

2025

Αποδεικτικό Κάλυψης

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

New York H5992-007

Ισχύει από 1 Ιανουαρίου έως 31 Δεκεμβρίου, 2025

1 Ιανουαρίου – 31 Δεκεμβρίου 2025

Αποδεικτικό Κάλυψης:

Οι παροχές και οι υπηρεσίες υγείας Medicare και η κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Αυτό το έγγραφο παρέχει λεπτομέρειες σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη Medicare και Medicaid, τη μακροχρόνια φροντίδα, τις υπηρεσίες στο σπίτι και την κοινότητα και την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων για το διάστημα 1 Ιανουαρίου – 31 Δεκεμβρίου 2025. **Πρόκειται για ένα σημαντικό νομικό έγγραφο. Φυλάξτε το σε ασφαλές μέρος.**

Για ερωτήσεις σχετικά με αυτό το έγγραφο, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440. (Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY θα πρέπει να καλέσουν στον αριθμό 711). Οι ώρες λειτουργίας είναι για την περίοδο 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 π.μ. – 8 μ.μ. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Για την περίοδο 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα – Παρασκευή, 8 π.μ. – 8 μ.μ. τοπική ώρα. Η κλήση αυτή είναι χωρίς χρέωση.

Αυτό το πρόγραμμα, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), προσφέρεται από την Senior Whole Health of New York, Inc. (Όταν αυτό το Αποδεικτικό Κάλυψης λέει "εμείς", "εμάς" ή "μας", σημαίνει Senior Whole Health of New York, Inc. Όταν αναφέρεται πρόγραμμα ή το δικό μας πρόγραμμα, αναφέρεται στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Το παρόν έγγραφο διατίθεται δωρεάν στα ισπανικά, κινεζικά, αραβικά, κορεατικά, ρωσικά, ιταλικά, γαλλικά, γαλλικά κρεολικά, γίντις, πολωνικά, ταγκαλόγκ, μπενγκάλι, αλβανικά, ελληνικά και ουρντού.

Μπορείτε να λάβετε αυτό το έγγραφο δωρεάν σε άλλες γλώσσες εκτός των αγγλικών ή άλλες μορφές, όπως μεγάλη γραμματοσειρά, μπράιγ ή σε ηχητική μορφή. Καλέστε στον αριθμό (833) 671-0440 (TTY: 711). Η κλήση είναι χωρίς χρέωση.

Οι παροχές ενδέχεται να αλλάξουν την 1η Ιανουαρίου 2026.

Η λίστα φαρμάκων (formulary), το δίκτυο φαρμακείων ή/και το δίκτυο παρόχων ενδέχεται να αλλάξουν ανά πάσα στιγμή. Θα λάβετε ειδοποίηση όταν είναι απαραίτητο. Θα ειδοποιήσουμε τους εγγεγραμμένους που επηρεάζονται σχετικά με τις αλλαγές τουλάχιστον 30 ημέρες νωρίτερα.

Το Molina Healthcare είναι ένα πρόγραμμα C-SNP, D-SNP και HMO με σύμβαση Medicare. Τα σχέδια D-SNP έχουν σύμβαση με το κρατικό πρόγραμμα Medicaid. Η εγγραφή εξαρτάται από την ανανέωση της σύμβασης.

Αυτό το έγγραφο εξηγεί τις παροχές και τα δικαιώματά σας. Χρησιμοποιήστε αυτό το έγγραφο για να κατανοήσετε τα εξής:

- Το ασφάλιστρο του προγράμματός σας και τον επιμερισμό του κόστους,
- Τις ιατρικές σας παροχές και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα,
- Πώς να υποβάλετε μια καταγγελία εάν δεν είστε ικανοποιημένοι με μια υπηρεσία ή θεραπεία,
- Πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας εάν χρειάζεστε περαιτέρω βοήθεια, και
- Άλλες προστασίες που απαιτούνται από το νόμο Medicare.

Πίνακας περιεχομένων**2025 Αποδεικτικό Κάλυψης****Πίνακας περιεχομένων**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	<i>Ξεκινώντας ως μέλος.....</i>	4
ΤΜΗΜΑ 1	Εισαγωγή	5
ΤΜΗΜΑ 2	Τι σας κάνει να πληροίτε τις προϋποθέσεις για να γίνετε μέλος του προγράμματος;	6
ΤΜΗΜΑ 3	Σημαντικό υλικό συμμετοχής που θα λάβετε	9
ΤΜΗΜΑ 4	Το μηνιαίο κόστος σας για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	10
ΤΜΗΜΑ 5	Περισσότερες πληροφορίες για το μηνιαίο ασφάλιστρο	13
ΤΜΗΜΑ 6	Ενημέρωση του αρχείου συνδρομής του προγράμματός σας	13
ΤΜΗΜΑ 7	Πώς λειτουργεί άλλη ασφάλιση με το πρόγραμμά μας	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:	<i>Σημαντικοί αριθμοί τηλεφώνου και πόροι.....</i>	16
ΤΜΗΜΑ 1	Επαφές Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου επικοινωνίας με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών)	17
ΤΜΗΜΑ 2	Medicare (πώς να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες απευθείας από το ομοσπονδιακό πρόγραμμα Medicare)	21
ΤΜΗΜΑ 3	Κρατικό Πρόγραμμα Βοήθειας Ασφάλισης Υγείας (δωρεάν βοήθεια, πληροφορίες και απαντήσεις στις ερωτήσεις σας σχετικά με το Medicare)	23
ΤΜΗΜΑ 4	Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας	23
ΤΜΗΜΑ 5	Κοινωνική ασφάλιση	24
ΤΜΗΜΑ 6	Medicaid	25
ΤΜΗΜΑ 7	Πληροφορίες σχετικά με προγράμματα που βοηθούν τους ανθρώπους να πληρώσουν για τα συνταγογραφούμενα φάρμακά τους	28
ΤΜΗΜΑ 8	Πώς να επικοινωνήσετε με το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων	29
ΤΜΗΜΑ 9	Έχετε ομαδική ασφάλιση ή άλλη ασφάλιση υγείας από εργοδότη;	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:	<i>Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας.....</i>	31
ΤΜΗΜΑ 1	Πράγματα που πρέπει να γνωρίζετε για να λάβετε την ιατρική σας περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες ως μέλος του προγράμματος μας	32
ΤΜΗΜΑ 2	Χρησιμοποιήστε παρόχους στο δίκτυο του προγράμματος για να λάβετε την ιατρική σας περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες	33
ΤΜΗΜΑ 3	Πώς να λάβετε υπηρεσίες όταν έχετε έκτακτη ή επείγουσα ανάγκη για φροντίδα ή κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής	37
ΤΜΗΜΑ 4	Τι γίνεται αν χρεώνεστε απευθείας για το πλήρες κόστος των υπηρεσιών σας;	39
ΤΜΗΜΑ 5	Πώς καλύπτονται οι ιατρικές σας υπηρεσίες όταν βρίσκεστε σε κλινική ερευνητική μελέτη;	40

Πίνακας περιεχομένων

ΤΜΗΜΑ 6	Κανόνες για τη λήψη φροντίδας σε θρησκευτικό μη ιατρικό ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης	41
ΤΜΗΜΑ 7	Κανόνες ιδιοκτησίας ανθεκτικού ιατρικού εξοπλισμού	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	<i>Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)</i>	44
ΤΜΗΜΑ 1	Κατανόηση των καλυπτόμενων υπηρεσιών	45
ΤΜΗΜΑ 2	Χρησιμοποιήστε τον <i>Πίνακα Ιατρικών Παροχών</i> για να μάθετε τι καλύπτεται	45
ΤΜΗΜΑ 3	Ποιες υπηρεσίες καλύπτονται εκτός του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP);	96
ΤΜΗΜΑ 4	Ποιες υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα;	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:	<i>Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ</i>	100
ΤΜΗΜΑ 1	Εισαγωγή	101
ΤΜΗΜΑ 2	Συμπλήρωσε τη συνταγή σου σε ένα φαρμακείο του δικτύου ή μέσω της υπηρεσίας ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματος	102
ΤΜΗΜΑ 3	Τα φάρμακά σας πρέπει να περιλαμβάνονται στον Κατάλογο φαρμάκων του προγράμματος	104
ΤΜΗΜΑ 4	Υπάρχουν περιορισμοί στην κάλυψη ορισμένων φαρμάκων	106
ΤΜΗΜΑ 5	Τι γίνεται αν ένα από τα φάρμακά σας δεν καλύπτεται με τον τρόπο που θα θέλατε να καλυφθεί;	107
ΤΜΗΜΑ 6	Τι γίνεται αν η κάλυψή σας αλλάξει για ένα από τα φάρμακά σας;	109
ΤΜΗΜΑ 7	Ποια είδη φαρμάκων δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα;	111
ΤΜΗΜΑ 8	Εκτέλεση συνταγής	112
ΤΜΗΜΑ 9	Κάλυψη φαρμάκων Μέρους Δ σε ειδικές καταστάσεις	113
ΤΜΗΜΑ 10	Προγράμματα για την ασφάλεια των φαρμάκων και τη διαχείριση φαρμάκων	114
ΤΜΗΜΑ 11	Σας στέλνουμε αναφορές που εξηγούν τις πληρωμές για τα φάρμακά σας και σε ποιο στάδιο πληρωμής βρίσκεστε	116
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:	<i>Αίτημα πληρωμής λογαριασμού που έχετε λάβει για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα</i>	119
ΤΜΗΜΑ 1	Περιπτώσεις στις οποίες θα πρέπει να μας ζητήσετε να πληρώσουμε για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες ή τα φάρμακά σας	120
ΤΜΗΜΑ 2	Πώς να μας ζητήσετε να σας επιστρέψουμε ή να πληρώσουμε έναν λογαριασμό που έχετε λάβει	122
ΤΜΗΜΑ 3	Θα εξετάσουμε το αίτημά σας για πληρωμή και θα πούμε ναι ή όχι	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:	<i>Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας</i>	124
ΤΜΗΜΑ 1	Το πρόγραμμά μας πρέπει να σέβεται τα δικαιώματα και τις πολιτιστικές ευαισθησίες σας ως μέλος του προγράμματος	125
ΤΜΗΜΑ 2	Έχετε κάποιες ευθύνες ως μέλος του προγράμματος	144

Πίνακας περιεχομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:	<i>Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)</i>	146
ΤΜΗΜΑ 1	Εισαγωγή	147
ΤΜΗΜΑ 2	Πού μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες και εξατομικευμένη βοήθεια	147
ΤΜΗΜΑ 3	Κατανόηση των καταγγελιών και των αιτημάτων επανεξέτασης Medicare και Medicaid στο πρόγραμμά μας	150
ΤΜΗΜΑ 4	Αποφάσεις κάλυψης και αιτήματα επανεξέτασης	150
ΤΜΗΜΑ 5	Ένας οδηγός για τα βασικά στοιχεία των αποφάσεων κάλυψης και των αιτημάτων επανεξέτασης	151
ΤΜΗΜΑ 6	Η ιατρική σας περίθαλψη: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης κατά απόφασης κάλυψης	154
ΤΜΗΜΑ 7	Τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας Μέρους Δ: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης	163
ΤΜΗΜΑ 8	Πώς να μας ζητήσετε να καλύψουμε μια μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο εάν νομίζετε ότι παίρνετε εξιτήριο πολύ νωρίς	171
ΤΜΗΜΑ 9	Πώς να μας ζητήσετε να συνεχίσουμε να καλύπτουμε ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες εάν πιστεύετε ότι η κάλυψή σας λήγει πολύ σύντομα	175
ΤΜΗΜΑ 10	Μεταφορά της έκκλησής σας στο επίπεδο 3 και μετά	179
ΤΜΗΜΑ 11	Πώς να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας, τους χρόνους αναμονής, την εξυπηρέτηση πελατών ή άλλες ανησυχίες	181
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:	<i>Τερματισμός της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα</i>	185
ΤΜΗΜΑ 1	Εισαγωγή στον τερματισμό της συμμετοχής σας στο πρόγραμμά μας	186
ΤΜΗΜΑ 2	Πότε μπορείτε να τερματίσετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας;	186
ΤΜΗΜΑ 3	Πώς τερματίζετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας;	189
ΤΜΗΜΑ 4	Μέχρι να λήξει η συμμετοχή σας, πρέπει να συνεχίσετε να λαμβάνετε τα ιατρικά είδη, τις υπηρεσίες και τα φάρμακά σας μέσω του προγράμματός μας	190
ΤΜΗΜΑ 5	Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να τερματίσει τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα σε ορισμένες περιπτώσεις	191
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10:	<i>Νομικές ειδοποιήσεις</i>	193
ΤΜΗΜΑ 1	Σημείωση σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο	194
ΤΜΗΜΑ 2	Ανακοίνωση σχετικά με την απαγόρευση των διακρίσεων	194
ΤΜΗΜΑ 3	Σημείωση σχετικά με τα δικαιώματα υποκατάστασης του δευτερεύοντος οφειλέτη Medicare	194
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11:	<i>Ορισμοί σημαντικών λέξεων</i>	195

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

Ξεκινώντας ως μέλος

ΤΜΗΜΑ 1 Εισαγωγή

Τμήμα 1.1	Είστε εγγεγραμμένοι στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), το οποίο είναι ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα πλεονεκτήματος Medicare (πρόγραμμα Ειδικών Αναγκών)
------------------	--

Καλύπτεστε τόσο από το Medicare όσο και από το Medicaid:

- **To Medicare** είναι το ομοσπονδιακό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, μερικά άτομα κάτω των 65 ετών με ορισμένες αναπηρίες και άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (νεφρική ανεπάρκεια).
- **To Medicaid** είναι ένα κοινό πρόγραμμα ομοσπονδιακής και κρατικής κυβέρνησης που βοηθά με ιατρικά έξοδα για ορισμένα άτομα με περιορισμένα εισοδήματα και πόρους. Η κάλυψη Medicaid ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση και τον τύπο του Medicaid που έχετε. Μερικοί άνθρωποι με Medicaid λαμβάνουν βοήθεια για την πληρωμή των ασφαλιστρών Medicare και άλλων εξόδων. Άλλα άτομα λαμβάνουν επίσης κάλυψη για πρόσθετες υπηρεσίες και φάρμακα που δεν καλύπτονται από το Medicare.

Έχετε επιλέξει να λάβετε την υγειονομική περίθαλψη Medicare και Medicaid και την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέσω του προγράμματός μας, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Είμαστε υποχρεωμένοι να καλύπτουμε όλες τις υπηρεσίες του Μέρους Α και του Μέρους Β. Ωστόσο, ο επιμερισμός του κόστους και η πρόσβαση του παρόχου σε αυτό το πρόγραμμα διαφέρουν από το Original Medicare.

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) είναι ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα πλεονεκτήματος Medicare (ένα πρόγραμμα ειδικών αναγκών Medicare), πράγμα που σημαίνει ότι οι παροχές του έχουν σχεδιαστεί για άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) έχει σχεδιαστεί για άτομα που έχουν Medicare και τα οποία δικαιούνται επίσης βοήθεια από το Medicaid.

Επειδή λαμβάνετε βοήθεια από το Medicaid με τον επιμερισμό του κόστους Medicare Μέρους Α και Β (εκπτώσεις, συμπληρώμες και συνασφάλιση), ενδέχεται να μην πληρώσετε τίποτα για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης Medicare. Το Medicaid παρέχει επίσης άλλες παροχές σε εσάς καλύπτοντας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως η μακροχρόνια περίθαλψη κατ' οίκον και οι κοινοτικές υπηρεσίες που συνήθως δεν καλύπτονται από το Medicare. Θα λάβετε επίσης «Επιπλέον βοήθεια» από την Medicare για να πληρώσετε για το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα σας βοηθήσει να διαχειριστείτε όλες αυτές τις παροχές για εσάς, ώστε να λάβετε τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τη βοήθεια πληρωμής που δικαιούστε.

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) διοικείται από ιδιωτική εταιρεία. Όπως όλα τα προγράμματα πλεονεκτήματος Medicare, αυτό το πρόγραμμα ειδικών αναγκών Medicare εγκρίνεται από το Medicare. Το πρόγραμμα έχει επίσης σύμβαση με το πρόγραμμα Medicaid της Νέας Υόρκης για το συντονισμό των παροχών Medicaid. Είμαστε στην ευχάριστη θέση να παρέχουμε την κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης Medicare και Medicaid, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Κάλυψη από αυτό το πρόγραμμα πληροί τις προϋποθέσεις Qualifying Health Coverage (QHC) και πληροί την απαίτηση ατομικής κοινής ευθύνης (ελάχιστη βασική κάλυψη) βάσει του Νόμου περί Προστασίας Ασθενών και Προσιτής Περίθαλψης (ACA). Επισκεφθείτε τον ιστότοπο της Υπηρεσίας Εσωτερικών Εσόδων (IRS) στη διεύθυνση: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families για περισσότερες πληροφορίες.

Τμήμα 1.2 Τι αφορά το έγγραφο Αποδεικτικό Κάλυψης;

Αυτό το έγγραφο *Αποδεικτικό Κάλυψης* σας λέει πώς να λάβετε την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη Medicare και Medicaid, τη μακροχρόνια φροντίδα και τις υπηρεσίες στο σπίτι και την κοινότητα και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Εξηγεί τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σας, τι καλύπτεται, τι πληρώνετε ως μέλος του προγράμματος και πώς να υποβάλετε καταγγελία εάν δεν είστε ικανοποιημένοι με μια απόφαση ή θεραπεία.

Οι όροι *κάλυψη* και *καλυπτόμενες υπηρεσίες* αναφέρονται στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και υπηρεσίες στο σπίτι και στην κοινότητα και στα συνταγογραφούμενα φάρμακα που έχετε στη διάθεσή σας ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Είναι σημαντικό να μάθετε ποιοι είναι οι κανόνες του προγράμματος και ποιες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες σε εσάς. Σας ενθαρρύνουμε να αφιερώσετε λίγο χρόνο για να διαβάσετε αυτό το έγγραφο *Αποδεικτικό Κάλυψης*.

Εάν έχετε μπερδευτεί, ανησυχείτε ή απλά έχετε κάποια απορία, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Τμήμα 1.3 Νομικές πληροφορίες σχετικά με το Αποδεικτικό Κάλυψης

Το παρόν *Αποδεικτικό Κάλυψης* αποτελεί μέρος της σύμβασής μας μαζί σας σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) καλύπτει τη φροντίδα σας. Άλλα μέρη αυτής της σύμβασης περιλαμβάνουν το έντυπο εγγραφής σας, τη Λίστα Καλυπτόμενων Φαρμάκων (Formulary) και τυχόν ειδοποιήσεις που λαμβάνετε από εμάς σχετικά με αλλαγές στην κάλυψή σας ή συνθήκες που επηρεάζουν την κάλυψή σας. Αυτές οι ανακοινώσεις ονομάζονται μερικές φορές ένθετα ή τροποποιήσεις.

Η σύμβαση ισχύει για μήνες κατά τους οποίους είστε εγγεγραμμένοι στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) μεταξύ 1 Ιανουαρίου και 31 Δεκεμβρίου, 2025.

Κάθε ημερολογιακό έτος, η Medicare μας επιτρέπει να κάνουμε αλλαγές στα προγράμματα που προσφέρουμε. Αυτό σημαίνει ότι μπορούμε να αλλάξουμε το κόστος και τις παροχές του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) μετά τις 31 Δεκεμβρίου, 2025. Μπορούμε επίσης να επιλέξουμε να σταματήσουμε να προσφέρουμε το πρόγραμμα στην περιοχή εξυπηρέτησής σας ή να το προσφέρουμε σε διαφορετική περιοχή εξυπηρέτησης, μετά τις 31 Δεκεμβρίου, 2025.

Το Medicare (τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid) πρέπει να εγκρίνει το Senior Whole Health of New York NHC (HMO: D-SNP) κάθε χρόνο. Μπορείτε να συνεχίσετε κάθε χρόνο για να λάβετε κάλυψη Medicare ως μέλος του προγράμματος μας, εφόσον επιλέξουμε να συνεχίσουμε να προσφέρουμε το πρόγραμμα και η Medicare ανανεώνει την έγκρισή της για το πρόγραμμα.

ΤΜΗΜΑ 2 Τι σας κάνει να πληροίτε τις προϋποθέσεις για να γίνετε μέλος του προγράμματος;**Τμήμα 2.1 Οι απαιτήσεις επιλεξιμότητάς σας**

Δικαιούστε να γίνετε μέλος του προγράμματός μας εφόσον:

- Έχετε τόσο το Medicare Μέρος Α όσο και το Medicare Μέρος Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ξεκινώντας ως μέλος

- -- και -- Ζείτε στη γεωγραφική περιοχή εξυπηρέτησής μας (η ενότητα 2.3 παρακάτω περιγράφει την περιοχή εξυπηρέτησής μας). Φυλακισμένοι δεν θεωρούνται ότι ζουν στη γεωγραφική περιοχή υπηρεσίας, ακόμη και αν βρίσκονται σε αυτήν.
- -- και -- είστε πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών ή βρίσκεστε νόμιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες
- -- και -- Πληρείτε τις ειδικές απαιτήσεις επιλεξιμότητας που περιγράφονται παρακάτω.

Ειδικές απαιτήσεις επιλεξιμότητας για το πρόγραμμά μας

Το πρόγραμμά μας έχει σχεδιαστεί για να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων που λαμβάνουν ορισμένες παροχές Medicaid. (Το Medicaid είναι ένα κοινό πρόγραμμα ομοσπονδιακής και πολιτειακής κυβέρνησης που βοηθά με ιατρικά έξοδα για ορισμένα άτομα με περιορισμένα εισοδήματα και πόρους.) Για να είστε επιλέξιμοι για το πρόγραμμά μας, πρέπει να δικαιούστε τις παροχές Medicare και τις πλήρεις παροχές Medicaid.

Σημείωση: Εάν χάσετε την επιλεξιμότητά σας, αλλά μπορεί εύλογα να αναμένεται να ανακτήσετε την επιλεξιμότητα εντός 6 μηνών, τότε εξακολουθείτε να πληρείτε τις προϋποθέσεις για να γίνετε μέλος στο πρόγραμμά μας (το Κεφάλαιο 4, Ενότητα 2.1 σας ενημερώνει για την κάλυψη και τον επιμερισμό του κόστους κατά τη διάρκεια μιας περιόδου θεωρούμενης συνεχιζόμενης επιλεξιμότητας).

Πρόσθετες απαιτήσεις επιλεξιμότητας για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Εκτός από τις παραπάνω απαιτήσεις, το πρόγραμμα Senior Whole Health of New York NHC είναι ένα εθελοντικό πρόγραμμα σχεδιασμένο ειδικά για άτομα που έχουν Medicare και Medicaid και χρειάζονται συντονισμένες ιατρικές υπηρεσίες για να ζήσουν με ασφάλεια στα σπίτια και τις κοινότητές τους. Ισχύουν τα ιατρικά προσόντα και οι κανόνες έγκρισης.

Δικαιούστε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα Senior Whole health of New York NHC εάν καλύπτεστε τόσο από το Medicare όσο και από το Medicaid και είστε:

1. Ιατρικά επιλέξιμοι για επίπεδο φροντίδας στο γηροκομείο, από τη στιγμή της εγγραφής.
2. Ικανός κατά τη στιγμή της εγγραφής ή της επιστροφής ή της παραμονής στο σπίτι και την κοινότητά σας χωρίς κίνδυνο για την υγεία και την ασφάλειά σας.
3. Αξιολογήθηκε ότι απαιτείται τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας σε επίπεδο κοινότητας και διαχείριση φροντίδας για περισσότερες από 120 ημέρες από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της εγγραφής:
 - a. Νοσηλευτικές υπηρεσίες στο σπίτι
 - b. Θεραπείες στο σπίτι
 - c. Υπηρεσίες Health Aide στο σπίτι
 - d. Υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας στο σπίτι
 - e. Ημερήσια υγειονομική περίθαλψη ενηλίκων
 - f. Αποκλειστικό νοσηλευτή
 - g. Υπηρεσίες προσωπικής βοήθειας που απευθύνονται στον καταναλωτή, και
4. Καθορίζεται από το γραφείο Medicaid της Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού της Νέας Υόρκης (HRA) ή το Τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών (LDSS) για να είναι επιλέξιμο για παροχές στο πλαίσιο του προγράμματος Medicaid.

Τμήμα 2.2 Τι είναι το Medicaid;

Το Medicaid είναι ένα κοινό πρόγραμμα ομοσπονδιακής και κρατικής κυβέρνησης που βοηθά με το κόστος ιατρικής και μακροχρόνιας περίθαλψης για ορισμένους ανθρώπους που έχουν περιορισμένα εισοδήματα και πόρους. Κάθε πολιτεία αποφασίζει τι μετράει ως εισόδημα και πόροι, ποιος είναι επιλέξιμος, ποιες υπηρεσίες καλύπτονται και το κόστος των υπηρεσιών. Οι πολιτείες μπορούν επίσης να αποφασίσουν πώς να εκτελέσουν το πρόγραμμά τους, αρκεί να ακολουθούν τις ομοσπονδιακές οδηγίες.

Επιπλέον, υπάρχουν προγράμματα που προσφέρονται μέσω του Medicaid που βοηθούν τα άτομα με Medicare να πληρώσουν το κόστος Medicare, όπως τα ασφάλιστρα Medicare. Αυτά τα «Προγράμματα Εξοικονόμησης Medicare» βοηθούν άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους να εξοικονομούν χρήματα κάθε χρόνο:

- **Πλήρης Παροχή Διπλή Επιλεξιμότητα (FBDE):** Ένα άτομο που δικαιούται Medicare, δεν πληροί τα κριτήρια εισοδήματος ή πόρων για QMB + ή SLMB +, αλλά είναι επιλέξιμο για πλήρη κάλυψη Medicaid είτε βάσει κατηγορίας είτε μέσω προαιρετικών ομάδων κάλυψης με βάση την κατάσταση ιατρικής ανάγκης, ειδικά επίπεδα εισοδήματος για θεσμοθετημένα άτομα ή απαλλαγές από το σπίτι και την κοινότητα.
- **Εγκεκριμένος δικαιούχος Medicare (QMB+):** Βοηθά στην πληρωμή ασφαλιστρών Medicare Μέρους Α και Μέρους Β και άλλων επιμερισμών κόστους (όπως εκπιπτόμενο ποσό, συνασφάλιση και συμπληρωμή). Αυτά τα άτομα είναι επίσης επιλέξιμα για πλήρεις παροχές Medicaid.

Τμήμα 2.3 Εδώ είναι η περιοχή εξυπηρέτησης προγράμματος για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) είναι διαθέσιμο μόνο για άτομα που ζουν εντός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματός μας. Για να παραμείνετε μέλος του προγράμματος μας, πρέπει να συνεχίσετε να διαμένετε στην περιοχή εξυπηρέτησης του προγράμματος. Η περιοχή εξυπηρέτησης περιγράφεται παρακάτω.

Η περιοχή εξυπηρέτησής μας περιλαμβάνει αυτές τις κομητείες στην New York: Κομητείες Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland και Westchester.

Εάν σχεδιάζετε να μετακομίσετε σε νέα πολιτεία, θα πρέπει επίσης να επικοινωνήσετε με το γραφείο Medicaid της δικής σας πολιτείας και να ρωτήσετε πώς αυτή η κίνηση θα επηρεάσει τις παροχές σας από το Medicaid. Οι αριθμοί τηλεφώνου για το υπάρχουν βρίσκονται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6 του παρόντος εγγράφου.

Εάν σκοπεύετε να μετακομίσετε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης, δεν μπορείτε να παραμείνετε μέλος αυτού του προγράμματος. Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για να δείτε αν έχουμε κάποιο πρόγραμμα στη νέα περιοχή κατοικίας σας. Αφού μετακομίσετε, θα έχετε μια ειδική περίοδο εγγραφής που θα σας επιτρέψει να μεταβείτε στο Original Medicare ή να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης Medicare που είναι διαθέσιμο στη νέα σας τοποθεσία.

Είναι επίσης σημαντικό να καλέσετε τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης εάν μετακομίσετε ή αλλάξετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση. Μπορείτε να βρείτε αριθμούς τηλεφώνου και στοιχεία επικοινωνίας για τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 5.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ξεκινώντας ως μέλος**Τμήμα 2.4 Πολίτης των ΗΠΑ ή νόμιμη παρουσία**

Ένα μέλος ενός προγράμματος υγείας Medicare πρέπει να είναι πολίτης των ΗΠΑ ή να βρίσκεται νόμιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η Medicare (τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid) θα ειδοποιήσει το Senior Whole Health of New York NHC (HMO: D-SNP) εάν δεν δικαιούστε να παραμείνετε μέλος σε αυτή τη βάση. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να σας διαγράψει εάν δεν πληροίτε αυτήν την απαίτηση.

ΤΜΗΜΑ 3 Σημαντικό υλικό συμμετοχής που θα λάβετε**Τμήμα 3.1 Η κάρτα μέλους σας στο πρόγραμμα**

Όσο είστε μέλος του προγράμματός μας, πρέπει να χρησιμοποιείτε την κάρτα μέλους σου κάθε φορά που λαμβάνετε υπηρεσίες που καλύπτονται από αυτό το πρόγραμμα και για συνταγογραφούμενα φάρμακα που παίρνετε από φαρμακεία του δικτύου. Θα πρέπει επίσης να δείξετε στον πάροχο την κάρτα Medicaid. Ακολουθεί ένα δείγμα κάρτας μέλους που θα μοιάζει με τη δική σας:

 Senior Whole Health BY MOLINA HEALTHCARE LOB Member: Your Name Member #: MemID PCP: PCPNAM PCP Tel: xxx-xxx-xxxx RxBIN: RxBIN RxPCN: RXPCN RxGRP: RXGROUP RxID: MemID MedicareRx Prescription Drug Coverage ContNum Issued Date: ISSUDAT Website	Member Services: xxx-xxx-xxxx 24-Hour Nurse Advice Line in English: xxx-xxx-xxxx or TTY: 711 24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: xxx-xxx-xxxx Providers/Hospitals: For prior authorization, eligibility and general information, please call Member Services (see above). Submit Claims To: Medical/Hospital: PO Box 22811, Long Beach, CA 90801 Please call Member Services (see above). Pharmacy: 7050 Union Park Center, Suite 200, Midvale, UT 84047 Please call Member Services (see above). Website
--	---

ΜΗ χρησιμοποιείτε την κόκκινη, λευκή και μπλε κάρτα Medicare για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ενώ είστε μέλος αυτού του προγράμματος. Εάν χρησιμοποιείτε την κάρτα Medicare αντί για την κάρτα μέλους Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ίσως χρειαστεί να πληρώσετε μόνοι σας το πλήρες κόστος των ιατρικών υπηρεσιών. Φυλάξτε την κάρτα Medicare σε ασφαλές μέρος. Μπορεί να σας ζητηθεί να τη δείξετε εάν χρειάζεστε νοσοκομειακές υπηρεσίες, υπηρεσίες ανακουφιστικής περίθαλψης ή συμμετέχετε σε εγκεκριμένες από την Medicare κλινικές ερευνητικές μελέτες που ονομάζονται επίσης κλινικές δοκιμές.

Εάν η κάρτα μέλους του προγράμματός σας καταστραφεί, χαθεί ή κλαπεί, καλέστε αμέσως το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών και θα σας στείλουμε μια νέα κάρτα.

Τμήμα 3.2 Κατάλογος Παρόχων/Φαρμακείων

Ο *Κατάλογος Παρόχων/Φαρμακείων* SWHNY.com απαριθμεί τους τρέχοντες παρόχους δικτύου μας και τους προμηθευτές μόνιμου ιατρικού εξοπλισμού.

Οι πάροχοι δικτύου είναι οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας, ιατρικές ομάδες, προμηθευτές μόνιμου ιατρικού εξοπλισμού, νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν συμφωνήσει μαζί μας να αποδεχτούν την πληρωμή μας και οποιονδήποτε επιμερισμό κόστους προγράμματος ως εξόφληση.

Τα φαρμακεία του δικτύου είναι όλα τα φαρμακεία που έχουν συμφωνήσει να εκτελούν καλυπτόμενες συνταγές για τα μέλη του προγράμματος μας. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τον *Κατάλογο παρόχων/φαρμακείων* για να βρείτε το φαρμακείο δικτύου που θέλετε να χρησιμοποιήσετε. Βλέπε Κεφάλαιο 5, Ενότητα 2.5 για πληροφορίες σχετικά με το πότε μπορείτε να χρησιμοποιείτε φαρμακεία που δεν ανήκουν στο δίκτυο του προγράμματος.

Πρέπει να χρησιμοποιήσετε παρόχους δικτύου για να λάβετε την ιατρική περίθαλψη και τις υπηρεσίες σας. Εάν πάτε αλλού χωρίς την κατάλληλη εξουσιοδότηση, θα πρέπει να πληρώσετε πλήρως. Οι μόνες εξαιρέσεις είναι οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, οι υπηρεσίες που απαιτούνται επείγοντως όταν το δίκτυο δεν είναι διαθέσιμο (δηλαδή, σε καταστάσεις όπου είναι παράλογο ή δεν είναι δυνατή η λήψη υπηρεσιών εντός δικτύου), οι υπηρεσίες αιμοκάθαρσης εκτός περιοχής και οι περιπτώσεις στις οποίες το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) επιτρέπει τη χρήση παρόχων εκτός δικτύου.

Ο πιο πρόσφατος κατάλογος παρόχων, φαρμακείων και προμηθευτών είναι διαθέσιμος στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση SWHNY.com.

Εάν δεν έχετε αντίγραφο του *Καταλόγου παρόχων/φαρμακείων*, μπορείτε να ζητήσετε αντίγραφο (ηλεκτρονικά ή σε έντυπη μορφή) από το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Οι αιτήσεις για έντυπους καταλόγους παρόχων θα σας αποσταλούν ταχυδρομικά εντός τριών εργάσιμων ημερών.

Τμήμα 3.3 Η λίστα Καλυπτόμενων Φαρμάκων (Formulary) του προγράμματος

Το πρόγραμμα διαθέτει έναν *Κατάλογο καλυπτόμενων φαρμάκων (συνταγολόγιο)*. Το ονομάζουμε για συντομία Κατάλογο φαρμάκων. Ενημερώνει ποια συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ καλύπτονται από τις παροχές του Μέρους Δ που περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Τα φάρμακα στον κατάλογο αυτόν έχουν επιλεγεί από το πρόγραμμα με τη βοήθεια ομάδας ιατρών και φαρμακοποιών. Ο κατάλογος πρέπει να πληροί τις απαιτήσεις που ορίζονται από το Medicare. Το Medicare έχει εγκρίνει τον Κατάλογο φαρμάκων του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Ο Κατάλογος φαρμάκων σας ενημερώνει επίσης εάν υπάρχουν κανόνες που περιορίζουν την κάλυψη για τα δικά σας φάρμακα.

Θα σας παράσχουμε ένα αντίγραφο του Καταλόγου φαρμάκων Για να λάβετε τις πληρέστερες και πιο πρόσφατες πληροφορίες σχετικά με τα φάρμακα που καλύπτονται, μπορείτε να επισκεφθείτε τον ιστότοπο του προγράμματος (SWHNY.com) ή να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

ΤΜΗΜΑ 4 Το μηνιαίο κόστος σας για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Το κόστος σας μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- Πρόγραμμα Premium (Ενότητα 4.1)
- Μηνιαίο ασφάλιστρο Medicare Μέρους Β (Ενότητα 4.2)
- Μέρος Δ Ποινή καθυστερημένης εγγραφής (Ενότητα 4.4)
- Μηνιαίο προσαρμοσμένο ποσό που συνδέεται με το εισόδημα (ενότητα 4.5)

Τμήμα 4.1 Ασφαλιστικό κόστος προγράμματος

Δεν πληρώνετε ξεχωριστό μηνιαίο ασφάλιστρο προγράμματος για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Τμήμα 4.2 Μηνιαίο κόστος ασφάλισης Medicare Μέρους B**Πολλά μέλη υποχρεούνται να πληρώνουν άλλα ασφάλιστρα Medicare**

Ορισμένα μέλη υποχρεούνται να πληρώνουν άλλα ασφάλιστρα Medicare Όπως επεξηγείται στην Ενότητα 2 παραπάνω, προκειμένου να δικαιούστε το πρόγραμμά μας, πρέπει να εξακολουθήσετε να δικαιούστε το Medicaid, καθώς και να έχετε τόσο το Medicare Μέρους A όσο και το Medicare Μέρους B. Για τα περισσότερα μέλη του προγράμματος Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), το Medicaid πληρώνει για το ασφάλιστρο του Μέρους A σας (εάν δεν πληρώτε τις προϋποθέσεις για αυτό) και για το ασφάλιστρο του Μέρους B σας.

Εάν το Medicaid δεν πληρώνει τα ασφάλιστρα του Medicare για εσάς, πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε τα ασφάλιστρα του Medicare για να παραμείνετε μέλος του προγράμματος. Αυτό περιλαμβάνει το ασφάλιστρο για το Μέρος B. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ένα ασφάλιστρο για το Μέρος A, το οποίο επηρεάζει τα μέλη που δεν δικαιούνται δωρεάν Μέρος A.

Τμήμα 4.3 Ποινή καθυστερημένης εγγραφής Μέρους Δ

Επειδή πληρώτε τις διπλές προϋποθέσεις, το LEP δεν ισχύει για εσάς, εφόσον διατηρείτε το καθεστώς διπλής επιλεξιμότητας, αλλά εάν χάσετε τη διπλή επιλεξιμότητα, ενδέχεται να επιβαρυνθείτε με LEP. Η ποινή καθυστερημένης εγγραφής Μέρους Δ είναι ένα πρόσθετο ασφάλιστρο που πρέπει να καταβληθεί για την κάλυψη του Μέρους Δ εάν οποιαδήποτε στιγμή μετά τη λήξη της αρχικής περιόδου εγγραφής σας, υπάρχει μια περίοδος τουλάχιστον 63 συνεχόμενων ημερών κατά την οποία δεν είχατε κάλυψη Μέρους Δ ή άλλη αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Η αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι κάλυψη που πληροί τα ελάχιστα πρότυπα του Medicare, καθώς αναμένεται να πληρώσει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον όσο η συνήθης κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων του Medicare. Το κόστος της ποινής καθυστερημένης εγγραφής εξαρτάται από το πόσο καιρό περάσατε χωρίς το Μέρος Δ ή άλλη αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Θα πρέπει να πληρώσετε αυτό το πρόστιμο για όσο διάστημα έχετε κάλυψη Μέρους Δ.

Δεν θα χρειαστεί να το πληρώσετε εάν:

- Λαμβάνετε «Επιπλέον βοήθεια» από το Medicare για να πληρώσετε για τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας.
- Έχετε περάσει λιγότερες από 63 συνεχόμενες ημέρες χωρίς αξιόπιστη κάλυψη.
- Είχατε αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων μέσω άλλης πηγής, όπως πρώην εργοδότης, συνδικαλιστική ένωση, TRICARE ή Υπηρεσία Υγείας των Βετεράνων (VA). Ο ασφαλιστής σας ή το τμήμα ανθρώπινου δυναμικού σας θα σας ενημερώνει κάθε χρόνο εάν η κάλυψη φαρμάκων σας είναι αξιόπιστη κάλυψη. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να σας σταλούν σε επιστολή ή να συμπεριληφθούν σε ενημερωτικό δελτίο από το πρόγραμμα. Κρατήστε αυτές τις πληροφορίες, επειδή μπορεί να τις χρειαστείτε εάν εγγραφείτε αργότερα σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.
 - **Σημείωση:** Οποιαδήποτε ειδοποίηση πρέπει να αναφέρει ότι είχατε αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων που αναμένεται να πληρώσει όσο πληρώνει το τυπικό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων της Medicare.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ξεκινώντας ως μέλος

- **Σημείωση:** Τα ακόλουθα δεν είναι αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων: κάρτες έκπτωσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων, δωρεάν κλινικές και ιστότοποι έκπτωσης φαρμάκων.

Η Medicare καθορίζει το ποσό της ποινής. Παρακάτω εξηγούμε πως λειτουργεί:

- Πρώτον, μετρήστε τον αριθμό των πλήρων μηνών που καθυστερήσατε να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων Medicare, ενώ δικαιούστε να εγγραφείτε. Ή μετρήστε τον αριθμό των πλήρων μηνών που δεν είχατε αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, εάν η διακοπή της κάλυψης ήταν τουλάχιστον 63 ημέρες. Η ποινή είναι 1% για κάθε μήνα που δεν είχατε αξιόπιστη κάλυψη. Για παράδειγμα, εάν περάσετε 14 μήνες χωρίς κάλυψη, η ποινή θα είναι 14%.
- Στη συνέχεια, η Medicare καθορίζει το ποσό του μέσου μηνιαίου ασφαλιστρού για τα προγράμματα φαρμάκων Medicare σε όλη τη χώρα από το προηγούμενο έτος. Για το 2025, αυτό το μέσο ποσό ασφαλιστρού είναι 36,78 \$.
- Για να υπολογίσετε τη μηνιαία πρόστιμό σας, πολλαπλασιάζετε το ποσοστό προστίμου και το μέσο μηνιαίο ασφαλιστρού και στη συνέχεια το στρογγυλοποιείτε στα πλησιέστερα 10 λεπτά. Στο παράδειγμα εδώ, θα ήταν 14% επί 36,78 \$, που ισούται με 5,15 \$. Αυτό στρογγυλοποιείται στα 5,20 \$. Αυτό το ποσό θα προστεθεί στο μηνιαίο ασφάλιστρο για κάποιον με πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ.

Υπάρχουν τρία σημαντικά πράγματα που πρέπει να σημειώσετε σχετικά με αυτό το μηνιαίο πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ:

- Πρώτον, **το πρόστιμο μπορεί να αλλάζει κάθε χρόνο**, επειδή το μέσο μηνιαίο ασφάλιστρο μπορεί να αλλάζει κάθε χρόνο.
- Δεύτερον, **θα συνεχίσετε να πληρώνετε πρόστιμο** κάθε μήνα για όσο διάστημα είστε εγγεγραμμένοι σε ένα πρόγραμμα που έχει παροχές φαρμάκων Medicare Μέρους Δ, ακόμα κι αν αλλάξετε προγράμματα.
- Τρίτον, εάν είστε κάτω των 65 ετών και λαμβάνετε επί του παρόντος παροχές Medicare, το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ θα μηδενιστεί όταν γίνετε 65 ετών. Μετά την ηλικία των 65 ετών, το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ θα βασίζεται μόνο στους μήνες που δεν έχετε κάλυψη μετά την αρχική περίοδο εγγραφής σας για γήρανση στο Medicare.

Εάν διαφωνείτε σχετικά με το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ, εσείς ή ο εκπρόσωπός σας μπορείτε να ζητήσετε έλεγχο. Γενικά, πρέπει να ζητήσετε αυτήν την αναθεώρηση εντός **60 ημερών** από την ημερομηνία της πρώτης επιστολής που λαμβάνετε δηλώνοντας ότι πρέπει να πληρώσετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής. Ωστόσο, εάν πληρώνετε πρόστιμο πριν εγγραφείτε στο πρόγραμμά μας, ενδέχεται να μην έχετε άλλη ευκαιρία να ζητήσετε επανεξέταση αυτού του προστίμου καθυστερημένης εγγραφής.

Τμήμα 4.4	Μηνιαίο ποσό προσαρμογής σχετιζόμενο με εισόδημα
------------------	---

Ορισμένα μέλη ενδέχεται να χρειαστεί να πληρώσουν μια επιπλέον χρέωση, γνωστή ως Ποσό Μηνιαίας Εισοδηματικής Προσαρμογής Μέρους Δ, γνωστή επίσης και ως IRMAA. Η επιπλέον χρέωση υπολογίζεται χρησιμοποιώντας το τροποποιημένο προσαρμοσμένο ακαθάριστο εισόδημά σας, όπως αναφέρεται στη φορολογική δήλωση που είχατε υποβάλει στο IRS πριν από δύο χρόνια. Εάν αυτό το ποσό υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο ποσό, θα πληρώσετε το τυπικό ποσό ασφαλιστρού και το πρόσθετο IRMAA. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το επιπλέον ποσό που μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε με βάση το εισόδημά σας, επισκεφθείτε την ηλεκτρονική διεύθυνση <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ξεκινώντας ως μέλος

Εάν πρέπει να πληρώσετε επιπλέον ποσό, ο Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης, όχι το πρόγραμμα Medicare σας, θα σας στείλει μια επιστολή που θα αναφέρει ποιο θα είναι αυτό το επιπλέον ποσό. Το επιπλέον ποσό θα παρακρατηθεί από το επίδομα που λαμβάνετε από τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης, το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων ή το Γραφείο Διαχείρισης Προσωπικού, ανεξάρτητα από το πώς πληρώνετε συνήθως το ασφάλιστρο του προγράμματός σας, εκτός εάν το μηνιαίο επίδομά σας δεν αρκεί για να καλύψει το επιπλέον οφειλόμενο ποσό. Εάν το επίδομά σας δεν είναι αρκετό για να καλύψει το επιπλέον ποσό, θα λάβετε λογαριασμό από το Medicare. **Πρέπει να πληρώσετε εσείς το επιπλέον ποσό στο κράτος. Δεν μπορεί να πληρωθεί με το μηνιαίο ασφάλιστρο του προγράμματός σας. Εάν δεν πληρώσετε το επιπλέον ποσό, θα διαγραφείτε από το πρόγραμμα και θα χάσετε την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.**

Εάν διαφωνείτε σχετικά με την καταβολή επιπλέον ποσού, μπορείτε να ζητήσετε από τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης να αναθεωρήσει την απόφαση. Για να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό, επικοινωνήστε με τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης στο αριθμό 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

ΤΜΗΜΑ 5 Περισσότερες πληροφορίες για το μηνιαίο ασφάλιστρο

Τμήμα 5.1 Μπορούμε να αλλάξουμε το μηνιαίο κόστος ασφάλισης κατά τη διάρκεια του έτους;

Όχι. Δεν επιτρέπεται να αλλάξουμε το ποσό που χρεώνουμε για το μηνιαίο ασφάλιστρο του προγράμματος κατά τη διάρκεια του έτους. Εάν το μηνιαίο ασφάλιστρο του προγράμματος αλλάξει για το επόμενο έτος, θα σας ενημερώσουμε τον Σεπτέμβριο και η αλλαγή θα τεθεί σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου.

Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να μπορείτε να σταματήσετε να πληρώνετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής, εάν οφείλεται. Ή θα πρέπει να αρχίσετε να πληρώνετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής. Αυτό θα συμβεί εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα «Επιπλέον βοήθεια» ή εάν χάσετε την επιλεξιμότητά σας για το πρόγραμμα «Επιπλέον βοήθεια» κατά τη διάρκεια του έτους.

- Εάν πληρώνετε επί του παρόντος το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ και δικαιούστε «Επιπλέον βοήθεια» κατά τη διάρκεια του έτους, θα μπορείτε να σταματήσετε να πληρώνετε το πρόστιμό σας.
- Εάν χάσετε την Επιπλέον βοήθεια, ενδέχεται να σας επιβληθεί πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής εάν παρέλθουν τουλάχιστον 63 συνεχόμενες ημέρες χωρίς το Μέρος Δ ή άλλη αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Μπορείτε να μάθετε περισσότερα για το πρόγραμμα «Επιπλέον βοήθεια» στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 7.

ΤΜΗΜΑ 6 Ενημέρωση του αρχείου συνδρομής του προγράμματός σας

Το αρχείο ιδιότητας μέλους σας περιέχει πληροφορίες από τη φόρμα εγγραφής σας, συμπεριλαμβανομένης της διεύθυνσης και του αριθμού τηλεφώνου σας. Δείχνει την κάλυψη του συγκεκριμένου προγράμματος σας, συμπεριλαμβανομένου του παρόχου πρωτοβάθμιας υγείας.

Οι γιατροί, τα νοσοκομεία, οι φαρμακοποιοί και οι άλλοι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος πρέπει να έχουν σωστές πληροφορίες για εσάς. **Αυτοί οι πάροχοι δικτύου χρησιμοποιούν το αρχείο ιδιότητας μέλους σας για να γνωρίζουν ποιες υπηρεσίες και φάρμακα καλύπτονται και τα ποσά από κοινού κάλυψης του κόστους για**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ξεκινώντας ως μέλος

εσάς. Εξαιτίας αυτού, είναι πολύ σημαντικό να μας βοηθήσετε να διατηρήσουμε τις πληροφορίες σας επικαιροποιημένες.

Ενημερώστε μας σχετικά με αυτές τις αλλαγές:

- Αλλαγές στο όνομα, τη διεύθυνση ή τον αριθμό τηλεφώνου σας
- Αλλαγές σε οποιαδήποτε άλλη ασφαλιστική κάλυψη υγείας που έχετε (όπως από τον εργοδότη σας, τον εργοδότη του συζύγου σας ή του οικιακού συντρόφου, την αποζημίωση των εργαζομένων ή το Medicaid)
- Εάν έχετε οποιεσδήποτε αξιώσεις αστικής ευθύνης, όπως αξιώσεις από αυτοκινητιστικό ατύχημα
- Εάν έχετε εισαχθεί σε οίκο ευγηρίας
- Εάν νοσηλεύεστε σε νοσοκομείο εκτός περιοχής ή εκτός δικτύου ή κλινική επείγουσας νοσηλείας
- Εάν αλλάξει ο καθορισμένος υπεύθυνος (για παράδειγμα, ο φροντιστής)
- Εάν συμμετέχετε σε κλινική ερευνητική μελέτη (**Σημείωση:** Δεν είστε υποχρεωμένοι να ενημερώσετε το πρόγραμμά σας σχετικά με τις κλινικές ερευνητικές μελέτες στις οποίες σκοπεύετε να συμμετάσχετε, αλλά σας ενθαρρύνουμε να το κάνετε).

Εάν οποιαδήποτε από αυτές τις πληροφορίες αλλάξει, ενημερώστε μας καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Τα μέλη μπορούν να δημιουργήσουν έναν ηλεκτρονικό λογαριασμό Senior Whole HealthMolina για να αλλάξουν τον γιατρό τους, να ενημερώσουν τα στοιχεία επικοινωνίας τους, να ζητήσουν νέα ταυτότητα, να λάβουν υπενθυμίσεις υγείας σχετικά με τις υπηρεσίες που απαιτούνται ή να δουν το ιστορικό υπηρεσιών τους. Επισκεφτείτε τη διεύθυνση <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> για να δημιουργήσετε ή να προσπελάσετε τον λογαριασμό σας My Senior Whole Health.

Είναι επίσης σημαντικό να επικοινωνήσετε με τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης εάν μετακομίσετε ή αλλάξετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση. Μπορείτε να βρείτε αριθμούς τηλεφώνου και στοιχεία επικοινωνίας για τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 5.

ΤΜΗΜΑ 7 Πώς λειτουργεί άλλη ασφάλιση με το πρόγραμμά μας

Άλλες ασφάλειες

Η Medicare απαιτεί να συλλέγουμε πληροφορίες από εσάς σχετικά με οποιαδήποτε άλλη ιατρική ή φαρμακευτική ασφαλιστική κάλυψη που έχετε. Αυτό συμβαίνει επειδή πρέπει να συντονίσουμε οποιαδήποτε άλλη κάλυψη έχετε με τις παροχές σας στο πλαίσιο του προγράμματός μας. **Αυτό ονομάζεται συντονισμός των παροχών.**

Μία φορά κάθε χρόνο, θα σας στέλνουμε μια επιστολή που θα απαριθμεί οποιαδήποτε άλλη ιατρική ή φαρμακευτική ασφαλιστική κάλυψη που γνωρίζουμε. Διαβάστε προσεκτικά αυτές τις πληροφορίες. Εάν είναι σωστές, δεν χρειάζεται να κάνετε τίποτα. Εάν οι πληροφορίες είναι λανθασμένες ή εάν έχετε άλλη κάλυψη που δεν αναφέρεται, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Ίσως χρειαστεί να δώσετε τον αριθμό ταυτότητας μέλους του προγράμματός σας στους άλλους ασφαλιστές σας (αφού επιβεβαιώσετε την ταυτότητά τους), ώστε οι λογαριασμοί σας να εξοφληθούν σωστά και εγκαίρως.

Όταν έχετε άλλη ασφάλιση (όπως ομαδική κάλυψη υγείας εργοδότη), υπάρχουν κανόνες που καθορίζονται από την Medicare που αποφασίζουν εάν το πρόγραμμά μας ή η άλλη ασφάλειά σας πληρώνει πρώτα. Η ασφάλιση που πληρώνει πρώτη ονομάζεται κύριος πληρωτής και πληρώνει μέχρι τα όρια της κάλυψής της. Αυτός που πληρώνει δεύτερος, που ονομάζεται δευτερεύων πληρωτής, πληρώνει μόνο εάν υπάρχουν έξοδα που παραμένουν ακάλυπτα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ξεκινώντας ως μέλος

από την κύρια κάλυψη. Ο δευτερεύων πληρωτής δεν μπορεί να καταβάλει όλα τα μη καλυπτόμενα έξοδα. Εάν έχετε άλλη ασφάλιση, ενημερώστε το γιατρό, το νοσοκομείο και το φαρμακείο σας.

Αυτοί οι κανόνες ισχύουν για την κάλυψη προγραμμάτων υγείας εργοδοτών ή συνδικαλιστικών ομάδων:

- Εάν έχετε κάλυψη συνταξιούχων, η Medicare πληρώνει πρώτα.
- Εάν η κάλυψη του ομαδικού σας προγράμματος υγείας βασίζεται στην τρέχουσα απασχόλησή σας ή σε ένα μέλος της οικογένειάς σας, ποιος πληρώνει πρώτος εξαρτάται από την ηλικία σας, τον αριθμό των ατόμων που απασχολούνται από τον εργοδότη σας και εάν έχετε Medicare με βάση την ηλικία, την αναπηρία ή τη νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESRD):
 - Εάν είστε κάτω των 65 ετών και άτομα με ειδικές ανάγκες και εσείς ή το μέλος της οικογένειάς σας εξακολουθείτε να εργάζεστε, το ομαδικό πρόγραμμα υγείας σας πληρώνει πρώτα εάν ο εργοδότης έχει 100 ή περισσότερους υπαλλήλους ή τουλάχιστον έναν εργοδότη σε ένα πρόγραμμα πολλαπλών εργοδοτών που έχει περισσότερους από 100 υπαλλήλους.
 - Εάν είστε άνω των 65 ετών και εσείς ή ο σύζυγός σας ή ο οικιακός σας σύντροφος εξακολουθείτε να εργάζεστε, το ομαδικό πρόγραμμα υγείας σας πληρώνει πρώτα εάν ο εργοδότης έχει 20 ή περισσότερους υπαλλήλους ή τουλάχιστον έναν εργοδότη σε ένα πρόγραμμα πολλαπλών εργοδοτών που έχει περισσότερους από 20 υπαλλήλους.
- Εάν έχετε Medicare λόγω ESRD, το ομαδικό πρόγραμμα υγείας σας θα πληρώσει πρώτα για τους πρώτους 30 μήνες αφού γίνετε επιλέξιμοι για το Medicare.

Αυτοί οι τύποι κάλυψης συνήθως πληρώνουν πρώτα για υπηρεσίες που σχετίζονται με κάθε τύπο:

- Ασφάλιση άνευ πταίσματος (συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης αυτοκινήτου)
- Ευθύνη (συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης αυτοκινήτου)
- Παροχές για μαύρους πνεύμονες
- Αποζημίωση εργαζομένων

Η Medicaid και η TRICARE δεν πληρώνουν ποτέ πρώτα για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare. Πληρώνουν μόνο αφού έχουν πληρώσει τα προγράμματα υγείας της Medicare ή / και της ομάδας εργοδοτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

Σημαντικοί αριθμοί τηλεφώνου και πόροι

ΤΜΗΜΑ 1 Επαφές Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου επικοινωνίας με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών)

Πώς να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του προγράμματός μας

Για βοήθεια σχετικά με αξιώσεις, χρεώσεις ή ερωτήσεις σχετικά με την κάρτα μέλους, καλέστε ή γράψτε στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Θα χαρούμε να σας βοηθήσουμε.

Μέθοδος	Τμήμα Υπηρεσιών Μελών – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών διαθέτει επίσης δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για μη αγγλόφωνους.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
ΦΑΞ	(310) 507-6186
ΓΡΑΨΤΕ	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	SWHNY.com

Πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας όταν υποβάλετε αίτημα απόφασης κάλυψης ή επανεξέτασης σχετικά με την ιατρική σας περίθαλψη ή τα συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους Δ.

Μια απόφαση κάλυψης είναι μια απόφαση που λαμβάνουμε σχετικά με τις παροχές και την κάλυψή σας ή σχετικά με το ποσό που θα πληρώσουμε για τις ιατρικές σας υπηρεσίες ή τα συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους Δ. Το αίτημα επανεξέτασης είναι ένας επίσημος τρόπος να μας ζητήσετε να αναθεωρήσουμε και να αλλάξουμε μια απόφαση κάλυψης που έχουμε λάβει. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το να ζητάτε αποφάσεις κάλυψης ή προσφυγές σχετικά με την ιατρική σας περίθαλψη ή τα συνταγογραφούμενα φάρμακα του μέρους Δ, ανατρέξτε στο κεφάλαιο 8 (Τι πρέπει να κάνετε εάν αντιμετωπίζετε πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, προσφυγές, καταγγελίες)).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Σημαντικοί αριθμοί τηλεφώνου και πόροι

Μέθοδος	Αποφάσεις Κάλυψης για Ιατρική Περίθαλψη – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
ΦΑΞ	Υπηρεσίες απεικόνισης: (877) 731-7218 Μεταμοσχεύσεις (877) 813-1206, Υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών/ συμπεριφορικής υγείας (844) 251-1450, Νοσηλεία (844) 834-2152, RX / Jcodes (866) 290-1309
ΓΡΑΨΤΕ	Senior Whole Health of New York Υπόψη: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	SWHNY.com

Μέθοδος	Αιτήματα επανεξέτασης για ιατρική περίθαλψη – Στοιχεία επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
ΦΑΞ	(562) 499-0610
ΓΡΑΨΤΕ	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977

Μέθοδος	Αιτήματα επανεξέτασης για ιατρική περίθαλψη – Στοιχεία επικοινωνίας
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	SWHNY.com

Μέθοδος	Αποφάσεις κάλυψης και προσφυγές για συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους Δ – Στοιχεία επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(800) 665-3086 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
ΦΑΞ	(866) 290-1309
ΓΡΑΨΤΕ	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	SWHNY.com

Πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας όταν υποβάλλετε καταγγελία σχετικά με την ιατρική σας περίθαλψη ή τα συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

Μπορείτε να υποβάλλετε καταγγελία σχετικά με εμάς ή έναν από τους παρόχους δικτύου ή τα φαρμακεία μας, συμπεριλαμβανομένης μιας καταγγελίας σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψής σας. Αυτός ο τύπος καταγγελίας δεν περιλαμβάνει διαφορές κάλυψης ή πληρωμής. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την υποβολή καταγγελίας σχετικά με την ιατρική σας περίθαλψη, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 8 *(Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, προσφυγές, καταγγελίες))*.

Μέθοδος	Παράπονα σχετικά με Ιατρική Περίθαλψη ή συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους Δ – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Σημαντικοί αριθμοί τηλεφώνου και πόροι

Μέθοδος	Παράπονα σχετικά με Ιατρική Περίθαλψη ή συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους Δ – Στοιχεία Επικοινωνίας
	Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
ΦΑΞ	(562) 499-0610
ΓΡΑΨΤΕ	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ MEDICARE	Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) απευθείας στο Medicare. Για να υποβάλετε μια ηλεκτρονική καταγγελία στο Medicare, μεταβείτε www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Πού να στείλετε ένα αίτημα για καταβολή του κόστους ιατρικής περίθαλψης ή φαρμάκου που έχετε λάβει

Εάν έχετε λάβει λογαριασμό ή έχετε πληρώσει για υπηρεσίες (όπως λογαριασμό παρόχου) για τις οποίες πιστεύετε ότι πρέπει να πληρώσουμε, ίσως χρειαστεί να μας ζητήσετε αποζημίωση ή καταβολή του λογαριασμού παρόχου. Βλέπε Κεφάλαιο 6 (Αίτημα πληρωμής λογαριασμού που έχετε λάβει για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα).

Παρακαλώ σημειώστε: Εάν μας στείλετε ένα αίτημα πληρωμής και απορρίψουμε οποιοδήποτε μέρος του αιτήματός σας, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης της απόφασής μας. Βλέπε κεφάλαιο 8 (Τι πρέπει να κάνετε εάν αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, προσφυγές, καταγγελίες)) για περισσότερες πληροφορίες.

Μέθοδος	Αιτήματα Πληρωμής για Ιατρική Περίθαλψη – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
ΦΑΞ	(310) 507-6186
ΓΡΑΨΤΕ	Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Σημαντικοί αριθμοί τηλεφώνου και πόροι

Μέθοδος	Αιτήματα Πληρωμής για Ιατρική Περίθαλψη – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	SWHNY.com

Μέθοδος	Αιτήσεις Πληρωμής για Συνταγογραφούμενα Φάρμακα Μέρους Δ – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
ΦΑΞ	(866) 290-1309
ΓΡΑΨΤΕ	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	SWHNY.com

ΤΜΗΜΑ 2 Medicare (πώς να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες απευθείας από το ομοσπονδιακό πρόγραμμα Medicare)

Το Medicare είναι το ομοσπονδιακό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, ορισμένα άτομα κάτω των 65 ετών με αναπηρίες και άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια που απαιτεί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού).

Η ομοσπονδιακή υπηρεσία που είναι υπεύθυνη για το Medicare είναι τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid (μερικές φορές ονομάζονται CMS). Αυτή η υπηρεσία συνάπτει συμβάσεις με οργανισμούς Medicare Advantage, στους οποίους συμπεριλαμβανόμαστε και εμείς.

Μέθοδος	Medicare – Στοιχεία επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	1-800-MEDICARE, ή 1-800-633-4227 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα.

Μέθοδος	Medicare – Στοιχεία επικοινωνίας
TTY	1-877-486-2048 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση.
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	www.Medicare.gov Αυτός είναι ο επίσημος κυβερνητικός ιστότοπος για το Medicare. Σας παρέχει ενημερωμένες πληροφορίες σχετικά με το Medicare και τα τρέχοντα θέματα Medicare. Διαθέτει επίσης πληροφορίες σχετικά με νοσοκομεία, γηροκομεία, γιατρούς, υπηρεσίες υγείας στο σπίτι και κέντρα αιμοκάθαρσης. Περιλαμβάνει έγγραφα που μπορείτε να εκτυπώσετε απευθείας από τον υπολογιστή σας. Μπορείτε επίσης να βρείτε επαφές Medicare στην πολιτεία σας. Ο ιστότοπος Medicare διαθέτει επίσης λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τις επιλογές επιλεξιμότητας και εγγραφής στο Medicare με τα ακόλουθα εργαλεία: • Εργαλείο επιλεξιμότητας Medicare: Παρέχει πληροφορίες κατάστασης επιλεξιμότητας Medicare. • Εύρεση προγράμματος Medicare: Παρέχει εξατομικευμένες πληροφορίες σχετικά με τα διαθέσιμα προγράμματα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare, τα προγράμματα υγείας Medicare και οι ασφαλίσεις Medigap (Medicare Supplement Insurance) στην περιοχή σας. Αυτά τα εργαλεία παρέχουν μια <i>εκτίμηση</i> του κόστους από την τσέπη σας σε διαφορετικά προγράμματα Medicare. Μπορείτε επίσης να χρησιμοποιήσετε τον ιστότοπο για να ενημερώσετε το Medicare για τυχόν παράπονα που έχετε σχετικά με το πρόγραμμα Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP): • Ενημερώστε το Medicare για την καταγγελία σας: Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) απευθείας στο Medicare. Για να υποβάλλετε καταγγελία στο Medicare, μεταβείτε στο www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Η Medicare λαμβάνει σοβαρά υπόψη τα παράπονά σας και θα χρησιμοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας του προγράμματος Medicare. Εάν δεν έχετε υπολογιστή, η τοπική βιβλιοθήκη ή το κέντρο εξυπηρέτησης ηλικιωμένων μπορεί να σας βοηθήσει να επισκεφθείτε αυτόν τον ιστότοπο χρησιμοποιώντας τον υπολογιστή που έχουν εκεί. Διαφορετικά, μπορείτε να καλέσετε το Medicare και να τους πείτε ποιες πληροφορίες αναζητάτε. Θα βρουν τις πληροφορίες στον ιστότοπο και θα εξετάσουν τις πληροφορίες μαζί σας. Μπορείτε να καλέσετε το Medicare στον αριθμό 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY θα πρέπει να καλέσουν στο 1-877-486-2048.)

ΤΜΗΜΑ 3 Κρατικό Πρόγραμμα Βοήθειας Ασφάλισης Υγείας (δωρεάν βοήθεια, πληροφορίες και απαντήσεις στις ερωτήσεις σας σχετικά με το Medicare)

Το πολιτειακό πρόγραμμα ασφαλιστικής αρωγής (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), είναι ένα ανεξάρτητο κρατικό πρόγραμμα με εκπαιδευμένους συμβούλους σε κάθε πολιτεία. Στη Νέα Υόρκη, το SHIP λέγεται Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Το Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) είναι ένα ανεξάρτητο (που δεν συνδέεται με καμία ασφαλιστική εταιρεία ή πρόγραμμα υγείας) πολιτειακό πρόγραμμα που παίρνει χρήματα από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να παρέχει δωρεάν τοπικές συμβουλές ασφάλισης υγείας σε άτομα με Medicare.

Οι σύμβουλοι του Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) μπορούν να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε τα δικαιώματά σας στο Medicare, να σας βοηθήσουν να κάνετε παράπονα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη ή θεραπεία σας και να σας βοηθήσουν να διορθώσετε προβλήματα με τους λογαριασμούς σας στο Medicare. Οι σύμβουλοι του Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) μπορούν επίσης να σας βοηθήσουν με ερωτήσεις ή προβλήματα που σχετίζονται με το Medicare και να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε τις επιλογές του προγράμματος Medicare σας και να απαντήσετε σε ερωτήσεις σχετικά με την αλλαγή προγραμμάτων.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ SHIP και ΑΛΛΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ:

- Επισκεφτείτε τη διεύθυνση <https://www.shiphelp.org> (Κάντε κλικ στο SHIP LOCATOR στη μέση της σελίδας)
 - Επιλέξτε την STATE (Πολιτεία) σας από τη λίστα. Θα μεταφερθείτε σε μια σελίδα με αριθμούς τηλεφώνου και πόρους ειδικά για την πολιτεία σας.

Μέθοδος	Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP Νέας Υόρκης) – Στοιχεία επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(800) 701-0501
ΓΡΑΨΤΕ	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

ΤΜΗΜΑ 4 Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας

Υπάρχει ένας καθορισμένος Οργανισμός Βελτίωσης της Ποιότητας για την εξυπηρέτηση των δικαιούχων του Medicare σε κάθε πολιτεία. Για τη Νέα Υόρκη, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας ονομάζεται Livanta.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Σημαντικοί αριθμοί τηλεφώνου και πόροι

Η Livanta έχει μια ομάδα γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας που πληρώνονται από το Medicare για να ελέγξουν και να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας για άτομα με Medicare. Η Livanta είναι ένας ανεξάρτητος οργανισμός. Δεν συνδέεται με το πρόγραμμά μας.

Θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τη Λιβάντα σε οποιαδήποτε από τις παρακάτω περιπτώσεις:

- Έχετε ένα παράπονο σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που έχετε λάβει.
- Νομίζετε ότι η κάλυψη για τη διαμονή σας στο νοσοκομείο τελειώνει πολύ νωρίς.
- Νομίζετε ότι η κάλυψη για την υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι σας, την εξειδικευμένη φροντίδα νοσηλευτικών εγκαταστάσεων ή τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών (CORF) τελειώνουν πολύ νωρίς.

Μέθοδος	Livanta (Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας Νέας Υόρκης) – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(866) 815-5440 Δευτέρα - Παρασκευή από τις 9:00 π.μ. έως τις 5:00 μ.μ. τοπική ώρα. Σαββατοκύριακα και αργίες από τις 10:00 π.μ. έως τις 4:00 μ.μ. τοπική ώρα.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία.
ΓΡΑΨΤΕ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	https://www.livantaqio.com/

ΤΜΗΜΑ 5 Κοινωνική ασφάλιση

Η Κοινωνική Ασφάλιση είναι υπεύθυνη για τον καθορισμό της επιλεξιμότητας και του χειρισμού της εγγραφής στο Medicare. Οι πολίτες των ΗΠΑ και οι νόμιμοι μόνιμοι κάτοικοι που είναι 65 ετών και άνω ή που έχουν αναπηρία ή νεφρική νόσο τελικού σταδίου και πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις, είναι επιλέξιμοι για το Medicare. Εάν λαμβάνετε ήδη ελέγχους κοινωνικής ασφάλισης, η εγγραφή στο Medicare είναι αυτόματη. Εάν δεν λαμβάνετε ελέγχους κοινωνικής ασφάλισης, πρέπει να εγγραφείτε στο Medicare. Για να υποβάλετε αίτηση για Medicare, μπορείτε να καλέσετε την Κοινωνική Ασφάλιση ή να επισκεφθείτε το τοπικό γραφείο κοινωνικής ασφάλισης.

Η κοινωνική ασφάλιση είναι επίσης υπεύθυνη για τον καθορισμό του ποιος πρέπει να πληρώσει ένα επιπλέον ποσό για την κάλυψη φαρμάκων Μέρους Δ επειδή έχει υψηλότερο εισόδημα. Εάν λάβατε επιστολή από την Κοινωνική Ασφάλιση που σας λέει ότι πρέπει να πληρώσετε το επιπλέον ποσό και έχετε ερωτήσεις σχετικά με το ποσό ή εάν το εισόδημά σας μειώθηκε λόγω ενός γεγονότος που αλλάζει τη ζωή, μπορείτε να καλέσετε την Κοινωνική Ασφάλιση για να ζητήσετε επανεξέταση.

Εάν μετακινήσετε ή αλλάξετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση, είναι σημαντικό να επικοινωνήσετε με την Κοινωνική Ασφάλιση για να τους ενημερώσετε.

Μέθοδος	Κοινωνική Ασφάλιση – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	1-800-772-1213 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Διαθέσιμο 8:00 π.μ. έως 7:00 μ.μ., Δευτέρα έως Παρασκευή. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις αυτοματοποιημένες τηλεφωνικές υπηρεσίες της Κοινωνικής Ασφάλισης για να λάβετε καταγεγραμμένες πληροφορίες και να διεξάγετε κάποιες επιχειρήσεις 24 ώρες την ημέρα.
TTY	1-800-325-0778 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Διαθέσιμο 8:00 π.μ. έως 7:00 μ.μ., Δευτέρα έως Παρασκευή.
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	www.ssa.gov

ΤΜΗΜΑ 6 Medicaid

Το Medicaid είναι ένα κοινό πρόγραμμα ομοσπονδιακής και κρατικής κυβέρνησης που βοηθά με ιατρικά έξοδα και μακροχρόνια φροντίδα για ορισμένα άτομα με περιορισμένα εισοδήματα και πόρους. Κάθε πολιτεία αποφασίζει τι μετράει ως εισόδημα και πόροι, ποιος είναι επιλέξιμος, ποιες υπηρεσίες καλύπτονται και το κόστος των υπηρεσιών. Οι πολιτείες μπορούν επίσης να αποφασίσουν πώς να εκτελέσουν το πρόγραμμά τους, αρκεί να ακολουθούν τις ομοσπονδιακές οδηγίες.

Επιπλέον, υπάρχουν προγράμματα που προσφέρονται μέσω του Medicaid που βοηθούν τα άτομα με Medicare να πληρώσουν το κόστος Medicare, όπως τα ασφάλιστρα Medicare. Αυτά τα «Προγράμματα Εξοικονόμησης Medicare» βοηθούν άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους να εξοικονομούν χρήματα κάθε χρόνο:

- **Πλήρης Παροχή Διπλή Επιλεξιμότητα (FBDE):** Ένα άτομο που δικαιούται Medicare, δεν πληροί τα κριτήρια εισοδήματος ή πόρων για QMB + ή SLMB +, αλλά είναι επιλέξιμο για πλήρη κάλυψη Medicaid είτε βάσει κατηγορίας είτε μέσω προαιρετικών ομάδων κάλυψης με βάση την κατάσταση ιατρικής ανάγκης, ειδικά επίπεδα εισοδήματος για θεσμοθετημένα άτομα ή απαλλαγές από το σπίτι και την κοινότητα.
- **Εγκεκριμένος δικαιούχος Medicare (QMB+):** Βοηθά στην πληρωμή ασφαλιστρών Medicare Μέρους Α και Μέρους Β και άλλων επιμερισμών κόστους (όπως εκπιπτόμενο ποσό, συνασφάλιση και συμπληρωμή). Αυτά τα άτομα είναι επίσης επιλέξιμα για πλήρεις παροχές Medicaid.

Για να είστε μέλος αυτού του προγράμματος, θα πρέπει να είστε διπλά εγγεγραμμένοι στο Medicare και το Medicaid και να πληροίτε όλες τις άλλες απαιτήσεις επιλεξιμότητας του προγράμματος κατά τη στιγμή της εγγραφής.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τη βοήθεια που λαμβάνετε από το Medicaid, επικοινωνήστε με το New York Medicaid.

ΜΕΘΟΔΟΣ	New York Medicaid - Στοιχεία επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(800) 505-5678 Δευτέρα-Παρασκευή, 8:30 π.μ. έως 8 μ.μ., Σάββατο 10:00 π.μ. έως 6:00 μ.μ.
ΓΡΑΨΤΕ	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml

Μέλη από την κομητεία Nassau μπορούν να επικοινωνούν με το τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών.

ΜΕΘΟΔΟΣ	Nassau County Department of Social Services – Στοιχεία επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(516) 227-7474
ΓΡΑΨΤΕ	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd Uniondale, NY 11553-3656
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Τα μέλη κομητειών Bronx, Kings, New York, Queens και Richmond μπορούν να επικοινωνούν με το Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών/Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων New York City.

ΜΕΘΟΔΟΣ	Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών/Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων New York City
ΚΑΛΕΣΤΕ	718-557-1399
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page

Μέλη από την κομητεία Orange μπορούν να επικοινωνούν με το τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών.

ΜΕΘΟΔΟΣ	Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών Κομητείας Orange
ΚΑΛΕΣΤΕ	845-291-4000
ΓΡΑΨΤΕ	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services

Μέλη από την κομητεία Rockland μπορούν να επικοινωνούν με το τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών.

ΜΕΘΟΔΟΣ	Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών Κομητείας Rockland
ΚΑΛΕΣΤΕ	845-364-3040

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Σημαντικοί αριθμοί τηλεφώνου και πόροι

ΜΕΘΟΔΟΣ	Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών Κομητείας Rockland
ΓΡΑΨΤΕ	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/

Μέλη από την κομητεία Westchester μπορούν να επικοινωνούν με το τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών.

ΜΕΘΟΔΟΣ	Westchester County Department of Social Services - Στοιχεία επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(914-995-3333)
ΓΡΑΨΤΕ	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Το Γραφείο του Διαμεσολαβητή της Νέας Υόρκης βοηθά άτομα που είναι εγγεγραμμένα στο Medicaid με προβλήματα εξυπηρέτησης ή χρέωσης. Μπορούν να σας βοηθήσουν να υποβάλετε παράπονο ή ένσταση με το πρόγραμμά μας.

Μέθοδος	Γραφείο του Διαμεσολαβητή – Στοιχεία επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(888) 219-9818 Δευτέρα – Παρασκευή, 8:30 π.μ. έως 5:00 μ.μ.
ΓΡΑΨΤΕ	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php

Το Πρόγραμμα Διαμεσολαβητή Μακροχρόνιας Φροντίδας βοηθά τους ανθρώπους να λάβουν πληροφορίες σχετικά με τα γηροκομεία και να επιλύσουν προβλήματα μεταξύ γηροκομείων και κατοίκων ή των οικογενειών τους.

Μέθοδος	Πρόγραμμα Διαμεσολαβητή Μακροχρόνιας Φροντίδας – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(855) 582-6769 Δευτέρα – Παρασκευή, 8:30 π.μ. έως 5:00 μ.μ.
ΓΡΑΨΤΕ	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

ΤΜΗΜΑ 7 Πληροφορίες σχετικά με προγράμματα που βοηθούν τους ανθρώπους να πληρώσουν για τα συνταγογραφούμενα φάρμακά τους

Ο ιστότοπος [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) παρέχει πληροφορίες σχετικά με το πώς να μειώσετε το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Για άτομα με περιορισμένα εισοδήματα, υπάρχουν και άλλα προγράμματα βοήθειας, που περιγράφονται παρακάτω.

Πρόγραμμα «Επιπλέον βοήθεια» του Medicare

Επειδή πληροίτε τις προϋποθέσεις για Medicaid, έχετε δικαίωμα και λαμβάνετε «Επιπλέον βοήθεια» από το Medicare για να πληρώσετε για το κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων του προγράμματός σας. Δεν χρειάζεται να κάνετε τίποτα περισσότερο για να λάβετε αυτήν την «Επιπλέον βοήθεια».

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με την «Επιπλέον βοήθεια», καλέστε:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες TTY θα πρέπει να καλούν το 1-877-486-2048, όλο το 24ωρο/7 ημέρες την εβδομάδα,
- Το Γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης στον αριθμό 1-800-772-1213, από 8 π.μ. έως 7 μ.μ., Δευτέρα έως Παρασκευή. Οι χρήστες TTY θα πρέπει να καλέσουν στον αριθμό 1-800-325-0778 ή
- Το γραφείο Medicaid της πολιτείας (ανατρέξτε στην Ενότητα 6 αυτού του κεφαλαίου για στοιχεία επικοινωνίας).

Εάν πιστεύετε ότι το ποσό που πληρώνετε ως συμμετοχή όταν εκτελείτε τη συνταγή σας σε φαρμακείο, το πρόγραμμά μας έχει μια διαδικασία για να ζητήσετε βοήθεια για να λάβετε αποδεικτικά στοιχεία ότι το επίπεδο της συμμετοχής σας είναι σωστό ή εάν έχετε ήδη αποδεικτικά στοιχεία, να μας τα προσκομίσετε.

- Η υπηρεσία Best Available Evidence (BAE) στο διαδίκτυο, στη διεύθυνση <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Το BAE χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της επιδότησης χαμηλού εισοδήματος ενός μέλους. Το τμήμα Εξυπηρέτησης Μελών και το Τμήμα Φαρμακείου εντοπίζουν περιπτώσεις όπου ισχύει η πολιτική BAE. Τα μέλη μπορούν να αποστέλλουν έγγραφα της BAE για να αποδεικνύουν την επιλεξιμότητα στη διεύθυνση Υπηρεσιών Μελών που αναφέρεται στο Κεφάλαιο 2. Επιπλέον, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών εάν έχετε ερωτήσεις. Αποδεκτά αποδεικτικά μέσα είναι:
 - Επιστολή ανάθεσης SSA
 - Ανακοίνωση Κατακύρωσης
 - Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλειας

Όταν λάβουμε τα αποδεικτικά στοιχεία που αποδεικνύουν το επίπεδο συμμετοχής σας, θα ενημερώσουμε το σύστημά μας, ώστε να μπορείτε να πληρώσετε τη σωστή συμμετοχή όταν εκτελέσετε την επόμενη συνταγή σας στο φαρμακείο. Εάν το ποσό συμμετοχής που καταβάλετε είναι πολύ υψηλό, θα σας επιστρέψουμε τα χρήματα. Είτε θα σας προωθήσουμε μια επιταγή στο ποσό της αχρεωστήτως καταβληθείσας πληρωμής είτε θα αντισταθμίσουμε μελλοντικά ποσά συμμετοχής. Εάν το φαρμακείο δεν έχει εισπράξει συμμετοχή από εσάς και καταγράψει τη συμμετοχή σας ως οφειλή σας, ενδέχεται να πραγματοποιήσουμε την πληρωμή απευθείας στο φαρμακείο. Εάν μια πολιτεία έχει καταβάλει πληρωμή για λογαριασμό σας, ενδέχεται να πραγματοποιήσουμε πληρωμή απευθείας στην πολιτεία αυτή. Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών εάν έχετε ερωτήσεις.

Τι γίνεται εάν έχετε Επιπλέον βοήθεια και κάλυψη από ένα Πρόγραμμα αρωγής για τα φάρμακα για το AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP);

Τι είναι το Πρόγραμμα αρωγής για τα φάρμακα για το AIDS (ADAP);

Το Πρόγραμμα Βοήθειας για τα φάρμακα για το AIDS, AIDS Drug Assistance Program (ADAP) βοηθά να διασφαλιστεί ότι τα άτομα που είναι επιλέξιμα για ADAP που ζουν με HIV/AIDS έχουν πρόσβαση σε σωτήρια φάρμακα για τον HIV. Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα Medicare Μέρους Δ που περιλαμβάνονται επίσης στο συνταγολόγιο του ADAP πληρούν τις προϋποθέσεις για βοήθεια επιμερισμού κόστους συνταγογράφησης μέσω του Προγράμματος περίθαλψης ανασφάλιστων της Πολιτείας της Νέας Υόρκης.

Σημείωση: Για να είναι επιλέξιμα για το ADAP που λειτουργεί στην πολιτεία σας, τα άτομα πρέπει να πληρούν ορισμένα κριτήρια, συμπεριλαμβανομένης της απόδειξης μόνιμης κατοικίας στην πολιτεία και κατάστασης HIV, χαμηλού εισοδήματος όπως ορίζεται από την πολιτεία και κατάστασης ανασφάλιστου/υποασφαλισμένου. Εάν αλλάξετε πρόγραμμα, ενημερώστε τον τοπικό εργαζόμενο εγγραφής ADAP, ώστε να συνεχίσετε να λαμβάνετε βοήθεια. Για πληροφορίες σχετικά με τα κριτήρια επιλεξιμότητας, τα καλυπτόμενα φάρμακα ή τον τρόπο εγγραφής στο πρόγραμμα, καλέστε το Πρόγραμμα περίθαλψης ανασφάλιστων της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (ADAP) στο (800) 542-2437 ή στο (844) 682-4058.

ΤΜΗΜΑ 8 Πώς να επικοινωνήσετε με το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων

Το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων είναι μια ανεξάρτητη ομοσπονδιακή υπηρεσία που διαχειρίζεται ολοκληρωμένα προγράμματα παροχών για τους εργαζόμενους στους κρατικούς σιδηροδρόμους και τις οικογένειές τους. Εάν λάβετε το Medicare σας μέσω του Συμβουλίου Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων, είναι σημαντικό να τους ενημερώσετε εάν μετακινήσετε ή αλλάξετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση. Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τις παροχές σας από το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων, επικοινωνήστε με τον οργανισμό.

Μέθοδος	Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	1-877-772-5772 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Εάν πατήσετε «0», μπορείτε να μιλήσετε με έναν εκπρόσωπο της RRB από τις 9:00 π.μ. έως τις 3:30 μ.μ., Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη και Παρασκευή και από τις 9:00 π.μ. έως τις 12:00 μ.μ. την Τετάρτη. Εάν πατήσετε «1», μπορείτε να έχετε πρόσβαση στην αυτοματοποιημένη γραμμή βοήθειας RRB και στις καταγεγραμμένες πληροφορίες όλο το 24ωρο, συμπεριλαμβανομένων των Σαββατοκύριακων και των αργιών.
TTY	1-312-751-4701 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σε αυτόν τον αριθμό δεν είναι δωρεάν.
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	rrb.gov/

ΤΜΗΜΑ 9 Έχετε ομαδική ασφάλιση ή άλλη ασφάλιση υγείας από εργοδότη;

Εάν εσείς (ή ο/η σύζυγος ή ο/η οικιακός σύντροφός σας) λαμβάνετε παροχές από τον εργοδότη ή την ομάδα συνταξιούχων σας (ή του/της συζύγου ή του οικιακού συντρόφου σας) ως μέρος αυτού του προγράμματος, μπορείτε να καλέσετε τον διαχειριστή παροχών εργοδότη/σωματείου ή το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών εάν έχετε οποιασδήποτε ερωτήσεις. Μπορείτε να ρωτήσετε για τον εργοδότη σας (ή τον σύζυγό σας ή τον οικιακό συνεργάτη σας) ή τις συνταξιοδοτικές παροχές υγείας, τα ασφάλιστρα ή την περίοδο εγγραφής. (Οι αριθμοί τηλεφώνου για το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών είναι τυπωμένοι στο οπισθόφυλλο του παρόντος εγγράφου). Μπορείτε επίσης να καλέσετε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) με ερωτήσεις σχετικά με την κάλυψη Medicare στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος.

Εάν έχετε άλλη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέσω του εργοδότη ή της ομάδας συνταξιούχων σας (ή του συζύγου ή του οικιακού συντρόφου σας), επικοινωνήστε με **τον διαχειριστή παροχών αυτής της ομάδας**. Ο διαχειριστής παροχών μπορεί να σας βοηθήσει να προσδιορίσετε πώς θα λειτουργήσει η τρέχουσα κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων με το πρόγραμμά μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

*Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και
άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας*

ΤΜΗΜΑ 1 Πράγματα που πρέπει να γνωρίζετε για να λάβετε την ιατρική σας περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες ως μέλος του προγράμματος μας

Αυτό το κεφάλαιο εξηγεί τι πρέπει να γνωρίζετε σχετικά με τη χρήση του προγράμματος για να καλύψετε την ιατρική σας περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες. Δίνει ορισμούς όρων και εξηγεί τους κανόνες που θα πρέπει να ακολουθήσετε για να λάβετε τις ιατρικές θεραπείες, τις υπηρεσίες, τον εξοπλισμό, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και άλλη ιατρική περίθαλψη που καλύπτονται από το πρόγραμμα.

Για λεπτομέρειες σχετικά με το ποια ιατρική περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες καλύπτονται από το πρόγραμμά μας, χρησιμοποιήστε τον πίνακα παροχών στο επόμενο κεφάλαιο, Κεφάλαιο 4 (*Πίνακα ιατρικών παροχών, τι καλύπτεται*).

Τμήμα 1.1 Τι είναι οι πάροχοι δικτύου και οι καλυπτόμενες υπηρεσίες;

- **Οι πάροχοι** είναι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας που έχουν άδεια από την πολιτεία να παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες και φροντίδα. Ο όρος πάροχοι περιλαμβάνει επίσης νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.
- **Οι πάροχοι δικτύου** είναι οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας, ιατρικές ομάδες, νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν συμφωνήσει μαζί μας να αποδεχτούν την πληρωμή μας ως πληρωμή στο ακέραιο. Έχουμε κανονίσει αυτοί οι πάροχοι να παρέχουν καλυπτόμενες υπηρεσίες στα μέλη του προγράμματος μας. Οι πάροχοι στο δίκτυό μας μας χρεώνουν απευθείας για τη φροντίδα που σας παρέχουν. Όταν βλέπετε έναν πάροχο εντός δικτύου, δεν πληρώνετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες.
- **Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες** περιλαμβάνουν όλη την ιατρική περίθαλψη, τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τον εξοπλισμό προμηθειών και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες σας για ιατρική περίθαλψη παρατίθενται στον πίνακα παροχών στο Κεφάλαιο 4. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες σας για συνταγογραφούμενα φάρμακα εξετάζονται στο Κεφάλαιο 5.

Τμήμα 1.2 Βασικοί κανόνες για την κάλυψη της ιατρικής σας περίθαλψης και άλλων υπηρεσιών από το πρόγραμμα

Ως πρόγραμμα υγείας Medicare και Medicaid, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να καλύπτει όλες τις υπηρεσίες που καλύπτονται από το Original Medicare και μπορεί να προσφέρει άλλες υπηρεσίες εκτός από αυτές που καλύπτονται από το Original Medicare.

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα καλύψει γενικά την ιατρική σας περίθαλψη εφόσον:

- **Η φροντίδα που λαμβάνετε περιλαμβάνεται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών του προγράμματος** (αυτός ο πίνακας βρίσκεται στο Κεφάλαιο 4 αυτού του εγγράφου).
- **Η φροντίδα που λαμβάνετε θεωρείται ιατρικά απαραίτητη.** Ιατρικά απαραίτητο σημαίνει ότι οι υπηρεσίες, οι προμήθειες, ο εξοπλισμός ή τα φάρμακα είναι απαραίτητα για την πρόληψη, τη διάγνωση ή τη θεραπεία της ιατρικής σας κατάστασης και πληρούν τα αποδεκτά πρότυπα ιατρικής πρακτικής.
- **Έχετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης δικτύου (PCP) που παρέχει και επιβλέπει τη φροντίδα σας.** Ως μέλος του προγράμματός μας, πρέπει να επιλέξετε ένα PCP δικτύου (για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτό, δείτε την Ενότητα 2.1 σε αυτό το κεφάλαιο).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

- **Πρέπει να λάβετε τη φροντίδα σας από έναν πάροχο δικτύου** (για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτό, βλ. Ενότητα 2 σε αυτό το κεφάλαιο). Στις περισσότερες περιπτώσεις, η φροντίδα που λαμβάνετε από έναν πάροχο εκτός δικτύου (έναν πάροχο που δεν αποτελεί μέρος του δικτύου του προγράμματός μας) δεν θα καλυφθεί. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να εξοφλήσετε τον πάροχο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. *Ακολουθούν τρεις εξαιρέσεις:*
 - Το πρόγραμμα καλύπτει την επείγουσα περίθαλψη ή τις υπηρεσίες που χρειάζεστε επείγοντως από έναν πάροχο εκτός δικτύου. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτό και για να δείτε τι σημαίνουν υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ή υπηρεσίες που απαιτούνται επείγοντως, ανατρέξτε στην Ενότητα 3 αυτού του κεφαλαίου.
 - Εάν χρειάζεστε ιατρική περίθαλψη που η Medicare ή η Medicaid απαιτεί το πρόγραμμά μας να καλύψει, αλλά δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυό μας που παρέχουν αυτήν τη φροντίδα, μπορείτε να λάβετε αυτήν τη φροντίδα από έναν πάροχο εκτός δικτύου με τον ίδιο επιμερισμό κόστους που πληρώνετε συνήθως στο δίκτυο. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται προέγκριση. Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για βοήθεια. Σε αυτήν την περίπτωση, θα καλύψουμε αυτές τις υπηρεσίες χωρίς κόστος για εσάς. Για πληροφορίες σχετικά με τη λήψη έγκρισης για επίσκεψη σε γιατρό εκτός δικτύου, ανατρέξτε στην Ενότητα 2.4 αυτού του κεφαλαίου.
 - Το πρόγραμμα καλύπτει τις υπηρεσίες αιμοκάθαρσης που λαμβάνετε σε μια εγκατάσταση αιμοκάθαρσης πιστοποιημένη από το Medicare όταν βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή όταν ο πάροχός σας για αυτήν την υπηρεσία είναι προσωρινά μη διαθέσιμος ή απρόσιτος. Ο επιμερισμός του κόστους που πληρώνετε το πρόγραμμα αιμοκάθαρσης δεν μπορεί ποτέ να υπερβεί τον επιμερισμό του κόστους στο Original Medicare. Εάν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος και λαμβάνετε την αιμοκάθαρση από πάροχο που βρίσκεται εκτός του δικτύου του προγράμματος, ο επιμερισμός του κόστους σας δεν μπορεί να υπερβαίνει τον επιμερισμό του κόστους που πληρώνετε στο δίκτυο. Ωστόσο, εάν ο συνήθης πάροχος αιμοκάθαρσης εντός δικτύου δεν είναι προσωρινά διαθέσιμος και επιλέξετε να λάβετε υπηρεσίες εντός της περιοχής εξυπηρέτησης από πάροχο εκτός του δικτύου του προγράμματος, ο επιμερισμός του κόστους για την αιμοκάθαρση μπορεί να είναι υψηλότερος.

ΤΜΗΜΑ 2 Χρησιμοποιήστε παρόχους στο δίκτυο του προγράμματος για να λάβετε την ιατρική σας περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες

Τμήμα 2.1	Πρέπει να επιλέξετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP) για να παρέχει και να επιβλέπει τη φροντίδα σας
------------------	--

Τι είναι ο PCP και τι κάνει ο PCP για εσάς;

Όταν γίνετε μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), πρέπει να επιλέξετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP). Ο PCP σας είναι αδειοδοτημένος πάροχος που πληροί τις πολιτειακές απαιτήσεις και είναι εκπαιδευμένος για να σας παρέχει βασική ιατρική περίθαλψη.

Ο PCP σας είναι γιατρός οικογενειακής ιατρικής, εσωτερικής ιατρικής της πολιτείας της Νέας Υόρκης, γηριατρικής ιατρικής, ιατρικής ενηλίκων ή οικογενειακής ιατρικής ή γεροντολογικής νοσοκόμας. Θα λάβετε τη συνήθη ή βασική φροντίδα σας από τον PCP σας. Ο PCP σας θα συντονίζει επίσης τις υπόλοιπες καλυπτόμενες υπηρεσίες που λαμβάνετε ως μέλος του προγράμματος. Αυτό περιλαμβάνει ακτινογραφίες, εργαστηριακές εξετάσεις, θεραπείες, ειδικούς μορφής φροντίδας, εισαγωγές στο νοσοκομείο και παρακολούθηση φροντίδας. Ο «συντονισμός»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

των υπηρεσιών σας περιλαμβάνει επίσης τον έλεγχο ή τη διαβούλευση με άλλους παρόχους προγραμμάτων σχετικά με τη φροντίδα σας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τον PCP σας πρέπει επίσης να λάβει προέγκριση (έγκριση εκ των προτέρων) από το πρόγραμμά μας. Ο πίνακας παροχών στο Κεφάλαιο 4 δείχνει ποιες υπηρεσίες χρειάζονται προέγκριση από το πρόγραμμα. Ο PCP σας θα επικοινωνήσει με το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) για να λάβει την απαραίτητη εξουσιοδότηση. Δεδομένου ότι ο PCP σας θα παρέχει και θα συντονίζει την ιατρική σας περίθαλψη, θα πρέπει να έχετε στείλει όλα τα προηγούμενα ιατρικά αρχεία σας στο γραφείο του PCP σας.

Πώς επιλέγετε ο PCP σας;

Όταν εγγραφείτε στο πρόγραμμά μας, θα σας ζητηθεί να επιλέξετε έναν PCP. Ο PCP που βλέπετε αυτήν τη στιγμή μπορεί να είναι ήδη μέρος του δικτύου Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Όταν υποβάλετε αίτηση για το πρόγραμμά μας, θα μάθουμε αν ο PCP σας αποτελεί μέρος του προγράμματος μας. Εάν ο γιατρός σας δεν αποτελεί μέρος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), θα πρέπει να επιλέξετε ένα νέο από το δίκτυό μας και να ορίσετε ένα ραντεβού για να δείτε αυτόν τον γιατρό το συντομότερο δυνατό.

Μπορείτε να επιλέξετε τον PCP σας από τον Κατάλογο παρόχων και φαρμακείων Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) κατά την εγγραφή σας. Για την πιο πρόσφατη λίστα παρόχων, χρησιμοποιήστε το εργαλείο αναζήτησης Εύρεση παρόχου στον ιστότοπό μας. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό χωρίς χρέωση στο πίσω μέρος αυτού του φυλλαδίου. Θα εξετάσουμε τα ονόματα των PCP στην περιοχή σας, θα σας ρωτήσουμε για άλλους γιατρούς που βλέπετε και σε ποια νοσοκομεία πηγαίνετε. Θα σας ζητηθεί να βάλετε το όνομα του PCP στην αίτηση εγγραφής σας. Μπορείτε να αλλάξετε τον PCP σας ανά πάσα στιγμή.

Αλλαγή PCP

Μπορείτε να αλλάξετε τον PCP σας για οποιονδήποτε λόγο, ανά πάσα στιγμή. Επίσης, είναι πιθανό ο PCP σας να εγκαταλείψει το δίκτυο παρόχων του προγράμματος μας και θα πρέπει να βρείτε ένα νέο PCP.

Για να αλλάξετε τον PCP, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Όταν καλείτε, φροντίστε να μας ενημερώσετε εάν επισκέπτεστε ειδικούς ή λαμβάνετε άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες που χρειάζονται την έγκριση του PCP σας (όπως υπηρεσίες υγείας στο σπίτι και ανθεκτικό ιατρικό εξοπλισμό). Οι Υπηρεσίες μελών θα σας βοηθήσουν να βεβαιωθείτε ότι μπορείτε να συνεχίσετε με την εξειδικευμένη φροντίδα και άλλες υπηρεσίες που λαμβάνετε όταν αλλάζετε τον PCP σας. Θα ελέγξουν για να βεβαιωθούν ότι ο PCP στον οποίο θέλετε να μεταβείτε δέχεται νέους ασθενείς. Οι Υπηρεσίες μελών θα αλλάξουν την εγγραφή μέλους σας για να εμφανίσουν το όνομα του νέου PCP. Η αλλαγή στον νέο PCP θα τεθεί σε ισχύ την πρώτη ημέρα του επόμενου μήνα.

Θα σας στείλουν επίσης μια νέα κάρτα μέλους που δείχνει το όνομα και τον αριθμό τηλεφώνου του νέου σας PCP.

Τμήμα 2.2 Τι είδους ιατρική περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες μπορείτε να λάβετε χωρίς παραπομπή από το PCP σας;

Μπορείτε να λάβετε τις υπηρεσίες που αναφέρονται παρακάτω χωρίς να λάβετε έγκριση εκ των προτέρων από τον PCP σας.

- Η συνήθης υγειονομική περίθαλψη των γυναικών, η οποία περιλαμβάνει εξετάσεις μαστού, μαστογραφίες (ακτινογραφίες του μαστού), τεστ Παπανικολάου και εξετάσεις της πυέλου
- Εμβόλια γρίπης, εμβολιασμοί COVID-19, εμβολιασμοί ηπατίτιδας B και εμβολιασμοί πνευμονίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

- Υπηρεσίες επείγουσας ανάγκης από παρόχους δικτύου ή από παρόχους εκτός δικτύου
- Επείγουσες υπηρεσίες που καλύπτονται από το πρόγραμμα, οι οποίες είναι υπηρεσίες που απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα και δεν είναι επείγοντα περιστατικά, εφόσον βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή είναι παράλογο, δεδομένου του χρόνου, του τόπου και των περιστάσεων, να λάβετε την εν λόγω υπηρεσία από παρόχους δικτύου με τους οποίους το πρόγραμμα συνάπτει συμβάσεις. Παραδείγματα επειγόντως αναγκαίων υπηρεσιών είναι απρόβλεπτες ασθένειες και τραυματισμοί ή απροσδόκητες εξάρσεις υφιστάμενων παθήσεων. Ωστόσο, οι ιατρικά αναγκαίες επισκέψεις ρουτίνας σε παρόχους, όπως οι ετήσιες εξετάσεις, δεν θεωρούνται επείγουσες, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή το δίκτυο του προγράμματος δεν είναι προσωρινά διαθέσιμο.
- Υπηρεσίες αιμοκάθαρσης νεφρού που λαμβάνετε σε κέντρο αιμοκάθαρσης πιστοποιημένο από το Medicare όταν βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος. Εάν είναι δυνατόν, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών πριν φύγετε από την περιοχή εξυπηρέτησης, ώστε να μπορέσουμε να σας βοηθήσουμε να κανονίσετε την αιμοκάθαρση συντήρησης ενώ λείπετε.

Τμήμα 2.3 Πώς να λάβετε φροντίδα από ειδικούς και άλλους παρόχους δικτύου

Ένας ειδικός είναι ένας γιατρός που παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για μια συγκεκριμένη ασθένεια ή μέρος του σώματος. Υπάρχουν πολλά είδη ειδικών. Ακολουθούν μερικά παραδείγματα:

- Οι ογκολόγοι φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο
- Οι καρδιολόγοι φροντίζουν ασθενείς με καρδιακές παθήσεις
- Οι ορθοπεδικοί φροντίζουν ασθενείς με ορισμένες παθήσεις των οστών, των αρθρώσεων ή των μυών

Ο PCP σας είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό των υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της παραπομπής σας σε ειδικούς και άλλους παρόχους δικτύου, ανάλογα με την περίπτωση. Δεν υπάρχει απαίτηση προηγούμενης έγκρισης για επισκέψεις γραφείου με ειδικούς δικτύου. Εάν χρειάζεστε μια διαδικασία ή μια υπηρεσία που απαιτεί προέγκριση προγράμματος, ο PCP ή ο ειδικός σας θα επικοινωνήσει μαζί μας για να λάβει την απαραίτητη προέγκριση. Οι υπηρεσίες που απαιτούν προέγκριση προγράμματος προσδιορίζονται στο Κεφάλαιο 4, Ενότητα 2.1 του παρόντος εγγράφου. Παραδείγματα υπηρεσιών που απαιτούν προέγκριση προγράμματος περιλαμβάνουν εκλεκτική (μη επείγουσα) νοσοκομειακή περίθαλψη, εισαγωγές σε ειδικευμένη νοσηλευτική εγκατάσταση και υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι.

Εάν χρειάζεστε φροντίδα μετά τις κανονικές εργάσιμες ώρες, καλέστε το PCP σας. Αυτές οι πληροφορίες αναφέρονται στην κάρτα ταυτότητας μέλους του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Εάν νομίζετε ότι πρόκειται για έκτακτη ανάγκη, ζητήστε αμέσως ιατρική βοήθεια. Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στην Ενότητα 3 (Πώς να λάβετε καλυπτόμενες υπηρεσίες όταν έχετε επείγουσα ανάγκη για φροντίδα).

Τι γίνεται αν ένας ειδικός ή άλλος πάροχος δικτύου εγκαταλείψει το πρόγραμμά μας;

Ενδέχεται να κάνουμε αλλαγές στα νοσοκομεία, τους γιατρούς και τους ειδικούς (παρόχους) που αποτελούν μέρος του προγράμματος σας κατά τη διάρκεια του έτους. Εάν ο γιατρός ή ο ειδικός σας εγκαταλείψει το πρόγραμμά σας, έχετε ορισμένα δικαιώματα και προστασίες που συνοψίζονται παρακάτω:

- Παρόλο που το δίκτυο των παρόχων μας ενδέχεται να αλλάξει κατά τη διάρκεια του έτους, πρέπει να σας παρέχουμε αδιάκοπη πρόσβαση σε πιστοποιημένους γιατρούς και ειδικούς.
- Θα σας ειδοποιήσουμε ότι ο πάροχός σας εγκαταλείπει το πρόγραμμά μας, ώστε να έχετε χρόνο να επιλέξετε νέο πάροχο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

- Εάν ο πάροχος πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή συμπεριφορικής υγείας εγκαταλείπει το πρόγραμμά μας, θα σας ειδοποιήσουμε εάν έχετε δει αυτόν τον πάροχο τα τελευταία τρία χρόνια.
- Εάν κάποιος από τους άλλους παρόχους σας εγκαταλείπει το πρόγραμμά μας, θα σας ειδοποιήσουμε εάν έχετε ανατεθεί στον πάροχο, λαμβάνετε επί του παρόντος φροντίδα από αυτόν ή τον έχετε δει τους τελευταίους τρεις μήνες.
- Θα σας βοηθήσουμε να επιλέξετε έναν νέο εξειδικευμένο πάροχο εντός δικτύου στον οποίο μπορείτε να έχετε πρόσβαση για συνεχή φροντίδα.
- Εάν υποβάλλετε επί του παρόντος σε ιατρική περίθαλψη ή θεραπείες με τον τρέχοντα πάροχό σας, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε και θα συνεργαστούμε μαζί σας για να διασφαλίσουμε ότι η ιατρικά απαραίτητη θεραπεία ή οι θεραπείες που λαμβάνετε συνεχίζονται.
- Θα σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις διάφορες περιόδους εγγραφής που έχετε στη διάθεσή σας και τις επιλογές που μπορεί να έχετε για την αλλαγή προγραμμάτων.
- Θα κανονίσουμε για οποιαδήποτε ιατρικά απαραίτητη καλυπτόμενη παροχή εκτός του δικτύου παρόχων μας, αλλά με επιμερισμό του κόστους εντός δικτύου, όταν ένας πάροχος εντός δικτύου ή μια παροχή δεν είναι διαθέσιμη ή ανεπαρκής για την κάλυψη των ιατρικών σας αναγκών. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
- Εάν διαπιστώσετε ότι ο γιατρός ή ο ειδικός σας εγκαταλείπει το πρόγραμμά σας, επικοινωνήστε μαζί μας για να σας βοηθήσουμε να βρείτε νέο πάροχο για τη διαχείριση της περίθαλψής σας.
- Εάν πιστεύετε ότι δεν σας έχουμε παράσχει έναν εξειδικευμένο πάροχο για να αντικαταστήσετε τον προηγούμενο ή ότι διαχείριση της φροντίδας σας δεν είναι η κατάλληλη, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία για την ποιότητα της περίθαλψης στο QIO, παράπονο για την ποιότητα της περίθαλψης στο πρόγραμμα ή και τα δύο. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9.

Τμήμα 2.4 Πώς να λάβετε φροντίδα από παρόχους εκτός δικτύου

Εάν χρειάζεστε εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη που το Medicare ή το Medicaid απαιτεί από το πρόγραμμά μας να καλύψει και δεν υπάρχουν πάροχοι στο δίκτυό μας που μπορούν να παρέχουν αυτήν τη φροντίδα, μπορείτε να λάβετε τη φροντίδα από έναν πάροχο εκτός δικτύου. Αυτό περιλαμβάνει τις υπηρεσίες ενός παρόχου που έχει μοναδικά προσόντα για να παρέχει τη συγκεκριμένη υπηρεσία που χρειάζεστε, καθώς και υπηρεσίες που παρέχονται σε εξειδικευμένο κέντρο ή κέντρο αριστείας (π.χ. υπηρεσίες ESRD). Δεν υπάρχουν πρόσθετοι περιορισμοί παροχών που ισχύουν εκτός του δικτύου ή της περιοχής εξυπηρέτησής μας.

Είτε εσείς είτε ο PCP σας πρέπει να επικοινωνήσετε με το πρόγραμμά μας για προέγκριση πριν ζητήσετε φροντίδα από παρόχους εκτός δικτύου. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για βοήθεια. Εάν σας δώσουμε προέγκριση για να λάβετε φροντίδα από έναν πάροχο εκτός δικτύου, θα καλύψουμε αυτές τις υπηρεσίες σαν να λάβατε τη φροντίδα από πάροχο του δικτύου.

Είναι πολύ σημαντικό να λάβετε προέγκριση από το πρόγραμμά μας πριν δείτε παρόχους εκτός δικτύου. Εάν δεν λάβετε έγκριση, το πρόγραμμά μας μπορεί να μην καλύπτει αυτές τις υπηρεσίες. Εάν ο πάροχος θέλει να επαναλάβετε τις επισκέψεις για περίθαλψη, ελέγξτε πρώτα για να βεβαιωθείτε ότι η έγκριση από το πρόγραμμά μας καλύπτει περισσότερες από μία επισκέψεις στον πάροχο εκτός δικτύου.

Σημείωση: Τα μέλη δικαιούνται να λαμβάνουν υπηρεσίες από παρόχους εκτός δικτύου για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ή υπηρεσίες που απαιτούνται επείγοντως. Επιπλέον, τα προγράμματα πρέπει να καλύπτουν υπηρεσίες

αιμοκάθαρσης για μέλη του ESRD που έχουν ταξιδέψει εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος και δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε συμβεβλημένους παρόχους ESRD.

ΤΜΗΜΑ 3 Πώς να λάβετε υπηρεσίες όταν έχετε έκτακτη ή επείγουσα ανάγκη για φροντίδα ή κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής

Τμήμα 3.1 Λήψη περίθαλψης εάν έχετε ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης

Τι είναι μια ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης και τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε;

Μια **ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης** είναι όταν εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος συνετός, μη ειδικός άνθρωπος με μέση γνώση της υγείας και της ιατρικής, πιστεύετε ότι έχετε ιατρικά συμπτώματα που απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα για να αποτρέψετε την απώλεια ζωής σας (και, εάν είστε έγκυος, την απώλεια ενός αγέννητου παιδιού), την απώλεια ενός άκρου ή τη λειτουργία ενός άκρου, ή απώλεια ή σοβαρή βλάβη της σωματικής λειτουργίας. Τα ιατρικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασθένεια, τραυματισμός, έντονος πόνος ή ιατρική πάθηση που επιδεινώνεται γρήγορα.

Εάν έχετε ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης:

- **Λάβετε βοήθεια το συντομότερο δυνατό.** Καλέστε το 911 για βοήθεια ή πηγαίνετε στο πλησιέστερο τμήμα έκτακτων περιστατικών ή νοσοκομείο. Καλέστε ασθενοφόρο εάν το χρειάζεστε. Δεν χρειάζεται να λάβετε πρώτα έγκριση ή παραπεμπτικό από το PCP σας. Δεν χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε γιατρό του δικτύου. Μπορείτε να λάβετε κάλυψη επείγουσας ιατρικής περίθαλψης όποτε τη χρειάζεστε, οπουδήποτε στις Ηνωμένες Πολιτείες ή στα εδάφη τους και από οποιονδήποτε πάροχο με κατάλληλη κρατική άδεια, ακόμη και αν δεν αποτελούν μέρος του δικτύου μας.
- **Το συντομότερο δυνατό, βεβαιωθείτε ότι το πρόγραμμά μας έχει ενημερωθεί για την έκτακτη ανάγκη σας.** Πρέπει να παρακολουθήσουμε την επείγουσα περίθαλψή σας. Εσείς ή κάποιος άλλος θα πρέπει να μας καλέσετε για να μας ενημερώσετε για την επείγουσα περίθαλψή σας, συνήθως εντός 48 ωρών. Παρακαλούμε καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό που αναγράφεται στο πίσω μέρος της κάρτας μέλους του προγράμματός σας.

Τι καλύπτεται σε περίπτωση έκτακτης ιατρικής ανάγκης;

Το πρόγραμμά μας καλύπτει υπηρεσίες ασθενοφόρων σε καταστάσεις όπου η πρόσβαση στο τμήμα έκτακτων περιστατικών με οποιονδήποτε άλλο τρόπο θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο την υγεία σας. Καλύπτουμε επίσης ιατρικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της έκτακτης ανάγκης.

Οι γιατροί που σας παρέχουν επείγουσα περίθαλψη θα αποφασίσουν πότε η κατάστασή σας είναι σταθερή και η ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης έχει λήξει.

Μετά τη λήξη της έκτακτης ανάγκης, δικαιούστε παρακολούθηση για να βεβαιωθείτε ότι η κατάστασή σας εξακολουθεί να είναι σταθερή. Οι γιατροί σας θα συνεχίσουν να σας περιθάλπουν μέχρι οι γιατροί σας να επικοινωνήσουν μαζί μας και να κάνουν προγράμματα για πρόσθετη φροντίδα. Η μετέπειτα περίθαλψή σας θα καλυφθεί από το πρόγραμμά μας. Εάν η επείγουσα περίθαλψή σας παρέχεται από παρόχους εκτός δικτύου, θα προσπαθήσουμε να κανονίσουμε ώστε οι πάροχοι δικτύου να αναλάβουν τη φροντίδα σας μόλις το επιτρέψουν η ιατρική σας κατάσταση και οι περιστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**Τι θα γινόταν αν δεν ήταν ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης;**

Μερικές φορές μπορεί να είναι δύσκολο να γνωρίζετε εάν έχετε ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Για παράδειγμα, μπορεί να πάτε για επείγουσα περίθαλψη, νομίζοντας ότι η υγεία σας βρίσκεται σε σοβαρό κίνδυνο, και ο γιατρός να πει ότι τελικά δεν ήταν ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Εάν αποδειχθεί ότι δεν ήταν επείγον, εφόσον θεωρήσατε εύλογα ότι η υγεία σας βρισκόταν σε σοβαρό κίνδυνο, θα καλύψουμε τη φροντίδα σας.

Ωστόσο, αφού ο γιατρός πει ότι δεν ήταν έκτακτη ανάγκη, θα καλύψουμε την πρόσθετη φροντίδα μόνο εάν λάβετε την πρόσθετη φροντίδα με έναν από αυτούς τους δύο τρόπους:

- Πάτε σε έναν πάροχο δικτύου για να λάβετε την πρόσθετη φροντίδα.
- – ή – Η πρόσθετη φροντίδα που λαμβάνετε θεωρηθεί «υπηρεσίες που απαιτούνται επειγόντως» και ακολουθήσετε τους κανόνες για τη λήψη αυτής της επείγουσας φροντίδας (για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτό, ανατρέξτε στην Ενότητα 3.2 παρακάτω).

Τμήμα 3.2 Λήψη περίθαλψης όταν έχετε επείγουσα ανάγκη για υπηρεσίες
Ποιες είναι οι υπηρεσίες που απαιτούνται επειγόντως;

Μια καλυπτόμενη από το πρόγραμμα υπηρεσία η οποία απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα και δεν είναι επείγον περιστατικό είναι μια υπηρεσία που απαιτείται επειγόντως εφόσον βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή είναι παράλογο, δεδομένου του χρόνου, του τόπου και των περιστάσεων, να λάβετε την εν λόγω υπηρεσία από παρόχους δικτύου με τους οποίους το πρόγραμμα συνάπτει συμβάσεις. Παραδείγματα υπηρεσιών επείγουσας ανάγκης είναι απρόβλεπτες ασθένειες και τραυματισμοί ή απροσδόκητες εξάρσεις υφιστάμενων παθήσεων. Ωστόσο, οι ιατρικά αναγκαίες επισκέψεις ρουτίνας σε παρόχους, όπως οι ετήσιες εξετάσεις, δεν θεωρούνται επείγουσες, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή το δίκτυο του προγράμματος δεν είναι προσωρινά διαθέσιμο.

Όταν οι πάροχοι δικτύου είναι προσωρινά μη διαθέσιμοι ή απρόσιτοι, η επείγουσα φροντίδα μπορεί να προσεγγιστεί χρησιμοποιώντας οποιοδήποτε διαθέσιμο κέντρο επείγουσας φροντίδας. Μπορείτε επίσης να καλέσετε τη συμβουλευτική γραμμή νοσηλευτών στον αριθμό (877) 353-0185. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλέσουν στο 711.

Το πρόγραμμά μας καλύπτει επείγουσες και έκτακτες υπηρεσίες σε όλον τον κόσμο, εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών, υπό τις ακόλουθες συνθήκες:

- Έχετε ένα όριο \$10.000 για παγκόσμια κάλυψη έκτακτης ανάγκης κάθε ημερολογιακό έτος για χρήση για επείγουσα μεταφορά, επείγουσα περίθαλψη και φροντίδα μετά τη σταθεροποίηση.
- Αυτή η παροχή περιορίζεται σε υπηρεσίες που θα ταξινομούσαν ως επείγουσα ή έκτακτη περίθαλψη, εάν η φροντίδα είχε παρασχεθεί στις Η.Π.Α.
- Εάν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη σε νοσοκομείο των Η.Π.Α. και χρειάζεστε νοσοκομειακή περίθαλψη μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, πρέπει να επιστρέψετε σε νοσοκομείο του δικτύου για να συνεχίσει να καλύπτεται η περίθαλψή σας. Ή πρέπει να φροντίσετε να εγκριθεί η νοσοκομειακή σας περίθαλψη στο νοσοκομείο εκτός δικτύου από το πρόγραμμα. Το κόστος για εσάς είναι η συμμετοχή που θα πληρώνατε σε νοσοκομείο εντός δικτύου. Ισχύει μέγιστο όριο προγράμματος.
- Μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε οι ίδιοι για τις υπηρεσίες και να υποβάλετε αίτηση αποζημίωσης.
- Οι ξένοι φόροι και τέλη (συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, των τελών μετατροπής νομίσματος ή συναλλαγής) δεν καλύπτονται. Η μεταφορά πίσω στις Η.Π.Α. από άλλη χώρα δεν καλύπτεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

- Δεν καλύπτονται η συνήθης φροντίδα και οι προγραμματισμένες ή προαιρετικές διαδικασίες.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με το αν θα πληρώσουμε για οποιεσδήποτε υπηρεσίες, έχετε το δικαίωμα να μας ρωτήσετε εάν θα τις καλύψουμε πριν τις λάβετε. Έχετε επίσης το δικαίωμα να το ζητήσετε γραπτώς. Εάν πούμε ότι δεν θα καλύψουμε την ή τις υπηρεσίες, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε ένσταση κατά της απόφασής μας να μην καλύψουμε ή να μην επιστρέψουμε τα έξοδα για τη φροντίδα σας.

Τμήμα 3.3 Λήψη περίθαλψης κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής

Εάν ο Κυβερνήτης της πολιτείας σας, ο Υπουργός Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ ή ο Πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών κηρύξει κατάσταση καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης στη γεωγραφική σας περιοχή, εξακολουθείτε να δικαιούστε φροντίδα από το πρόγραμμά σας.

Επισκεφθείτε την ακόλουθη ιστοσελίδα: SWHNY.com για πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο απόκτησης της απαραίτητης φροντίδας κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής.

Εάν δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο δικτύου κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής, το πρόγραμμά σας θα σας επιτρέψει να λάβετε φροντίδα από παρόχους εκτός δικτύου κατά τον επιμερισμό του κόστους εντός δικτύου. Εάν δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ένα φαρμακείο δικτύου κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής, ενδέχεται να μπορείτε να συμπληρώσετε τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας σε ένα φαρμακείο εκτός δικτύου. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5, Τμήμα 2.5 για περισσότερες πληροφορίες.

ΤΜΗΜΑ 4 Τι γίνεται αν χρεώνεστε απευθείας για το πλήρες κόστος των υπηρεσιών σας;**Τμήμα 4.1 Μπορείτε να μας ζητήσετε να πληρώσουμε για καλυπτόμενες υπηρεσίες**

Εάν έχετε πληρώσει για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας ή εάν έχετε λάβει λογαριασμό για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 6 (Ζητώντας μας να πληρώσουμε έναν λογαριασμό που έχετε λάβει για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα) για πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε.

Τμήμα 4.2 Τι πρέπει να κάνετε εάν οι υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας;

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) καλύπτει όλες τις ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες, όπως αναφέρονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών στο Κεφάλαιο 4 αυτού του εγγράφου. Εάν λαμβάνετε υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας ή υπηρεσίες που αποκτήθηκαν εκτός δικτύου και δεν ήταν εξουσιοδοτημένες, είστε υπεύθυνοι για την καταβολή του πλήρους κόστους των υπηρεσιών.

Για καλυπτόμενες υπηρεσίες που έχουν περιορισμό πλεονεκτημάτων, πληρώνετε επίσης το πλήρες κόστος τυχόν υπηρεσιών που λαμβάνετε αφού εξαντλήσετε το όφελός σας για αυτόν τον τύπο καλυπτόμενης υπηρεσίας. Εάν πληρώσετε για έξοδα μόλις συμπληρωθεί ένα όριο παροχών, αυτά τα έξοδα δεν θα υπολογίζονται στο μέγιστο ποσό από την τσέπη σας.

ΤΜΗΜΑ 5 Πώς καλύπτονται οι ιατρικές σας υπηρεσίες όταν βρίσκεστε σε κλινική ερευνητική μελέτη;

Τμήμα 5.1 Τι είναι μια μελέτη κλινικής έρευνας;

Μια κλινική ερευνητική μελέτη (ονομάζεται επίσης *κλινική δοκιμή*) είναι ένας τρόπος με τον οποίο οι γιατροί και οι επιστήμονες δοκιμάζουν νέους τύπους ιατρικής περίθαλψης, όπως το πόσο καλά λειτουργεί ένα νέο φάρμακο για τον καρκίνο. Ορισμένες κλινικές ερευνητικές μελέτες έχουν εγκριθεί από το Medicare. Οι κλινικές ερευνητικές μελέτες που έχουν εγκριθεί από την Medicare συνήθως ζητούν εθελοντές να συμμετάσχουν στη μελέτη.

Αφού η Medicare εγκρίνει τη μελέτη και εκφράσετε ενδιαφέρον, κάποιος που εργάζεται στη μελέτη θα επικοινωνήσει μαζί σας για να εξηγήσει περισσότερα σχετικά με τη μελέτη και να δει εάν πληροίτε τις απαιτήσεις που έχουν οριστεί από τους επιστήμονες που διεξάγουν τη μελέτη. Μπορείτε να συμμετάσχετε στη μελέτη εφόσον πληροίτε τις απαιτήσεις για τη μελέτη και κατανοήσετε και αποδεχθείτε πλήρως όσα επιφέρει η συμμετοχή σας στη μελέτη.

Εάν συμμετέχετε σε μια μελέτη εγκεκριμένη από το Medicare, το Original Medicare πληρώνει το μεγαλύτερο μέρος του κόστους για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες που λαμβάνετε ως μέρος της μελέτης. Εάν μας πείτε ότι συμμετέχετε σε μια εγκεκριμένη κλινική δοκιμή, τότε είστε υπεύθυνοι μόνο για τις εισφορές εντός δικτύου για τις υπηρεσίες αυτής της δοκιμής. Εάν πληρώσατε περισσότερα, για παράδειγμα, εάν έχετε ήδη πληρώσει το ποσό εισφοράς του Original Medicare, θα επιστρέψουμε τη διαφορά μεταξύ αυτού που πληρώσατε και της εισφοράς του κόστους εντός δικτύου. Ωστόσο, θα χρειαστεί να παράσχετε τεκμηρίωση για να αποδείξετε το ποσό που πληρώσατε. Όταν συμμετέχετε σε μια κλινική ερευνητική μελέτη, μπορείτε να παραμείνετε εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμά μας και να συνεχίσετε να λαμβάνετε την υπόλοιπη περίθαλψή σας (την περίθαλψη που δεν σχετίζεται με τη μελέτη) μέσω του προγράμματος μας.

Εάν θέλετε να συμμετάσχετε σε οποιαδήποτε κλινική ερευνητική μελέτη εγκεκριμένη από το Medicare, δεν χρειάζεται να μας ενημερώσετε ή να λάβετε έγκριση από εμάς ή τον PCP σας. Οι πάροχοι που παρέχουν την περίθαλψή σας ως μέρος της κλινικής ερευνητικής μελέτης δεν χρειάζεται να αποτελούν μέρος του δικτύου παρόχων του προγράμματος μας. Λάβετε υπόψη ότι αυτό δεν περιλαμβάνει παροχές για τις οποίες είναι υπεύθυνο το πρόγραμμά μας που περιλαμβάνουν, ως συστατικό, κλινική δοκιμή ή μητρώο για την αξιολόγηση της παροχής. Αυτές περιλαμβάνουν ορισμένες παροχές που καθορίζονται στους εθνικούς προσδιορισμούς που απαιτούν κάλυψη με ανάπτυξη τεκμηρίωσης (NCD-CED) και στις δοκιμές υπό έρευνα συσκευών (IDE) και ενδέχεται να υπόκεινται σε προέγκριση και άλλους κανόνες του προγράμματος.

Παρόλο που δεν χρειάζεται να λάβετε την άδεια του προγράμματος μας για να συμμετάσχετε σε μια κλινική ερευνητική μελέτη, που καλύπτεται για τους εγγεγραμμένους στο Medicare Advantage από το Original Medicare, σας ενθαρρύνουμε να μας ειδοποιήσετε εκ των προτέρων όταν επιλέγετε να συμμετάσχετε σε κλινικές δοκιμές εγκεκριμένες από το Medicare.

Εάν συμμετέχετε σε μια μελέτη που η Medicare δεν έχει εγκρίνει, θα είστε εσείς υπεύθυνοι για την καταβολή όλων των εξόδων για τη συμμετοχή σας στη μελέτη.

Τμήμα 5.2 Όταν συμμετέχετε σε μια μελέτη κλινικής έρευνας, ποιος πληρώνει για τι;

Αφού συμμετάσχετε σε μια κλινική ερευνητική μελέτη εγκεκριμένη από το Medicare, το Original Medicare καλύπτει τα συνήθη είδη και τις υπηρεσίες που λαμβάνετε ως μέρος της μελέτης, όπως:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

- Δωμάτιο και διατροφή για νοσηλεία στο νοσοκομείο που θα πλήρωνε η Medicare ακόμα κι αν δεν ήσασταν σε μελέτη
- Μια επέμβαση ή άλλη ιατρική διαδικασία, εάν αποτελεί μέρος της ερευνητικής μελέτης
- Θεραπεία παρενεργειών και επιπλοκών της νέας φροντίδας

Αφού το Medicare πληρώσει το μερίδιό της στο κόστος για αυτές τις υπηρεσίες, το πρόγραμμά μας θα πληρώσει το υπόλοιπο. Όπως για όλες τις καλυπτόμενες υπηρεσίες, εσείς δεν θα πληρώσετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες που λαμβάνετε στη μελέτη κλινικής έρευνας.

Όταν συμμετέχετε σε μια κλινική ερευνητική μελέτη, **ούτε το Medicare ούτε το πρόγραμμά μας θα πληρώσουν για οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:**

- Γενικά, το Medicare δεν θα πληρώσει για το νέο είδος ή την υπηρεσία που δοκιμάζει η μελέτη, εκτός εάν το Medicare θα κάλυπτε το είδος ή την υπηρεσία, ακόμη και αν δεν συμμετείχατε σε μελέτη.
- Είδη ή υπηρεσίες που παρέχονται μόνο για τη συλλογή δεδομένων και δεν χρησιμοποιούνται στην άμεση υγειονομική περίθαλψή σας. Για παράδειγμα, η Medicare δεν θα πλήρωνε για μηνιαίες αξονικές τομογραφίες που γίνονται στο πλαίσιο της μελέτης, εάν η ιατρική σας κατάσταση θα απαιτούσε κανονικά μόνο μία αξονική τομογραφία.
- Είδη και υπηρεσίες που συνήθως παρέχονται από τους χορηγούς των ερευνών δωρεάν για οποιονδήποτε εγγεγραμμένο στη δοκιμή.

Θέλετε να μάθετε περισσότερα;

Μπορείτε να λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη συμμετοχή σε μια μελέτη κλινικής έρευνας μεταβαίνοντας στον ιστότοπο Medicare για να διαβάσετε ή να κατεβάσετε τη δημοσίευση *Medicare και Κλινικές ερευνητικές μελέτες*. (Η δημοσίευση είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Μπορείτε να καλέσετε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY θα πρέπει να καλέσουν στο 1-877-486-2048.

ΤΜΗΜΑ 6 Κανόνες για τη λήψη φροντίδας σε θρησκευτικό μη ιατρικό ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης

Τμήμα 6.1 Τι είναι ένα θρησκευτικό μη ιατρικό ίδρυμα περίθαλψης;

Ένα θρησκευτικό μη ιατρικό ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης είναι μια εγκατάσταση που παρέχει φροντίδα για μια κατάσταση που κανονικά θα αντιμετωπιζόταν σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα. Εάν η λήψη φροντίδας σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα είναι αντίθετη με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός μέλους, θα παρέχουμε κάλυψη για περίθαλψη σε θρησκευτικό μη ιατρικό ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης. Η παροχή αυτή παρέχεται μόνο για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες του μέρους Α (μη ιατρικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης).

Τμήμα 6.2 Λήψη περίθαλψης από ένα θρησκευτικό μη ιατρικό ίδρυμα περίθαλψης

Για να λάβετε φροντίδα από ένα θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής φροντίδας, πρέπει να υπογράψετε ένα νομικό έγγραφο που λέει ότι είστε συνειδητά αντίθετοι στη λήψη ιατρικής περίθαλψης που δεν εξαιρείται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Χρήση του προγράμματος για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

- Η ιατρική περίθαλψη ή θεραπεία που **δεν εξαιρείται** είναι οποιαδήποτε ιατρική περίθαλψη ή θεραπεία που είναι *οικειοθελής* και *δεν απαιτείται* από κανέναν ομοσπονδιακό, πολιτειακό ή τοπικό νόμο.
- Η **εξαιρούμενη** ιατρική περίθαλψη είναι ιατρική περίθαλψη ή θεραπεία που λαμβάνετε που *δεν* είναι εθελοντική ή *απαιτείται* από την ομοσπονδιακή, πολιτειακή ή τοπική νομοθεσία.

Για να καλυφθεί από το πρόγραμμά μας, η φροντίδα που λαμβάνετε από ένα θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής φροντίδας πρέπει να πληροί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Η εγκατάσταση που παρέχει τη φροντίδα πρέπει να είναι πιστοποιημένη από το Medicare.
- Η κάλυψη των υπηρεσιών που λαμβάνετε από το πρόγραμμά μας περιορίζεται σε *μη θρησκευτικές* πτυχές της φροντίδας.
- Εάν λάβετε υπηρεσίες από αυτό το ίδρυμα που σας παρέχονται σε ένα ίδρυμα, ισχύουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις:
 - Πρέπει να έχετε μια πάθηση που θα σας επέτρεπε να λάβετε καλυπτόμενες υπηρεσίες για ενδονοσοκομειακή νοσοκομειακή περίθαλψη ή εξειδικευμένη φροντίδα σε ειδικό ίδρυμα.
 - – *και* – Πρέπει να λάβετε έγκριση εκ των προτέρων από το πρόγραμμά μας πριν γίνετε δεκτοί στη μονάδα, διαφορετικά η διαμονή σας δεν θα καλυφθεί.
 - – *και* – Η Medicare καλύπτει έως 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών. Το Medicaid καλύπτει την παραμονή σας στο νοσοκομείο πέρα από το όριο των 90 ημερών του Medicare, όπως είναι απαραίτητο από ιατρικής άποψης. Τα όρια κάλυψης περιγράφονται στην ενότητα «Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη» στον πίνακα παροχών του Κεφαλαίου 4.

Επιπλέον, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το γραφείο σας στο State Medicaid (τα στοιχεία επικοινωνίας παρατίθενται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6) για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicaid για να κατανοήσετε όλες τις επιλογές κάλυψής σας.

ΤΜΗΜΑ 7 Κανόνες ιδιοκτησίας ανθεκτικού ιατρικού εξοπλισμού

Τμήμα 7.1	Θα έχετε στην κατοχή σας τον ανθεκτικό ιατρικό εξοπλισμό αφού κάνετε έναν ορισμένο αριθμό πληρωμών στο πλαίσιο του προγράμματος μας;
------------------	---

Ο ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός (DME) περιλαμβάνει αντικείμενα όπως εξοπλισμό και προμήθειες οξυγόνου, αναπηρικά αμαξίδια, περιπατητές, συστήματα ηλεκτροκίνητων στρωμάτων, πατερίτσες, προμήθειες για διαβητικούς, συσκευές παραγωγής ομιλίας, αντλίες έγχυσης IV, νεφελοποιητές και νοσοκομειακά κρεβάτια που παραγγέλλονται από πάροχο για χρήση στο σπίτι. Το μέλος κρατά για πάντα ορισμένα αντικείμενα, όπως προσθέσεις. Σε αυτή την ενότητα, συζητάμε άλλους τύπους DME που πρέπει να νοικιάσετε.

Στο Original Medicare, οι άνθρωποι που νοικιάζουν ορισμένους τύπους DME κατέχουν τον εξοπλισμό αφού πληρώσουν συμπληρωμές για το προϊόν για 13 μήνες. Ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ωστόσο, συνήθως δεν θα αποκτήσετε την κυριότητα ενοικιαζόμενων αντικειμένων DME ανεξάρτητα από το πόσες συμπληρωμές κάνετε για το στοιχείο ενώ είστε μέλος του προγράμματος μας, ακόμα κι αν πραγματοποιήσατε έως και 12 διαδοχικές πληρωμές για το στοιχείο DME στο πλαίσιο του Original Medicare πριν εγγραφείτε στο πρόγραμμά μας. Υπό ορισμένες περιορισμένες συνθήκες, θα μεταβιβάσουμε την κυριότητα του στοιχείου DME σε εσάς. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για περισσότερες πληροφορίες.

Τι συμβαίνει με τις πληρωμές που πραγματοποιήσατε για ανθεκτικό ιατρικό εξοπλισμό εάν μεταβείτε στο Original Medicare;

Εάν δεν αποκτήσατε την κυριότητα του στοιχείου DME ενώ βρίσκεστε στο πρόγραμμά μας, θα πρέπει να κάνετε 13 νέες διαδοχικές πληρωμές αφού μεταβείτε στο Original Medicare για να αποκτήσετε το αντικείμενο. Οι πληρωμές που πραγματοποιούνται κατά την εγγραφή στο πρόγραμμά σας δεν μετράνε.

Παράδειγμα 1: Πραγματοποιήσατε 12 ή λιγότερες διαδοχικές πληρωμές για το στοιχείο στο Original Medicare και στη συνέχεια ενταχθήκατε στο πρόγραμμά μας. Οι πληρωμές που πραγματοποιήσατε στο Original Medicare δεν μετράνε. Θα πρέπει να κάνετε 13 πληρωμές στο πρόγραμμά μας πριν αποκτήσετε το αντικείμενο.

Παράδειγμα 2: Πραγματοποιήσατε 12 ή λιγότερες διαδοχικές πληρωμές για το στοιχείο στο Original Medicare και στη συνέχεια ενταχθήκατε στο πρόγραμμά μας. Ήσασταν στο πρόγραμμά μας, αλλά δεν αποκτήσατε ιδιοκτησία ενώ βρισκόσασταν στο πρόγραμμά μας. Στη συνέχεια, επιστρέφετε στο Original Medicare. Θα πρέπει να κάνετε 13 διαδοχικές νέες πληρωμές για να αποκτήσετε το στοιχείο μόλις εγγραφείτε ξανά στο Original Medicare. Όλες οι προηγούμενες πληρωμές (είτε στο πρόγραμμά μας είτε στο Original Medicare) δεν μετράνε.

Τμήμα 7.2 Κανόνες για τον εξοπλισμό οξυγόνου, τις προμήθειες και τη συντήρηση**Ποιες παροχές οξυγόνου δικαιούστε;**

Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για κάλυψη εξοπλισμού οξυγόνου Medicare, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα καλύψει:

- Ενοικίαση εξοπλισμού οξυγόνου
- Παροχή οξυγόνου και περιεκτικότητας σε οξυγόνο
- Σωληνώσεις και συναφή εξαρτήματα οξυγόνου για την παροχή οξυγόνου και περιεκτικότητας σε οξυγόνο
- Συντήρηση και επισκευή εξοπλισμού οξυγόνου

Εάν αποχωρήσετε από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ή δεν χρειάζεστε πλέον ιατρικά εξοπλισμό οξυγόνου, τότε ο εξοπλισμός οξυγόνου πρέπει να επιστραφεί.

Τι θα συμβεί εάν αποχωρήσετε από το πρόγραμμά σας και επιστρέψετε στο Original Medicare;

Το Original Medicare απαιτεί από έναν προμηθευτή οξυγόνου να σας παρέχει υπηρεσίες για πέντε χρόνια. Κατά τη διάρκεια των πρώτων 36 μηνών ενοικιάζετε τον εξοπλισμό. Τους υπόλοιπους 24 μήνες ο προμηθευτής παρέχει τον εξοπλισμό και τη συντήρηση (εξακολουθείτε να είστε υπεύθυνοι για τη συμπληρωμή οξυγόνου). Μετά από πέντε χρόνια μπορείτε να επιλέξετε να μείνετε στην ίδια εταιρεία ή να πάτε σε άλλη εταιρεία. Σε αυτό το σημείο, ο πενταετής κύκλος ξεκινά και πάλι, ακόμη και αν παραμείνετε στην ίδια εταιρεία, απαιτώντας από εσάς να πληρώσετε συμπληρωμές για τους πρώτους 36 μήνες. Εάν εγγραφείτε ή αποχωρήσετε από το πρόγραμμά μας, ο πενταετής κύκλος ξεκινά από την αρχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**ΤΜΗΜΑ 1 Κατανόηση των καλυπτόμενων υπηρεσιών**

Αυτό το κεφάλαιο παρέχει έναν πίνακα ιατρικών παροχών που απαριθμεί τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Παρακάτω σε αυτό το κεφάλαιο, μπορείτε να βρείτε πληροφορίες σχετικά με ιατρικές υπηρεσίες που δεν καλύπτονται. Εξηγεί επίσης τα όρια ορισμένων υπηρεσιών.

Τμήμα 1.1 Δεν πληρώνετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

Επειδή λαμβάνετε βοήθεια από το Medicaid, δεν πληρώνετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας, αρκεί να ακολουθείτε τους κανόνες των προγραμμάτων για να λάβετε την περίθαλψή σας. (Δείτε το Κεφάλαιο 3 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους κανόνες των προγραμμάτων για την περίθαλψή σας.)

Τμήμα 1.2 Ποιο είναι το μέγιστο ποσό που θα πληρώσετε για ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Μέρους A και Μέρους B;

Σημείωση: Επειδή τα μέλη μας λαμβάνουν επίσης βοήθεια και από τη Medicaid, πολύ λίγα μέλη συμπληρώνουν αυτό το μέγιστο ποσό συμμετοχής. Δεν ευθύνεστε για την πληρωμή ιδίων εξόδων προς συμπλήρωση του μέγιστου ποσού ιδίων εξόδων για καλυπτόμενες υπηρεσίες Μέρους A και Μέρους B.

Επειδή είστε εγγεγραμμένοι σε ένα πρόγραμμα Medicare Advantage, υπάρχει ένα όριο στο ποσό που πρέπει να πληρώνετε ως ίδια έξοδα κάθε χρόνο για ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται στο πλαίσιο του Medicare Μέρους A και Μέρους B. Αυτό το όριο ονομάζεται μέγιστο ποσό ιδίων εξόδων (maximum out-of-pocket, MOOP) για ιατρικές υπηρεσίες. Για το ημερολογιακό έτος 2025 αυτό το ποσό είναι \$9.350.

Τα ποσά που πληρώνετε για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες υπολογίζονται σε αυτό το μέγιστο ποσό ιδίων εξόδων. Τα ποσά που πληρώνετε για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ δεν υπολογίζονται στο μέγιστο ποσό ιδίων εξόδων. Επιπλέον, τα ποσά που πληρώνετε για ορισμένες υπηρεσίες δεν υπολογίζονται στο μέγιστο ποσό ιδίων εξόδων. Αυτές οι υπηρεσίες σημειώνονται με αστερίσκο (*) στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών. Εάν φτάσετε το μέγιστο ποσό ιδίων εξόδων \$9.350, δεν θα χρειαστεί να πληρώσετε κανένα κόστος ιδίων εξόδων για το υπόλοιπο του έτους για καλυπτόμενες υπηρεσίες Μέρους A και Μέρους B. Ωστόσο, πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το ασφάλιστρο Medicare Μέρους B (εκτός εάν το ασφάλιστρο του Μέρους B καταβάλλεται για εσάς από το Medicaid ή άλλο τρίτο μέρος).

ΤΜΗΜΑ 2 Χρησιμοποιήστε τον Πίνακα Ιατρικών Παροχών για να μάθετε τι καλύπτεται**Τμήμα 2.1 Οι παροχές σας σε υπηρεσίες ιατρικής, μακροχρόνιας φροντίδας ή κατ' οίκον και στην κοινότητα ως μέλος του προγράμματος**

Ο Πίνακας ιατρικών παροχών στις επόμενες σελίδες παραθέτει τις υπηρεσίες που καλύπτει το Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP). Στο Κεφάλαιο 5 παρουσιάζεται η κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Μέρους Δ. Οι υπηρεσίες που αναφέρονται στον Πίνακα ιατρικών παροχών καλύπτονται μόνο όταν πληρούνται οι ακόλουθες απαιτήσεις κάλυψης:

- Οι υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare και το Medicaid πρέπει να παρέχονται σύμφωνα με τις οδηγίες κάλυψης που καθορίζονται από το Medicare και το Medicaid.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

- Οι υπηρεσίες σας (συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής περίθαλψης, των υπηρεσιών, των προμηθειών, του εξοπλισμού και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων του Μέρους Β) *πρέπει* να είναι ιατρικά απαραίτητες. Ιατρικά απαραίτητο σημαίνει ότι οι υπηρεσίες, οι προμήθειες ή τα φάρμακα χρειάζονται για την πρόληψη, τη διάγνωση ή τη θεραπεία της ιατρικής σας πάθησης και πληρούν τα αποδεκτά πρότυπα ιατρικής πρακτικής.
- Για τους νέους εγγεγραμμένους, το σχέδιο συντονισμένης περίθαλψης MA πρέπει να παρέχει μια μεταβατική περίοδο τουλάχιστον 90 ημερών, κατά τη διάρκεια της οποίας το νέο σχέδιο MA δεν μπορεί να απαιτήσει προέγκριση για οποιαδήποτε ενεργή πορεία θεραπείας, ακόμη και αν η πορεία θεραπείας αφορούσε υπηρεσία που ξεκίνησε από πάροχο εκτός δικτύου.
- Λαμβάνετε την περίθαλψή σας από έναν πάροχο δικτύου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η περίθαλψη που λαμβάνετε από έναν πάροχο εκτός δικτύου δεν θα καλυφθεί, εκτός εάν πρόκειται για νέα ή επείγουσα περίθαλψη ή εκτός εάν το πρόγραμμά σας ή ένας πάροχος δικτύου σας έχει δώσει παραπεμπτικό. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να εξοφλήσετε πλήρως τον πάροχο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Έχετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP) που παρέχει και επιβλέπει την περίθαλψή σας.
- Ορισμένες από τις υπηρεσίες που αναφέρονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών καλύπτονται *μόνο* εάν ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος δικτύου λάβει έγκριση εκ των προτέρων (μερικές φορές ονομάζεται προέγκριση) από εμάς. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες που χρειάζονται έγκριση εκ των προτέρων επισημαίνονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών με **έντονη γραφή**.
- Εάν το πρόγραμμα συντονισμένης περίθαλψης παρέχει έγκριση αιτήματος προέγκρισης για μια πορεία θεραπείας, η έγκριση πρέπει να ισχύει για όσο χρονικό διάστημα είναι ιατρικά εύλογο και αναγκαίο για την αποφυγή διακοπής της περίθαλψης, σύμφωνα με τα ισχύοντα κριτήρια κάλυψης, το ιατρικό ιστορικό σας και τις συστάσεις του θεράποντος παρόχου.

Άλλα σημαντικά πράγματα που πρέπει να γνωρίζετε για την κάλυψή μας:

- Καλύπτεστε τόσο από το Medicare όσο και από το Medicaid. Το Medicare καλύπτει την υγειονομική περίθαλψη και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Το Medicaid καλύπτει τον επιμερισμό του κόστους σας για τις υπηρεσίες Medicare, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών νοσοκομειακής νοσηλείας και των υπηρεσιών νοσηλείας στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Το Medicaid καλύπτει επίσης υπηρεσίες που δεν καλύπτει το Medicare, όπως μακροχρόνια περίθαλψη, μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, υπηρεσίες στο σπίτι και στην κοινότητα ή άλλες υπηρεσίες μόνο Medicaid.
- Όπως όλα τα προγράμματα υγείας Medicare, καλύπτουμε όλα όσα καλύπτει το Original Medicare. (Αν θέλετε να μάθετε περισσότερα σχετικά με την κάλυψη και το κόστος του Original Medicare, ανατρέξτε στο εγχειρίδιο *Medicare & You 2025*. Είναι διαθέσιμο διαδικτυακά στη διεύθυνση www.medicare.gov ή μπορείτε να ζητήσετε αντίγραφο καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY θα πρέπει να καλέσουν στο 1-877-486-2048.)
- Για όλες τις προληπτικές υπηρεσίες που καλύπτονται χωρίς κόστος από το Original Medicare, καλύπτουμε επίσης την υπηρεσία χωρίς κόστος για εσάς.
- Εάν το Medicare προσθέσει κάλυψη για οποιεσδήποτε νέες υπηρεσίες κατά τη διάρκεια του 2025, είτε η Medicare είτε το πρόγραμμά μας θα καλύψουν αυτές τις υπηρεσίες.
- Επειδή λαμβάνετε βοήθεια από το Medicaid, δεν πληρώνετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας, αρκεί να ακολουθείτε τους κανόνες του προγράμματος για να λάβετε τη φροντίδα σας. Αυτό σημαίνει ότι για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες, δεν θα χρειαστεί να πληρώσετε καμία συμμετοχή (χωρίς συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό). Ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), συντονίζουμε τις υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare και τις υπηρεσίες Medicaid, καθώς καλύπτονται και τα δύο από το πρόγραμμά μας. Οι παρακάτω πληροφορίες παροχών περιλαμβάνουν υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare και το Medicaid.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

- Εάν βρίσκεστε εντός της περιόδου 6 μηνών του προγράμματος μας που θεωρείται συνεχιζόμενη ιδιότητα δικαιούχου, θα συνεχίσουμε να παρέχουμε όλες τις παροχές Medicare που καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicare Advantage. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος, δεν θα συνεχίσουμε να καλύπτουμε τις παροχές Medicaid που περιλαμβάνονται στο ισχύον κρατικό πρόγραμμα Medicaid ούτε θα πληρώσουμε τα ασφάλιστρα Medicare ή τον επιμερισμό του κόστους για τα οποία διαφορετικά θα ήταν υπεύθυνη η πολιτεία εάν δεν χάνατε την ιδιότητα του δικαιούχου για το Medicaid. Το ποσό που καταβάλλετε για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες Medicare μπορεί να αυξηθεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

Δεν πληρώνετε τίποτα για τις υπηρεσίες που αναφέρονται στον Πίνακα Παροχών, εφόσον πληροίτε τις απαιτήσεις κάλυψης που περιγράφονται παραπάνω.

Σημαντικές πληροφορίες παροχών για εγγεγραμμένους που πληρούν τις προϋποθέσεις για «Επιπλέον βοήθεια»:

- Το πρόγραμμα Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) συμμετέχει στο μοντέλο σχεδίασης ασφάλισης με βάση την αξία (Value Based Insurance Design, VBID). Το μοντέλο VBID επιτρέπει στο Medicare να δοκιμάσει νέους τρόπους βελτίωσης των προγραμμάτων Medicare Advantage. Ως μέρος του μοντέλου VBID, το πρόγραμμα Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) προσφέρει εξάλειψη της συμμετοχής για τα φάρμακα Μέρους Δ. Τα μέλη που λαμβάνουν «Επιπλέον βοήθεια» θα έχουν μειωμένη συμμετοχή (\$0) σε όλα τα φάρμακα του Μέρους Δ, σε όλες τις φάσεις κάλυψης. Για περισσότερες πληροφορίες, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτή την παροχή ή με το πώς θα σας βοηθήσει.

Σημαντικές πληροφορίες παροχών για εγγεγραμμένους με χρόνιες παθήσεις

- Εάν διαγνωστείτε με κάποια από τις ακόλουθες χρόνιες παθήσεις που προσδιορίζονται παρακάτω και πληροίτε ορισμένα κριτήρια, ενδέχεται να δικαιούστε ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες.
 - Χρόνια εξάρτηση από το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά,
 - Αυτοάνοσες διαταραχές,
 - Καρκίνος,
 - Καρδιαγγειακές διαταραχές,
 - Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια,
 - Άνοια,
 - Διαβήτης,
 - Ηπατική νόσος τελικού σταδίου.
 - Νεφροπάθεια τελικού σταδίου (ESRD),
 - Σοβαρές αιματολογικές διαταραχές,
 - HIV/AIDS,
 - Χρόνιες πνευμονικές διαταραχές,
 - Χρόνιες και αναπηρικές ψυχικές νόσοι,
 - Νευρολογικές διαταραχές και
 - Εγκεφαλικό

Θα σας βοηθήσουμε με την πρόσβαση σε αυτές τις παροχές. Μπορείτε να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή τον Συντονιστή Φροντίδας για να ξεκινήσετε το αίτημά σας ή να λάβετε πρόσθετες πληροφορίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

Σημείωση: Υποβάλλοντας αίτηση για αυτή την παροχή, εξουσιοδοτείτε τους εκπροσώπους του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) να επικοινωνήσουν μαζί σας μέσω τηλεφώνου, ταχυδρομείου ή οποιονδήποτε άλλων μεθόδων επικοινωνίας, όπως περιγράφεται ρητά στην αίτησή σας.

- Ανατρέξτε στη σειρά *Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για τους χρονίως πάσχοντες* στον παρακάτω Πίνακα Ιατρικών Παροχών για περισσότερες λεπτομέρειες.
- Επικοινωνήστε μαζί μας για να μάθετε ακριβώς ποιες παροχές μπορεί να δικαιούστε.



Θα δείτε αυτό το μήλο δίπλα στις προληπτικές υπηρεσίες στον πίνακα παροχών.

Πίνακας Ιατρικών Παροχών

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Έλεγχος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής* Άπαξ υπερηχογράφημα ελέγχου για άτομα που διατρέχουν κίνδυνο. Το πρόγραμμα καλύπτει αυτόν τον διαγνωστικό έλεγχο μόνο εάν έχετε ορισμένους παράγοντες κινδύνου και εάν λάβετε παραπεμπτικό γι' αυτό από τον γιατρό σας, τον βοηθό ιατρού, τον νοσηλευτή ή τον εξειδικευμένο κλινικό νοσηλευτή.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για τα μέλη που πληρούν τις προϋποθέσεις για αυτόν τον προληπτικό έλεγχο.
	Βελονισμός για χρόνια οσφυαλγία Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: Έως και 12 επισκέψεις σε 90 ημέρες καλύπτονται για τους δικαιούχους του Medicare στις ακόλουθες περιπτώσεις: Για τους σκοπούς αυτής της παροχής, η χρόνια οσφυαλγία ορίζεται ως: • διάρκειας 12 εβδομάδων ή περισσότερο, • μη ειδική, δεδομένου ότι δεν έχει αναγνωρίσιμη συστηματική αιτία (δηλ. δεν σχετίζεται με μεταστατική, φλεγμονώδη, μολυσματική ασθένεια κ.λπ.), • δεν σχετίζεται με χειρουργική επέμβαση, και • δεν σχετίζεται με εγκυμοσύνη. Επιπλέον οκτώ συνεδρίες θα καλυφθούν για ασθενείς που παρουσιάζουν βελτίωση. Δεν μπορούν να χορηγηθούν περισσότερες από 20 θεραπείες βελονισμού ετησίως. Η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται εάν ο ασθενής δεν παρουσιάζει βελτίωση ή έχει υποτροπή. Απαιτήσεις παρόχου:	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπόμενο ποσό για υπηρεσίες βελονισμού που καλύπτονται από το Medicare.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Βελονισμός για χρόνια οσφυαλγία (συνέχεια) Οι ιατροί (όπως ορίζονται στο 1861(r)(1) του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης (ο νόμος)) μπορούν να παρέχουν βελονισμό σύμφωνα με τις ισχύουσες πολιτειακές απαιτήσεις. Οι βοηθοί ιατρών (PA), οι νοσηλευτές (NPs) / κλινικοί νοσηλευτές (CNS) (όπως προσδιορίζονται στο 1861 (aa) (5) του νόμου) και το βοηθητικό προσωπικό μπορούν να παρέχουν βελονισμό εάν πληρούν όλες τις ισχύουσες πολιτειακές απαιτήσεις και έχουν: • μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα στον βελονισμό ή την Ανατολική Ιατρική από σχολή διαπιστευμένη από την Επιτροπή Διαπίστευσης για τον Βελονισμό και την Ανατολική Ιατρική (ACAOM), και • τρέχουσα, πλήρη, ενεργή και απεριόριστη άδεια άσκησης βελονισμού σε μια Πολιτεία, Επικράτεια ή Κοινοπολιτεία (π.χ. Πουέρτο Ρίκο) των Ηνωμένων Πολιτειών ή Περιφέρεια της Κολούμπια. Το βοηθητικό προσωπικό που παρέχει βελονισμό πρέπει να βρίσκεται υπό το κατάλληλο επίπεδο επίβλεψης ιατρού, PA ή NP / CNS που απαιτείται από τους κανονισμούς μας στο 42 CFR §§ 410.26 και 410.27	
	Υπηρεσίες βελονισμού (συμπληρωματικές)* Επιπλέον, το Senior Whole Health of New York NHC προσφέρει 30 ακόμη θεραπείες βελονισμού ετησίως. Οι συμπληρωματικές υπηρεσίες βελονισμού καλύπτονται όταν καθορίζονται ως ιατρικά αποδεκτό πρότυπο περίθαλψης για: ◦ Κεφαλαλγία, πόνο στις αρθρώσεις ισχίου ή γόνατος που σχετίζεται με οστεοαρθρίτιδα (OA), ή άλλο πόνο στις αρθρώσεις των άκρων όταν είναι χρόνιος και δεν ανταποκρίνεται στην τυπική ιατρική περίθαλψη, σύνδρομο πόνου που αφορούν τις αρθρώσεις και τους σχετικούς μαλακούς ιστούς, μυοσκελετικός λαιμός και πόνος στην πλάτη, ναυτία που σχετίζεται με χημειοθεραπεία, μετεγχειρητική ναυτία και ναυτία που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη ◦ Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες βελονισμού δεν περιλαμβάνουν υπηρεσίες για τη θεραπεία του άσθματος ή του εθισμού (συμπεριλαμβανομένης, χωρίς περιορισμό, της διακοπής του καπνίσματος)	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Υπηρεσίες ασθενοφόρου Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες ασθενοφόρου, για κατάσταση έκτακτης ή μη έκτακτης ανάγκης, περιλαμβάνουν ασθενοφόρο αεροπλάνο, ασθενοφόρο ελικόπτερο και επίγειο ασθενοφόρο για μεταφορά στο πλησιέστερο κατάλληλο ίδρυμα που μπορεί να παρέχει περίθαλψη μόνο εάν παρέχονται σε μέλος του οποίου η ιατρική κατάσταση είναι τέτοια που άλλα μέσα μεταφοράς θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου ή εάν επιτρέπεται από το πρόγραμμα. Εάν οι καλυπτόμενες υπηρεσίες ασθενοφόρων δεν είναι για κατάσταση έκτακτης ανάγκης, θα πρέπει να τεκμηριώνεται ότι η κατάσταση του μέλους είναι τέτοια που άλλα μέσα μεταφοράς θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου και ότι η μεταφορά με ασθενοφόρο απαιτείται ιατρικά.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Απαιτείται προέγκριση μόνο για μη επείγουσα χρήση ασθενοφόρου. Εάν χρειάζεστε επείγουσα περίθαλψη, καλέστε στο 911 και ζητήστε ασθενοφόρο.
	Ετήσια επίσκεψη ευεξίας* Εάν έχετε το Μέρος B για περισσότερο από 12 μήνες, μπορείτε να λάβετε μια ετήσια επίσκεψη ευεξίας για να αναπτύξετε ή να επικαιροποιήσετε ένα εξατομικευμένο σχέδιο πρόληψης με βάση την τρέχουσα κατάσταση της υγείας σας και τους παράγοντες κινδύνου. Αυτή η επίσκεψη καλύπτεται μία φορά κάθε 12 μήνες. Σημείωση: Η πρώτη σας ετήσια επίσκεψη ευεξίας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί εντός 12 μηνών από την επίσκεψη πρόληψής σας «Καλωσήρθατε στο Medicare». Ωστόσο, δεν χρειάζεται να έχετε κάνει μια επίσκεψη «Καλωσήρθατε στο Medicare» για να καλύπτεστε για ετήσιες επισκέψεις ευεξίας αφού είχατε το Μέρος B για 12 μήνες.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για την ετήσια επίσκεψη ευεξίας.
	Μέτρηση οστικής μάζας* Για άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις (γενικά, αυτό σημαίνει άτομα που κινδυνεύουν να χάσουν οστική μάζα ή διατρέχουν κίνδυνο οστεοπόρωσης), οι ακόλουθες υπηρεσίες καλύπτονται κάθε 24 μήνες ή συχνότερα εάν είναι ιατρικά απαραίτητο: διαδικασίες για τον προσδιορισμό της οστικής μάζας, την ανίχνευση οστικής απώλειας ή τον προσδιορισμό της ποιότητας των οστών, συμπεριλαμβανομένης της ερμηνείας των αποτελεσμάτων από γιατρό.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τη μέτρηση οστικής μάζας που καλύπτεται από το Medicare.
	Έλεγχος καρκίνου του μαστού (μαστογραφίες)* Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: • Μία μαστογραφία κατά την έναρξη μεταξύ των ηλικιών 35 και 39 • Μία μαστογραφία κάθε 12 μήνες για γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για καλυμμένες μαστογραφίες προσυμπτωματικού ελέγχου.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Έλεγχος καρκίνου του μαστού (μαστογραφίες)* (συνέχεια) Κλινικές εξετάσεις μαστού μία φορά κάθε 24 μήνες Η μαστογραφία προσυμπτωματικού ελέγχου χρησιμοποιείται για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Μόλις διαπιστωθεί το ιστορικό καρκίνου του μαστού και έως ότου δεν υπάρχουν πλέον σημεία ή συμπτώματα καρκίνου του μαστού, οι συνεχιζόμενες μαστογραφίες θεωρούνται διαγνωστικές και καλύπτονται από τις «Διαγνωστικές εξετάσεις εξωτερικών ασθενών και θεραπευτικές υπηρεσίες και προμήθειες» σε αυτόν τον πίνακα. Η ετήσια παροχή μαστογραφίας δεν είναι διαθέσιμη για μέλη που έχουν ενδείξεις ή συμπτώματα καρκίνου του μαστού.	
	Υπηρεσίες καρδιακής αποκατάστασης Ολοκληρωμένα προγράμματα υπηρεσιών καρδιακής αποκατάστασης που περιλαμβάνουν άσκηση, εκπαίδευση και συμβουλευτική καλύπτονται για μέλη που πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις με εντολή γιατρού. Το πρόγραμμα καλύπτει επίσης εντατικά προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης που είναι συνήθως πιο αυστηρά ή πιο έντονα από τα απλά προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Επίσκεψη μείωσης του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου (θεραπεία για καρδιαγγειακές παθήσεις)* Καλύπτουμε μία επίσκεψη ετησίως με τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης για να σας βοηθήσουμε να μειώσετε τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Κατά τη διάρκεια αυτής της επίσκεψης, ο γιατρός σας μπορεί να συζητήσει τη χρήση ασπιρίνης (εάν χρειάζεται), να ελέγξει την αρτηριακή σας πίεση και να σας δώσει συμβουλές για να βεβαιωθείτε ότι τρώτε υγιεινά.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για την προληπτική παροχή εντατικής συμπεριφορικής θεραπείας καρδιαγγειακής νόσου.
	Έλεγχος καρδιαγγειακών παθήσεων* Εξετάσεις αίματος για την ανίχνευση καρδιαγγειακής νόσου (ή ανωμαλιών που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου) μία φορά κάθε 5 χρόνια (60 μήνες).	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για εξετάσεις καρδιαγγειακών παθήσεων που καλύπτονται μία φορά κάθε 5 χρόνια.
	Έλεγχος καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του κόλπου* Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: Για όλες τις γυναίκες: Τα τεστ Παπανικολάου και οι πυελικές εξετάσεις καλύπτονται μία φορά κάθε 24 μήνες	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για προληπτικές εξετάσεις Παπανικολάου και πύελου που καλύπτονται από το Medicare.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Έλεγχος καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του κόλπου* (συνέχεια) Εάν διατρέχετε υψηλό κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του κόλπου ή είστε σε αναπαραγωγική ηλικία και έχετε κάνει ένα μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου τα τελευταία 3 χρόνια: ένα τεστ Παπανικολάου κάθε 12 μήνες	
	Υπηρεσίες χειροπρακτικής (καλύπτονται από το Medicare) Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: Χειρωνακτικό χειρισμό της σπονδυλικής στήλης για τη διόρθωση του υπεξαρθρήματος	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Έλεγχος καρκίνου του παχέος εντέρου* Καλύπτονται οι ακόλουθες εξετάσεις ελέγχου: • Η κολονοσκόπηση δεν έχει ελάχιστο ή μέγιστο όριο ηλικίας και καλύπτεται μία φορά κάθε 120 μήνες (10 έτη) για ασθενείς που δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ή 48 μήνες μετά από προηγούμενη σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο όργανο για ασθενείς που δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου και μία φορά κάθε 24 μήνες για ασθενείς υψηλού κινδύνου μετά από προηγούμενη κολονοσκόπηση ή βαριούχο υποκλυσμό. • Σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο όργανο για ασθενείς ηλικίας 45 ετών και άνω. Μία φορά κάθε 120 μήνες για ασθενείς που δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αφού ο ασθενής υποβλήθηκε σε κολονοσκόπηση. Μία φορά κάθε 48 μήνες για ασθενείς υψηλού κινδύνου από την τελευταία σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο όργανο ή τον αγωγό βαρίου. • Έλεγχος απόκρυψης αίματος κοπράνων για ασθενείς ηλικίας 45 ετών και άνω. Μία φορά κάθε 12 μήνες. • DNA κοπράνων πολλαπλών στόχων για ασθενείς ηλικίας 45 έως 85 ετών που δεν πληρούν τα κριτήρια υψηλού κινδύνου. Μία φορά κάθε 3 χρόνια. • Αιματολογικές εξετάσεις βιοδεικτών για ασθενείς ηλικίας 45 έως 85 ετών που δεν πληρούν κριτήρια υψηλού κινδύνου. Μία φορά κάθε 3 χρόνια. • Βαριούχος υποκλυσμός ως εναλλακτική λύση στην κολονοσκόπηση για ασθενείς υψηλού κινδύνου και 24 μήνες από την τελευταία εξέταση βαρίου υποκλυσμού ή την τελευταία κολονοσκόπηση. • Βαριούχος υποκλυσμός ως εναλλακτική λύση στη σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο όργανο για ασθενείς που δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο, ηλικίας 45 ετών και άνω. Μία φορά τουλάχιστον 48 μήνες μετά τον τελευταίο έλεγχο βαριούχου υποκλυσμού ή σιγμοειδοσκόπησης ελέγχου με εύκαμπτο όργανο. Οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν μια κολονοσκόπηση ελέγχου μετά από μια μη επεμβατική εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του παχέος εντέρου που καλύπτεται από το Medicare και επιστρέφει θετικό αποτέλεσμα.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για εξέταση ελέγχου καρκίνου του παχέος εντέρου που καλύπτεται από το Medicare, εξαιρουμένων των βαριούχων υποκλυσμών, για τους οποίους ισχύει συνασφάλιση. Εάν ο γιατρός σας βρει και αφαιρέσει έναν πολύποδα ή άλλο ιστό κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης ή της σιγμοειδοσκόπησης με εύκαμπτο όργανο, η εξέταση ελέγχου μετατρέπεται σε διαγνωστική εξέταση.
	Οδοντιατρικές υπηρεσίες Γενικά, οι προληπτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες (όπως καθαρισμός, συνήθειες οδοντιατρικές εξετάσεις και οδοντιατρικές ακτινογραφίες) δεν	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για τα μέλη που

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Οδοντιατρικές υπηρεσίες (συνέχεια) καλύπτονται από το Original Medicare. Ωστόσο, το Medicare πληρώνει επί του παρόντος για οδοντιατρικές υπηρεσίες σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων, ιδίως όταν η υπηρεσία αυτή αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ειδικής θεραπείας της πρωτογενούς ιατρικής κατάστασης ενός δικαιούχου. Μερικά παραδείγματα περιλαμβάνουν την ανακατασκευή της γνάθου μετά από κάταγμα ή τραυματισμό, εξαγωγές δοντιών που έγιναν στο πλαίσιο της προετοιμασίας για ακτινοθεραπεία για καρκίνο που περιλαμβάνει τη γνάθο ή στοματικές εξετάσεις πριν από μεταμόσχευση νεφρού.	δικαιούνται αυτές τις υπηρεσίες. Μπορεί να απαιτείται προέγκριση για ολοκληρωτική οδοντιατρική.
	Οδοντιατρικές υπηρεσίες (συμπληρωματικές)* Έχουμε συνάψει συνεργασία με έναν προμηθευτή για την παροχή ολοκληρωμένης οδοντιατρικής κάλυψης που ευθυγραμμίζεται με τις υπηρεσίες που προσφέρονται από το Medicaid της Πολιτείας της Νέας Υόρκης. Οι υπηρεσίες θα καλύπτονται όταν λαμβάνονται από συνεργαζόμενο πάροχο μέσω του δικτύου των προμηθευτών μας. Οι οδοντιατρικές σας παροχές περιλαμβάνουν υπηρεσίες διάγνωσης, πρόληψης και αποκατάστασης, ενδοδοντική, περιοδοντολογία, προσθετικά μέρη (αφαιρούμενα), προσθετικά μέρη (σταθερά), γναθοπροσωπικά προσθετικά μέρη, υπηρεσίες εμφυτευμάτων, στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική και συμπληρωματικές γενικές υπηρεσίες. Για πλήρη κατάλογο των υπηρεσιών επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm και επιλέξτε Updated Fee Schedule (Επικαιροποιημένο χρονοδιάγραμμα αμοιβών). Οι κωδικοί που παρατίθενται στον παραπάνω σύνδεσμο του πίνακα παροχών ενδέχεται να επικαιροποιηθούν από την Αμερικανική Οδοντιατρική Ένωση (American Dental Association, ADA) κατά τη διάρκεια του έτους. Εάν έχετε κάποια ερώτηση σχετικά με έναν οδοντιατρικό κωδικό ADA, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Τον αριθμό τηλεφώνου του θα τον βρείτε στο πίσω μέρος της κάρτας ταυτότητας μέλους του προγράμματός σας. Ορισμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες ενδέχεται να χρειάζονται προέγκριση και πρέπει να είναι ιατρικά απαραίτητες. Ο πάροχός σας θα διεκπεραιώσει τυχόν απαιτούμενες εγκρίσεις του προγράμματος για εσάς. Σημείωση: Η παραπάνω κάλυψη είναι για τη Συμπληρωματική οδοντιατρική παροχή Medicare. Η διαχείριση για την οδοντιατρική παροχή	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να το κόστος να βαρύνει εσάς εάν μια υπηρεσία δεν καλύπτεται ή εάν υπερβείτε το μέγιστο επιτρεπόμενο ποσό. Ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί και εξαιρέσεις. Οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες μόνο όταν παρέχονται από συμβεβλημένους οδοντιάτρους εντός δικτύου. Εάν λαμβάνετε περίθαλψη από οδοντιατρικό πάροχο εκτός δικτύου, πρέπει να πληρώσετε για την περίθαλψή σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Οδοντιατρικές υπηρεσίες (συμπληρωματικές)* (συνέχεια) New York Medicaid Dental Benefit γίνεται επίσης από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Επικοινωνήστε με το πρόγραμμα για τυχόν ερωτήσεις σχετικά με αυτή την παροχή Medicaid.	
	Έλεγχος κατάθλιψης* Καλύπτουμε μία συνεδρία ελέγχου για κατάθλιψη ανά έτος. Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης που μπορεί να παρέχει θεραπεία παρακολούθησης ή/και παραπομπές.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για μια ετήσια επίσκεψη ελέγχου κατάθλιψης.
	Έλεγχος διαβήτη* Καλύπτουμε αυτόν τον έλεγχο (περιλαμβάνει εξετάσεις γλυκόζης νηστείας) εάν έχετε οποιονδήποτε από τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου: υψηλή αρτηριακή πίεση (υπέρταση), ιστορικό μη φυσιολογικών επιπέδων χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων (δυσλιπιδαιμία), παχυσαρκία ή ιστορικό υψηλού σακχάρου στο αίμα (γλυκόζη). Οι εξετάσεις μπορούν επίσης να καλυφθούν εάν πληροίτε άλλες απαιτήσεις, όπως το υπερβολικό βάρος και το οικογενειακό ιστορικό διαβήτη. Ενδέχεται να δικαιούστε έως δύο ελέγχου διαβήτη κάθε 12 μήνες μετά την ημερομηνία της πιο πρόσφατης εξέτασης ελέγχου διαβήτη.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για τις εξετάσεις ελέγχου διαβήτη που καλύπτονται από το Medicare.
	Εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης διαβήτη, υπηρεσίες και αναλώσιμα διαβήτη* Για όλα τα άτομα που έχουν διαβήτη (χρήστες ινσουλίνης και μη ινσουλίνης). Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: • Αναλώσιμα για την παρακολούθηση της γλυκόζης στο αίμα σας: Μετρητής γλυκόζης αίματος, ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος, συσκευή τρυπήματος δακτύλου και βελόνες τρυπήματος και διαλύματα ελέγχου γλυκόζης για τον έλεγχο της ακρίβειας των ταινιών μέτρησης και των μετρητών. ◦ Μετρητές γλυκόζης αίματος (σακχάρου) ◦ Καλύπτεται όταν ο γιατρός σας συνταγογραφεί για χρήση στο σπίτι σας. ◦ Οι μετρητές γλυκόζης αίματος προτιμώμενης επωνυμίας δεν χρειάζονται προέγκριση. ◦ Ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος (σακχάρου) ◦ Οι ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος προτιμώμενης επωνυμίας δεν χρειάζονται προέγκριση.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Οι προμήθειες καλύπτονται όταν έχετε συνταγή και την εκτελέσετε σε ένα φαρμακείο λιανικής πώλησης δικτύου ή μέσω του προγράμματος Mail Service Pharmacy. Ανατρέξτε στην «Περίθαλψη όρασης» σε αυτόν τον πίνακα για ιατρικές υπηρεσίες εάν χρειάζεστε οφθαλμολογική εξέταση για διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια ή έλεγχο γλαυκώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης διαβήτη, υπηρεσίες και αναλώσιμα διαβήτη* (συνέχεια) - Μπορεί να περιορίζεται σε προμήθεια 30 ημερών ανά εκτέλεση συνταγής. - Ινσουλίνη - Δεν καλύπτεται από το Medicare Μέρους Β. Μπορεί να καλύπτεται από το Medicare Μέρους Δ. - Εάν χρησιμοποιείτε εξωτερική αντλία ινσουλίνης, η ινσουλίνη και η αντλία μπορεί να καλύπτονται ως ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός (DME). Ωστόσο, οι προμηθευτές αντλιών ινσουλίνης ενδέχεται να μην παρέχουν ινσουλίνη. - Συσκευές τρυπήματος δακτύλου και βελόνες - Διαλύματα ελέγχου γλυκόζης για τον έλεγχο της ακρίβειας των ταινιών μέτρησης και των μετρητών. - Για άτομα με διαβήτη που έχουν σοβαρή νόσο διαβητικού ποδιού: Ένα ζευγάρι ανά ημερολογιακό έτος θεραπευτικών υποδημάτων κατά παραγγελία (συμπεριλαμβανομένων των ενθέτων που παρέχονται με τέτοια παπούτσια) και δύο επιπλέον ζεύγη ενθέτων ή ένα ζευγάρι υποδημάτων βάθους και τρία ζεύγη ενθέτων (μη συμπεριλαμβανομένων των μη προσαρμοσμένων αφαιρούμενων ενθέτων που παρέχονται με τέτοια παπούτσια). Η κάλυψη περιλαμβάνει εφαρμογή. - Η εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης του διαβήτη καλύπτεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις.	Ανατρέξτε στις «Υπηρεσίες ποδιατρικής» σε αυτό το διάγραμμα εάν είστε διαβητικός και πρέπει να δείτε έναν γιατρό για εξέταση ποδιών. Ανατρέξτε στην «Ιατρική διατροφική θεραπεία» σε αυτό το διάγραμμα εάν είστε διαβητικός και χρειάζεστε υπηρεσίες ιατρικής διατροφικής θεραπείας (MNT). Μπορεί να απαιτείται προέγκριση προμηθειών διαβήτη, παπουτσιών για διαβητικούς και ενθέτων. Δεν απαιτείται προέγκριση για τον προτιμώμενο κατασκευαστή. Δεν απαιτείται προέγκριση για την εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης του διαβήτη που καλύπτεται από το Medicare.
	Διαρκής ιατρικός εξοπλισμός (DME) και συναφή εφόδια (Για τον ορισμό του ανθεκτικού ιατρικού εξοπλισμού, βλέπε κεφάλαιο 12 καθώς και κεφάλαιο 3, ενότητα 7 του παρόντος εγγράφου.) Τα καλυπτόμενα αντικείμενα περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων: αναπηρικά αμαξίδια, πατερίτσες, συστήματα ηλεκτροκίνητων στρωμάτων, διαβητικές προμήθειες, νοσοκομειακά κρεβάτια που έχουν παραγγελθεί από πάροχο για χρήση στο σπίτι, αντλίες έγχυσης IV, συσκευές παραγωγής ομιλίας, εξοπλισμό οξυγόνου, νεφελοποιητές και περιπατητές. Καλύπτουμε όλα τα ιατρικά απαραίτητα DME που καλύπτονται από το Original Medicare. Εάν ο προμηθευτής μας στην περιοχή σας δεν διαθέτει κάποια συγκεκριμένη μάρκα ή κατασκευαστή, μπορείτε να τους ρωτήσετε	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση. Δεν απαιτείται προέγκριση για τον προτιμώμενο κατασκευαστή.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Διαρκής ιατρικός εξοπλισμός (DME) και συναφή εφόδια (συνέχεια) εάν μπορούν να το παραγγείλουν ειδικά για εσάς. Ο πιο πρόσφατος κατάλογος προμηθευτών είναι διαθέσιμος στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση SWHNY.com. Γενικά, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) καλύπτει κάθε DME που καλύπτεται από το Original Medicare από τις επωνυμίες και τους παρασκευαστές αυτού του καταλόγου. Δεν θα καλύψουμε άλλες επωνυμίες και παρασκευαστές, εκτός εάν ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος μας πει ότι η επωνυμία είναι κατάλληλη για τις ιατρικές σας ανάγκες. Ωστόσο, εάν είστε νέος στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) και χρησιμοποιείτε επωνυμία DME που δεν περιλαμβάνεται στον κατάλόγό μας, θα συνεχίσουμε να σας καλύπτουμε αυτή την επωνυμία για έως και 90 ημέρες. Κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος, θα πρέπει να μιλήσετε με τον γιατρό σας για να αποφασίσετε ποια επωνυμία είναι ιατρικά κατάλληλη για εσάς μετά από αυτή την περίοδο των 90 ημερών. (Εάν διαφωνείτε με το γιατρό σας, μπορείτε να του ζητήσετε να σας παραπέμψει για μια δεύτερη γνώμη). Εάν εσείς (ή ο πάροχός σας) δεν συμφωνείτε με την απόφαση κάλυψης του προγράμματος, εσείς ή ο πάροχός σας μπορείτε να υποβάλετε ένσταση. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε ένσταση εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση του παρόχου σας σχετικά με το ποιο προϊόν ή επωνυμία είναι κατάλληλο για την πάθησή σας. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις ενστάσεις, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 8 [Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή καταγγελία (αποφάσεις κάλυψης, ενστάσεις, καταγγελίες)].	
	Επείγουσα περίθαλψη Η επείγουσα περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες που: • Παρέχονται από πάροχο εξουσιοδοτημένο να παρέχει υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, και • Απαιτούνται για την αξιολόγηση ή τη σταθεροποίηση μιας επείγουσας ιατρικής κατάστασης. Μια ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης είναι όταν εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος συνेतός, μη ειδικός άνθρωπος με μέση γνώση της υγείας και της ιατρικής, πιστεύετε ότι έχετε ιατρικά συμπτώματα που απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα για να αποτρέψετε την απώλεια ζωής σας (και, εάν είστε έγκυος, την απώλεια ενός αγέννητου παιδιού), την απώλεια ενός άκρου ή	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Εάν κάνετε εισαγωγή σε νοσοκομείο, θα πληρώσετε για από κοινού κάλυψη του κόστους όπως περιγράφεται στην ενότητα «Νοσοκομειακή περίθαλψη» σε αυτόν τον πίνακα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Επείγουσα περίθαλψη (συνέχεια) την απώλεια της λειτουργίας ενός άκρου. Τα ιατρικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασθένεια, τραυματισμός, έντονος πόνος ή ιατρική πάθηση που επιδεινώνεται γρήγορα. Η από κοινού κάλυψη του κόστους για τις αναγκαίες υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης που παρέχονται εκτός δικτύου είναι η ίδια όπως και για τις υπηρεσίες που παρέχονται εντός δικτύου. Η επείγουσα περίθαλψη εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών (Η.Π.Α.) μπορεί να καλύπτεται από την παροχή παγκόσμιας κάλυψης έκτακτης ανάγκης. Προσφέρουμε έως και \$10.000 παγκόσμια κάλυψη έκτακτης ανάγκης κάθε ημερολογιακό έτος για επείγουσα περίθαλψη και φροντίδα μετά τη σταθεροποίηση. Ανατρέξτε στην ενότητα «Παγκόσμια κάλυψη επείγουσας/ έκτακτης περίθαλψης» σε αυτόν τον πίνακα για να μάθετε περισσότερα.	Το δικό σας μέρος για την από κοινού κάλυψη του κόστους είναι το ίδιο για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης εντός ή εκτός δικτύου. Εάν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη σε νοσοκομείο εκτός δικτύου και χρειάζεστε νοσοκομειακή περίθαλψη μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, πρέπει να επιστρέψετε σε νοσοκομείο του δικτύου για να συνεχίσει να καλύπτεται η περίθαλψή σας. <i>Η</i> πρέπει να φροντίσετε να εγκριθεί η νοσοκομειακή σας περίθαλψη στο νοσοκομείο εκτός δικτύου από το πρόγραμμα και το κόστος σας είναι η υψηλότερη συμμετοχή που θα πληρώνετε σε νοσοκομείο εντός δικτύου.
	Παροχή υπηρεσιών φυσικής αγωγής (συμπληρωματική)* Μπορείτε να πάρετε μια συνδρομή σε συμβεβλημένα γυμναστήρια. Εάν δεν μπορείτε να επισκεφθείτε ένα γυμναστήριο ή προτιμάτε να ασκηθείτε και από το σπίτι, μπορείτε να επιλέξετε ένα κιτ γυμναστικής στο σπίτι. Το κιτ θα σας βοηθήσει να παραμείνετε δραστήριοι στην άνεση του σπιτιού σας. Οι επιλογές Home Fitness περιλαμβάνουν επιλογές κιτ παρακολούθησης της φυσικής αγωγής, ενδυνάμωσης ή γιόγκα. Εάν επιλέξετε να ασκηθείτε σε ένα γυμναστήριο, μπορείτε να δείτε τον ιστότοπο και να επιλέξετε μια τοποθεσία που συμμετέχει ή μπορείτε να μεταβείτε απευθείας σε ένα συμμετέχον γυμναστήριο για να ξεκινήσετε. Οι συμβεβλημένες εγκαταστάσεις και οι αλυσίδες γυμναστηρίων ενδέχεται να διαφέρουν ανάλογα με την τοποθεσία και ενδέχεται να αλλάζουν. Τα κιτ υπόκεινται σε αλλαγές.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Πάντα να μιλάτε με το γιατρό σας πριν ξεκινήσετε ή αλλάξετε τη ρουτίνα άσκησής σας.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Προγράμματα εκπαίδευσης υγείας και ευεξίας* Προγράμματα Διαχείρισης Υγείας Διαθέτουμε προγράμματα για να σας βοηθήσουμε να διαχειριστείτε μια διαγνωσμένη κατάσταση υγείας. Τα προγράμματα περιλαμβάνουν: • Διαχείριση άσθματος. • Διαχείριση κατάθλιψης. • Διαχείριση διαβήτη. • Διαχείριση υψηλής αρτηριακής πίεσης. • Διαχείριση καρδιαγγειακών παθήσεων (CVD). • Διαχείριση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). • Πρόγραμμα εγκυμοσύνης. Διατίθεται εκπαιδευτικό υλικό και συμβουλές φροντίδας. Μπορούμε επίσης να σας βοηθήσουμε να συνεργαστείτε με τον πάροχό σας. Εγγραφή σε Προγράμματα Διαχείρισης Υγείας: • Εγγράφεστε αυτόματα στα προγράμματα που ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες σας με βάση τα δεδομένα ιατρικών ή φαρμακευτικών αξιώσεων. • Μπορείτε επίσης να εγγραφείτε μέσω του παρόχου σας ή να δίνετε παραπεμπτικό στον εαυτό σας. Υπάρχουν ορισμένες απαιτήσεις που πρέπει να πληροίτε για να εγγραφείτε. Διαγραφή από Προγράμματα Διαχείρισης Υγείας: • Αυτά τα προγράμματα είναι εθελοντικά και μπορείτε να επιλέξετε να διαγραφείτε από ένα πρόγραμμα ανά πάσα στιγμή. Μπορείτε να μάθετε περισσότερα ή να εγγραφείτε σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω προγράμματα καλώντας το Τμήμα Διαχείρισης Υγείας στο (866) 891-2320 (TTY: 711), Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., (Ανατολική ώρα ΗΠΑ). Προγράμματα Προαγωγής Υγείας Άλλα προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να εμπλουτίσουν την υγεία και τον τρόπο ζωής σας είναι επίσης διαθέσιμα, όπως: • Πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. • Πρόγραμμα ελέγχου βάρους.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Προγράμματα εκπαίδευσης υγείας και ευεξίας* (συνέχεια) Για πληροφορίες ή/και υλικό για τη διακοπή του καπνίσματος ή τον έλεγχο βάρους καλέστε (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., (Ανατολική ώρα ΗΠΑ). Γραμμή συμβουλευτικής νοσηλευτών Είτε έχετε άμεση ανησυχία για την υγεία, ερωτήσεις σχετικά με μια ιατρική κατάσταση ή θέλετε γενικές πληροφορίες σχετικά με τους διαθέσιμους πόρους υγείας, η γραμμή συμβουλευτικής νοσηλευτών είναι διαθέσιμη 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Ένας εγγεγραμμένος νοσηλευτής θα σας βοηθήσει να προσδιορίσετε εάν μπορείτε να διαχειριστείτε τη φροντίδα σας στο σπίτι ή χρειάζεστε την προσοχή ενός ιατρικού επαγγελματία. Καλέστε οποιαδήποτε στιγμή, μέρα ή νύχτα, για να μιλήσετε με εγγεγραμμένο νοσηλευτή για ασθένειες ή τραυματισμούς. • Δεν απαιτείται παραπομπή ή προέγκριση Αυτή η υπηρεσία δεν προορίζεται για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, καλέστε αμέσως το 911.	
	Κάρτα Healthy You Η κάρτα Healthy You του προγράμματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή επιλεγμένων συμπληρωματικών παροχών του προγράμματος όπως: • Μη συνταγογραφούμενα (OTC) • Τρόφιμα και φρέσκα λαχανικά/φρούτα* • Μεταφορά Η προπληρωμένη χρεωστική κάρτα δεν είναι πιστωτική κάρτα. Δεν μπορείτε να εξαργυρώσετε την κάρτα σε μετρητά ή να τη δανείσετε σε άλλα άτομα. Οι αισθητικές επεμβάσεις δεν καλύπτονται από αυτή την κάρτα παροχών. Τα χρήματα φορτώνονται στην κάρτα σε μηνιαία βάση. Στο τέλος κάθε μήνα, τυχόν αχρησιμοποίητα διατεθέντα χρήματα δεν θα μεταφέρονται στον επόμενο μήνα ή στο επόμενο έτος προγράμματος. Εάν αποχωρήσετε από το πρόγραμμα, τυχόν αχρησιμοποίητα κατανεμημένα κεφάλαια, επιστρέφουν στο πρόγραμμα κατά την πραγματική ημερομηνία απεγγραφής σας. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πώς μπορείτε να πληρώτε τις προϋποθέσεις για την παροχή τροφίμων και φρέσκων λαχανικών/	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για την κάρτα σας Healthy You.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Κάρτα Healthy You (συνέχεια) φρούτων ή πώς να πληρώτε τις προϋποθέσεις για ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρόνιες ασθένειες, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Για πρόσβαση σε επιδόματα για SSBCI, τα μέλη πρέπει να έχουν μια επιλέξιμη χρόνια πάθηση, μια έγκυρη HRA που ολοκληρώθηκε για την τρέχουσα εγγραφή τους στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), και να προσκομίσουν έγκριση γιατρού σε συνδυασμό με τη διαχείριση περιστατικού Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ανατρέξτε στην ενότητα «Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για τους χρονίως πάσχοντες» σε αυτόν τον πίνακα για περισσότερες πληροφορίες.	
	Υπηρεσίες ακοής Οι διαγνωστικές αξιολογήσεις ακοής και ισορροπίας που εκτελούνται από τον πάροχό σας για να προσδιοριστεί εάν χρειάζεστε ιατρική περίθαλψη καλύπτονται ως περίθαλψη στα εξωτερικά ιατρεία όταν παρέχονται από γιατρό, ακουολόγο ή άλλο εξειδικευμένο πάροχο. Οι διαγνωστικές εξετάσεις ακοής και ισορροπίας που καλύπτονται από το Medicare βοηθούν να προσδιορίσετε εάν χρειάζεστε ή όχι ιατρική περίθαλψη. Η εξέταση βασίζεται μόνο σε ιατρική ανάγκη, όπως απώλεια ακοής λόγω ασθένειας, νόσου, τραυματισμού ή χειρουργικής επέμβασης. Καλύπτουμε τα ακόλουθα στο πλαίσιο της παροχής Medicaid όταν είναι ιατρικά απαραίτητο για την ανακούφιση της αναπηρίας που προκαλείται από απώλεια ή βλάβη της ακοής: ◦ Επιλογή, τοποθέτηση και διανομή ακουστικών βαρηκοΐας ◦ Έλεγχοι ακουστικών βαρηκοΐας, αξιολογήσεις συμμόρφωσης και επισκευές ◦ Προϊόντα ακουστικών βαρηκοΐας, όπως καλούπια αυτιών, ειδικά εξαρτήματα και ανταλλακτικά. Ακουολογικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων εξετάσεων και δοκιμών, αξιολογήσεων ακουστικών βαρηκοΐας και συνταγών.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Προσυμπτωματικός έλεγχος HIV* Για άτομα που ζητούν εξέταση ανίχνευσης HIV ή που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη HIV, καλύπτουμε: • Μία εξέταση διαλογής κάθε 12 μήνες	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τα μέλη που πληρούν τις προϋποθέσεις για τον προληπτικό έλεγχο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Προσυμπτωματικός έλεγχος HIV* (συνέχεια) Για τις έγκυες γυναίκες, καλύπτουμε: • Έως τρεις εξετάσεις ελέγχου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	HIV που καλύπτεται από το Medicare.
	Φροντίδα υπηρεσίας υγείας στο σπίτι Πριν από τη λήψη υπηρεσιών υγείας στο σπίτι, ένας γιατρός πρέπει να πιστοποιήσει ότι χρειάζεστε υπηρεσίες υγείας στο σπίτι και θα διατάξει να παρέχονται υπηρεσίες υγείας στο σπίτι από έναν φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας στο σπίτι. Πρέπει να παραμένετε αποκλειστικά στο σπίτι, πράγμα που σημαίνει ότι η έξοδος από το σπίτι είναι μια σημαντική προσπάθεια. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής: • Υπηρεσίες μερικής ή διαλείπουσας εξειδικευμένης νοσηλευτικής και οικιακής βοήθειας υγείας (Για να καλυφθούν από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης κατ' οίκον, οι υπηρεσίες εξειδικευμένης νοσηλευτικής και οικιακής βοήθειας υγείας πρέπει να είναι συνολικά λιγότερες από 8 ώρες την ημέρα και 35 ώρες την εβδομάδα) • Φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία • Ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες • Ιατρικός εξοπλισμός και προμήθειες	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Θεραπεία έγχυσης στο σπίτι Η θεραπεία έγχυσης στο σπίτι περιλαμβάνει την ενδοφλέβια ή υποδόρια χορήγηση φαρμάκων ή βιολογικών σε ένα άτομο που παραμένει στο σπίτι. Τα συστατικά που απαιτούνται για την έγχυση στο σπίτι περιλαμβάνουν το φάρμακο (για παράδειγμα, αντιβιοτικά, ανοσοσφαιρίνη), εξοπλισμό (για παράδειγμα, αντλία) και προμήθειες (για παράδειγμα, σωλήνες και καθετήρες). Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής: • Επαγγελματικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτικών υπηρεσιών, που παρέχονται σύμφωνα με το πρόγραμμα περίθαλψης • Κατάρτιση και εκπαίδευση ασθενών που δεν καλύπτονται άλλως από την παροχή διαρκούς ιατρικού εξοπλισμού • Απομακρυσμένη παρακολούθηση	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Θεραπεία έγχυσης στο σπίτι (συνέχεια) Υπηρεσίες παρακολούθησης για την παροχή θεραπείας έγχυσης στο σπίτι και φαρμάκων έγχυσης στο σπίτι που παρέχονται από εξειδικευμένο προμηθευτή θεραπείας έγχυσης στο σπίτι	
	Ανακουφιστική περίθαλψη* Δικαιούστε την παροχή ανακουφιστικής περίθαλψης όταν ο γιατρός σας και ο ιατρικός διευθυντής της ανακουφιστικής περίθαλψης σας έχουν δώσει πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου που πιστοποιεί ότι έχετε ανίατη νόσο τελικού σταδίου και έχετε 6 μήνες ή λιγότερο ζωής εάν η ασθένειά σας έχει την αναμενόμενη εξέλιξη. Μπορείτε να λάβετε φροντίδα από οποιοδήποτε πρόγραμμα ανακουφιστικής περίθαλψης πιστοποιημένο από το Medicare. Το πρόγραμμά σας οφείλει να σας βοηθήσει να βρείτε προγράμματα περίθαλψης ανιάτων πιστοποιημένα από το Medicare στην περιοχή εξυπηρέτησης του προγράμματος, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που κατέχει, ελέγχει ή έχει οικονομικό συμφέρον ο οργανισμός ΜΑ. Ο γιατρός σας στο πρόγραμμα ανακουφιστικής περίθαλψης μπορεί να είναι πάροχος εντός ή εκτός δικτύου. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: - Φάρμακα για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την ανακούφιση από τον πόνο - Βραχυπρόθεσμη φροντίδα ανάπαυλας φροντιστή - Φροντίδα κατ' οίκον <u>Για υπηρεσίες ανακουφιστικής περίθαλψης και για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Μέρος Α ή Β και σχετίζονται με πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου:</u> Η Original Medicare (και όχι το πρόγραμμά μας) θα πληρώσει τον πάροχο ανακουφιστικής περίθαλψής σας για τις υπηρεσίες περίθαλψης ανιάτων σας που σχετίζονται με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου. Ενώ βρίσκεστε στο πρόγραμμα περίθαλψης ανιάτων, ο πάροχος περίθαλψης ανιάτων σας θα χρεώσει το Original Medicare για τις υπηρεσίες που πληρώνει το Original Medicare. Θα χρεωθείτε επιμερισμό κόστους Original Medicare. <u>Για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Μέρος Α ή Β και δεν σχετίζονται με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου:</u> Εάν χρειάζεστε υπηρεσίες μη επείγουσες, μη έκτακτης ανάγκης που καλύπτονται από το Medicare Μέρους Α ή Β και που δεν σχετίζονται με την πρόγνωση του τερματικού σας, το κόστος σας για αυτές τις υπηρεσίες εξαρτάται από το αν χρησιμοποιείτε πάροχο στο δίκτυο του προγράμματος μας και	Όταν εγγράφεστε σε ένα πρόγραμμα νοσηλείας σε μονάδα ανιάτων πιστοποιημένο από το Medicare, οι υπηρεσίες νοσηλείας ανιάτων και οι υπηρεσίες Μέρους Α και Μέρους Β που σχετίζονται με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου πληρώνονται από το Original Medicare και όχι από το πρόγραμμα Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Το πρόγραμμά μας καλύπτει υπηρεσίες συμβουλευτικής περίθαλψης ανιάτων (μόνο μία φορά) για άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου και δεν έχει επιλέξει την παροχή νοσηλείας σε μονάδα ανιάτων. Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για τα μέλη που δικαιούνται αυτήν την παροχή.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Ανακουφιστική περίθαλψη* (συνέχεια) ακολουθείτε τους κανόνες του προγράμματος (όπως εάν υπάρχει απαίτηση προέγκρισης). • Εάν λάβετε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες από πάροχο δικτύου και ακολουθήσετε τους κανόνες του προγράμματος για τη λήψη υπηρεσίας, πληρώνετε μόνο τη συμμετοχή από κοινού κάλυψης του κόστους του προγράμματος για υπηρεσίες εντός δικτύου • Εάν αποκτήσετε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες από έναν πάροχο εκτός δικτύου, πληρώνετε τον επιμερισμό του κόστους στο πλαίσιο του Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) <u>Για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) αλλά δεν καλύπτονται από το Medicare Μέρος Α ή Β: Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα συνεχίσει να καλύπτει τις υπηρεσίες που καλύπτονται από το πρόγραμμα και δεν καλύπτονται από το Μέρος Α ή Β, ανεξάρτητα από το αν σχετίζονται ή όχι με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου. Πληρώνετε τη συμμετοχή από κοινού κάλυψης του κόστους του προγράμματός σας για αυτές τις υπηρεσίες.</u> <u>Για φάρμακα που μπορεί να καλύπτονται από την παροχή Μέρους Δ του προγράμματος:</u> Εάν αυτά τα φάρμακα δεν σχετίζονται με την κατάσταση ανακουφιστικής περίθαλψης ανίατης νόσου τελικού σταδίου, πληρώνετε επιμερισμό του κόστους. Εάν σχετίζονται με την κατάσταση ανακουφιστικής περίθαλψης ανίατης νόσου τελικού σταδίου, τότε πληρώνετε τον αρχικό επιμερισμό του κόστους Medicare. Τα φάρμακα δεν καλύπτονται ποτέ και από τη μονάδα ανιάτων και από το πρόγραμμά μας ταυτόχρονα. Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 9.4 (Τι γίνεται αν βρίσκεστε σε μονάδα ανιάτων πιστοποιημένη από το Medicare). Σημείωση: Εάν χρειάζεστε φροντίδα εκτός μονάδας ανιάτων (φροντίδα που δεν σχετίζεται με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου), θα πρέπει να επικοινωνήσετε μαζί μας για να κανονίσουμε τις υπηρεσίες. Το πρόγραμμά μας καλύπτει υπηρεσίες συμβουλευτικής περίθαλψης ανιάτων (μόνο μία φορά) για άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου και δεν έχει επιλέξει την παροχή νοσηλείας σε μονάδα ανιάτων.	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Εμβολιασμοί* Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες Medicare Μέρους Β περιλαμβάνουν: - Εμβόλια πνευμονίας - Εμβολιασμοί κατά της γρίπης, μία φορά κάθε εποχή γρίπης το φθινόπωρο και τον χειμώνα, με επιπλέον εμβόλια γρίπης εάν είναι ιατρικώς απαραίτητο - Εμβόλια ηπατίτιδας Β εάν διατρέχετε υψηλό ή ενδιάμεσο κίνδυνο να κολλήσετε ηπατίτιδα Β - Εμβόλια COVID-19 - Άλλα εμβόλια εάν είστε σε κίνδυνο και πληρούν τους κανόνες κάλυψης Medicare Μέρους Β Καλύπτουμε επίσης τα περισσότερα άλλα εμβόλια για ενήλικους στο πλαίσιο της παροχής για συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους Δ. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 6, Ενότητα 8 για περισσότερες πληροφορίες.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για τα εμβόλια πνευμονίας, γρίπης, ηπατίτιδας Β και COVID-19.
	Νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή Περιλαμβάνει οξεία νοσοκομειακή περίθαλψη, ενδονοσοκομειακή αποκατάσταση, νοσοκομεία μακροχρόνιας περίθαλψης και άλλους τύπους νοσοκομειακών υπηρεσιών εσωτερικής νοσηλείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή ξεκινά την ημέρα που εισαχθείτε επίσημα στο νοσοκομείο με εντολή γιατρού. Η ημέρα πριν πάρετε εξιτήριο είναι η τελευταία σας ημέρα νοσηλείας. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής: - Ημι-ιδιωτικό δωμάτιο (ή μονόκλινο δωμάτιο εάν είναι ιατρικά απαραίτητο) - Γεύματα που περιλαμβάνουν ειδική διατροφή - Τακτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες - Δαπάνες μονάδων ειδικής φροντίδας (όπως μονάδες εντατικής θεραπείας ή στεφανιαίας θεραπείας) - Φάρμακα και φαρμακευτική αγωγή - Εργαστηριακές εξετάσεις - Ακτινογραφίες και άλλες ακτινολογικές υπηρεσίες - Απαραίτητα χειρουργικά και ιατρικά εφόδια - Χρήση συσκευών, όπως αναπηρικά αμαξίδια - Κόστος χειρουργείου και αίθουσας ανάνηψης - Φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία - Υπηρεσίες νοσηλείας για διαταραχές χρήσης ουσιών	Πληρώνετε \$0 για τις ημέρες 1-90 μιας νοσοκομειακής διαμονής ανά περίοδο παροχών. Το πρόγραμμά μας καλύπτει 60 «εφεδρικές ημέρες εφ' όρου ζωής». Αυτές είναι «έξτρα» ημέρες που καλύπτουμε. Εάν η παραμονή σας στο νοσοκομείο υπερβαίνει τις 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αυτές τις 60 επιπλέον ημέρες, η νοσοκομειακή σας κάλυψη θα περιοριστεί σε 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών. Πρόσθετες υπηρεσίες Medicaid μπορεί να καλύπτονται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές Medicaid.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή (συνέχεια) Υπό ορισμένες προϋποθέσεις, καλύπτονται οι ακόλουθοι τύποι μεταμοσχεύσεων: κερατοειδούς, νεφρού, νεφρού-παγκρέατος, καρδιάς, ήπατος, πνεύμονα, καρδιάς/πνεύμονα, μυελού των οστών, βλαστικών κυττάρων και εντερικών/πολυσπλαχνικών. Εάν χρειάζεστε μεταμόσχευση, θα κανονίσουμε να εξεταστεί η περίπτωσή σας από ένα κέντρο μεταμοσχεύσεων εγκεκριμένο από το Medicare, το οποίο θα αποφασίσει εάν είστε υποψήφιος για μεταμόσχευση. Οι πάροχοι μεταμοσχεύσεων μπορεί να είναι τοπικοί ή εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης. Εάν οι υπηρεσίες μεταμόσχευσης εντός δικτύου βρίσκονται εκτός του κοινοτικού προτύπου φροντίδας, μπορείτε να επιλέξετε να πάτε τοπικά, εφόσον οι τοπικοί πάροχοι μεταμοσχεύσεων είναι πρόθυμοι να δεχτούν το αρχικό ποσοστό Medicare. Εάν το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) παρέχει υπηρεσίες μεταμόσχευσης σε τοποθεσία εκτός του προτύπου φροντίδας για μεταμοσχεύσεις στην κοινότητά σας και επιλέξετε να λάβετε μεταμοσχεύσεις σε αυτήν την απομακρυσμένη τοποθεσία, θα κανονίσουμε ή θα πληρώσουμε για τα κατάλληλα έξοδα διαμονής και μεταφοράς για εσάς και έναν σύντροφο. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα παρέχει αποζημίωση για διαμονή και γεύματα ενώ βρίσκεστε στην απομακρυσμένη τοποθεσία για ιατρική περίθαλψη που σχετίζεται με μεταμόσχευση, με μέγιστο ημερήσιο ποσό έως και \$150 ανά ημέρα. Επιπλέον, μπορεί να ζητηθεί αποζημίωση για τα διανυθέντα χιλιόμετρα, στο ποσό που ισοδυναμεί με τις τυπικές χρεώσεις διανυθέντων χιλιομέτρων για τους φορολογούμενους, όπως περιγράφονται από την Υπηρεσία Εσωτερικών Εσόδων (IRS), η οποία προσαρμόζεται και δημοσιεύεται δημόσια. Το μέγιστο ποσό που καταβάλλεται για την αποζημίωση όλων των οδοιπορικών εξόδων και των εξόδων διαμονής, διατροφής και την αποζημίωση διανυθέντων χιλιομέτρων είναι πέντε χιλιάδες δολάρια (\$5.000) ανά μεταμόσχευση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του προγράμματος.	Εάν λάβετε εξουσιοδοτημένη περίθαλψη σε νοσοκομείο εκτός δικτύου μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, το κόστος σας που σας βαρύνει είναι η συμμετοχή κοινής κάλυψης του κόστους που θα πληρώνατε σε ένα νοσοκομείο του δικτύου. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή (συνέχεια) - Αίμα - συμπεριλαμβανομένης της φύλαξης και της χορήγησης. Η κάλυψη του ολικού αίματος και των συσκευασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων αρχίζει μόνο με την τέταρτη μονάδα (450 ml) αίματος που χρειάζεστε. Πρέπει είτε να πληρώσετε το κόστος για τις 3 πρώτες μονάδες αίματος που παίρνετε σε ένα ημερολογιακό έτος είτε να κάνετε αιμοδοσία εσείς προσωπικά ή κάποιος άλλος για εσάς. Όλα τα άλλα συστατικά του αίματος καλύπτονται ξεκινώντας από την πρώτη πίντα που χρησιμοποιείται. - Υπηρεσίες ιατρού Σημείωση: Για να είστε νοσηλευόμενος ασθενής, ο πάροχός σας πρέπει να γράψει μια εντολή για να σας δεχτεί επίσημα ως νοσηλευόμενο στο νοσοκομείο. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής. Εάν δεν είστε βέβαιος/η εάν είστε νοσηλευόμενος/η ασθενής ή ασθενής εξωτερικών ιατρείων, θα πρέπει να ρωτήσετε το προσωπικό του νοσοκομείου. Μπορείτε επίσης να βρείτε περισσότερες πληροφορίες σε ένα ενημερωτικό δελτίο Medicare που ονομάζεται <i>Είστε εσωτερικός ή εξωτερικός ασθενής νοσοκομείου; Εάν έχετε Medicare - Ρωτήστε!</i> Αυτό το ενημερωτικό δελτίο είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στη διεύθυνση https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ή καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλέσουν στο 1-877-486-2048. Μπορείτε να καλέσετε αυτούς τους αριθμούς δωρεάν, όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα.	
	Ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες σε ψυχιατρικό νοσοκομείο Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας που απαιτούν νοσηλεία στο νοσοκομείο. - Μπορείτε να λάβετε αυτές τις υπηρεσίες είτε σε ένα γενικό νοσοκομείο είτε σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο που φροντίζει μόνο άτομα με ψυχικές παθήσεις. - Εάν βρίσκεστε σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (αντί για γενικό νοσοκομείο), η Medicare πληρώνει μόνο για έως και 190 ημέρες ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της ζωής σας.	Πληρώνετε \$0 για τις ημέρες 1-90 μιας νοσοκομειακής διαμονής ανά περίοδο παροχών. Το πρόγραμμά μας καλύπτει επίσης 60 «εφεδρικές ημέρες εφ' όρου ζωής». Αυτές είναι «έξτρα» ημέρες που καλύπτουμε. Εάν η παραμονή σας στο νοσοκομείο υπερβαίνει τις 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών, μπορείτε να

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (συνέχεια) • Εάν χρησιμοποιήσατε μέρος του ορίου διάρκειας ζωής των 190 ημερών πριν εγγραφείτε στο πρόγραμμά μας, τότε ο αριθμός των καλυπτόμενων ημερών νοσηλείας μειώνεται κατά τον αριθμό των ημερών νοσηλείας για θεραπεία ψυχικής υγείας που καλυπτόταν προηγουμένως από το Medicare σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. • Το όριο των 190 ημερών δεν ισχύει για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται σε ψυχιατρική μονάδα γενικού νοσοκομείου. • Δεν υπάρχει όριο στον αριθμό των περιόδων παροχών που μπορείτε να έχετε όταν λαμβάνετε φροντίδα ψυχικής υγείας σε ένα γενικό νοσοκομείο. Μπορείτε επίσης να έχετε πολλαπλές περιόδους παροχών όταν λαμβάνετε φροντίδα σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, αλλά υπάρχει όριο ζωής 190 ημερών. • Το Medicaid καλύπτει τις διαμονές εσωτερικών ασθενών μετά την επίτευξη του ορίου των 190 ημερών. Δεν υπάρχει περίοδος παροχών ή όριο διάρκειας ζωής. • Πρέπει να χρησιμοποιήσετε συμβεβλημένους παρόχους συμπεριφορικής υγείας. Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για μια λίστα παρόχων υγείας συμπεριφοράς δικτύου. Το Medicare δεν καλύπτει: • Αποκλειστικό νοσηλευτή • Τηλέφωνο ή τηλεόραση στο δωμάτιό σας • Μονόκλινο δωμάτιο (εκτός εάν είναι ιατρικά απαραίτητο)	χρησιμοποιήσετε αυτές τις επιπλέον ημέρες. Αλλά μόλις εξαντλήσετε αυτές τις επιπλέον 60 ημέρες, η νοσοκομειακή σας κάλυψη θα περιοριστεί σε 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών. Εάν λάβετε εξουσιοδοτημένη περίθαλψη σε νοσοκομείο εκτός δικτύου μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, το κόστος σας που σας βαρύνει είναι η συμμετοχή κοινής κάλυψης του κόστους που θα πληρώνατε σε ένα νοσοκομείο του δικτύου. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση. Εκτός από περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ο γιατρός σας πρέπει να μας πει ότι πρόκειται να εισαχθείτε στο νοσοκομείο.
	Νοσηλεία: Καλυπτόμενες υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσοκομείο ή ΙΣΝ κατά τη διάρκεια μη καλυπτόμενης νοσηλείας Εάν έχετε εξαντλήσει τις ενδονοσοκομειακές παροχές σας ή εάν η παραμονή σας στο νοσοκομείο δεν είναι εύλογη και απαραίτητη, δεν θα καλύψουμε την παραμονή σας στο νοσοκομείο. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, θα καλύψουμε ορισμένες υπηρεσίες που λαμβάνετε ενώ βρίσκεστε στο νοσοκομείο ή στην εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα (ΙΣΝ). Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής: • Υπηρεσίες ιατρού • Διαγνωστικές εξετάσεις (όπως εργαστηριακές εξετάσεις)	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Νοσηλεία: Καλυπτόμενες υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσοκομείο ή ΙΣΝ κατά τη διάρκεια μη καλυπτόμενης νοσηλείας (συνέχεια) • Ακτινοθεραπεία, θεραπεία με ακτίνες Χ, ράδιο και ισότοπα, συμπεριλαμβανομένων τεχνικών υλικών και υπηρεσιών • Χειρουργικοί επίδεσμοι • Νάρθηκες, γύψος και άλλες συσκευές που χρησιμοποιούνται για τη μείωση των καταγμάτων και των εξάρθρημάτων • Προσθετικά και ορθωτικά προϊόντα (εκτός των οδοντιατρικών) που αντικαθιστούν το σύνολο ή μέρος ενός εσωτερικού οργάνου του σώματος (συμπεριλαμβανομένου του παρακείμενου ιστού) ή το σύνολο ή μέρος της λειτουργίας ενός μόνιμα μη λειτουργικού ή δυσλειτουργικού εσωτερικού οργάνου του σώματος, συμπεριλαμβανομένης της αντικατάστασης ή επισκευής τέτοιων συσκευών • Νάρθηκες για πόδια, βραχίονες, πλάτη και τον αυχένα, κηλεπίδεσμοι, και τεχνητά πόδια, χέρια και μάτια, συμπεριλαμβανομένων προσαρμογών, επισκευών και αντικαταστάσεων που απαιτούνται λόγω θραύσης, φθοράς, απώλειας ή αλλαγής στη φυσική κατάσταση του ασθενούς • Φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία και εργοθεραπεία	
	Ιατρική θεραπεία διατροφής* Αυτή η παροχή είναι για άτομα με διαβήτη, νεφροπάθεια (αλλά όχι σε αιμοκάθαρση) ή μετά από μεταμόσχευση νεφρού με παραπεμπτικό από το γιατρό σας. Καλύπτουμε 3 ώρες ατομικής συμβουλευτικής κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους που λαμβάνετε υπηρεσίες ιατρικής διατροφικής θεραπείας στο πλαίσιο του Medicare (αυτό περιλαμβάνει το πρόγραμμά μας, οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα Medicare Advantage ή Original Medicare) και 2 ώρες κάθε χρόνο μετά από αυτό. Εάν αλλάξει η κατάσταση, η θεραπεία ή η διάγνωσή σας, ενδέχεται να μπορείτε να λάβετε περισσότερες ώρες θεραπείας με εντολή γιατρού. Ένας γιατρός πρέπει να συνταγογραφήσει αυτές τις υπηρεσίες και να ανανεώνει το παραπεμπτικό τους ετησίως εάν η θεραπεία σας απαιτείται στο επόμενο ημερολογιακό έτος.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για μέλη που είναι επιλέξιμα για υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας διατροφής που καλύπτονται από το Medicare.
	Πρόγραμμα πρόληψης διαβήτη Medicare (MDPP)* Οι υπηρεσίες MDPP θα καλύπτονται για δικαιούχους του Medicare στο πλαίσιο όλων των προγραμμάτων υγείας Medicare.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπόμενο ποσό για την παροχή MDPP.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Πρόγραμμα πρόληψης διαβήτη Medicare (MDPP)* (συνέχεια) Το MDPP είναι μια δομημένη παρέμβαση αλλαγής συμπεριφοράς υγείας που παρέχει πρακτική εκπαίδευση σε μακροπρόθεσμη διατροφική αλλαγή, αυξημένη σωματική δραστηριότητα και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων για την αντιμετώπιση προκλήσεων για τη διατήρηση της απώλειας βάρους και ενός υγιεινού τρόπου ζωής.	
	Συνταγογραφούμενα φάρμακα Medicare Μέρους B Αυτά τα φάρμακα καλύπτονται από το Μέρος B του Original Medicare. Τα μέλη του προγράμματος μας λαμβάνουν κάλυψη για αυτά τα φάρμακα μέσω του προγράμματος μας. Τα καλυπτόμενα φάρμακα περιλαμβάνουν: • Φάρμακα που συνήθως δεν αυτοχορηγούνται από τον ασθενή και ενίονται ή εγχέονται ενώ λαμβάνετε υπηρεσίες γιατρού, νοσοκομείου εξωτερικών ασθενών ή περιπατητικού χειρουργικού κέντρου • Ινσουλίνη που χορηγείται μέσω ανθεκτικού ιατρικού εξοπλισμού (όπως αντλία ινσουλίνης που είναι ιατρικά απαραίτητη) • Άλλα φάρμακα που παίρνετε χρησιμοποιώντας ανθεκτικό ιατρικό εξοπλισμό (όπως νεφελοποιητές) που έχουν εγκριθεί από το πρόγραμμα • Το φάρμακο για το Alzheimer's, Leqembi®, (γενόσημο όνομα λεκαμενάμπη), το οποίο χορηγείται ενδοφλέβια. Εκτός από το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής, μπορεί να χρειαστείτε πρόσθετες εξετάσεις και ελέγχους πριν ή/και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι οποίες θα μπορούσαν να αυξήσουν το συνολικό κόστος σας. Συζητήστε με τον γιατρό σας σχετικά με τις εξετάσεις και τα τεστ που μπορεί να χρειαστείτε στο πλαίσιο της θεραπείας σας. • Παράγοντες πήξης που δίνετε στον εαυτό σας με ένεση εάν έχετε αιμορροφιλία • Φάρμακα για μεταμοσχεύσεις/ανοσοκατασταλτικά: Το Medicare καλύπτει τη φαρμακευτική αγωγή μεταμόσχευσης εάν το Medicare πλήρωσε για τη μεταμόσχευση του οργάνου σας. Πρέπει να έχετε το Μέρος A κατά τη στιγμή της καλυπτόμενης μεταμόσχευσης και πρέπει να έχετε το Μέρος B κατά τη στιγμή που λαμβάνετε ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Λάβετε υπόψη ότι η φαρμακευτική κάλυψη Medicare (Μέρος Δ) καλύπτει τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα εάν το Μέρος B δεν τα καλύπτει	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για ινσουλίνη. Τα φάρμακα του Μέρους B μπορεί να υπόκεινται σε βηματική θεραπεία. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Συνταγογραφούμενα φάρμακα Medicare Μέρους B (συνέχεια) • Τα ενέσιμα φάρμακα για την οστεοπόρωση, εάν παραμένετε αποκλειστικά στο σπίτι, έχετε κάταγμα οστού που ένας γιατρός πιστοποιεί ότι σχετίζεται με μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και δεν μπορείτε να χορηγήσετε η ίδια το φάρμακο • Ορισμένα αντιγόνα: Το Medicare καλύπτει τα αντιγόνα εάν τα προετοιμάζει ένας γιατρός και τα χορηγεί ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο άτομο (που μπορεί να είστε εσείς, ο ασθενής) υπό κατάλληλη επίβλεψη. • Ορισμένα από του στόματος χορηγούμενα αντικαρκινικά φάρμακα: Το Medicare καλύπτει ορισμένα αντικαρκινικά φάρμακα που λαμβάνετε από το στόμα, εάν το ίδιο φάρμακο διατίθεται σε ενέσιμη μορφή ή το φάρμακο είναι προφάρμακο (μια από του στόματος χορηγούμενη φαρμακοτεχνική μορφή που, όταν λαμβάνεται, διασπάται στο ίδιο δραστικό συστατικό που υπάρχει και στο ενέσιμο φάρμακο) του ενέσιμου φαρμάκου. Καθώς κυκλοφορούν νέα αντικαρκινικά φάρμακα που λαμβάνονται από το στόμα, το Μέρος B μπορεί να τα καλύπτει. Εάν το Μέρος B δεν τα καλύπτει, το Μέρος Δ τα καλύπτει • Από του στόματος φάρμακα κατά της ναυτίας: Η Medicare καλύπτει τα από του στόματος χορηγούμενα φάρμακα κατά της ναυτίας που λαμβάνετε ως μέρος μιας αντικαρκινικής αγωγής χημειοθεραπείας, εφόσον χορηγούνται πριν, κατά ή εντός 48 ωρών από τη χημειοθεραπεία ή χρησιμοποιούνται για την πλήρη θεραπευτική υποκατάσταση ενός ενδοφλέβιου φαρμάκου κατά της ναυτίας. • Ορισμένα από του στόματος χορηγούμενα φάρμακα για τη νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESRD), εάν το ίδιο φάρμακο διατίθεται σε ενέσιμη μορφή και η παροχή ESRD Μέρους B το καλύπτει • Τα καλσιμιμητικά φάρμακα στο πλαίσιο του συστήματος πληρωμών ESRD, συμπεριλαμβανομένου του ενδοφλέβιου φαρμάκου Parsabiv® και του από του στόματος χορηγούμενου φαρμάκου Sensipar® • Ορισμένα φάρμακα για την κατ' οίκον αιμοκάθαρση, συμπεριλαμβανομένης της ηπαρίνης, του αντιδότου της ηπαρίνης, όταν είναι ιατρικά απαραίτητο, και των τοπικών αναισθητικών • Παράγοντες διέγερσης της ερυθροποίησης: Το Medicare καλύπτει την ενέσιμη ερυθροποιητίνη εάν πάσχετε από νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESRD) ή χρειάζεστε αυτό το φάρμακο για τη θεραπεία της αναιμίας που σχετίζεται με ορισμένες άλλες παθήσεις (όπως το Procrit®)	

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Συνταγογραφούμενα φάρμακα Medicare Μέρους B (συνέχεια) • Ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη για την κατ' οίκον θεραπεία της πρωτοπαθούς ανοσοανεπάρκειας • Παρεντερική και εντερική διατροφή (ενδοφλέβια σίτιση και σίτιση με σωλήνα) Σε ορισμένες περιπτώσεις, το πρόγραμμά μας απαιτεί να δοκιμάσετε πρώτα συγκεκριμένα φάρμακα για τη θεραπεία της πάθησής σας προτού καλύψουμε κάποιο άλλο φάρμακο για αυτή την πάθηση. Για παράδειγμα, εάν και το Φάρμακο A και το Φάρμακο B αντιμετωπίζουν το πρόβλημα υγείας, αλλά το Φάρμακο A κοστίζει λιγότερο, ίσως χρειαστεί να δοκιμάσετε πρώτα το Φάρμακο A. Εάν το Φάρμακο A δεν είναι αποτελεσματικό για εσάς, τότε το πρόγραμμά μας θα καλύψει το Φάρμακο B. Ο παρακάτω σύνδεσμος θα σας μεταφέρει σε μια λίστα φαρμάκων του Μέρους B που ενδέχεται να υπόκεινται σε Βηματική Θεραπεία SWHNY.com. Καλύπτουμε επίσης ορισμένα εμβόλια στο πλαίσιο των παροχών συνταγογραφούμενων φαρμάκων Μέρους B και Μέρους D. Το Κεφάλαιο 5 εξηγεί την παροχή για συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους D, συμπεριλαμβανομένων των κανόνων που πρέπει να ακολουθείτε για να καλύπτονται οι συνταγές.	
	Έλεγχος και θεραπεία παχυσαρκίας για την προώθηση της απώλειας βάρους που διατηρείται* Εάν έχετε δείκτη μάζας σώματος 30 ή περισσότερο, καλύπτουμε εντατική συμβουλευτική για να σας βοηθήσουμε να χάσετε βάρος. Αυτή η συμβουλευτική καλύπτεται εάν τη λάβετε σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου μπορεί να συντονιστεί με το ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης σας. Συζητήστε με τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή τον επαγγελματία σας για να μάθετε περισσότερα.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για προληπτικό έλεγχο και θεραπεία της παχυσαρκίας.
	Υπηρεσίες προγράμματος θεραπείας οπιοειδών Τα μέλη του προγράμματός μας με διαταραχή χρήσης οπιοειδών (OUD) μπορούν να λάβουν κάλυψη υπηρεσιών για τη θεραπεία της OUD μέσω ενός Προγράμματος Θεραπείας Οπιοειδών (OTP), το οποίο περιλαμβάνει: • Εγκεκριμένος από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) αγωνιστής οπιοειδών και φάρμακα ανταγωνιστές θεραπείας με φαρμακευτική αγωγή (MAT)	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για υπηρεσίες προγράμματος θεραπείας οπιοειδών εξωτερικών ασθενών που καλύπτονται από το Medicare.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Υπηρεσίες προγράμματος θεραπείας οπιοειδών (συνέχεια) • Παροχή και χορήγηση φαρμάκων MAT (κατά περίπτωση) • Συμβουλευτική για τις διαταραχές χρήσης ουσιών • Ατομική και ομαδική θεραπεία • Τοξικολογικό τεστ • Δραστηριότητες πρόσληψης • Περιοδικές αξιολογήσεις	Δεν απαιτείται προέγκριση για τις υπηρεσίες του προγράμματος θεραπείας οπιοειδών εξωτερικών ασθενών που καλύπτονται από το Medicare, αλλά μπορεί να χρειαστεί εάν χρειάζεστε φάρμακα θεραπείας με οπιοειδή.
	Διαγνωστικές εξετάσεις σε εξωτερικά ιατρεία και θεραπευτικές υπηρεσίες και αναλώσιμα Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής: • Ακτινογραφίες • Ακτινοθεραπεία (ράδιο και ισότοπα) συμπεριλαμβανομένων τεχνικών υλικών και προμηθειών • Χειρουργικά αναλώσιμα, όπως επίδεσμοι • Νάρθηκες, γύψος και άλλες συσκευές που χρησιμοποιούνται για τη μείωση των καταγμάτων και των εξάρθρημάτων • Εργαστηριακές εξετάσεις • Αίμα - συμπεριλαμβανομένης της φύλαξης και της χορήγησης. Η κάλυψη του ολικού αίματος και των συσκευασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων αρχίζει μόνο με την τέταρτη μονάδα (450 ml) αίματος που χρειάζεστε. Πρέπει είτε να πληρώσετε το κόστος για τις 3 πρώτες μονάδες αίματος που παίρνετε σε ένα ημερολογιακό έτος είτε να κάνετε αιμοδοσία εσείς προσωπικά ή κάποιος άλλος για εσάς. Όλα τα άλλα συστατικά του αίματος καλύπτονται ξεκινώντας από την πρώτη πίντα που χρησιμοποιείται. • Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία – μη ακτινολογικές διαγνωστικές υπηρεσίες όπως ΗΚΓ, EEGs, δοκιμές πνευμονικής λειτουργίας, μελέτες ύπνου, και δοκιμασίες κοπώσεως διαδρόμου. • Διαγνωστικές ακτινολογικές υπηρεσίες (σύνθετες και μη) όπως εξειδικευμένες απεικονιστικές εξετάσεις, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, πυρηνικές μελέτες, υπέρηχοι, διαγνωστικές μαστογραφίες και επεμβατικές ακτινολογικές διαδικασίες (μυελόγραμμα, κυστεογραφία, αγγειογραφία και μελέτες βαρίου). • Δεν απαιτείται εξουσιοδότηση για εργαστηριακές και ακτινολογικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση. Δεν απαιτείται έγκριση για εργαστηριακές εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία. Οι εργαστηριακές εξετάσεις γενετικού υλικού απαιτούν προέγκριση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Παρακολούθηση εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείου Οι υπηρεσίες παρατήρησης είναι νοσοκομειακές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών που παρέχονται για να καθοριστεί εάν πρέπει να εισαχθείτε ως εσωτερικός ασθενής ή μπορείτε να πάρετε εξιτήριο. Για να καλυφθούν οι υπηρεσίες παρακολούθησης εξωτερικών νοσοκομείων, πρέπει να πληρούν τα κριτήρια Medicare και να θεωρούνται εύλογες και αναγκαίες. Οι υπηρεσίες παρατήρησης καλύπτονται μόνο όταν παρέχονται με εντολή ιατρού ή άλλου ατόμου εξουσιοδοτημένου από το νόμο περί κρατικών αδειών και τους κανονισμούς του προσωπικού του νοσοκομείου να εισάγουν ασθενείς στο νοσοκομείο ή να παραγγέλνουν εξετάσεις εξωτερικών ασθενών. Σημείωση: Εκτός εάν ο πάροχος έχει δώσει παραπεμπτικό για την εισαγωγή σας ως εσωτερικό ασθενή στο νοσοκομείο, είστε εξωτερικός ασθενής και πληρώνετε τα ποσά επιμερισμού του κόστους για εξωνοσοκομειακές νοσοκομειακές υπηρεσίες. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής. Εάν δεν είστε σίγουροι αν είστε εξωτερικός ασθενής, θα πρέπει να ρωτήσετε το προσωπικό του νοσοκομείου. Μπορείτε επίσης να βρείτε περισσότερες πληροφορίες σε ένα ενημερωτικό δελτίο Medicare που ονομάζεται <i>Είστε εσωτερικός ή εξωτερικός ασθενής νοσοκομείου; Εάν έχετε Medicare - Ρωτήστε!</i> Αυτό το ενημερωτικό δελτίο είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στη διεύθυνση https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ή καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλέσουν στο 1-877-486-2048. Μπορείτε να καλέσετε αυτούς τους αριθμούς δωρεάν, όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες Καλύπτουμε τις ιατρικώς απαραίτητες υπηρεσίες που λαμβάνετε στο τμήμα εξωτερικών ιατρείων ενός νοσοκομείου για διάγνωση ή θεραπεία ασθένειας ή τραυματισμού. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής: - Υπηρεσίες σε τμήμα επειγόντων περιστατικών ή εξωτερικά ιατρεία, όπως υπηρεσίες παρατήρησης ή χειρουργική επέμβαση εξωτερικών ασθενών - Εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις που τιμολογούνται από το νοσοκομείο	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση. Δεν απαιτείται εξουσιοδότηση για εργαστηριακές και ακτινολογικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Οι εργαστηριακές εξετάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (συνέχεια) • Φροντίδα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας σε πρόγραμμα μερικής νοσηλείας, εάν ένας γιατρός πιστοποιήσει ότι θα απαιτούνταν ενδονοσοκομειακή θεραπεία χωρίς αυτήν • Ακτινογραφίες και άλλες ακτινολογικές υπηρεσίες που τιμολογούνται από το νοσοκομείο • Ιατρικά εφόδια όπως νάρθηκες και γύψος • Ορισμένα φάρμακα και βιολογικά που δεν μπορείτε να δώσετε στον εαυτό σας Σημείωση: Εκτός εάν ο πάροχος έχει δώσει παραπεμπτικό για την εισαγωγή σας ως εσωτερικό ασθενή στο νοσοκομείο, είστε εξωτερικός ασθενής και πληρώνετε τα ποσά επιμερισμού του κόστους για εξωνοσοκομειακές νοσοκομειακές υπηρεσίες. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε «εξωτερικός» ασθενής. Εάν δεν είστε σίγουροι αν είστε εξωτερικός ασθενής, θα πρέπει να ρωτήσετε το προσωπικό του νοσοκομείου. Μπορείτε επίσης να βρείτε περισσότερες πληροφορίες σε ένα ενημερωτικό δελτίο Medicare που ονομάζεται <i>Είστε εσωτερικός ή εξωτερικός ασθενής νοσοκομείου; Εάν έχετε Medicare - Ρωτήστε!</i> Αυτό το ενημερωτικό δελτίο είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στη διεύθυνση https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ή καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλέσουν στο 1-877-486-2048. Μπορείτε να καλέσετε αυτούς τους αριθμούς δωρεάν, όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα.	γενετικού υλικού απαιτούν προέγκριση.
	Εξωνοσοκομειακή φροντίδα ψυχικής υγείας Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: Υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από ψυχίατρο ή γιατρό με κρατική άδεια, κλινικό ψυχολόγο, κλινικό κοινωνικό λειτουργό, ειδικό κλινικό νοσηλεύτη, εξουσιοδοτημένο επαγγελματικό σύμβουλο (LPC), εξουσιοδοτημένο θεραπευτή γάμου και οικογένειας (LMFT), νοσηλεύτη (NP), βοηθό ιατρού (PA) ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας με πιστοποίηση Medicare, όπως επιτρέπεται από τους ισχύοντες κρατικούς νόμους.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ανατρέξτε στην ενότητα «Έλεγχος κατάθλιψης» σε αυτό τον πίνακα για τον ετήσιο έλεγχο κατάθλιψης. Ανατρέξτε στην ενότητα «Μερική νοσηλεία» σε αυτόν τον πίνακα εάν χρειάζεστε αυτή την καλυπτόμενη από το

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Εξωνοσοκομειακή φροντίδα ψυχικής υγείας (συνέχεια) Η κάλυψη εξωνοσοκομειακής φροντίδας ψυχικής υγείας Medicare περιλαμβάνει: • Έλεγχο κατάθλιψης κάθε ημερολογιακό έτος. Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται σε γραφείο γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή κλινική πρωτοβάθμιας περίθαλψης που μπορεί να παρέχει θεραπεία παρακολούθησης και παραπομπές. • Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία με γιατρούς ή ορισμένους εξουσιοδοτημένους επαγγελματίες που επιτρέπονται από την πολιτεία όπου λαμβάνετε αυτές τις υπηρεσίες. • Οικογενειακή συμβουλευτική, εάν ο κύριος σκοπός είναι να βοηθήσει με τη θεραπεία σας. • Δοκιμές για να μάθετε εάν λαμβάνετε τις υπηρεσίες που χρειάζεστε και εάν η τρέχουσα θεραπεία σας σας βοηθά. • Ψυχιατρική αξιολόγηση. • Διαχείριση φαρμάκων.	Medicare εξωνοσοκομειακή φροντίδα ψυχικής υγείας. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Υπηρεσίες αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών παρέχονται σε διάφορα εξωτερικά ιατρεία, όπως τμήματα εξωτερικών ασθενών νοσοκομείων, ανεξάρτητα γραφεία θεραπευτών και ολοκληρωμένες εγκαταστάσεις αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών (CORF).	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.
	Υπηρεσίες για διαταραχές χρήσης ουσιών στα εξωτερικά ιατρεία Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: • Καλυπτόμενες από το Medicare υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής θεραπείας για την κατάχρηση ουσιών. • Επιπλέον, το Medicaid καλύπτει επισκέψεις ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας. Ο εγγεγραμμένος πρέπει να είναι σε θέση να μεταβεί ο ίδιος για μία αξιολόγηση από πάροχο του δικτύου σε περίοδο δώδεκα (12) μηνών. Πρέπει να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο υγείας της συμπεριφοράς του Senior Whole Health Healthcare. Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για περισσότερες πληροφορίες.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Χειρουργείο εξωτερικών ιατρείων, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται σε νοσοκομειακά εξωτερικά ιατρεία και περιπατητικά χειρουργικά κέντρα Σημείωση: Εάν έχετε χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομειακή μονάδα, θα πρέπει να ελέγξετε με τον πάροχό σας εάν θα είστε εσωτερικός ή εξωτερικός ασθενής. Εκτός εάν ο πάροχος δώσει παραπεμπτικό για την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο, είστε εξωτερικός ασθενής και πληρώνετε τα ποσά επιμερισμού του κόστους για χειρουργική επέμβαση εξωτερικών ασθενών. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Μη συνταγογραφούμενα (OTC) είδη (συμπληρωματικά)* Παίρνετε \$100 κάθε μήνα για να ξοδέψετε σε εγκεκριμένα από το πρόγραμμα OTC είδη, προϊόντα και φάρμακα με την κάρτα σας Healthy You. Αυτό το μηνιαίο επίδομα είναι κοινό με το επίδομα για τις Υπηρεσίες μεταφοράς εκτός επείγουσας ανάγκης (συμπληρωματικές). Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αυτό το επίδομα για είδη OTC ή Υπηρεσίες μεταφοράς ή συνδυασμό των δύο με την κάρτα Healthy You. Εάν δεν χρησιμοποιήσετε όλο το ποσό του μηνιαίου επιδόματός σας, το υπόλοιπο που απομένει θα λήξει και δεν θα μεταφερθεί στον επόμενο μήνα. Η κάλυψή σας περιλαμβάνει μη συνταγογραφούμενα OTC είδη υγείας και ευεξίας, όπως βιταμίνες, αντηλιακά, αναλγητικά, φάρμακα για το βήχα και το κρυολόγημα και επιδέσμους. Μπορείτε να παραγγείλετε: • Διαδικτυακά – επισκεφτείτε τη διεύθυνση NationsOTC.com/Molina • Μέσω τηλεφώνου – στον αριθμό 877-208-9243 για να μιλήσετε με έναν Σύμβουλο εμπειρίας μέλους για τα OTC (TTY 711), όλο το 24ωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα, 365 ημέρες τον χρόνο. • Ταχυδρομικά – Συμπληρώστε και επιστρέψτε το έντυπο παραγγελίας στον κατάλογο προϊόντων. • Μέσω των συμβεβλημένων σημείων λιανικής πώλησης. Ανατρέξτε στον κατάλογο προϊόντων OTC του 2025 για έναν πλήρη κατάλογο των εγκεκριμένων από το πρόγραμμα ειδών OTC ή καλέστε ένα πρόσωπο υποστήριξης OTC για περισσότερες πληροφορίες. Θα βρείτε σημαντικές πληροφορίες (κατευθυντήριες γραμμές για τις παραγγελίες) στον κατάλογο προϊόντων OTC του 2025. Για περισσότερες πληροφορίες, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό εάν χρησιμοποιείτε την κάρτα σας Healthy You. Ενδέχεται το κόστος να βαρύνει εσάς εάν υπερβείτε το μέγιστο μηνιαίο ποσό. Ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί και εξαιρέσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Υπηρεσίες μερικής νοσηλείας και εντατικά εξωτερικά ιατρεία Η <i>μερική νοσηλεία</i> είναι ένα δομημένο πρόγραμμα ενεργητικής ψυχιατρικής θεραπείας που παρέχεται ως νοσοκομειακή υπηρεσία εξωτερικών ασθενών ή από ένα κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το οποίο είναι πιο έντονο από τη φροντίδα που λαμβάνεται στο γραφείο του γιατρού ή του ψυχοθεραπευτή, του αδειούχου συμβούλου γάμου και οικογένειας (LMFT) ή του αδειούχου επαγγελματία συμβούλου σας και αποτελεί εναλλακτική λύση στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Η <i>υπηρεσία εντατικής θεραπείας στα εξωτερικά ιατρεία</i> είναι ένα δομημένο πρόγραμμα ενεργού θεραπείας συμπεριφορικής (ψυχικής) υγείας που παρέχεται στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, σε κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, ομοσπονδιακά εξειδικευμένο κέντρο υγείας ή αγροτική κλινική υγείας και που είναι εντατικότερη από τη φροντίδα που παρέχεται στο γραφείο του γιατρού ή του ψυχοθεραπευτή σας, αλλά λιγότερο εντατική από τη μερική νοσηλεία.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για τις υπηρεσίες νοσοκομειακής νοσηλείας που καλύπτονται από το Medicare. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Υπηρεσίες ιατρού/παρόχου υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων στο ιατρείο Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: • Ιατρικά απαραίτητη ιατρική περίθαλψη ή χειρουργικές υπηρεσίες που παρέχονται σε ιατρείο, πιστοποιημένο χειρουργικό κέντρο για περιπατητικούς ασθενείς, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή οποιοδήποτε άλλο σημείο • Διαβούλευση, διάγνωση και θεραπεία από ειδικό • Βασικές εξετάσεις ακοής και ισορροπίας που εκτελούνται από το PCP σας, εάν ο γιατρός σας το διατάξει για να δείτε εάν χρειάζεστε ιατρική θεραπεία • Ορισμένες υπηρεσίες τηλεϊατρικής, συμπεριλαμβανομένων: των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Υπηρεσίες ιατρού/παρόχου υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων στο ιατρείο (συνέχεια) ◦ Έχετε την επιλογή να λάβετε αυτές τις υπηρεσίες μέσω προσωπικής επίσκεψης ή μέσω τηλεθεραπείας. Εάν επιλέξετε να λάβετε μία από αυτές τις υπηρεσίες μέσω τηλεθεραπείας, πρέπει να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο δικτύου που προσφέρει την υπηρεσία μέσω τηλεθεραπείας. Εάν επιλέξετε να λάβετε μία από αυτές τις υπηρεσίες μέσω τηλεθεραπείας, πρέπει να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο δικτύου που προσφέρει την υπηρεσία μέσω τηλεθεραπείας. Για να εντοπίσετε έναν πάροχο δικτύου, επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση SWHNY.com. ◦ Οι επισκέψεις τηλεϊατρικής είναι ιατρικές επισκέψεις που γίνονται για εσάς εκτός ιατρικών εγκαταστάσεων από παρόχους ψηφιακών υπηρεσιών που χρησιμοποιούν διαδικτυακή τεχνολογία και δυνατότητες ζωντανού ήχου/βίντεο. ◦ Σημείωση: Δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν όλες οι ιατρικές καταστάσεις μέσω επισκέψεων τηλεϊατρικής. Ο γιατρός επίσκεψης τηλεϊατρικής θα προσδιορίσει εάν πρέπει να δείτε έναν γιατρό για θεραπεία δια ζώσης. • Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για μηνιαίες επισκέψεις που σχετίζονται με νεφρική νόσο τελικού σταδίου για μέλη που κάνουν αιμοκάθαρση κατ' οίκον σε νοσοκομειακό ή κρίσιμης πρόσβασης νοσοκομειακό κέντρο αιμοκάθαρσης, κέντρο αιμοκάθαρσης ή στην οικία του μέλους. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση. • Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για τη διάγνωση, την αξιολόγηση ή τη θεραπεία συμπτωμάτων εγκεφαλικού επεισοδίου, ανεξάρτητα από την τοποθεσία σας. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση. • Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για μέλη με διαταραχή χρήσης ουσιών ή συνυπάρχουσα διαταραχή ψυχικής υγείας, ανεξάρτητα από την τοποθεσία τους. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση. • Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπεία διαταραχών ψυχικής υγείας εάν: ◦ Έχετε μια προσωπική επίσκεψη εντός 6 μηνών πριν από την πρώτη σας επίσκεψη τηλεϊατρικής ◦ Έχετε μια προσωπική επίσκεψη κάθε 12 μήνες ενώ λαμβάνετε αυτές τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής ◦ Εξαιρέσεις μπορούν να γίνουν στα παραπάνω για ορισμένες περιπτώσεις	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Υπηρεσίες ιατρού/παρόχου υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων στο ιατρείο (συνέχεια) - Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για επισκέψεις ψυχικής υγείας που παρέχονται από αγροτικές κλινικές υγείας και ομοσπονδιακά ειδικευμένα κέντρα υγείας - Σύντομος έλεγχος υγείας μέσω ψηφιακής πλατφόρμας (για παράδειγμα, μέσω τηλεφώνου ή συνομιλίας μέσω βίντεο) με το γιατρό σας για 5-10 λεπτά εάν: - Δεν είστε νέος ασθενής και - Ο σύντομος έλεγχος υγείας δεν σχετίζεται με επίσκεψη στο ιατρείο τις τελευταίες 7 ημέρες και - Ο σύντομος έλεγχος υγείας δεν οδηγεί σε επίσκεψη στο ιατρείο εντός 24 ωρών ή το συντομότερο διαθέσιμο ραντεβού - Αξιολόγηση βίντεο ή/και εικόνων που στέλνετε στον γιατρό σας και ερμηνεία και παρακολούθηση από τον γιατρό σας εντός 24 ωρών εάν: - Δεν είστε νέος ασθενής και - Η αξιολόγηση δεν οδηγεί σε επίσκεψη στο ιατρείο εντός 24 ωρών ή το συντομότερο διαθέσιμο ραντεβού - Διαβούλευση που έχει ο γιατρός σας με άλλους γιατρούς μέσω τηλεφώνου, διαδικτύου ή ηλεκτρονικού φακέλου υγείας - Δεύτερη γνώμη πριν τη χειρουργική επέμβαση - Μη συνήθης οδοντιατρική περίθαλψη (οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιορίζονται σε χειρουργική επέμβαση της γνάθου ή συναφών δομών, αποκατάσταση καταγμάτων της γνάθου ή των οστών του προσώπου, εξαγωγή δοντιών για την προετοιμασία της γνάθου για ακτινοθεραπείες νεοπλασματικής νόσου ή υπηρεσίες που θα καλύπτονταν αν παρέχονταν από γιατρό). - Υπηρεσίες παρακολούθησης στο γραφείο ενός γιατρού ή σε νοσοκομειακό περιβάλλον εξωτερικών ασθενών εάν παίρνετε αντιπηκτικά φάρμακα, όπως κουμαδίνη, ηπαρίνη ή βαρφαρίνη.	
	Υπηρεσίες ποδιάρου (καλύπτονται από το Medicare) Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: - Διάγνωση και ιατρική ή χειρουργική θεραπεία τραυματισμών και ασθενειών των ποδιών (όπως σφυροδάχτυλα ή άκανθα φτέρνας) - Περίθαλψη ρουτίνας για τα πόδια για μέλη με ορισμένες ιατρικές παθήσεις που επηρεάζουν τα κάτω άκρα.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για τις υπηρεσίες ποδιάρου που καλύπτονται από το Medicare. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Εξετάσεις ελέγχου καρκίνου προστάτη* Για άνδρες ηλικίας 50 ετών και άνω, οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα, μία φορά κάθε 12 μήνες: • Δακτυλική εξέταση προστάτη • Εξέταση Ειδικού Προστατικού Αντιγόνου (PSA)	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για ετήσια εξέταση PSA.
	Προσθετικές και ορθωτικές συσκευές και συναφή αναλώσιμα Τεχνολογικά προϊόντα (εκτός από οδοντιατρικά) που αντικαθιστούν ολόκληρο ή μέρος ενός μέρους του σώματος ή μιας λειτουργίας. Αυτά περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, δοκιμή, πρόβα ή εκπαίδευση στη χρήση προθετικών και ορθωτικών συσκευών, καθώς και: σάκους κολοστομίας και προμήθειες που σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα κολοστομίας, βηματοδότες, σιδεράκια, προσθετικά παπούτσια, τεχνητά μέλη και προθέσεις στήθους (συμπεριλαμβανομένου χειρουργικού στήθόδεσμου μετά από μαστεκτομή). Περιλαμβάνονται ορισμένες προμήθειες που σχετίζονται με προσθετικές και ορθωτικές συσκευές και επισκευή ή/και αντικατάσταση προσθετικών και ορθωτικών συσκευών. Περιλαμβάνει επίσης κάποια κάλυψη μετά από αφαίρεση καταρράκτη ή χειρουργική επέμβαση καταρράκτη, ανατρέξτε στην παράγραφο Φροντίδα όρασης παρακάτω σε αυτήν την ενότητα για περισσότερες λεπτομέρειες.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για τα μέλη που δικαιούνται αυτήν την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Υπηρεσίες πνευμονικής αποκατάστασης Καλύπτονται ολοκληρωμένα προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης για μέλη που έχουν μέτρια έως πολύ σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και εντολή πνευμονικής αποκατάστασης από τον ιατρό που θεραπεύει το χρόνιο αναπνευστικό νόσημα.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για τα μέλη που δικαιούνται αυτήν την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
	Έλεγχος και παροχή συμβουλών για τη μείωση της κατάχρησης αλκοόλ* Καλύπτουμε έναν έλεγχο κατάχρησης αλκοόλ για ενήλικες με Medicare (συμπεριλαμβανομένων των εγκύων) που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ αλλά δεν εξαρτώνται από το αλκοόλ. Εάν είστε θετικοί για κατάχρηση αλκοόλ, μπορείτε να λάβετε έως και 4 σύντομες συνεδρίες συμβουλευτικής δια ζώσης ετησίως (εάν είστε ικανοί και σε εγρήγορση κατά τη διάρκεια της παροχής συμβουλών) που παρέχονται από ειδικευμένο γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή επαγγελματία σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τον έλεγχο και την παροχή συμβουλών που καλύπτονται από το Medicare για τη μείωση της προληπτικής παροχής κατάχρησης αλκοόλ.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα με υπολογιστική τομογραφία χαμηλής δόσης (LDCT)* Για τα ειδικευμένα άτομα, μια LDCT καλύπτεται κάθε 12 μήνες. Τα επιλέξιμα μέλη είναι: άτομα ηλικίας 50 - 77 ετών που δεν έχουν σημεία ή συμπτώματα καρκίνου του πνεύμονα, αλλά έχουν ιστορικό καπνίσματος τουλάχιστον 20 πακέτων ετών και που καπνίζουν ή έχουν διακόψει το κάπνισμα τα τελευταία 15 χρόνια, τα οποία λαμβάνουν εντολή για LDCT κατά τη διάρκεια συμβουλευτικής προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του πνεύμονα και κοινή επίσκεψη λήψης αποφάσεων που πληροί τα κριτήρια Medicare για τέτοιες επισκέψεις και παρέχεται από γιατρό ή ειδικευμένο πάροχο μη ιατρό. <i>Για ελέγχους καρκίνου του πνεύμονα LDCT μετά τον αρχικό έλεγχο LDCT:</i> το μέλος πρέπει να λάβει εντολή για προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα LDCT, η οποία μπορεί να παρασχεθεί κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε κατάλληλης επίσκεψης με γιατρό ή ειδικευμένο μη ιατρό. Εάν ένας γιατρός ή ειδικευμένος μη ιατρός επιλέξει να παρέχει συμβουλευτική προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του πνεύμονα και κοινή επίσκεψη λήψης αποφάσεων για επακόλουθες εξετάσεις καρκίνου του πνεύμονα με LDCT, η επίσκεψη πρέπει να πληροί τα κριτήρια Medicare για τέτοιες επισκέψεις.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για την παροχή συμβουλών που καλύπτεται από το Medicare και την κοινή επίσκεψη λήψης αποφάσεων ή για το LDCT.
	Έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) και συμβουλευτική για την πρόληψη των ΣΜΝ* Καλύπτουμε τις εξετάσεις σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (ΣΜΝ) για χλαμύδια, γονόρροια, σύφιλη και ηπατίτιδα Β. Αυτές οι προβολές καλύπτονται για έγκυες γυναίκες και για ορισμένα άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ΣΜΝ όταν οι εξετάσεις παραγγέλλονται από πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Καλύπτουμε αυτές τις εξετάσεις μία φορά κάθε 12 μήνες ή σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Καλύπτουμε επίσης έως και δύο ατομικές συνεδρίες συμβουλευτικής υψηλής έντασης διάρκειας 20 έως 30 λεπτών κάθε χρόνο για σεξουαλικά ενεργούς ενήλικες με αυξημένο κίνδυνο για ΣΜΝ. Θα καλύψουμε αυτές τις συμβουλευτικές συνεδρίες ως προληπτική υπηρεσία μόνο εάν παρέχονται από πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πραγματοποιούνται σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως γραφείο γιατρού.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπόμενο ποσό για τον έλεγχο που καλύπτεται από το Medicare για ΣΜΝ και συμβουλευτική για παροχή προληπτικών ελέγχων ΣΜΝ.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Υπηρεσίες για τη θεραπεία της νεφρικής νόσου Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: - Υπηρεσίες εκπαίδευσης για νεφρική νόσο για να διδάξουν τη φροντίδα των νεφρών και να βοηθήσουν τα μέλη να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους. Για τα μέλη με χρόνια νεφρική νόσο σταδίου IV όταν παραπέμπονται από το γιατρό τους, καλύπτουμε έως και έξι συνεδρίες υπηρεσιών εκπαίδευσης νεφρικής νόσου ανά ζωή. - Θεραπείες αιμοκάθαρσης εξωτερικής παραμονής (συμπεριλαμβανομένων των θεραπειών αιμοκάθαρσης όταν βρίσκονται προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης, όπως εξηγείται στο κεφάλαιο 3, ή όταν ο πάροχός σας για αυτήν την υπηρεσία είναι προσωρινά μη διαθέσιμος ή δεν είναι προσβάσιμος) - Ενδοноσοκομειακές θεραπείες αιμοκάθαρσης (εάν εισαχθείτε ως εσωτερικός ασθενής σε νοσοκομείο για ειδική φροντίδα) - Εκπαίδευση αιμοκάθαρσης κατ' οίκον (περιλαμβάνει εκπαίδευση για εσάς και οποιονδήποτε σας βοηθά με τις θεραπείες αιμοκάθαρσης στο σπίτι σας) - Εξοπλισμός και προμήθειες αιμοκάθαρσης κατ' οίκον - Ορισμένες υπηρεσίες υποστήριξης στο σπίτι (όπως, όταν είναι απαραίτητο, επισκέψεις από εκπαιδευμένους εργαζόμενους αιμοκάθαρσης για να ελέγξουν την αιμοκάθαρση στο σπίτι σας, να βοηθήσουν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και να ελέγξουν τον εξοπλισμό αιμοκάθαρσης και την παροχή νερού) Ορισμένα φάρμακα για αιμοκάθαρση καλύπτονται από την παροχή φαρμάκων Medicare Μέρους Β. Για πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων Μέρους Β, μεταβείτε στην ενότητα Συνταγογραφούμενα φάρμακα Medicare Μέρους Β.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Θεραπείες αιμοκάθαρσης νοσηλευόμενων ασθενών - Ανατρέξτε σε «Ενδοноσοκομειακή νοσοκομειακή περίθαλψη» σε αυτόν τον πίνακα. Εξοπλισμός και προμήθειες αιμοκάθαρσης κατ' οίκον - Ανατρέξτε στην ενότητα «Ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός και συναφείς προμήθειες» σε αυτόν τον πίνακα. Υπηρεσίες Οικιακής Υποστήριξης - Ανατρέξτε σε «Φροντίδα υπηρεσίας υγείας στο σπίτι» σε αυτόν τον πίνακα. Φάρμακα αιμοκάθαρσης Medicare Μέρους Β - Ανατρέξτε σε «Συνταγογραφούμενα φάρμακα Medicare Μέρους Β» σε αυτόν τον πίνακα.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα (SNF) (Για τον ορισμό της εξειδικευμένης περίθαλψης σε νοσηλευτικές εγκαταστάσεις, βλέπε κεφάλαιο 12 του παρόντος εγγράφου. Οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες ονομάζονται μερικές φορές SNF). Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής: • Μη μονόκλινο δωμάτιο (ή μονόκλινο δωμάτιο εάν είναι ιατρικά απαραίτητο) • Γεύματα, συμπεριλαμβανομένων ειδικών διατροφολογιών • Εξειδικευμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες • Φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία • Φάρμακα που σας χορηγούνται ως μέρος του προγράμματος φροντίδας σας (Αυτό περιλαμβάνει ουσίες που υπάρχουν φυσικά στο σώμα, όπως παράγοντες πήξης του αίματος.) • Αίμα - συμπεριλαμβανομένης της φύλαξης και της χορήγησης. Η κάλυψη του ολικού αίματος και των συσκευασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων αρχίζει μόνο με την τέταρτη πίντα (450 ml) αίματος που χρειάζεστε— πρέπει είτε να πληρώσετε το κόστος για τις τρεις πρώτες πίντες αίματος που παίρνετε σε ένα ημερολογιακό έτος είτε να κάνετε αιμοδοσία εσείς προσωπικά ή κάποιος άλλος για εσάς. Όλα τα άλλα συστατικά του αίματος καλύπτονται ξεκινώντας από την πρώτη πίντα που χρησιμοποιείται. • Ιατρικά και χειρουργικά εφόδια που παρέχονται συνήθως από SNF • Εργαστηριακές εξετάσεις που παρέχονται συνήθως από SNF • Ακτινογραφίες και άλλες ακτινολογικές υπηρεσίες που παρέχονται συνήθως από SNF • Χρήση συσκευών όπως αναπηρικά αμαξίδια που παρέχονται συνήθως από SNF • Υπηρεσίες ιατρού/παρόχου Γενικά, θα έχετε τη φροντίδα του SNF από τις εγκαταστάσεις του δικτύου. Ωστόσο, υπό ορισμένες προϋποθέσεις που αναφέρονται παρακάτω, ενδέχεται να μπορείτε να λάβετε τη φροντίδα σας από μια εγκατάσταση που δεν είναι πάροχος δικτύου, εάν η εγκατάσταση δέχεται τα ποσά του προγράμματός μας για πληρωμή. • Ένα γηροκομείο ή μια κοινότητα συνταξιοδότησης συνεχούς φροντίδας όπου ζούσατε ακριβώς πριν πάτε στο νοσοκομείο (εφόσον παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα νοσηλευτικής μονάδας) • SNF όπου ζει ο/η σύζυγος ή ο/η ο/η σύντροφός σας τη στιγμή που φεύγετε από το νοσοκομείο	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση. Εκτός από περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ο γιατρός σας πρέπει να ενημερώσει το πρόγραμμα ότι πρόκειται να εισαχθείτε σε SNF. Δεν απαιτείται προηγούμενη παραμονή στο νοσοκομείο.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Διακοπή καπνίσματος και χρήσης καπνού (συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος ή χρήσης καπνού)* <u>Εάν χρησιμοποιείτε καπνό, αλλά δεν έχετε σημεία ή συμπτώματα ασθένειας που σχετίζεται με τον καπνό:</u> Καλύπτουμε δύο προσπάθειες διακοπής με συμβουλευτική μέσα σε διάστημα 12 μηνών ως προληπτική υπηρεσία χωρίς κόστος για εσάς. Κάθε προσπάθεια συμβουλευτικής περιλαμβάνει έως και τέσσερις επισκέψεις δια ζώσης. <u>Εάν χρησιμοποιείτε καπνό και έχετε διαγνωστεί με ασθένεια που σχετίζεται με τον καπνό ή παίρνετε φάρμακα που μπορεί να επηρεαστούν από τον καπνό:</u> Καλύπτουμε συμβουλευτικές υπηρεσίες διακοπής. Καλύπτουμε δύο συμβουλευτικές προσπάθειες διακοπής εντός περιόδου 12 μηνών. Ωστόσο, θα πληρώσετε τον ισχύοντα επιμερισμό του κόστους. Κάθε προσπάθεια συμβουλευτικής περιλαμβάνει έως και τέσσερις επισκέψεις δια ζώσης.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για τις προληπτικές παροχές διακοπής καπνίσματος και χρήσης καπνού που καλύπτονται από το Medicare.
	Υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος και χρήσης καπνού (συμπληρωματικές)* Εάν θέλετε να σταματήσετε το κάπνισμα, θα πρέπει να μιλήσετε με τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή να καλέσετε το Τμήμα Αγωγής Υγείας. Εκτός από την κάλυψη που προσφέρεται στο πλαίσιο του επιδόματος διακοπής καπνίσματος και χρήσης καπνού που καλύπτεται από το Medicare, το πρόγραμμα καλύπτει 8 πρόσθετες συμβουλευτικές υπηρεσίες κάθε ημερολογιακό έτος για να σας βοηθήσει να σταματήσετε το κάπνισμα ή τη χρήση προϊόντων καπνού. Πρέπει να εξαντλήσετε την παροχή διακοπής της χρήσης καπνού που καλύπτεται από το Medicare προτού το πρόγραμμα πληρώσει για κάλυψη βάσει αυτής της παροχής.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.
	Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες Εάν διαγνωστείτε με οποιαδήποτε από τις ακόλουθες χρόνιες παθήσεις που προσδιορίζονται παρακάτω και πληροίτε ορισμένα κριτήρια, ενδέχεται να δικαιούστε ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες. Θα χρειαστεί να υποβάλετε ένα έντυπο αξιολόγησης κινδύνου για την υγεία που θα σας προσδιορίζει ότι έχετε μία από τις αναφερόμενες καταστάσεις που θα μπορούσαν να επιδεινωθούν χωρίς πρόσβαση σε μία από τις ειδικές συμπληρωματικές παροχές που αναφέρονται παρακάτω. Χρόνια εξάρτηση από το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά,	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό εάν χρησιμοποιείτε την κάρτα σας Healthy You. Απαιτείται συμμετοχή σε πρόγραμμα διαχείρισης φροντίδας. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες (συνέχεια) • Αυτοάνοσες διαταραχές, • Καρκίνος, • Καρδιαγγειακές διαταραχές, • Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, • Άνοια, • Διαβήτης, • Ηπατική νόσος τελικού σταδίου. • Νεφροπάθεια τελικού σταδίου (ESRD), • Σοβαρές αιματολογικές διαταραχές, • HIV/AIDS, • Χρόνιες πνευμονικές διαταραχές, • Χρόνιες και αναπηρικές ψυχικές νόσοι, • Νευρολογικές διαταραχές και • Εγκεφαλικό Θα σας βοηθήσουμε με την πρόσβαση σε αυτές τις παροχές. Μπορείτε να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή τον Συντονιστή Φροντίδας για να ξεκινήσετε το αίτημά σας ή να λάβετε πρόσθετες πληροφορίες. Σημείωση: Υποβάλλοντας αίτηση για αυτή την παροχή, εξουσιοδοτείτε τους εκπροσώπους του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) να επικοινωνήσουν μαζί σας μέσω τηλεφώνου, ταχυδρομείου ή οποιονδήποτε άλλων μεθόδων επικοινωνίας, όπως περιγράφεται ρητά στην αίτησή σας. Μετά την έγκριση, η προφορτωμένη κάρτα Healthy You θα φορτωθεί αυτόματα με έως και \$73 κάθε μήνα για χρήση στις παροχές SSBCI. Τυχόν αχρησιμοποίητα κεφάλαια στο τέλος κάθε μήνα δεν μεταφέρονται στον επόμενο μήνα. Τρόφιμα και φρέσκα λαχανικά και φρούτα Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, λαμβάνετε 73\$ κάθε μήνα για να ξοδέψετε σε τρόφιμα και φρέσκα λαχανικά και φρούτα.	
	Εποπτευόμενη θεραπεία άσκησης (SET) Το SET καλύπτεται για μέλη που έχουν συμπτωματική περιφερική αρτηριακή νόσο (PAD). Καλύπτονται έως και 36 συνεδρίες σε περίοδο 12 εβδομάδων, εφόσον πληρούνται οι απαιτήσεις του προγράμματος SET.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Εποπτευόμενη θεραπεία άσκησης (SET) (συνέχεια) Το πρόγραμμα SET πρέπει να: - Αποτελείται από συνεδρίες διάρκειας 30-60 λεπτών, που περιλαμβάνουν θεραπευτικό πρόγραμμα άσκησης-εκπαίδευσης για PAD σε ασθενείς με χωλότητα - Να διεξάγεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον εξωτερικών ασθενών ή σε γραφείο γιατρού - Να παρέχεται από εξειδικευμένο βοηθητικό προσωπικό που είναι απαραίτητο για να διασφαλιστεί ότι οι παροχές υπερβαίνουν τις βλάβες και το οποίο είναι εκπαιδευμένο στη θεραπεία άσκησης για PAD - Να είστε υπό την άμεση επίβλεψη ιατρού, βοηθού ιατρού ή εξειδικευμένου νοσηλευτή / κλινικού νοσηλευτή που πρέπει να εκπαιδευτεί τόσο σε βασικές όσο και σε προηγμένες τεχνικές υποστήριξης της ζωής Το SET μπορεί να καλυφθεί πέραν των 36 συνεδριών σε διάστημα 12 εβδομάδων για επιπλέον 36 συνεδρίες για μεγάλο χρονικό διάστημα, εάν κριθεί ιατρικά απαραίτητο από έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.	
	Υπηρεσίες μεταφοράς εκτός επείγουσας ανάγκης (συμπληρωματικές) Έχετε \$100 κάθε μήνα να ξοδεύετε για Μεταφορά σε τοποθεσία που αφορά την υγεία σας κατά την κρίση σας, στην κάρτα σας Healthy You. Το ποσό αυτό δεν αντιστοιχεί σε καθορισμένο αριθμό «διαδρομών», αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αγορά μη επείγουσας μεταφοράς μέχρι το όριο των παροχών. Αυτό το ποσό συνδυάζεται με το μηνιαίο επίδομα για μη συνταγογραφούμενα είδη (OTC). Εάν δεν χρησιμοποιήσετε όλο το ποσό των τριμηνιαίων παροχών σας, το υπόλοιπο που απομένει θα λήξει και δεν θα μεταφερθεί στον επόμενο μήνα. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την προπληρωμένη κάρτα Healthy You για την αγορά διαδρομών σε εφαρμογές μεταφορών, σε υπηρεσίες ταξί ή για άλλες μορφές μη επείγουσας μεταφοράς, όπως κάρτες λεωφορείων, σιδηροδρομικές κάρτες ή άλλες μορφές δημόσιας συγκοινωνίας. Τα μέλη ενθαρρύνονται να μεγιστοποιήσουν τον αριθμό των διαθέσιμων διαδρομών μέσω αυτού του επιδόματος. Για συχνά ζητούμενους προορισμούς, όπως κέντρα αιμοκάθαρσης ή μονάδες φυσικοθεραπείας, επικοινωνήστε απευθείας με τη μονάδα που παρέχει τη μεταφορά για να δείτε αν υπάρχει διαθέσιμη πιο οικονομική μεταφορά, πριν προγραμματίσετε τη μεταφορά μέσω υπηρεσίας μεταφοράς με ταξί ή ιδιωτικής υπηρεσίας μεταφοράς.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή εάν χρησιμοποιείτε την κάρτα σας Healthy You. Ενδέχεται να το κόστος να βαρύνει εσάς εάν υπερβείτε το μέγιστο ετήσιο ποσό. Ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί και εξαιρέσεις. Εάν χρειάζεστε επείγουσα περίθαλψη, καλέστε στο 911 και ζητήστε ασθενοφόρο. Ανατρέξτε στο «Υπηρεσίες ασθενοφόρου» σε αυτόν τον πίνακα για να μάθετε περισσότερα για τη μεταφορά επείγουσας ανάγκης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Υπηρεσίες επείγουσας ανάγκης Μια καλυπτόμενη από το πρόγραμμα υπηρεσία η οποία απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα και δεν είναι επείγον περιστατικό είναι μια υπηρεσία που απαιτείται επειγόντως εφόσον βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή ακόμα και εάν βρίσκεστε εντός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος, είναι παράλογο, δεδομένου του χρόνου, του τόπου και των περιστάσεων, να λάβετε την εν λόγω υπηρεσία από παρόχους δικτύου με τους οποίους το πρόγραμμα συνάπτει συμβάσεις. Το πρόγραμμά σας πρέπει να καλύπτει τις υπηρεσίες που χρειάζονται επειγόντως και να σας χρεώνει μόνο συμμετοχή στο κόστος εντός δικτύου. Παραδείγματα υπηρεσιών επείγουσας ανάγκης είναι απρόβλεπτες ασθένειες και τραυματισμοί ή απροσδόκητες εξάρσεις υφιστάμενων παθήσεων. Ωστόσο, οι ιατρικά αναγκαίες επισκέψεις ρουτίνας σε παρόχους, όπως οι ετήσιες εξετάσεις, δεν θεωρούνται επείγουσες, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή το δίκτυο του προγράμματος δεν είναι προσωρινά διαθέσιμο. Εκτός των Η.Π.Α., ανατρέξτε στην ενότητα «Παγκόσμια κάλυψη επείγουσας/έκτακτης περίθαλψης».	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.
	Φροντίδα όρασης Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: - Υπηρεσίες εξωτερικών ιατρών για τη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών και τραυματισμών του οφθαλμού, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας για την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας. Το Original Medicare δεν καλύπτει εξετάσεις ρουτίνας ματιών (διαθλάσεις ματιών) για γυαλιά/φακούς επαφής. - Για άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο γλαυκώματος, θα καλύψουμε έναν έλεγχο γλαυκώματος κάθε χρόνο. Τα άτομα με υψηλό κίνδυνο γλαυκώματος περιλαμβάνουν: άτομα με οικογενειακό ιστορικό γλαυκώματος, άτομα με διαβήτη, Αφροαμερικανούς ηλικίας 50 ετών και άνω και λατινοαμερικανικής καταγωγής Αμερικανούς ηλικίας 65 ετών και άνω. - Για τα άτομα με διαβήτη, ο έλεγχος για διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια καλύπτεται μία φορά το χρόνο.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμπληρωμή ή εκπιπόμενο ποσό για τη φροντίδα όρασης που καλύπτεται από το Medicare. Μπορεί να απαιτείται προέγκριση για τα γυαλιά.

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Φροντίδα όρασης (συνέχεια) - Ένα ζευγάρι γυαλιά ή φακούς επαφής μετά από κάθε χειρουργική επέμβαση καταρράκτη που περιλαμβάνει την τοποθέτηση ενδοφθάλμιου φακού (Εάν κάνετε δύο ξεχωριστές επεμβάσεις καταρράκτη, δεν μπορείτε να κάνετε κράτηση της παροχής μετά την πρώτη επέμβαση και να αγοράσετε δύο γυαλιά οράσεως μετά τη δεύτερη επέμβαση). Φροντίδα όρασης (συμπληρωματική) - Μία οφθαλμολογική εξέταση ρουτίνας κάθε έτος - Γυαλιά, όριο \$350 κάθε έτος Οι καλυπτόμενες από το Medicaid υπηρεσίες περιλαμβάνουν: - Υπηρεσίες οπτομετρών, οφθαλμιάτρων και οφθαλμολογικών διανομέων που περιλαμβάνουν γυαλιά, ιατρικά απαραίτητους φακούς επαφής και πολυκαρβονικούς φακούς, τεχνητά μάτια (εργοστασιακά ή κατά παραγγελία), βοηθήματα χαμηλής όρασης και υπηρεσίες χαμηλής όρασης. Η κάλυψη περιλαμβάνει την επισκευή ή αντικατάσταση ανταλλακτικών. Εξετάσεις για διάγνωση και θεραπεία ελαττωμάτων όρασης ή/και οφθαλμικών παθήσεων. Οι εξετάσεις για διάθλαση περιορίζονται σε κάθε 2 χρόνια, εκτός εάν είναι ιατρικά απαραίτητο. Πρέπει να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο δικτύου. Δείτε τον Κατάλογο Παρόχων και Φαρμακείων ή καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για μια λίστα.	
	Επίσκεψη πρόληψης Welcome to Medicare Το πρόγραμμα καλύπτει την εφάπαξ επίσκεψη πρόληψης <i>Welcome to Medicare</i>. Η επίσκεψη περιλαμβάνει ανασκόπηση της υγείας σας, καθώς και εκπαίδευση και Σημαντικό: Καλύπτουμε την προληπτική επίσκεψη <i>Welcome to Medicare</i> μόνο εντός των πρώτων 12 μηνών που έχετε το Medicare Μέρους Β. Όταν κλείσετε το ραντεβού σας, ενημερώστε το γραφείο του γιατρού σας ότι θέλετε να προγραμματίσετε επίσκεψη πρόληψης <i>Welcome to Medicare</i>.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για την επίσκεψη πρόληψης <i>Welcome to Medicare</i> .
	Παγκόσμια κάλυψη επείγουσας/έκτακτης περίθαλψης (συμπληρωματική)* Ως πρόσθετη παροχή, η κάλυψή σας περιλαμβάνει έως και \$10.000 κάθε ημερολογιακό έτος για επείγουσα φροντίδα παγκοσμίως εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών (Η.Π.Α.)	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Εάν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη σε νοσοκομείο

	Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
	Παγκόσμια κάλυψη έκτακτης ανάγκης (συμπληρωματική) * (συνέχεια) Αυτή η παροχή περιορίζεται σε υπηρεσίες που θα ταξινομούνταν ως επείγουσα ή έκτακτη περίθαλψη, εάν η φροντίδα είχε παρασχεθεί στις Η.Π.Α. Η παγκόσμια κάλυψη περιλαμβάνει επείγουσα ή επειγόντως αναγκαία περίθαλψη, επείγουσα μεταφορά με ασθενοφόρο από τον τόπο του επείγοντος περιστατικού στην πλησιέστερη μονάδα ιατρικής περίθαλψης και περίθαλψη μετά τη σταθεροποίηση. Καλύπτονται υπηρεσίες ασθενοφόρου σε καταστάσεις όπου η πρόσβαση στο τμήμα έκτακτων περιστατικών με οποιονδήποτε άλλο τρόπο θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο την υγεία σας. Όταν συμβαίνουν αυτές οι καταστάσεις, ζητάμε από εσάς ή κάποιον που σας φροντίζει να μας καλέσετε. Θα προσπαθήσουμε να κανονίσουμε ώστε οι πάροχοι δικτύου να αναλάβουν τη φροντίδα σας μόλις το επιτρέψουν η ιατρική σας κατάσταση και οι περιστάσεις. Η μεταφορά πίσω στις Η.Π.Α. από άλλη χώρα δεν καλύπτεται. Δεν καλύπτονται η συνήθης φροντίδα και οι προγραμματισμένες ή προαιρετικές διαδικασίες. Οι ξένοι φόροι και τέλη (συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, των τελών μετατροπής νομίσματος ή συναλλαγής) δεν καλύπτονται. ΗΠΑ σημαίνει 50 πολιτείες, την Περιφέρεια της Κολούμπια, το Πουέρτο Ρίκο, τις Παρθένες Νήσους, το Γκουάμ, το νησί των Βόρειων Μαριάνων και την Αμερικανική Σαμόα.	των Η.Π.Α. και χρειάζεστε νοσοκομειακή περίθαλψη μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, πρέπει να επιστρέψετε σε νοσοκομείο του δικτύου για να συνεχίσει να καλύπτεται η περίθαλψή σας. Ή πρέπει να φροντίσετε να εγκριθεί η νοσοκομειακή σας περίθαλψη στο νοσοκομείο εκτός δικτύου από το πρόγραμμα. Το κόστος για εσάς είναι η συμμετοχή που θα πληρώνετε σε νοσοκομείο εντός δικτύου. Ισχύει μέγιστο όριο προγράμματος. Ίσως χρειαστεί να υποβάλετε αξίωση για επιστροφή εξόδων επείγουσας/επείγουσας περίθαλψης που λάβατε εκτός των ΗΠΑ. Μέγιστο όριο προγράμματος \$10.000 ισχύει για αυτή την παροχή κάθε ημερολογιακό έτος.

Τμήμα 2.2	Πρόσθετες παροχές που καλύπτονται από το Medicaid για τα μέλη του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)
------------------	--

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) είναι ένα πρόγραμμα ειδικών αναγκών διπλής ιδιότητας δικαιούχου που συνδυάζει την κάλυψη Medicare με τις παροχές του Medicaid, συμπεριλαμβανομένων πρόσθετων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, ειδικά σχεδιασμένων για μέλη που χρειάζονται επίπεδο περίθαλψης μονάδας ευγηρίας. Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται οι πρόσθετες παροχές και υπηρεσίες Medicaid που είναι διαθέσιμες για τα μέλη του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
Ημερήσια υγειονομική περίθαλψη ενηλίκων Φροντίδα και υπηρεσίες που παρέχονται σε μονάδα υγειονομικής περίθαλψης ή εγκεκριμένο χώρο επέκτασης. Πρέπει να παρέχονται: • Υπό την ιατρική καθοδήγηση ιατρού • Από το προσωπικό ημερήσιας φροντίδας υγείας ενηλίκων • Με βάση την ολοκληρωμένη εκτίμηση αναγκών και το πρόγραμμα φροντίδας του μέλους • Με συνεχή συντονισμό του προγράμματος υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει μεταφορά.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Ορισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: • Εντατικά Θεραπευτικά Προγράμματα Ψυχιατρικής Αποκατάστασης, • Ημερήσια θεραπεία, • Συνεχιζόμενη ημερήσια θεραπεία, • Διαχείριση Περιστατικών Σοβαρά και Επίμονα Ψυχικά Ασθενών (υπό την αιγίδα κρατικών ή τοπικών μονάδων ψυχικής υγείας), • Μερική νοσηλεία, • Δυναμική κοινοτική θεραπεία (ACT), • Εξατομικευμένες υπηρεσίες προσανατολισμένες στην αποκατάσταση (PROS)	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Υπηρεσίες Προσωπικής Φροντίδας που απευθύνονται σε καταναλωτές (CDPAS) Υπηρεσίες για μέλη με χρόνιες ασθένειες ή σωματικές αναπηρίες που έχουν ιατρική ανάγκη για βοήθεια με δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ADL) ή εξειδικευμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες. Περιλαμβάνει οποιαδήποτε από τις υπηρεσίες που παρέχονται από βοηθό προσωπικής φροντίδας (συνοδό στο σπίτι), βοηθό υγείας στο σπίτι ή νοσηλεύτη. Έχετε ευελιξία και ελευθερία στην επιλογή των φροντιστών σας. Εσείς, ή το άτομο που ενεργεί για λογαριασμό σας, είστε υπεύθυνοι για την πρόσληψη, την απόλυση, την εκπαίδευση, την εποπτεία και τον τερματισμό, εάν είναι απαραίτητο.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
Οδοντιατρικές υπηρεσίες Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν τακτικές και συνήθεις οδοντιατρικές υπηρεσίες, όπως προληπτικούς οδοντιατρικούς ελέγχους, καθαρισμούς, ακτινογραφίες, σφραγίσματα και άλλες υπηρεσίες για τον έλεγχο αλλαγών ή ανωμαλιών που μπορεί να απαιτούν θεραπεία ή/και παρακολούθηση φροντίδας. Περιλαμβάνει επίσης ιατρικά απαραίτητα οδοντικά εμφυτεύματα. Τα παρακάτω ΔΥΟ στοιχεία είναι υποχρεωτικά: • Μια επιστολή από τον γιατρό σας που εξηγεί πώς τα εμφυτεύματα θα βοηθήσουν με την ιατρική σας κατάσταση • Μια επιστολή από τον οδοντίατρό σας που εξηγεί γιατί άλλες εναλλακτικές λύσεις δεν θα διορθώσουν την κατάστασή σας και γιατί χρειάζεστε εμφυτεύματα Δεν χρειάζεστε παραπεμπτικό από το PCP σας για να δείτε οδοντίατρο.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση για ορισμένες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των οδοντικών εμφυτευμάτων.
Ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός (DME) Περιλαμβάνει DME εκτός Medicare που καλύπτεται από το Medicaid, όπως συσκευές και εξοπλισμό εκτός από ιατρικές/χειρουργικές προμήθειες, σκαμπό μπανιέρας και χειρολαβές και προσθετικές ή ορθωτικές συσκευές. Ο εξοπλισμός DME καλύπτεται εφόσον πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια: • Το DME μπορεί να αντέξει επαναλαμβανόμενη χρήση για παρατεταμένο χρονικό διάστημα • Χρησιμοποιείται κυρίως και συνήθως για ιατρικούς σκοπούς • Γενικά δεν είναι χρήσιμο σε ένα άτομο χωρίς ασθένεια ή τραυματισμό • Συνήθως τοποθετείται, σχεδιάζεται ή διαμορφώνεται για χρήση από ένα συγκεκριμένο άτομο • Παραγγέλλεται από ειδικευμένο ιατρό Δεν υπάρχει προϋπόθεση για ασθενείς παραμονής κατ' οίκον.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση για κάποιο εξοπλισμό.
Υπηρεσίες ακοής Υπηρεσίες και προϊόντα για την ανακούφιση της αναπηρίας που προκαλείται από απώλεια ή βλάβη ακοής. Πρέπει να είναι ιατρικά απαραίτητο. Περιλαμβάνει: • Επιλογή, τοποθέτηση και διανομή ακουστικών βαρηκοΐας	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
• Έλεγχοι ακουστικών βαρηκοΐας μετά τη χορήγηση • Αξιολογήσεις και επισκευές συμμόρφωσης ακουστικών βαρηκοΐας • Ακουστικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων δοκιμών και εξετάσεων, αξιολογήσεων ακουστικών βαρηκοΐας και συνταγών • Ακουστικά βαρηκοΐας, καλούπια αυτιών, ειδικά εξαρτήματα και ανταλλακτικά	
Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας (εξειδικευμένες) Περιλαμβάνει εξειδικευμένες υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Medicare, όπως φυσιοθεραπευτές για την επίβλεψη προγραμμάτων συντήρησης για ασθενείς που φτάνουν στο μέγιστο δυναμικό αποκατάστασης ή νοσηλευτές για την προπλήρωση συριγγών για άτομα με αναπηρία με διαβήτη. Περιλαμβάνει υπηρεσίες οικιακής βοήθειας υγείας, όπως απαιτείται από εγκεκριμένο πρόγραμμα φροντίδας που αναπτύχθηκε από πιστοποιημένο οργανισμό υγείας κατ' οίκον.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Παράδοση γευμάτων κατ' οίκον και σε χώρους συνάθροισης Γεύματα που παρέχονται στο σπίτι ή σε χώρους συνάθροισης, όπως κέντρα ηλικιωμένων για άτομα που δεν μπορούν να ετοιμάσουν γεύματα ή να αναθέσουν την προετοιμασία γευμάτων.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας και της φροντίδας διαταραχών χρήσης ουσιών Ιατρικά απαραίτητη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων ημερών που υπερβαίνουν το μέγιστο όριο ζωής 190 ημερών Medicare για ενδονοσοκομειακή ψυχική υγεία. Το πρόγραμμα καλύπτει 365 ημέρες το χρόνο (366 σε δίσεκτα έτη)	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Απαιτείται προέγκριση, εκτός από περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.
Ιατρικές Κοινωνικές Υπηρεσίες Αξιολόγηση, διευθέτηση και παροχή βοήθειας για κοινωνικά προβλήματα που σχετίζονται με τη διατήρηση του μέλους στο σπίτι.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Ιατρικά/Χειρουργικά αναλώσιμα Η καλυπτόμενη παροχή αφορά ιατρικά ή χειρουργικά αναλώσιμα και εντερική/παρεντερική φόρμουλα και συμπληρώματα, είδη που γενικά θεωρούνται ότι είναι μόνο για εφάπαξ χρήση ή/και αναλώσιμα είδη.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.

Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
Οι παροχές εντερικής φόρμουλας και διατροφικών συμπληρωμάτων περιορίζονται σε άτομα που δεν μπορούν να λάβουν διατροφή με άλλα μέσα και στις ακόλουθες προϋποθέσεις: • Άτομα που τρέφονται με σωλήνα που δεν μπορούν να μασήσουν ή να καταπιούν φαγητό και πρέπει να σιτίζονται με διάλυμα μέσω σωλήνα και • Άτομα με σπάνιες εγγενείς μεταβολικές διαταραχές που απαιτούν συγκεκριμένα ιατρικά διαλύματα για την παροχή βασικών θρεπτικών συστατικών	Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Ιατρική μεταφορά (ρουτίνας/μη επείγουσα) Μεταφορά απλής μετάβασης και μετάβασης μετ' επιστροφής με ασθενοφόρο, μέσο αερομεταφοράς ή αεροπλάνο, βαν μεταφοράς αναπήρων, ταξί, λιμουζίνα, μέσα μαζικής μεταφοράς ή άλλα μέσα κατάλληλα για την ιατρική κατάσταση του μέλους. Εάν είναι απαραίτητο, περιλαμβάνει συνοδό μεταφοράς για να συνοδεύσει το μέλος. Μπορεί να περιλαμβάνει γεύματα συνοδού μεταφοράς, διαμονή και μισθό. (Δεν θα καταβληθεί μισθός σε συνοδό που είναι συγγενής)	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Θρέψη Περιλαμβάνει εκτίμηση των διατροφικών αναγκών, ανάπτυξη και αξιολόγηση θεραπευτικών σχεδίων, διατροφική εκπαίδευση και συμβουλευτική, ενδούπηρεσιακή εκπαίδευση. Περιλαμβάνει πολιτιστικά ζητήματα. Η κάλυψη περιλαμβάνει τροποποιημένα στερεά προϊόντα διατροφής που είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες ή περιέχουν τροποποιημένη πρωτεΐνη για άτομα με κάποια κληρονομική νόσο του μεταβολισμού αμινοξέων και οργανικών οξέων.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Εξωνοσοκομειακή Θεραπεία Ψυχικής Υγείας Ατομικές και ομαδικές επισκέψεις θεραπείας. Το μέλος μπορεί να παραπέμψει τον εαυτό του για μία αξιολόγηση από πάροχο δικτύου εντός περιόδου 12 μηνών.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Θεραπεία εξωτερικών ασθενών για διαταραχή χρήσης ουσιών Ατομικές και ομαδικές επισκέψεις. Το μέλος πρέπει να είναι σε θέση να παραπέμψει τον εαυτό του για μία αξιολόγηση από έναν πάροχο δικτύου σε περίοδο 12 μηνών.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
Υπηρεσίες Προσωπικής Φροντίδας (PCS) Καλύπτει την παροχή ιατρικά αναγκαίας βοήθειας σε δραστηριότητες όπως η προσωπική υγιεινή, ντύσιμο και σίτιση, διατροφική και περιβαλλοντική υποστήριξη, όπως προετοιμασία γευμάτων και καθαριότητα. Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της υγείας και της ασφάλειας των μελών στο σπίτι τους.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Προσωπικές υπηρεσίες αντιμετώπισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης (PERS) Το PERS είναι μια ηλεκτρονική συσκευή που επιτρέπει στα άτομα να εξασφαλίσουν βοήθεια σε μια φυσική, συναισθηματική ή περιβαλλοντική κατάσταση έκτακτης ανάγκης.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Νοσηλευτικές Υπηρεσίες Ιδιωτικού Καθήκοντος Πρέπει να παρέχονται από εγγεγραμμένο επαγγελματία νοσηλευτή (RN) ή αδειούχο πρακτικό νοσηλευτή (LPN) που διαθέτει άδεια και τρέχουσα εγγραφή από το Τμήμα Εκπαίδευσης του NYS. Οι υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται μέσω εγκεκριμένου πιστοποιημένου οργανισμού υγείας στο σπίτι, εξουσιοδοτημένου οργανισμού φροντίδας στο σπίτι ή ιδιωτικού ιατρού.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Προσθετικές και Ορθωτικές Συσκευές Τεχνολογικά προϊόντα (εκτός από οδοντιατρικά) που αντικαθιστούν ολόκληρο ή μέρος ενός μέρους του σώματος ή μιας λειτουργίας. Αυτά περιλαμβάνουν αλλά δεν περιορίζονται σε: σάκους κολοστομίας και προμήθειες που σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα κολοστομίας, βηματοδότες, νάρθηκες, προσθετικά παπούτσια, τεχνητά μέλη και προθέσεις στήθους (συμπεριλαμβανομένου χειρουργικού στηθόδεσμου μετά από μαστεκτομή). Περιλαμβάνει ορισμένες προμήθειες που σχετίζονται με προσθετικές συσκευές.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Υπηρεσίες Εξωνοσοκομειακής Αποκατάστασης Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: Φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία Λογοθεραπεία	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

Υπηρεσίες που καλύπτονται για εσάς	Τι πρέπει να πληρώσετε όταν λάβετε αυτές τις υπηρεσίες
Κοινωνική Ημερήσια Φροντίδα Δομημένο ολοκληρωμένο πρόγραμμα κοινωνικοποίησης, επίβλεψης, παρακολούθησης, προσωπικής φροντίδας και διατροφής σε προστατευτικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε στιγμής της ημέρας. Μπορεί να περιλαμβάνει βοήθεια με ADL, διαχείριση υποθέσεων και μεταφορά. Κάλυψη βάσει ιατρικής αναγκαιότητας.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
Κοινωνική και περιβαλλοντική υποστήριξη Περιλαμβάνει υπηρεσίες και είδη για την υποστήριξη ιατρικών αναγκών. Μπορεί να περιλαμβάνει εργασίες συντήρησης στο σπίτι, υπηρεσίες οικιακής οικονομίας/υπηρεσίες για καθημερινές δουλειές εντός και εκτός σπιτιού, βελτίωση στέγασης και φροντίδα ανάπαυλας για φροντιστές.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή ή εκπιπόμενο ποσό για αυτή την παροχή. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.

ΤΜΗΜΑ 3 Ποιες υπηρεσίες καλύπτονται εκτός του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP);

Τμήμα 3.1 Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Υπάρχουν μερικές υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicaid που το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) δεν τις καλύπτει. Μπορείτε να λάβετε αυτές τις υπηρεσίες από οποιονδήποτε πάροχο που λαμβάνει Medicaid χρησιμοποιώντας την κάρτα παροχών Medicaid. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (TTY 711) εάν έχετε μια ερώτηση σχετικά με το εάν μία παροχή καλύπτεται από το Senior Whole Health of New York NHC ή το Medicaid.

Οι ακόλουθες υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), αλλά είναι διαθέσιμες μέσω του Medicaid:

- Υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού εκτός δικτύου σύμφωνα με τις διατάξεις άμεσης πρόσβασης,
- Παροχές φαρμακείου Medicaid όπως επιτρέπονται από τον κρατικό νόμο (επιλεγμένες κατηγορίες φαρμάκων που εξαιρούνται από την παροχή Medicare Μέρους Δ),
- Προγράμματα θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη,
- Υπηρεσίες αποκατάστασης που παρέχονται σε κατοίκους αδειοδοτημένων κοινοτικών κατοικιών (CRs) και προγραμμάτων θεραπείας με βάση την οικογένεια,
- Γραφείο Υπηρεσιών Ατόμων με Αναπτυξιακή Αναπηρία,
- Ολοκληρωμένη διαχείριση υποθέσεων Medicaid

- Άμεσα παρατηρούμενη θεραπεία (DOT) για τη νόσο της φυματίωσης,

ΤΜΗΜΑ 4 Ποιες υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα;

Τμήμα 4.1 Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα

Αυτή η ενότητα σας ενημερώνει για τις υπηρεσίες που «εξαιρούνται».

Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει ορισμένες υπηρεσίες και στοιχεία που δεν καλύπτονται μόνο υπό συγκεκριμένες συνθήκες.

Εάν λάβετε υπηρεσίες που εξαιρούνται (δεν καλύπτονται), πρέπει να πληρώσετε μόνοι σας για αυτές, εκτός από τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις που αναφέρονται παρακάτω. Ακόμα κι αν λάβετε τις εξαιρούμενες υπηρεσίες σε μια εγκατάσταση έκτακτης ανάγκης, οι εξαιρούμενες υπηρεσίες εξακολουθούν να μην καλύπτονται και το πρόγραμμά μας δεν θα πληρώσει για αυτές. Η μόνη εξαίρεση είναι εάν ασκηθεί έφεση και αποφασιστεί η υπηρεσία: κατόπιν προσφυγής να είναι ιατρική υπηρεσία που θα έπρεπε να είχαμε πληρώσει ή καλύψει λόγω της συγκεκριμένης κατάστασής σας. (Για πληροφορίες σχετικά με την άσκηση έφεσης κατά απόφασης που έχουμε λάβει να μην καλύπτει ιατρική υπηρεσία, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 9, Ενότητα 6.3 σε αυτό το έγγραφο.)

Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Medicare	Δεν καλύπτεται από καμία προϋπόθεση	Καλύπτεται μόνο υπό ειδικές προϋποθέσεις
Αισθητική χειρουργική ή διαδικασίες		• Καλύπτεται σε περιπτώσεις τυχαίου τραυματισμού ή για τη βελτίωση της λειτουργίας ενός δυσμορφικού μέλους του σώματος. • Καλύπτεται για όλα τα στάδια της αποκατάστασης ενός μαστού μετά από μαστεκτομή, καθώς και για τον μη προσβεβλημένο μαστό για να παράγει μια συμμετρική εμφάνιση.
Επιμέλεια Η φροντίδα φύλαξης είναι προσωπική φροντίδα που δεν απαιτεί τη συνεχή προσοχή εκπαιδευμένου ιατρικού ή παραϊατρικού προσωπικού, όπως φροντίδα που σας βοηθά με δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως μπάνιο ή ντύσιμο.	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση	
Πειραματικές ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις, εξοπλισμός και φάρμακα.		• Μπορεί να καλύπτεται από το Original Medicare στο πλαίσιο μιας εγκεκριμένης από το Medicare κλινικής ερευνητικής μελέτης ή από το πρόγραμμά μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Medicare	Δεν καλύπτεται από καμία προϋπόθεση	Καλύπτεται μόνο υπό ειδικές προϋποθέσεις
Πειραματικές διαδικασίες και αντικείμενα είναι εκείνα τα στοιχεία και οι διαδικασίες που καθορίζονται από το Original Medicare να μην είναι γενικά αποδεκτά από την ιατρική κοινότητα.		(Βλέπε Κεφάλαιο 3, Ενότητα 5 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις κλινικές ερευνητικές μελέτες.)
Τέλη που χρεώνονται για την περίθαλψη από τους άμεσους συγγενείς σας ή τα μέλη του νοικοκυριού σας.	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση	
Νοσηλευτική φροντίδα πλήρους απασχόλησης στο σπίτι σας.	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση	
Γεύματα που παραδίδονται κατ' οίκον		Καλύπτεται από το Medicaid.
Υπηρεσίες νοικοκυράς, συμπεριλαμβανομένης της βασικής οικιακής βοήθειας, όπως ελαφριά καθαριότητα ή ελαφριά προετοιμασία γευμάτων.		Καλύπτεται από το Medicaid.
Υπηρεσίες φυσιοπαθητικής (χρησιμοποιεί φυσικές ή εναλλακτικές θεραπείες).	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση	
Ορθοπεδικά παπούτσια ή υποστηρικτικές συσκευές για τα πόδια		Παπούτσια που αποτελούν μέρος ενός νάρθηκα ποδιών και περιλαμβάνονται στο κόστος του νάρθηκα. Ορθοπεδικά ή θεραπευτικά παπούτσια για άτομα με διαβητική νόσο του ποδιού.
Προσωπικά αντικείμενα στο δωμάτιό σας σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα, όπως τηλέφωνο ή τηλεόραση.	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση	
Ιδιωτικό δωμάτιο σε νοσοκομείο.		Καλύπτεται μόνο όταν είναι ιατρικά απαραίτητο.
Αντιστροφή των διαδικασιών στείρωσης ή/και των μη συνταγογραφούμενων αναλωσίμων αντισύλληψης.	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Medicare	Δεν καλύπτεται από καμία προϋπόθεση	Καλύπτεται μόνο υπό ειδικές προϋποθέσεις
Χειροπρακτική φροντίδα ρουτίνας		Καλύπτεται ο χειρωνακτικός χειρισμός της σπονδυλικής στήλης για τη διόρθωση ενός υπεξαρθρήματος.
Συνήθης οδοντιατρική φροντίδα, όπως καθαρισμοί, σφραγίσματα ή οδοντοστοιχίες.	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση	
Ακτινική κερατοτομή, χειρουργική επέμβαση LASIK και άλλα βοηθήματα χαμηλής όρασης.		- Η οφθαλμολογική εξέταση και ένα ζευγάρι γυαλιά (ή φακοί επαφής) καλύπτονται για άτομα μετά από χειρουργική επέμβαση καταρράκτη. - Αυτό το πρόγραμμα προσφέρει πρόσθετη κάλυψη όρασης. Ανατρέξτε στην ενότητα «Φροντίδα όρασης» στον Πίνακα Παροχών, ενότητα 2.1 αυτού του Κεφαλαίου για περισσότερες πληροφορίες.
Τακτική φροντίδα ποδιών		Παρέχεται περιορισμένη κάλυψη σύμφωνα με τις οδηγίες της Medicare (π.χ. εάν έχετε διαβήτη).
Συνήθεις εξετάσεις ακοής, ακουστικά βαρηκοΐας ή εξετάσεις για την τοποθέτηση ακουστικών βαρηκοΐας.		Καλύπτεται από το Medicaid.
Υπηρεσίες που θεωρούνται μη εύλογες και απαραίτητες, σύμφωνα με τα αρχικά πρότυπα Medicare	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

*Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για
συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ*

**Πώς μπορείτε να λάβετε πληροφορίες σχετικά με το κόστος των φαρμάκων σας;**

Επειδή πληροίτε τις προϋποθέσεις για Medicaid, έχετε δικαίωμα και λαμβάνετε «Επιπλέον βοήθεια» από το Medicare για να πληρώσετε για το κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων του προγράμματός σας. Επειδή συμμετέχετε στο πρόγραμμα «Επιπλέον βοήθεια», **ορισμένες πληροφορίες σε αυτό το Αποδεικτικό κάλυψης σχετικά με το κόστος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ δεν ισχύουν για εσάς.** Σας έχουμε στείλει ένα ξεχωριστό ένθετο, που λέγεται *Εγχειρίδιο Αποδεικτικού Κάλυψης για άτομα που λαμβάνουν Επιπλέον βοήθεια για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων* (γνωστό και ως *Εγχειρίδιο επιδότησης χαμηλού εισοδήματος ή Εγχειρίδιο LIS*), που σας ενημερώνει σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων. Εάν δεν έχετε αυτό το ένθετο, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών και ζητήστε το *Εγχειρίδιο LIS*.

ΤΜΗΜΑ 1 Εισαγωγή

Αυτό το κεφάλαιο εξηγεί τους κανόνες για τη χρήση της κάλυψής σας για τα φάρμακα Μέρους Δ. Παρακαλούμε ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 4 για τις παροχές φαρμάκων του Medicare Μέρους Β και τις παροχές φαρμάκων περίθαλψης ανιάτων.

Εκτός από τα φάρμακα που καλύπτονται από το Medicare, ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα καλύπτονται για εσάς από τις παροχές Medicaid.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων Medicaid, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το πολιτειακό γραφείο Medicaid (τα στοιχεία επικοινωνίας υπάρχουν στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6).

Τμήμα 1.1 Βασικοί κανόνες για την κάλυψη φαρμάκων Μέρους Δ του προγράμματος

Το πρόγραμμα θα καλύπτει γενικά τα φάρμακά σας, αρκεί να ακολουθείτε αυτούς τους βασικούς κανόνες:

- Πρέπει να ζητήσετε από έναν πάροχο (γιατρό, οδοντίατρο ή άλλο συνταγογραφούντα) να σας γράψει μια συνταγή που πρέπει να είναι έγκυρη σύμφωνα με την ισχύουσα κρατική νομοθεσία.
- Ο συνταγογράφος σας δεν πρέπει να περιλαμβάνεται στις λίστες αποκλεισμού ή απαγόρευσης του Medicare.
- Γενικά, πρέπει να χρησιμοποιήσετε ένα φαρμακείο δικτύου για να εκτελέσετε τη συνταγή σας. (Βλ. Ενότητα 2 σε αυτό το κεφάλαιο). Διαφορετικά, μπορείτε να εκτελέσετε τη συνταγή σας μέσω της υπηρεσίας παραγγελιών μέσω ταχυδρομείου του προγράμματος.
- Το φάρμακό σας πρέπει να βρίσκεται στον *Κατάλογο καλυπτόμενων φαρμάκων (συνταγολόγιο)* του προγράμματος (το ονομάζουμε *Κατάλογο φαρμάκων για συντομία*). (Βλ. Ενότητα 3 σε αυτό το κεφάλαιο).
- Το φάρμακό σας πρέπει να χρησιμοποιείται για ιατρικά αποδεκτή ένδειξη. Μια «ιατρικά αποδεκτή ένδειξη» είναι μια χρήση του φαρμάκου που είτε έχει εγκριθεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων είτε υποστηρίζεται από ορισμένες αναφορές. (Βλέπε παράγραφο 3 σε αυτό το κεφάλαιο για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με μια ιατρικά αποδεκτή ένδειξη).
- Τα φάρμακά σας ενδέχεται να χρειάζονται έγκριση προτού τα καλύψουμε. (Ανατρέξτε στην Ενότητα 4 αυτού του κεφαλαίου για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους περιορισμούς στην κάλυψη που παρέχουμε).

ΤΜΗΜΑ 2 Συμπλήρωσε τη συνταγή σου σε ένα φαρμακείο του δικτύου ή μέσω της υπηρεσίας ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματος

Τμήμα 2.1 Χρήση φαρμακείου δικτύου

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι συνταγές σας καλύπτονται *μόνο* αν τα φάρμακα έχουν χορηγηθεί από φαρμακεία του δικτύου μας. (Ανατρέξτε στην Ενότητα 2.5 για πληροφορίες σχετικά με το πότε θα καλύπτουμε συνταγές που εκτελούνται σε φαρμακεία εκτός δικτύου.)

Ένα φαρμακείο δικτύου είναι ένα φαρμακείο που έχει σύμβαση με το πρόγραμμα για την παροχή των καλυπτόμενων συνταγογραφούμενων φαρμάκων σας. Ο όρος καλυπτόμενα φάρμακα σημαίνει όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ που περιλαμβάνονται στον Κατάλογο φαρμάκων του προγράμματος.

Τμήμα 2.2 Δίκτυο φαρμακείων

Πώς βρείτε ένα φαρμακείο δικτύου στην περιοχή σας;

Για να βρείτε ένα φαρμακείο εντός δικτύου, μπορείτε να ανατρέξετε στον *Κατάλογο παρόχων/φαρμακείων* μας, να επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας (SWHNY.com), ή/και να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Μπορείτε να απευθυνθείτε σε οποιοδήποτε από τα φαρμακεία του δικτύου μας.

Τι γίνεται αν το φαρμακείο που χρησιμοποιείτε εγκαταλείπει το δίκτυο;

Εάν το φαρμακείο που χρησιμοποιείτε εγκαταλείπει το δίκτυο του προγράμματος, θα πρέπει να βρείτε ένα νέο φαρμακείο που βρίσκεται στο δίκτυο. Για να βρείτε άλλο φαρμακείο στην περιοχή σας, μπορείτε να λάβετε βοήθεια από το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή να χρησιμοποιήσετε τον *Κατάλογο παρόχων/φαρμακείων*. Μπορείτε επίσης να βρείτε πληροφορίες στην ιστοσελίδα μας στο SWHNY.com.

Τι γίνεται αν χρειάζεστε ένα εξειδικευμένο φαρμακείο;

Ορισμένες συνταγές πρέπει να εκτελούνται σε εξειδικευμένο φαρμακείο. Τα εξειδικευμένα φαρμακεία περιλαμβάνουν:

- Φαρμακεία που προμηθεύουν φάρμακα για θεραπεία έγχυσης στο σπίτι.
- Φαρμακεία που προμηθεύουν φάρμακα για κατοίκους εγκαταστάσεων μακροχρόνιας φροντίδας (LTC). Συνήθως, μια εγκατάσταση LTC (όπως ένα γηροκομείο) έχει το δικό της φαρμακείο. Εάν αντιμετωπίζετε οποιαδήποτε δυσκολία πρόσβασης στα προνόμια του Μέρους Δ σε μια εγκατάσταση LTC, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.
- Φαρμακεία που εξυπηρετούν την Ινδική Υπηρεσία Υγείας / Tribal / Urban Indian Health Program (δεν διατίθεται στο Πουέρτο Ρίκο). Εκτός από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, μόνο οι ιθαγενείς Αμερικανοί ή οι ιθαγενείς της Αλάσκας έχουν πρόσβαση σε αυτά τα φαρμακεία στο δίκτυό μας.
- Φαρμακεία που διανέμουν φάρμακα που περιορίζονται από το FDA σε ορισμένες τοποθεσίες ή που απαιτούν ειδικό χειρισμό, συντονισμό παρόχων ή εκπαίδευση σχετικά με τη χρήση τους. Για να εντοπίσετε ένα εξειδικευμένο φαρμακείο, ανατρέξτε στον δικό σας *Κατάλογο παρόχων/φαρμακείων* SWHNY.com ή καλέστε τις Υπηρεσίες Μελών.

Τμήμα 2.3 Χρήση της υπηρεσίας ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματος

Για ορισμένα είδη φαρμάκων, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία ταχυδρομικών παραγγελιών δικτύου του προγράμματος. Γενικά, τα φάρμακα που παρέχονται μέσω ταχυδρομικής παραγγελίας είναι φάρμακα που παίρνετε σε τακτική βάση, για μια χρόνια ή μακροχρόνια ιατρική κατάσταση. Τα φάρμακα που δεν είναι διαθέσιμα μέσω της υπηρεσίας ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματος επισημαίνονται με «**NM**» στη Λίστα φαρμάκων μας.

Η υπηρεσία ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματος μας σας επιτρέπει να παραγγείτε προμήθειες για **έως και 100 ημέρες**.

Για να λάβετε έντυπα παραγγελίας και πληροφορίες σχετικά με την εκτέλεση των συνταγών σας μέσω ταχυδρομείου, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας στη διεύθυνση SWHNY.com.

Συνήθως μια παραγγελία φαρμακείου ταχυδρομικής παραγγελίας θα σας παραδοθεί σε όχι περισσότερο από 14 ημέρες. Εάν υπάρχει επείγουσα ανάγκη ή αυτός ο χρόνος καθυστερήσει, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για βοήθεια σχετικά με τη λήψη προσωρινής προμήθειας της συνταγής σας.

Νέες συνταγές που λαμβάνει το φαρμακείο απευθείας από το γραφείο του γιατρού σας.

Αφού το φαρμακείο λάβει συνταγή από έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, θα επικοινωνήσει μαζί σας για να δει εάν θέλετε να εκτελεστεί η συνταγή του φαρμάκου αμέσως ή αργότερα. Είναι σημαντικό να απαντάτε κάθε φορά που επικοινωνείτε μαζί σας από το φαρμακείο, για να τους ενημερώσετε εάν πρέπει να στείλετε, να καθυστερήσετε ή να σταματήσετε τη νέα συνταγή.

Αναπλήρωση συνταγών ταχυδρομικών παραγγελιών. Για αναπλήρωση των φαρμάκων σας, έχετε την επιλογή να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα αυτόματης αναπλήρωσης. Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος, θα αρχίσουμε να επεξεργαζόμαστε αυτόματα την επόμενη αναπλήρωσή σας όταν τα αρχεία μας δείχνουν ότι θα πρέπει να είστε κοντά στην εξάντληση του φαρμάκου σας. Το φαρμακείο θα επικοινωνήσει μαζί σας πριν από την αποστολή κάθε αναπλήρωσης για να βεβαιωθείτε ότι χρειάζεστε περισσότερα φάρμακα και μπορείτε να ακυρώσετε προγραμματισμένες αναπληρώσεις εάν έχετε αρκετό από το φάρμακό σας ή εάν το φάρμακό σας έχει αλλάξει.

Εάν επιλέξετε να μην χρησιμοποιήσετε το πρόγραμμα αυτόματης αναπλήρωσης, αλλά εξακολουθείτε να θέλετε το φαρμακείο ταχυδρομικής παραγγελίας να σας στείλει τη συνταγή σας, επικοινωνήστε με το φαρμακείο σας 14 ημέρες πριν λήξει η τρέχουσα συνταγή σας. Αυτό θα διασφαλίσει ότι η παραγγελία σας θα σας αποσταλεί εγκαίρως.

Για να εξαιρεθείτε από το πρόγραμμά μας που προετοιμάζει αυτόματα αναπληρώσεις ταχυδρομικών παραγγελιών, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση SWHNY.com.

Τμήμα 2.4 Πώς μπορείτε να αποκτήσετε μακροπρόθεσμη προμήθεια φαρμάκων;

Το πρόγραμμα προσφέρει δύο τρόπους για να αποκτήσετε μια μακροπρόθεσμη προσφορά (που ονομάζεται επίσης εκτεταμένη προσφορά) φαρμάκων συντήρησης στη «Λίστα Φαρμάκων» του προγράμματος μας. (Τα φάρμακα συντήρησης είναι φάρμακα που παίρνετε σε τακτική βάση, για μια χρόνια ή μακροχρόνια ιατρική κατάσταση.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

1. Ορισμένα φαρμακεία λιανικής πώλησης στο δίκτυό μας σας επιτρέπουν να προμηθευτείτε μακροπρόθεσμα φάρμακα συντήρησης. Ο δικός σας κατάλογος παρόχων/φαρμακείων SWHNY.com σας ενημερώνει ποια φαρμακεία του δικτύου μας μπορούν να σας προσφέρουν μακροπρόθεσμη προμήθεια φαρμάκων συντήρησης. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για περισσότερες πληροφορίες.
2. Μπορείτε επίσης να λάβετε φάρμακα συντήρησης μέσω του προγράμματος ταχυδρομικών παραγγελιών μας. Ανατρέξτε στην Ενότητα 2.3 για περισσότερες πληροφορίες.

Τμήμα 2.5 Πότε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ένα φαρμακείο που δεν είναι στο δίκτυο του προγράμματος;
Η συνταγή σας μπορεί να καλύπτεται σε ορισμένες περιπτώσεις

Γενικά, καλύπτουμε φάρμακα των οποίων οι συνταγές εκτελούνται σε φαρμακείο εκτός δικτύου *μόνο* όταν δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε φαρμακείο δικτύου. Για να σας βοηθήσουμε, έχουμε δίκτυο φαρμακείων εκτός της περιοχής εξυπηρέτησής μας, όπου μπορείτε να εκτελέσετε τις συνταγές σας ως μέλος του προγράμματος μας.

Ελέγξτε πρώτα με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για να δείτε αν υπάρχει φαρμακείο δικτύου κοντά. Ενδέχεται να σας ζητηθεί να πληρώσετε τη διαφορά μεταξύ αυτού που πληρώνετε για το φάρμακο σε φαρμακείο εκτός δικτύου και του κόστους που θα καλύπταμε σε ένα φαρμακείο του δικτύου.

Ακολουθούν οι περιπτώσεις στις οποίες θα καλύπταμε συνταγές που εκτελούνται σε φαρμακείο εκτός δικτύου:

- Εάν η συνταγή σχετίζεται με επείγουσα φροντίδα
- Εάν αυτές οι συνταγές σχετίζονται με τη φροντίδα για ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης
- Η κάλυψη θα περιορίζεται σε προμήθεια 31 ημερών, εκτός εάν η συνταγή έχει εκδοθεί για λιγότερο.

Πώς ζητάτε αποζημίωση από το πρόγραμμα;

Εάν πρέπει να χρησιμοποιήσετε φαρμακείο εκτός δικτύου, θα πρέπει γενικά να πληρώσετε το πλήρες κόστος τη στιγμή που θα εκτελέσετε τη συνταγή σας. Μπορείτε να μας ζητήσετε να σας αποζημιώσουμε. (Το Κεφάλαιο 6, Ενότητα 2 εξηγεί πώς να ζητήσετε από το πρόγραμμα να σας αποζημιώσει).

ΤΜΗΜΑ 3 Τα φάρμακά σας πρέπει να περιλαμβάνονται στον Κατάλογο φαρμάκων του προγράμματος
Τμήμα 3.1 Ο Κατάλογος φαρμάκων λέει ποια φάρμακα του Μέρους Δ καλύπτονται

Το πρόγραμμα έχει μία *Λίστα καλυπτόμενων φαρμάκων (Formulary)*. Στο παρόν Αποδεικτικό Κάλυψης, **την ονομάζουμε «Λίστα Φαρμάκων» για συντομία.**

Τα φάρμακα στη λίστα αυτή έχουν επιλεγεί από το πρόγραμμα με τη βοήθεια ομάδας ιατρών και φαρμακοποιών. Η λίστα πληροί τις απαιτήσεις του Medicare και έχει εγκριθεί από το Medicare.

Η «Λίστα Φαρμάκων» περιλαμβάνει τα φάρμακα που καλύπτονται από το Medicare Μέρους D. Εκτός από τα φάρμακα που καλύπτονται από το Medicare, ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα καλύπτονται για εσάς από τις παροχές Medicaid. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων Medicaid, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το γραφείο κρατικής Medicaid (τα στοιχεία επικοινωνίας παρατίθενται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

Θα καλύψουμε γενικά ένα φάρμακο στη «Λίστα Φαρμάκων» του προγράμματος, εφόσον ακολουθείτε τους άλλους κανόνες κάλυψης που εξηγούνται σε αυτό το κεφάλαιο και η χρήση του φαρμάκου αποτελεί ιατρικώς αποδεκτή ένδειξη. Ιατρικώς αποδεκτή ένδειξη είναι η χρήση του φαρμάκου που είναι *είτε*:

- Εγκεκριμένη από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων για τη διάγνωση ή την κατάσταση για την οποία συνταγογραφείται.
- ή --Υποστηρίζεται από ορισμένες αναφορές, όπως το American Hospital Formulary Service Drug Information και το DRUGDEX Information System.

Η «Λίστα Φαρμάκων» περιλαμβάνει επώνυμα φάρμακα, γενόσημα φάρμακα και βιολογικά προϊόντα (τα οποία μπορεί να είναι βιοομοειδή).

Ένα επώνυμο φάρμακο είναι ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που πωλείται με εμπορικό σήμα που ανήκει στον κατασκευαστή φαρμάκων. Τα βιολογικά προϊόντα είναι φάρμακα που είναι πιο περίπλοκα από τα τυπικά φάρμακα. Στη «Λίστα Φαρμάκων», όταν αναφερόμαστε σε «φάρμακα», αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ένα φάρμακο ή ένα βιολογικό προϊόν.

Ένα γενόσημο φάρμακο είναι εγκεκριμένο από τον FDA καθώς έχει το ίδιο δραστικό συστατικό με το επώνυμο φάρμακο. Τα βιολογικά προϊόντα έχουν εναλλακτικές λύσεις που ονομάζονται βιοομοειδή. Γενικά, τα γενόσημα και τα βιοομοειδή λειτουργούν εξίσου καλά με το εμπορικό σήμα του φαρμάκου ή του βιολογικού προϊόντος και συνήθως κοστίζουν λιγότερο. Υπάρχουν γενόσημα υποκατάστατα φαρμάκων διαθέσιμα για πολλά επώνυμα φάρμακα και εναλλακτικές λύσεις βιοομοειδών για ορισμένα βιολογικά προϊόντα. Ορισμένα βιοομοειδή είναι εναλλάξιμα βιοομοειδή και, ανάλογα με το κρατικό δίκαιο, μπορούν να υποκαταστήσουν το αρχικό βιολογικό προϊόν στο φαρμακείο χωρίς να χρειάζονται νέα συνταγή, όπως ακριβώς τα γενόσημα φάρμακα μπορούν να υποκαταστήσουν τα επώνυμα φάρμακα.

Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 11 για τους ορισμούς των τύπων φαρμάκων που μπορεί να περιλαμβάνονται στον Κατάλογο Ναρκωτικών.

Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

Το πρόγραμμά μας καλύπτει επίσης ορισμένα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ορισμένα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι λιγότερο ακριβά από τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και λειτουργούν εξίσου καλά. Για περισσότερες πληροφορίες, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Τι δεν υπάρχει στη «Λίστα Φαρμάκων»;

Το πρόγραμμα δεν καλύπτει όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

- Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο νόμος δεν επιτρέπει σε κανένα σχέδιο Medicare να καλύπτει ορισμένους τύπους φαρμάκων. (Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτό, βλ. Ενότητα 7.1 σε αυτό το κεφάλαιο.)
- Σε άλλες περιπτώσεις, αποφασίσαμε να μην συμπεριλάβουμε ένα συγκεκριμένο φάρμακο στη «Λίστα Φαρμάκων». Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είστε σε θέση να αποκτήσετε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στη «Λίστα φαρμάκων». (Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε κεφάλαιο 8).

Τμήμα 3.2 Πώς μπορείτε να μάθετε εάν ένα συγκεκριμένο φάρμακο βρίσκεται στον «Κατάλογο φαρμάκων»;

Έχετε 4 τρόπους για να μάθετε:

1. Ελέγξτε την πιο πρόσφατη Λίστα Φαρμάκων που δώσαμε ηλεκτρονικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

2. Επισκεφθείτε τον ιστότοπο του προγράμματος (SWHNY.com). Η Λίστα Φαρμάκων στον ιστότοπο είναι πάντα η πιο πρόσφατη.
3. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για να μάθετε εάν ένα συγκεκριμένο φάρμακο βρίσκεται στη «Λίστα Φαρμάκων» του προγράμματος ή για να ζητήσετε αντίγραφο της λίστας.
4. Χρησιμοποίησε το Real-Time Benefit Tool του προγράμματος (Caremark.com) ή καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών). Με αυτό το εργαλείο μπορείτε να αναζητήσετε φάρμακα στη Λίστα Φαρμάκων για να δείτε μια εκτίμηση του τι θα πληρώσετε και αν υπάρχουν εναλλακτικά φάρμακα στη Λίστα Φαρμάκων που θα μπορούσαν να θεραπεύσουν την ίδια κατάσταση.

ΤΜΗΜΑ 4 Υπάρχουν περιορισμοί στην κάλυψη ορισμένων φαρμάκων**Τμήμα 4.1 Γιατί κάποια φάρμακα έχουν περιορισμούς;**

Για ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ειδικοί κανόνες περιορίζουν τον τρόπο και τον χρόνο κάλυψής τους από το πρόγραμμα. Μια ομάδα γιατρών και φαρμακοποιών ανέπτυξε αυτούς τους κανόνες για να ενθαρρύνει εσάς και τον παροχέα σας να χρησιμοποιείτε φάρμακα με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. Για να μάθετε εάν κάποιος από αυτούς τους περιορισμούς ισχύει για ένα φάρμακο που παίρνετε ή θέλετε να πάρετε, ελέγξτε τον Κατάλογο φαρμάκων. Εάν ένα ασφαλές, χαμηλότερου κόστους φάρμακο θα λειτουργήσει εξίσου καλά από ιατρική άποψη με ένα φάρμακο υψηλότερου κόστους, οι κανόνες του προγράμματος έχουν σχεδιαστεί για να ενθαρρύνουν εσάς και τον παροχό σας να χρησιμοποιήσετε αυτήν την επιλογή χαμηλότερου κόστους.

Λάβετε υπόψη ότι μερικές φορές ένα φάρμακο μπορεί να εμφανιστεί περισσότερες από μία φορές στον Κατάλογο φαρμάκων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα ίδια φάρμακα μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την περιεκτικότητα, την ποσότητα ή τη μορφή του φαρμάκου που συνταγογραφείται από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και διαφορετικοί περιορισμοί ή επιμερισμός του κόστους μπορεί να ισχύουν για τις διαφορετικές εκδόσεις του φαρμάκου (για παράδειγμα, 10 mg έναντι 100 mg, ένα ανά ημέρα έναντι δύο ανά ημέρα, δισκίο έναντι υγρού).

Τμήμα 4.2 Τι είδους περιορισμούς;

Οι παρακάτω ενότητες σας λένε περισσότερα σχετικά με τους τύπους περιορισμών που χρησιμοποιούμε για ορισμένα φάρμακα.

Εάν υπάρχει περιορισμός για το φάρμακό σας, αυτό συνήθως σημαίνει ότι εσείς ή ο γιατρός σας θα πρέπει να λάβετε επιπλέον μέτρα για να καλύψουμε το φάρμακο. Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για να μάθετε τι θα πρέπει να κάνετε εσείς ή ο παροχός σας για να λάβετε κάλυψη για το φάρμακο. Εάν θέλετε να παραιτηθούμε από τον περιορισμό για εσάς, θα πρέπει να χρησιμοποιήσετε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων κάλυψης και να μας ζητήσετε να κάνουμε μια εξαίρεση. Ενδέχεται να συμφωνήσουμε ή να μην συμφωνήσουμε να παραιτηθούμε από τον περιορισμό για εσάς. (Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 8.)

Λήψη έγκρισης προγράμματος εκ των προτέρων

Για ορισμένα φάρμακα, εσείς ή ο παροχέας σας πρέπει να λάβετε έγκριση από το πρόγραμμα προτού συμφωνήσουμε να καλύψουμε το φάρμακο για εσάς. Αυτό ονομάζεται **προέγκριση**. Αυτό εφαρμόζεται για να διασφαλιστεί η ασφάλεια των φαρμάκων και να καθοδηγηθεί η κατάλληλη χρήση ορισμένων φαρμάκων. Εάν δεν λάβετε αυτήν την έγκριση, το φάρμακό σας ενδέχεται να μην καλύπτεται από το πρόγραμμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ**Δοκιμάζοντας πρώτα ένα διαφορετικό φάρμακο**

Αυτή η απαίτηση σας ενθαρρύνει να δοκιμάσετε λιγότερο δαπανηρά, αλλά συνήθως εξίσου αποτελεσματικά φάρμακα πριν το πρόγραμμα καλύπτει ένα άλλο φάρμακο. Για παράδειγμα, εάν το φάρμακο Α και το φάρμακο Β αντιμετωπίζουν την ίδια ιατρική κατάσταση και το φάρμακο Α είναι λιγότερο δαπανηρό, το πρόγραμμα μπορεί να απαιτήσει να δοκιμάσετε πρώτα το φάρμακο Α. Αν το Φάρμακο Α δεν λειτουργεί για σας, το πρόγραμμα θα καλύψει τότε το Φάρμακο Β. Αυτή η απαίτηση για να δοκιμάσετε πρώτα ένα διαφορετικό φάρμακο ονομάζεται **βηματική θεραπεία**.

Όρια ποσότητας

Για ορισμένα φάρμακα, περιορίζουμε την ποσότητα ενός φαρμάκου που μπορείτε να πάρετε κάθε φορά που εκτελείτε τη συνταγή σας. Για παράδειγμα, εάν θεωρείται συνήθως ασφαλές να παίρνετε μόνο ένα χάπι την ημέρα για ένα συγκεκριμένο φάρμακο, ενδέχεται να περιορίσουμε την κάλυψη για τη συνταγή σας σε όχι περισσότερο από ένα χάπι την ημέρα.

ΤΜΗΜΑ 5 Τι γίνεται αν ένα από τα φάρμακά σας δεν καλύπτεται με τον τρόπο που θα θέλατε να καλυφθεί;

Τμήμα 5.1	Υπάρχουν πράγματα που μπορείτε να κάνετε εάν το φάρμακό σας δεν καλύπτεται με τον τρόπο που θα θέλατε να καλυφθεί
------------------	--

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου υπάρχει ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που παίρνετε ή ένα που εσείς και ο γιατρός σας πιστεύετε ότι θα πρέπει να παίρνετε, που δεν είναι στο συνταγολόγιό μας ή είναι στο συνταγολόγιό μας με περιορισμούς. Για παράδειγμα:

- Το φάρμακο μπορεί να μην καλύπτεται καθόλου. Ή ίσως καλύπτεται μια γενόσημη έκδοση του φαρμάκου, αλλά η έκδοση εμπορικού σήματος που θέλετε να πάρετε δεν καλύπτεται.
- Το φάρμακο καλύπτεται, αλλά υπάρχουν επιπλέον κανόνες ή περιορισμοί στην κάλυψη αυτού του φαρμάκου, όπως εξηγείται στην Ενότητα 4.
- Υπάρχουν πράγματα που μπορείτε να κάνετε εάν το φάρμακό σας δεν καλύπτεται με τον τρόπο που θα θέλατε να καλυφθεί. **Εάν το φάρμακό σας δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο φαρμάκων ή εάν το φάρμακό σας είναι περιορισμένο, μεταβείτε στην Ενότητα 5.2 για να μάθετε τι μπορείτε να κάνετε.**

Τμήμα 5.2	Τι μπορείτε να κάνετε εάν το φάρμακό σας δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο φαρμάκων ή εάν το φάρμακο περιορίζεται με κάποιον τρόπο;
------------------	---

Εάν το φάρμακό σας δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο φαρμάκων ή είναι περιορισμένο, ισχύουν οι παρακάτω επιλογές:

- Μπορεί να είστε σε θέση να πάρετε μια προσωρινή προμήθεια του φαρμάκου.
- Μπορείτε να αλλάξετε σε άλλο φάρμακο.
- Μπορείτε να ζητήσετε **εξαίρεση** και να ζητήσετε από το πρόγραμμα να καλύψει το φάρμακο ή να άρει τους περιορισμούς από το φάρμακο.

Ενδέχεται να μπορείτε να λάβετε μια προσωρινή προμήθεια

Υπό ορισμένες συνθήκες, το πρόγραμμα πρέπει να παρέχει προσωρινή προμήθεια ενός φαρμάκου που παίρνετε ήδη. Αυτή η προσωρινή παροχή σας δίνει χρόνο να μιλήσετε με τον πάροχό σας σχετικά με τις αλλαγές.

Για να δικαιούστε προσωρινή προμήθεια, το φάρμακο που παίρνετε **δεν πρέπει πλέον να βρίσκεται στον Κατάλογο φαρμάκων του προγράμματος**. **Ή τώρα περιορίζεται με κάποιο τρόπο.**

- **Εάν είστε νέο μέλος**, θα καλύψουμε μια προσωρινή προμήθεια του φαρμάκου σας κατά τις πρώτες **90 ημέρες** που είστε μέλος του προγράμματος.
- **Εάν ήσασταν στο πρόγραμμα πέρυσι**, θα καλύψουμε μια προσωρινή προμήθεια του φαρμάκου σας κατά τις πρώτες **90 ημέρες** του ημερολογιακού έτους.
- Αυτή η προσωρινή προμήθεια θα είναι για μέγιστη προμήθεια 31 ημερών. Εάν η συνταγή σας έχει εκδοθεί για λιγότερες ημέρες, θα επιτρέψουμε την ανανέωση για να σας παράσχουμε το ανώτερο έως και 31 ημέρες φαρμακευτικής αγωγής. Η συνταγή πρέπει να συμπληρωθεί σε φαρμακείο δικτύου. (Λάβετε υπόψη ότι το φαρμακείο μακροχρόνιας φροντίδας μπορεί να παρέχει το φάρμακο σε μικρότερες ποσότητες κάθε φορά για την πρόληψη της σπατάλης.)
- **Για εκείνα τα μέλη που βρίσκονται στο πρόγραμμα για περισσότερες από 90 ημέρες και διαμένουν σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας και χρειάζονται άμεση προμήθεια:**

Θα καλύψουμε μία προμήθεια έκτακτης ανάγκης 31 ημερών για ένα συγκεκριμένο φάρμακο ή λιγότερο εάν η συνταγή σας είναι γραμμένη για λιγότερες ημέρες. Αυτό είναι επιπλέον της παραπάνω προσωρινής παροχής.

- Εάν είστε νέος κάτοικος μιας εγκατάστασης LTC και έχετε εγγραφεί στο πρόγραμμά μας για περισσότερες από 90 ημέρες και χρειάζεστε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στο συνταγολόγιό μας ή υπόκειται σε άλλους περιορισμούς, όπως σταδιακή θεραπεία ή όρια ποσότητας (όρια δοσολογίας), θα καλύψουμε μια προσωρινή προμήθεια έκτακτης ανάγκης 31 ημερών αυτού του φαρμάκου (εκτός εάν η συνταγή είναι για λιγότερες ημέρες), ενώ το μέλος επιδιώκει μια εξαίρεση από το συνταγολόγιο. Εξαιρέσεις είναι διαθέσιμες σε περιπτώσεις όπου αντιμετωπίζετε μια αλλαγή στο επίπεδο φροντίδας που λαμβάνετε που απαιτεί επίσης τη μετάβαση από μια εγκατάσταση ή κέντρο θεραπείας σε άλλο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, θα δικαιούστε μια προσωρινή, εφάπαξ εξαίρεση εκτέλεσης, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός των πρώτων 90 ημερών ως μέλος του προγράμματος. Λάβετε υπόψη ότι η πολιτική μετάβασης ισχύει μόνο για εκείνα τα φάρμακα που ανήκουν στο «Μέρος Δ» και αγοράζονται σε φαρμακείο δικτύου. Η πολιτική μετάβασης δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αγορά ενός φαρμάκου που δεν ανήκει στο Μέρος Δ ή ενός φαρμάκου εκτός δικτύου, εκτός εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για πρόσβαση εκτός δικτύου.

Για ερωτήσεις σχετικά με μια προσωρινή παροχή, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου κατά την οποία χρησιμοποιείτε μια προσωρινή προμήθεια ενός φαρμάκου, θα πρέπει να μιλήσετε με τον πάροχό σας για να αποφασίσετε τι θα κάνετε όταν τελειώσει η προσωρινή σας προμήθεια. Έχετε δύο επιλογές:

1) Μπορείτε να αλλάξετε σε άλλο φάρμακο

Συζητήστε με τον πάροχό σας εάν υπάρχει ένα διαφορετικό φάρμακο που καλύπτεται από το πρόγραμμα που μπορεί να λειτουργήσει εξίσου καλά για εσάς. Μπορείτε να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για να ζητήσετε έναν κατάλογο με τα καλυπτόμενα φάρμακα που αντιμετωπίζουν την ίδια πάθηση. Αυτός ο κατάλογος μπορεί να βοηθήσει τον πάροχό σας να βρει ένα καλυπτόμενο φάρμακο που μπορεί να λειτουργήσει για εσάς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ**2) Μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση**

Εσείς και ο πάροχός σας μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμα να κάνει μια εξαίρεση και να καλύψει το φάρμακο με τον τρόπο που θα θέλατε να καλυφθεί. Εάν ο πάροχός σας λέει ότι έχετε ιατρικούς λόγους που δικαιολογούν να μας ζητήσετε εξαίρεση, ο πάροχός σας μπορεί να σας βοηθήσει να ζητήσετε εξαίρεση. Για παράδειγμα, μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμα να καλύψει ένα φάρμακο, παρόλο που δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο φαρμάκων του προγράμματος. Μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμα μας να κάνει κάποια εξαίρεση και να καλύψει το φάρμακό σας.

Εάν είστε τρέχον μέλος και ένα φάρμακο που παίρνετε πρόκειται να καταργηθεί από το συνταγολόγιο ή θα περιοριστεί με κάποιο τρόπο για το επόμενο έτος, θα σας ενημερώσουμε για οποιαδήποτε αλλαγή πριν από το νέο έτος. Μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση πριν από το επόμενο έτος και θα σας απαντήσουμε εντός 72 ωρών από τη στιγμή που θα λάβουμε το αίτημά σας (ή την υποστηρικτική γνωμάτευση του συνταγογράφου σας). Εάν εγκρίνουμε το αίτημά σας, θα εγκρίνουμε την κάλυψη πριν τεθεί σε ισχύ η αλλαγή.

Εάν εσείς και ο πάροχός σας θέλετε να ζητήσετε εξαίρεση, το Κεφάλαιο 8, Ενότητα 7.4 σας λέει τι πρέπει να κάνετε. Εξηγεί τις διαδικασίες και τις προθεσμίες που έχουν οριστεί από το Medicare για να βεβαιωθείτε ότι το αίτημά σας θα διεκπεραιωθεί άμεσα και δίκαια.

ΤΜΗΜΑ 6 Τι γίνεται αν η κάλυψή σας αλλάξει για ένα από τα φάρμακά σας;**Τμήμα 6.1 Ο Κατάλογος φαρμάκων μπορεί να αλλάξει κατά τη διάρκεια του έτους**

Οι περισσότερες από τις αλλαγές στην κάλυψη των φαρμάκων συμβαίνουν στην αρχή κάθε έτους (1 Ιανουαρίου). Ωστόσο, κατά τη διάρκεια του έτους, το πρόγραμμα μπορεί να κάνει κάποιες αλλαγές στον «Κατάλογο φαρμάκων». Για παράδειγμα, το πρόγραμμα μπορεί:

- Να προσθέσει ή να καταργήσει φάρμακα από τον Κατάλογο φαρμάκων.
- Να προσθέσει ή να καταργήσει έναν περιορισμό στην κάλυψη για ένα φάρμακο.
- Να αντικαταστήσει ένα επώνυμο φάρμακο με μια γενόσημη έκδοση του φαρμάκου.
- Να αντικαταστήσει ένα πρωτότυπο βιολογικό προϊόν με μια εναλλάξιμη βιοομοειδή έκδοση του βιολογικού προϊόντος.

Πρέπει να ακολουθήσουμε τις απαιτήσεις του Medicare πριν αλλάξουμε τον Κατάλογο φαρμάκων του προγράμματος.

Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 11 για τους ορισμούς των τύπων φαρμάκων που αναλύονται σε αυτό το κεφάλαιο.

Τμήμα 6.2 Τι συμβαίνει εάν αλλάξει η κάλυψη για ένα φάρμακο που παίρνετε;**Πληροφορίες σχετικά με αλλαγές στην κάλυψη των φαρμάκων**

Όταν συμβαίνουν αλλαγές στη «Λίστα Φαρμάκων», δημοσιεύουμε πληροφορίες στον ιστότοπό μας σχετικά με αυτές τις αλλαγές. Επικαιροποιούμε επίσης τη διαδικτυακή μας «Λίστα Φαρμάκων» σε τακτική προγραμματισμένη βάση. Αυτή η ενότητα περιγράφει τους τύπους αλλαγών που ενδέχεται να κάνουμε στη Λίστα Φαρμάκων και τότε θα ειδοποιηθείτε άμεσα εάν έγιναν αλλαγές για ένα φάρμακο που παίρνετε.

Αλλαγές στην κάλυψη φαρμάκων που σας επηρεάζουν κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους προγραμματισμού

- **Προσθήκη νέων φαρμάκων στη Λίστα Φαρμάκων και άμεση αφαίρεση ή πραγματοποίηση αλλαγών σε ένα παρόμοιο φάρμακο στη Λίστα Φαρμάκων.**
 - Όταν προσθέτουμε μια νέα έκδοση ενός φαρμάκου στη Λίστα Φαρμάκων, ενδέχεται να αφαιρέσουμε αμέσως ένα παρόμοιο φάρμακο από τη Λίστα Φαρμάκων, να μετακινήσουμε το παρόμοιο φάρμακο σε διαφορετικό επίπεδο επιμερισμού του κόστους, να προσθέσουμε νέους περιορισμούς ή και τα δύο. Η νέα έκδοση του φαρμάκου θα βρίσκεται στο ίδιο ή σε χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού του κόστους και με τους ίδιους ή λιγότερους περιορισμούς.
 - Θα κάνουμε αυτές τις άμεσες αλλαγές μόνο εάν προσθέσουμε μια νέα γενική έκδοση μιας εμπορικής ονομασίας ή προσθέσουμε ορισμένες νέες βιοομοειδείς εκδόσεις ενός αρχικού βιολογικού προϊόντος που ήταν ήδη στη Λίστα Φαρμάκων.
 - Ενδέχεται να προβούμε σε αυτές τις αλλαγές αμέσως και να σας ενημερώσουμε αργότερα, ακόμη και αν λαμβάνετε το φάρμακο που αφαιρούμε ή πραγματοποιούμε αλλαγές. Εάν παίρνετε το παρόμοιο φάρμακο τη στιγμή που κάνουμε την αλλαγή, θα σας ενημερώσουμε για οποιαδήποτε συγκεκριμένη αλλαγή που κάναμε.
- **Προσθήκη φαρμάκων στη Λίστα Φαρμάκων και αφαίρεση ή πραγματοποίηση αλλαγών σε ένα παρόμοιο φάρμακο στο Φάρμακο με προειδοποίηση.**
 - Όταν προσθέτουμε μια άλλη έκδοση ενός φαρμάκου στη Λίστα Φαρμάκων, ενδέχεται να αφαιρέσουμε ένα παρόμοιο φάρμακο από τη Λίστα Φαρμάκων, να το μετακινήσουμε σε διαφορετικό επίπεδο επιμερισμού του κόστους, να προσθέσουμε νέους περιορισμούς ή και τα δύο. Η έκδοση του φαρμάκου που προσθέτουμε θα είναι στο ίδιο ή σε χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού του κόστους και με τους ίδιους ή λιγότερους περιορισμούς.
 - Θα κάνουμε αυτές τις αλλαγές μόνο εάν προσθέσουμε μια νέα γενόσημη έκδοση ενός φαρμάκου εμπορικής ονομασίας ή προσθέσουμε ορισμένες νέες βιοομοειδείς εκδόσεις ενός αρχικού βιολογικού προϊόντος που ήταν ήδη στη Λίστα Φαρμάκων.
 - Θα σας ενημερώσουμε τουλάχιστον 30 ημέρες πριν κάνουμε την αλλαγή ή θα σας ενημερώσουμε σχετικά με την αλλαγή και θα καλύψουμε μια γεμίματος 31 ημερών της έκδοσης του φαρμάκου που παίρνετε.
- **Μη ασφαλή φάρμακα και άλλα φάρμακα στη «Λίστα Φαρμάκων» που αποσύρονται από την αγορά**
 - Μερικές φορές ένα φάρμακο μπορεί να θεωρηθεί μη ασφαλές ή να αποσυρθεί από την αγορά για άλλο λόγο. Εάν συμβεί αυτό, ενδέχεται να αφαιρέσουμε αμέσως το φάρμακο από τη «Λίστα φαρμάκων». Εάν παίρνετε αυτό το φάρμακο, θα σας πούμε αμέσως.
- **Κάνοντας άλλες αλλαγές στα φάρμακα στη «Λίστα Φαρμάκων»**
 - Μπορεί να κάνουμε άλλες αλλαγές μόλις ξεκινήσει το έτος που επηρεάζουν τα φάρμακα που παίρνετε. Ενδέχεται επίσης να κάνουμε αλλαγές με βάση τις προειδοποιήσεις του FDA ή τις νέες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές που αναγνωρίζονται από το Medicare.
 - Θα σας ενημερώσουμε τουλάχιστον 30 ημέρες πριν από την πραγματοποίηση αυτών των αλλαγών ή θα σας ενημερώσουμε σχετικά με την αλλαγή και θα καλύψουμε μια επιπλέον πλήρωση 31 ημερών του φαρμάκου που λαμβάνετε.

Εάν κάνουμε οποιαδήποτε από αυτές τις αλλαγές σε οποιοδήποτε από τα φάρμακα που παίρνετε, μιλήστε με τον συνταγογράφο σας σχετικά με τις επιλογές που θα λειτουργούσαν καλύτερα για εσάς, συμπεριλαμβανομένης της αλλαγής σε διαφορετικό φάρμακο για τη θεραπεία της πάθησής σας ή ζητώντας μια απόφαση κάλυψης για να ικανοποιήσετε τυχόν νέους περιορισμούς σχετικά με το φάρμακο που παίρνετε. Εσείς ή ο συνταγογράφος σας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

μπορείτε να μας ζητήσετε εξαίρεση για να συνεχίσετε να καλύπτετε το φάρμακο ή την έκδοση του φαρμάκου που λαμβάνετε. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πώς να ζητήσετε μια απόφαση κάλυψης, συμπεριλαμβανομένης μιας εξαίρεσης, δείτε το Κεφάλαιο 9.

Αλλαγές στη «Λίστα Φαρμάκων» που δεν σας επηρεάζουν κατά τη διάρκεια αυτού του έτους προγραμματισμού

Ενδέχεται να προβούμε σε ορισμένες αλλαγές στη «Λίστα Φαρμάκων» που δεν περιγράφονται παραπάνω. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αλλαγή δεν θα ισχύει για εσάς εάν παίρνετε το φάρμακο όταν γίνεται η αλλαγή. Ωστόσο, αυτές οι αλλαγές πιθανότατα θα σας επηρεάσουν από την 1η Ιανουαρίου του επόμενου έτους προγράμματος, εάν παραμείνετε στο ίδιο πρόγραμμα.

Σε γενικές γραμμές, οι αλλαγές που δεν θα σας επηρεάσουν κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους προγράμματος είναι:

- Θέσαμε έναν νέο περιορισμό στη χρήση του φαρμάκου σας.
- Αφαιρούμε το φάρμακό σας από τη «Λίστα φαρμάκων».

Εάν οποιαδήποτε από αυτές τις αλλαγές συμβεί για ένα φάρμακο που παίρνετε (εκτός από την απόσυρση από την αγορά, ένα γενόσημο φάρμακο που αντικαθιστά ένα φάρμακο εμπορικής ονομασίας ή άλλη αλλαγή που σημειώνεται στις παραπάνω ενότητες), τότε η αλλαγή δεν θα επηρεάσει τη χρήση σας ή αυτό που πληρώνετε ως μερίδιο του κόστους μέχρι την 1η Ιανουαρίου του επόμενου έτους.

Δεν θα σας ενημερώσουμε για αυτούς τους τύπους αλλαγών απευθείας κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους προγράμματος. Θα χρειαστεί να ελέγξετε τη «Λίστα Φαρμάκων» για το επόμενο έτος προγράμματος (όταν ο κατάλογος είναι διαθέσιμος κατά τη διάρκεια της ανοικτής περιόδου εγγραφής) για να δείτε αν υπάρχουν αλλαγές στα φάρμακα που παίρνετε που θα σας επηρεάσουν κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους προγράμματος.

ΤΜΗΜΑ 7 Ποια είδη φαρμάκων δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα;**Τμήμα 7.1 Τύποι φαρμάκων που δεν καλύπτονται**

Αυτή η ενότητα σας λέει ποια είδη συνταγογραφούμενων φαρμάκων εξαιρούνται. Αυτό σημαίνει ότι το Medicare δεν πληρώνει για αυτά τα φάρμακα.

Εάν ασκήσετε έφεση και διαπιστωθεί ότι το ζητούμενο φάρμακο δεν εξαιρείται βάσει του μέρους Δ, θα το πληρώσουμε ή θα το καλύψουμε. (Για πληροφορίες σχετικά με την άσκηση έφεσης κατά απόφασης, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 8). Εάν το φάρμακο που εξαιρείται από το πρόγραμμά μας αποκλείεται επίσης από το Medicaid, πρέπει να το πληρώσετε μόνοι σας.

Ακολουθούν τρεις γενικοί κανόνες σχετικά με τα φάρμακα που τα προγράμματα φαρμάκων Medicare δεν θα καλύψουν στο Μέρος Δ:

- Η κάλυψη φαρμάκων του Μέρους Δ του προγράμματος μας δεν μπορεί να καλύψει ένα φάρμακο που θα καλυπτόταν από το Medicare Μέρος Α ή το Μέρος Β.
- Το πρόγραμμά μας δεν μπορεί να καλύψει ένα φάρμακο που αγοράζεται εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών ή των εδαφών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

- Το πρόγραμμά μας δεν μπορεί να καλύψει τη χρήση *εκτός ετικέτας* όταν η χρήση δεν υποστηρίζεται από ορισμένες αναφορές, όπως το American Hospital Formulary Service Drug Information και το DRUGDEX Information System. Η χρήση εκτός ετικέτας είναι οποιαδήποτε χρήση του φαρμάκου εκτός από εκείνες που αναφέρονται στην ετικέτα ενός φαρμάκου όπως έχει εγκριθεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων.

Επιπλέον, βάσει του νόμου, οι ακόλουθες κατηγορίες φαρμάκων που αναφέρονται παρακάτω δεν καλύπτονται από το Medicare. Ωστόσο, ορισμένα από αυτά τα φάρμακα μπορεί να καλύπτονται για εσάς στο πλαίσιο της φαρμακευτικής κάλυψης Medicaid. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων Medicaid, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το γραφείο κρατικής Medicaid (τα στοιχεία επικοινωνίας παρατίθενται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6).

- Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (που ονομάζονται επίσης μη συνταγογραφούμενα φάρμακα)
 - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την προώθηση της γονιμότητας
 - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του βήχα ή του κρυολογήματος
 - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για καλλυντικούς σκοπούς ή για την προώθηση της ανάπτυξης των μαλλιών
 - Συνταγογραφούμενες βιταμίνες και ανόργανα προϊόντα, εκτός από προγεννητικές βιταμίνες και παρασκευάσματα φθορίου
 - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σεξουαλικής ή στυτικής δυσλειτουργίας
 - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ανορεξίας, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους
 - Εξωνοσοκομειακά φάρμακα για τα οποία ο κατασκευαστής επιδιώκει να απαιτήσει την αγορά σχετικών δοκιμών ή υπηρεσιών παρακολούθησης αποκλειστικά από τον παρασκευαστή ως προϋπόθεση πώλησης

ΤΜΗΜΑ 8 Εκτέλεση συνταγής**Τμήμα 8.1 Καταχωρήστε τα στοιχεία μέλους σας**

Για να εκτελέσετε τη συνταγή σας, δώστε τα στοιχεία μέλους του προγράμματός σας, τα οποία μπορείτε να βρείτε στην κάρτα μέλους σας, στο φαρμακείο δικτύου που επιλέγετε. Το φαρμακείο δικτύου θα χρεώσει αυτόματα το πρόγραμμα για το φάρμακό σας.

Πρέπει να δείξετε την ταυτότητα μέλους του New York προγράμματος Medicaid για να εκτελέσετε συνταγές που καλύπτονται από το Medicaid.

Τμήμα 8.2 Τι γίνεται αν δεν έχετε τα στοιχεία μέλους σας μαζί σας;

Εάν δεν έχετε μαζί σας τις πληροφορίες συμμετοχής στο πρόγραμμα όταν συμπληρώνετε τη συνταγή σας, εσείς ή το φαρμακείο μπορείτε να καλέσετε το πρόγραμμα για να λάβετε τις απαραίτητες πληροφορίες ή μπορείτε να ζητήσετε από το φαρμακείο να αναζητήσει τις πληροφορίες εγγραφής στο πρόγραμμα.

Εάν το φαρμακείο δεν είναι σε θέση να λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες, **ίσως χρειαστεί να πληρώσετε το πλήρες κόστος της συνταγής κατά την παραλαβή της.** (Στη συνέχεια, μπορείτε να μας ζητήσετε να σας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

αποζημιώσουμε. Βλέπε Κεφάλαιο 6, Ενότητα 2 για πληροφορίες σχετικά με το πώς μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμα αποζημίωση.)

ΤΜΗΜΑ 9 Κάλυψη φαρμάκων Μέρους Δ σε ειδικές καταστάσεις**Τμήμα 9.1 Τι γίνεται αν βρίσκεστε σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα για διαμονή που καλύπτεται από το πρόγραμμα;**

Εάν εισαχθείτε σε νοσοκομείο ή σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα για διαμονή που καλύπτεται από το πρόγραμμα, θα καλύψουμε γενικά το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σας κατά τη διάρκεια της διαμονής σας. Μόλις φύγετε από το νοσοκομείο ή την εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα, το πρόγραμμα θα καλύψει τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας, εφόσον τα φάρμακα πληρούν όλους τους κανόνες κάλυψης που περιγράφονται σε αυτό το κεφάλαιο.

Τμήμα 9.2 Τι γίνεται αν είστε κάτοικος σε κέντρο μακροχρόνιας φροντίδας (LTC);

Συνήθως, ένα κέντρο μακροχρόνιας φροντίδας (LTC) (όπως ένα γηροκομείο) έχει δικό του φαρμακείο ή χρησιμοποιεί ένα φαρμακείο που προμηθεύει φάρμακα για όλους τους κατοίκους του. Εάν είστε κάτοικος ενός κέντρου LTC, μπορείτε να προμηθευτείτε τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας μέσω του φαρμακείου του κέντρου ή αυτού που χρησιμοποιεί, εφόσον είναι μέρος του δικτύου μας.

Ελέγξτε τον δικό σας *Κατάλογο παρόχων / φαρμακείων* SWHNY.com για να μάθετε εάν το φαρμακείο του κέντρου LTC ή αυτό που χρησιμοποιεί είναι μέρος του δικτύου μας. Εάν δεν είναι, ή εάν χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες ή βοήθεια, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Εάν βρίσκεστε σε εγκατάσταση LTC, πρέπει να διασφαλίσουμε ότι μπορείτε να λαμβάνετε τακτικά τις παροχές του Μέρους Δ μέσω του δικτύου φαρμακείων LTC.

Τι γίνεται αν είστε κάτοικος σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας (LTC) και χρειάζεστε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στη «Λίστα Φαρμάκων» μας ή περιορίζεται με κάποιο τρόπο;

Ανατρέξτε στην Ενότητα 5.2 σχετικά με μια προσωρινή παροχή ή παροχή έκτακτης ανάγκης.

Τμήμα 9.3 Τι γίνεται αν λαμβάνετε επίσης κάλυψη για φάρμακα από ένα σχέδιο ομάδας εργοδότη ή συνταξιούχου;

Εάν τώρα έχετε άλλη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέσω του εργοδότη ή της ομάδας συνταξιούχων σας (ή του συζύγου ή του οικιακού συντρόφου σας), επικοινωνήστε με **τον διαχειριστή παροχών αυτής της ομάδας**. Αυτοί μπορούν να σας βοηθήσουν να προσδιορίσετε πώς θα λειτουργήσει η τρέχουσα κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων με το πρόγραμμά μας.

Γενικά, εάν έχετε κάλυψη από ομάδα εργαζομένων ή συνταξιούχων, η κάλυψη φαρμάκων που λαμβάνετε από εμάς θα είναι *δευτερεύουσα σε σχέση* με την κάλυψη της ομάδας σας. Αυτό σημαίνει ότι η κάλυψη της ομάδας σας θα πληρώσει πρώτα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ**Ειδική σημείωση σχετικά με την αξιόπιστη κάλυψη:**

Κάθε χρόνο, ο εργοδότης σας ή η ομάδα συνταξιούχων θα πρέπει να σας αποστέλλει μια ειδοποίηση που θα αναφέρει εάν η κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων για το επόμενο ημερολογιακό έτος είναι αξιόπιστη.

Εάν η κάλυψη από το σχέδιο της ομάδας είναι αξιόπιστη, αυτό σημαίνει ότι το σχέδιο έχει κάλυψη φαρμάκων που αναμένεται να πληρώσει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον όσο και η τυπική κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων της Medicare.

Διατηρήστε αυτήν την ειδοποίηση σχετικά με την αξιόπιστη κάλυψη, επειδή μπορεί να τη χρειαστείτε αργότερα. Εάν εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα Medicare που περιλαμβάνει κάλυψη φαρμάκων Μέρους Δ, μπορεί να χρειαστείτε αυτήν την ειδοποίηση για να δείξετε ότι έχετε διατηρήσει αξιόπιστη κάλυψη. Εάν δεν λάβατε την αξιόπιστη ειδοποίηση κάλυψης, ζητήστε ένα αντίγραφο από τον διαχειριστή παροχών του εργοδότη ή του συνταξιοδοτικού σας προγράμματος ή από τον εργοδότη ή το συνδικάτο.

Τμήμα 9.4 Τι γίνεται αν βρίσκεστε σε ίδρυμα ανακουφιστικής περίθαλψης πιστοποιημένο από το Medicare;

Οι υπηρεσίες ανακουφιστικής περίθαλψης και το πρόγραμμά μας δεν καλύπτουν ταυτόχρονα το ίδιο φάρμακο. Εάν είστε εγγεγραμμένοι στο νοσοκομείο Medicare και χρειάζεστε ορισμένα φάρμακα (π.χ. φάρμακα κατά της ναυτίας, καθαρτικά, φάρμακα για τον πόνο ή φάρμακα κατά του άγχους) που δεν καλύπτονται από τις υπηρεσίες ανακουφιστικής περίθαλψης επειδή δεν σχετίζεται με την ανίατη ασθένειά σας και τις σχετικές νόσους, το πρόγραμμά μας πρέπει να λάβει ειδοποίηση είτε από τον συνταγογραφούντα είτε από τον πάροχο ανακουφιστικής περίθαλψής σας ότι το φάρμακο δεν σχετίζεται πριν το πρόγραμμά μας μπορέσει να καλύψει το φάρμακο. Για να αποφύγετε καθυστερήσεις στη λήψη αυτών των φαρμάκων που θα πρέπει να καλύπτονται από το πρόγραμμά μας, ζητήστε από τον πάροχο ανακουφιστικής περίθαλψής σας ή τον συνταγογραφούντα να παράσχει ειδοποίηση πριν από την εκτέλεση της συνταγής σας.

Σε περίπτωση που είτε ανακαλέσετε την εκλογή σας είτε πάρετε εξιτήριο από ίδρυμα ανακουφιστικής περίθαλψης, το πρόγραμμά μας θα πρέπει να καλύπτει τα φάρμακά σας όπως εξηγείται σε αυτό το έγγραφο. Για να αποφύγετε τυχόν καθυστερήσεις σε ένα φαρμακείο όταν λήξει η παροχή ανακουφιστικής περίθαλψης Medicare, φέρτε τεκμηρίωση στο φαρμακείο για να επαληθεύσετε την ανάκληση ή το εξιτήριό σας.

ΤΜΗΜΑ 10 Προγράμματα για την ασφάλεια των φαρμάκων και τη διαχείριση φαρμάκων
Τμήμα 10.1 Προγράμματα που βοηθούν τα μέλη να χρησιμοποιούν φάρμακα με ασφάλεια

Διεξάγουμε αξιολογήσεις χρήσης φαρμάκων για τα μέλη μας για να βεβαιωθούμε ότι λαμβάνουν ασφαλή και κατάλληλη περίθαλψη.

Κάνουμε μια αναθεώρηση κάθε φορά που εκτελείτε μια συνταγή. Ελέγχουμε επίσης τα αρχεία μας σε τακτική βάση. Κατά τη διάρκεια αυτών των αναθεωρήσεων, αναζητούμε πιθανά προβλήματα όπως:

- Πιθανά λάθη στη φαρμακευτική αγωγή
- Φάρμακα που μπορεί να μην είναι απαραίτητα επειδή παίρνετε άλλο φάρμακο για τη θεραπεία της ίδιας πάθησης
- Φάρμακα που μπορεί να μην είναι ασφαλή ή κατάλληλα λόγω της ηλικίας ή του φύλου σας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

- Ορισμένοι συνδυασμοί φαρμάκων που θα μπορούσαν να σας βλάψουν εάν ληφθούν ταυτόχρονα
- Συνταγές για φάρμακα που έχουν συστατικά στα οποία είστε αλλεργικοί
- Πιθανά σφάλματα στην ποσότητα (δοσολογία) ενός φαρμάκου που παίρνετε
- Μη ασφαλείς ποσότητες οπιοειδών φαρμάκων για τον πόνο

Εάν δούμε ένα πιθανό πρόβλημα στη χρήση των φαρμάκων σας, θα συνεργαστούμε με τον πάροχό σας για να διορθώσουμε το πρόβλημα.

Τμήμα 10.2	Πρόγραμμα Διαχείρισης Φαρμάκων (DMP) για να βοηθήσει τα μέλη να χρησιμοποιούν με ασφάλεια τα οπιοειδή φάρμακά τους
-------------------	---

Έχουμε ένα πρόγραμμα που βοηθά να βεβαιωθείτε ότι τα μέλη χρησιμοποιούν με ασφάλεια συνταγογραφούμενα οπιοειδή και άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά. Αυτό το πρόγραμμα ονομάζεται Πρόγραμμα Διαχείρισης Φαρμάκων (DMP). Εάν χρησιμοποιείτε οπιοειδή φάρμακα που λαμβάνετε από διάφορους γιατρούς ή φαρμακεία ή εάν είχατε πρόσφατη υπερβολική δόση οπιοειδών, ενδέχεται να μιλήσουμε με τους γιατρούς σας για να βεβαιωθούμε ότι η χρήση οπιοειδών φαρμάκων είναι κατάλληλη και ιατρικά απαραίτητη. Σε συνεργασία με τους γιατρούς σας, εάν αποφασίσουμε ότι η χρήση συνταγογραφούμενων οπιοειδών ή βενζοδιαζεπινών φαρμάκων μπορεί να μην είναι ασφαλής, ενδέχεται να περιορίσουμε τον τρόπο με τον οποίο μπορείτε να πάρετε αυτά τα φάρμακα. Εάν σας τοποθετήσουμε στο DMP μας, οι περιορισμοί μπορεί να είναι:

- Απαιτώντας να πάρετε όλες τις συνταγές σας για οπιοειδή ή βενζοδιαζεπίνες φάρμακα από ένα συγκεκριμένο φαρμακείο (ες)
- Απαιτώντας να πάρετε όλες τις συνταγές σας για οπιοειδή ή βενζοδιαζεπίνη φάρμακα από έναν συγκεκριμένο γιατρό (ες)
- Περιορίζοντας την ποσότητα των οπιοειδών ή βενζοδιαζεπινών φαρμάκων που θα καλύψουμε για εσάς

Εάν σκοπεύουμε να περιορίσουμε τον τρόπο με τον οποίο μπορείτε να πάρετε αυτά τα φάρμακα ή πόσο μπορείτε να πάρετε, θα σας στείλουμε μια επιστολή εκ των προτέρων. Η επιστολή θα σας ενημερώσει εάν θα περιορίσουμε την κάλυψη αυτών των φαρμάκων για εσάς ή εάν θα σας ζητηθεί να λάβετε τις συνταγές για αυτά τα φάρμακα μόνο από συγκεκριμένο γιατρό ή φαρμακείο. Θα έχετε την ευκαιρία να μας πείτε ποιους γιατρούς ή φαρμακεία προτιμάτε να χρησιμοποιείτε και για οποιαδήποτε άλλη πληροφορία πιστεύετε ότι είναι σημαντικό να γνωρίζουμε. Αφού είχατε την ευκαιρία να απαντήσετε, εάν αποφασίσουμε να περιορίσουμε την κάλυψή σας για αυτά τα φάρμακα, θα σας στείλουμε μια άλλη επιστολή που θα επιβεβαιώνει τον περιορισμό. Εάν πιστεύετε ότι κάναμε λάθος ή διαφωνείτε με την απόφασή μας ή με τον περιορισμό, εσείς και ο συνταγογράφος σας έχετε το δικαίωμα να ασκήσετε έφεση. Αν υποβάλλετε προσφυγή, θα επανεξετάσουμε την υπόθεσή σας και θα σας εκδώσουμε μια απόφαση. Εάν συνεχίσουμε να απορρίπτουμε οποιοδήποτε μέρος του αιτήματός σας που σχετίζεται με τους περιορισμούς που ισχύουν για την πρόσβασή σας σε φάρμακα, θα στείλουμε αυτόματα την υπόθεσή σας σε έναν ανεξάρτητο αξιολογητή εκτός του προγράμματος μας. Βλέπε κεφάλαιο 9 για πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο άσκησης έφεσης.

Δεν θα τοποθετηθείτε στο DMP μας εάν έχετε ορισμένες ιατρικές παθήσεις, όπως ενεργό πόνο που σχετίζεται με τον καρκίνο ή δρεπανοκυτταρική νόσο, λαμβάνετε νοσοκομειακή, ανακουφιστική περίθαλψη ή φροντίδα τέλους ζωής ή ζείτε σε κέντρο μακροχρόνιας περίθαλψης.

Τμήμα 10.3	Πρόγραμμα Διαχείρισης Φαρμακευτικής Θεραπείας (MTM) για να βοηθήσει τα μέλη να διαχειριστούν τα φάρμακά τους
-------------------	---

Έχουμε ένα πρόγραμμα που μπορεί να βοηθήσει τα μέλη μας με σύνθετες ανάγκες υγείας. Το πρόγραμμά μας ονομάζεται Διαχείριση Φαρμακευτικής Θεραπείας (MTM). Αυτό το πρόγραμμα είναι εθελοντικό και δωρεάν. Μια ομάδα φαρμακοποιών και γιατρών ανέπτυξε το πρόγραμμα για εμάς για να διασφαλίσουμε ότι τα μέλη μας επωφελούνται στο έπακρο από τα φάρμακα που παίρνουν.

Ορισμένα μέλη που πάσχουν από ορισμένες χρόνιες νόσους και λαμβάνουν φάρμακα που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο ποσό κόστους φαρμάκων ή βρίσκονται σε DMP για να βοηθήσουν τα μέλη να χρησιμοποιήσουν τα οποιοδήποτε με ασφάλεια, ενδέχεται να είναι σε θέση να λάβουν υπηρεσίες μέσω ενός προγράμματος MTM. Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα, ένας φαρμακοποιός ή άλλος επαγγελματίας υγείας θα κάνει μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση όλων των φαρμάκων σας. Κατά τη διάρκεια της ανασκόπησης, μπορείτε να μιλήσετε για τα φάρμακά σας, το κόστος σας και τυχόν προβλήματα ή ερωτήσεις που έχετε σχετικά με τη συνταγή σας και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Θα λάβετε μια γραπτή περίληψη που έχει μια συνιστώμενη λίστα υποχρεώσεων που περιλαμβάνει τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσετε για να έχετε τα καλύτερα αποτελέσματα από τα φάρμακά σας. Θα λάβετε επίσης μια λίστα φαρμάκων που θα περιλαμβάνει όλα τα φάρμακα που παίρνετε, τις ποσότητες που παίρνετε και πότε και γιατί τα παίρνετε. Επιπλέον, τα μέλη του προγράμματος MTM θα λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την ασφαλή διάθεση συνταγογραφούμενων φαρμάκων που είναι ελεγχόμενες ουσίες.

Είναι καλή ιδέα να μιλήσετε με το γιατρό σας σχετικά με τη συνιστώμενη λίστα υποχρεώσεων και τον κατάλογο φαρμάκων. Φέρτε την περίληψη μαζί σας στην επίσκεψή σας ή οποτεδήποτε μιλάτε με τους γιατρούς, τους φαρμακοποιούς και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, κρατήστε τον κατάλογο φαρμάκων σας ενημερωμένο και έχετε τον μαζί σας (για παράδειγμα, με την ταυτότητά σας) σε περίπτωση που πάτε στο νοσοκομείο ή σε τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Εάν έχουμε ένα πρόγραμμα που ταιριάζει στις ανάγκες σας, θα σας εγγράψουμε αυτόματα στο πρόγραμμα και θα σας στείλουμε πληροφορίες. Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε, ενημερώστε μας και θα σας αποσύρουμε. Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με αυτό το πρόγραμμα, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

ΤΜΗΜΑ 11	Σας στέλνουμε αναφορές που εξηγούν τις πληρωμές για τα φάρμακά σας και σε ποιο στάδιο πληρωμής βρίσκεστε
-----------------	---

Τμήμα 11.1	Σας στέλνουμε μια μηνιαία περίληψη που ονομάζεται <i>Επεξήγηση των Παροχών Μέρους Δ</i> (EOB Μέρους Δ)
-------------------	---

Το πρόγραμμά μας παρακολουθεί το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σας και τις πληρωμές που έχετε κάνει όταν γεμίζετε ή ξαναγεμίζετε τις συνταγές σας στο φαρμακείο. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να σας πούμε πότε έχετε περάσει από το ένα στάδιο πληρωμής φαρμάκων στο επόμενο. Συγκεκριμένα, υπάρχουν δύο τύποι κόστους που παρακολουθούμε:

- Παρακολουθούμε πόσα έχετε πληρώσει. Αυτό ονομάζεται **κόστος συμμετοχής**.
- Παρακολουθούμε το **συνολικό κόστος των φαρμάκων** σας. Αυτό είναι το ποσό συμμετοχής που πληρώνετε ή άλλοι πληρώνουν για λογαριασμό σας συν το ποσό που καταβάλλεται από το πρόγραμμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

Εάν έχετε εκτελέσει μία ή περισσότερες συνταγές μέσω του προγράμματος κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, θα σας στείλουμε ένα μέρος ΔΕΟΒ. Το Μέρος Δ ΕΟΒ περιλαμβάνει:

- **Πληροφορίες για τον συγκεκριμένο μήνα.** Αυτή η αναφορά παρέχει τα στοιχεία πληρωμής σχετικά με τις συνταγές που έχετε εκτελέσει κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα. Δείχνει το συνολικό κόστος των φαρμάκων, τι πλήρωσε το πρόγραμμα και τι πληρώσατε εσείς και άλλοι για λογαριασμό σας.
- **Σύνολα για το έτος από την 1η Ιανουαρίου.** Αυτό ονομάζεται πληροφορίες από την αρχή του έτους. Δείχνει το συνολικό κόστος των φαρμάκων και τις συνολικές πληρωμές για τα φάρμακά σας από την αρχή του έτους.
- **Πληροφορίες για τις τιμές των φαρμάκων.** Αυτές οι πληροφορίες θα εμφανίζουν τη συνολική τιμή του φαρμάκου και πληροφορίες σχετικά με τις αυξήσεις της τιμής από την πρώτη συμπλήρωση για κάθε αξίωση συνταγογράφησης της ίδιας ποσότητας.
- **Διαθέσιμες εναλλακτικές συνταγές χαμηλότερου κόστους.** Αυτό θα περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με άλλα διαθέσιμα φάρμακα με χαμηλότερο επιμερισμό του κόστους για κάθε αξίωση συνταγογράφησης.

Τμήμα 11.2 Βοηθήστε μας να διατηρούμε ενημερωμένες τις πληροφορίες μας σχετικά με τις πληρωμές φαρμάκων σας

Για να παρακολουθούμε το κόστος των φαρμάκων σας και τις πληρωμές που κάνετε για φάρμακα, χρησιμοποιούμε αρχεία που λαμβάνουμε από τα φαρμακεία. Δείτε πώς μπορείτε να μας βοηθήσετε να διατηρήσουμε τις πληροφορίες σας έγκυρες και επικαιροποιημένες:

- **Δείξτε την κάρτα μέλους σας κάθε φορά που εκτελείτε μια συνταγή.** Αυτό μας βοηθά να βεβαιωθούμε ότι γνωρίζουμε τις συνταγές που εκτελείτε και τι πληρώνετε.
- **Βεβαιωθείτε ότι έχουμε τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε.** Υπάρχουν φορές που μπορείτε να πληρώσετε ολόκληρο το κόστος ενός συνταγογραφούμενου φαρμάκου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν θα λάβουμε αυτόματα τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για να παρακολουθούμε το κόστος σας. Για να μας βοηθήσετε να παρακολουθούμε τα άμεσα έξοδά σας, δώστε μας αντίγραφα των αποδείξεων σας. Ακολουθούν παραδείγματα για το πότε πρέπει να μας δώσετε αντίγραφα των αποδείξεων σας για φάρμακα:
 - Όταν αγοράζετε ένα καλυπτόμενο φάρμακο σε ένα φαρμακείο δικτύου σε ειδική τιμή ή χρησιμοποιώντας μια εκπτωτική κάρτα που δεν αποτελεί μέρος της παροχής του προγράμματός μας
 - Όταν καταβάλετε μια συμπληρωμή για φάρμακα που παρέχονται στο πλαίσιο ενός προγράμματος βοήθειας ασθενών κατασκευαστή φαρμάκων
 - Κάθε φορά που έχετε αγοράσει καλυπτόμενα φάρμακα σε φαρμακεία εκτός δικτύου ή άλλες φορές έχετε πληρώσει την πλήρη τιμή για ένα καλυπτόμενο φάρμακο υπό ειδικές συνθήκες

Εάν χρεώνετε για ένα καλυπτόμενο φάρμακο, μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να πληρώσει το μερίδιό μας στο κόστος. Για οδηγίες σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 6, Ενότητα 2.

- **Στείλτε μας πληροφορίες σχετικά με τις πληρωμές που έχουν κάνει άλλοι για εσάς.** Οι πληρωμές που πραγματοποιούνται από ορισμένα άλλα άτομα και οργανισμούς υπολογίζονται επίσης στα έξοδα συμμετοχής σας. Για παράδειγμα, οι πληρωμές που πραγματοποιούνται από ένα πρόγραμμα βοήθειας για τα φάρμακα του AIDS (ADAP), την Ινδική Υπηρεσία Υγείας και τις φιλανθρωπικές οργανώσεις υπολογίζονται στα έξοδα συμμετοχής σας. Κρατήστε ένα αρχείο αυτών των πληρωμών και στείλτε τις σε εμάς, ώστε να μπορούμε να παρακολουθούμε το κόστος σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ

- **Ελέγξτε τη γραπτή αναφορά που σας στέλνουμε.** Όταν λάβετε το Μέρος Δ EOB, ελέγξτε το για να βεβαιωθείτε ότι οι πληροφορίες είναι πλήρεις και σωστές. Εάν πιστεύετε ότι κάτι λείπει ή έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, καλέστε μας στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Τα μέλη του προγράμματος μπορούν να έχουν πρόσβαση στα EOB τους online στο [Caremark.com](https://www.caremark.com). Φροντίστε να φυλάξετε αυτές τις αναφορές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

*Αίτημα πληρωμής λογαριασμού που έχετε
λάβει για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή
φάρμακα*

ΤΜΗΜΑ 1 Περιπτώσεις στις οποίες θα πρέπει να μας ζητήσετε να πληρώσουμε για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες ή τα φάρμακά σας

Οι πάροχοι δικτύου μας χρεώνουν το πρόγραμμα απευθείας για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες και τα φάρμακά σας – δεν θα πρέπει να λαμβάνετε λογαριασμό για καλυπτόμενες υπηρεσίες ή φάρμακα. Εάν λάβετε λογαριασμό για ιατρική περίθαλψη ή φάρμακα που έχετε λάβει, θα πρέπει να μας στείλετε αυτόν τον λογαριασμό για να μπορέσουμε να τον πληρώσουμε. Όταν μας στείλετε τον λογαριασμό, θα εξετάσουμε τον λογαριασμό και θα αποφασίσουμε εάν οι υπηρεσίες και τα φάρμακα πρέπει να καλυφθούν. Εάν αποφασίσουμε ότι πρέπει να καλυφθούν, θα πληρώσουμε απευθείας τον πάροχο.

Εάν έχετε ήδη πληρώσει για μια υπηρεσία Medicare ή ένα στοιχείο που καλύπτεται από το πρόγραμμα, μπορείτε να ζητήσετε επιστροφή χρημάτων από το πρόγραμμά μας (η επιστροφή χρημάτων συχνά ονομάζεται **αποζημίωση**). Είναι δικαίωμά σας να λάβετε επιστροφή χρημάτων από το πρόγραμμά μας κάθε φορά που έχετε πληρώσει για ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας. Μπορεί να υπάρχουν προθεσμίες που πρέπει να τηρήσετε για να αποζημιωθείτε. Ανατρέξτε στην Ενότητα 2 αυτού του κεφαλαίου. Όταν μας στείλετε έναν λογαριασμό που έχετε ήδη πληρώσει, θα εξετάσουμε τον λογαριασμό και θα αποφασίσουμε εάν οι υπηρεσίες ή τα φάρμακα πρέπει να καλυφθούν. Εάν αποφασίσουμε ότι πρέπει να καλυφθούν, θα σας επιστρέψουμε τα χρήματα που καταβάλατε για τις υπηρεσίες ή τα φάρμακα.

Μπορεί επίσης να υπάρχουν φορές που λαμβάνετε λογαριασμό από έναν πάροχο για το πλήρες κόστος της ιατρικής περίθαλψης που έχετε λάβει ή ενδεχομένως για περισσότερο από το μερίδιό σας στον επιμερισμό του κόστους, όπως περιγράφεται στο έγγραφο. Πρώτα προσπαθήστε να επιλύσετε τον λογαριασμό με τον πάροχο. Εάν δεν έχετε το επιθυμητό αποτέλεσμα, στείλτε μας τον λογαριασμό αντί να τον πληρώσετε. Θα εξετάσουμε το λογαριασμό και θα αποφασίσουμε αν θα πρέπει να καλύπτονται οι υπηρεσίες. Εάν αποφασίσουμε ότι πρέπει να καλυφθούν, θα πληρώσουμε απευθείας τον πάροχο. Εάν αποφασίσουμε να μην πληρώσουμε, θα ειδοποιήσουμε τον πάροχο. Δεν πρέπει ποτέ να πληρώνετε περισσότερα από τον επιμερισμό του κόστους που επιτρέπεται από το πρόγραμμα. Εάν αυτός ο πάροχος είναι συμβεβλημένος, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα θεραπείας.

Ακολουθούν παραδείγματα περιπτώσεων στις οποίες μπορεί να χρειαστεί να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να σας επιστρέψουμε ή να πληρώσουμε έναν λογαριασμό που έχετε λάβει:

1. Όταν έχετε λάβει ιατρική περίθαλψη επείγουσα ή έκτακτης ανάγκης από πάροχο που δεν ανήκει στο δίκτυο του προγράμματός μας

Μπορείτε να λάβετε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ή επείγουσας ανάγκης από οποιονδήποτε πάροχο, ανεξάρτητα από το αν ο πάροχος αποτελεί μέρος του δικτύου μας ή όχι. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ζητήστε από τον πάροχο να χρεώσει το πρόγραμμα.

- Εάν πληρώσετε ολόκληρο το ποσό μόνοι σας τη στιγμή που λαμβάνετε τη φροντίδα, ζητήστε μας να σας αποζημιώσουμε. Στείλτε μας το λογαριασμό και παραστατικά τυχόν πληρωμών που έχετε κάνει.
- Μπορεί να λάβετε έναν λογαριασμό από τον πάροχο που ζητά πληρωμή που νομίζετε ότι δεν οφείλετε. Στείλτε μας το λογαριασμό και παραστατικά τυχόν πληρωμών που έχετε κάνει.
 - Εάν υπάρχει οποιαδήποτε οφειλή προς τον πάροχο, θα πληρώσουμε απευθείας τον πάροχο.
 - Εάν έχετε ήδη πληρώσει για την υπηρεσία, θα σας αποζημιώσουμε.

2. Όταν ένας πάροχος δικτύου σας στέλνει ένα λογαριασμό που νομίζετε ότι δεν πρέπει να πληρώσετε

Οι πάροχοι δικτύου θα πρέπει πάντα να χρεώνουν απευθείας το πρόγραμμα. Αλλά μερικές φορές κάνουν λάθη και σας ζητούν να πληρώσετε για τις υπηρεσίες σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Αίτημα πληρωμής λογαριασμού που έχετε λάβει για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα

- Κάθε φορά που λαμβάνετε λογαριασμό από πάροχο δικτύου, στείλτε μας τον λογαριασμό. Θα επικοινωνήσουμε απευθείας με τον πάροχο και θα επιλύσουμε το πρόβλημα χρέωσης.
- Εάν έχετε ήδη πληρώσει λογαριασμό σε πάροχο δικτύου, στείλτε μας τον λογαριασμό μαζί με παραστατικά οποιασδήποτε πληρωμής έχετε κάνει. Θα πρέπει να μας ζητήσετε να σας αποζημιώσουμε για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας.

3. Εάν έχετε εγγραφεί αναδρομικά στο πρόγραμμά μας

Μερικές φορές η εγγραφή ενός ατόμου στο πρόγραμμα έχει αναδρομική ισχύ. (Αυτό σημαίνει ότι η πρώτη ημέρα της εγγραφής τους έχει ήδη παρέλθει. Η ημερομηνία εγγραφής μπορεί να συνέβη ακόμη και πέρυσι.)

Εάν εγγραφήκατε αναδρομικά στο πρόγραμμά μας και πληρώσατε οι ίδιοι για οποιαδήποτε από τις καλυπτόμενες υπηρεσίες ή τα φάρμακά σας μετά την ημερομηνία εγγραφής σας, μπορείτε να μας ζητήσετε αποζημίωση. Θα χρειαστεί να υποβάλετε έγγραφα, όπως αποδείξεις και λογαριασμούς, για να χειριστούμε την επιστροφή χρημάτων.

4. Όταν χρησιμοποιείτε φαρμακείο εκτός δικτύου για να εκτελέσετε μια συνταγή

Εάν πάτε σε φαρμακείο εκτός δικτύου, το φαρμακείο ενδέχεται να μην είναι σε θέση να υποβάλει την αξίωση απευθείας σε εμάς. Σ' αυτήν την περίπτωση, θα πρέπει να πληρώσετε το πλήρες κόστος της συνταγής σας.

Φυλάξτε την απόδειξή σας και στείλτε μας ένα αντίγραφο όταν μας ζητήσετε επιστροφή χρημάτων. Να θυμάστε ότι καλύπτουμε φαρμακεία εκτός δικτύου μόνο σε περιορισμένες περιπτώσεις. Δείτε κεφάλαιο 5, ενότητα 2.5 για περαιτέρω πληροφορίες αυτών των περιστάσεων. Ενδέχεται να μην σας επιστρέψουμε τη διαφορά μεταξύ του ποσού που πληρώσατε για το φάρμακο στο φαρμακείο εκτός δικτύου και του ποσού που θα πληρώναμε σε ένα φαρμακείο εντός δικτύου.

5. Όταν πληρώνετε το πλήρες κόστος για μια συνταγή επειδή δεν έχετε μαζί σας την κάρτα μέλους του προγράμματος σας

Εάν δεν έχετε μαζί σας την κάρτα μέλους του προγράμματος, μπορείτε να ζητήσετε από το φαρμακείο να καλέσει το πρόγραμμα ή να αναζητήσει τις πληροφορίες εγγραφής στο πρόγραμμα. Ωστόσο, εάν το φαρμακείο δεν μπορεί να λάβει αμέσως τις πληροφορίες εγγραφής που απαιτούνται, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε μόνοι σας το πλήρες κόστος της συνταγής. Φυλάξτε την απόδειξή σας και στείλτε μας ένα αντίγραφο όταν μας ζητήσετε επιστροφή χρημάτων. Ενδέχεται να μην σας επιστρέψουμε το πλήρες κόστος που πληρώσατε, εάν η τιμή σε μετρητά που πληρώσατε είναι υψηλότερη από την τιμή που συμφωνήσαμε για τη συνταγή.

6. Όταν πληρώνετε το πλήρες κόστος για μια συνταγή σε άλλες περιπτώσεις

Μπορείτε να πληρώσετε το πλήρες κόστος της συνταγής επειδή διαπιστώνετε ότι το φάρμακο δεν καλύπτεται για κάποιο λόγο.

- Για παράδειγμα, το φάρμακο μπορεί να μη βρίσκεται στη «Λίστα Φαρμάκων» του προγράμματος ή μπορεί να έχει μια απαίτηση ή έναν περιορισμό που δεν γνωρίζατε ή δεν νομίζετε ότι πρέπει να ισχύει για εσάς. Εάν αποφασίσετε να πάρετε το φάρμακο αμέσως, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε το πλήρες κόστος για αυτό.
- Φυλάξτε την απόδειξή σας και στείλτε μας ένα αντίγραφο όταν μας ζητήσετε επιστροφή χρημάτων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί να λάβουμε περισσότερες πληροφορίες από το γιατρό σας για να σας αποζημιώσουμε για το φάρμακο. Ενδέχεται να μην σας επιστρέψουμε το πλήρες κόστος που πληρώσατε, εάν η τιμή σε μετρητά που πληρώσατε είναι υψηλότερη από την τιμή που συμφωνήσαμε για τη συνταγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Αίτημα πληρωμής λογαριασμού που έχετε λάβει για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα

Όταν μας στέλνετε ένα αίτημα πληρωμής, θα εξετάσουμε το αίτημά σας και θα αποφασίσουμε εάν η υπηρεσία ή το φάρμακο πρέπει να καλυφθεί. Αυτό ονομάζεται λήψη απόφασης κάλυψης. Εάν αποφασίσουμε ότι πρέπει να καλυφθεί, θα πληρώσουμε για την υπηρεσία ή το φάρμακο. Εάν απορρίψουμε το αίτημά σας για πληρωμή, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση για την απόφασή μας. Το κεφάλαιο 8 του παρόντος εγγράφου περιέχει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο άσκησης προσφυγής.

ΤΜΗΜΑ 2 Πώς να μας ζητήσετε να σας επιστρέψουμε ή να πληρώσουμε έναν λογαριασμό που έχετε λάβει

Μπορείτε να μας ζητήσετε να σας αποζημιώσουμε στέλνοντάς μας γραπτό αίτημα. Εάν στείλετε ένα αίτημα γραπτώς, στείλτε το λογαριασμό σας και παραστατικά για οποιαδήποτε πληρωμή έχετε κάνει. Είναι καλή ιδέα να δημιουργήσετε ένα αντίγραφο του λογαριασμού και των παραστατικών για το αρχείο σας. **Πρέπει να υποβάλετε την αξίωσή σας σε εμάς εντός ενός (1) ημερολογιακού έτους από** την ημερομηνία που λάβατε την υπηρεσία, το αντικείμενο ή το φάρμακο.

Για να βεβαιωθείτε ότι μας παρέχετε όλες τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για να λάβουμε μια απόφαση, μπορείτε να συμπληρώσετε το έντυπο αξίωσης για να υποβάλετε το αίτημά σας για πληρωμή.

- Δεν χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε το έντυπο, αλλά θα μας βοηθήσει να επεξεργαστούμε τις πληροφορίες πιο γρήγορα.
- Μπορείτε να λάβετε αντίγραφο του εντύπου από την ιστοσελίδα μας (SWHNY.com) ή να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών και να ζητήσετε το έντυπο.

Ταχυδρομήστε το αίτημά σας για πληρωμή μαζί με τυχόν λογαριασμούς ή πληρωμένες αποδείξεις σε εμάς σε αυτήν τη διεύθυνση:

Αποζημιώσεις ιατρικών υπηρεσιών:

Senior Whole Health of New York
Υπόψη: Medicare Member Services
200 OceanGate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
Ή στείλτε φαξ στο (310) 507-6186

Αποζημιώσεις συνταγογραφούμενων φαρμάκων:

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

ΤΜΗΜΑ 3 Θα εξετάσουμε το αίτημά σας για πληρωμή και θα πούμε ναι ή όχι

Τμήμα 3.1	Ελέγχουμε αν πρέπει να καλύψουμε την υπηρεσία ή το φάρμακο
------------------	---

Όταν λάβουμε το αίτημά σας για πληρωμή, θα σας ενημερώσουμε εάν χρειαζόμαστε πρόσθετες πληροφορίες από εσάς. Διαφορετικά, θα εξετάσουμε το αίτημά σας και θα λάβουμε μια απόφαση κάλυψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Αίτημα πληρωμής λογαριασμού που έχετε λάβει για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα

- Εάν αποφασίσουμε ότι καλύπτεται η ιατρική περίθαλψη ή το φάρμακο και ακολουθήσατε όλους τους κανόνες, θα πληρώσουμε για την υπηρεσία ή το φάρμακο. Εάν έχετε ήδη πληρώσει για την υπηρεσία ή το φάρμακο, θα σας στείλουμε με το ταχυδρομείο την αποζημίωση προς εσάς. Εάν έχετε πληρώσει το πλήρες κόστος ενός φαρμάκου, ενδέχεται να μην σας επιστραφεί ολόκληρο το ποσό που πληρώσατε (για παράδειγμα, εάν προμηθευτήκατε ένα φάρμακο από φαρμακείο εκτός δικτύου ή εάν η τιμή μετρητοίς που πληρώσατε για ένα φάρμακο είναι υψηλότερη από την διαπραγματευθείσα τιμή μας). Εάν δεν έχετε πληρώσει ακόμα για την υπηρεσία ή το φάρμακο, θα ταχυδρομήσουμε την πληρωμή απευθείας στον πάροχο.
- Εάν αποφασίσουμε ότι η ιατρική περίθαλψη ή το φάρμακο δεν καλύπτεται ή δεν ακολουθήσατε όλους τους κανόνες, δεν θα πληρώσουμε για τη φροντίδα ή το φάρμακο. Θα σας στείλουμε μια επιστολή εξηγώντας τους λόγους για τους οποίους δεν στέλνουμε την πληρωμή και τα δικαιώματά σας να ασκήσετε έφεση κατά αυτής της απόφασης.

Τμήμα 3.2	Εάν σας πούμε ότι δεν θα πληρώσουμε για την ιατρική περίθαλψη ή το φάρμακο, μπορείτε να υποβάλλετε αίτημα επανεξέτασης
------------------	---

Αν πιστεύετε ότι κάναμε λάθος απορρίπτοντας το αίτημά σας για πληρωμή ή το ποσό που καταβάλλουμε, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση. Αν υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης, αυτό σημαίνει ότι μας ζητάτε να αλλάξουμε την απόφαση που λάβαμε όταν απορρίψαμε το αίτημά σας για πληρωμή. Η διαδικασία προσφυγής είναι μια επίσημη διαδικασία με λεπτομερείς διαδικασίες και σημαντικές προθεσμίες. Για λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο υποβολής αυτής της προσφυγής, μεταβείτε στο κεφάλαιο 8 του παρόντος εγγράφου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

ΤΜΗΜΑ 1 Το πρόγραμμά μας πρέπει να σέβεται τα δικαιώματα και τις πολιτιστικές ευαισθησίες σας ως μέλος του προγράμματος

Τμήμα 1.1	Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να σας εξυπηρετεί και να συνάδει με τις πολιτιστικές σας ευαισθησίες (σε άλλες γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, σε εκτυπώσεις με μεγάλα γράμματα ή 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 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 είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών καλώντας, Δευτέρα -Παρασκευή, 8 π.μ. – 8 μ.μ., τοπική ώρα (833) 671-0440. TTY χρήστες, παρακαλώ καλέστε 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.

Sección 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 κ.λπ.)
--------------------	--

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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

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. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

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 el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en la situación en que no hay especialistas disponibles en la red del plan que cubran el servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información respecto a dónde acudir a fin de obtener el servicio con un costo compartido 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 ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al 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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضًا 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.

مطلوب منا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمة في شبكة الخطة متاحين لأحد التخصصات، تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يُرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성과 일치하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등으로).

귀하의 플랜은 임상 및 비임상 서비스를 모두 문화적으로 유능한 방식으로 제공하고 제한된 영어 능력, 제한된 읽기 능력, 청력 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 등록자가 액세스 할 수 있도록 보장해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역가 서비스, 통역 서비스, 전신 타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신 타자기 전화) 연결 제공 등이 있습니다(단, 이에 국한되지 않음).

본 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 플랜의 혜택에 대한 정보를 귀하에게 접근 가능하고 적합한 형식으로 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사의 플랜은 여성 등록자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 직접 액세스할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜 네트워크에 속한 전문의를 이용할 수 없는 경우, 플랜은 네트워크 외부에서 전문의를 지정하여 필요한 진료를 받을 수 있도록 해드려야 합니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 지불하면 됩니다. 필요한 서비스를 제공하는 플랜 네트워크에 전문의가 없는 경우, 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자의 정보를 플랜에 문의하십시오.

당사 플랜에서 귀하에게 접근할 수 있고 적합한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 현지 시간으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

Раздел 1.1	Мы должны предоставлять вам информацию в доступной для вас форме, а также в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах).
-------------------	--

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и нет, оказывалась с учетом культурных особенностей пациента и была доступна всем участникам плана, в том числе с плохим знанием английского языка, ограниченными возможностями, чинитина иининина иилининим лилинилиниининим частилинилиниинининика кам Примеры того, как план может выполнить эти требования, включают, 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 sensibilità 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 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 includesono, 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

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.

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.

Τμήμα 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, κ.λπ.)
------------------	--

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, à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des téléimprimeurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou téléimprimeur), 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

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, bray, a 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).

Plan nou a 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 fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma 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 nesèsè 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 a 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 fòma 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, 8 π.μ. - 8 μ.μ. 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.

סעקציע 1.1 מיר מוזן צושטעלן אינפֿארמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאָנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפראכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאָטירונגען, אאז"ו).

אייער פֿלאַן איז פֿאַרלאַנגט צו ענשור אַז אַלע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַלע ענראַ וואָס אַריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט לייענען סקילז, געהער וּמפֿאַסיק, אַדער יענע מיט פֿאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַונדז. ביישפּילן פֿון ווי אַ פֿלאַן קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פֿאַדערונגען אַריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פֿון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ רייטערז אַדער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַדער טעלעטייפֿ רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַרבינדונג.

אונדזער פֿלאַן האט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאַראַנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פֿון ניט-ענגליש בייטןעדט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאַרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאָטירונגען אַן קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿאַרלאַנגט צו געבן אייך אינפֿאַרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פֿון דעם פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַסיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

אונדזער פֿלאַן איז פארלאנגט צו געבן ווייבלעך ענרא, ולז די א.פ.ציע פון דירעקט א.קסעס צו א.פֿרויען געזונט ספֿעציאליסט אין די נעץ פֿאַר פֿרויען רופן און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

אויב פֿאַר אַ וויידערז אין דעם פלאן נעץ פֿאַר א.ספֿעציאליסט זענען נישט פאראנען, עס איז די פֿאַר אַ נטוואָרטלעכקייט פון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאליסט פֿאַר אַ וויידערז אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿאַר אַ, אייך וועט בלויז באַצאָלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וווּ עס זענען קיין ספֿעציאליסט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאָרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאַרמאַציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האָט קיין קאָנפליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאַ וואָס טור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק-פֿרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פֿאַרלייגן אַ קלאַג מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) אַ דער גלייך מיט די אַפֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט 1-800-368-1019 (Office for Civil Rights) אַ דער TTY 1-800-537-7697.

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, niesłyszających 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 na-access sa lahat ng ng 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 διεμνηνάς ang plano namin na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin ονομάζοντας bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking titik, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng 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 serbisyong 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 karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 π.μ. – 8 μ.μ., 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.

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

Αμαδρε πλγαν, Ινρζεβισί νρ εμν सदस्यदरे प्रश्नरे उत्तर देओरर जन्य बनिमूल्ये देओभाषी परषिवो रररर. आपनार प्रररओजन हल, आमरा आपनाके वरहेल, वडु हररर मूदरणे वा अन्यान्य बकिलूप फरर्म्याटे कोनो थरर छरडुई तथ्य दति. पाररि आमादरे आपनाके प्लगनरे सुवधिगूलरि संपरके एमन एकटी फरर्म्याटे तथ्य दति हवे. या आपनार जन्य अ्याक्ससेयोग्य एवं उपयुक्त. आपनार जन्य कार्यकर्री एमन उपाये आमादरे थके तथ्य पते, अनुग्रह करे सदस्य परषिवोदति कल करून।

आमादरे प्लगनटि महलि तालकिाडुकुतदरे, महलिादरे रूटनि ओ प्रतरिओधमूलक स्वास्थसवो परषिवोगूलोर जन्य नटेओररकरे मध्य. एकजन महलिा स्वास्थ वषियेज्णरे सरसररि यओगायओग करते देओरर बकिलूप प्रदान करा प्रररओजन।

कोनो वषियेत्तरे जन्य प्लगनरे नटेओररकरे सरवराहकर्रीर उवलड्य ना हल, नटेओररकरे बाहर वषिये सरवराहकर्री, यारा आपनाके प्रररओजनीय पररररर सरवराह करव. तदरे थुंजे वरे करार दायति प्लगनरे उपर वरतय। एई क्श्येरे, आपनि शुधुमात्र इन-नटेओररक थरर शयोर करे नओरर अरथ पमेनेट करवने। आपनार प्रररओजनीय परषिवो आपनाके प्रदान करते. पारे प्लानरे नटेओररकरे एमन कोनो वषियेज्ण उपसथति नई एरकम कोनो परसिथिति आपनि पडले, इन-नटेओररक थरर शयोर करे नओरर समय एई परषिवोटी पते कोथाय यते हवे से संपरके तथ्यरे जन्य प्लाने कल करून।

आपनार जन्य अ्याक्ससेयोग्य ओ उपयुक्त फरर्म्याटे आमादरे प्लगन वषियक तथ्य पते आपनार कोनो समस्या हल, अनुग्रह करे सोमवार थके शुक्रवार स्थानीय समय सकल 8टा थके रातर 8टार मध्य सदस्य परषिवोय अडियओग दायरे करते (833) 671-0440 नम्वरे कल करून। TTY वयवहारकर्री, अनुग्रह करे 711 ए कल करून। एछरडुओ, आपनि 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) नम्वरे कल करे. Medicare-एर काछ अडियओग दायरे करते. पारने वा 1-800-368-1019 वा TTY 1-800-537-7697-ए सरसरर कल करे. सडिलि राइटस अरसि अडियओग दायरे करते. पारने।

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 braile, 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 kufizuar 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. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në braile, 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 grupe të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë të një specialisti 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

Nëse hasi 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 (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

Ενότητα 1.1 **Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να λειτουργεί 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 οι κλινικές όσο και οι 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 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, αν σας ενδιαφέρει. 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 ένα ειδικό δίκτυο υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για τις υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Αν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι υπεύθυνοι του προγράμματος να εντοπίζουν εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτή την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. 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 την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

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.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

αفراد 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 مندرج 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 لاکٹ کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں جہاں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروسز کو کوور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروسز کو اندرون نیٹ ورک لاکٹ 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۔

Τμήμα 1.2	Πρέπει να διασφαλίσουμε ότι θα έχετε έγκαιρη πρόσβαση στις καλυπτόμενες υπηρεσίες και τα φάρμακά σας
------------------	---

Έχετε το δικαίωμα να επιλέξετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP) στο δίκτυο του προγράμματος για να παρέχει και να κανονίζει τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας. Έχετε επίσης το δικαίωμα να πάτε σε ειδικό υγείας γυναικών (όπως γυναικολόγο) χωρίς παραπομπή.

Έχετε το δικαίωμα να λαμβάνετε ραντεβού και καλυπτόμενες υπηρεσίες από το δίκτυο παρόχων του προγράμματος εντός εύλογου χρονικού διαστήματος. Αυτό περιλαμβάνει το δικαίωμα να λαμβάνετε έγκαιρες υπηρεσίες από ειδικούς όταν χρειάζεστε αυτή τη φροντίδα. Έχετε επίσης το δικαίωμα να εκτελέσετε ή να αναπληρώσετε τις συνταγές σας σε οποιοδήποτε από τα φαρμακεία του δικτύου μας χωρίς μεγάλες καθυστερήσεις.

Αν πιστεύετε ότι δεν λαμβάνετε την ιατρική σας περίθαλψη ή τα φάρμακα του Μέρους Δ μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, το Κεφάλαιο 8 λέει τι μπορείτε να κάνετε.

Τμήμα 1.3	Πρέπει να προστατεύσουμε το απόρρητο των προσωπικών σας πληροφοριών υγείας
------------------	---

Οι ομοσπονδιακοί και πολιτειακοί νόμοι προστατεύουν το απόρρητο των ιατρικών αρχείων και των προσωπικών πληροφοριών υγείας. Προστατεύουμε τα προσωπικά σας στοιχεία υγείας όπως απαιτείται από αυτούς τους νόμους.

- Οι **προσωπικές πληροφορίες** υγείας σας περιλαμβάνουν τις προσωπικές πληροφορίες που μας δώσατε κατά την εγγραφή σας σε αυτό το πρόγραμμα, καθώς και τα ιατρικά αρχεία σας και άλλες ιατρικές πληροφορίες και πληροφορίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

- Έχετε δικαιώματα που σχετίζονται με τις πληροφορίες σας και τον έλεγχο του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι πληροφορίες για την υγεία σας. Σας παρέχουμε μια γραπτή ειδοποίηση, που ονομάζεται *Ειδοποίηση Πρακτικής Απορρήτου*, η οποία αναφέρεται σε αυτά τα δικαιώματα και εξηγεί πώς προστατεύουμε το απόρρητο των πληροφοριών υγείας σας.

Πώς προστατεύουμε το απόρρητο των πληροφοριών υγείας σας;

- Διασφαλίζουμε ότι μη εξουσιοδοτημένα άτομα δεν βλέπουν ούτε αλλάζουν τα αρχεία σας.
- Εκτός από τις περιπτώσεις που αναφέρονται παρακάτω, εάν σκοπεύουμε να δώσουμε τις πληροφορίες υγείας σας σε οποιονδήποτε που δεν παρέχει τη φροντίδα σας ή δεν πληρώνει για τη φροντίδα σας, *απαιτείται να λάβουμε γραπτή άδεια από εσάς ή από κάποιον στον οποίο έχετε δώσει έννομη εξουσιοδότηση να λαμβάνει πρώτος αποφάσεις για λογαριασμό σας.*
- Υπάρχουν ορισμένες εξαιρέσεις που δεν απαιτούν από εμάς να λάβουμε πρώτα τη γραπτή άδειά σας. Αυτές οι εξαιρέσεις επιτρέπονται ή απαιτούνται από το νόμο.
 - Είμαστε υποχρεωμένοι να δημοσιεύουμε πληροφορίες υγείας σε κρατικές υπηρεσίες που ελέγχουν την ποιότητα της περίθαλψης.
 - Επειδή είστε μέλος του προγράμματος μας μέσω του Medicare, είμαστε υποχρεωμένοι να δώσουμε στο Medicare τις πληροφορίες υγείας σας, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους Δ. Εάν το Medicare κοινοποιήσει τις πληροφορίες σας για έρευνα ή άλλες χρήσεις, αυτό θα γίνει σύμφωνα με τα ομοσπονδιακά καταστατικά και τους κανονισμούς. Συνήθως, αυτό απαιτεί να μην κοινοποιούνται πληροφορίες που σας ταυτοποιούν με μοναδικό τρόπο.

Μπορείτε να δείτε τις πληροφορίες στα αρχεία σας και να μάθετε πώς έχουν κοινοποιηθεί σε άλλους

Έχετε το δικαίωμα να εξετάσετε τα ιατρικά σας αρχεία που τηρούνται στο πρόγραμμα και να λάβετε αντίγραφο των αρχείων σας. Επιτρέπεται να σας χρεώσουμε τέλη για τη δημιουργία αντιγράφων. Έχετε επίσης το δικαίωμα να μας ζητήσετε να κάνουμε προσθήκες ή διορθώσεις στα ιατρικά σας αρχεία. Εάν μας ζητήσετε να το κάνουμε αυτό, θα συνεργαστούμε με τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψής σας για να αποφασίσουμε εάν πρέπει να γίνουν οι αλλαγές.

Έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε πώς οι πληροφορίες υγείας σας έχουν κοινοποιηθεί σε άλλους για σκοπούς που δεν είναι οι συνήθειες.

Εάν έχετε ερωτήσεις ή ανησυχίες σχετικά με το απόρρητο των προσωπικών πληροφοριών υγείας σας, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.

ΑΥΤΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΚΑΙ ΝΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΦΟΡΟΥΝ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΟΧΗ.

Η Senior Whole Health of New York, Inc. άλλως «Senior Whole Health by Molina Healthcare» («Senior Whole Health», «εμείς» ή «μας») χρησιμοποιεί και κοινοποιεί προστατευόμενες πληροφορίες αναφορικά με την υγεία σας, προκειμένου να σας παρέχονται παροχές υγείας ως μέλος του Senior Whole Health. Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε τις πληροφορίες σας για τη διεξαγωγή θεραπειών, πληρωμών και λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης. Χρησιμοποιούμε επίσης και κοινοποιούμε τις πληροφορίες σας για άλλους λόγους, όπως επιτρέπεται και απαιτείται από το νόμο. Έχουμε καθήκον να διατηρήσουμε τις πληροφορίες υγείας σας ιδιωτικές και να

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

ακολουθήσουμε τους όρους της παρούσας Δήλωσης. Η ημερομηνία έναρξης ισχύος αυτής της Δήλωσης είναι 1 Οκτωβρίου 2021.

PHI σημαίνει προστατευόμενες πληροφορίες υγείας. PHI είναι πληροφορίες υγείας που περιλαμβάνουν το όνομά σας, τον αριθμό μέλους ή άλλα αναγνωριστικά και χρησιμοποιούνται ή κοινοποιούνται από το πρόγραμμα Senior Whole Health.

Γιατί το Senior Whole Health χρησιμοποιεί ή κοινοποιεί τις PHI σας;

Χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε τις PHI σας για να σας προσφέρουμε παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Οι PHI σας χρησιμοποιούνται ή κοινοποιούνται για θεραπεία, πληρωμή και λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης.

Για θεραπεία

Το Senior Whole Health μπορεί να χρησιμοποιήσει ή να κοινοποιήσει τις PHI σας για να σας δώσει ή να κανονίσει την ιατρική σας περίθαλψη. Αυτή η θεραπεία περιλαμβάνει επίσης παραπομπές μεταξύ των γιατρών σας ή άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, ενδέχεται να κοινοποιήσουμε πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας σε έναν ειδικό. Αυτό βοηθά τον ειδικό να μιλήσει για τη θεραπεία σας με τον γιατρό σας.

Για πληρωμή

Το Senior Whole Health μπορεί να χρησιμοποιήσει ή να κοινοποιήσει τις PHI για να λάβει αποφάσεις σχετικά με την πληρωμή. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει αξιώσεις, εγκρίσεις για θεραπεία και αποφάσεις σχετικά με ιατρικές ανάγκες. Το όνομά σας, η παθήσή σας, η θεραπεία σας και οι προμήθειες που δίνονται μπορεί να αναγράφονται στο λογαριασμό. Για παράδειγμα, μπορούμε να ενημερώσουμε έναν γιατρό ότι έχετε τις παροχές μας. Θα ενημερώσουμε επίσης τον γιατρό για το ποσό του λογαριασμού που θα πληρώσουμε.

Για εργασίες υγειονομικής περίθαλψης

Το Senior Whole Health μπορεί να χρησιμοποιήσει ή να κοινοποιήσει τις PHI σας για να εκτελέσει το πρόγραμμα υγείας μας. Για παράδειγμα, ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε πληροφορίες από την αξίωσή σας για να σας ενημερώσουμε σχετικά με ένα πρόγραμμα υγείας που θα μπορούσε να σας βοηθήσει. Μπορούμε επίσης να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις PHI σας για να αντιμετωπίσουμε τους προβληματισμούς των μελών. Οι PHI σας μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν για να διαπιστωθεί ότι οι αξιώσεις πληρώνονται σωστά.

Οι λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν πολλές καθημερινές επιχειρηματικές ανάγκες. Περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τα ακόλουθα:

- Βελτίωση της ποιότητας,
- Δράσεις σε προγράμματα υγείας για να βοηθήσουν τα μέλη με ορισμένες παθήσεις (όπως το άσθμα),
- Διεξαγωγή ή προγραμματισμός ιατρικής εξέτασης,
- Νομικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων ανίχνευσης απάτης, κατάχρησης και δίωξης,
- Ενέργειες που μας βοηθούν να τηρούμε τους νόμους,
- Αντιμετώπιση των αναγκών των μελών, συμπεριλαμβανομένης της επίλυσης παραπόνων και καταγγελιών,

Θα κοινοποιήσουμε τις PHI σε άλλες εταιρείες («**επιχειρηματικοί συνεργάτες**») που επιτελούν διαφορετικά είδη δραστηριοτήτων για το πρόγραμμα υγείας μας. Μπορούμε επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις PHI σας για να σας κάνουμε υπενθυμίσεις σχετικά με τα ραντεβού σας. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τις PHI σας για να σας δώσουμε πληροφορίες σχετικά με άλλη θεραπεία ή άλλες παροχές και υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

Πότε μπορεί το Senior Whole Health να χρησιμοποιεί ή να κοινοποιεί τις PHI σας χωρίς να λαμβάνει γραπτή έγκριση από εσάς;

Επιπλέον της θεραπείας, της πληρωμής και των εργασιών υγειονομικής περίθαλψης, ο νόμος επιτρέπει ή απαιτεί το Senior Whole Health να χρησιμοποιεί και κοινοποιεί τις PHI σας για αρκετούς άλλους σκοπούς, συμπεριλαμβανομένων των παρακάτω:

Απαιτείται από το νόμο

Θα χρησιμοποιήσουμε ή θα κοινοποιήσουμε πληροφορίες σχετικά με εσάς, όπως απαιτείται από το νόμο. Θα κοινοποιήσουμε τις PHI σας όταν απαιτείται από τον Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών (HHS). Αυτό μπορεί να είναι για δικαστική υπόθεση, άλλο νομικό έλεγχο ή όταν απαιτείται για σκοπούς επιβολής του νόμου.

Δημόσια υγεία

Οι PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για δραστηριότητες δημόσιας υγείας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή βοήθειας στους οργανισμούς δημόσιας υγείας για την πρόληψη ή τον έλεγχο ασθενειών.

Επίβλεψη υγειονομικής περίθαλψης

Οι PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν σε κρατικές υπηρεσίες. Μπορεί να χρειαστούν οι PHI σας για ελέγχους.

Έρευνα

Οι PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για έρευνα σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως όταν εγκριθεί από συμβούλιο προστασίας προσωπικών δεδομένων ή θεσμικής αναθεώρησης.

Νομικές ή διοικητικές διαδικασίες

Οι PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για νομικές διαδικασίες, όπως ως απάντηση σε δικαστική απόφαση.

Επιβολή του νόμου

Οι PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν στην αστυνομία για σκοπούς επιβολής του νόμου, όπως για να βοηθήσουν στον εντοπισμό υπόπτου, μάρτυρα ή αγνοούμενου.

Υγεία και Ασφάλεια

Οι PHI σας μπορούν να κοινοποιηθούν για την πρόληψη σοβαρής απειλής για τη δημόσια υγεία ή ασφάλεια.

Κρατικές λειτουργίες

Οι PHI σας μπορούν να κοινοποιηθούν από το κράτος για ειδικές λειτουργίες. Ένα παράδειγμα θα ήταν η προστασία του Προέδρου.

Θύματα κακοποίησης, παραμέλησης ή ενδοοικογενειακής βίας

Οι PHI σας μπορούν να κοινοποιηθούν στις νομικές αρχές εάν πιστεύουμε ότι κάποιο άτομο είναι θύμα κακοποίησης ή παραμέλησης.

Αποζημίωση εργαζομένων

Οι PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για να τηρούνται οι νόμοι περί αποζημίωσης εργαζομένων.

Άλλες κοινοποιήσεις

Οι PHI σας μπορούν να κοινοποιηθούν σε διευθυντές οίκων τελετών ή ιατροδικαστές ως βοήθεια στα επαγγελματικά τους καθήκοντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

Πότε χρειάζεται το Senior Whole Health τη γραπτή σας εξουσιοδότηση (έγκριση) για να χρησιμοποιήσει ή να κοινοποιήσει τις PHI σας;

Το Senior Whole Health χρειάζεται τη γραπτή έγκρισή σας για να χρησιμοποιήσει ή να κοινοποιήσει τις PHI σας για σκοπό διαφορετικό από αυτούς που αναφέρονται στην παρούσα Δήλωση. Το Senior Whole Health χρειάζεται την εξουσιοδότησή σας προτού κοινοποιήσουμε τις PHI σας για τα εξής: (1) τις περισσότερες χρήσεις και κοινοποιήσεις σημειώσεων ψυχοθεραπείας, (2) χρήσεις και κοινοποιήσεις για σκοπούς μάρκετινγκ και (3) χρήσεις και κοινοποιήσεις που περιλαμβάνουν την πώληση PHI. Μπορείτε να ακυρώσετε μια γραπτή έγκριση που μας έχετε δώσει. Η ακύρωσή σας δεν θα ισχύει για ενέργειες που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί από εμάς λόγω της έγκρισης που μας είχατε ήδη δώσει.

Ποια είναι τα δικαιώματά σας σχετικά με τις πληροφορίες για την υγεία;

Έχετε το δικαίωμα για:

- **Υποβολή αιτήματος περιορισμών των χρήσεων ή των κοινοποιήσεων των PHI (κοινοποίηση των PHI σας)**

Μπορείτε να μας ζητήσετε να μην κοινοποιήσουμε τις PHI σας για να πραγματοποιήσουμε θεραπείες, πληρωμές ή λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης. Μπορείτε επίσης να μας ζητήσετε να μην κοινοποιήσουμε τις PHI σας στους συγγενείς, τους φίλους ή σε άλλα άτομα που κατονομάζετε που εμπλέκονται στην υγειονομική σας περίθαλψη. Ωστόσο, δεν είμαστε υποχρεωμένοι να συμφωνήσουμε με το αίτημά σας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπο του Senior Whole Health για να υποβάλετε το αίτημά σας.

- **Υποβολή αιτήματος εμπιστευτικών επικοινωνιών PHI**

You may ask Senior Whole Health to give you your PHI in a certain way or at a certain place to help keep your PHI private. Θα ανταποκριθούμε σε εύλογα αιτήματα, αν μας πείτε πώς η κοινοποίηση του συνόλου ή μέρους αυτών των PHI θα μπορούσε να θέσει τη ζωή σας σε κίνδυνο. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπο του Senior Whole Health για να υποβάλετε το αίτημά σας.

- **Έλεγχος και αντιγραφή των PHI σας**

Έχετε το δικαίωμα να ελέγξετε και να λάβετε ένα αντίγραφο των PHI σας που κατέχουμε εμείς. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει αρχεία που χρησιμοποιούνται για τη λήψη κάλυψης, αξιώσεων και άλλων αποφάσεων ως μέλους του Senior Whole Health. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπο του Senior Whole Health για να υποβάλετε το αίτημά σας. Ενδέχεται να σας χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος για την αντιγραφή και την αποστολή των αρχείων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να απορρίψουμε το αίτημα. Σημαντική σημείωση: Δεν έχουμε πλήρη αντίγραφα των ιατρικών αρχείων σας. Εάν θέλετε να δείτε, να λάβετε ένα αντίγραφο ή να αλλάξετε τα ιατρικά σας αρχεία, επικοινωνήστε με τον γιατρό ή την κλινική σας.

- **Τροποποίηση των PHI σας**

Μπορείτε να ζητήσετε να τροποποιήσουμε (αλλάξουμε) τις PHI σας. Αυτό περιλαμβάνει μόνο τα αρχεία που διατηρούμε σχετικά με εσάς ως μέλος. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπο του Senior Whole Health για να υποβάλετε το αίτημά σας. Μπορείτε να υποβάλετε επιστολή διαφωνίας εάν αρνηθούμε το αίτημα.

- **Λήψη κατάστασης των γνωστοποιήσεων PHI (κοινοποίηση των PHI σας)**

Μπορείτε να ζητήσετε να σας δώσουμε έναν κατάλογο με ορισμένα μέρη στα οποία κοινοποιήσαμε τις PHI σας κατά τη διάρκεια των έξι ετών πριν από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματός σας. Ο κατάλογος δεν θα περιλαμβάνει PHI που κοινοποιούνται ως εξής:

- για θεραπεία, πληρωμή ή εργασίες υγειονομικής περίθαλψης,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

- σε άτομα σχετικά με τις δικές τους PHI,
- κοινοποίηση που γίνεται με την εξουσιοδότησή σας.
- περιστατικό χρήσης ή αποκάλυψης που άλλως επιτρέπεται ή απαιτείται από την ισχύουσα νομοθεσία,
- PHI που δημοσιοποιούνται προς το συμφέρον της εθνικής ασφάλειας ή για σκοπούς συλλογής πληροφοριών ή
- ως μέρος ενός περιορισμένου συνόλου δεδομένων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Θα χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος για κάθε κατάλογο εάν τον ζητήσετε περισσότερες από μία φορές σε χρονικό διάστημα 12 μηνών. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπο του Senior Whole Health για να υποβάλετε το αίτημά σας.

Μπορείτε να υποβάλετε οποιοδήποτε από τα αιτήματα που αναφέρονται παραπάνω ή να λάβετε έντυπο αντίγραφο της παρούσας Δήλωσης. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του Senior Whole Health στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση στην κάρτα ταυτότητας του Senior Whole Health, 7 ημέρες την εβδομάδα, 8:00 π.μ. έως 8:00 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλούν στο 711.

Τι μπορείτε να κάνετε εάν δεν έχουν προστατευτεί τα δικαιώματά σας;

Εάν πιστεύετε ότι έχουν παραβιαστεί τα δικαιώματα απορρήτου σας, μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία στο Senior Whole Health και στην Υπηρεσία Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών. Δεν θα προβούμε σε καμία ενέργεια εναντίον σας για την υποβολή καταγγελίας. Η περίθαλψη και οι παροχές σας δεν θα αλλάξουν με κανέναν τρόπο.

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σε εμάς στη διεύθυνση:

Μέσω τηλεφώνου:

Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του Senior Whole Health στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση στην κάρτα ταυτότητας του Senior Whole Health, 7 ημέρες την εβδομάδα, 8:00 π.μ. έως 8:00 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλούν στο 711.

Γραπτώς:

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

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία στον Υπουργό Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των Η.Π.Α. στη διεύθυνση:

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)

Ποια είναι τα καθήκοντα του Senior Whole Health;

To Senior Whole Health απαιτείται:

- Να διατηρεί τις PHI σας απόρρητες,
- Να σας παρέχει γραπτές πληροφορίες όπως αυτή σχετικά με τα καθήκοντά μας και τις πρακτικές απορρήτου σχετικά με τις PHI σας,
- Να σας παρέχει ειδοποίηση σε περίπτωση παραβίασης των μη ασφαλών PHI σας,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

- Να μη χρησιμοποιεί ούτε να κοινοποιεί τις γενετικές σας πληροφορίες για σκοπούς αναδοχής,
- Να τηρεί τους όρους της παρούσας Δήλωσης.

Αυτή η δήλωση υπόκειται σε αλλαγές

Το Senior Whole Health διατηρεί το δικαίωμα να αλλάζει τις πρακτικές πληροφοριών και τους όρους της παρούσας Δήλωσης ανά πάσα στιγμή. Εάν το πράξουμε, οι νέοι όροι και πρακτικές θα ισχύουν για όλες τις ΡΗΙ που διατηρούμε. Εάν προβούμε σε ουσιαστικές αλλαγές, το Senior Whole Health θα δημοσιεύσει την αναθεωρημένη Δήλωση στον ιστότοπό μας και θα στείλει την αναθεωρημένη Δήλωση ή πληροφορίες σχετικά με την ουσιαστική αλλαγή και τον τρόπο απόκτησης της αναθεωρημένης Δήλωσης, στην επόμενη ετήσια αλληλογραφία μας προς τα μέλη μας που καλύπτονται τότε από το Senior Whole Health.

Στοιχεία επικοινωνίας

Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, επικοινωνήστε με το ακόλουθο γραφείο:

Μέσω τηλεφώνου:

Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του Senior Whole Health στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση στην κάρτα ταυτότητας του Senior Whole Health, 7 ημέρες την εβδομάδα, 8:00 π.μ. έως 8:00 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλούν στο 711.

Μπορείτε να λάβετε αυτό το έγγραφο δωρεάν σε άλλες μορφές, όπως εκτύπωση, με μεγάλα γράμματα, Braille ή ήχο. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του Senior Whole Health στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση στην κάρτα ταυτότητας του Senior Whole Health, 7 ημέρες την εβδομάδα, 8:00 π.μ. έως 8:00 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλούν στο 711. Η κλήση είναι χωρίς χρέωση.

Τμήμα 1.4	Πρέπει να σας δώσουμε πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα, το δίκτυο παρόχων και τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας
------------------	--

Ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), έχετε το δικαίωμα να λάβετε διάφορα είδη πληροφοριών από εμάς.

Εάν θέλετε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες πληροφορίες, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών:

- **Πληροφορίες για το πρόγραμμά μας.** Αυτό περιλαμβάνει, για παράδειγμα, πληροφορίες σχετικά με την οικονομική κατάσταση του προγράμματος.
- **Πληροφορίες σχετικά με τους παρόχους και τα φαρμακεία εντός δικτύου μας.** Έχετε το δικαίωμα να λάβετε πληροφορίες σχετικά με τα προσόντα των παρόχων και των φαρμακείων στο δίκτυό μας και πώς πληρώνουμε τους παρόχους στο δίκτυό μας.
- **Πληροφορίες σχετικά με την κάλυψή σας και τους κανόνες που πρέπει να ακολουθείτε όταν χρησιμοποιείτε την κάλυψή σας.** Τα κεφάλαια 3 και 4 παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές υπηρεσίες. Το κεφάλαιο 5 παρέχει πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων του μέρους Δ.
- **Πληροφορίες σχετικά με το γιατί κάτι δεν καλύπτεται και τι μπορείτε να κάνετε γι' αυτό.** Το κεφάλαιο 8 παρέχει πληροφορίες σχετικά με το αίτημα γραπτής εξήγησης σχετικά με τους λόγους για τους οποίους δεν καλύπτεται μια ιατρική υπηρεσία ή ένα φάρμακο του μέρους Δ ή εάν η κάλυψή σας είναι περιορισμένη. Το κεφάλαιο 8 παρέχει επίσης πληροφορίες σχετικά με το όταν μας ζητείται να αλλάξουμε μια απόφαση, κάτι που ονομάζεται επίσης και αίτημα επανεξέτασης.

Τμήμα 1.5	Πρέπει να υποστηρίξουμε το δικαίωμά σας να λαμβάνετε αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα σας
------------------	--

Έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε τις επιλογές θεραπείας σας και να συμμετέχετε στις αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική σας περίθαλψη

Έχετε το δικαίωμα να λάβετε πλήρη ενημέρωση από τους γιατρούς σας και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι πάροχοι σας πρέπει να εξηγήσουν την ιατρική σας κατάσταση και τις επιλογές θεραπείας σας με τρόπο κατανοητό.

Έχετε επίσης το δικαίωμα να συμμετέχετε πλήρως στις αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική σας περίθαλψη. Για να σας βοηθήσουμε να λάβετε αποφάσεις με τους γιατρούς σας σχετικά με το ποια θεραπεία είναι καλύτερη για εσάς, τα δικαιώματά σας περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Για να μάθετε για όλες τις επιλογές σας.** Έχετε το δικαίωμα να ενημερωθείτε για όλες τις επιλογές θεραπείας που συνιστώνται για την κατάστασή σας, ανεξάρτητα από το κόστος τους ή αν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας. Περιλαμβάνει επίσης την ενημέρωση σχετικά με τα προγράμματα που προσφέρει το πρόγραμμά μας για να βοηθήσει τα μέλη να διαχειριστούν τα φάρμακά τους και να χρησιμοποιήσουν τα φάρμακα με ασφάλεια.
- **Για να μάθετε για τους κινδύνους.** Έχετε το δικαίωμα να ενημερωθείτε για τυχόν κινδύνους που ενέχει η περίθαλψή σας. Πρέπει να ενημερωθείτε εκ των προτέρων εάν οποιαδήποτε προτεινόμενη ιατρική περίθαλψη ή θεραπεία αποτελεί μέρος ενός ερευνητικού πειράματος. Έχετε πάντα την επιλογή να αρνηθείτε οποιοδήποτε πειραματικές θεραπείες.
- **Το δικαίωμα να πεις «όχι».** Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε οποιαδήποτε συνιστώμενη θεραπεία. Αυτό περιλαμβάνει το δικαίωμα εξόδου από νοσοκομείο ή άλλη ιατρική μονάδα, ακόμη και αν ο γιατρός σας σας συμβουλεύσει να μην φύγετε. Έχετε επίσης το δικαίωμα να σταματήσετε να παίρνετε τα φάρμακά σας. Φυσικά, εάν αρνηθείτε τη θεραπεία ή σταματήσετε να παίρνετε φάρμακα, αποδέχεστε την πλήρη ευθύνη για ό, τι συμβαίνει στο σώμα σας ως αποτέλεσμα.

Έχετε το δικαίωμα να δώσετε οδηγίες σχετικά με το τι πρέπει να γίνει εάν δεν είστε σε θέση να λάβετε ιατρικές αποφάσεις για τον εαυτό σας

Μερικές φορές οι άνθρωποι δεν είναι σε θέση να λάβουν αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για τον εαυτό τους λόγω ατυχημάτων ή σοβαρών ασθενειών. Έχετε το δικαίωμα να πείτε τι θέλετε να συμβεί εάν βρίσκεστε σε αυτήν την κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι, *αν θέλετε*, μπορείτε:

- Να συμπληρώσετε ένα έντυπο για να δώσετε **σε κάποιον τη νομική εξουσία να λαμβάνει ιατρικές αποφάσεις για εσάς**, εάν ποτέ δεν είστε σε θέση να λάβετε αποφάσεις για τον εαυτό σας.
- **Δώστε στους γιατρούς σας γραπτές οδηγίες** σχετικά με το πώς θέλετε να χειριστούν την ιατρική σας περίθαλψη εάν δεν μπορείτε να λάβετε αποφάσεις για τον εαυτό σας.

Τα νομικά έγγραφα που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε για να δώσετε τις οδηγίες σας εκ των προτέρων σε αυτές τις περιπτώσεις ονομάζονται **εκ των προτέρων οδηγίες**. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι εκ των προτέρων οδηγιών και διαφορετικές ονομασίες για αυτές. Τα έγγραφα που ονομάζονται **διαθήκη εν ζωή** και **πληρεξούσιο για την υγειονομική περίθαλψη** είναι παραδείγματα εκ των προτέρων οδηγιών.

Εάν θέλετε να χρησιμοποιήσετε μια εκ των προτέρων οδηγία για να δώσετε τις οδηγίες σας, ακολουθήστε την παρακάτω διαδικασία:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

- **Λάβετε τη φόρμα.** Μπορείτε να λάβετε ένα έντυπο εκ των προτέρων οδηγίας από τον δικηγόρο σας, από έναν κοινωνικό λειτουργό ή από ορισμένα καταστήματα ειδών γραφείου. Μερικές φορές μπορείτε να λάβετε εκ των προτέρων έντυπα οδηγιών από οργανισμούς που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το Medicare. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για να ζητήσετε τις φόρμες.
- Τα έντυπα είναι επίσης διαθέσιμα μέσω συνδέσμου στο Caring Connections στον ιστότοπό μας και στο <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/>
- **Συμπληρώστε το και υπογράψτε το.** Ανεξάρτητα από το πού λαμβάνετε αυτήν τη φόρμα, λάβετε υπόψη ότι πρόκειται για νομικό έγγραφο. Θα πρέπει να εξετάσετε το ενδεχόμενο να ζητήσετε τη βοήθεια δικηγόρου για την προετοιμασία του.
- **Δώστε αντίγραφα σε κατάλληλα άτομα.** Θα πρέπει να δώσετε ένα αντίγραφο του εντύπου στο γιατρό σας και στο άτομο που κατονομάζετε στο έντυπο, το οποίο μπορεί να λάβει αποφάσεις για εσάς εάν δεν μπορείτε. Μπορεί να θέλετε να δώσετε αντίγραφα σε στενούς φίλους ή μέλη της οικογένειας. Κρατήστε ένα αντίγραφο στο σπίτι.

Εάν γνωρίζετε εκ των προτέρων ότι πρόκειται να νοσηλευτείτε και έχετε υπογράψει μια εκ των προτέρων οδηγία, **πάρτε ένα αντίγραφο μαζί σας στο νοσοκομείο.**

- Το νοσοκομείο θα σας ρωτήσει εάν έχετε υπογράψει έντυπο εκ των προτέρων οδηγίας και εάν το έχετε μαζί σας.
- Εάν δεν έχετε υπογράψει έντυπο εκ των προτέρων οδηγίας, το νοσοκομείο διαθέτει έντυπα και θα σας ρωτήσει εάν θέλετε να υπογράψετε ένα.

Θυμηθείτε, είναι δική σας επιλογή εάν θέλετε να συμπληρώσετε μια εκ των προτέρων οδηγία

(συμπεριλαμβανομένου του εάν θέλετε να υπογράψετε μία εάν βρίσκεστε στο νοσοκομείο). Σύμφωνα με το νόμο, κανείς δεν μπορεί να σας αρνηθεί περίθαλψη ή να κάνει διακρίσεις εναντίον σας με βάση το αν έχετε υπογράψει ή όχι μια εκ των προτέρων οδηγία.

Τι γίνεται αν δεν ακολουθηθούν οι οδηγίες σας;

Εάν έχετε υπογράψει εκ των προτέρων οδηγία και πιστεύετε ότι ένας γιατρός ή νοσοκομείο δεν ακολούθησε τις οδηγίες σε αυτήν, μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία στην τηλεφωνική γραμμή καταγγελιών του Υπουργείου Υγείας της Νέας Υόρκης στο 1-800-206-8125 (TTY 711).

Τμήμα 1.6	Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονα και να μας ζητήσετε να επανεξετάσουμε τις αποφάσεις που έχουμε λάβει
------------------	---

Εάν έχετε προβλήματα, ανησυχίες ή παράπονα και πρέπει να ζητήσετε κάλυψη ή να υποβάλετε ένσταση, το Κεφάλαιο 8 αυτού του εγγράφου λέει τι μπορείτε να κάνετε. Ό,τι κι αν κάνετε, ζητήστε μια απόφαση κάλυψης, υποβάλετε ένσταση ή υποβάλετε καταγγελία – **είμαστε υποχρεωμένοι να σας αντιμετωπίζουμε δίκαια.**

Τμήμα 1.7	Τι μπορείτε να κάνετε εάν πιστεύετε ότι έχετε άδικη μεταχείριση ή ότι τα δικαιώματά σας δεν γίνονται σεβαστά;
------------------	--

Εάν πρόκειται για διακρίσεις, καλέστε το Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων

Εάν πιστεύετε ότι έχετε υποστεί άδικη μεταχείριση ή τα δικαιώματά σας δεν έχουν γίνει σεβαστά λόγω της φυλής, της αναπηρίας, της θρησκείας, του φύλου, της υγείας, της εθνικότητας, του θρησκευματος (πεποιθήσεων), της ηλικίας, του σεξουαλικού προσανατολισμού ή της εθνικής καταγωγής, θα πρέπει να καλέσετε το **Γραφείο**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

Πολιτικών Δικαιωμάτων του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών στο 1-800-368-1019 ή στο TTY 1-800-537-7697 ή να καλέσετε το τοπικό Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων.

Πρόκειται για κάτι άλλο;

Εάν πιστεύετε ότι έχετε υποστεί άδικη μεταχείριση ή ότι τα δικαιώματά σας δεν έχουν γίνει σεβαστά και δεν πρόκειται για διακρίσεις, μπορείτε να λάβετε βοήθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος που αντιμετωπίζετε:

- Μπορείτε να **καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών**.
- Μπορείτε να **καλέσετε το SHIP**. Για λεπτομέρειες, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 3.
- Εναλλακτικά, **μπορείτε να καλέσετε το Medicare** στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα (TTY 1-877-486-2048).

Τμήμα 1.8	Πώς μπορείτε να λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας
------------------	---

Υπάρχουν διάφορα σημεία όπου μπορείτε να λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας:

- Μπορείτε να **καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών**.
- Μπορείτε να **καλέσετε το SHIP**. Για λεπτομέρειες, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 3.
- Μπορείτε να επικοινωνήσετε με το **Medicare**.
 - Μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Medicare για να διαβάσετε ή να κατεβάσετε την έκδοση *Medicare Rights & Protections*. (Η έκδοση είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Εναλλακτικά, μπορείτε να καλέσετε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα (TTY 1-877-486-2048).

ΤΜΗΜΑ 2 Έχετε κάποιες ευθύνες ως μέλος του προγράμματος

Τα πράγματα που πρέπει να κάνετε ως μέλος του προγράμματος παρατίθενται παρακάτω. Εάν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

- **Εξοικειωθείτε με τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας και τους κανόνες που πρέπει να ακολουθήσετε για να λάβετε αυτές τις καλυπτόμενες υπηρεσίες.** Χρησιμοποιήστε αυτά τα αποδεικτικά στοιχεία κάλυψης για να μάθετε τι καλύπτεται για εσάς και τους κανόνες που πρέπει να ακολουθήσετε για να λάβετε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας.
 - Τα κεφάλαια 3 και 4 παρέχουν λεπτομέρειες σχετικά με τις ιατρικές σας υπηρεσίες.
 - Το κεφάλαιο 5 παρέχει τις λεπτομέρειες σχετικά με την κάλυψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων του μέρους Δ.
- **Εάν έχετε οποιαδήποτε άλλη ασφαλιστική κάλυψη υγείας ή κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων εκτός από το πρόγραμμά μας, πρέπει να μας ενημερώσετε.** Το κεφάλαιο 1 αναφέρεται στο συντονισμό αυτών των παροχών.
- **Ενημερώστε το γιατρό σας και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ότι είστε εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμά μας.** Δείξτε την κάρτα μέλους του προγράμματος σας κάθε φορά που λαμβάνετε ιατρική περίθαλψη ή συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους Δ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

- **Βοηθήστε τους γιατρούς σας και άλλους παρόχους να σας βοηθήσουν δίνοντάς τους πληροφορίες, κάνοντας ερωτήσεις και ακολουθώντας τη φροντίδα σας.**
 - Για να σας βοηθήσουμε να έχετε την καλύτερη δυνατή φροντίδα, ενημερώστε τους γιατρούς σας και άλλους παρόχους υγείας σχετικά με τα προβλήματα υγείας σας. Ακολουθήστε τα σχέδια θεραπείας και τις οδηγίες που εσείς και οι γιατροί σας συμφωνείτε.
 - Βεβαιωθείτε ότι οι γιατροί σας γνωρίζουν όλα τα φάρμακα που παίρνετε, συμπεριλαμβανομένων των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, βιταμινών και συμπληρωμάτων.
 - Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, φροντίστε να ρωτήσετε και να λάβετε μια απάντηση που μπορείτε να καταλάβετε.
- **Να είστε προσεκτικοί.** Αναμένουμε από όλα τα μέλη μας να σέβονται τα δικαιώματα των άλλων ασθενών. Αναμένουμε επίσης από εσάς να ενεργείτε με τρόπο που βοηθά στην ομαλή λειτουργία του ιατρείου σας, των νοσοκομείων και άλλων γραφείων.
- **Πληρώστε αυτά που χρωστάτε.** Ως μέλος του προγράμματος, είστε υπεύθυνοι για αυτές τις πληρωμές:
 - Πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε τα ασφάλιστρα Medicare για να παραμείνετε μέλος του προγράμματος.
 - Εάν απαιτείται να πληρώσετε το επιπλέον ποσό για το Μέρος Δ λόγω του υψηλότερου εισοδήματός σας (όπως αναφέρεται στην τελευταία φορολογική σας δήλωση), πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το επιπλέον ποσό απευθείας στην κυβέρνηση για να παραμείνετε μέλος του προγράμματος.
- **Εάν μετακινηθείτε εντός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος μας, πρέπει να γνωρίζουμε,** ώστε να μπορούμε να διατηρούμε ενημερωμένο το αρχείο συνδρομής σας και να γνωρίζουμε πώς να επικοινωνήσουμε μαζί σας.
- **Εάν μετακινηθείτε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος μας, δεν μπορείτε να παραμείνετε μέλος του προγράμματος μας.**
- Εάν μετακομίσετε, είναι επίσης σημαντικό να ενημερώσετε την Κοινωνική Ασφάλιση (ή το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

*Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα
ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα
επανεξέτασης, καταγγελίες)*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)**ΤΜΗΜΑ 1 Εισαγωγή****Τμήμα 1.1 Τι να κάνετε αν έχετε πρόβλημα ή απορία**

Αυτό το κεφάλαιο εξηγεί τις διαδικασίες για το χειρισμό προβλημάτων και ανησυχιών. Η διαδικασία που χρησιμοποιείτε για να χειριστείτε το πρόβλημά σας εξαρτάται από τον τύπο του προβλήματος που αντιμετωπίζετε:

- Για ορισμένα προβλήματα, πρέπει να χρησιμοποιήσετε τη **διαδικασία για αποφάσεις κάλυψης και προσφυγές**.
- Για άλλα προβλήματα, πρέπει να χρησιμοποιήσετε τη **διαδικασία υποβολής καταγγελιών**, που ονομάζονται επίσης παράπονα.

Κάθε διαδικασία έχει ένα σύνολο κανόνων, διαδικασιών και προθεσμιών που πρέπει να ακολουθούνται από εμάς και από εσάς.

Η ενότητα 3 θα σας βοηθήσει να προσδιορίσετε τη σωστή διαδικασία που πρέπει να χρησιμοποιήσετε και τι πρέπει να κάνετε.

Τμήμα 1.2 Πληροφορίες για τους νομικούς όρους

Υπάρχουν νομικοί όροι για ορισμένους από τους κανόνες, τις διαδικασίες και τους τύπους προθεσμιών που εξηγούνται σε αυτό το κεφάλαιο. Πολλοί από αυτούς τους όρους είναι άγνωστοι στους περισσότερους ανθρώπους και μπορεί να είναι δυσνόητοι. Για να γίνουν τα πράγματα ευκολότερα, αυτό το κεφάλαιο:

- Χρησιμοποιεί απλούστερες λέξεις στη θέση ορισμένων νομικών όρων. Για παράδειγμα, αυτό το κεφάλαιο αναφέρει γενικά «υποβολή καταγγελίας» αντί για «υποβολή παραπόνου», «απόφαση κάλυψης» αντί για «ολοκληρωμένο προσδιορισμό οργανισμού» ή «προσδιορισμό κάλυψης» ή «προσδιορισμό κινδύνου» και ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης αντί για ανεξάρτητο φορέα επανεξέτασης.
- Χρησιμοποιεί επίσης συντομογραφίες όσο το δυνατόν λιγότερο.

Ωστόσο, μπορεί να είναι χρήσιμο - και μερικές φορές αρκετά σημαντικό - να γνωρίζετε τους σωστούς νομικούς όρους. Γνωρίζοντας ποιους όρους να χρησιμοποιήσετε θα σας βοηθήσει να επικοινωνήσετε με μεγαλύτερη ακρίβεια για να λάβετε τη σωστή βοήθεια ή πληροφορίες για την περίπτωσή σας. Για να σας βοηθήσουμε να γνωρίζετε ποιους όρους να χρησιμοποιήσετε, συμπεριλαμβάνουμε νομικούς όρους όταν παρέχουμε τις λεπτομέρειες για τον χειρισμό συγκεκριμένων τύπων καταστάσεων.

ΤΜΗΜΑ 2 Πού μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες και εξατομικευμένη βοήθεια

Είμαστε πάντα διαθέσιμοι να σας βοηθήσουμε. Ακόμη και αν έχετε κάποιο παράπονο σχετικά με τη μεταχείρισή σας από εμάς, είμαστε υποχρεωμένοι να σεβαστούμε το δικαίωμά σας να παραπονεθείτε. Επομένως, θα πρέπει πάντα να επικοινωνείτε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για βοήθεια. Αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί επίσης να θέλετε βοήθεια ή καθοδήγηση από κάποιον που δεν συνδέεται μαζί μας. Παρακάτω είναι δύο οντότητες που μπορούν να σας βοηθήσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)
Κρατικό Πρόγραμμα Βοήθειας Ασφάλισης Υγείας (SHIP)

Κάθε πολιτεία έχει ένα κρατικό πρόγραμμα με εκπαιδευμένους συμβούλους. Το πρόγραμμα δεν συνδέεται με εμάς ή με οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία ή πρόγραμμα υγείας. Οι σύμβουλοι σε αυτό το πρόγραμμα μπορούν να σας βοηθήσουν να καταλάβετε ποια διαδικασία πρέπει να χρησιμοποιήσετε για να χειριστείτε ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζετε. Μπορούν επίσης να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας, να σας δώσουν περισσότερες πληροφορίες και να προσφέρουν καθοδήγηση για το τι πρέπει να κάνετε.

Οι υπηρεσίες των συμβούλων SHIP είναι δωρεάν. Θα βρείτε αριθμούς τηλεφώνου και διευθύνσεις URL ιστότοπων στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 3 αυτού του εγγράφου.

Medicare

Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με το Medicare για να λάβετε βοήθεια. Για να επικοινωνήσετε με το Medicare:

- Μπορείτε να καλέσετε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY θα πρέπει να καλέσουν στο 1-877-486-2048.
- Μπορείτε επίσης να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα Medicare (www.medicare.gov).

Μπορείτε να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες από το Medicaid

Μέθοδος	New York State Medicaid, New York City's Human Resources Administration and other Local Districts of Social Services including Nassau, Orange, Rockland and Westchester County – Στοιχεία επικοινωνίας
Καλέστε	New York State Medicaid (800) 505-5678 Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού Νέας Υόρκης / Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών (DSS): (718) 557-1399 Κομητεία Νασσάου: (516) 227-7474 Κομητεία Όραντζ: (845) 291-4000 Κομητεία Ρόκλαντ: (845) 364-3040 Westchester County: (914) 995-3333 Δευτέρα - Παρασκευή, 8:30 π.μ. - 8 μ.μ., Σάββατο 10 π.μ. - 6 μ.μ.
Στείλτε επιστολή	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 Sanatorium Road

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Μέθοδος	New York State Medicaid, New York City's Human Resources Administration and other Local Districts of Social Services including Nassau, Orange, Rockland and Westchester County – Στοιχεία επικοινωνίας
	Pomona, New York 10970 White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
Ιστότοπος	Νέα Υόρκη: 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

Μέθοδος	Γραφείο του Διαμεσολαβητή – Στοιχεία επικοινωνίας
Καλέστε	(888) 219-9818 Δευτέρα – Παρασκευή, 8:30 π.μ. έως 5:00 μ.μ.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία.
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

Μέθοδος	Διαμεσολαβητής Μακροχρόνιας Φροντίδας – Στοιχεία Επικοινωνίας
Καλέστε	(855) 582-6769 Δευτέρα – Παρασκευή, 8:30 π.μ. έως 5:00 μ.μ.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία.
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Μέθοδος	Livanta (Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας Νέας Υόρκης) – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(866) 815-5440 Δευτέρα - Παρασκευή από τις 9:00 π.μ. έως τις 5:00 μ.μ. τοπική ώρα. Σαββατοκύριακα και αργίες από τις 10:00 π.μ. έως τις 4:00 μ.μ. τοπική ώρα.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία.
ΓΡΑΨΤΕ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	https://www.livantaqio.com/

ΤΜΗΜΑ 3 Κατανόηση των καταγγελιών και των αιτημάτων επανεξέτασης Medicare και Medicaid στο πρόγραμμά μας

Έχετε το Medicare και λαμβάνετε βοήθεια από το Medicaid. Οι πληροφορίες σε αυτό το κεφάλαιο ισχύουν για όλες τις παροχές σας από το Medicare και τις **περισσότερες** από τις παροχές σας στο Medicaid. Για τις περισσότερες από τις παροχές σας, θα χρησιμοποιήσετε μία διαδικασία για τις παροχές Medicare και τις παροχές Medicaid. Αυτό μερικές φορές ονομάζεται «ολοκληρωμένη διαδικασία» επειδή συνδυάζει ή ενσωματώνει διαδικασίες Medicare και Medicaid.

Μερικές φορές οι διαδικασίες Medicare και Medicaid δεν συνδυάζονται. Σε αυτές τις περιπτώσεις, χρησιμοποιείτε μια διαδικασία Medicare για μία παροχή που καλύπτεται από το Medicare και μια διαδικασία Medicaid για μία παροχή που καλύπτεται από το Medicaid. Οι καταστάσεις αυτές επεξηγούνται στην **ενότητα 6.4** του παρόντος κεφαλαίου, «Βήμα προς βήμα: Πώς γίνεται μια ένσταση επιπέδου 2.»

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΑΣ**ΤΜΗΜΑ 4 Αποφάσεις κάλυψης και αιτήματα επανεξέτασης**

Εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή ανησυχία, χρειάζεται μόνο να διαβάσετε τα μέρη αυτού του κεφαλαίου που ισχύουν για την περίπτωσή σας. Οι παρακάτω πληροφορίες θα σας βοηθήσουν να βρείτε τη σωστή ενότητα αυτού του κεφαλαίου για προβλήματα ή παράπονα σχετικά με **παροχές που καλύπτονται από το Medicare ή το Medicaid**.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Είναι το πρόβλημα ή η ανησυχία σας σχετικά με τις παροχές ή την κάλυψή σας;

Αυτό περιλαμβάνει προβλήματα σχετικά με το κατά πόσον καλύπτεται ή όχι ιατρική περίθαλψη (ιατρικά είδη, υπηρεσίες ή/και συνταγογραφούμενα φάρμακα του μέρους B), τον τρόπο κάλυψής τους και προβλήματα που σχετίζονται με την πληρωμή για ιατρική περίθαλψη.

Ναι.

Προχωρήστε στην επόμενη ενότητα αυτού του κεφαλαίου, **Ενότητα 5, «Ένας οδηγός για τα βασικά στοιχεία των αποφάσεων κάλυψης και των προσφυγών».**

Όχι.

Προχωρήστε στην **Ενότητα 11** στο τέλος αυτού του κεφαλαίου, **«Πώς να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας, τους χρόνους αναμονής, την εξυπηρέτηση πελατών ή άλλες ανησυχίες».**

ΤΜΗΜΑ 5 Ένας οδηγός για τα βασικά στοιχεία των αποφάσεων κάλυψης και των αιτημάτων επανεξέτασης

Τμήμα 5.1 Αίτημα απόφασης κάλυψης και επανεξέτασης: το γενικό πλαίσιο

Οι αποφάσεις κάλυψης και τα αιτήματα επανεξέτασης αφορούν προβλήματα που σχετίζονται με τις παροχές σας και την κάλυψη για την ιατρική σας περίθαλψη (υπηρεσίες, είδη και συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους B, συμπεριλαμβανομένης της πληρωμής). Για απλοποιήσουμε τα πράγματα, αναφερόμαστε γενικά σε ιατρικά είδη, υπηρεσίες και συνταγογραφούμενα φάρμακα Medicare Μέρους B ως **ιατρική περίθαλψη**. Χρησιμοποιείτε τη διαδικασία απόφασης κάλυψης και αιτήματος επανεξέτασης. Αυτή είναι η διαδικασία που χρησιμοποιείτε για θέματα όπως το αν κάτι καλύπτεται ή όχι και ο τρόπος με τον οποίο καλύπτεται κάτι.

Ζητώντας αποφάσεις κάλυψης πριν από τη λήψη παροχών

Μια απόφαση κάλυψης είναι μια απόφαση που λαμβάνουμε σχετικά με τις παροχές και την κάλυψή σας ή σχετικά με το ποσό που θα πληρώσουμε για την ιατρική σας περίθαλψη. Για παράδειγμα, εάν ο γιατρός του δικτύου του προγράμματος σας σας παραπέμπει σε έναν ειδικό ιατρό που δεν βρίσκεται εντός του δικτύου, αυτή η παραπομπή θεωρείται ευνοϊκή απόφαση κάλυψης, εκτός εάν είτε ο γιατρός του δικτύου σας μπορεί να αποδείξει ότι λάβατε μια τυπική ειδοποίηση άρνησης για αυτόν τον ιατρικό ειδικό είτε το Αποδεικτικό Κάλυψης καθιστά σαφές ότι η αναφερόμενη υπηρεσία δεν καλύπτεται ποτέ υπό οποιαδήποτε προϋπόθεση. Εσείς ή ο γιατρός σας μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε μαζί μας και να ζητήσετε μια απόφαση κάλυψης εάν ο γιατρός σας δεν είναι σίγουρος εάν θα καλύψουμε μια συγκεκριμένη ιατρική υπηρεσία ή αρνείται να παράσχει ιατρική περίθαλψη που νομίζετε ότι χρειάζεστε. Με άλλα λόγια, εάν θέλετε να μάθετε εάν θα καλύψουμε μια ιατρική περίθαλψη πριν τη λάβετε, μπορείτε να μας ζητήσετε να λάβουμε μια απόφαση κάλυψης για εσάς.

Σε περιορισμένες περιπτώσεις, ένα αίτημα για απόφαση κάλυψης θα απορρίπτεται, πράγμα που σημαίνει ότι δεν θα εξετάσουμε το αίτημα. Παραδείγματα απόρριψης ενός αιτήματος είναι εάν το αίτημα είναι ελλιπές, εάν κάποιος υποβάλει το αίτημα εκ μέρους σας αλλά δεν είναι νομικά εξουσιοδοτημένος να το πράξει ή εάν ζητήσετε την απόσυρση του αιτήματός σας. Εάν απορρίψουμε ένα αίτημα για απόφαση κάλυψης, θα στείλουμε μια ειδοποίηση που θα εξηγεί γιατί απορρίφθηκε το αίτημα και πώς να ζητήσετε επανεξέταση της απόρριψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Λαμβάνουμε μια απόφαση κάλυψης για εσάς κάθε φορά που αποφασίζουμε τι καλύπτεται για εσάς και πόσο πληρώνουμε. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να αποφασίσουμε ότι η ιατρική περίθαλψη δεν καλύπτεται ή δεν καλύπτεται πλέον από το Medicare για εσάς. Εάν διαφωνείτε με αυτήν την απόφαση κάλυψης, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.

Υποβολή αιτήματος επανεξέτασης

Εάν λάβουμε απόφαση κάλυψης, είτε πριν είτε μετά τη λήψη μιας παροχής, και δεν είστε ικανοποιημένοι, μπορείτε να «υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης» κατά της απόφασης. Το αίτημα επανεξέτασης είναι ένας επίσημος τρόπος να μας ζητήσετε να αναθεωρήσουμε και να αλλάξουμε μια απόφαση κάλυψης που έχουμε λάβει. Υπό ορισμένες συνθήκες, τις οποίες θα συζητήσουμε αργότερα, μπορείτε να ζητήσετε επισπευσμένη ή «ταχεία επανεξέταση» μιας απόφασης κάλυψης. Το αίτημα επανεξέτασης αντιμετωπίζεται από διαφορετικούς αναθεωρητές από εκείνους που έλαβαν την αρχική απόφαση.

Όταν υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης για μια απόφαση για πρώτη φορά, αυτό ονομάζεται αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1. Σε αυτό το αίτημα επανεξέτασης, εξετάζουμε την απόφαση κάλυψης που λάβαμε, για να ελέγξουμε αν ακολουθούσαμε σωστά τους κανόνες. Όταν ολοκληρώσουμε την επανεξέταση, σας δίνουμε την απόφασή μας.

Σε περιορισμένες περιπτώσεις, ένα αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1 θα απορρίπτεται, πράγμα που σημαίνει ότι δεν θα εξετάσουμε το αίτημα. Παραδείγματα απόρριψης ενός αιτήματος είναι εάν το αίτημα είναι ελλιπές, εάν κάποιος υποβάλει το αίτημα εκ μέρους σας αλλά δεν είναι νομικά εξουσιοδοτημένος να το πράξει ή εάν ζητήσετε την απόσυρση του αιτήματός σας. Εάν απορρίψουμε ένα αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1, θα στείλουμε μια ειδοποίηση που θα εξηγήσει γιατί απορρίφθηκε το αίτημα και πώς μπορείτε να ζητήσετε επανεξέταση της απόρριψης.

Εάν απορρίψουμε το σύνολο ή μέρος του αιτήματος επανεξέτασης σας για ιατρική περίθαλψη επιπέδου 1, το αίτημά σας θα μεταφερθεί αυτόματα στο επίπεδο 2. Το αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2 διεξάγεται από το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων. Δεν συνδέονται με εμάς.

- Η υπόθεσή σας θα σταλεί αυτόματα στο Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων για αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2 – δεν χρειάζεται να κάνετε τίποτα. Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα σας αποστείλει ειδοποίηση για να επιβεβαιώσει ότι έλαβε το αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2.
- Ανατρέξτε στην **ενότητα 6.4** αυτού του κεφαλαίου για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα αιτήματα επανεξέτασης επιπέδου 2 ιατρικής φροντίδας.
- Περαιτέρω πληροφορίες για τα αιτήματα επανεξέτασης Μέρους Δ παρέχονται στην Ενότητα 7 του παρόντος κεφαλαίου.

Εάν δεν είστε ικανοποιημένοι με την απόφαση στο αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2, ενδέχεται να μπορείτε να συνεχίσετε μέσω πρόσθετων επιπέδων επανεξέτασης (η ενότητα 10 του παρόντος κεφαλαίου εξηγεί τις διαδικασίες επανεξέτασης επιπέδου 3, 4 και 5).

Τμήμα 5.2	Πώς να λάβετε βοήθεια όταν ζητάτε απόφαση κάλυψης ή υποβάλλετε αίτημα επανεξέτασης
------------------	---

Ακολουθούν πόροι εάν αποφασίσετε να ζητήσετε οποιοδήποτε είδος απόφασης κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης κατά απόφασης:

- **Μπορείτε να μας καλέσετε στο Member Services.**
- **Μπορείτε να λάβετε δωρεάν βοήθεια** από το Πρόγραμμα Βοήθειας Κρατικής Ασφάλισης Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- **Ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να υποβάλει αίτημα για εσάς.** Εάν ο γιατρός σας βοηθήσει με ένα αίτημα επανεξέτασης μετά το επίπεδο 2, θα πρέπει να διοριστεί ως εκπρόσωπός σας. Παρακαλούμε καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών και ζητήστε το έντυπο «Διορισμός Εκπροσώπου». (Το έντυπο είναι επίσης διαθέσιμο στον ιστότοπο του Medicare στη διεύθυνση www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
 - Για ιατρική περίθαλψη, ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να ζητήσει απόφαση κάλυψης ή αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1 εκ μέρους σας. Αν το αίτημα επανεξέτασης απορριφθεί στο Επίπεδο 1, θα προωθηθεί αυτόματα στο Επίπεδο 2.
 - Εάν ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος υγείας ζητήσει να συνεχιστεί μια υπηρεσία ή ένα αντικείμενο που λαμβάνετε ήδη κατά τη διάρκεια του αιτήματος επανεξέτασης σας, **ίσως** χρειαστεί να ορίσετε τον γιατρό σας ή άλλο συνταγογραφούντα πρόσωπο ως εκπρόσωπό σας για να ενεργήσει εκ μέρους σας.
 - Για συνταγογραφούμενα φάρμακα του μέρους Δ, ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μπορεί να ζητήσει απόφαση κάλυψης ή αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1 εκ μέρους σας. Εάν το αίτημα επανεξέτασής σας για το επίπεδο 1 απορριφθεί, ο γιατρός ή ο συνταγογράφος σας μπορεί να υποβάλει αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2.
- **Μπορείτε να ζητήσετε από κάποιον να ενεργήσει εκ μέρους σας.** Εάν θέλετε, μπορείτε να ορίσετε ένα άλλο άτομο για να ενεργήσει για λογαριασμό σας ως «εκπρόσωπός» σας για να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.
 - Εάν θέλετε ένας φίλος, συγγενής ή άλλο άτομο να είναι εκπρόσωπός σας, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών και ζητήστε το έντυπο «Διορισμός Αντιπροσώπου». (Το έντυπο είναι επίσης διαθέσιμο στον ιστότοπο του Medicare στη διεύθυνση www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) Το έντυπο δίνει σε αυτό το άτομο την άδεια να ενεργήσει εκ μέρους σας. Πρέπει να υπογραφεί από εσάς και από το άτομο που θέλετε να ενεργήσει για λογαριασμό σας. Πρέπει να μας δώσετε ένα αντίγραφο του υπογεγραμμένου εντύπου.
 - Παρόλο που μπορούμε να δεχτούμε ένα αίτημα επανεξέτασης χωρίς το έντυπο, δεν μπορούμε να ξεκινήσουμε ή να ολοκληρώσουμε τον έλεγχό μας μέχρι να τον λάβουμε. Εάν δεν λάβουμε το έντυπο πριν από την προθεσμία μας για τη λήψη απόφασης σχετικά με την ένστασή σας, το αίτημα επανεξέτασης θα απορριφθεί. Εάν συμβεί αυτό, θα σας στείλουμε γραπτή ειδοποίηση που θα εξηγήει το δικαίωμά σας να ζητήσετε από το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων να επανεξετάσει την απόφασή μας να απορρίψουμε το αίτημα επανεξέτασής σας.
- **Έχετε επίσης το δικαίωμα να προσλάβετε δικηγόρο.** Μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον δικηγόρο σας ή να λάβετε το όνομα δικηγόρου από τον τοπικό δικηγορικό σύλλογο ή άλλη υπηρεσία παραπομπής. Υπάρχουν επίσης ομάδες που θα σας προσφέρουν δωρεάν νομικές υπηρεσίες εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις. Ωστόσο, **δεν απαιτείται να προσλάβετε δικηγόρο** για να ζητήσετε οποιοδήποτε είδος απόφασης κάλυψης ή να ασκήσετε έφεση κατά απόφασης.

Τμήμα 5.3	Ποια ενότητα αυτού του κεφαλαίου δίνει τις λεπτομέρειες για την κατάστασή σας;
------------------	---

Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές καταστάσεις που αφορούν αποφάσεις κάλυψης και αιτήματα επανεξέτασης. Δεδομένου ότι κάθε κατάσταση έχει διαφορετικούς κανόνες και προθεσμίες, δίνουμε τις λεπτομέρειες για κάθε μία σε ξεχωριστή ενότητα:

- **Τμήμα 6** αυτού του κεφαλαίου, «Η ιατρική σας περίθαλψη: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- **Τμήμα 7** αυτού του κεφαλαίου, «Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα του μέρους Δ: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε ένσταση»
- **Ενότητα 8** αυτού του κεφαλαίου, «Πώς να μας ζητήσετε να καλύψουμε μια μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο εάν νομίζετε ότι ο γιατρός σας δίνει εξιτήριο πολύ νωρίς»
- **Ενότητα 9** αυτού του κεφαλαίου, «Πώς να μας ζητήσετε να συνεχίσουμε να καλύπτουμε ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες εάν πιστεύετε ότι η κάλυψή σας λήγει πολύ νωρίς» (ισχύει μόνο για αυτές τις υπηρεσίες: υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι, εξειδικευμένη φροντίδα νοσηλευτικών εγκαταστάσεων και ολοκληρωμένες υπηρεσίες εγκαταστάσεων αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών (CORF))

Εάν δεν είστε βέβαιοι ποια ενότητα πρέπει να χρησιμοποιείτε, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Μπορείτε επίσης να λάβετε βοήθεια ή πληροφορίες από κρατικούς οργανισμούς όπως το SHIP σας.

ΤΜΗΜΑ 6 Η ιατρική σας περίθαλψη: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης κατά απόφασης κάλυψης

Τμήμα 6.1	Αυτή η ενότητα λέει τι πρέπει να κάνετε εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με την κάλυψη για ιατρική περίθαλψη ή εάν θέλετε να σας επιστρέψουμε χρήματα για την περίθαλψή σας
------------------	---

Αυτή η ενότητα αφορά τις παροχές σας για ιατρική περίθαλψη. Οι παροχές αυτές περιγράφονται στο κεφάλαιο 4 του παρόντος εγγράφου: *Πίνακας ιατρικών παροχών (τι καλύπτεται)*. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ισχύουν διαφορετικοί κανόνες για μια αίτηση χορήγησης συνταγογραφούμενου φαρμάκου Μέρους Β. Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα εξηγήσουμε πώς οι κανόνες για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα Μέρους Β διαφέρουν από τους κανόνες για ιατρικά είδη και υπηρεσίες.

Αυτή η ενότητα περιγράφει τι μπορείτε να κάνετε εάν βρίσκεστε σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες πέντε περιπτώσεις:

1. Δεν λαμβάνετε συγκεκριμένη ιατρική περίθαλψη που θέλετε και πιστεύετε ότι το πρόγραμμά μας καλύπτει αυτή τη φροντίδα. **Αίτημα για απόφαση κάλυψης. Ενότητα 6.2.**
 2. Το πρόγραμμά μας δεν θα εγκρίνει την ιατρική περίθαλψη που θέλει να σας δώσει ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης και πιστεύετε ότι το πρόγραμμά μας καλύπτει αυτήν τη φροντίδα. **Ζητήστε μια απόφαση κάλυψης. Ενότητα 6.2.**
 3. Έχετε λάβει ιατρική περίθαλψη που πιστεύετε ότι πρέπει να καλύπτει το πρόγραμμά μας, αλλά έχουμε πει ότι δεν θα πληρώσουμε για αυτήν την περίθαλψη. **Υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης. Ενότητα 6.3.**
 4. Έχετε λάβει και πληρώσει για ιατρική περίθαλψη που πιστεύετε ότι πρέπει να καλύπτει το πρόγραμμά μας και θέλετε να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να σας αποζημιώσουμε για αυτήν την περίθαλψη. **Στείλτε μας το λογαριασμό. Ενότητα 6.5.**
 5. Σας λένε ότι η κάλυψη για συγκεκριμένη ιατρική περίθαλψη που έχετε λάβει (που έχουμε εγκρίνει προηγουμένως) θα μειωθεί ή θα σταματήσει και πιστεύετε ότι η μείωση ή η διακοπή αυτής της φροντίδας θα μπορούσε να βλάψει την υγεία σας. **Υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης. Ενότητα 6.3.**
- **Σημείωση:** Εάν η κάλυψη που θα διακοπεί αφορά νοσοκομειακή περίθαλψη, υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι, εξειδικευμένη φροντίδα νοσηλευτικών εγκαταστάσεων ή υπηρεσίες ολοκληρωμένης εγκατάστασης αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών (CORF), πρέπει να διαβάσετε τις ενότητες 8 και 9 αυτού του κεφαλαίου. Ειδικοί κανόνες ισχύουν για αυτά τα είδη περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Τμήμα 6.2 Βήμα προς βήμα: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης

Νομικοί όροι

Όταν μια απόφαση κάλυψης αφορά την ιατρική σας περίθαλψη, ονομάζεται «Ολοκληρωμένος προσδιορισμός οργανισμού».

Μια «ταχεία απόφαση κάλυψης» ονομάζεται «ταχεία απόφαση».

Βήμα 1: Αποφασίστε εάν χρειάζεστε μια τυπική απόφαση κάλυψης ή μια ταχεία απόφαση κάλυψης.

Μια «τυπική απόφαση κάλυψης» λαμβάνεται συνήθως εντός 14 ημερών ή 72 ωρών για τα φάρμακα του Μέρους Β. Μια «ταχεία απόφαση κάλυψης» λαμβάνεται γενικά εντός 72 ωρών, για ιατρικές υπηρεσίες, 24 ωρών για φάρμακα Μέρους Β. Για να λάβετε μια ταχεία απόφαση κάλυψης, πρέπει να πληροίτε δύο προϋποθέσεις:

- Μπορείτε να ζητήσετε κάλυψη μόνο για ιατρικά είδη ή/και υπηρεσίες (όχι αιτήματα πληρωμής για είδη ή/και υπηρεσίες που έχετε ήδη λάβει).
- Μπορείτε να λάβετε μια ταχεία απόφαση κάλυψης μόνο εάν η χρήση των τυπικών προθεσμιών θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία σας ή να βλάψει την ικανότητά σας να λειτουργήσετε.
- Εάν ο γιατρός σας μας πει ότι η υγεία σας απαιτεί μια «ταχεία απόφαση κάλυψης», θα συμφωνήσουμε αυτόματα να σας δώσουμε μια «ταχεία απόφαση κάλυψης».
- Εάν ζητήσετε μια ταχεία απόφαση κάλυψης μόνοι σας, χωρίς την υποστήριξη του γιατρού σας, θα αποφασίσουμε εάν η υγεία σας απαιτεί να σας δώσουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης. Εάν δεν εγκρίνουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας στείλουμε μια επιστολή που:
 - Εξηγεί ότι θα χρησιμοποιήσουμε τις τυπικές προθεσμίες.
 - Εξηγεί εάν ο γιατρός σας ζητήσει την ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας δώσουμε αυτόματα μια ταχεία απόφαση κάλυψης.
 - Εξηγεί ότι μπορείτε να υποβάλετε μια «ταχεία καταγγελία» σχετικά με την απόφασή μας να σας δώσουμε μια τυπική απόφαση κάλυψης αντί της ταχείας απόφασης κάλυψης που ζητήσατε.

Βήμα 2: Ζητήστε από το πρόγραμμά μας να λάβει μια απόφαση κάλυψης ή μια ταχεία απόφαση κάλυψης.

- Ξεκινήστε καλώντας, γράφοντας ή στέλνοντας φαξ στο πρόγραμμά μας για να υποβάλετε το αίτημά σας για να εγκρίνουμε ή να παρέχουμε κάλυψη για την ιατρική περίθαλψη που θέλετε. Αυτό μπορεί να γίνει από εσάς, τον γιατρό σας ή τον εκπρόσωπό σας. Το Κεφάλαιο 2 έχει στοιχεία επικοινωνίας.

Βήμα 3: Εξετάζουμε το αίτημά σας για κάλυψη ιατρικής περίθαλψης και σας δίνουμε την απάντησή μας.

Για τυπικές αποφάσεις κάλυψης χρησιμοποιούμε τις τυπικές προθεσμίες.

Αυτό σημαίνει ότι θα σας απαντήσουμε εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας για ιατρικό στοιχείο ή υπηρεσία. Εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους Β, θα σας απαντήσουμε εντός 72 ωρών από τη λήψη του αιτήματός σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- **Ωστόσο**, εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο ή εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημέρες** εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό στοιχείο ή υπηρεσία. Εάν χρειαστούμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς. Δεν μπορούμε να αφιερώσουμε επιπλέον χρόνο για να λάβουμε απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους B.
- Εάν πιστεύετε ότι δεν χρειάζονται επιπλέον ημέρες, μπορείτε να υποβάλετε μια «ταχεία καταγγελία». Θα σας απαντήσουμε στην καταγγελία σας μόλις λάβουμε την απόφαση. (Η διαδικασία υποβολής καταγγελίας είναι διαφορετική από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων κάλυψης και προσφυγών. Βλέπε τμήμα 11 του παρόντος κεφαλαίου για πληροφορίες σχετικά με τις καταγγελίες.)

Για ταχείες αποφάσεις κάλυψης χρησιμοποιούμε ένα επισπευσμένο χρονικό πλαίσιο

Μια ταχεία απόφαση κάλυψης σημαίνει ότι θα απαντήσουμε εντός 72 ωρών εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό στοιχείο ή υπηρεσία. Εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους B, θα απαντήσουμε εντός 24 ωρών.

- **Ωστόσο**, εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο ή εάν χρειαζόμαστε περισσότερο που μπορεί να σας ωφελήσει, **μπορούμε να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημέρες**. Εάν χρειαστούμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς. Δεν μπορούμε να αφιερώσουμε επιπλέον χρόνο για να λάβουμε απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους B.
- Εάν πιστεύετε ότι δεν χρειάζονται επιπλέον ημέρες, μπορείτε να υποβάλετε μια «ταχεία καταγγελία». (Βλέπε τμήμα 11 του παρόντος κεφαλαίου για πληροφορίες σχετικά με τις καταγγελίες.) Θα σας καλέσουμε μόλις λάβουμε την απόφαση.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε μια γραπτή δήλωση που θα εξηγεί τον λόγο απόρριψης.

Βήμα 4: Εάν απορρίψουμε το αίτημά σας για κάλυψη για ιατρική περίθαλψη, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.

- Εάν πούμε όχι, έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε να επανεξετάσουμε αυτήν την απόφαση υποβάλλοντας αίτημα επανεξέτασης. Αυτό σημαίνει να ζητήσετε ξανά να λάβετε την κάλυψη ιατρικής περίθαλψης που θέλετε. Αν υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης, αυτό σημαίνει ότι θα προχωρήσετε στο Επίπεδο 1 της διαδικασίας επανεξέτασης.

Τμήμα 6.3	Βήμα προς βήμα: Πώς να υποβάλλετε αίτημα επανεξέτασης Επίπεδου 1
Νομικοί όροι Μια ένσταση στο πρόγραμμα σχετικά με μια απόφαση κάλυψης ιατρικής περίθαλψης ονομάζεται «ολοκληρωμένη επανεξέταση». Μια «ταχεία ένσταση» ονομάζεται επίσης «εσπευσμένη επανεξέταση».	

Βήμα 1: Αποφασίστε αν χρειάζεστε «τυπική ένσταση» ή «ταχεία ένσταση».

Μια «τυπική ένσταση» διεκπεραιώνεται συνήθως εντός 30 ημερών ή 7 ημερών για τα φάρμακα του Μέρους B. Μια «ταχεία ένσταση» διεκπεραιώνεται συνήθως εντός 72 ωρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- Εάν υποβάλλετε αίτημα ένστασης σε μια απόφαση που λάβαμε σχετικά με την κάλυψη περίθαλψης που δεν έχετε λάβει ακόμα, εσείς και ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογραφών ιατρός θα πρέπει να αποφασίσετε εάν χρειάζεστε μια «ταχεία ένσταση». Εάν ο γιατρός σας μας πει ότι η υγεία σας απαιτεί μια «ταχεία ένσταση», θα σας δώσουμε μια ταχεία ένσταση.
- Οι απαιτήσεις για τη λήψη «ταχείας ένστασης» είναι οι ίδιες με εκείνες για τη λήψη «ταχείας απόφασης κάλυψης» στην Ενότητα 6.2 του παρόντος κεφαλαίου.

Βήμα 2: Ζητήστε από το πρόγραμμά μας ένσταση ή ταχεία ένσταση

- **Εάν ζητάτε τυπική ένσταση, υποβάλλετε γραπτώς αίτημα τυπικής ένστασης.** Μπορείτε, επίσης, να ζητήσετε ένσταση καλώντας μας. Το Κεφάλαιο 2 έχει στοιχεία επικοινωνίας.
- **Εάν ζητάτε μια ταχεία ένσταση, υποβάλλετε το αίτημά σας γραπτώς ή καλέστε μας.** Το Κεφάλαιο 2 έχει στοιχεία επικοινωνίας.
- **Πρέπει να υποβάλλετε την ένστασή σας εντός 65 ημερολογιακών ημερών** από την ημερομηνία της γραπτής ειδοποίησης που στείλαμε για να σας κοινοποιήσουμε την απάντησή μας σχετικά με την απόφαση κάλυψης. Αν χάσετε αυτήν την προθεσμία και έχετε βάσιμους λόγους που δεν την τηρήσατε, εξηγήστε τον λόγο για τον οποίο καθυστέρησε η ένσταση όταν υποβάλλετε το αίτημά σας. Ενδέχεται να σας δώσουμε περισσότερο χρόνο για να υποβάλλετε την ένστασή σας. Παραδείγματα σοβαρών λόγων μπορεί να περιλαμβάνουν μια σοβαρή ασθένεια που σας εμπόδισε να επικοινωνήσετε μαζί μας ή εάν σας δώσαμε εσφαλμένες ή ελλιπείς πληροφορίες σχετικά με την προθεσμία για την υποβολή ένστασης.
- **Μπορείτε να ζητήσετε δωρεάν αντίγραφο των πληροφοριών σχετικά με την ιατρική σας απόφαση.** Εσείς και ο γιατρός σας μπορεί να προσθέσετε περισσότερες πληροφορίες για να υποστηρίξετε την ένστασή σας.

Αν σας είπαμε ότι επρόκειτο να σταματήσουμε ή να μειώσουμε τις υπηρεσίες ή τα στοιχεία που λαμβάνετε ήδη, ενδέχεται να μπορείτε να διατηρήσετε αυτές τις υπηρεσίες ή τα στοιχεία κατά τη διάρκεια της ένστασής σας.

- Εάν αποφασίσαμε να αλλάξουμε ή να διακόψουμε την κάλυψη για μια υπηρεσία ή ένα στοιχείο που λαμβάνετε αυτήν τη στιγμή, θα σας στείλουμε μια ειδοποίηση πριν προβούμε στην προτεινόμενη ενέργεια.
- Αν διαφωνείτε με την ενέργεια, μπορείτε να υποβάλλετε ένσταση επιπέδου 1. Θα συνεχίσουμε να καλύπτουμε την υπηρεσία ή το αντικείμενο εάν ζητήσετε ένσταση επιπέδου 1 εντός 10 ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία σφραγίδας ταχυδρομείου στην επιστολή μας ή έως την προβλεπόμενη ημερομηνία έναρξης ισχύος της προσφυγής, ανάλογα με το ποια ημερομηνία είναι μεταγενέστερη.
- Εάν τηρήσετε αυτήν την προθεσμία, μπορείτε να συνεχίσετε να λαμβάνετε την υπηρεσία ή το στοιχείο χωρίς αλλαγές ενώ εκκρεμεί η ένσταση επιπέδου 1. Επίσης, θα συνεχίσετε να λαμβάνετε όλες τις άλλες υπηρεσίες ή τα είδη (που δεν αποτελούν αντικείμενο της ένστασής σας) χωρίς αλλαγές.

Βήμα 3: Εξετάζουμε την ένστασή σας και σας δίνουμε την απάντησή μας.

- Όταν εξετάζουμε την ένστασή σας, εξετάζουμε προσεκτικά όλες τις πληροφορίες. Ελέγχουμε αν ακολουθήσαμε όλους τους κανόνες όταν απορρίψαμε το αίτημά σας.
- Θα συγκεντρώσουμε περισσότερες πληροφορίες εάν χρειαστεί, ενδεχομένως επικοινωνώντας μαζί σας ή με το γιατρό σας.

Προθεσμίες για «ταχεία ένσταση»

- Για ταχείες ενστάσεις, πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 72 ωρών από τη λήψη του αιτήματός σας.** Θα σας δώσουμε την απάντησή μας νωρίτερα εάν το απαιτεί η υγεία σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- Ωστόσο, εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο ή εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες** εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία. Εάν χρειαστούμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς. Δεν μπορούμε να αφιερώσουμε επιπλέον χρόνο για να λάβουμε απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους Β.
- Εάν δεν σας απαντήσουμε εντός 72 ωρών (ή μέχρι το τέλος της παραταθείσας χρονικής περιόδου εάν χρειαστήκαμε επιπλέον ημέρες), πρέπει να στείλουμε αυτόματα το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ενστάσεων, για επανεξέταση από ανεξάρτητο οργανισμό. Η Ενότητα 6.4 εξηγεί τη διαδικασία ένστασης επιπέδου 2.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την κάλυψη που έχουμε συμφωνήσει να παρέχουμε εντός 72 ωρών από τη λήψη της ένστασής σας.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε την απόφασή μας γραπτώς και θα προωθήσουμε αυτόματα το αίτημά σας στο Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων για ένσταση επιπέδου 2. Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα προγραμματίσει ακρόαση για την υπόθεσή σας και θα σας ενημερώσει γραπτώς για την ημερομηνία και την ώρα της ακρόασης όταν λάβει την ένστασή σας.

Προθεσμίες για «τυπική» ένσταση

- Για τις συνήθεις ενστάσεις, πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 30 ημερολογιακών ημερών** από την παραλαβή της ένστασης. Εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους Β που δεν έχετε λάβει ακόμη, θα σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 7 ημερολογιακών ημερών** από την παραλαβή της ένστασής σας. Θα σας δώσουμε την απόφασή μας νωρίτερα, εάν η κατάσταση της υγείας σας το απαιτεί.
 - Ωστόσο, εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο ή εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες** εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία. Εάν χρειαστούμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς. Δεν μπορούμε να πάρουμε επιπλέον χρόνο για να λάβουμε απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους Β.
 - Εάν πιστεύετε ότι **δεν** χρειάζονται επιπλέον ημέρες, μπορείτε να υποβάλετε μια «ταχεία καταγγελία». Όταν υποβάλλετε μια ταχεία καταγγελία, θα σας δώσουμε απάντηση στην καταγγελία σας εντός 24 ωρών. (Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία υποβολής καταγγελιών, συμπεριλαμβανομένων των ταχείων καταγγελιών, ανατρέξτε στην **Ενότητα 11** αυτού του κεφαλαίου).
 - Εάν δεν σας απαντήσουμε εντός της προθεσμίας (ή έως το τέλος της παραταθείσας προθεσμίας), θα στείλουμε το αίτημά σας σε ένσταση επιπέδου 2, όπου το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα πραγματοποιήσει ακρόαση για την υπόθεσή σας. Η Ενότητα 6.4 εξηγεί τη διαδικασία ένστασης επιπέδου 2.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την κάλυψη εντός **30 ημερολογιακών ημερών ή εντός 7 ημερολογιακών ημερών** εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους Β, αφού λάβουμε την ένστασή σας.
- **Εάν το πρόγραμμά μας απορρίψει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας, έχετε πρόσθετα δικαιώματα επανεξέτασης. Θα στείλουμε αυτόματα το αίτημά σας σε επανεξέταση επιπέδου 2, όπου το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα διεξαγάγει ακρόαση για την υπόθεσή σας για να διαπιστώσει εάν συμφωνεί με την απόφασή μας.**
- Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, θα σας στείλουμε μια επιστολή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)**Τμήμα 6.4 Βήμα προς βήμα: Πώς υποβάλλετε αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2**

Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων είναι ένας ανεξάρτητος οργανισμός που προσλαμβάνεται από την **Medicare και την Medicaid**. Δεν συνδέεται με εμάς και δεν είναι κρατική υπηρεσία. Αυτός ο οργανισμός αποφασίζει αν η απόφαση που πήραμε είναι σωστή ή αν πρέπει να αλλάξει. Η Medicare και η Medicaid επιβλέπουν το έργο του.

Θα στείλουμε αυτόματα την υπόθεσή σας στο επίπεδο 2 της διαδικασίας επανεξέτασης μόλις ολοκληρωθεί η επανεξέταση επιπέδου 1. Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα προγραμματίσει ακρόαση για την υπόθεσή σας και θα σας ενημερώσει για την ημερομηνία και την ώρα. Μπορείτε να ζητήσετε να επαναπρογραμματίστε για διαφορετική ημέρα ή ώρα, εάν χρειάζεται.

Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για συνέχιση των παροχών όταν υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1, οι παροχές σας για την υπηρεσία, το αντικείμενο ή το φάρμακο που αποτελεί αντικείμενο επανεξέτασης μπορούν επίσης να συνεχιστούν κατά τη διάρκεια του επιπέδου 2. Μεταβείτε στη σελίδα 138 για πληροφορίες σχετικά με τη συνέχιση των παροχών σας κατά τη διάρκεια αιτημάτων Επιπέδου 1.

Διαδικασία αιτημάτων επανεξέτασης επιπέδου 2:

Βήμα 1: Θα στείλουμε την υπόθεσή σας στο Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων. Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα διεξαγάγει ακρόαση για την υπόθεσή σας.

- Θα στείλουμε τις πληροφορίες σχετικά με το αίτημα επανεξέτασής σας σε αυτόν τον οργανισμό. Αυτές οι πληροφορίες ονομάζονται «φάκελος υπόθεσης» ή «πακέτο αποδεικτικών στοιχείων». **Θα σας στείλουμε ένα δωρεάν αντίγραφο του πακέτου αποδεικτικών στοιχείων σας.**
- Έχετε το δικαίωμα να παράσχετε στο Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων πρόσθετες πληροφορίες για την υποστήριξη του αιτήματός σας.
- Κατά τη διάρκεια της ακρόασής σας, ο σύμβουλος ακροάσεων στο γραφείο διοικητικών ακροάσεων θα εξετάσει προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με το αίτημά σας και θα ακούσει από εσάς και από το προσωπικό του προγράμματος σας σχετικά με το αίτημά σας.

Αν υποβάλετε αίτημα για «ταχεία» επανεξέταση Επιπέδου 1, ΜΠΟΡΕΙΤΕ επίσης να υποβάλετε αίτημα για «ταχεία» επανεξέταση Επιπέδου 2

- Για «ταχεία επανεξέταση», ο οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να σας απαντήσει στο αίτημα επιπέδου 2 **εντός 72 ωρών** από την παραλαβή του αιτήματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, παρόλο που υποβάλετε αίτημα ταχείας επανεξέτασης Επιπέδου 1, δεν θα λάβετε αυτόματα ταχεία επανεξέταση Επιπέδου 2. Θα λάβετε ταχεία επανεξέταση εάν η χρήση των τυπικών προθεσμιών θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία σας ή να βλάψει την ικανότητά σας να ανακτήσετε τη μέγιστη λειτουργία.
- Εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό στοιχείο ή υπηρεσία και το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων πρέπει να συγκεντρώσει περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούν έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες**. Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων δεν μπορεί να αφιερώσει επιπλέον χρόνο για να λάβει απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους Β.

Εάν υποβάλετε αίτημα «τυπικής» επανεξέτασης στο Επίπεδο 1, θα έχετε επίσης μια «τυπική» επανεξέταση στο Επίπεδο 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- Για την «τυπική επανεξέταση», εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό στοιχείο ή υπηρεσία, ο οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να σας απαντήσει στο αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2 **εντός 60 ημερολογιακών ημερών** από την παραλαβή του αιτήματος.
- Εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους Β, ο οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να σας απαντήσει στο αίτημα επιπέδου 2 **εντός 7 ημερολογιακών ημερών** από τη στιγμή που θα λάβει το αίτημά σας.
- Ωστόσο, εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό στοιχείο ή υπηρεσία και το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων πρέπει να συγκεντρώσει περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούν έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες**. Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων δεν μπορεί να αφιερώσει επιπλέον χρόνο για να λάβει απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά συνταγογραφούμενο φάρμακο Medicare Μέρους Β.

Βήμα 2: Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων σας δίνει την απάντησή του.

Το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα σας ενημερώσει γραπτώς για την απόφασή του και θα σας εξηγήσει τους λόγους.

- **Εάν το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων πει ναι σε μέρος ή στο σύνολο του αιτήματός σας**, πρέπει να εγκρίνουμε την κάλυψη ιατρικής περίθαλψης **εντός 1 εργάσιμης ημέρας**.
- **Εάν αυτός ο οργανισμός απορρίψει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας**, αυτό σημαίνει ότι συμφωνεί με το πρόγραμμά μας ότι το αίτημά σας (ή μέρος του αιτήματός σας) για κάλυψη για ιατρική περίθαλψη δεν πρέπει να εγκριθεί. (Αυτό ονομάζεται «επικύρωση της απόφασης» ή «απόρριψη του αιτήματός σας».) Στην περίπτωση αυτή, το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα σας αποστείλει επιστολή με:
 - Εξήγηση της απόφασης.
 - Ενημέρωση για το δικαίωμα επανεξέτασης επιπέδου 3 εάν η αξία σε δολάρια της κάλυψης ιατρικής περίθαλψης πληροί ένα ορισμένο ελάχιστο. Η γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε από το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα σας αναφέρει το χρηματικό ποσό σε δολάρια που πρέπει να πληροίτε για να συνεχίσετε τη διαδικασία επανεξέτασης.
 - Σας ενημερώνει για τον τρόπο υποβολής αιτήματος επανεξέτασης επιπέδου 3.
- Αν το αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2 απορριφθεί, πρέπει να αποφασίσετε αν θέλετε να προχωρήσετε στο επίπεδο 3 και να υποβάλετε τρίτο αίτημα. Οι λεπτομέρειες σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό βρίσκονται στη γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε μετά το αίτημα επιπέδου 2.
 - Το αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 3 αντιμετωπίζεται από το Συμβούλιο Επανεξέτασης Medicare.

ΗΕνότητα 10 σε αυτό το κεφάλαιο εξηγεί τη διαδικασία για αιτήματα επιπέδου 3, 4 και 5.

Εάν η απόφαση είναι αρνητική για το σύνολο ή μέρος των όσων ζήτησα, μπορώ να υποβάλω νέο αίτημα επανεξέτασης;

Εάν η απόφαση του Γραφείου Διοικητικών Ακροάσεων απορρίψει το σύνολο ή μέρος των όσων ζητήσατε, έχετε **πρόσθετα δικαιώματα προσφυγής**.

Η επιστολή που θα λάβετε από το Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων θα περιγράφει αυτήν την επόμενη επιλογή προσφυγής.

Ανατρέξτε στην **Ενότητα 10** αυτού του κεφαλαίου για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα προσφυγής μετά το Επίπεδο 2.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)**Τμήμα 6.5 Τι γίνεται αν μας ζητάτε να σας αποζημιώσουμε για λογαριασμό που έχετε λάβει για ιατρική περίθαλψη;**

Δεν μπορούμε να σας αποζημιώσουμε απευθείας για μια υπηρεσία ή ένα είδος του Medicaid. Εάν λάβετε λογαριασμό για υπηρεσίες και είδη που καλύπτονται από το Medicaid, στείλτε τον λογαριασμό σε εμάς. **Δεν πρέπει να πληρώσετε τον λογαριασμό εσείς.** Θα επικοινωνήσουμε απευθείας με τον πάροχο και θα φροντίσουμε για το πρόβλημα. Αν όμως έχετε πληρώσει τον λογαριασμό, μπορείτε να λάβετε επιστροφή χρημάτων από τον εν λόγω πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, αν ακολουθήσετε τους κανόνες για τη λήψη της υπηρεσίας ή του είδους.

Να ζητάτε να σας επιστραφεί κάτι για το οποίο έχετε ήδη πληρώσει:

Εάν μας στείλετε τα έγγραφα ζητώντας αποζημίωση, ζητάτε απόφαση κάλυψης. Δεν μπορούμε να σας αποζημιώσουμε απευθείας για μια υπηρεσία ή ένα είδος του **Medicaid**. Εάν λάβετε λογαριασμό για υπηρεσίες και είδη που καλύπτονται από το Medicaid, στείλτε τον λογαριασμό σε εμάς. **Δεν πρέπει να πληρώσετε τον λογαριασμό εσείς.** Θα επικοινωνήσουμε απευθείας με τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και θα φροντίσουμε για το πρόβλημα. Αν όμως έχετε πληρώσει τον λογαριασμό, μπορείτε να λάβετε επιστροφή χρημάτων από τον εν λόγω πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, αν ακολουθήσετε τους κανόνες για τη λήψη υπηρεσιών ή ειδών.

Εάν θέλετε να σας αποζημιώσουμε για μια υπηρεσία ή ένα είδος **Medicare** ή μας ζητάτε να πληρώσουμε έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης για μια υπηρεσία Medicaid ή ένα είδος για το οποίο έχετε πληρώσει, θα μας ζητήσετε να λάβουμε αυτήν την απόφαση κάλυψης. Θα ελέγξουμε εάν η ιατρική περίθαλψη για την οποία πληρώσατε είναι καλυπτόμενη υπηρεσία. Θα ελέγξουμε επίσης αν ακολουθήσατε όλους τους κανόνες για τη χρήση της κάλυψής σας για ιατρική περίθαλψη.

- **Εάν πούμε ναι στο αίτημά σας:** Εάν η ιατρική περίθαλψη του Medicare καλύπτεται, θα σας στείλουμε την πληρωμή του κόστους εντός 60 ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή του αιτήματός σας.
 - Εάν η περίθαλψη Medicaid για την οποία πληρώσατε έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης καλύπτεται και πιστεύετε ότι πρέπει να πληρώσουμε εμείς τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης αντί αυτού, θα στείλουμε στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης την πληρωμή για το κόστος εντός 60 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.
 - Στη συνέχεια, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης για να τον πείσετε να σας επιστρέψει τα χρήματα. Εάν δεν έχετε πληρώσει για την ιατρική περίθαλψη, θα στείλουμε την πληρωμή απευθείας στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.
- **Εάν πούμε όχι στο αίτημά σας:** Εάν η ιατρική περίθαλψη δεν καλύπτεται ή δεν ακολουθήσατε όλους τους κανόνες, δεν θα στείλουμε πληρωμή. Αντ' αυτού, θα σας στείλουμε μια επιστολή που λέει ότι δεν θα πληρώσουμε για τις υπηρεσίες και τους λόγους.

Εάν δεν συμφωνείτε με την απόφασή μας να απορρίψουμε το αίτημά σας, **μπορείτε να υποβάλετε ένσταση.** Αν υποβάλετε ένσταση, αυτό σημαίνει ότι μας ζητάτε να αλλάξουμε την απόφαση κάλυψης που λάβαμε όταν απορρίψαμε το αίτημά σας για πληρωμή.

Για να υποβάλετε αυτή την ένσταση, ακολουθήστε τη διαδικασία ενστάσεων που περιγράφεται στην Ενότητα 6.3. Για ενστάσεις που αφορούν αποζημίωση, έχετε υπόψη τα παρακάτω:

- Πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας εντός 30 ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή της ένστασής σας. Εάν μας ζητάτε να σας αποζημιώσουμε για την ιατρική περίθαλψη που έχετε ήδη λάβει και πληρώσει, δεν επιτρέπεται να ζητήσετε ταχεία ένσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- Εάν το γραφείο διοικητικών ακροάσεων αποφασίσει ότι πρέπει να πληρώσουμε, πρέπει να στείλουμε σε εσάς ή στον πάροχο την πληρωμή εντός 30 ημερολογιακών ημερών. Εάν η απάντηση στο αίτημά σας είναι θετική σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας ενστάσεων μετά το επίπεδο 2, πρέπει να στείλουμε την πληρωμή που ζητήσατε σε εσάς ή στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης εντός 60 ημερολογιακών ημερών.

Τμήμα 6.6 Εξωτερικά αιτήματα επανεξέτασης μόνο για το Medicaid

Εσείς ή ο γιατρός σας μπορείτε να ζητήσετε μια εξωτερική έκκληση μόνο για **παροχές που καλύπτονται από το Medicaid**.

Μπορείτε να ζητήσετε από την πολιτεία της Νέας Υόρκης μια ανεξάρτητη **εξωτερική προσφυγή** εάν το πρόγραμμά μας αποφασίσει να αρνηθεί την κάλυψη για ιατρική υπηρεσία που ζητήσατε εσείς και ο γιατρός σας επειδή είναι:

- δεν είναι ιατρικά αναγκαία ή
- πειραματική ή υπό έρευνα ή
- δεν διαφέρει από τη φροντίδα που μπορείτε να πάρετε στο δίκτυο του προγράμματος ή
- διατίθεται από έναν συμμετέχοντα πάροχο που έχει σωστή εκπαίδευση και εμπειρία για να καλύψει τις ανάγκες σας.

Αυτό ονομάζεται εξωτερικό αίτημα επανεξέτασης επειδή οι αναθεωρητές που δεν εργάζονται για το πρόγραμμα υγείας ή την πολιτεία λαμβάνουν την απόφαση. Αυτοί οι αναθεωρητές είναι κατάλληλα άτομα εγκεκριμένα από την πολιτεία της Νέας Υόρκης. Η υπηρεσία πρέπει να περιλαμβάνεται στο πακέτο παροχών του προγράμματος ή να είναι πειραματική θεραπεία. Δεν χρειάζεται να πληρώσετε για εξωτερική επανεξέταση.

Πριν υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης στην πολιτεία:

- Πρέπει να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1 στο πρόγραμμα και να λάβετε τον τελικό δυσμενή προσδιορισμό του προγράμματος. **ή**
- Μπορείτε να ζητήσετε ταχεία εξωτερική επανεξέταση ταυτόχρονα εάν δεν έχετε λάβει την υπηρεσία και ζητάτε ταχεία επανεξέταση. (Ο γιατρός σας θα πρέπει να πει ότι είναι απαραίτητη η ταχεία επανεξέταση). **ή**
- Εσείς και το πρόγραμμα μπορείτε να συμφωνήσετε να παραλείψετε τη διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης του προγράμματος και να μεταβείτε απευθείας στην Εξωτερική επανεξέταση. **ή**
- Μπορείτε να αποδείξετε ότι το πρόγραμμα δεν ακολούθησε σωστά τους κανόνες κατά την επεξεργασία του αιτήματος επανεξέτασης επιπέδου 1.

Έχετε **4 μήνες** μετά τη λήψη της τελικής δυσμενούς απόφασης του προγράμματος για να ζητήσετε εξωτερική επανεξέταση. Εάν εσείς και το πρόγραμμα συμφωνήσατε να παραλείψετε τη διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης του προγράμματος, τότε πρέπει να ζητήσετε την εξωτερική επανεξέταση εντός 4 μηνών από τη στιγμή που κάνατε τη συμφωνία.

Για να ζητήσετε εξωτερική επανεξέταση, συμπληρώστε μια αίτηση και στείλτε την στο Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών.

- Μπορείτε να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 εάν χρειάζεστε βοήθεια για την υποβολή αιτήματος επανεξέτασης.
- Εσείς και οι γιατροί σας θα πρέπει να δώσετε πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό σας πρόβλημα.
- Η αίτηση εξωτερικής επανεξέτασης αναφέρει ποιες πληροφορίες θα χρειαστούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Ακολουθούν ορισμένοι τρόποι για να λάβετε μια αίτηση:

- Καλέστε το Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών, 1-800-400-8882
- Μεταβείτε στον ιστότοπο του Τμήματος Οικονομικών Υπηρεσιών στη διεύθυνση www.dfs.ny.gov.
- Επικοινωνήστε με το πρόγραμμα υγείας στο (833) 671-0440

Ο αναθεωρητής θα αποφασίσει για το εξωτερικό αίτημα επανεξέτασης εντός 30 ημερών. Εάν ο εξωτερικός αναθεωρητής ζητήσει περισσότερες πληροφορίες, ενδέχεται να χρειαστεί περισσότερος χρόνος (έως πέντε εργάσιμες ημέρες). Ο αναθεωρητής θα ενημερώσει εσάς και το πρόγραμμα για την τελική απόφαση εντός δύο ημερών από τη λήψη της απόφασης.

Μπορείτε να πάρετε μια ταχύτερη απόφαση εάν ο γιατρός σας λέει ότι μια καθυστέρηση θα προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία σας. **Αυτό ονομάζεται ταχεία εξωτερική προσφυγή.** Ο εξωτερικός ελεγκτής επανεξέτασης θα αποφασίσει για την ταχεία υποβολή αιτήματος επανεξέτασης εντός 72 ωρών ή λιγότερο. Ο αναθεωρητής θα ενημερώσει εσάς και το πρόγραμμα για την απόφαση αμέσως μέσω τηλεφώνου ή φαξ. Αργότερα, ο αναθεωρητής θα σας στείλει μια επιστολή που θα σας ενημερώνει για την απόφαση.

Ανά πάσα στιγμή στη διαδικασία, εσείς ή κάποιος που εμπιστεύεστε μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με τον χρόνο αναθεώρησης στο Υπουργείο Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης καλώντας στο 1-866-712-7197.

ΤΜΗΜΑ 7 Τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας Μέρους Δ: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης

Τμήμα 7.1 Αυτή η ενότητα σας λέει τι πρέπει να κάνετε εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη ενός φαρμάκου Μέρους Δ ή θέλετε να σας επιστρέψουμε για ένα φάρμακο Μέρους Δ

Οι παροχές σας περιλαμβάνουν κάλυψη για πολλά συνταγογραφούμενα φάρμακα. Για να καλυφθεί, το φάρμακο πρέπει να χρησιμοποιηθεί για μια ιατρικά αποδεκτή ένδειξη. (Βλέπε Κεφάλαιο 5 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με μια ιατρικά αποδεκτή ένδειξη.) Για λεπτομέρειες σχετικά με τα φάρμακα Μέρους Δ, κανόνες, περιορισμούς και το κόστος, ανατρέξτε στα κεφάλαια 5 και 6. **Αυτή η ενότητα αφορά μόνο τα φάρμακα Μέρους Δ.** Για να κρατήσουμε τα πράγματα απλά, λέμε γενικά *φάρμακο* στο υπόλοιπο αυτής της ενότητας, αντί να επαναλαμβάνουμε κάθε φορά *καλυμμένο συνταγογραφούμενο φάρμακο εξωτερικών ασθενών* ή *φάρμακο Μέρους Δ*. Χρησιμοποιούμε επίσης τον όρο «Λίστα φαρμάκων» αντί για *Λίστα καλυπτόμενων φαρμάκων* ή *Formulary*.

- Εάν δεν γνωρίζετε εάν καλύπτεται ένα φάρμακο ή εάν πληροίτε τους κανόνες, μπορείτε να μας ρωτήσετε. Ορισμένα φάρμακα απαιτούν να λάβετε έγκριση από εμάς πριν τα καλύψουμε.
- Εάν το φαρμακείο σας σας πει ότι η συνταγή σας δεν μπορεί να εκτελεστεί όπως γράφτηκε, το φαρμακείο θα σας δώσει γραπτή ειδοποίηση εξηγώντας πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας για να ζητήσετε απόφαση κάλυψης.

Μέρος Δ καλύπτει αποφάσεις και προσφυγές

Νομικοί όροι

Μια αρχική απόφαση κάλυψης σχετικά με τα φάρμακά σας στο Μέρος Δ ονομάζεται «προσδιορισμός κάλυψης».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Μια απόφαση κάλυψης είναι μια απόφαση που λαμβάνουμε σχετικά με τις παροχές και την κάλυψή σας ή σχετικά με το ποσό που θα πληρώσουμε για τα φάρμακά σας. Αυτή η ενότητα περιγράφει τι μπορείτε να κάνετε εάν βρίσκεστε σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Αίτημα κάλυψης φαρμάκου του Μέρους Δ που δεν περιλαμβάνεται στη *Λίστα Καλυπτόμενων Φαρμάκων* του προγράμματος. **Αίτημα εξαίρεσης. Ενότητα 7.2.**
- Αίτημα για απαλλαγή περιορισμού στην κάλυψη του προγράμματος για ένα φάρμακο (όπως όρια στην ποσότητα του φαρμάκου που μπορείτε να πάρετε, προηγούμενη έγκριση ή απαίτηση να δοκιμάσετε πρώτα άλλο φάρμακο). **Αίτημα εξαίρεσης. Ενότητα 7.2.**
- Αίτημα προέγκρισης φαρμάκου. **Αίτημα για απόφαση κάλυψης. Ενότητα 7.4.**
- Πληρώστε για ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει. **Αίτημα για να σας αποζημιώσουμε. Ενότητα 7.4.**

Εάν διαφωνείτε με μια απόφαση κάλυψης που έχουμε λάβει, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης για την απόφασή μας.

Αυτή η ενότητα σας ενημερώνει τόσο για το πώς να αιτηθείτε αποφάσεις κάλυψης όσο και για το πώς να αιτηθείτε επανεξέταση.

Τμήμα 7.2	Τι είναι η εξαίρεση;
Νομικοί όροι	
Το αίτημα για κάλυψη φαρμάκου που δεν περιλαμβάνεται στη Λίστα Φαρμάκων ονομάζεται ορισμένες φορές αίτημα για «εξαίρεση λίστας».	
Το αίτημα για την άρση ενός περιορισμού στην κάλυψη για ένα φάρμακο ονομάζεται ορισμένες φορές αίτημα για «εξαίρεση λίστας».	
Το αίτημα για πληρωμή τιμής χαμηλότερης για ένα καλυπτόμενο μη προτιμώμενο φάρμακο ονομάζεται ορισμένες φορές αίτημα για «εξαίρεση βαθμίδας».	

Εάν ένα φάρμακο δεν καλύπτεται με τον τρόπο που θα θέλατε να καλυφθεί, μπορείτε να μας ζητήσετε να κάνουμε μια «εξαίρεση». Εξαίρεση αποτελεί ο τύπος απόφασης κάλυψης.

Για να εξετάσουμε το αίτημά σας για εξαίρεση, ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος θα πρέπει να εξηγήσει τους ιατρικούς λόγους για τους οποίους χρειάζεστε την έγκριση της εξαίρεσης. Ακολουθούν δύο παραδείγματα εξαιρέσεων που εσείς ή ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μπορεί να μας ζητήσετε να κάνουμε:

1. **Κάλυψη φαρμάκου Μέρους Δ για εσάς που δεν περιλαμβάνεται στη λίστα φαρμάκων μας.**
2. **Άρση περιορισμού για καλυπτόμενο φάρμακο.** Το Κεφάλαιο 5 περιγράφει τους επιπλέον κανόνες ή περιορισμούς που ισχύουν για ορισμένα φάρμακα στη Λίστα Φαρμάκων μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)**Τμήμα 7.3 Σημαντικά πράγματα που πρέπει να γνωρίζετε σχετικά με το αίτημα εξαιρέσεων****Ο γιατρός σας πρέπει να μας πει τους ιατρικούς λόγους**

Ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος ιατρός πρέπει να μας δώσει μια δήλωση που εξηγεί τους ιατρικούς λόγους για τους οποίους αιτείται εξαίρεση. Για ταχύτερη απόφαση, συμπεριλάβετε αυτές τις ιατρικές πληροφορίες από το γιατρό σας ή άλλο συνταγογραφούντα όταν ζητάτε την εξαίρεση.

Συνήθως, η Λίστα Φαρμάκων μας περιλαμβάνει περισσότερα από ένα φάρμακα για τη θεραπεία μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Αυτές οι διαφορετικές δυνατότητες ονομάζονται «εναλλακτικά» φάρμακα. Εάν ένα εναλλακτικό φάρμακο θα ήταν εξίσου αποτελεσματικό με το φάρμακο που ζητάτε και δεν θα προκαλούσε περισσότερες παρενέργειες ή άλλα προβλήματα υγείας, γενικά δεν θα εγκρίνουμε το αίτημά σας για εξαίρεση.

Μπορούμε να πούμε ναι ή όχι στο αίτημά σας

- Εάν εγκρίνουμε το αίτημά σας για εξαίρεση, η έγκρισή μας συνήθως ισχύει μέχρι το τέλος του έτους προγράμματος. Αυτό ισχύει όσο ο γιατρός σας συνεχίζει να συνταγογραφεί το φάρμακο για εσάς και αυτό το φάρμακο εξακολουθεί να είναι ασφαλές και αποτελεσματικό για τη θεραπεία της κατάστασής σας.
- Αν απαντήσουμε όχι στο αίτημά σας, μπορείτε να ζητήσετε νέο έλεγχο υποβάλλοντας αίτημα επανεξέτασης.

Τμήμα 7.4 Βήμα προς βήμα: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης, συμπεριλαμβανομένης εξαίρεσης**Νομικοί όροι**

Μια «ταχεία απόφαση κάλυψης» ονομάζεται «επισπευσμένος προσδιορισμός κάλυψης».

Βήμα 1: Αποφασίστε εάν χρειάζεστε μια «τυπική απόφαση κάλυψης» ή μια «ταχεία απόφαση κάλυψης».

Οι «τυπικές αποφάσεις κάλυψης» λαμβάνονται εντός **72 ωρών** από τη λήψη της δήλωσης του γιατρού σας. Οι «ταχείες αποφάσεις κάλυψης» λαμβάνονται εντός **24 ωρών** από τη λήψη της δήλωσης του γιατρού σας.

Εάν η υγεία σας το απαιτεί, ζητήστε μας να σας δώσουμε μια «ταχεία απόφαση κάλυψης». Για να λάβετε μια ταχεία απόφαση κάλυψης, πρέπει να πληροίτε δύο απαιτήσεις:

- Πρέπει να ζητάτε ένα φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμα. (Δεν μπορείτε να ζητήσετε ταχεία απόφαση κάλυψης για αποζημίωση για φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει.)
- Η χρήση των τυπικών προθεσμιών θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία σας ή να βλάψει την ικανότητά σας να λειτουργήσετε.
- Εάν ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μας πει ότι η υγεία σας απαιτεί μια «ταχεία απόφαση κάλυψης», θα σας δώσουμε αυτόματα μια ταχεία απόφαση κάλυψης.
- Εάν ζητήσετε μια ταχεία απόφαση κάλυψης μόνοι σας, χωρίς την υποστήριξη του γιατρού ή του συνταγογράφου σας, θα αποφασίσουμε εάν η υγεία σας απαιτεί να σας δώσουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης. Εάν δεν εγκρίνουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας στείλουμε μια επιστολή που:
 - Εξηγεί ότι θα χρησιμοποιήσουμε τις τυπικές προθεσμίες.
 - Εξηγεί εάν ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος ζητήσει την ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας δώσουμε αυτόματα μια ταχεία απόφαση κάλυψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- Εξηγεί πώς να υποβάλετε μια «ταχεία καταγγελία» σχετικά με την απόφασή μας να σας δώσουμε μια τυπική απόφαση κάλυψης αντί της ταχείας απόφασης κάλυψης που ζητήσατε. Θα απαντήσουμε στην καταγγελία σας εντός 24 ωρών από την παραλαβή.

Βήμα 2: Ζητήστε μια «τυπική απόφαση κάλυψης» ή μια «ταχεία απόφαση κάλυψης».

Ξεκινήστε καλώντας, γράφοντας ή στέλνοντας φαξ στο πρόγραμμά μας για να υποβάλετε το αίτημά σας για να εγκρίνουμε ή να παρέχουμε κάλυψη για την ιατρική περίθαλψη που θέλετε. Μπορείτε επίσης να αποκτήσετε πρόσβαση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων κάλυψης μέσω της ιστοσελίδας μας. Πρέπει να δεχτούμε οποιοδήποτε γραπτό αίτημα, συμπεριλαμβανομένου ενός αιτήματος που υποβάλλεται στο έντυπο *CMS Model Coverage Determination Request*, που είναι διαθέσιμο στον ιστότοπό μας. Το Κεφάλαιο 2 έχει στοιχεία επικοινωνίας. Για να μας βοηθήσετε στην επεξεργασία του αιτήματός σας, φροντίστε να συμπεριλάβετε το όνομά σας, τα στοιχεία επικοινωνίας σας και πληροφορίες που προσδιορίζουν για ποια απορριφθείσα αξίωση υποβάλλεται το αίτημα επανεξέτασης.

Αυτό μπορεί να γίνει από εσάς, τον γιατρό σας, άλλο συνταγογράφο, ή τον εκπρόσωπό σας. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε από δικηγόρο να ενεργήσει για λογαριασμό σας. Η ενότητα 4 αυτού του κεφαλαίου περιγράφει πώς μπορείτε να δώσετε γραπτή άδεια σε κάποιον άλλο να ενεργήσει ως εκπρόσωπός σας.

- **Εάν ζητάτε εξαίρεση, προσκομίστε την «υποστηρικτική δήλωση**, όπου παρέχονται οι ιατρικοί λόγοι για την εξαίρεση. Ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μπορεί να μας στείλει τη δήλωση μέσω φαξ ή ταχυδρομικά. Εναλλακτικά, ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μπορεί να μας ενημερώσει τηλεφωνικά και να επικοινωνήσει με γραπτή δήλωση μέσω φαξ ή ταχυδρομικώς, εάν είναι απαραίτητο.

Βήμα 3: Εξετάζουμε το αίτημά σας και σας δίνουμε την απάντησή μας.**Προθεσμίες για «ταχεία απόφαση κάλυψης»**

- Πρέπει γενικά να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 24 ωρών** από τη λήψη του αιτήματός σας.
 - Για εξαιρέσεις, θα σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 24 ωρών** από τη λήψη της υποστηρικτικής δήλωσης του γιατρού σας. Θα σας δώσουμε την απάντησή μας νωρίτερα εάν το απαιτεί η υγεία σας.
 - Εάν δεν τηρήσουμε αυτήν την προθεσμία, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας επανεξέτασης, όπου θα εξεταστεί από ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη που έχουμε συμφωνήσει να παρέχουμε εντός 24 ωρών** από τη λήψη του αιτήματός σας ή της δήλωσης του γιατρού που υποστηρίζει το αίτημά σας.
- **Εάν η απάντησή μας είναι αρνητική σε μέρος ή στο σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί την απορρίψαμε. Θα σας ενημερώσουμε επίσης πώς μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.

Προθεσμίες για μια «τυπική» απόφαση κάλυψης σχετικά με ένα φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμη

- Πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 72 ωρών** από τη λήψη του αιτήματός σας.
 - Για εξαιρέσεις, θα σας δώσουμε την απάντησή μας εντός 72 ωρών από τη λήψη της υποστηρικτικής δήλωσης του γιατρού σας. Θα σας δώσουμε την απάντησή μας νωρίτερα εάν το απαιτεί η υγεία σας.
 - Εάν δεν τηρήσουμε αυτήν την προθεσμία, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας επανεξέτασης, όπου θα εξεταστεί από ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη που έχουμε συμφωνήσει να παρέχουμε εντός 72 ωρών από τη λήψη του αιτήματός σας ή της δήλωσης του γιατρού που υποστηρίζει το αίτημά σας.
- Εάν η απάντησή μας είναι αρνητική σε μέρος ή στο σύνολο αυτών που ζητήσατε, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί την απορρίψαμε. Θα σας ενημερώσουμε επίσης πώς μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.

Προθεσμίες για μια «τυπική» απόφαση κάλυψης σχετικά με την πληρωμή για ένα φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει

- Πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.
 - Εάν δεν τηρήσουμε αυτήν την προθεσμία, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας επανεξέτασης, όπου θα εξεταστεί από ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης.
- Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, είμαστε επίσης υποχρεωμένοι να σας προβούμε σε πληρωμή εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.
- Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί την απορρίψαμε. Θα σας ενημερώσουμε επίσης πώς μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.

Βήμα 4: Αν απορρίψουμε το αίτημα κάλυψής σας, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.

- Αν απορρίψουμε το αίτημά σας, έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε να επανεξετάσουμε αυτήν την απόφαση υποβάλλοντας αίτημα επανεξέτασης. Αυτό σημαίνει να ζητήσετε ξανά να λάβετε την κάλυψη φαρμάκων που θέλετε. Αν υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης, αυτό σημαίνει ότι θα προχωρήσετε στο Επίπεδο 1 της διαδικασίας επανεξέτασης.

Τμήμα 7.5	Βήμα προς βήμα: Πώς να κάνετε έφεση Επιπέδου 1
-----------	--

Νομικοί όροι

Ένα αίτημα επανεξέτασης στο πρόγραμμα σχετικά με μια απόφαση κάλυψης φαρμάκων Μέρους Δ ονομάζεται «επαναπροσδιορισμός» προγράμματος.

Μια «ταχεία επανεξέταση» ονομάζεται επίσης «επισπευσμένος επαναπροσδιορισμός».

Βήμα 1: Αποφασίστε αν χρειάζεστε ένα «τυπικό αίτημα επανεξέτασης» ή ένα «αίτημα ταχείας επανεξέτασης».

Μια «τυπική επανεξέταση» γίνεται συνήθως εντός 7 ημερών. Μια «ταχεία επανεξέταση» γίνεται γενικά εντός 72 ωρών. Εάν η υγεία σας το απαιτεί, ζητήστε μια «γρήγορη επανεξέταση»

- Εάν υποβάλλετε αίτημα επανεξέτασης σε μια απόφαση που λάβαμε σχετικά με ένα φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμα, εσείς και ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογραφών ιατρός θα πρέπει να αποφασίσετε εάν χρειάζεστε μια «ταχεία επανεξέταση».
- Οι απαιτήσεις για «ταχεία επανεξέταση» είναι οι ίδιες με εκείνες για τη λήψη «απόφασης ταχείας κάλυψης» στην ενότητα 6.2 του παρόντος κεφαλαίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Βήμα 2: Εσείς, ο εκπρόσωπός σας, ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος πρέπει να επικοινωνήσετε μαζί μας και να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1. Εάν η υγεία σας απαιτεί μια γρήγορη απάντηση, πρέπει να ζητήσετε μια «ταχεία επανεξέταση».

- Για συνήθη αιτήματα επανεξέτασης, υποβάλετε γραπτό αίτημα. Το Κεφάλαιο 2 έχει στοιχεία επικοινωνίας.
- Για ταχεία επανεξέταση, υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς ή καλέστε μας στο (833) 671-0440, TTY: 711. Το Κεφάλαιο 2 έχει στοιχεία επικοινωνίας.
- Πρέπει να δεχτούμε οποιοδήποτε γραπτό αίτημα, συμπεριλαμβανομένου ενός αιτήματος που υποβάλλεται στο CMS Model Coverage Determination Form, το οποίο είναι διαθέσιμο στον ιστότοπό μας [SWHNY.com](https://www.swhny.com). Βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπεριλάβει το όνομά σας, τα στοιχεία επικοινωνίας και πληροφορίες σχετικά με την αξίωσή σας για να μας βοηθήσετε στην επεξεργασία του αιτήματός σας.
- Πρέπει να υποβάλετε το αίτημα επανεξέτασής σας εντός 65 ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία της γραπτής ειδοποίησης που στείλαμε για να σας κοινοποιήσουμε την απάντησή μας σχετικά με την απόφαση κάλυψης. Αν χάσετε αυτήν την προθεσμία και έχετε βάσιμους λόγους που δεν την τηρήσατε, εξηγήστε τον λόγο για τον οποίο καθυστέρησε το αίτημα επανεξέτασης όταν υποβάλετε το αίτημά σας. Ενδέχεται να σας δώσουμε περισσότερο χρόνο για να υποβάλετε το αίτημα επανεξέτασής σας. Παραδείγματα σοβαρών λόγων μπορεί να περιλαμβάνουν μια σοβαρή ασθένεια που σας εμπόδισε να επικοινωνήσετε μαζί μας ή εάν σας δώσαμε εσφαλμένες ή ελλιπείς πληροφορίες σχετικά με την προθεσμία για την υποβολή του αιτήματος επανεξέτασης.
- Μπορείτε να ζητήσετε αντίγραφο των πληροφοριών που περιλαμβάνονται στο αίτημά σας και να προσθέσετε περισσότερες πληροφορίες. Εσείς και ο γιατρός σας μπορεί να προσθέσετε περισσότερες πληροφορίες για να υποστηρίξετε το αίτημά σας.

Βήμα 3: Εξετάζουμε το αίτημα επανεξέτασής σας και σας δίνουμε την απάντησή μας.

- Όταν εξετάζουμε το αίτημα επανεξέτασης, εξετάζουμε προσεκτικά όλες τις πληροφορίες σχετικά με το αίτημα κάλυψής σας. Ελέγχουμε αν ακολουθήσαμε όλους τους κανόνες όταν απορρίψαμε το αίτημά σας. Ενδέχεται να επικοινωνήσουμε μαζί σας ή με τον γιατρό σας ή άλλο συνταγογραφούντα ιατρό για να λάβουμε περισσότερες πληροφορίες.

Προθεσμίες για «αίτημα ταχείας επανεξέτασης»

- Για ταχεία αιτήματα επανεξέτασης, πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας εντός 72 ωρών από τη λήψη του αιτήματός σας. Θα σας δώσουμε την απάντησή μας νωρίτερα εάν το απαιτεί η υγεία σας.
 - Εάν δεν σας απαντήσουμε εντός 72 ωρών, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας, για επανεξέταση από ανεξάρτητο οργανισμό. Η ενότητα 7.6 εξηγεί τη διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης επιπέδου 2.
- Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη που έχουμε συμφωνήσει να παρέχουμε εντός 72 ωρών από τη λήψη του αιτήματός σας.
- Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο όσων ζητήσατε, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγήσει γιατί είπαμε όχι και πώς μπορείτε να ασκήσετε έφεση κατά της απόφασής μας.

Προθεσμίες για ένα αίτημα «τυπικής» επανεξέτασης για ένα φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμη

- Για τις συνήθεις προσφυγές, πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας εντός 7 ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή του αιτήματός σας. Θα σας δώσουμε την απόφασή μας νωρίτερα εάν δεν έχετε λάβει ακόμα το φάρμακο και η κατάσταση της υγείας σας απαιτεί να το πράξουμε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- Εάν δεν σας δώσουμε απόφαση εντός 7 ημερολογιακών ημερών, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας, για επανεξέταση από ανεξάρτητο οργανισμό. **Η ενότητα 7.6** εξηγεί τη διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης επιπέδου 2.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, πρέπει να παρέχουμε την κάλυψη το συντομότερο δυνατό για την υγεία σας, αλλά όχι αργότερα από 7 ημερολογιακές ημέρες από τη λήψη του αιτήματός σας.**
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί είπαμε όχι και πώς μπορείτε να ασκήσετε έφεση κατά της απόφασής μας.**

Προθεσμίες για αίτημα «τυπικής επανεξέτασης» σχετικά με την πληρωμή για ένα φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει

- Πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας εντός **14 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη του αιτήματός σας.
 - Εάν δεν τηρήσουμε αυτήν την προθεσμία, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας επανεξέτασης, όπου θα εξεταστεί από ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, είμαστε επίσης υποχρεωμένοι να σας προβούμε σε πληρωμή εντός 30 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.**
- **Εάν η απάντησή μας είναι αρνητική σε μέρος ή στο σύνολο αυτών που ζητήσατε, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί την απορρίψαμε. Θα σας ενημερώσουμε επίσης πώς μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.**

Βήμα 4: Αν απορρίψουμε την έφεσή σας, εσείς αποφασίζετε αν θέλετε να συνεχίσετε τη διαδικασία επανεξέτασης και να υποβάλετε νέο αίτημα.

- Αν αποφασίσετε να υποβάλετε νέο αίτημα επανεξέτασης, αυτό σημαίνει ότι το αίτημα επανεξέτασης θα προχωρήσει στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας επανεξέτασης.

Τμήμα 7.6	Βήμα προς βήμα: Πώς να κάνετε έφεση Επιπέδου 2
Νομικός όρος	
Το επίσημο όνομα για τον «ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης» είναι « Independent Review Entity », Ανεξάρτητος φορέας αξιολόγησης . Μερικές φορές ονομάζεται « IRE ».	

Ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης είναι ένας ανεξάρτητος οργανισμός που προσλαμβάνεται από το **Medicare**. Δεν συνδέεται με εμάς και δεν είναι κρατική υπηρεσία. Αυτός ο οργανισμός αποφασίζει αν η απόφαση που πήραμε είναι σωστή ή αν πρέπει να αλλάξει. Το Medicare επιβλέπει το έργο της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Βήμα 1: Εσείς (ή ο εκπρόσωπός σας ή ο γιατρός σας ή άλλος υπεύθυνος συνταγογράφησης) πρέπει να επικοινωνήσετε με τον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης και να ζητήσετε επανεξέταση της υπόθεσής σας.

- Αν απορρίψουμε την ένσταση επιπέδου 1, η γραπτή ειδοποίηση που θα σας στείλουμε θα περιλαμβάνει οδηγίες σχετικά με τον τρόπο υποβολής ένστασης επιπέδου 2 στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης. Αυτές οι οδηγίες θα σας πουν ποιος μπορεί να υποβάλει αυτή την ένσταση επιπέδου 2, ποιες προθεσμίες πρέπει να ακολουθήσετε και πώς να επικοινωνήσετε με τον οργανισμό ελέγχου. Εάν, ωστόσο, δεν ολοκληρώσαμε τον έλεγχό μας εντός του ισχύοντος χρονικού πλαισίου ή λάβουμε μια δυσμενή απόφαση σχετικά με τον προσδιορισμό «κινδύνου» στο πλαίσιο του προγράμματος διαχείρισης φαρμάκων, θα προωθήσουμε αυτόματα την αξίωσή σας στο IRE.
- Θα στείλουμε τις πληροφορίες σχετικά με ένστασή σας σε αυτόν τον οργανισμό. Αυτές οι πληροφορίες ονομάζονται «φάκελος υπόθεσης». Έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε αντίγραφο του φακέλου της υπόθεσής σας.
- Έχετε το δικαίωμα να παράσχετε στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης πρόσθετες πληροφορίες για την υποστήριξη της ένστασής σας.

Βήμα 2: Ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης εξετάζει την ένστασή σας.

Οι υπεύθυνοι επανεξέτασης στον ανεξάρτητο φορέα αξιολόγησης θα εξετάσουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με την ένστασή σας.

Προθεσμίες για «ταχεία ένσταση»

- Εάν η υγεία σας το απαιτεί, ζητήστε από τον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης μια «ταχεία ένσταση».
- Εάν ο οργανισμός συμφωνήσει να σας υποβάλει «ταχεία ένσταση», ο οργανισμός πρέπει να σας απαντήσει στην ένσταση επιπέδου 2 εντός 72 ωρών από τη στιγμή που θα λάβει το αίτημα ένστασης.

Προθεσμίες για την άσκηση «τυπικής ένστασης»

- Για τυπικές ενστάσεις, ο οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να σας απαντήσει στο αίτημα επιπέδου 2 εντός 7 ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή της ένστασής σας, εάν πρόκειται για φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμη. Εάν ζητάτε να σας επιστρέψουμε ένα φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει, ο οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να σας απαντήσει στην ένσταση επιπέδου 2 εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.

Βήμα 3: Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης σας δίνει την απάντησή του.

Για «ταχείες ενστάσεις»:

- Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης εγκρίνει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας, πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη φαρμάκων που εγκρίθηκε από τον οργανισμό αξιολόγησης εντός 24 ωρών από τη λήψη της απόφασης από τον οργανισμό επανεξέτασης.

Για «τυπικές ενστάσεις»:

- Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης εγκρίνει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας για κάλυψη, πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη φαρμάκων που εγκρίθηκε από τον οργανισμό αξιολόγησης εντός 72 ωρών από τη λήψη της απόφασης από τον οργανισμό επανεξέτασης.
- Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εγκρίνει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας να σας αποζημιώσει για ένα φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει, είμαστε υποχρεωμένοι να σας στείλουμε πληρωμή εντός 30 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της απόφασης από τον οργανισμό επανεξέτασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Τι γίνεται αν ο οργανισμός επανεξέτασης απορρίψει την ένστασή σας;

Εάν αυτός ο οργανισμός απορρίψει μέρος ή το σύνολο της ένστασής σας, αυτό σημαίνει ότι συμφωνεί με την απόφασή μας να μην εγκρίνει το αίτημά σας (ή μέρος του αιτήματός σας). (Αυτό ονομάζεται «επικύρωση της απόφασης» ή «απόρριψη της ένστασης σας»). Στην περίπτωση αυτή, ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης θα σας στείλει επιστολή:

- Επεξηγώντας την απόφασή του.
- Γνωστοποιώντας σας το δικαίωμά σας για υποβολή ένστασης επιπέδου 3 εάν η αξία σε δολάρια της κάλυψης φαρμάκων που ζητάτε πληροί ένα ορισμένο ελάχιστο. Εάν η αξία σε δολάρια της φαρμακευτικής κάλυψης που ζητάτε είναι πολύ χαμηλή, δεν μπορείτε να ασκήσετε άλλη ένσταση και η απόφαση στο επίπεδο 2 είναι οριστική.
- Σας ενημερώνουμε για το χρηματικό ποσό σε δολάρια που πρέπει να αμφισβητηθεί για να συνεχιστεί η διαδικασία ένστασης.

Βήμα 4: Εάν η υπόθεσή σας πληροί τις προϋποθέσεις, επιλέγετε αν θέλετε να προωθήσετε περαιτέρω το αίτημά σας.

- Υπάρχουν τρία επιπλέον επίπεδα στη διαδικασία ένστασης μετά το επίπεδο 2 (για συνολικά πέντε επίπεδα ένστασης). Εάν θέλετε να προχωρήσετε σε ένσταση επιπέδου 3, οι λεπτομέρειες για τη σχετική διαδικασία βρίσκονται στη γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε μετά την απόφαση ένστασης επιπέδου 2.
- Η ένσταση επιπέδου 3 εκδικάζεται από δικαστή διοικητικού δικαίου ή δικηγόρο. Η **Ενότητα 10** αυτού του κεφαλαίου λέει περισσότερα σχετικά με τη διαδικασία για ένσταση επιπέδου 3, 4 και 5.

ΤΜΗΜΑ 8 Πώς να μας ζητήσετε να καλύψουμε μια μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο εάν νομίζετε ότι παίρνετε εξιτήριο πολύ νωρίς

Όταν εισαχθείτε σε νοσοκομείο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε όλες τις καλυπτόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας ή του τραυματισμού σας.

Κατά τη διάρκεια της καλυπτόμενης παραμονής σας στο νοσοκομείο, ο γιατρός σας και το προσωπικό του νοσοκομείου θα συνεργαστούν μαζί σας για να προετοιμαστούν για την ημέρα που θα φύγετε από το νοσοκομείο. Θα σας βοηθήσουν να κανονίσετε την περίθαλψη που μπορεί να χρειαστείτε μετά την αναχώρησή σας.

- Η ημέρα που φεύγετε από το νοσοκομείο ονομάζεται «**ημερομηνία εξιτηρίου**».
- Όταν αποφασιστεί η ημερομηνία εξόδου σας, ο γιατρός σας ή το προσωπικό του νοσοκομείου θα σας ενημερώσει.
- Εάν πιστεύετε ότι σας ζητείται να φύγετε από το νοσοκομείο πολύ νωρίς, μπορείτε να ζητήσετε μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο και το αίτημά σας θα εξεταστεί.

Τμήμα 8.1 Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο, θα λάβετε γραπτή ειδοποίηση από το Medicare που θα σας ενημερώνει για τα δικαιώματά σας

Εντός δύο ημερών από την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο, θα σας δοθεί γραπτή ειδοποίηση που ονομάζεται *Ένα σημαντικό μήνυμα από την Medicare σχετικά με τα δικαιώματά σας*. Όλοι οι εγγεγραμμένοι στο Medicare λαμβάνουν αντίγραφο αυτής της ειδοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Εάν δεν λάβετε την ειδοποίηση από κάποιον στο νοσοκομείο (για παράδειγμα, έναν υπάλληλο ή νοσοκόμα), ζητήστε την από οποιονδήποτε υπάλληλο του νοσοκομείου. Εάν χρειάζεστε βοήθεια, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Διαβάστε προσεκτικά αυτήν την ειδοποίηση και κάντε ερωτήσεις εάν δεν την καταλαβαίνετε. Σας ενημερώνει για τα εξής:**
 - Το δικαίωμά σας να λαμβάνετε υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare κατά τη διάρκεια και μετά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σύμφωνα με τις εντολές του γιατρού σας. Αυτό περιλαμβάνει το δικαίωμα να γνωρίζετε ποιες είναι αυτές οι υπηρεσίες, ποιος θα πληρώσει για αυτές και πού μπορείτε να τις λάβετε.
 - Το δικαίωμά σας να συμμετέχετε σε οποιεσδήποτε αποφάσεις σχετικά με τη διαμονή σας στο νοσοκομείο.
 - Πού να αναφέρετε τυχόν ανησυχίες που έχετε σχετικά με την ποιότητα της νοσοκομειακής σας περίθαλψης.
 - Το δικαίωμά σας να **ζητήσετε άμεση επανεξέταση** της απόφασης εξιτηρίου εάν πιστεύετε ότι παίρνετε εξιτήριο από το νοσοκομείο πολύ νωρίς. Αυτός είναι ένας επίσημος, νόμιμος τρόπος για να ζητήσετε καθυστέρηση στην ημερομηνία εξόδου σας, ώστε να καλύψουμε τη νοσοκομειακή σας περίθαλψη για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- 2. Θα σας ζητηθεί να υπογράψετε τη γραπτή ειδοποίηση για να δείξετε ότι την λάβατε και να κατανοήσετε τα δικαιώματά σας.**
 - Εσείς ή κάποιος που ενεργεί για λογαριασμό σας θα σας ζητηθεί να υπογράψετε την ειδοποίηση.
 - Η υπογραφή της ειδοποίησης δείχνει **μόνο** ότι έχετε λάβει τις πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας. Η ειδοποίηση δεν αναφέρει την ημερομηνία εξιτηρίου σας. Η υπογραφή της ειδοποίησης **δεν σημαίνει** ότι συμφωνείτε για την ημερομηνία εξιτηρίου.
- 3. Κρατήστε πρόχειρο το αντίγραφο** της ειδοποίησης, ώστε να έχετε τις πληροφορίες σχετικά με την υποβολή του αιτήματος επανεξέτασης (ή την αναφορά ανησυχίας σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης) εάν το χρειάζεστε.
 - Εάν υπογράψετε την ειδοποίηση περισσότερες από δύο ημέρες πριν από την ημερομηνία εξιτηρίου σας, θα λάβετε άλλο αντίγραφο πριν από την προγραμματισμένη απόλυση.
 - Για να δείτε ένα αντίγραφο αυτής της ειδοποίησης εκ των προτέρων, μπορείτε να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY θα πρέπει να καλέσουν στο 1-877-486-2048. Μπορείτε επίσης να δείτε την προκήρυξη διαδικτυακά στη διεύθυνση www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Τμήμα 8.2**Βήμα προς βήμα: Πώς να κάνετε ένσταση επιπέδου 1 για να αλλάξετε την ημερομηνία εξιτηρίου σας**

Εάν θέλετε να ζητήσετε να καλυφθούν οι ενδονοσοκομειακές σας υπηρεσίες από εμάς για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, θα πρέπει να χρησιμοποιήσετε τη διαδικασία επανεξέτασης για να υποβάλετε αυτό το αίτημα. Πριν ξεκινήσετε, κατανοήστε τι πρέπει να κάνετε και ποιες είναι οι προθεσμίες.

- **Ακολουθήστε τη διαδικασία.**
- **Τηρήστε τις προθεσμίες.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- **Ζητήστε βοήθεια εάν τη χρειάζεστε.** Εάν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια ανά πάσα στιγμή, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Ή καλέστε το Πρόγραμμα Βοήθειας Κρατικής Ασφάλισης Υγείας, έναν κυβερνητικό οργανισμό που παρέχει εξατομικευμένη βοήθεια.

Κατά τη διάρκεια ενός αιτήματος Επιπέδου 1, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας εξετάζει το αίτημα επανεξέτασης. Ελέγχει εάν η προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας είναι ιατρικά κατάλληλη για εσάς.

Ο Οργανισμός Βελτίωσης της Ποιότητας είναι μια ομάδα γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να ελέγξουν και να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας για άτομα με Medicare. Αυτό περιλαμβάνει την επανεξέταση των ημερομηνιών εξόδου από το νοσοκομείο για άτομα με Medicare. Αυτοί οι εμπειρογνώμονες δεν αποτελούν μέρος του προγράμματος μας.

Βήμα 1: Επικοινωνήστε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας για την πολιτεία σας και ζητήστε άμεση επανεξέταση του εξιτηρίου σας από το νοσοκομείο. Πρέπει να δράσετε γρήγορα.

Πώς μπορείτε να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό;

- Η γραπτή ειδοποίηση που λάβατε (*Ένα σημαντικό μήνυμα από το Medicare σχετικά με τα δικαιώματά σας*) σας λέει πώς να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό. Εναλλακτικά, βρείτε το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου του Οργανισμού Βελτίωσης Ποιότητας για την πολιτεία σας στο Κεφάλαιο 2.

Δράστε γρήγορα:

- Για να υποβάλετε το αίτημά σας, πρέπει να επικοινωνήσετε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας **πριν** φύγετε από το νοσοκομείο και **πριν από τα μεσάνυχτα της ημέρας του εξιτηρίου σας**.
 - Εάν τηρήσετε αυτή την προθεσμία, μπορείτε να παραμείνετε στο νοσοκομείο **μετά** την ημερομηνία εξόδου σας **χωρίς να πληρώσετε γι' αυτό** χωρίς να πληρώσετε γι' αυτό, ενώ περιμένετε να λάβετε την απόφαση από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας.
 - Εάν **δεν** τηρήσετε αυτήν την προθεσμία και αποφασίσετε να παραμείνετε στο νοσοκομείο μετά την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας, **ίσως χρειαστεί να πληρώσετε όλα τα έξοδα** νοσοκομειακής περίθαλψης ίσως χρειαστεί να πληρώσετε όλα τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης που λαμβάνετε μετά την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας.

Μόλις ζητήσετε άμεση επανεξέταση του εξιτηρίου σας από το νοσοκομείο, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας θα επικοινωνήσει μαζί μας. Μέχρι το μεσημέρι της επόμενης ημέρας από την επικοινωνία μαζί μας, θα σας δώσουμε μια **Λεπτομερή Ειδοποίηση Εξιτηρίου**. Αυτή η ειδοποίηση δίνει την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας και εξηγεί λεπτομερώς τους λόγους για τους οποίους ο γιατρός σας, το νοσοκομείο και εμείς πιστεύουμε ότι είναι σωστό (ιατρικά κατάλληλο) να πάρετε εξιτήριο εκείνη την ημερομηνία.

Μπορείτε να λάβετε ένα δείγμα της **Λεπτομερούς Ειδοποίησης Εξιτηρίου** καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY θα πρέπει να καλέσουν στο 1-877-486-2048. Ή μπορείτε να δείτε ένα δείγμα ειδοποίησης διαδικτυακά στη διεύθυνση www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Βήμα 2: Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας διεξάγει ανεξάρτητη επανεξέταση της υπόθεσής σας.

- Οι επαγγελματίες υγείας στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας (οι υπεύθυνοι επανεξέτασης) θα ρωτήσουν εσάς ή τον εκπρόσωπό σας για ποιους λόγους πιστεύετε ότι η κάλυψη για τις υπηρεσίες πρέπει να συνεχιστεί. Δεν χρειάζεται να προετοιμάσετε τίποτα γραπτώς, αλλά μπορείτε να το κάνετε εάν το επιθυμείτε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

- Οι υπεύθυνοι επανεξέτασης θα εξετάσουν επίσης τις ιατρικές σας πληροφορίες, θα μιλήσουν με το γιατρό σας και θα αναθεωρήσουν τις πληροφορίες που τους έχουμε δώσει το νοσοκομείο και εμείς.
- Μέχρι το μεσημέρι της ημέρας που οι υπεύθυνοι επανεξέτασης μάς ενημέρωσαν για το αίτημά σας, θα λάβετε γραπτή ειδοποίηση από εμάς που θα αναφέρει την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου. Αυτή η ειδοποίηση εξηγεί επίσης λεπτομερώς τους λόγους για τους οποίους ο γιατρός σας, το νοσοκομείο και εμείς πιστεύουμε ότι είναι σωστό (ιατρικά κατάλληλο) να πάρετε εξιτήριο εκείνη την ημερομηνία.

Βήμα 3: Εντός μίας ολόκληρης ημέρας αφού λάβει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας θα σας δώσει την απάντησή του στην ένστασή σας.

Τι θα συμβεί εάν η απάντηση είναι θετική;

- Εάν ο οργανισμός αναθεώρησης πει ναι, **πρέπει να συνεχίσουμε να παρέχουμε τις καλυπτόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες σας για όσο διάστημα αυτές οι υπηρεσίες είναι ιατρικά απαραίτητες.**
- Θα πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το δικό σας μέρος των εξόδων (όπως εκπιπτόμενα ποσά ή συμμετοχές, κατά περίπτωση). Επιπλέον, ενδέχεται να υπάρχουν περιορισμοί στις καλυπτόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες σας.

Τι θα συμβεί εάν η απάντηση είναι αρνητική;

- Εάν ο οργανισμός επανεξέτασης πει όχι, θεωρεί ότι η προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας είναι ιατρικά κατάλληλη. Εάν συμβεί αυτό, **η κάλυψή μας για τις νοσοκομειακές σας υπηρεσίες θα λήξει το μεσημέρι της ημέρας μετά την απάντηση του Οργανισμού Βελτίωσης Ποιότητας στην ένστασή σας.**
- Εάν ο οργανισμός επανεξέτασης πει όχι στην ένστασή σας και αποφασίσετε να παραμείνετε στο νοσοκομείο, τότε **ίσως χρειαστεί να πληρώσετε το πλήρες κόστος** της νοσοκομειακής περίθαλψης που λαμβάνετε μετά το μεσημέρι της επόμενης ημέρας από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας που σας δίνει την απάντησή του στην ένστασή σας.

Βήμα 4: Αν η απάντηση στην ένσταση επιπέδου 1 είναι αρνητική, εσείς αποφασίζετε αν θέλετε να υποβάλετε νέα ένσταση.

- Εάν ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας έχει πει όχι στην ένστασή σας, **και παραμείνετε στο νοσοκομείο μετά την προγραμματισμένη ημερομηνία εξόδου σας, τότε μπορείτε να υποβάλετε νέα ένσταση.** Η υποβολή νέας ένστασης σημαίνει ότι μεταβαίνετε στο επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης.

Τμήμα 8.3	Βήμα προς βήμα: Πώς να κάνετε ένσταση επιπέδου 2 για να αλλάξετε την ημερομηνία εξιτηρίου σας
------------------	--

Κατά τη διάρκεια μιας ένστασης επιπέδου 2, ζητάτε από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας να εξετάσει εκ νέου την απόφασή του σχετικά με την πρώτη σας ένσταση. Εάν ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας απορρίψει το αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε ολόκληρο το κόστος για τη διαμονή σας μετά την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας.

Βήμα 1: Επικοινωνήστε ξανά με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας και ζητήστε εν νέου επανεξέταση.

- Πρέπει να ζητήσετε αυτήν την αναθεώρηση **εντός 60 ημερολογιακών ημερών** από την ημέρα που ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας απέρριψε το αίτημα επανεξέτασης Επιπέδου 1. Μπορείτε να ζητήσετε αυτήν την επανεξέταση μόνο εάν παραμείνετε στο νοσοκομείο μετά την ημερομηνία λήξης της κάλυψής σας για τη φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Βήμα 2: Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας κάνει μια δεύτερη επανεξέταση της κατάστασής σας.

- Οι αναθεωρητές στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας θα εξετάσουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με το αίτημα επανεξέτασης.

Βήμα 3: Εντός 14 ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή του αιτήματός σας για ένσταση επιπέδου 2, οι αναθεωρητές θα αποφασίσουν σχετικά με το αίτημα επανεξέτασης και θα σας ενημερώσουν για την απόφασή τους.

Εάν ο οργανισμός αξιολόγησης πει ναι:

- **Πρέπει να σας επιστρέψουμε** το μερίδιό μας στα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης που λάβατε από το μεσημέρι της επομένης της ημερομηνίας απόρριψης της πρώτης προσφυγής σας από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας. **Πρέπει να συνεχίσουμε να παρέχουμε κάλυψη για την ενδονοσοκομειακή νοσοκομειακή σας περίθαλψη για όσο χρονικό διάστημα είναι ιατρικά απαραίτητο.**
- Πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το μερίδιό σας στο κόστος και ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί κάλυψης.

Εάν ο οργανισμός αξιολόγησης πει όχι:

- Αυτό σημαίνει ότι συμφωνούν με την απόφαση που έλαβαν σχετικά με το αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1.
- Η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας πει γραπτώς τι μπορείτε να κάνετε εάν επιθυμείτε να συνεχίσετε τη διαδικασία επανεξέτασης.

Βήμα 4: Εάν η απάντηση είναι αρνητική, θα πρέπει να αποφασίσετε αν θέλετε να προωθήσετε περαιτέρω το αίτημα επανεξέτασής σας προχωρώντας στο επίπεδο 3.

- Υπάρχουν τρία επιπλέον επίπεδα στη διαδικασία επανεξέτασης μετά το επίπεδο 2 (για συνολικά πέντε επίπεδα επανεξέτασης). Εάν θέλετε να προσφύγετε σε αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 3, οι λεπτομέρειες σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό βρίσκονται στη γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε μετά την απόφαση επανεξέτασης επιπέδου 2.
- Η επανεξέταση επιπέδου 3 πραγματοποιείται από δικαστή διοικητικού δικαίου ή δικηγόρο. Η **ενότητα 10** αυτού του κεφαλαίου λέει περισσότερα για τα επίπεδα 3, 4 και 5 της διαδικασίας επανεξέτασης.

ΤΜΗΜΑ 9 Πώς να μας ζητήσετε να συνεχίσουμε να καλύπτουμε ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες εάν πιστεύετε ότι η κάλυψή σας λήγει πολύ σύντομα

Τμήμα 9.1	Αυτή η ενότητα αφορά μόνο τρεις υπηρεσίες: Υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι, εξειδικευμένη φροντίδα νοσηλευτικών εγκαταστάσεων και ολοκληρωμένες υπηρεσίες αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών (CORF)
------------------	--

Όταν καλύπτεστε από υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ή φροντίδα αποκατάστασης (Ολοκληρωμένη Μονάδα Αποκατάστασης Εξωτερικών Ασθενών), έχετε το δικαίωμα να συνεχίσετε να λαμβάνετε τις υπηρεσίες σας για αυτόν τον τύπο φροντίδας για όσο διάστημα η φροντίδα απαιτείται για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας ή του τραυματισμού σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Όταν αποφασίσουμε ότι είναι καιρός να σταματήσουμε να καλύπτουμε οποιονδήποτε από τους τρεις τύπους φροντίδας για εσάς, είμαστε υποχρεωμένοι να σας ενημερώσουμε εκ των προτέρων. Όταν λήξει η κάλυψή σας για αυτή τη φροντίδα, **θα σταματήσουμε να πληρώνουμε για τη φροντίδα σας.**

Εάν πιστεύετε ότι τερματίζουμε την κάλυψη της περίθαλψής σας πολύ νωρίς, **μπορείτε να υποβάλετε ένσταση κατά της απόφασής μας.** Αυτή η ενότητα σας εξηγεί πώς μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης.

Τμήμα 9.2 Θα σας ενημερώσουμε εκ των προτέρων πότε θα λήξει η κάλυψή σας

Νομικοί όροι

«Ειδοποίηση μη κάλυψης Medicare.» Σας λέει πώς μπορείτε να ζητήσετε μια «ταχεία επανεξέταση». Το αίτημα επανεξέτασης με ταχεία διαδικασία είναι ένας επίσημος, νόμιμος τρόπος για να ζητήσετε αλλαγή στην απόφαση κάλυψής μας σχετικά με το πότε θα σταματήσετε τη φροντίδα σας.

1. **Λαμβάνετε γραπτή ειδοποίηση** τουλάχιστον δύο ημέρες πριν το πρόγραμμά μας σταματήσει να καλύπτει τη φροντίδα σας. Η ειδοποίησή σας ενημερώνει για:
 - Την ημερομηνία κατά την οποία θα σταματήσουμε να καλύπτουμε την περίθαλψή σας.
 - Το πώς να ζητήσετε μια «ταχεία επανεξέταση» για να μας ζητήσετε να συνεχίσουμε να καλύπτουμε τη φροντίδα σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
2. **Εσείς, ή κάποιος που ενεργεί για λογαριασμό σας, θα χρειαστεί να υπογράψετε τη γραπτή ειδοποίηση για να δείξετε ότι την λάβατε.** Υπογράφοντας την ειδοποίηση δείχνεται απλώς ότι έχετε λάβει τις πληροφορίες σχετικά με το πότε θα σταματήσει η κάλυψή σας. **Η υπογραφή δεν σημαίνει ότι συμφωνείτε με την απόφαση του προγράμματος να σταματήσει η φροντίδα.**

Τμήμα 9.3 Βήμα προς βήμα: Πώς να κάνετε έκκληση επιπέδου 1 ώστε το πρόγραμμά μας να παρέχει κάλυψη της περίθαλψής σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα

Εάν θέλετε να μας ζητήσετε να καλύψουμε τη φροντίδα σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, θα χρειαστεί να χρησιμοποιήσετε τη διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης για να υποβάλετε αυτό το αίτημα. Πριν ξεκινήσετε, κατανοήστε τι πρέπει να κάνετε και ποιες είναι οι προθεσμίες.

- **Ακολουθήστε τη διαδικασία.**
- **Τηρήστε τις προθεσμίες.**
- **Ζητήστε βοήθεια εάν τη χρειάζεστε.** Εάν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια ανά πάσα στιγμή, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Ή καλέστε το Πρόγραμμα Βοήθειας Κρατικής Ασφάλισης Υγείας, έναν κυβερνητικό οργανισμό που παρέχει εξατομικευμένη βοήθεια.

Κατά τη διάρκεια ενός αιτήματος Επιπέδου 1, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας εξετάζει το αίτημα επανεξέτασης. Αποφασίζει εάν η ημερομηνία λήξης για τη φροντίδα σας είναι ιατρικά κατάλληλη.

Ο Οργανισμός Βελτίωσης της Ποιότητας είναι μια ομάδα γιατρών και άλλων εμπειρογνομόνων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να ελέγξουν και να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας για άτομα με Medicare. Αυτό περιλαμβάνει την αναθεώρηση των αποφάσεων του προγράμματος σχετικά με το πότε είναι ώρα να σταματήσετε να καλύπτετε ορισμένα είδη ιατρικής περίθαλψης. Αυτοί οι εμπειρογνώμονες δεν αποτελούν μέρος του προγράμματος μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Βήμα 1: Υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1: επικοινωνήστε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας και ζητήστε ταχεία ένσταση. Πρέπει να δράσετε γρήγορα.

Πώς μπορείτε να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό;

- Η γραπτή ειδοποίηση που λάβατε (*Ειδοποίηση μη κάλυψης Medicare*) σας λέει πώς να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό. Εναλλακτικά, βρείτε το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου του Οργανισμού Βελτίωσης Ποιότητας για την πολιτεία σας στο Κεφάλαιο 2.
- Πώς μπορείτε να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό

• Δράστε γρήγορα:

- Πρέπει να επικοινωνήσετε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας για να ξεκινήσετε το αίτημα επανεξέτασής σας **μέχρι τις 12 μ.μ. της ημέρας πριν από την ημερομηνία έναρξης ισχύος** στην ειδοποίηση μη κάλυψης Medicare.

Βήμα 2: Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας διεξάγει ανεξάρτητη επανεξέταση της υπόθεσής σας.

Νομικός όρος
«Λεπτομερής εξήγηση της μη κάλυψης». Ειδοποίηση που παρέχει λεπτομέρειες σχετικά με τους λόγους τερματισμού της κάλυψης.

Τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια αυτής της επανεξέτασης;

- Οι επαγγελματίες υγείας στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας («οι υπεύθυνοι επανεξέτασης») θα ρωτήσουν εσάς ή τον εκπρόσωπό σας για ποιους λόγους πιστεύετε ότι η κάλυψη για τις υπηρεσίες πρέπει να συνεχιστεί. Δεν χρειάζεται να προετοιμάσετε τίποτα γραπτώς, αλλά μπορείτε να το κάνετε εάν το επιθυμείτε.
- Ο οργανισμός αναθεώρησης θα εξετάσει επίσης τις ιατρικές σας πληροφορίες, θα μιλήσει με το γιατρό σας και θα επανεξετάσει τις πληροφορίες που τους έχει δώσει το πρόγραμμά μας.
- Μέχρι το τέλος της ημέρας κατά την οποία οι υπεύθυνοι θα μας ενημερώσουν για την ένστασή σας, θα λάβετε από εμάς τη **λεπτομερή εξήγηση της μη κάλυψης**, η οποία εξηγεί λεπτομερώς τους λόγους για τους οποίους τερματίσαμε την κάλυψή μας για τις υπηρεσίες σας.

Βήμα 3: Εντός ενός 24ώρου αφού έχουν όλες τις πληροφορίες που απαιτούνται, οι υπεύθυνοι της επανεξέτασης θα σας πουν την απόφασή τους.

Τι θα συμβεί αν οι υπεύθυνοι επανεξέτασης εγκρίνουν το αίτημα;

- Εάν το αίτημά σας *εγκριθεί*, τότε **πρέπει να συνεχίσουμε να παρέχουμε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας για όσο διάστημα είναι ιατρικά απαραίτητο.**
- Θα πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το δικό σας μέρος των εξόδων (όπως εκπιπτόμενα ποσά ή συμμετοχές, κατά περίπτωση). Ενδέχεται να υπάρχουν περιορισμοί στις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας.

Τι θα συμβεί αν οι υπεύθυνοι επανεξέτασης απορρίψουν το αίτημα;

- Εάν το αίτημά σας *απορριφθεί*, τότε **η κάλυψή σας θα λήξει την ημερομηνία που σας έχουμε πει.**
- Εάν αποφασίσετε να συνεχίσετε να λαμβάνετε υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι ή φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτικής μονάδας ή ολοκληρωμένες υπηρεσίες αποκατάστασης ασθενούς σε εξωτερικά ιατρεία (CORF) **μετά από αυτήν την ημερομηνία όταν λήξει η κάλυψή σας, τότε θα πρέπει να πληρώσετε μόνοι σας το πλήρες κόστος** αυτής της φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Βήμα 4: Αν η απάντηση στην ένσταση επιπέδου 1 είναι αρνητική, εσείς αποφασίζετε αν θέλετε να υποβάλετε νέα ένσταση.

- Εάν οι υπεύθυνοι αναθεώρησης πουν όχι στην ένσταση επιπέδου 1 και επιλέξετε να συνεχίσετε να λαμβάνετε φροντίδα μετά τη λήξη της κάλυψής σας για την περίθαλψη, τότε μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης επιπέδου 2.

Τμήμα 9.4	Βήμα προς βήμα: Πώς να κάνετε έκκληση επιπέδου 2 ώστε το πρόγραμμά μας να παρέχει κάλυψη της περίθαλψής σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα
------------------	--

Κατά τη διάρκεια ενός αιτήματος επανεξέτασης επιπέδου 2, ζητάτε από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας να εξετάσει εκ νέου την απόφασή του σχετικά με την πρώτη σας ένσταση. Εάν ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας απορρίψει το αίτημά σας στο Επίπεδο 2, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε το πλήρες κόστος για την υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι σας ή την εξειδικευμένη φροντίδα νοσηλευτικών εγκαταστάσεων ή τις υπηρεσίες Ολοκληρωμένης Εγκατάστασης Αποκατάστασης Εξωτερικών Ασθενών (CORF) μετά την ημερομηνία που είπαμε ότι η κάλυψή σας θα λήξει.

Βήμα 1: Επικοινωνήστε ξανά με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας και ζητήστε εν νέου επανεξέταση.

- Πρέπει να ζητήσετε αυτήν την αναθεώρηση εντός 60 ημερών από την ημέρα που ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας είπε όχι στο αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1. Μπορείτε να ζητήσετε αυτήν την αναθεώρηση μόνο εάν συνεχίσατε να λαμβάνετε φροντίδα μετά την ημερομηνία λήξης της κάλυψής σας για τη φροντίδα.

Βήμα 2: Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας κάνει μια δεύτερη επανεξέταση της κατάστασής σας.

- Οι αναθεωρητές στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας θα εξετάσουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με το αίτημα επανεξέτασης.

Βήμα 3: Εντός 14 ημερών από την παραλαβή του αιτήματος επανεξέτασης, οι αναθεωρητές θα αποφασίσουν σχετικά με το αίτημα επανεξέτασης και θα σας ενημερώσουν για την απόφασή τους.

Τι θα συμβεί εάν ο οργανισμός αξιολόγησης πει ναι;

- Πρέπει να σας επιστρέψουμε το μερίδιό μας στα έξοδα περίθαλψης που έχετε λάβει από την ημερομηνία κατά την οποία είπαμε ότι η κάλυψή σας θα λήξει. Πρέπει να συνεχίσουμε να παρέχουμε κάλυψη για την περίθαλψη για όσο διάστημα είναι ιατρικά απαραίτητο.
- Πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το μερίδιό σας στο κόστος και ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί κάλυψης.

Τι θα συμβεί εάν ο οργανισμός αξιολόγησης πει όχι;

- Αυτό σημαίνει ότι συμφωνούν με την απόφαση που έλαβαν σχετικά με το αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1.
- Η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας πει γραπτώς τι μπορείτε να κάνετε εάν επιθυμείτε να συνεχίσετε τη διαδικασία επανεξέτασης. Θα σας δώσει τις λεπτομέρειες σχετικά με το πώς να προχωρήσετε στο επόμενο επίπεδο αιτήματος επανεξέτασης, το οποίο χειρίζεται ένας δικαστής διοικητικού δικαίου ή ένας δικαστής δικηγόρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Βήμα 4: Εάν η απάντηση είναι αρνητική, θα πρέπει να αποφασίσετε αν θέλετε να προωθήσετε περαιτέρω το αίτημά σας.

- Υπάρχουν τρία επιπλέον επίπεδα επανεξέτασης μετά το επίπεδο 2, για συνολικά πέντε επίπεδα επανεξέτασης. Εάν θέλετε να προχωρήσετε σε επανεξέταση επιπέδου 3, οι λεπτομέρειες για τη σχετική διαδικασία βρίσκονται στη γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε μετά την απόφαση επανεξέτασης επιπέδου 2.
- Η επανεξέταση επιπέδου 3 πραγματοποιείται από δικαστή διοικητικού δικαίου ή δικηγόρο. **Ηενότητα 10** αυτού του κεφαλαίου δίνει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία για αιτήματα επανεξέτασης επιπέδου 3, 4 και 5.

ΤΜΗΜΑ 10 Μεταφορά της έκκλησής σας στο επίπεδο 3 και μετά

Τμήμα 10.1 Επίπεδα επανεξέτασης 3 και 4 για αιτήματα ιατρικών υπηρεσιών

Αυτή η ενότητα μπορεί να είναι κατάλληλη για εσάς, αν έχετε υποβάλει αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1 και αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2 και έχουν απορριφθεί και τα δύο αιτήματά σας. Η επιστολή που θα λάβετε από το Ενιαίο Γραφείο Διοικητικών Ακροάσεων (ΙΑΗΟ) θα σας πει τι πρέπει να κάνετε εάν επιθυμείτε να συνεχίσετε τη διαδικασία προσφυγής.

Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας προσφυγής, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Ανεξάρτητο Δίκτυο Συνηγορίας Καταναλωτών (ICAN). Ο αριθμός τηλεφώνου είναι 1-844-614-8800.

Αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 3 Το Συμβούλιο Προσφυγών Medicare (Συμβούλιο) θα εξετάσει το αίτημά σας και θα σας δώσει απάντηση. Το Συμβούλιο είναι φορέας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης.

- Εάν η απάντηση είναι ναι, ή εάν το Συμβούλιο αρνηθεί το αίτημά μας να επανεξετάσει μια ευνοϊκή απόφαση αιτήματος επανεξέτασης επιπέδου 3, η διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης μπορεί να έχει τελειώσει ή όχι.** Σε αντίθεση με μια απόφαση στο Επίπεδο 2, έχουμε το δικαίωμα να ασκήσουμε έφεση κατά μιας απόφασης Επιπέδου 3 που είναι ευνοϊκή για εσάς. Θα αποφασίσουμε αν θα ασκήσουμε έφεση κατά αυτής της απόφασης στο Επίπεδο 4.
 - Εάν αποφασίσουμε να μην ασκήσουμε έφεση κατά της απόφασης, πρέπει να εγκρίνουμε ή να σας παράσχουμε την ιατρική περίθαλψη εντός 60 ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή της απόφασης του Συμβουλίου.
 - Εάν αποφασίσουμε να ασκήσουμε έφεση κατά της απόφασης, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς.
- Εάν η απάντηση είναι αρνητική ή εάν το Συμβούλιο απορρίψει το αίτημα επανεξέτασης, η διαδικασία προσφυγής μπορεί να έχει ολοκληρωθεί ή όχι.**
 - Αν αποφασίσετε να αποδεχτείτε αυτήν την απόφαση που απορρίπτει το αίτημα επανεξέτασής σας, η διαδικασία επανεξέτασης έχει ολοκληρωθεί.
 - Εάν δεν θέλετε να αποδεχτείτε την απόφαση, ενδέχεται να μπορείτε να συνεχίσετε στο επόμενο επίπεδο της διαδικασίας επανεξέτασης. Εάν το Συμβούλιο απορρίψει το αίτημά σας, η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας ενημερώσει εάν οι κανόνες σας επιτρέπουν να προχωρήσετε σε επανεξέταση επιπέδου 4 και πώς να συνεχίσετε με επανεξέταση επιπέδου 4.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 4 Ένας δικαστής στο Ομοσπονδιακό Περιφερειακό Δικαστήριο θα εξετάσει το αίτημά σας.

- Ο δικαστής θα εξετάσει όλες τις πληροφορίες και θα αποφασίσει να *δεχτεί* ή να *απορρίψει* το αίτημά σας. Αυτή είναι η οριστική απάντηση. Δεν υπάρχουν περαιτέρω επίπεδα έφεσης μετά το Ομοσπονδιακό Περιφερειακό Δικαστήριο.

Τμήμα 10.2	Πρόσθετα αιτήματα επανεξέτασης Medicaid
-------------------	--

Έχετε επίσης άλλα δικαιώματα προσφυγής εάν η έφεσή σας αφορά υπηρεσίες ή αντικείμενα που συνήθως καλύπτεται το Medicaid. Η επιστολή που θα λάβετε από το γραφείο δίκαιης ακρόασης θα σας πει τι πρέπει να κάνετε εάν επιθυμείτε να συνεχίσετε τη διαδικασία προσφυγής.

Τμήμα 10.3	Επίπεδα επανεξέτασης 3, 4 και 5 για αιτήματα φαρμάκων Μέρους Δ
-------------------	---

Αυτή η ενότητα μπορεί να είναι κατάλληλη για εσάς, αν έχετε υποβάλει αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 1 και αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2 και έχουν απορριφθεί και τα δύο αιτήματά σας.

Εάν η αξία του φαρμάκου για το οποίο έχετε υποβάλει αίτημα επανεξέτασης πληροί ένα συγκεκριμένο ποσό σε δολάρια, μπορεί να είστε σε θέση να προχωρήσετε σε πρόσθετα επίπεδα έφεσης. Εάν το ποσό σε δολάρια είναι μικρότερο, δεν μπορείτε να ασκήσετε περαιτέρω έφεση. Η γραπτή απάντηση που θα λάβετε στο αίτημα επανεξέτασης επιπέδου 2 θα εξηγή με ποιον να επικοινωνήσετε και τι να κάνετε για να ζητήσετε επανεξέταση επιπέδου 3.

Για τις περισσότερες περιπτώσεις που αφορούν αιτήματα επανεξέτασης, τα τρία τελευταία επίπεδα επανεξέτασης λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο. Δείτε ποιος χειρίζεται τον έλεγχο της επανεξέτασης σας σε καθένα από αυτά τα επίπεδα.

Ένσταση επιπέδου 3	Ένας δικαστής διοικητικού δικαίου ή ένας δικαστής δικηγόρου που εργάζεται για την ομοσπονδιακή κυβέρνηση θα εξετάσει το αίτημά σας και θα σας δώσει μια απάντηση.
---------------------------	---

- Εάν η απάντηση είναι ναι, η διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης έχει ολοκληρωθεί. Πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την κάλυψη φαρμάκων που εγκρίθηκε από τον δικαστή διοικητικού δικαίου ή τον δικηγόρο δικαστή εντός 72 ωρών (24 ωρών για ταχείες επανεξετάσεις) ή να προβούμε σε πληρωμή το αργότερο 30 ημερολογιακές ημέρες μετά την παραλαβή της απόφασης.
- Εάν η απάντηση είναι όχι, η διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης μπορεί να έχει ή να μην έχει ολοκληρωθεί.
 - Αν αποφασίσετε να αποδεχτείτε αυτήν την απόφαση που απορρίπτει το αίτημα επανεξέτασής σας, η διαδικασία επανεξέτασης έχει ολοκληρωθεί.
 - Εάν δεν θέλετε να αποδεχτείτε την απόφαση, μπορείτε να συνεχίσετε στο επόμενο επίπεδο της διαδικασίας επανεξέτασης. Η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας πει τι πρέπει να κάνετε για ένα αίτημα έφεσης επιπέδου 4.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)**Ένσταση επιπέδου 4**

Το Συμβούλιο ενστάσεων Medicare (Συμβούλιο) θα εξετάσει το αίτημα επανεξέτασής σας και θα σας δώσει απάντηση. Το Συμβούλιο είναι φορέας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης.

- Εάν η απάντηση είναι ναι, η διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης έχει ολοκληρωθεί. Πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την κάλυψη φαρμάκων που εγκρίθηκε από το Συμβούλιο εντός 72 ωρών (24 ώρες για εσπευσμένες ενστάσεις) ή να πραγματοποιήσουμε πληρωμή το αργότερο 30 ημερολογιακές ημέρες μετά τη λήψη της απόφασης.
- Εάν η απάντηση είναι όχι, η διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης μπορεί να έχει ή να μην έχει ολοκληρωθεί.
 - Αν αποφασίσετε να αποδεχτείτε αυτήν την απόφαση που απορρίπτει το αίτημα επανεξέτασής σας, η διαδικασία επανεξέτασης έχει ολοκληρωθεί.
 - Εάν δεν θέλετε να αποδεχτείτε την απόφαση, ενδέχεται να μπορείτε να συνεχίσετε στο επόμενο επίπεδο της διαδικασίας επανεξέτασης. Εάν το Συμβούλιο πει απορρίπτει το αίτημά σας ή απορρίπτει το αίτημά σας για επανεξέταση του αιτήματός σας, η ανακοίνωση θα σας ενημερώσει εάν οι κανόνες σας επιτρέπουν να προχωρήσετε σε αίτημα επιπέδου 5. Θα σας πει επίσης με ποιον να επικοινωνήσετε και τι να κάνετε στη συνέχεια, αν επιλέξετε να συνεχίσετε με το αίτημά σας.

Αίτημα ένστασης επιπέδου 5

Ένας δικαστής στο Ομοσπονδιακό Περιφερειακό Δικαστήριο θα επανεξετάσει την ένστασή σας.

- Ο δικαστής θα εξετάσει όλες τις πληροφορίες και θα αποφασίσει να δεχτεί ή να απορρίψει το αίτημά σας. Αυτή είναι η οριστική απάντηση. Δεν υπάρχουν περαιτέρω επίπεδα έφεσης μετά το Ομοσπονδιακό Περιφερειακό Δικαστήριο.

ΤΜΗΜΑ 11 Πώς να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας, τους χρόνους αναμονής, την εξυπηρέτηση πελατών ή άλλες ανησυχίες

Τμήμα 11.1 Τι είδους προβλήματα αντιμετωπίζονται από τη διαδικασία καταγγελίας;

Η διαδικασία καταγγελίας χρησιμοποιείται μόνο για ορισμένους τύπους προβλημάτων. Αυτό περιλαμβάνει προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα της φροντίδας, τους χρόνους αναμονής και την εξυπηρέτηση πελατών. Ακολουθούν παραδείγματα των ειδών προβλημάτων που αντιμετωπίζονται από τη διαδικασία καταγγελίας.

Παράπονο	Παράδειγμα
Ποιότητα της ιατρικής σας περίθαλψης	• Είστε δυσαρεστημένοι με την ποιότητα της φροντίδας που έχετε λάβει (συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης στο νοσοκομείο);
Σεβασμός της ιδιωτικότητάς σας	• Μήπως κάποιος δεν σεβάστηκε το δικαίωμά σας στην ιδιωτική ζωή ή δεν μοιράστηκε εμπιστευτικές πληροφορίες;
Έλλειψη σεβασμού, κακή εξυπηρέτηση πελατών ή άλλες αρνητικές συμπεριφορές	• Υπήρξε κάποιος αγενής ή ασεβής απέναντί σας; • Είστε δυσαρεστημένοι με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών μας; • Αισθάνεστε ότι ενθαρρύνετε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμα;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)

Παράπονο	Παράδειγμα
Χρόνοι αναμονής	- Δυσκολεύεστε να κλείσετε ραντεβού ή περιμένετε πολύ καιρό για να το λάβετε; - Είστε πολύ καιρό σε αναμονή για γιατρούς, φαρμακοποιούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας; Ή από το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών μας ή άλλο προσωπικό στο πρόγραμμα; - Παραδείγματα περιλαμβάνουν την αναμονή πάρα πολύ στο τηλέφωνο, στην αίθουσα αναμονής ή εξετάσεων ή στη λήψη συνταγής.
Καθαριότητα	Είστε δυσαρεστημένοι με την καθαριότητα ή την κατάσταση μιας κλινικής, νοσοκομείου ή ιατρείου;
Πληροφορίες που λαμβάνετε από εμάς	- Δεν σας ειδοποιήσαμε σχετικά; - Είναι δυσνόητες οι γραπτές πληροφορίες μας;
Επικαιρότητα (Αυτοί οι τύποι καταγγελιών σχετίζονται όλοι με την επικαιρότητα των ενεργειών μας που σχετίζονται με αποφάσεις κάλυψης και προσφυγές)	Εάν έχετε ζητήσει απόφαση κάλυψης ή έχετε υποβάλει ένσταση και πιστεύετε ότι δεν ανταποκρινόμαστε αρκετά γρήγορα, μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με τη βραδύτητά μας. Ακολουθούν παραδείγματα: - Μας ζητήσατε μια «απόφαση γρήγορης κάλυψης» ή μια «ταχεία επανεξέταση» και είπαμε όχι. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία. - Πιστεύετε ότι δεν τηρούμε τις προθεσμίες για αποφάσεις κάλυψης ή προσφυγές. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία. - Πιστεύετε ότι δεν τηρούμε τις προθεσμίες για την κάλυψη ή την επιστροφή χρημάτων για ορισμένα ιατρικά είδη ή υπηρεσίες ή φάρμακα που εγκρίθηκαν. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία. - Πιστεύετε ότι δεν τηρήσαμε τις απαιτούμενες προθεσμίες για τη διαβίβαση της υπόθεσής σας στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία.

Τμήμα 11.2 Πώς να υποβάλετε καταγγελία
Νομικοί όροι

- Μία «καταγγελία» ονομάζεται επίσης «παράπονο».
- Η «υποβολή καταγγελίας» ονομάζεται επίσης «υποβολή παραπόνου».
- Η «χρήση της διαδικασίας για καταγγελίες» ονομάζεται επίσης «χρήση της διαδικασίας υποβολής παραπόνου».
- Μια «γρήγορη καταγγελία» ονομάζεται επίσης «ταχεία καταγγελία».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)**Τμήμα 11.3 Βήμα προς βήμα: Υποβολή καταγγελίας****Βήμα 1: Επικοινωνήστε μαζί μας άμεσα – είτε τηλεφωνικά είτε γραπτώς.**

- **Συνήθως, η κλήση στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών είναι το πρώτο βήμα.** Εάν υπάρχει κάτι άλλο που πρέπει να κάνετε, το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών θα σας ενημερώσει.
- Εάν δεν επιθυμείτε να καλέσετε (ή καλέσατε και δεν μείνατε ικανοποιημένοι), μπορείτε να υποβάλετε το παράπονό σας γραπτώς και να μας το στείλετε. Εάν υποβάλετε την καταγγελία σας γραπτώς, θα απαντήσουμε γραπτώς στην καταγγελία σας.
- Θα προσπαθήσουμε να επιλύσουμε το παράπονό σας μέσω τηλεφώνου. Εάν ζητήσετε γραπτή απάντηση, υποβάλετε γραπτό παράπονο ή το παράπονό σας σχετίζεται με την ποιότητα της περίθαλψης, θα σας απαντήσουμε γραπτώς. Εάν δεν μπορούμε να επιλύσουμε το παράπονό σας μέσω τηλεφώνου, έχουμε μια επίσημη διαδικασία για να εξετάσουμε τα παράπονά σας. Αυτό το ονομάζουμε Διαδικασία Παραπόνων Μελών.
- Εσείς, ή ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός σας, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε ένα γρήγορο παράπονο κάθε φορά που το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) λαμβάνει παράταση στη λήψη απόφασης ή επανεξέτασης οργανισμού ή όταν απορρίπτουμε αίτημα επίσπευσης καθορισμού ή επανεξέτασης οργανισμού. (Δεν μπορούμε να λάβουμε παράταση όταν λαμβάνουμε μια απόφαση κάλυψης ή αποφασίζουμε ότι ένα αίτημα επανεξέτασης αφορά ένα φάρμακο του Μέρους Β ή του Μέρους Δ.) Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα απαντήσει σε αυτά τα ταχεία παράπονα εντός (24) ωρών από την παραλαβή.
- Πρέπει να αντιμετωπίσουμε το παράπονό σας το συντομότερο δυνατό με βάση την κατάσταση της υγείας σας, αλλά όχι αργότερα από 30 ημέρες μετά την παραλαβή της καταγγελίας σας. Ενδέχεται να παρατείνουμε το χρονικό πλαίσιο έως και 14 ημέρες εάν ζητήσετε την παράταση ή εάν χρειαζόμαστε πρόσθετες πληροφορίες και η καθυστέρηση είναι προς το συμφέρον σας.
- **Είτε καλείτε είτε γράφετε, θα πρέπει να επικοινωνήσετε αμέσως με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.** Μπορείτε να υποβάλετε την καταγγελία ανά πάσα στιγμή αφού είχατε το πρόβλημα για το οποίο θέλετε να διαμαρτυρηθείτε.

Βήμα 2: Εξετάζουμε την καταγγελία σας και σας δίνουμε την απάντησή μας.

- **Εάν είναι δυνατόν, θα σας απαντήσουμε αμέσως.** Εάν μας καλέσετε με κάποιο παράπονο, ενδέχεται να είμαστε σε θέση να σας απαντήσουμε στο ίδιο τηλεφώνημα.
- **Οι περισσότερες καταγγελίες απαντώνται εντός 30 ημερολογιακών ημερών.** Εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες και η καθυστέρηση είναι προς το συμφέρον σας ή εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο, μπορεί να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες (44 ημερολογιακές ημέρες συνολικά) για να απαντήσουμε στο παράπονό σας. Εάν αποφασίσουμε να πάρουμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς.
- **Εάν υποβάλλετε καταγγελία επειδή απορρίψαμε το αίτημά σας για «απόφαση ταχείας κάλυψης» ή «ταχεία επανεξέταση», θα σας δώσουμε αυτόματα μια «ταχεία καταγγελία».** Εάν έχετε μία «ταχεία καταγγελία», αυτό σημαίνει ότι **θα σας απαντήσουμε εντός 24 ωρών.**
- **Εάν δεν συμφωνούμε με μέρος ή το σύνολο της καταγγελίας σας ή δεν αναλαμβάνουμε την ευθύνη για το πρόβλημα για το οποίο διαμαρτύρεστε,** θα συμπεριλάβουμε τους λόγους μας στην απάντησή μας προς εσάς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Τι πρέπει να κάνετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα επανεξέτασης, καταγγελίες)**Τμήμα 11.4 Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελίες σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας**

Όταν το παράπονό σας αφορά **την ποιότητα της περίθαλψης**, έχετε επίσης δύο επιπλέον επιλογές:

- **Μπορείτε να υποβάλετε το παράπονό σας απευθείας στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας.** Ο Οργανισμός Βελτίωσης της Ποιότητας είναι μια ομάδα ασκούμενων γιατρών και άλλων εμπειρογνομόνων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για τον έλεγχο και τη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς του Medicare. Το Κεφάλαιο 2 έχει στοιχεία επικοινωνίας.
- *H*
- **Μπορείτε να υποβάλετε το παράπονό σας τόσο στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας όσο και σε εμάς ταυτόχρονα.**

Τμήμα 11.5 Μπορείτε επίσης να ενημερώσετε το Medicare και το Medicaid σχετικά με την καταγγελία σας

Μπορείτε να υποβάλλετε καταγγελία για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) απευθείας στο Medicare. Για να υποβάλλετε καταγγελία στο Medicare, μεταβείτε στο www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Μπορείτε επίσης να καλέσετε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY/TDD μπορούν να καλέσουν στο 1-877-486-2048.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:

*Τερματισμός της συμμετοχής σας στο
πρόγραμμα*

ΤΜΗΜΑ 1 Εισαγωγή στον τερματισμό της συμμετοχής σας στο πρόγραμμά μας

Ο τερματισμός της συμμετοχής σας στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) μπορεί να είναι **εθελοντικός** (δική σας επιλογή) ή **ακούσιος** (όχι δική σας επιλογή):

- Μπορείτε να αφήσετε το πρόγραμμά μας επειδή έχετε αποφασίσει ότι θέλετε να φύγετε. Οι ενότητες 2 και 3 παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τον οικειοθελή τερματισμό της συνδρομής σας.
- Υπάρχουν επίσης περιορισμένες περιπτώσεις όπου δεν επιλέγετε να αποχωρήσετε, αλλά είμαστε υποχρεωμένοι να τερματίσουμε τη συμμετοχή σας. Η ενότητα 5 σας ενημερώνει για καταστάσεις στις οποίες πρέπει να τερματίσουμε τη συμμετοχή σας.

Εάν εγκαταλείπετε το πρόγραμμά μας, το πρόγραμμά μας πρέπει να συνεχίσει να παρέχει την ιατρική σας περίθαλψη και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και θα συνεχίσετε να πληρώνετε το μερίδιο κόστους σας μέχρι να λήξει η συνδρομή σας.

ΤΜΗΜΑ 2 Πότε μπορείτε να τερματίσετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας;

Τμήμα 2.1	Ενδέχεται να μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας επειδή έχετε Medicare και Medicaid
------------------	--

- Οι περισσότεροι άνθρωποι με Medicare μπορούν να τερματίσουν τη συμμετοχή τους μόνο κατά τη διάρκεια ορισμένων περιόδων του έτους. Επειδή έχετε το Medicaid, μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας στο πρόγραμμά μας οποιονδήποτε μήνα του έτους. Έχετε επίσης επιλογές για να εγγραφείτε σε ένα άλλο πρόγραμμα Medicare κάθε μήνα, συμπεριλαμβανομένων των εξής:
 - Αρχικό Medicare με ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare,
 - Αρχικό Medicare χωρίς ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare (εάν επιλέξετε αυτήν την επιλογή, η Medicare μπορεί να σας εγγράψει σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων, εκτός εάν έχετε εξαιρεθεί από την αυτόματη εγγραφή), ή
 - Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, ένα ενσωματωμένο D-SNP που παρέχει το Medicare σας και τα περισσότερα ή όλα τα οφέλη και τις υπηρεσίες του Medicaid σε ένα πρόγραμμα.

Σημείωση: Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare και δεν έχετε αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων για συνεχή περίοδο 63 ημερών ή περισσότερο, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ εάν συμμετάσχετε αργότερα σε πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

Επικοινωνήστε με το Κρατικό Γραφείο Medicaid για να μάθετε για τις επιλογές του προγράμματος Medicaid (οι αριθμοί τηλεφώνου βρίσκονται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6 αυτού του εγγράφου).

- Άλλες επιλογές προγράμματος υγείας Medicare είναι διαθέσιμες κατά τη διάρκεια της Ετήσιας Περιόδου Εγγραφής. Η ενότητα 2.2 σας λέει περισσότερα για την Ετήσια Περίοδο Εγγραφής.
- **Πότε θα λήξει η συνδρομή σας;** Η συνδρομή σας συνήθως λήγει την πρώτη ημέρα του μήνα αφού λάβουμε το αίτημά σας για αλλαγή των προγραμμάτων σας. Η εγγραφή σας στο νέο σας πρόγραμμα θα ξεκινήσει επίσης αυτήν την ημέρα.

Τμήμα 2.2	Μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια της ετήσιας περιόδου εγγραφής
------------------	---

Μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια της **Ετήσιας Περιόδου Εγγραφής** (γνωστή και ως Ετήσια Περίοδος Ανοικτής Εγγραφής). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, επανεξετάστε την κάλυψη υγείας και φαρμάκων και αποφασίστε για την κάλυψη για το επόμενο έτος.

- **Η ετήσια περίοδος εγγραφής είναι από τις 15 Οκτωβρίου έως τις 7 Δεκεμβρίου.**
- **Επιλέξτε να διατηρήσετε την τρέχουσα κάλυψή σας ή να κάνετε αλλαγές στην κάλυψή σας για το επόμενο έτος.** Εάν αποφασίσετε να αλλάξετε σε νέο πρόγραμμα, μπορείτε να επιλέξετε οποιονδήποτε από τους παρακάτω τύπους προγραμμάτων:
 - Ένα άλλο πρόγραμμα υγείας Medicare, με ή χωρίς κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
 - Αρχικό Medicare με ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare

H

- Αρχικό Medicare *χωρίς* ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare.
- **Η συνδρομή σας θα λήξει στο πρόγραμμά μας** όταν ξεκινήσει η κάλυψη του νέου σας προγράμματος την 1η Ιανουαρίου.

Εάν λάβετε «Επιπλέον βοήθεια» από την Medicare για να πληρώσετε τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας:

Αν αλλάξετε τη συμμετοχή σας στο Αρχικό πρόγραμμα Medicare και δεν εγγραφείτε σε ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η Medicare ενδέχεται να σας εγγράψει σε πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων εκτός αν έχετε επιλέξει να μην γίνεται αυτόματη εγγραφή.

Σημείωση: Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare και συνεχίσετε χωρίς αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων για τουλάχιστον 63 συνεχόμενες ημέρες, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε μια ποινή καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ εάν συμμετάσχετε αργότερα σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

Τμήμα 2.3	Μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια της ανοικτής περιόδου εγγραφής του Medicare Advantage
------------------	---

Έχετε την ευκαιρία να κάνετε μία αλλαγή στην κάλυψη υγείας σας κατά τη διάρκεια της **ανοικτής περιόδου εγγραφής του Medicare Advantage**.

- **Η ετήσια περίοδος ανοικτής εγγραφής Medicare Advantage** διαρκεί από την 1η Ιανουαρίου έως τις 31 Μαρτίου, καθώς και για τους νέους δικαιούχους Medicare που έχουν εγγραφεί σε πρόγραμμα MA, από τον μήνα που αποκτούν δικαίωμα στο Μέρος Α και στο Μέρος Β έως την τελευταία ημέρα του 3ου μήνα του δικαιώματος.
- **Κατά τη διάρκεια της ετήσιας ανοικτής περιόδου εγγραφής Medicare Advantage** μπορείτε να:
 - Μεταβείτε σε άλλο πρόγραμμα Medicare Advantage με ή χωρίς κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
 - Καταργήσετε την εγγραφή σας από το πρόγραμμά μας και να αποκτήσετε κάλυψη μέσω του Original Medicare. Εάν επιλέξετε να μεταβείτε στο Original Medicare κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, μπορείτε επίσης να συμμετάσχετε σε ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare εκείνη τη στιγμή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 Τερματισμός της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα

- **Η ιδιότητα μέλους σας θα λήξει** την πρώτη ημέρα του μήνα μετά την εγγραφή σας σε διαφορετικό πρόγραμμα Medicare Advantage ή όταν λάβουμε το αίτημά σας για μετάβαση στο Original Medicare. Εάν επιλέξετε επίσης να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare, η ιδιότητα μέλους σας στο πρόγραμμα φαρμάκων θα ξεκινήσει την πρώτη ημέρα του μήνα μετά τη λήψη του αιτήματος εγγραφής σας από το πρόγραμμα φαρμάκων.

Τμήμα 2.4 Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια μιας Ειδικής Περιόδου Εγγραφής

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να δικαιούστε να τερματίσετε τη συνδρομή σας σε άλλες περιόδους του έτους. Αυτό είναι γνωστό ως **ειδική περίοδος εγγραφής**.

Ενδέχεται να δικαιούστε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια μιας Ειδικής Περιόδου Εγγραφής, εάν ισχύει για εσάς οποιαδήποτε από τις ακόλουθες περιπτώσεις. Αυτά είναι μόνο παραδείγματα, για την πλήρη λίστα μπορείτε να επικοινωνήσετε με το πρόγραμμα, να καλέσετε το Medicare ή να επισκεφθείτε τον ιστότοπο Medicare (www.medicare.gov):

- Συνήθως, όταν έχετε μετακομίσει.
- Εάν έχετε New York Medicaid.
- Εάν δικαιούστε «Επιπλέον βοήθεια» με την πληρωμή των συνταγών σας στο Medicare.
- Εάν παραβιάσουμε τη σύμβασή μας μαζί σας.
- Εάν λαμβάνετε φροντίδα σε ίδρυμα, όπως γηροκομείο ή νοσοκομείο μακροχρόνιας φροντίδας (LTC).
- Εάν εγγραφείτε στο Πρόγραμμα Ολοκληρωμένης Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους (PACE).
- **Σημείωση:** Εάν βρίσκεστε σε πρόγραμμα διαχείρισης φαρμάκων, ενδέχεται να μην μπορείτε να αλλάξετε προγράμματα. Το Κεφάλαιο 5, Ενότητα 10 σας ενημερώνει περαιτέρω για τα προγράμματα διαχείρισης φαρμάκων.
- **Σημείωση:** Η Ενότητα 2.1 σας ενημερώνει περαιτέρω σχετικά με την ειδική περίοδο εγγραφής για άτομα με Medicaid.

Οι χρονικές περίοδοι εγγραφής ποικίλλουν ανάλογα με την κατάστασή σας.

Για να μάθετε εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για μια ειδική περίοδο εγγραφής, καλέστε το Medicare στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλέσουν στο 1-877-486-2048. Εάν δικαιούστε να τερματίσετε τη συνδρομή σας λόγω ειδικής κατάστασης, μπορείτε να επιλέξετε να αλλάξετε τόσο την υγειονομική κάλυψη Medicare όσο και την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Μπορείτε να επιλέξετε:

- Ένα άλλο πρόγραμμα υγείας Medicare με ή χωρίς κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων,
- Original Medicare με ένα ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare,
- - ή - Original Medicare χωρίς ένα ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare.

Σημείωση: Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare και συνεχίσετε χωρίς αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων για τουλάχιστον 63 συνεχόμενες ημέρες, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε μια ποινή καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ εάν συμμετάσχετε αργότερα σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

Εάν λάβετε «Επιπλέον βοήθεια» από την Medicare για να πληρώσετε τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας: Αν αλλάξετε τη συμμετοχή σας στο Αρχικό πρόγραμμα Medicare και δεν εγγραφείτε σε ξεχωριστό πρόγραμμα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 Τερματισμός της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα

συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η Medicare ενδέχεται να σας εγγράψει σε πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων εκτός αν έχετε επιλέξει να μην γίνεται αυτόματη εγγραφή.

Η συνδρομή σας συνήθως λήγει την πρώτη ημέρα του μήνα μετά την παραλαβή του αιτήματός σας για αλλαγή του προγράμματός σας.

Σημείωση: Οι ενότητες 2.1 και 2.2 σας λένε περισσότερα σχετικά με την ειδική περίοδο εγγραφής για άτομα με Medicaid και “Extra Help.”

Τμήμα 2.5	Πού μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πότε μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας;
------------------	--

Αν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τον τερματισμό της ιδιότητας μέλους σας, μπορείτε να κάνετε τα εξής:

- **Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.**
- Βρείτε τις πληροφορίες στο εγχειρίδιο *Medicare & You 2025*.
- Επικοινωνήστε με το **Medicare** στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. (TTY 1-877-486-2048).

ΤΜΗΜΑ 3 Πώς τερματίζετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας;

Ο παρακάτω πίνακας εξηγεί πώς πρέπει να τερματίσετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας.

Εάν θέλετε να μεταβείτε από το πρόγραμμά μας σε:	Αυτό πρέπει να κάνετε:
• Ένα άλλο πρόγραμμα υγείας Medicare	• Εγγραφείτε στο νέο πρόγραμμα υγείας Medicare. Η νέα σας κάλυψη θα ξεκινήσει την πρώτη ημέρα του επόμενου μήνα. • Θα διαγραφείτε αυτόματα από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) όταν ξεκινήσει η κάλυψη του νέου σας προγράμματος.
• Original Medicare με ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare	• Εγγραφείτε στο νέο πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare. Η νέα σας κάλυψη θα ξεκινήσει την πρώτη ημέρα του επόμενου μήνα. • Θα διαγραφείτε αυτόματα από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) όταν ξεκινήσει η κάλυψη του νέου σας προγράμματος.
• Original Medicare χωρίς ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare	• Στείλτε μας γραπτό αίτημα διαγραφής Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών εάν χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 Τερματισμός της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα**Εάν θέλετε να μεταβείτε από το πρόγραμμά μας****σε:****Αυτό πρέπει να κάνετε:**

- Αν αλλάξετε τη συμμετοχή σας στο Αρχικό πρόγραμμα Medicare και δεν εγγραφείτε σε ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η Medicare ενδέχεται να σας εγγράψει σε πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων εκτός αν έχετε επιλέξει να μην γίνεται αυτόματη εγγραφή.
- Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare και περάσετε 63 ημέρες ή περισσότερο στη σειρά χωρίς αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε ποινή καθυστερημένης εγγραφής εάν συμμετάσχετε αργότερα σε πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.
- Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με την **Medicare**, στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, και να ζητήσετε να καταργηθεί η εγγραφή σας. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY θα πρέπει να καλέσουν στο 1-877-486-2048.
- Θα διαγραφείτε από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) όταν ξεκινήσει η κάλυψή σας στο Original Medicare.

Σημείωση: Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare και συνεχίσετε χωρίς αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων για τουλάχιστον 63 συνεχόμενες ημέρες, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε μια ποινή καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος Δ εάν συμμετάσχετε αργότερα σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

Για ερωτήσεις σχετικά με τις παροχές του Medicaid, επικοινωνήστε με τη New York Medicaid στο (800) 505-5678, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 ή Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, Δευτέρα - Παρασκευή, 8:30 π.μ. - 8 μ.μ., Σάββατο 10 π.μ. - 6 μ.μ. Ρωτήστε πώς η συμμετοχή σε άλλο πρόγραμμα ή η επιστροφή στο Original Medicare επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνετε την κάλυψη Medicaid.

ΤΜΗΜΑ 4 Μέχρι να λήξει η συμμετοχή σας, πρέπει να συνεχίσετε να λαμβάνετε τα ιατρικά είδη, τις υπηρεσίες και τα φάρμακά σας μέσω του προγράμματός μας

Μέχρι να λήξει η εγγραφή σας στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) και να ξεκινήσει η νέα σας κάλυψη Medicare, πρέπει να συνεχίσετε να λαμβάνετε τα ιατρικά είδη, τις υπηρεσίες και τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας μέσω του προγράμματός μας.

- Συνεχίστε να χρησιμοποιείτε τους παρόχους δικτύου μας για να λαμβάνετε ιατρική περίθαλψη.
- Συνεχίστε να χρησιμοποιείτε τα φαρμακεία του δικτύου μας για να συμπληρώσετε τις συνταγές σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 Τερματισμός της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα

- Εάν νοσηλευτείτε την ημέρα που λήγει η εγγραφή σας, η παραμονή σας στο νοσοκομείο θα καλυφθεί από το πρόγραμμά μας μέχρι να πάρετε εξιτήριο (ακόμα και αν πάρετε εξιτήριο μετά την έναρξη της νέας υγειονομικής σας κάλυψης).

ΤΜΗΜΑ 5 Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να τερματίσει τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα σε ορισμένες περιπτώσεις

Τμήμα 5.1 Πότε πρέπει να τερματίσουμε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα;

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να τερματίσει την ιδιότητα μέλους σας στο πρόγραμμα εάν συμβεί οτιδήποτε από τα παρακάτω:

- Εάν δεν έχετε πλέον Medicare Μέρος Α και Μέρος Β.

Εάν δεν δικαιούστε πλέον το Medicaid. Όπως αναφέρεται στο Κεφάλαιο 1, Ενότητα 2.1, το πρόγραμμά μας απευθύνεται σε άτομα που είναι επιλέξιμα τόσο για το Medicare όσο και για το Medicaid. Όταν το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) διαπιστώσει ότι δεν πληροίτε πλέον τις απαιτήσεις ιδιότητας δικαιούχου, θα λάβετε μια επιστολή ειδοποίησης που θα αναφέρει τον λόγο για την πιθανή διαγραφή. Θα έχετε τότε 6 μήνες (180 ημέρες) από την ημερομηνία της αποστολής να ανταποκριθείτε για την επανεξέταση της επιλεξιμότητάς σας για την ιδιότητα μέλους στο πρόγραμμα.

- Εάν μετακομίσετε από την περιοχή εξυπηρέτησής μας.
- Εάν λείπετε από την περιοχή εξυπηρέτησής μας για περισσότερο από έξι μήνες.
 - Εάν μετακομίσετε ή κάνετε ένα μακρύ ταξίδι, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για να μάθετε εάν το μέρος στο οποίο μετακομίζετε ή ταξιδεύετε βρίσκεται στην περιοχή του προγράμματός μας.
- Εάν φυλακιστείτε (πάτε φυλακή).
- Εάν δεν είστε πλέον πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών ή δεν βρίσκεστε νόμιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες.
- Εάν ψεύδεστε ή αποκρύπτετε πληροφορίες σχετικά με άλλη ασφάλιση που έχετε που παρέχει κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Εάν μας δώσετε σκόπιμα εσφαλμένες πληροφορίες κατά την εγγραφή σας στο πρόγραμμά μας και αυτές οι πληροφορίες επηρεάζουν την καταλληλότητά σας για το πρόγραμμά μας. (Δεν μπορούμε να σας αναγκάσουμε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας γι' αυτόν τον λόγο, εκτός εάν λάβουμε πρώτα άδεια από το Medicare.)
- Εάν συμπεριφέρεστε συνεχώς με τρόπο που προκαλεί αναστάτωση και καθιστά δύσκολο για εμάς να παρέχουμε ιατρική περίθαλψη για εσάς και άλλα μέλη του προγράμματός μας. (Δεν μπορούμε να σας αναγκάσουμε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας γι' αυτόν τον λόγο, εκτός εάν λάβουμε πρώτα άδεια από το Medicare.)
- Εάν επιτρέψετε σε κάποιον άλλο να χρησιμοποιήσει την κάρτα μέλους σας για να λάβει ιατρική περίθαλψη. (Δεν μπορούμε να σας αναγκάσουμε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας γι' αυτόν τον λόγο, εκτός εάν λάβουμε πρώτα άδεια από το Medicare.)
 - Εάν τερματίσουμε την ιδιότητα μέλους σας για αυτόν τον λόγο, το Medicare μπορεί να αναθέσει στον Γενικό Επιθεωρητή να διερευνήσει την υπόθεσή σας.
- Εάν απαιτείται να πληρώσετε το επιπλέον ποσό του Μέρους Δ λόγω του εισοδήματός σας και δεν το πληρώσετε, το Medicare θα σας διαγράψει από το πρόγραμμά μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 Τερματισμός της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα

Πού μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες;

Εάν έχετε ερωτήσεις ή θέλετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πότε μπορούμε να τερματίσουμε την ιδιότητα μέλους σας, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Τμήμα 5.2	<u>Δεν μπορούμε να σας ζητήσουμε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας για οποιονδήποτε λόγο που σχετίζεται με την υγεία</u>
------------------	---

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) δεν επιτρέπεται να σας ζητήσει να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας για οποιονδήποτε λόγο που σχετίζεται με την υγεία.

Τι πρέπει να κάνετε εάν συμβεί αυτό;

Εάν αισθάνεστε ότι σας ζητείται να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας για λόγους υγείας, καλέστε το Medicare στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα (TTY 1-877-486-2048).

Τμήμα 5.3	Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία εάν τερματίσουμε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας
------------------	--

Εάν τερματίσουμε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας, πρέπει να σας πούμε γραπτώς τους λόγους μας για τον τερματισμό της συμμετοχής σας. Πρέπει επίσης να εξηγήσουμε πώς μπορείτε να υποβάλετε παράπονο ή καταγγελία σχετικά με την απόφασή μας να τερματίσουμε τη συμμετοχή σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10:

Νομικές ειδοποιήσεις

ΤΜΗΜΑ 1 Σημείωση σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο

Ο κύριος νόμος που ισχύει για αυτό το έγγραφο απόδειξης κάλυψης είναι ο τίτλος XVIII του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης και οι κανονισμοί που δημιουργήθηκαν βάσει του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης από τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid ή CMS. Επιπλέον, ενδέχεται να ισχύουν άλλοι ομοσπονδιακοί νόμοι και, υπό ορισμένες συνθήκες, οι νόμοι της πολιτείας στην οποία ζείτε. Αυτό μπορεί να επηρεάσει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σας, ακόμη και αν οι νόμοι δεν περιλαμβάνονται ή δεν εξηγούνται σε αυτό το έγγραφο.

ΤΜΗΜΑ 2 Ανακοίνωση σχετικά με την απαγόρευση των διακρίσεων

Δεν κάνουμε διακρίσεις με βάση τη φυλή, την εθνικότητα, την εθνική καταγωγή, το χρώμα, τη θρησκεία, το φύλο, τη φυλετική ταυτότητα, την ηλικία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την ψυχική ή σωματική αναπηρία, την κατάσταση υγείας, την εμπειρία αξιώσεων, το ιατρικό ιστορικό, τις γενετικές πληροφορίες, τα αποδεικτικά στοιχεία ασφαλισιμότητας ή τη γεωγραφική θέση εντός της περιοχής εξυπηρέτησης. Όλοι οι οργανισμοί που παρέχουν προγράμματα Medicare Advantage, όπως το πρόγραμμά μας, πρέπει να συμμορφώνονται με τους ομοσπονδιακούς νόμους κατά των διακρίσεων, συμπεριλαμβανομένου του τίτλου VI του νόμου περί πολιτικών δικαιωμάτων του 1964, του νόμου περί αποκατάστασης του 1973, του νόμου περί διακρίσεων λόγω ηλικίας του 1975, του νόμου για τους Αμερικανούς με αναπηρίες, του τμήματος 1557 του νόμου περί προσιτής φροντίδας, όλων των άλλων νόμων που ισχύουν για οργανισμούς που λαμβάνουν ομοσπονδιακή χρηματοδότηση, και οποιονδήποτε άλλους νόμους και κανόνες που ισχύουν για οποιονδήποτε άλλο λόγο.

Εάν θέλετε περισσότερες πληροφορίες ή έχετε ανησυχίες σχετικά με διακρίσεις ή άδικη μεταχείριση, καλέστε το **Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών** στο 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ή το τοπικό Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων. Μπορείτε επίσης να ανατρέξετε σε πληροφορίες από το Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών στη διεύθυνση <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Εάν έχετε κάποια αναπηρία και χρειάζεστε βοήθεια σχετικά με την πρόσβαση στην περίθαλψη, καλέστε μας στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Εάν έχετε κάποιο παράπονο, όπως πρόβλημα με την πρόσβαση αναπηρικού αμαξιδίου, οι Υπηρεσίες μελών μπορούν να σας βοηθήσουν.

ΤΜΗΜΑ 3 Σημείωση σχετικά με τα δικαιώματα υποκατάστασης του δευτερεύοντος οφειλέτη Medicare

Έχουμε το δικαίωμα και την ευθύνη να εισπράττουμε για καλυπτόμενες υπηρεσίες Medicare για τις οποίες η Medicare δεν είναι ο κύριος πληρωτής. Σύμφωνα με τους κανονισμούς CMS στο 42 CFR τμήματα 422.108 και 423.462, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ως οργανισμός Medicare Advantage, θα ασκήσει τα ίδια δικαιώματα ανάκτησης που ασκεί ο Γραμματέας σύμφωνα με τους κανονισμούς CMS στα τμήματα Β έως Δ του μέρους 411 του 42 CFR και οι κανόνες που θεσπίζονται σε αυτό το τμήμα αντικαθιστούν οποιονδήποτε κρατικό νόμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11:

Ορισμοί σημαντικών λέξεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Ορισμοί σημαντικών λέξεων

Περιπατητικό Χειρουργικό Κέντρο – Περιπατητικό Χειρουργικό Κέντρο είναι ένας φορέας που λειτουργεί αποκλειστικά με σκοπό την παροχή εξωτερικών χειρουργικών υπηρεσιών σε ασθενείς που δεν χρήζουν νοσηλείας και των οποίων η αναμενόμενη παραμονή στο κέντρο δεν υπερβαίνει τις 24 ώρες.

Αίτημα επανεξέτασης – Το αίτημα επανεξέτασης, ή προσφυγή ή έφεση, είναι κάτι που κάνετε εάν διαφωνείτε με την απόφασή μας να απορρίψουμε ένα αίτημα για κάλυψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ή συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή πληρωμή για υπηρεσίες ή φάρμακα που έχετε ήδη λάβει. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης εάν διαφωνείτε με την απόφασή μας να σταματήσουμε τις υπηρεσίες που λαμβάνετε.

Περίοδος Παροχών – Ο τρόπος με τον οποίο τόσο το πρόγραμμά μας όσο και το Original Medicare μετρούν τη χρήση των υπηρεσιών νοσοκομείων και εξειδικευμένων νοσηλευτικών εγκαταστάσεων (SNF). Μια περίοδος παροχών αρχίζει την ημέρα που πηγαίνετε σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα. Η περίοδος παροχής λήγει όταν δεν έχετε λάβει ενδονοσοκομειακή νοσοκομειακή περίθαλψη (ή εξειδικευμένη φροντίδα σε SNF) για 60 συνεχόμενες ημέρες. Εάν εισέλθετε σε νοσοκομείο ή ειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα μετά τη λήξη μιας περιόδου παροχών, ξεκινά μια νέα περίοδος παροχών. Δεν υπάρχει όριο στον αριθμό των περιόδων παροχών.

Βιολογικό προϊόν – Ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που παρασκευάζεται από φυσικές και ζωντανές πηγές όπως ζωικά κύτταρα, φυτικά κύτταρα, βακτήρια ή ζυμομύκητες. Τα βιολογικά προϊόντα είναι πιο περίπλοκα από άλλα φάρμακα και δεν μπορούν να αντιγραφούν ακριβώς, επομένως οι εναλλακτικές μορφές ονομάζονται βιοομοειδή. (Βλέπε επίσης "Αρχικό βιολογικό προϊόν" και "Βιοομοειδές").

Βιοομοειδές – Ένα βιολογικό προϊόν που θεωρείται πολύ παρόμοιο, αλλά όχι πανομοιότυπο, με το αρχικό βιολογικό προϊόν. Τα βιοομοειδή είναι εξίσου ασφαλή και αποτελεσματικά με το αρχικό βιολογικό προϊόν. Ορισμένα βιοομοειδή μπορεί να υποκαταστήσουν το αρχικό βιολογικό προϊόν στο φαρμακείο χωρίς να απαιτείται νέα συνταγή. (Βλ. «Εναλλάξιμο βιοομοειδές»).

Επώνυμο φάρμακο – Ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που κατασκευάζεται και πωλείται από τη φαρμακευτική εταιρεία που αρχικά ερευνήσε και ανέπτυξε το φάρμακο. Τα επώνυμα φάρμακα έχουν την ίδια φόρμουλα δραστικού συστατικού με τη γενόσημη έκδοση του φαρμάκου. Ωστόσο, τα γενόσημα φάρμακα κατασκευάζονται και πωλούνται από άλλους κατασκευαστές φαρμάκων και γενικά δεν είναι διαθέσιμα μέχρι να λήξει το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας για το επώνυμο φάρμακο.

Στάδιο καταστροφικής κάλυψης - Το στάδιο Παροχές φαρμάκων Μέρους Δ που ξεκινά όταν εσείς (ή άλλα ειδικευμένα μέρη για λογαριασμό σας) έχετε δαπανήσει 2.000 \$ για φάρμακα που καλύπτονται από το Μέρος Δ κατά τη διάρκεια του καλυπτόμενου έτους. **Medicare & Medicaid Services (CMS)** - Η ομοσπονδιακή υπηρεσία που διαχειρίζεται το Medicare.

Συνασφάλιση – Ένα ποσό που μπορεί να σας ζητηθεί να πληρώσετε, εκφρασμένο ως ποσοστό (για παράδειγμα 20%) ως το μερίδιό σας στο κόστος για υπηρεσίες ή συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Καταγγελία — Το επίσημο όνομα για την υποβολή καταγγελίας είναι η υποβολή παραπόνου. Η διαδικασία καταγγελίας χρησιμοποιείται μόνο για ορισμένους τύπους προβλημάτων. Αυτό περιλαμβάνει προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα της φροντίδας, τους χρόνους αναμονής και την εξυπηρέτηση πελατών που λαμβάνετε. Περιλαμβάνει επίσης παράπονα εάν το πρόγραμμά σας δεν ακολουθεί τις χρονικές περιόδους της διαδικασίας ένστασης.

Ολοκληρωμένη Μονάδα Αποκατάστασης Εξωτερικών Ασθενών (CORF) - Μια εγκατάσταση που παρέχει κυρίως υπηρεσίες αποκατάστασης μετά από ασθένεια ή τραυματισμό, συμπεριλαμβανομένης της φυσικοθεραπείας,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Ορισμοί σημαντικών λέξεων

των κοινωνικών ή ψυχολογικών υπηρεσιών, της αναπνευστικής θεραπείας, της εργοθεραπείας και των υπηρεσιών λογοπαθολογίας και των υπηρεσιών αξιολόγησης οικιακού περιβάλλοντος.

Συμμετοχή στην πληρωμή (ή copay) - Ένα ποσό που μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε ως μερίδιο του κόστους για ιατρική υπηρεσία ή προμήθεια, όπως επίσκεψη γιατρού, επίσκεψη σε νοσοκομείο ή συνταγογραφούμενο φάρμακο. Μια συμμετοχή στην πληρωμή είναι ένα καθορισμένο ποσό (για παράδειγμα 10 \$) και όχι ένα ποσοστό.

Επιμερισμός κόστους - Ο επιμερισμός κόστους αναφέρεται σε ποσά που πρέπει να πληρώσει ένα μέλος όταν λαμβάνονται υπηρεσίες ή φάρμακα. Ο επιμερισμός του κόστους περιλαμβάνει οποιονδήποτε συνδυασμό των ακόλουθων τριών τύπων πληρωμών: (1) κάθε ποσό που εκπίπτει μπορεί να επιβάλει ένα πρόγραμμα πριν από την κάλυψη υπηρεσιών ή φαρμάκων, (2) οποιοδήποτε σταθερό ποσό συμμετοχής που απαιτεί ένα πρόγραμμα όταν λαμβάνεται μια συγκεκριμένη υπηρεσία ή φάρμακο, ή (3) οποιοδήποτε ποσό συνασφάλισης, ένα ποσοστό του συνολικού ποσού που καταβάλλεται για μια υπηρεσία ή ένα φάρμακο που απαιτεί ένα πρόγραμμα όταν λαμβάνεται μια συγκεκριμένη υπηρεσία ή φάρμακο.

Προσδιορισμός Κάλυψης – Μια απόφαση σχετικά με το εάν ένα φάρμακο που συνταγογραφείται για εσάς καλύπτεται από το πρόγραμμα και το ποσό, εάν υπάρχει, που πρέπει να πληρώσετε για τη συνταγή. Γενικά, εάν φέρετε τη συνταγή σας σε φαρμακείο και το φαρμακείο σας πει ότι η συνταγή δεν καλύπτεται από το πρόγραμμά σας, αυτό δεν αποτελεί προσδιορισμό κάλυψης. Πρέπει να καλέσετε ή να γράψετε στο πρόγραμμά σας για να ζητήσετε επίσημη απόφαση σχετικά με την κάλυψη. Οι προσδιορισμοί κάλυψης ονομάζονται αποφάσεις κάλυψης σε αυτό το έγγραφο.

Καλυπτόμενα φάρμακα - Ο όρος που χρησιμοποιούμε για να εννοήσουμε όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας.

Καλυπτόμενες υπηρεσίες - Ο όρος που χρησιμοποιούμε για να εννοήσουμε όλες τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τις προμήθειες που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας.

Αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων - Κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (για παράδειγμα, από εργοδότη ή συνδικάτο) που αναμένεται να πληρώσει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον όσο η τυπική κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων του Medicare. Άτομα που έχουν αυτό το είδος κάλυψης όταν γίνονται επιλέξιμα για το Medicare μπορούν γενικά να διατηρήσουν αυτήν την κάλυψη χωρίς να πληρώσουν ποινή, εάν αποφασίσουν να εγγραφούν αργότερα στην κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare.

Φροντίδα επιμέλειας - Η φροντίδα επιμέλειας είναι προσωπική φροντίδα που παρέχεται σε γηροκομείο, ίδρυμα ανακουφιστικής περίθαλψης ή άλλη εγκατάσταση όταν δεν χρειάζεστε εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη ή εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Η φροντίδα φύλαξης, που παρέχεται από άτομα που δεν έχουν επαγγελματικές δεξιότητες ή κατάρτιση, περιλαμβάνει βοήθεια με δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως μπάνιο, ντύσιμο, φαγητό, είσοδος ή έξοδος από κρεβάτι ή καρέκλα, μετακίνηση και χρήση του μπάνιου. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει το είδος της φροντίδας που σχετίζεται με την υγεία που οι περισσότεροι άνθρωποι κάνουν οι ίδιοι, όπως η χρήση οφθαλμικών σταγόνων. Η Medicare δεν πληρώνει για τη φροντίδα επιμέλειας.

Ημερήσιο ποσοστό επιμερισμού του κόστους – Ένα ημερήσιο ποσοστό επιμερισμού του κόστους μπορεί να ισχύει όταν ο γιατρός σας συνταγογραφεί λιγότερο από έναν ολόκληρο μήνα προμήθειας ορισμένων φαρμάκων για εσάς και πρέπει να πληρώσετε μια συμμετοχή σας στην πληρωμή. Ένα ημερήσιο ποσοστό επιμερισμού του κόστους είναι η συμμετοχή σας στην πληρωμή διαιρούμενη με τον αριθμό των ημερών στην προμήθεια ενός μήνα. Ακολουθεί ένα παράδειγμα: Εάν η συμμετοχή σας στην πληρωμή για προμήθεια ενός φαρμάκου ενός μήνα είναι 30 \$ και η προμήθεια ενός μήνα στο πρόγραμμά σας είναι 30 ημέρες, τότε το «ημερήσιο ποσοστό επιμερισμού κόστους» είναι 1 \$ ανά ημέρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Ορισμοί σημαντικών λέξεων

Κατάργηση εγγραφής ή διαγραφή εγγραφής – Η διαδικασία τερματισμού της συνδρομής σας στο πρόγραμμά μας.

Διπλά Επιλέξιμα Προγράμματα Ειδικών Αναγκών (D-SNP) – Ένας τύπος προγράμματος όπου εγγράφουν άτομα που δικαιούνται τόσο το Medicare (τίτλος XVIII του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης) όσο και την ιατρική βοήθεια από κρατικό πρόγραμμα στο πλαίσιο του Medicaid (τίτλος XIX). Οι πολιτείες καλύπτουν ή άλλα ορισμένα έξοδα Medicare, ανάλογα με την πολιτεία και την επιλεξιμότητα του ατόμου.

Άτομο με διπλή επιλεξιμότητα - Ένα άτομο που είναι επιλέξιμο για κάλυψη Medicare και Medicaid.

Ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός (DME) – Ιατρικός εξοπλισμός που παραγγέλλεται από το γιατρό σας για ιατρικούς λόγους. Παραδείγματα περιλαμβάνουν περιπατητές, αναπηρικά αμαξίδια, πατερίτσες, συστήματα ηλεκτροκίνητων στρωμάτων, προμήθειες για διαβητικούς, αντλίες έγχυσης IV, συσκευές παραγωγής ομιλίας, εξοπλισμό οξυγόνου, νεφελοποιητές ή νοσοκομειακά κρεβάτια που παραγγέλλονται από πάροχο για χρήση στο σπίτι.

Έκτακτη ανάγκη - Μία ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης είναι όταν εσείς, ή οποιοσδήποτε άλλος συνετός μη ειδικός με μέση γνώση της υγείας και της ιατρικής, πιστεύετε ότι έχετε ιατρικά συμπτώματα που απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα για να αποτρέψετε την απώλεια ζωής σας (και, εάν είστε έγκυος, την απώλεια ενός αγέννητου παιδιού), την απώλεια ενός άκρου ή τη λειτουργία ενός άκρου, ή απώλεια ή σοβαρή βλάβη της σωματικής λειτουργίας. Τα ιατρικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασθένεια, τραυματισμός, έντονος πόνος ή ιατρική κατάσταση που επιδεινώνεται γρήγορα.

Επείγουσα Περίθαλψη – Καλυπτόμενες υπηρεσίες που: 1) παρέχονται από πάροχο εξουσιοδοτημένο να παρέχει υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης· και (2) απαιτείται για τη θεραπεία, την αξιολόγηση ή τη σταθεροποίηση μιας επείγουσας ιατρικής κατάστασης.

Αποδεικτικό Κάλυψης (EOC) και πληροφορίες γνωστοποίησης - Αυτό το έγγραφο, μαζί με το έντυπο εγγραφής σας και τυχόν άλλα συνημμένα, επιβάτες ή άλλες προαιρετικές καλύψεις που έχουν επιλεγεί, το οποίο εξηγεί την κάλυψή σας, τι πρέπει να κάνουμε, τα δικαιώματά σας και τι πρέπει να κάνετε ως μέλος του προγράμματός μας.

Εξαίρεση - Ένας τύπος απόφασης κάλυψης που, εάν εγκριθεί, σας επιτρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στη φόρμουλά μας (εξαίρεση φόρμουλας) ή να πάρετε ένα μη προτιμώμενο φάρμακο σε χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού κόστους (εξαίρεση κλιμάκωσης). Μπορείτε επίσης να ζητήσετε εξαίρεση εάν το πρόγραμμά μας απαιτεί να δοκιμάσετε άλλο φάρμακο πριν λάβετε το φάρμακο που ζητάτε, εάν το πρόγραμμά μας απαιτεί προηγούμενη έγκριση για ένα φάρμακο και θέλετε να παραιτηθούμε από τον περιορισμό των κριτηρίων, ή εάν το πρόγραμμά μας περιορίζει την ποσότητα ή τη δοσολογία του φαρμάκου που ζητάτε (εξαίρεση τύπου).

Επιπλέον βοήθεια - Ένα πρόγραμμα Medicare για να βοηθήσει άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους να πληρώσουν το κόστος του προγράμματος συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare, όπως ασφάλιστρα, εκπτώσεις και συνασφάλιση.

Γενόσημο φάρμακο – Ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που έχει εγκριθεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) και έχει το(α) ίδιο(α) δραστικό(ά) συστατικό(ά) με το επώνυμο φάρμακο. Γενικά, ένα γενόσημο φάρμακο λειτουργεί το ίδιο με ένα επώνυμο φάρμακο και συνήθως κοστίζει λιγότερο.

Παράπονο – Ένας τύπος καταγγελίας που υποβάλλετε σχετικά με το πρόγραμμα, τους παρόχους ή τα φαρμακεία μας, συμπεριλαμβανομένης μιας καταγγελίας σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψής σας. Αυτό δεν περιλαμβάνει διαφορές κάλυψης ή πληρωμής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Ορισμοί σημαντικών λέξεων

Υπηρεσίες οικιακής βοήθειας υγείας – Ένα άτομο που παρέχει υπηρεσίες που δεν χρειάζονται τις δεξιότητες μιας εξουσιοδοτημένης νοσοκόμας ή θεραπευτή, όπως βοήθεια με προσωπική φροντίδα (π.χ. μπάνιο, χρήση τουαλέτας, ντύσιμο ή εκτέλεση των προβλεπόμενων ασκήσεων).

Ανακουφιστική περίθαλψη - Παροχή ειδικής θεραπείας για μέλος που έχει πιστοποιηθεί ιατρικά ότι πάσχει από ανίατη νόσο τελικού σταδίου, που σημαίνει ότι έχει προσδόκιμο ζωής 6 μηνών ή λιγότερο. Εμείς, το πρόγραμμά σας, πρέπει να σας παρέχουμε μια λίστα με ιδρύματα ανακουφιστικής περίθαλψης στη γεωγραφική σας περιοχή. Εάν επιλέξετε ανακουφιστική περίθαλψη και συνεχίσετε να πληρώνετε ασφάλιστρα, εξακολουθείτε να είστε μέλος του προγράμματός μας. Μπορείτε ακόμα να λάβετε όλες τις ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες καθώς και τις συμπληρωματικές παροχές που προσφέρουμε.

Νοσηλεία – Παραμονή στο νοσοκομείο όταν έχετε εισαχθεί επίσημα στο νοσοκομείο για εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής.

Ποσό μηνιαίας προσαρμογής που σχετίζεται με το εισόδημα (IRMAA) - Εάν το τροποποιημένο προσαρμοσμένο ακαθάριστο εισόδημά σας, όπως αναφέρεται στη φορολογική σας δήλωση IRS πριν από 2 χρόνια, υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο ποσό, θα πληρώσετε το τυπικό ποσό ασφάλιστρου και ένα ποσό μηνιαίας προσαρμογής που σχετίζεται με το εισόδημα, γνωστό και ως IRMAA. Το IRMAA είναι μια επιπλέον χρέωση που προστίθεται στο ασφάλιστρό σας. Λιγότερο από το 5% των ατόμων με Medicare επηρεάζονται, οπότε τα περισσότερα άτομα δεν θα πληρώσουν υψηλότερο ασφάλιστρο.

Στάδιο Αρχικής Κάλυψης – Αυτό είναι το στάδιο πριν το κόστος σας για το έτος φτάσει το ποσό του ορίου άμεσης πληρωμής από τον ασθενή.

Αρχική περίοδος εγγραφής - Όταν είστε για πρώτη φορά επιλέξιμοι για το Medicare, η χρονική περίοδος κατά την οποία μπορείτε να εγγραφείτε στο Medicare Μέρος Α και Μέρος Β. Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για το Medicare όταν γίνετε 65 ετών, η αρχική περίοδος εγγραφής σας είναι η περίοδος 7 μηνών που ξεκινά 3 μήνες πριν από τον μήνα που γίνετε 65, περιλαμβάνει τον μήνα που γίνετε 65 και τελειώνει 3 μήνες μετά τον μήνα που γίνετε 65.

Ενσωματωμένο D-SNP – Ένα D-SNP που καλύπτει το Medicare και τις περισσότερες ή όλες τις υπηρεσίες Medicaid στο πλαίσιο ενός ενιαίου σχεδίου υγείας για ορισμένες ομάδες ατόμων που είναι επιλέξιμες τόσο για το Medicare όσο και για το Medicaid. Αυτά τα άτομα είναι επίσης γνωστά ως διπλά επιλέξιμα άτομα πλήρους οφέλους.

Εναλλάξιμο βιοομοειδές – Ένα βιοομοειδές που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποκατάστατο ενός αρχικού βιοομοειδούς προϊόντος στο φαρμακείο χωρίς να χρειάζεται νέα συνταγή, επειδή πληροί πρόσθετες απαιτήσεις που σχετίζονται με τη δυνατότητα αυτόματης υποκατάστασης. Η αυτόματη αντικατάσταση στο φαρμακείο υπόκειται στην πολιτειακή νομοθεσία.

Λίστα καλυπτόμενων φαρμάκων (Formulary ή «Λίστα Φαρμάκων») - Λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων που καλύπτονται από το πρόγραμμα.

Επιδότηση χαμηλού εισοδήματος (LIS) - Δείτε «Επιπλέον βοήθεια».

Πρόγραμμα έκπτωσης κατασκευαστή – Ένα πρόγραμμα στο πλαίσιο του οποίου οι κατασκευαστές φαρμάκων πληρώνουν ένα μέρος του συνολικού κόστους του σχεδίου για τα φάρμακα και τους βιολογικούς παράγοντες που καλύπτονται από το Μέρος D. Οι εκπτώσεις βασίζονται σε συμφωνίες μεταξύ της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και κατασκευαστών φαρμάκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Ορισμοί σημαντικών λέξεων

Μέγιστο ποσό συμμετοχής - Το μεγαλύτερο ποσό που πληρώνετε από την τσέπη σας κατά τη διάρκεια του ημερολογιακού έτους για καλυπτόμενες υπηρεσίες Μέρους Α και Μέρους Β. Τα ποσά που πληρώνετε για τα ασφάλιστρα Medicare Μέρους Α και Μέρους Β και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα δεν υπολογίζονται στο μέγιστο ποσό από την τσέπη σας. Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για βοήθεια επιμερισμού κόστους Medicare στο πλαίσιο του Medicaid, δεν είστε υπεύθυνοι για την πληρωμή οποιωνδήποτε εξόδων από την τσέπη προς το μέγιστο ποσό από την τσέπη για καλυπτόμενες υπηρεσίες Μέρους Α και Μέρους Β. (Σημείωση: Επειδή τα μέλη μας λαμβάνουν επίσης βοήθεια και από τη Medicaid, πολύ λίγα μέλη συμπληρώνουν αυτό το μέγιστο ποσό συμμετοχής.

Medicaid (ή ιατρική βοήθεια) - Ένα κοινό ομοσπονδιακό και κρατικό πρόγραμμα που βοηθά με τα ιατρικά έξοδα για μερικούς ανθρώπους με χαμηλά εισοδήματα και περιορισμένους πόρους. Τα κρατικά προγράμματα Medicaid ποικίλλουν, αλλά τα περισσότερα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονται εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις τόσο για το Medicare όσο και για το Medicaid.

Ιατρικός Αποδεκτή Ένδειξη - Η χρήση ενός φαρμάκου που είτε είναι εγκεκριμένο από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων είτε υποστηρίζεται από ορισμένες αναφορές, όπως το Σύστημα Πληροφοριών για τα Φάρμακα του Αμερικανικού Νοσοκομείου (American Hospital Formulary Service Drug Information) και το Σύστημα Πληροφοριών Mircomedex DRUGDEX.

Ιατρικά απαραίτητο - Υπηρεσίες, προμήθειες ή φάρμακα που απαιτούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση ή τη θεραπεία της ιατρικής σας κατάστασης και πληρούν τα αποδεκτά πρότυπα ιατρικής πρακτικής.

Medicare - Το ομοσπονδιακό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, μερικά άτομα κάτω των 65 ετών με ορισμένες αναπηρίες και άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (γενικά άτομα με μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού).

Περίοδος ανοιχτής εγγραφής Medicare Advantage - Η χρονική περίοδος από την 1η Ιανουαρίου έως τις 31 Μαρτίου, όταν τα μέλη σε ένα πρόγραμμα Medicare Advantage μπορούν να ακυρώσουν την εγγραφή τους στο πρόγραμμα και να μεταβούν σε άλλο πρόγραμμα Medicare Advantage ή να αποκτήσουν κάλυψη μέσω του Original Medicare. Εάν επιλέξετε να μεταβείτε στο Original Medicare κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, μπορείτε επίσης να συμμετάσχετε σε ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare εκείνη τη στιγμή. Η περίοδος ανοιχτής εγγραφής Medicare Advantage είναι επίσης διαθέσιμη για περίοδο 3 μηνών αφού ένα άτομο είναι για πρώτη φορά επιλέξιμο για το Medicare.

Medicare Advantage (MA) Plan - Μερικές φορές ονομάζεται Medicare Μέρος C. Ένα πρόγραμμα που προσφέρεται από μια ιδιωτική εταιρεία που συνάπτει συμβάσεις με την Medicare για να σας παρέχει όλες τις παροχές του Medicare Μέρους Α και Μέρους Β. Ένα πρόγραμμα πλεονεκτήματος Medicare μπορεί να είναι i) ένα HMO, ii) ένα PPO, iii) πρόγραμμα ιδιωτικής αμοιβής για υπηρεσία (PFFS) ή iv) πρόγραμμα ιατρικού αποταμιευτικού λογαριασμού Medicare (MSA). Εκτός από την επιλογή από αυτούς τους τύπους προγραμμάτων, ένα πρόγραμμα Medicare Advantage HMO ή PPO μπορεί επίσης να είναι ένα πρόγραμμα ειδικών αναγκών (SNP). Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα προγράμματα πλεονεκτήματος Medicare προσφέρουν επίσης το Medicare Μέρος Δ (κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων). Αυτά τα προγράμματα ονομάζονται προγράμματα πλεονεκτήματος Medicare με κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare - Υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Μέρος Α και Μέρος Β. Όλα τα προγράμματα υγείας Medicare πρέπει να καλύπτουν όλες τις υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Μέρος Α και Β. Ο όρος Medicare Covered Services δεν περιλαμβάνει τα επιπλέον παροχές, όπως υπηρεσίες όρασης, οδοντιατρικής ή ακοής, που μπορεί να προσφέρει ένα πρόγραμμα Medicare Advantage.

Πρόγραμμα υγείας Medicare - Ένα πρόγραμμα υγείας Medicare προσφέρεται από μια ιδιωτική εταιρεία που συνάπτει συμβάσεις με την Medicare για την παροχή παροχών Μέρους Α και Μέρους Β σε άτομα με Medicare

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Ορισμοί σημαντικών λέξεων

που εγγράφονται στο πρόγραμμα. Αυτός ο όρος περιλαμβάνει όλα τα προγράμματα πλεονεκτήματος Medicare, τα προγράμματα κόστους Medicare, τα προγράμματα ειδικών αναγκών, τα προγράμματα επίδειξης / πιλοτικά προγράμματα και τα προγράμματα ολοκληρωμένης φροντίδας για τους ηλικιωμένους (PACE).

Κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare (Medicare Μέρος Δ) - Ασφάλιση για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων εξωτερικών ασθενών, εμβολίων, βιολογικών και ορισμένων προμηθειών που δεν καλύπτονται από το Medicare Μέρους Α ή Μέρους Β.

Ασφάλιση Medigap (Συμπλήρωμα ασφάλισης Medicare) - Συμπληρωματική ασφάλιση Medicare που πωλείται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για να καλύψει τα «κενά» στο Original Medicare. Τα ασφαλιστικά συμβόλαια Medigap λειτουργούν μόνο με το Original Medicare. (Ένα πρόγραμμα Medicare Advantage δεν αποτελεί ασφαλιστικό συμβόλαιο Medigap.)

Μέλος (Μέλος του προγράμματος μας ή Μέλος του Προγράμματος) - Ένα άτομο με Medicare που δικαιούται να λάβει καλυπτόμενες υπηρεσίες, το οποίο έχει εγγραφεί στο πρόγραμμά μας και του οποίου η εγγραφή έχει επιβεβαιωθεί από τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid (CMS).

Τμήμα Υπηρεσιών Μελών – Ένα τμήμα εντός του προγράμματος μας που είναι υπεύθυνο για να απαντά στις ερωτήσεις σας σχετικά με τη συνδρομή, τις παροχές, τα παράπονα και τις προσφυγές σας.

Φαρμακείο εντός δικτύου – Ένα φαρμακείο που συνάπτει σύμβαση με το πρόγραμμά μας, όπου τα μέλη του προγράμματος μας μπορούν να λάβουν τις παροχές τους σε συνταγογραφούμενα φάρμακα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι συνταγές σας καλύπτονται μόνο αν τα φάρμακα έχουν χορηγηθεί από φαρμακεία του δικτύου μας.

Πάροχος δικτύου - Πάροχος είναι ο γενικός όρος για γιατρούς, άλλους επαγγελματίες υγείας, νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν άδεια ή πιστοποίηση από την Medicare και από την πολιτεία για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. **Οι πάροχοι δικτύου** έχουν συμφωνήσει με το πρόγραμμά μας να αποδεχτούν πλήρως την πληρωμή μας ως εξόφληση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, να συντονίσουν καθώς και να παρέχουν καλυπτόμενες υπηρεσίες στα μέλη του προγράμματός μας. Οι πάροχοι δικτύου ονομάζονται επίσης «πάροχοι προγράμματος».

Προσδιορισμός οργανισμού - Μια απόφαση που λαμβάνει το πρόγραμμά μας σχετικά με το εάν καλύπτονται προϊόντα ή υπηρεσίες ή πόσο πρέπει να πληρώσετε για καλυπτόμενα προϊόντα ή υπηρεσίες. Οι προσδιορισμοί οργανισμού ονομάζονται αποφάσεις κάλυψης σε αυτό το έγγραφο.

Αρχικό βιολογικό προϊόν – Ένα βιολογικό προϊόν που έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) και χρησιμεύει ως σύγκριση για τους κατασκευαστές που παρασκευάζουν μια βιοομοειδή έκδοση. Ονομάζεται επίσης προϊόν αναφοράς.

Original Medicare (Traditional Medicare ή Fee-for-service Medicare) - Το Original Medicare προσφέρεται από την κράτος και όχι από ιδιωτικό ασφαλιστικό οργανισμό όπως τα προγράμματα Medicare Advantage και τα προγράμματα συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Σύμφωνα με το Original Medicare, οι υπηρεσίες Medicare καλύπτονται από την πληρωμή ποσών πληρωμής γιατρών, νοσοκομείων και άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που καθορίζονται από το Κογκρέσο. Μπορείτε να δείτε οποιονδήποτε γιατρό, νοσοκομείο ή άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που δέχεται το Medicare. Πρέπει να πληρώσετε το εκπιπτόμενο ποσό. Η Medicare πληρώνει το μερίδιό της στο εγκεκριμένο από το Medicare ποσό και εσείς πληρώνετε το δικό σας μερίδιο. Το Original Medicare αποτελείται από δύο μέρη: Μέρος Α (Νοσοκομειακή Ασφάλιση) και Μέρος Β (Ιατρική Ασφάλιση) και είναι διαθέσιμο σε όλη την επικράτεια των Ηνωμένων Πολιτειών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Ορισμοί σημαντικών λέξεων

Φαρμακείο εκτός δικτύου - Ένα φαρμακείο που δεν έχει σύμβαση με το πρόγραμμά μας και συντονίζει ή παρέχει καλυπτόμενα φάρμακα στα μέλη του προγράμματός μας. Τα περισσότερα φάρμακα που λαμβάνετε από φαρμακεία εκτός δικτύου δεν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας, εκτός εάν ισχύουν ορισμένες προϋποθέσεις.

Πάροχος εκτός δικτύου ή κέντρο εκτός δικτύου – Πάροχος ή κέντρο εκτός δικτύου που δεν έχει σύμβαση με το πρόγραμμά μας για συντονισμό ή παροχή καλυπτόμενων υπηρεσιών σε μέλη του προγράμματός μας. Οι πάροχοι εκτός δικτύου είναι πάροχοι που δεν απασχολούνται, ανήκουν ή λειτουργούν σύμφωνα με το πρόγραμμά μας.

Έξοδα συμμετοχής - Δείτε παραπάνω για τον ορισμό επιμερισμού κόστους. Η απαίτηση επιμερισμού του κόστους ενός μέλους για την πληρωμή μέρους των υπηρεσιών ή των φαρμάκων που έλαβε αποκαλείται επίσης και απαίτηση εξόδων συμμετοχής.

Out-of-Pocket Threshold – Το μέγιστο ποσό που πληρώνετε από την τσέπη σας για τα φάρμακα του Μέρους D.

Πρόγραμμα PACE - Ένα πρόγραμμα PACE (Πρόγραμμα Ολοκληρωμένης Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους) συνδυάζει ιατρικές, κοινωνικές και μακροπρόθεσμες υπηρεσίες και υποστηρίξεις (LTSS) για αδύναμα άτομα ώστε να τα βοηθήσουν να παραμείνουν ανεξάρτητα και να ζουν στην κοινότητά τους (αντί να μεταφερθούν σε γηροκομείο) όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τα άτομα που είναι εγγεγραμμένα σε προγράμματα PACE λαμβάνουν τόσο τις παροχές Medicare όσο και Medicaid μέσω του προγράμματος.

Μέρος Γ - δείτε το πρόγραμμα Medicare Advantage (MA).

Μέρος Δ - Το εθελοντικό πρόγραμμα παροχών συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare.

Φάρμακα Μέρους Δ – Φάρμακα που μπορούν να καλυφθούν από το Μέρος Δ. Μπορούμε ή δεν μπορούμε να προσφέρουμε όλα τα φάρμακα Μέρους Δ. Ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων έχουν εξαιρεθεί από την κάλυψη του Μέρους Δ από το Κογκρέσο. Ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων του Μέρους Δ πρέπει να καλύπτονται από κάθε πρόγραμμα.

Μέρος Δ Ποινή καθυστερημένης εγγραφής - Ένα ποσό που προστίθεται στο μηνιαίο ασφάλιστρο σας για κάλυψη φαρμάκων Medicare εάν δεν έχετε αξιόπιστη κάλυψη (κάλυψη που αναμένεται να πληρώσει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον όσο η τυπική κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare) για περίοδο τουλάχιστον 63 συνεχόμενων ημερών αφού δικαιούστε για πρώτη φορά να συμμετάσχετε σε ένα πρόγραμμα Μέρους Δ. Εάν χάσετε την Επιπλέον βοήθεια, ενδέχεται να σας επιβληθεί ποινή καθυστερημένης εγγραφής εάν παρέλθουν τουλάχιστον 63 συνεχόμενες ημέρες χωρίς το Μέρος Δ ή άλλη αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Ασφάλιστρο - Η περιοδική πληρωμή στο Medicare, μια ασφαλιστική εταιρεία ή ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης για κάλυψη υγείας ή συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Πάροχος πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP) - Ο γιατρός ή άλλος πάροχος που βλέπετε πρώτα για τα περισσότερα προβλήματα υγείας. Σε πολλά προγράμματα υγείας Medicare, πρέπει να δείτε τον πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης πριν δείτε οποιονδήποτε άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.

Προέγκριση - Έγκριση εκ των προτέρων για λήψη υπηρεσιών ή ορισμένων φαρμάκων. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες που χρειάζονται προέγκριση σημειώνονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών στο Κεφάλαιο 4. Τα καλυπτόμενα φάρμακα που χρειάζονται προηγούμενη έγκριση επισημαίνονται στο παρασκεύασμα και τα κριτήριά μας δημοσιεύονται στον ιστότοπό μας.

Προσθετική και ορθωτικά – Ιατρικές συσκευές, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, των ναρθήκων βραχίονα, πλάτης και λαιμού, τεχνητά μέλη, τεχνητά μάτια, και συσκευές που απαιτούνται για την αντικατάσταση ενός εσωτερικού μέρους ή λειτουργίας του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των προμηθειών στομίας και της εντερικής και παρεντερικής διατροφικής θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Ορισμοί σημαντικών λέξεων

Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας (QIO) - Μια ομάδα ασκούμενων γιατρών και άλλων εμπειρογνομόνων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για τον έλεγχο και τη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς του Medicare.

Όρια ποσότητας - Ένα εργαλείο διαχείρισης που έχει σχεδιαστεί για να περιορίζει τη χρήση επιλεγμένων φαρμάκων για λόγους ποιότητας, ασφάλειας ή χρήσης. Τα όρια μπορεί να είναι στην ποσότητα του φαρμάκου που καλύπτουμε ανά συνταγή ή για καθορισμένο χρονικό διάστημα.

Εργαλείο παροχών σε πραγματικό χρόνο - Μια πύλη ή μια εφαρμογή υπολογιστή στην οποία οι εγγεγραμμένοι μπορούν να αναζητήσουν πλήρεις, ακριβείς, έγκαιρες, κλινικά κατάλληλες, ειδικά για τους εγγεγραμμένους πληροφορίες παροχών και λίστας φαρμάκων. Αυτό περιλαμβάνει ποσά επιμερισμού κόστους, εναλλακτικά φάρμακα λίστας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ίδια κατάσταση υγείας με ένα δεδομένο φάρμακο και περιορισμούς κάλυψης (προέγκριση, θεραπεία βημάτων, όρια ποσότητας) που ισχύουν για εναλλακτικά φάρμακα.

Υπηρεσίες αποκατάστασης – Αυτές οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία και εργοθεραπεία.

Περιοχή εξυπηρέτησης - Μια γεωγραφική περιοχή όπου πρέπει να διαμένετε για να συμμετάσχετε σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα υγείας. Για προγράμματα που περιορίζουν τους γιατρούς και τα νοσοκομεία που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε, είναι επίσης γενικά η περιοχή όπου μπορείτε να λάβετε υπηρεσίες ρουτίνας (μη έκτακτης ανάγκης). Το πρόγραμμα πρέπει να καταργήσει την εγγραφή σας εάν μετακομίσετε μόνιμα από την περιοχή εξυπηρέτησης του προγράμματος.

Εξειδικευμένη Νοσηλευτική Μονάδα (SNF) – Εξειδικευμένες υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας και αποκατάστασης που παρέχονται σε συνεχή, καθημερινή βάση, σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα. Παραδείγματα περίθαλψης περιλαμβάνουν φυσικοθεραπεία ή ενδοφλέβιες ενέσεις που μπορούν να χορηγηθούν μόνο από εγγεγραμμένη νοσοκόμα ή γιατρό.

Πρόγραμμα Ειδικών Αναγκών – Ένας ειδικός τύπος προγράμματος Medicare Advantage που παρέχει πιο εστιασμένη υγειονομική περίθαλψη για συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων, όπως εκείνοι που έχουν τόσο το Medicare όσο και το Medicaid, που διαμένουν σε γηροκομείο ή που πάσχουν από ορισμένες χρόνιες ιατρικές παθήσεις.

Βηματική θεραπεία - Ένα εργαλείο χρήσης που απαιτεί από εσάς να δοκιμάσετε πρώτα ένα άλλο φάρμακο για τη θεραπεία του προβλήματος υγείας σας προτού καλύψουμε το φάρμακο που μπορεί να έχει συνταγογραφήσει αρχικά ο γιατρός σας.

Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλειας (SSI) - Μία μηνιαία παροχή που καταβάλλεται από την Κοινωνική Ασφάλιση σε άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους που είναι άτομα με ειδικές ανάγκες, τυφλοί ή ηλικίας 65 ετών και άνω. Οι παροχές SSI δεν είναι οι ίδιες με τις παροχές κοινωνικής ασφάλισης.

Επείγουσες υπηρεσίες – Μια υπηρεσία που καλύπτεται από το πρόγραμμα και απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα που δεν αποτελεί επείγουσα ανάγκη είναι μια επείγουσα υπηρεσία εάν είτε βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος είτε είναι παράλογο, δεδομένου του χρόνου, του τόπου και των περιστάσεων, να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία από παρόχους δικτύου με τους οποίους συνάπτεται το πρόγραμμα. Παραδείγματα επείγουσών υπηρεσιών είναι απρόβλεπτες ιατρικές ασθένειες και τραυματισμοί ή απροσδόκητες εξάρσεις υφιστάμενων παθήσεων. Ωστόσο, οι ιατρικά απαραίτητες επισκέψεις ρουτίνας στον πάροχο, όπως οι ετήσιοι έλεγχοι, δεν θεωρούνται επείγοντως απαραίτητες, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή το δίκτυο του προγράμματος δεν είναι προσωρινά διαθέσιμο.

Υπηρεσίες Γλωσσικής Βοήθειας Medicare



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:

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে দো-ভাষীর পরামর্শ রয়েছে। কোনও দো-ভাষী পতে, আমাদের 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কউে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরামর্শ।

Yiddish:

מיר האבן פריי יבערזעצער בא דינונגס צו ענטפערן אלע פראגן וואס איר קען האבן וועגן אונזער געזונט אדער מעדיצין פלאן. צו באקומען אן יבערזעצער, נאר רופן אונז 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 οποιεσδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνεία, 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) Υπηρεσίες Μελών

Μέθοδος	Τμήμα Υπηρεσιών Μελών – Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών διαθέτει επίσης δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για μη αγγλόφωνους.
TTY	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες με την ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 μ.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα.
ΦΑΞ	(310) 507-6186
ΓΡΑΨΤΕ	[Senior Whole Health of New York] Υπόψη: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	SWHNY.com

Το Πρόγραμμα Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP της Νέας Υόρκης) είναι ένα κρατικό πρόγραμμα που παίρνει χρήματα από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να παρέχει δωρεάν συμβουλές τοπικής ασφάλισης υγείας σε άτομα με Medicare.

Μέθοδος	Στοιχεία Επικοινωνίας
ΚΑΛΕΣΤΕ	(800) 701-0501 Δευτέρα – Παρασκευή, 8:30 π.μ. έως 5:00 μ.μ., τοπική ώρα.
ΓΡΑΨΤΕ	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Δήλωση Γνωστοποίησης του PRA Σύμφωνα με την Πράξη σχετικά με τη Μείωση της Γραφειοκρατίας του 1995, κανένα πρόσωπο δεν υποχρεούται να ανταποκριθεί στη συλλογή πληροφοριών εκτός εάν επιδεικνύει έναν έγκυρο αριθμό ελέγχου OMB (Γραφείο Διαχείρισης και Προϋπολογισμού). Ο έγκυρος αριθμός ελέγχου OMB για αυτή τη συλλογή πληροφοριών είναι 0938-1051. Εάν έχετε σχόλια ή προτάσεις για τη βελτίωση αυτού του εντύπου, παρακαλούμε γράψτε στη διεύθυνση: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland