাচন করেন এবং প্রিমিয়াম প্রদান অব্যাহত রাখেন তাহলে আপনি এখনো আমাদের প্ল্যানের সদস্য রয়েছেন। আপনি এখনো চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সকল পরিষেবা এবং সেইসাথে আমরা যে পরিপূরক বেনিফিটগুলি অফার করি তা পেতে পারেন।

হসপিটাল ইনপেশেন্ট স্টেট – দক্ষ চিকিৎসা পরিষেবার জন্য আপনাকে আনুষ্ঠানিকভাবে কোনো হাসপাতালে ভর্তি হতে হলে, তা হাসপাতালে থাকা বলে। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন, তবে আপনাকে এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে।

আয় সম্পর্কিত মাসিক সামঞ্জস্যের পরিমাণ (IRMAA) – যদি 2 বছর আগে আপনার IRS ট্যাক্স রিটার্নে রিপোর্ট করা আপনার সংশোধিত সামঞ্জস্যপূর্ণ মোট আয় একটি নির্দিষ্ট পরিমাণের উপরে হয়, তবে আপনি স্ট্যান্ডার্ড প্রিমিয়ামের পরিমাণ এবং একটি আয় সম্পর্কিত মাসিক সমন্বয় পরিমাণ প্রদান করবেন, যা IRMAA নামে পরিচিত। IRMAA হল একটি অতিরিক্ত চার্জ যা আপনার প্রিমিয়ামে যোগ করা হয়েছে। Medicare-এ 5% বা তার চেয়ে কম লোক আক্রান্ত হয়, তাই বেশিরভাগ লোক উচ্চ প্রিমিয়াম প্রদান করবে না।

প্রাথমিক কভারেজের পর্যায় – এটি হল বছরে আপনার নিজের থেকে করা খরচ, নিজের থেকে করা খরচের গ্রেসহোল্ডের পরিমাণে পৌঁছানোর আগের পর্যায়।

প্রাথমিক তালিকাভুক্তির সময়কাল – আপনি প্রথমবার Medicare-এর জন্য যোগ্য ব্যক্তি হয়ে থাকলে, সেই সময়ে আপনি Medicare পার্ট A এবং পার্ট B-এর জন্য সাইন আপ করতে পারবেন। আপনি 65 বছর বয়সে Medicare-এর জন্য যোগ্য হলে, আপনার প্রাথমিক তালিকাভুক্তির সময়কাল হল 7 মাস যা আপনার 65 বছর বয়স হওয়ার 3 মাস আগে থেকে শুরু হয়, আপনার 65 বছর পূর্ণ হওয়ার বয়সের মাসটি অন্তর্ভুক্ত থাকে এবং আপনি 65 বছর বয়সী হওয়ার 3 মাস পরে শেষ হয়।

ইন্টিগ্রেটেড D-SNP – এমন একটি D-SNP যা Medicare এবং Medicaid উভয়ের জন্য যোগ্য ব্যক্তিদের নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর জন্য একটি একক হেলথ প্ল্যানের অধীনে Medicare এবং বেশিরভাগ বা সমস্ত Medicaid পরিষেবাগুলোকে আওতাভুক্ত করে। এই ব্যক্তির ফুল-বেনিফিটের দ্বিগুণ যোগ্য হিসাবে পরিচিত হন।

বিনিময়যোগ্য বায়োসিমিলার – এমন একটি বায়োসিমিলার যা স্বয়ংক্রিয় প্রতিস্থাপনের সম্ভাব্যতার সাথে সম্পর্কিত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করার কারণে একটি নতুন প্রেসক্রিপশনের প্রয়োজন ছাড়াই ফার্মেসিতে একটি আসল বায়োসিমিলার পণ্যের বিকল্প হিসাবে ব্যবহার করা যেতে পারে। ফার্মেসিতে স্বয়ংক্রিয় প্রতিস্থাপন রাষ্ট্রীয় আইন সাপেক্ষে হয়।

আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা (ফর্মুলারি বা ওষুধের তালিকা) – প্ল্যান দ্বারা কভার করা প্রেসক্রিপশন ওষুধের একটি তালিকা।

নিম্ন আয়ের ভর্তুকি (LIS) – “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” দেখুন।

Manufacturer Discount প্রোগ্রাম – এমন একটি প্রোগ্রাম যার অধীনে ওষুধ প্রস্তুতকারীরা কভার পার্ট D ব্র্যান্ডের নামযুক্ত ওষুধ এবং জীববিজ্ঞানের জন্য প্ল্যানের সম্পূর্ণ খরচের একটি অংশ প্রদান করে। ডিসকাউন্টগুলো ফেডারেল সরকার এবং নির্দিষ্ট ওষুধ প্রস্তুতকারকদের মধ্যে চুক্তির উপর ভিত্তি করে দেওয়া হয়।

সর্বাধিক পকেটের বাইরের অর্থের পরিমাণ – আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবাগুলোর জন্য আপনি ক্যালেন্ডার বছরে সবচেয়ে বেশি যা পকেটের বাইরের খরচ দিয়ে থাকেন। আপনার Medicare পার্ট A এবং পার্ট B প্রিমিয়ামের জন্য আপনি যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন এবং প্রেসক্রিপশনের ড্রাগগুলি সর্বাধিক আউট-অব-পকেটের পরিমাণের জন্য গণনা করা হয় না। আপনি Medicaid-এর অধীনে Medicare খরচ-শেয়ারিং সহায়তার জন্য যোগ্য হলে আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবাগুলোর জন্য নিজের থেকে দেওয়া সর্বাধিক পরিমাণের জন্য আপনাকে নিজের থেকে কোনো খরচ দিতে হবে না। (দ্রষ্টব্য: কারণ আমাদের সদস্যগণও Medicaid থেকে সহায়তা পান, খুব কম সদস্যই সর্বাধিক আউট-অব-পকেটের পরিমাণে পৌঁছান।)

অধ্যায় 11 গুরুত্বপূর্ণ শব্দের সংজ্ঞা

Medicaid (বা চিকিৎসা সহায়তা) – একটি যৌথ ফেডারেল এবং স্টেট প্রোগ্রাম যা কম আয় এবং সীমিত সংস্থানযুক্ত কিছু লোকের চিকিৎসার খরচ বহন করতে সহায়তা করে। স্টেট Medicaid প্রোগ্রামগুলি পরিবর্তনশীল তবে আপনি যদি Medicare এবং Medicaid উভয়ের জন্য যোগ্য হয়ে থাকেন তাহলে বেশিরভাগ ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা ব্যয় কভার করা হয়।

মেডিক্যালি অ্যাকসেপটেড ইন্ডিকেশন – একটি ওষুধের ব্যবহার যা হয় ফুড অ্যান্ড ড্রাগ অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের অনুমোদিত বা নির্দিষ্ট রেফারেন্স সমর্থিত, যেমন আমেরিকান হাসপাতাল ফর্মুলারি সার্ভিস ড্রাগ ইনফরমেশন এবং Micromedex DRUGDEX ইনফরমেশন সিস্টেম।

চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় – পরিষেবা, সরবরাহ বা ওষুধ যা আপনার চিকিৎসার অবস্থার প্রতিরোধ, নির্ণয় বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন এবং চিকিৎসা অনুশীলনের স্বীকৃত মান পূরণ করে।

Medicare – 65 বছর বা তার বেশি বয়সের ব্যক্তিদের জন্য, 65 বছরের কম বয়সী কিছু নির্দিষ্ট প্রতিবন্ধী এবং অস্টিম-পর্যায়ের কিডনি রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের (সাধারণত যাদের ডায়ালাইসিস বা কিডনি প্রতিস্থাপনের প্রয়োজন স্থায়ী কিডনি ব্যর্থতা রয়েছে) জন্য ফেডারেল হেলথ ইন্স্যুরেন্স প্রোগ্রাম হয়।

Medicare Advantage ওপেন এনরোলমেন্ট পিরিয়ড – 1লা জানুয়ারি থেকে 31শে মার্চ পর্যন্ত সময়কাল যখন Medicare Advantage প্লানের সদস্যরা তাদের প্ল্যান অনুযায়ী তালিকাভুক্তি বাতিল করতে পারেন এবং অন্য একটি Medicare Advantage প্লানে সুইচ করতে পারেন বা Original Medicare-এর মাধ্যমে কভারেজ পেতে পারেন। আপনি যদি এই সময়ের মধ্যে অরিজিনাল Medicare-এ সুইচ করতে চান তাহলে সেই সময়ে আপনি একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্লানেও যোগ দিতে পারেন। কোনো ব্যক্তি প্রথমে Medicare-এ যোগ হওয়ার পরে Medicare অ্যাডভান্টেজ ওপেন এনরোলমেন্ট পিরিয়ডও 3 মাসের জন্য উপলভ্য হবে।

Medicare Advantage (MA) প্ল্যান – কখনও কখনও Medicare-কে পার্ট C বলা হয়। একটি প্রাইভেট সংস্থা দ্বারা প্রদত্ত একটি প্ল্যান যা আপনাকে আপনার সকল Medicare পার্ট A এবং পার্ট B-এর বেনিফিট প্রদান করার জন্য Medicare-এর সাথে চুক্তি করে। কোনো Medicare Advantage প্ল্যান i) একটি HMO, ii) একটি PPO, iii) একটি পরিষেবার জন্য-ব্যক্তিগত-ফি (PFFS) প্ল্যান অথবা iv) একটি Medicare মেডিক্যাল সেভিংস অ্যাকাউন্ট (MSA) প্ল্যান হতে পারে। এই ধরনের প্ল্যান থেকে বেছে নেওয়ার পাশাপাশি, একটি Medicare অ্যাডভান্টেজ HMO বা PPO প্ল্যান অথবা একটি বিশেষ প্ল্যান (SNP) প্রয়োজন হতে পারে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যানগুলি Medicare পার্ট D (প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ) অফার করে। এই প্ল্যানগুলিকে প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ সহ Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যানও বলা হয়।

Medicare-দ্বারা কভার করা পরিষেবা – Medicare পার্ট A এবং পার্ট B দ্বারা কভার করা পরিষেবা। সমস্ত Medicare হেলথ প্লানকে অবশ্যই Medicare পার্ট A এবং B-এর মাধ্যমে আওতাভুক্ত সকল পরিষেবা আওতাভুক্ত করতে হবে। Medicare-আওতাভুক্ত এমন পরিষেবাগুলোর শর্তাবলীতে এইসব ক্ষেত্রে অতিরিক্ত সুবিধা অন্তর্ভুক্ত করা হয় না যেমন, ভিশন, ডেন্টাল বা শ্রবণ, যার জন্য Medicare Advantage প্ল্যান অফার করতে পারে।

Medicare হেলথ প্ল্যান – Medicare হেলথ প্ল্যান একটি প্রাইভেট কোম্পানির মাধ্যমে অফার করা হয় যেটি Medicare পার্ট A এবং পার্ট B সুবিধা প্রদান করার জন্য Medicare-এর সাথে চুক্তিবদ্ধ হয়ে যারা প্লানে নথিভুক্ত হয়েছেন। এই শর্তাবলীতে সকল Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যান, Medicare কস্ট প্ল্যান, স্পেশাল নিড প্ল্যান, ডেমনস্ট্রেশন/পাইলট প্রোগ্রাম, এবং বয়স্কদের জন্য সকল-ইনক্লুসিভ কেয়ারের প্রোগ্রাম (PACE) অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজ (Medicare পার্ট D) – বহিরাগত রোগীদের প্রেসক্রিপশন ড্রাগ, ভ্যাকসিন, জৈবিক, এবং Medicare পার্ট A বা পার্ট B এর অন্তর্ভুক্ত নয় এমন কিছু ব্যক্তিদের অর্থ প্রদানে সহায়তা করতে বীমা করা হয়।

Medigap (Medicare সাপ্লিমেন্ট ইন্স্যুরেন্স) পলিসি – Original Medicare-এ “শূন্যতা” পূরণে প্রাইভেট বীমা কোম্পানিগুলোর মাধ্যমে বিক্রি করা Medicare সাপ্লিমেন্ট বীমা করা হয়। Medigap নীতিগুলি কেবল Original Medicare-এর সাথে কাজ করে। (একটি Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যান Medigap-এর নীতি নয়।)

সদস্য (আমাদের প্লানের সদস্য, বা প্ল্যান সদস্য) – Medicare সহ কোনো ব্যক্তি যিনি কভার পরিষেবাগুলি পাওয়ার যোগ্য, যিনি আমাদের প্লানে তালিকাভুক্ত হয়েছেন এবং যার Medicare এবং Medicaid পরিষেবাগুলোর কেন্দ্র (CMS) কেন্দ্রের মাধ্যমে নিশ্চিত করা হয়েছে।

সদস্য পরিষেবা – আমাদের প্লানের মধ্যে একটি বিভাগ আপনার সদস্যতা, সুবিধা, অভিযোগ এবং আপিল সম্পর্কে আপনার প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য নির্দিষ্ট করা আছে।

নেটওয়ার্ক ফার্মেসি – একটি ফার্মেসি যা আমাদের প্লানের সাথে চুক্তিবদ্ধ যেখানে আমাদের প্লানের সদস্যরা তাদের প্রেসক্রিপশন ড্রাগ বিনিফিটগুলো পেতে পারে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, আপনার প্রেসক্রিপশনগুলি কেবল তখনই কভার করা হয় যখন সেগুলি আমাদের নেটওয়ার্ক ফার্মেসিগুলির কোনো একটিতে পূরণ করা হয়ে থাকে।

নেটওয়ার্ক প্রদানকারী – প্রোভাইডার ডাক্তার, অন্যান্য স্বাস্থ্য যন্ত্র পেশাদার, হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সুবিধাগুলির জন্য সাধারণ শব্দ যা স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা প্রদানের জন্য Medicare এবং স্টেটের মাধ্যমে লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা প্রত্যায়িত। **নেটওয়ার্কের প্রোভাইডাররা** আমাদের প্লানের সাথে

অধ্যায় 11 গুরুত্বপূর্ণ শব্দের সংজ্ঞা

আমাদের অর্থপ্রদানকে সম্পূর্ণরূপে অর্থপ্রদান হিসাবে গ্রহণ করতে এবং কিছু ক্ষেত্রে সমন্বয় করার পাশাপাশি আমাদের প্ল্যানের সদস্যদেরকে আওতাভুক্ত পরিষেবা প্রদানের জন্য একটি চুক্তি করেছে। নেটওয়ার্ক প্রদানকারীগণকে "প্ল্যান প্রদানকারী"ও বলা হয়।

সংগঠন নির্ধারণ – আইটেম বা পরিষেবাগুলো আওতাভুক্ত করা হয়েছে কি না বা আওতাভুক্ত আইটেম অথবা পরিষেবাগুলোর জন্য আপনাকে কত টাকা প্রদান করতে হবে সে সম্পর্কে আমাদের প্ল্যান একটি সিদ্ধান্ত গ্রহণ করে থাকে। এই নথিতে সংস্থার সিদ্ধান্তগুলিকে কভারেজ সিদ্ধান্ত বলা হয়।

মূল জৈবিক পণ্য – একটি জৈবিক পণ্য যা ফুড অ্যান্ড ড্রাগ অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (FDA) দ্বারা অনুমোদিত এবং একটি বায়োসিমিলার সংস্করণ তৈরি করা নির্মাতাদের তুলনা হিসাবে কাজ করে। এটি একটি রেফারেন্স পণ্যও বলা হয়।

Original Medicare (প্রথাগত Medicare বা ফি-ফর-সার্ভিস Medicare) – Original Medicare সরকারের মাধ্যমে দেওয়া হয় এবং Medicare Advantage প্ল্যান এবং প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্ল্যানের মতো কোনো বেসরকারী স্বাস্থ্য প্ল্যান নয়। Original Medicare-এর অধীনে, Medicare পরিষেবাগুলি কংগ্রেসের মাধ্যমে প্রতিষ্ঠিত যা ডাক্তার, হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের অর্থপ্রদানের মাধ্যমে কভার করা হয়। Medicare কতক নির্ধারিত আপনি যে কোনো ডাক্তার, হাসপাতাল বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে দেখাতে পারেন। আপনাকে অবশ্যই কর্তব্যযোগ্য অর্থ প্রদান করতে হবে। Medicare-অনুমোদিত পরিমাণের নিজ অংশ প্রদান করে এবং আপনি আপনার অংশ প্রদান করেন। Original Medicare-এর দুটি অংশ রয়েছে: পার্ট A (হাসপাতাল বীমা) এবং পার্ট B (মেডিকেল বীমা) এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সর্বত্র উপলভ্য।

নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসি – একটি ফার্মেসি যার সাথে আমাদের প্ল্যানের সদস্যদের আওতাভুক্ত ওষুধের সমন্বয় বা প্রদান করার জন্য আমাদের প্ল্যানের সাথে কোনো রকম চুক্তি নেই। নেটওয়ার্কের বাইরে ফার্মেসিগুলি থেকে আপনি যে ধরনের ড্রাগ পেয়ে থাকেন সেগুলি নির্দিষ্ট শর্ত প্রযোজ্য না হলে আমাদের প্ল্যানের আওতাধীন নয়।

নেটওয়ার্কের বাইরের প্রদানকারী বা নেটওয়ার্কের বাইরের কেন্দ্র – এমন একটি প্রোভাইডার বা সুবিধা যার মধ্যে আমাদের প্ল্যানের সদস্যদের সমন্বয় বা কভার করা পরিষেবা প্রদানের জন্য আমাদের প্ল্যানের সাথে কোনো চুক্তি নেই। আউট-অফ-নেটওয়ার্ক প্রদানকারী হল এমন প্রদানকারী যা আমাদের প্ল্যান দ্বারা নিযুক্ত, মালিকানাধীন বা পরিচালিত নয়।

নিজের খরচ – উপরোক্ত খরচ-শেয়ারিং-এর সংজ্ঞা দেখুন। প্রাপ্ত পরিষেবা বা ওষুধের একটি অংশের অর্থ প্রদানের জন্য কোনো সদস্যের ব্যয়-শেয়ার করে নেওয়ার প্রয়োজনীয়তাকেও সদস্যের পকেটের ব্যয়ের প্রয়োজনীয়তা হিসাবেও উল্লেখ করা হয়ে থাকে।

নিজের খরচের থ্রেশহোল্ড – পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি পকেট থেকে সর্বোচ্চ যে পরিমাণ অর্থপ্রদান করেন।

PACE প্ল্যান – একটি PACE (প্রোগ্রাম অফ অল-ইনক্লুসিভ কেয়ার ফর দ্য এন্ডারলি) প্ল্যানটি দুর্বল লোকদের জন্য চিকিৎসা, সামাজিক ও দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা এবং সহায়তা (LTSS) সংগঠিত করে যাতে লোকেরা যথাযথভাবে তাদের কমিউনিটির মধ্যে স্বাধীনভাবে বসবাস করতে পারে (নার্সিং হোমে যাওয়ার পরিবর্তে)। পেস প্ল্যানয় তালিকাভুক্ত ব্যক্তির প্ল্যানের মাধ্যমে তাদের Medicare এবং Medicaid উভয় সুবিধা পেয়ে থাকেন।

পার্ট C – Medicare Advantage (MA) প্ল্যানটি দেখুন।

পার্ট D – একটি স্বেচ্ছাসেবী Medicare প্রেসক্রিপশন ড্রাগ বেনিফিট প্রোগ্রাম।

পার্ট D ওষুধ – যে ওষুধগুলো পার্ট D অনুযায়ী কভার করা যেতে পারে। আমরা সকল পার্ট D ওষুধ অফার করতে পারি আবার নাও পারি। কংগ্রেসের মাধ্যমে পার্ট D কভারেজ থেকে নির্দিষ্ট বিভাগের ওষুধগুলি বর্জন করা হয়েছে। পার্ট D ওষুধের নির্দিষ্ট বিভাগগুলি অবশ্যই প্রতিটি প্ল্যানের আওতায় থাকতে হবে।

পার্ট D দেবিত্তে তালিকাভুক্তির জরিমানা – আপনি যদি বিশ্বাসযোগ্য কভারেজ ছাড়াই যান, তবে Medicare ওষুধের কভারেজের জন্য আপনার মাসিক প্রিমিয়ামে যুক্ত হওয়া একটি পরিমাণ (কভারেজটি গড়ে কমপক্ষে স্ট্যান্ডার্ড Medicare প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজের মতো অর্থ প্রদান করবে বলে আশা করা হচ্ছে) আপনি প্রথম পার্ট D প্লানে যোগদানের যোগ্য হওয়ার পরে 63 দিন বা তার বেশি সময় পর্যন্ত। আপনি যদি “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” হারান, তাহলে আপনি পার্ট D বা অন্যান্য বিশ্বাসযোগ্য প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ ছাড়া পরপর 63 দিন বা তার বেশি দিন থাকলে আপনাকে দেবিত্তে তালিকাভুক্তি জরিমানা করতে হতে পারে।

প্রিমিয়াম – Medicare, বীমা কোম্পানি, বা স্বাস্থ্য অথবা প্রেসক্রিপশনের ওষুধের কভারেজের জন্য স্বাস্থ্য যন্ত্র প্লানে পর্যায়ক্রমিক অর্থপ্রদান।

প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী (PCP) – বেশিরভাগ স্বাস্থ্য সমস্যার জন্য আপনি প্রথমে যে ডাক্তার বা অন্যান্য প্রোভাইডারকে দেখতে পান। অনেক Medicare স্বাস্থ্য প্লানে, অন্য কোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে দেখানোর আগে আপনাকে অবশ্যই আপনার প্রাথমিক যন্ত্র প্রদানকারীকে দেখাতে হবে।

পূর্ব অনুমোদন – পরিষেবা বা নির্দিষ্ট ওষুধ পেতে অগ্রিম অনুমোদন। পূর্বের অনুমোদন প্রয়োজন এমন কভার করা পরিষেবাগুলি অধ্যায় 4 এ মেডিকেল বেনিফিট চার্টে চিহ্নিত করা হয়েছে। পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হয় এমন আওতাভুক্ত ওষুধগুলোকে সূত্রে চিহ্নিত করা হয় এবং আমাদের মানদণ্ডগুলি আমাদের ওয়েবসাইটে পোস্ট করা হয়।

অধ্যায় 11 গুরুত্বপূর্ণ শব্দের সংজ্ঞা

প্রস্টেটিস এবং অর্থোটিস – চিকিৎসা ডিভাইসগুলি যার মধ্যে রয়েছে বাহু, পিঠ এবং ঘাড়ের বন্ধনী সহ কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়; কৃত্রিম অঙ্গ - প্রত্যঙ্গ; কৃত্রিম চোখ; অস্টেটিস সরবরাহ এবং এন্টেরাল ও প্যারেন্টেরাল পুষ্টি থেরাপি সহ শরীরের অভ্যন্তরীণ অংশ বা ফাংশন প্রতিস্থাপনের জন্য প্রয়োজনীয় ডিভাইস।

মান উন্নয়ন সংস্থা (QIO) – অনুশীলনকারী ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা বিশেষজ্ঞদের একটি গ্রুপ যা ফেডারেল সরকার দ্বারা Medicare রোগীদের প্রদত্ত সেবা পরীক্ষা এবং উন্নত সেবা দিতে অর্থ প্রদান করে থাকেন।

পরিমাণের সীমাবদ্ধতা – একটি ম্যানেজমেন্ট টুল যা গুণমান, নিরাপত্তা বা ব্যবহারের কারণে নির্বাচিত ওষুধের ব্যবহার সীমিত করার জন্য ডিজাইন করা হয়েছে। প্রেসক্রিপশন প্রতি বা একটি নির্দিষ্ট সময়ের জন্য আমরা যে ওষুধ কভার করে থাকি তার পরিমাণ সীমিত হতে পারে।

“রিমেল-টাইম বেনিফিট টুল” – একটি পোর্টাল বা কম্পিউটার অ্যাপ্লিকেশন যেখানে তালিকাভুক্তরা সম্পূর্ণ, সঠিক, সম্মোযোগ্য, চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত, তালিকাভুক্ত-নির্দিষ্ট সূত্র এবং সুবিধা সংক্রান্ত তথ্য জানতে পারেন। এর মধ্যে ব্যয় শেয়ারের পরিমাণ, বিকল্প সূত্রের ওষুধ যা প্রদত্ত ওষুধের মতো একই স্বাস্থ্যের অবস্থার জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে এবং কভারেজ বিধিনিষেধ (পূর্ব অনুমোদন, পদক্ষেপ থেরাপি, পরিমাণ সীমা) অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা বিকল্প ওষুধগুলোর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য।

পুনর্বাসন পরিষেবা – এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে শারীরিক থেরাপি, বক্তৃতা এবং ভাষা থেরাপি এবং পেশাগত থেরাপি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

পরিষেবা এলাকা – একটি ভৌগলিক অঞ্চল যেখানে আপনাকে অবশ্যই একটি নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য প্লানে যোগদানের জন্য বসবাস করতে হবে। আপনি কোন ডাক্তার এবং হাসপাতালগুলি ব্যবহার করতে পারেন তা সীমাবদ্ধ করে এমন প্ল্যানগুলির জন্য এটি সাধারণত সেই অঞ্চল যেখানে আপনি রুটিন (অ-জরুরি) পরিষেবাগুলি পেতে পারেন। আপনি যদি স্থায়ীভাবে প্ল্যানের পরিষেবা ক্ষেত্রের বাইরে চলে যান তবে প্ল্যানটি অবশ্যই আপনাকে তালিকাভুক্ত করতে হবে।

স্কিনড নার্সিং ফ্যাসিলিটি (SNF) কেয়ার – একটি দক্ষ নার্সিং কেন্দ্রের মধ্যে ক্রমাগত, দৈনিক ভিত্তিতে দক্ষ নার্সিং পরিচর্যা এবং পুনর্বাসন পরিষেবা প্রদান করা হয়। যন্ত্রের উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে যেমন শারীরিক থেরাপি বা শিরা ইনজেকশন যা কেবল নিবন্ধিত নার্স অথবা ডাক্তার মাধ্যমে দেওয়া যেতে পারে।

বিশেষ প্রয়োজন প্ল্যান – একটি বিশেষ ধরনের Medicare Advantage প্ল্যান যা নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর লোকদের জন্য আরও বেশি মনোযোগী স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করে, যেমন যাদের Medicare এবং Medicaid উভয়ই রয়েছে, যারা একটি নার্সিং হোমে থাকেন, বা যাদের নির্দিষ্ট দীর্ঘস্থায়ী চিকিৎসার অবস্থা রয়েছে।

স্টেপ থেরাপি – একটি ইউটিলাইজেশন টুল যা আপনার চিকিৎসক প্রাথমিকভাবে নির্ধারিত ওষুধটি প্রেসক্রাইব করার আগে আপনাকে প্রথমে আপনার চিকিৎসার অবস্থার উপর ভিত্তি করে অন্য একটি ওষুধ দেওয়ার চেষ্টা করতে পারে।

পরিষ্পূরক নিরাপত্তা আয় (SSI) – প্রতিবন্ধী, অন্ধ বা 65 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সের সীমিত আয় এবং সংস্থানযুক্ত ব্যক্তিদের সামাজিক সুরক্ষার মাধ্যমে একটি মাসিক সুবিধা প্রদান করা হয়। SSI সুবিধাগুলি সামাজিক সুরক্ষা বেনিফিটের মতো নয়।

জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা – একটি প্ল্যানের আওতাভুক্ত বা কভার করা পরিষেবা, যার জন্য আপৎকালীনভাবে না হলেও অবিলম্বে চিকিৎসা প্রয়োজন, তবে এক্ষেত্রে হয় আপনি প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার বাইরে সাময়িকভাবে রয়েছেন অথবা নির্দিষ্ট সময়, স্থান ও পরিস্থিতি বিবেচনা করে প্ল্যানের সাথে চুক্তিবদ্ধ এমন কোনো নেটওয়ার্কের সরবরাহকারীর থেকে সেই পরিষেবাটি নেওয়া আপনার জন্য অমৌক্তিক। জরুরী প্রয়োজনের পরিষেবার উদাহরণ হল অপ্রত্যাশিত শারীরিক অসুস্থতা এবং আঘাত, বা অনাকাঙ্ক্ষিতভাবে কোনো বিদ্যমান অবস্থার ছড়িয়ে যাওয়া। যাইহোক, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নিয়মমামফিক পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে সাফাং, যেমন বার্ষিক চেকআপ, জরুরী প্রয়োজনের ঘটনা বলে বিবেচিত হয় না, আপনি প্ল্যানের পরিষেবা এলাকার বাইরে বা সাময়িকভাবে প্ল্যানের নেটওয়ার্কের মধ্যে না থাকলেও।

Medicare ভাষা সহায়তা পরিষেবা



Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-671-0440. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-833-671-0440 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास नःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-833-671-0440 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक नःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-671-0440. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Bengali:

আমাদরে স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদরে কাছ বিনামূল্যে দো-ভাষীর পরষিবো রয়েছে। কোনও দো-ভাষী পতে, আমাদরে 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারনে এমন কটে আপনাকে সাহায্য করতে পারনে। এটি একটি বিনামূল্যের পরষিবো।

Yiddish:

מיר האבן פריי יבערזעצער בא דינונגס צו ענטפערן אלע פראגן וואס איר קען האבן וועגן אונדזער געזונט אדער מעדיצין פלאן. צו באקומען א יבערזעצער, נאר רופן אונדז אויף 1-833-671-0440. איינער וואס רעדט יידיש קען דיר העלפן. דאס איז א פריי סערוויס.

Urdu:

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Greek:

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιασδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνείας, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.







Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) মেম্বার সার্ভিস

পদ্ধতি	মেম্বার সার্ভিস – যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা। সদস্য পরিষেবাগুলিতে অ-ইংরেজি ভাষাভাষীদের জন্য বিনামূল্যে ভাষা দোভাষী পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা।
ফ্যাক্স	(310) 507-6186
লিখুন	New York-এর Senior Whole Health Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) (New York-এর SHIP) হল একটি একটি রাষ্ট্রীয় প্রোগ্রাম যা Medicare-এর সাথে যুক্ত থাকা ব্যক্তিদেরকে বিনামূল্যে স্থানীয় স্বাস্থ্য বীমা পরামর্শ দেওয়ার জন্য ফেডারেল সরকারের কাছ থেকে অর্থ পায়।

পদ্ধতি	যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(800) 701-0501 সোমবার – শুক্রবার, স্থানীয় সময় সকাল ৪:৩০টা থেকে বিকাল ৫:০০টা পর্যন্ত।
লিখুন	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
ওয়েবসাইট	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

PRA ডিসক্লোজার স্টেটমেন্ট 1995 সালের পেপারওয়ার্ক রিডাকশন আইন অনুসারে, কোনো ব্যক্তিকে কোনো বৈধ OMB কন্ট্রোল নম্বর প্রদর্শন না করা পর্যন্ত তথ্য সংগ্রহের প্রতিক্রিয়া জানাতে হবে না। তথ্য সংগ্রহের জন্য বৈধ OMB কন্ট্রোল নম্বর হল 0938-1051। এই ফর্মটি সংশোধন করার জন্য আপনার যদি মন্তব্য বা পরামর্শ থাকে তবে দয়া করে লিখুন: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland