

# Document Summary

Document	
<b>Create Date</b>	2024-10-15 19:17:03
<b>Document Title</b>	NY-H5992-007-DSNP-EC-FR-25
<b>Document Type</b>	EOC-MAPD
<b>Document Status</b>	Draft
<b>Document Theme</b>	2025_Molina-Health_EOC_Print_FRA
<b>Language</b>	FRA
<b>Plan Year</b>	2025
<b>Last Change Date</b>	2024-10-15 19:16:13
<b>Last Change User</b>	Renee Saucedo
<b>Content Last Change Date</b>	2024-09-30 15:24:14
<b>Content Last Change User</b>	RRDSystem Molina-Health

2025

# Evidence of Coverage

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

New York H5992-007

Effective January 1 through December 31, 2025

H5992\_25\_007\_NYEOC\_C  
NY-H5992-007-DSNP-EC-EN-25





**1er janvier – 31 décembre 2025**

## **Attestation de couverture :**

### **Vos prestations et services de santé Medicare et votre couverture des médicaments sur ordonnance en tant que membre de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Ce document vous donne les détails de votre couverture Medicare et Medicaid en matière de soins de santé, de soins de longue durée, de services à domicile et communautaires et de médicaments sur ordonnance pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2025. **Il s'agit d'un document juridique important. Veuillez le conserver en lieu sûr.**

**Pour toute question concernant ce document, veuillez contacter les services aux membres au (833) 671-0440. (Les utilisateurs de TTY doivent appeler le 711). Horaires : du 1er octobre au 31 mars, de 8 h à 20 h, heure locale, 7 jours sur 7. Du 1er avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale. La communication est gratuite.**

Ce régime, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), est proposé par Senior Whole Health of New York, Inc. (Lorsque cette attestation de couverture mentionne les termes « nous », « notre », ou « nos », cela signifie Senior Whole Health of New York, Inc. Les termes « régime » ou « notre régime » signifient Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Ce document est disponible gratuitement en espagnol, chinois, arabe, coréen, russe, italien, français, créole haïtien, yiddish, polonais, tagalog, bengali, albanais, grec et ourdou.

Vous pouvez obtenir gratuitement ce document dans une ou plusieurs langues autres que l'anglais ou dans d'autres formats (gros caractères, braille, audio, etc.). Appelez le (833) 671-0440, (TTY : 711). L'appel est gratuit.

Les prestations peuvent changer à partir du 1er janvier 2026.

La liste des médicaments couverts, le réseau de pharmacies et/ou le réseau de prestataires peuvent être modifiés à tout moment. Vous serez avisé si nécessaire. Nous informerons les adhérents concernés des changements apportés au moins 30 jours à l'avance.

Ce document explique vos prestations et vos droits. Utilisez ce document pour comprendre :

- La prime et le partage des coûts de votre régime ;
- Vos prestations en matière de soins médicaux et de médicaments sur ordonnance ;
- Comment déposer une plainte si vous n'êtes pas satisfait d'un service ou d'un traitement ;
- Comment nous contacter si vous avez besoin d'une assistance supplémentaire ;
- Les autres protections requises par la législation Medicare.

H5992\_25\_007\_NYEOC\_C

**Table des matières****2025 Attestation de couverture****Table des matières**

<b>CHAPITRE 1: Commencer en tant qu'affilié .....</b>	<b>4</b>
SECTION 1 Introduction .....	5
SECTION 2 Quels sont les critères pour être affilié au régime ? .....	6
SECTION 3 Documents importants sur l'affiliation que vous allez recevoir .....	9
SECTION 4 Vos coûts mensuels pour Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	10
SECTION 5 Plus d'informations sur votre prime mensuelle .....	13
SECTION 6 Maintien à jour de votre dossier d'affiliation au régime .....	13
SECTION 7 Fonctionnement d'autres assurances avec notre régime .....	14
<b>CHAPITRE 2: Ressources et numéros de téléphone importants .....</b>	<b>16</b>
SECTION 1 Contacter Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (comment nous contacter, y compris comment joindre les services aux membres) .....	17
SECTION 2 Medicare (comment obtenir de l'aide et des informations directement auprès du programme fédéral Medicare) .....	21
SECTION 3 State Health Insurance Assistance Program (aide gratuite, informations et réponses à vos questions sur Medicare) .....	22
SECTION 4 Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) .....	23
SECTION 5 Sécurité sociale .....	24
SECTION 6 Medicaid .....	25
SECTION 7 Informations sur les programmes d'aide au paiement des médicaments sur ordonnance .....	27
SECTION 8 Comment contacter le Railroad Retirement Board ? .....	29
SECTION 9 Bénéficiez-vous d'une assurance de groupe ou d'une autre assurance maladie auprès d'un employeur ? .....	29
<b>CHAPITRE 3: Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts ..</b>	<b>30</b>
SECTION 1 Ce qu'il faut savoir pour obtenir des soins médicaux et d'autres services en tant que membre de notre régime .....	31
SECTION 2 Recours aux prestataires du réseau du régime pour obtenir vos soins médicaux et d'autres services .....	32
SECTION 3 Comment obtenir des services en cas d'urgence, de besoin urgent de soins ou de catastrophe ? .....	36
SECTION 4 Que faire si le coût total de vos services vous est facturé directement ? .....	38
SECTION 5 Comment vos services médicaux sont-ils couverts lorsque vous participez à une étude de recherche clinique ? .....	38
SECTION 6 Règles relatives aux soins dans un établissement de santé religieux non médical .....	40

**Table des matières**

SECTION 7	Règles relatives à la propriété d'équipements médicaux durables .....	41
<b>CHAPITRE 4:</b>	<b><i>Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)</i></b> .....	<b>43</b>
SECTION 1	Compréhension des services couverts .....	44
SECTION 2	Utilisez le <i>Tableau des prestations médicales</i> pour connaître les services couverts. ....	44
SECTION 3	Quels sont les services couverts en dehors de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ? .....	93
SECTION 4	Quels services ne sont pas couverts par le régime ? .....	94
<b>CHAPITRE 5:</b>	<b><i>Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D</i></b> .....	<b>97</b>
SECTION 1	Introduction .....	98
SECTION 2	Exécuter votre ordonnance dans une pharmacie du réseau ou par le biais du service de commande par correspondance du régime .....	99
SECTION 3	Vos médicaments doivent figurer sur la liste des médicaments du régime .....	101
SECTION 4	La couverture de certains médicaments est soumise à des restrictions .....	103
SECTION 5	Que faire si l'un de vos médicaments n'est pas couvert comme vous le souhaiteriez ? .....	104
SECTION 6	Que faire si votre couverture change pour l'un de vos médicaments ? .....	106
SECTION 7	Quels types de médicaments ne sont <i>pas</i> couverts par le régime ? .....	108
SECTION 8	Exécution d'une ordonnance .....	109
SECTION 9	Couverture des médicaments de la partie D dans des situations particulières .....	110
SECTION 10	Programmes sur la sécurité et la gestion des médicaments .....	111
SECTION 11	Nous vous envoyons des rapports indiquant les paiements effectués pour vos médicaments et la phase de paiement dans laquelle vous vous trouvez .....	113
<b>CHAPITRE 6:</b>	<b><i>Nous demander de payer une facture que vous avez reçue pour les services médicaux ou les médicaments couverts</i></b> .....	<b>115</b>
SECTION 1	Situations dans lesquelles vous devez nous demander de payer les services ou médicaments couverts .....	116
SECTION 2	Comment nous demander de vous rembourser ou de payer une facture que vous avez reçue .....	118
SECTION 3	Nous examinerons votre demande de paiement et nous vous donnerons une réponse positive ou négative .....	118
<b>CHAPITRE 7:</b>	<b><i>Vos droits et responsabilités</i></b> .....	<b>120</b>
SECTION 1	Notre régime doit honorer vos droits et votre culture en tant que membre du régime .....	121
SECTION 2	Vous avez des responsabilités en tant que membre du régime .....	140
<b>CHAPITRE 8:</b>	<b><i>Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)</i></b> .....	<b>142</b>
SECTION 1	Introduction .....	143

**Table des matières**

SECTION 2	Où obtenir plus d'informations et une assistance personnalisée .....	143
SECTION 3	Comprendre les plaintes et les appels concernant Medicare et Medicaid dans notre régime .....	146
SECTION 4	Décisions de couverture et appels .....	146
SECTION 5	Guide sur les principes de base des décisions de couverture et appels .....	147
SECTION 6	Vos soins médicaux : comment demander une décision de couverture ou faire appel d'une décision de couverture .....	150
SECTION 7	Vos médicaments sur ordonnance de la partie D : comment demander une décision de couverture ou faire appel .....	159
SECTION 8	Comment demander la couverture d'une hospitalisation plus longue si vous estimez que votre sortie est prématurée ? .....	167
SECTION 9	Comment nous demander de prolonger la couverture de certains services médicaux si vous pensez que votre couverture prend fin trop tôt ? .....	173
SECTION 10	Porter votre appel au niveau 3 et au-delà .....	178
SECTION 11	Comment déposer une plainte concernant la qualité des soins, les temps d'attente, le service clientèle ou d'autres aspects ? .....	180
<b>CHAPITRE 9: Mettre fin à votre affiliation au régime .....</b>		<b>184</b>
SECTION 1	Introduction à l'arrêt de votre affiliation au régime .....	185
SECTION 2	Quand pouvez-vous mettre fin à votre affiliation au régime ? .....	185
SECTION 3	Comment mettez-vous fin à votre affiliation au régime ? .....	188
SECTION 4	Tant que votre affiliation n'a pas pris fin, vous devez continuer à vous procurer les produits et services médicaux, ainsi que les médicaments par l'intermédiaire de notre régime .....	189
SECTION 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit mettre fin à votre affiliation au régime dans certaines situations .....	190
<b>CHAPITRE 10: Mentions légales .....</b>		<b>192</b>
SECTION 1	Avis sur le droit applicable .....	193
SECTION 2	Avis sur le principe de non-discrimination .....	193
SECTION 3	Avis sur les droits de subrogation du payeur secondaire de Medicare .....	193
<b>CHAPITRE 11: Définitions des termes importants .....</b>		<b>194</b>

# CHAPITRE 1:

*Commencer en tant qu'affilié*

FINALE

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié****SECTION 1 Introduction****Section 1.1 Vous êtes affilié à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), un régime Medicare Advantage spécialisé (Régime pour besoins spéciaux)**

Vous êtes couvert à la fois par Medicare et Medicaid :

- **Medicare** est le programme fédéral d'assurance maladie pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, certaines personnes de moins de 65 ans souffrant de certains handicaps, et les personnes souffrant d'insuffisance rénale au stade terminal.
- **Medicaid** est un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui aide à couvrir les frais médicaux de certaines personnes dont les revenus et les ressources sont limités. La couverture Medicaid varie en fonction de l'État et du type de Medicaid dont vous bénéficiez. Certaines personnes bénéficiant de Medicaid sont aidées à payer leurs primes Medicare et d'autres frais. D'autres personnes bénéficient également d'une couverture pour des services et des médicaments supplémentaires qui ne sont pas couverts par Medicare.

Vous avez choisi d'obtenir vos soins de santé Medicare et Medicaid ainsi que votre couverture des médicaments sur ordonnance par l'intermédiaire de notre régime, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Nous sommes tenus de couvrir tous les services de la partie A et de la partie B. Toutefois, le partage des coûts et l'accès aux prestataires de ce régime diffèrent de ceux de l'Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) est un régime Medicare Advantage spécialisé (un régime Medicare Special Needs), ce qui signifie que ses prestations sont conçues pour les personnes ayant des besoins particuliers en matière de soins de santé. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) est conçu pour les personnes qui bénéficient de Medicare et qui ont également droit à l'aide de Medicaid.

Comme vous bénéficiez de l'aide de Medicaid pour le partage des coûts (franchises, copayments et coassurance) des parties A et B de Medicare, il se peut que vous ne payiez rien pour les services de santé de Medicare. Medicaid vous offre également d'autres prestations en couvrant des services de soins de santé tels que les soins de longue durée à domicile et communautaires qui ne sont généralement pas couverts par Medicare. Vous recevrez également une aide supplémentaire (« Extra Help ») de Medicare pour payer les coûts de vos médicaments sur ordonnance. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) vous aidera à gérer toutes ces prestations, afin que vous obteniez les services de santé et l'aide au paiement auxquels vous avez droit.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) est géré par une société privée. Comme tous les régimes Medicare Advantage, ce régime Medicare Special Needs est approuvé par Medicare. Le régime a également conclu un contrat avec le programme Medicaid de l'État de New York afin de coordonner vos prestations Medicaid. Nous sommes heureux de vous fournir une couverture des soins de santé Medicare et Medicaid, y compris pour vos médicaments sur ordonnance.

**La couverture au titre de ce régime est considérée comme une couverture sanitaire qualifiée (Qualifying Health Coverage, QHC) et répond à l'exigence de responsabilité individuelle partagée du Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Veuillez consulter le site web de l'Internal Revenue Service (IRS) à l'adresse suivante : [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) for more information.**

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié****Section 1.2 De quoi traite le document *Attestation de couverture* ?**

Le document *Attestation de couverture* indique comment bénéficier de soins médicaux Medicare et Medicaid, de services de soins de longue durée à domicile et dans des résidences communautaires et de médicaments sur ordonnance. Il explique vos droits et responsabilités, les services couverts, ce que vous devez payer en tant que membre du régime, et comment déposer une plainte si vous n'êtes pas satisfait d'une décision ou d'un traitement.

Les termes *couverture* et *services couverts* font référence aux soins médicaux, aux services de soins de longue durée à domicile et dans des résidences communautaires et aux médicaments sur ordonnance qui sont disponibles en tant qu'affilié de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Il est important que vous connaissiez les règles relatives au régime et les services qui sont disponibles. Nous vous encourageons à consacrer un peu de temps à examiner ce document d'*attestation de couverture*.

Si vous êtes perplexe, inquiet ou si vous avez tout simplement une question, contactez les services aux membres.

**Section 1.3 Informations légales sur l'*Attestation de couverture***

Cette *Attestation de couverture* fait partie du contrat qui nous lie à vous sur la façon dont Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) couvre vos soins. Les autres parties de ce contrat comprennent votre formulaire d'affiliation, la liste des médicaments couverts (Liste des médicaments remboursables) et tout autre avis que vous recevez de notre part sur les modifications concernant votre couverture ou les conditions qui affectent votre couverture. Ces avis sont parfois appelés avenants ou modifications.

Le contrat est en vigueur durant les mois où vous êtes affilié à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) entre le 1er janvier 2025 et le 31 décembre 2025.

Chaque année civile, Medicare nous autorise à apporter des modifications aux régimes que nous offrons. En d'autres termes, nous pouvons modifier les coûts et les prestations de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) après le 31 décembre 2025. Nous pouvons également décider de cesser ce régime dans votre zone de service, ou de le proposer dans une autre zone de service après le 31 décembre 2025.

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services (Centres de services Medicare et Medicaid, CMS)) doit approuver chaque année Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Chaque année, vous pouvez continuer à bénéficier de la couverture Medicare en tant qu'affilié à notre régime tant que nous continuons à offrir ce régime et que Medicare renouvelle son approbation du régime.

**SECTION 2 Quels sont les critères pour être affilié au régime ?****Section 2.1 Vos conditions d'éligibilité**

*Vous êtes éligible à notre régime si vous remplissez les conditions suivantes :*

- Vous bénéficiez à la fois de Medicare partie A et de Medicare partie B
- -- et -- vous habitez dans notre zone géographique de service (la section 2.3 ci-dessous décrit notre zone de service). Les personnes incarcérées ne sont pas considérées comme vivant dans la zone géographique de service, même si elles s'y trouvent physiquement.
- -- et -- vous êtes citoyen américain ou en situation régulière aux États-Unis

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié**

- -- et -- vous remplissez les conditions spéciales d'éligibilité décrites ci-dessous.

**Conditions spéciales d'éligibilité à notre régime**

Notre régime est conçu pour répondre aux besoins des personnes bénéficiant de certaines prestations Medicaid. (Medicaid est un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui aide à couvrir les frais médicaux de certaines personnes dont les revenus et les ressources sont limités.) Pour pouvoir bénéficier de notre régime, vous devez être éligible à la fois à Medicare et à la totalité des prestations de Medicaid.

À noter : si vous perdez votre éligibilité, mais que l'on peut raisonnablement s'attendre à ce que vous la retrouviez dans un délai de trois mois, vous êtes toujours éligible à notre régime (le chapitre 4, section 2.1 vous informe sur la couverture et le partage des coûts au cours d'une période d'éligibilité jugée continue).

**Conditions d'éligibilité supplémentaires au régime Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

En plus des conditions ci-dessus, Senior Whole Health of New York NHC est un programme volontaire conçu spécialement pour les personnes bénéficiant de Medicare et Medicaid et nécessitant des services médicaux coordonnés pour vivre en toute sécurité à leur domicile et au sein de leur communauté. Les qualifications médicales et les réglementations en matière d'autorisation s'appliquent.

Vous êtes éligible au programme Senior Whole Health of New York NHC si vous êtes couvert à la fois par Medicare et Medicaid et si :

1. vous êtes médicalement éligible à un niveau de soins en maison de retraite, au moment de l'adhésion ;
2. vous êtes capable, au moment de l'adhésion, de retourner à votre domicile ou d'y rester sans que votre santé et votre sécurité ne soient mises en péril ;
3. vous avez été évalué comme nécessitant au moins un des services de soins de longue durée et de gestion des soins communautaires suivants pendant plus de 120 jours à compter de la date d'entrée en vigueur de l'adhésion :
  - a. Services de soins infirmiers à domicile
  - b. Thérapies à domicile
  - c. Services d'aide médicale à domicile
  - d. Services de soins personnels à domicile
  - e. Soins de jour (adultes)
  - f. Soins infirmiers privés
  - g. Services d'assistance personnelle dirigés par le consommateur, et
4. vous avez été considéré par le bureau Medicaid de l'administration des ressources humaines (HRA) de la ville de New York ou par le département local des services sociaux (LDSS) comme éligible aux prestations du programme Medicaid.

**Section 2.2 Qu'est-ce que Medicaid ?**

Medicaid est un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui prend en charge les frais médicaux et les frais de soins de longue durée de certaines personnes ayant de faibles revenus et des ressources limitées. Chaque état décide du plafond de revenus et de ressources, des personnes éligibles, des services couverts et du coût des services. Les états peuvent également décider de l'exécution de leur programme tant qu'ils respectent les lignes directrices fédérales.

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié**

En outre, certains programmes offerts par l'intermédiaire de Medicaid visent à aider les personnes bénéficiant de Medicare à payer les coûts de Medicare, comme leurs primes Medicare. Ces « Programmes d'épargne Medicare » aident les personnes ayant des revenus et des ressources limités à économiser de l'argent chaque année :

- **Double admissibilité aux prestations intégrales (FBDE) :** Personne ayant droit à Medicare, qui ne répond pas aux critères de revenus ou de ressources pour QMB+ ou SLMB+, mais qui est éligible à une couverture Medicaid totale formellement ou via des groupes de couverture optionnels en fonction du statut de la personne médicalement démunie, des niveaux de revenu spécifiques pour les personnes placées en institutions ou des exonérations basées sur le domicile et la communauté.
- **Bénéficiaire Medicare admissible (QMB+) :** Permet le paiement des primes de la Partie A et de la Partie B Medicare et d'autres participations aux coûts (comme les coassurances, les tickets modérateur et les franchises). Ces personnes sont également admissibles aux prestations intégrales de Medicaid.

**Section 2.3 Voici la zone de couverture du régime pour Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) n'est disponible que pour les personnes qui résident dans notre zone de couverture. Pour rester affilié à notre régime, vous devez continuer à résider dans la zone de couverture du régime. La zone de couverture est décrite ci-dessous.

Notre zone de couverture comprend ces comtés de New York : Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland, and Westchester.

Si vous envisagez de déménager dans un autre état, vous devez également contacter le bureau Medicaid de votre État et demander en quoi ce déménagement va affecter vos prestations Medicaid. Vous trouverez les numéros de téléphone de Medicaid au chapitre 2, section 6 du présent document.

Si vous prévoyez de déménager en dehors de la zone de couverture, vous ne pouvez pas rester affilié à ce régime. Contactez les services aux membres pour savoir si nous disposons d'un régime dans votre nouvelle zone. Lors de votre déménagement, vous aurez une période d'affiliation spéciale qui vous permettra de passer à Original Medicare ou de vous affilier à un régime de santé et de médicaments Medicare disponible à votre nouvelle adresse.

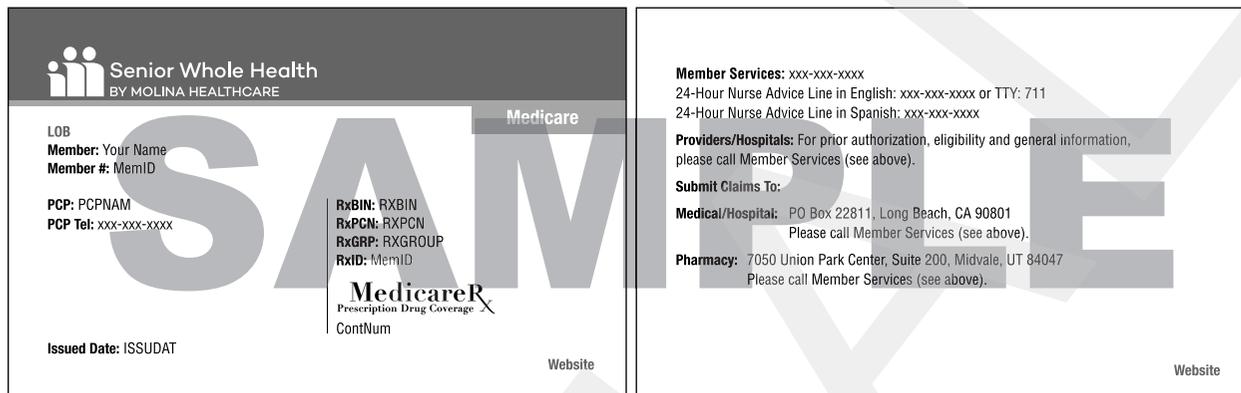
Il est également important d'appeler la Sécurité sociale en cas de déménagement ou de changement d'adresse postale. Vous trouverez les numéros de téléphone et les coordonnées de la Sécurité sociale au chapitre 2, section 5.

**Section 2.4 Citoyen américain ou personne en situation régulière**

Un membre d'un régime de santé Medicare doit être un citoyen américain ou une personne en situation régulière aux États-Unis. Medicare (les Centers for Medicare & Medicaid Services) informera Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) si vous n'êtes pas autorisé à rester affilié sur cette base. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit cesser votre affiliation si vous ne respectez pas cette condition.

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié****SECTION 3 Documents importants sur l'affiliation que vous allez recevoir****Section 3.1 Votre carte d'affiliation au régime**

Lorsque vous êtes affilié à notre régime, vous devez utiliser votre carte d'affiliation chaque fois que vous bénéficiez de services couverts par ce régime et pour les médicaments sur ordonnance que vous obtenez dans les pharmacies du réseau. Vous devez également présenter au prestataire votre carte Medicaid. Voici un exemple de carte d'affiliation :



N'utilisez PAS votre carte Medicare rouge, blanche et bleue pour les services médicaux couverts lorsque vous êtes affilié à ce régime. Si vous utilisez votre carte Medicare à la place de votre carte d'affiliation Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous devez peut-être payer la totalité du coût des services médicaux. Conservez votre carte Medicare en lieu sûr. Il vous sera peut-être demandé de la présenter si vous devez bénéficier de soins hospitaliers ou de soins palliatifs, ou si vous participez à des études cliniques Medicare approuvées.

Si votre carte d'affiliation au régime est endommagée, perdue ou volée, appelez immédiatement les services aux membres et nous vous enverrons une nouvelle carte.

**Section 3.2 Annuaire des prestataires/pharmacies**

L'*Annuaire des prestataires/pharmacies* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) répertorie les prestataires et les fournisseurs d'équipements médicaux durables de notre réseau actuel.

Les **prestataires du réseau** sont les médecins et autres professionnels de la santé, les groupes médicaux, les fournisseurs d'équipements médicaux durables, les hôpitaux et autres établissements de santé avec lesquels nous avons conclu un accord stipulant qu'ils acceptent notre paiement et tout partage des coûts du régime en tant que paiement intégral.

Les **pharmacies du réseau** sont toutes les pharmacies qui ont accepté d'exécuter les ordonnances couvertes pour les membres de notre régime. Vous pouvez utiliser l'*annuaire des prestataires/pharmacies* pour trouver la pharmacie du réseau que vous souhaitez utiliser. Reportez-vous au chapitre 5, section 2.5, pour savoir dans quelles circonstances vous pouvez faire appel à des pharmacies qui ne font pas partie de notre réseau.

Vous devez passer par les prestataires du réseau pour obtenir vos soins et services médicaux. Si vous vous rendez ailleurs sans autorisation, vous devrez payer l'intégralité des frais. Les seules exceptions sont les urgences, les services urgents lorsque le réseau n'est pas disponible (c'est-à-dire dans les situations où il n'est pas raisonnable

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié**

ou possible d'obtenir des services dans le réseau), les services de dialyse hors zone et les cas où Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) autorise le recours à des prestataires hors réseau.

La liste la plus récente des prestataires, des pharmacies et des fournisseurs est disponible sur notre site web à l'adresse [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Si vous n'avez pas votre exemplaire de l'*annuaire des prestataires/pharmacies*, vous pouvez le demander (sous forme électronique ou papier) aux services aux membres. Toutes demandes de copie papier de l'annuaire des prestataires vous sera envoyée par courrier dans un délai de trois jours ouvrables.

**Section 3.3 Liste des médicaments couverts du régime**

Le régime comporte une *liste de médicaments couverts* (« *Formulary* ») Nous l'appelons « Liste des médicaments ». Indique les médicaments sur ordonnance de la partie D qui sont couverts au titre de la prestation de la partie D incluse dans Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Les médicaments figurant sur cette liste sont sélectionnés par le régime avec l'aide d'une équipe de médecins et de pharmaciens. La liste doit respecter les conditions définies par Medicare. Medicare a approuvé la liste des médicaments Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

La liste des médicaments indique également si des règles restreignent la couverture pour vos médicaments.

Nous vous fournirons une copie de la liste des médicaments. Pour obtenir une liste complète et actuelle des médicaments couverts, vous pouvez consulter le site Web du régime ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) ou appeler les services aux membres.

**SECTION 4 Vos coûts mensuels pour Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Vos coûts peuvent inclure les éléments suivants :

- Prime du régime (Section 4.1)
- Prime mensuelle de la partie B de Medicare (Section 4.2)
- Pénalité pour affiliation tardive à la partie D (Section 4.4)
- Montant d'ajustement mensuel lié au revenu (Section 4.5)

**Section 4.1 Prime du régime**

Vous n'avez pas de prime mensuelle séparée pour Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

**Section 4.2 Prime mensuelle de la partie B de Medicare****De nombreux membres sont tenus de payer d'autres primes Medicare.**

Certains membres sont tenus de payer d'autres primes Medicare. Comme expliqué dans la section 2 ci-dessus, pour pouvoir être éligible à notre régime, vous devez conserver votre éligibilité à Medicaid et également être couvert par les parties A et B de Medicare. Pour la plupart des membres Senior Whole Health of New York NHC

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié**

(HMO D-SNP), Medicaid paye pour la prime de la partie A (si vous n'en bénéficiez pas automatiquement) et pour la prime de la partie B.

**Si Medicaid ne paye pas vos primes Medicare pour vous, vous devez continuer à payer vos primes Medicare pour rester affilié au régime.** Cela inclut votre prime de la partie B. Cela peut également inclure une prime pour la partie A qui affecte les membres qui ne sont pas éligibles à la prime pour la partie A.

**Section 4.3 Pénalité pour affiliation tardive à la partie D**

En raison de votre double éligibilité, la pénalité pour adhésion tardive (LEP) ne vous concerne pas tant que vous conservez cette double éligibilité, mais si vous la perdez, vous risquez d'encourir une LEP. La pénalité pour adhésion tardive à la partie D est une prime supplémentaire qui doit être payée pour la couverture de la partie D si, à tout moment après la fin de votre période d'adhésion initiale, il y a une période de 63 jours ou plus d'affilée pendant laquelle vous n'avez pas bénéficié de la partie D ou d'une autre couverture de médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation. Une couverture des médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation est une couverture qui répond aux normes minimales de Medicare puisqu'elle est censée prendre en charge, en moyenne, au moins autant que la couverture standard des médicaments sur ordonnance de Medicare. Le montant de la pénalité pour adhésion tardive dépend de la durée pendant laquelle vous n'avez pas bénéficié de la couverture de la partie D ou d'une autre couverture de médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation. Vous devrez payer cette pénalité tant que vous bénéficierez de la couverture de la partie D.

Vous **n'aurez pas** à payer cette pénalité si :

- Vous bénéficiez d'une aide supplémentaire (« Extra Help ») de Medicare pour payer vos médicaments sur ordonnance.
- Vous avez passé moins de 63 jours d'affilée sans couverture donnant droit à une indemnisation.
- Vous avez bénéficié d'une couverture des médicaments donnant droit à une indemnisation par l'intermédiaire d'une autre source telle qu'un ancien employeur, un syndicat, TRICARE ou la Veterans Health Administration (VA). Votre assureur ou votre service des ressources humaines vous indiquera chaque année si votre couverture des médicaments donne droit à une indemnisation. Cette information peut vous être envoyée par courrier ou figurer dans un bulletin d'information du régime. Conservez ces informations, car vous pourriez en avoir besoin si vous adhérez ultérieurement à un régime Medicare.
  - **Remarque** : tout avis doit indiquer que vous bénéficiez d'une couverture des médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation qui est censée prendre en charge autant que le régime standard de Medicare pour les médicaments sur ordonnance.
  - **Remarque** : les éléments suivants ne constituent *pas* une couverture de médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation : cartes de réduction pour les médicaments sur ordonnance, les cliniques populaires et les sites Internet de vente de médicaments à prix réduit.

**Medicare détermine le montant de la pénalité.** La procédure est la suivante :

- Tout d'abord, comptez le nombre de mois entiers pendant lesquels vous avez retardé votre adhésion à un régime Medicare, alors que vous étiez éligible. Ou comptez le nombre de mois entiers pendant lesquels vous n'avez pas bénéficié d'une couverture de médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation, si l'interruption de la couverture était de 63 jours ou plus. La pénalité est de 1% pour chaque mois au cours duquel vous n'avez pas bénéficié d'une couverture donnant droit à une indemnisation. Par exemple, si vous êtes resté 14 mois sans couverture, la pénalité sera de 14%.

## Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié

- Medicare détermine ensuite le montant de la prime mensuelle moyenne pour les régimes Medicare dans le pays pour l'année précédente. Pour 2025, le montant de cette prime moyenne est de [34,70\$].
- Pour calculer votre pénalité mensuelle, vous multipliez le pourcentage de pénalité par la prime mensuelle moyenne, puis vous arrondissez le résultat aux 10 cents les plus proches. Dans l'exemple, il s'agit de 14% multiplié par [34,70\$], soit [4,85\$]. Ce montant est arrondi à [4,90\$]. Ce montant serait ajouté à **la prime mensuelle dans le cas d'une personne soumise à une pénalité pour adhésion tardive à la partie D.**

**Il y a trois choses importantes à noter à propos de cette pénalité mensuelle pour adhésion tardive à la partie D :**

- Premièrement, **la pénalité peut changer chaque année**, car la prime mensuelle moyenne peut changer chaque année.
- Deuxièmement, **vous continuerez à payer une pénalité** chaque mois tant que vous serez membre d'un régime offrant des prestations pharmaceutiques au titre de Medicare partie D, même si vous changez de régime.
- Troisièmement, si vous avez moins de 65 ans et que vous bénéficiez actuellement des prestations de Medicare, la pénalité pour adhésion tardive à la partie D sera redéfinie lorsque vous atteindrez l'âge de 65 ans. Une fois l'âge de 65 ans atteint, la pénalité pour adhésion tardive à la partie D ne sera calculée que sur les mois pendant lesquels vous n'avez pas été couvert après votre période d'adhésion initiale à Medicare.

**Si vous contestez la pénalité pour adhésion tardive à la partie D, vous ou votre représentant pouvez demander un réexamen.** En règle générale, vous devez demander ce réexamen **dans les 60 jours** à compter de la date de réception de la première lettre stipulant la pénalité pour adhésion tardive. Toutefois, si vous payiez une pénalité avant d'adhérer à notre régime, il se peut que vous ne puissiez pas demander un réexamen de cette pénalité pour adhésion tardive.

### Section 4.4 Montant d'ajustement mensuel lié au revenu

Certains membres peuvent être tenus de payer un supplément, appelé montant de l'ajustement mensuel en fonction des revenus de la partie D (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Ce supplément est calculé sur la base de votre revenu brut ajusté modifié, tel qu'il figure sur votre déclaration de revenus de l'IRS d'il y a deux ans. Si ce montant est supérieur à un certain seuil, vous paierez le montant de la prime standard et l'IRMAA supplémentaire. Pour plus d'informations sur le montant supplémentaire que vous pourriez avoir à payer en fonction de votre revenu, consultez le lien suivant : <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si vous devez payer un supplément, vous recevrez une lettre de la Sécurité sociale, et non de votre régime Medicare, vous indiquant le montant de ce supplément. Le montant supplémentaire sera retenu sur votre chèque de prestations de la Sécurité sociale, du Railroad Retirement Board ou de l'Office of Personnel Management, quelle que soit la manière dont vous payez habituellement votre prime, sauf si votre prestation mensuelle n'est pas suffisante pour couvrir le montant supplémentaire dû. Si votre prestation n'est pas suffisante pour couvrir le montant supplémentaire, vous recevrez une facture de Medicare. **Vous devez payer le montant supplémentaire à l'État. Vous ne pouvez pas le payer avec la prime mensuelle de votre régime. Si vous ne payez pas le montant supplémentaire, vous serez radié du régime et perdrez la couverture des médicaments sur ordonnance.**

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié**

---

Si vous contestez le paiement d'un montant supplémentaire, vous pouvez demander à la Sécurité sociale de réexaminer la décision. Pour en savoir plus, contactez la Sécurité sociale au 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

---

**SECTION 5 Plus d'informations sur votre prime mensuelle**

---

**Section 5.1 Pouvons-nous modifier votre prime mensuelle au cours de l'année ?**

**Non.** Nous ne sommes pas autorisés à modifier le montant que nous facturons pour la prime mensuelle du régime au cours de l'année. Si la prime mensuelle du régime change l'année suivante, nous vous en informerons en septembre et le changement entrera en vigueur le 1er janvier.

Cependant, dans certains cas, vous pouvez cesser de payer une pénalité pour affiliation tardive, le cas échéant. Vous pouvez également avoir besoin de commencer à payer une pénalité pour affiliation tardive. Le cas peut se présenter si vous devenez éligible au programme « Extra Help » ou si vous perdez votre éligibilité au programme d'« aide supplémentaire » durant l'année.

- Si vous payez actuellement une pénalité pour affiliation tardive à la partie D et que vous devenez éligible au programme d'« aide supplémentaire » durant l'année, vous pouvez cesser de payer votre pénalité.
- Si vous perdez l'aide supplémentaire « Extra Help », vous pouvez être soumis à la pénalité pour adhésion tardive si vous restez 63 jours ou plus d'affilié sans couverture de la partie D ou autre couverture de médicaments sur ordonnance admissible.

Vous trouverez davantage d'informations sur le programme d'« aide supplémentaire » au chapitre 2, section 7.

---

**SECTION 6 Maintien à jour de votre dossier d'affiliation au régime**

---

Votre dossier d'affiliation contient des informations provenant de votre formulaire d'adhésion, y compris votre adresse et votre numéro de téléphone. Il indique la couverture spécifique de votre régime, y compris votre prestataire de soins primaires.

Les médecins, hôpitaux, pharmaciens et autres prestataires du réseau du régime doivent disposer d'informations correctes à votre sujet. **Ces prestataires utilisent votre dossier d'affiliation pour savoir quels services et médicaments sont couverts et quels sont les montants des partages des coûts pour vous.** C'est pourquoi il est très important que vous nous aidiez à tenir vos informations à jour.

**Informez-nous des changements suivants :**

- Changements de nom, d'adresse ou de numéro de téléphone
- Changements dans toute autre couverture d'assurance maladie dont vous bénéficiez (par exemple, de la part de votre employeur, de l'employeur de votre conjoint ou partenaire domestique, de l'indemnisation des accidents du travail ou de Medicaid)
- Réclamations en matière de responsabilité civile, par exemple à la suite d'un accident de voiture
- Admission dans une maison de retraite
- Soins dans un hôpital ou un service d'urgence hors zone ou hors réseau
- Changement de la personne responsable désignée (par exemple, un aidant)

## Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié

---

- Participation à une étude de recherche clinique (**remarque** : vous n'êtes pas tenu d'informer votre régime des études de recherche clinique auxquelles vous avez l'intention de participer, mais nous vous encourageons à le faire).

Si l'une de ces informations change, veuillez nous en informer en appelant les services aux membres. Les membres peuvent créer un compte My Senior Whole Health en ligne pour changer de médecin, mettre à jour leurs coordonnées, demander une nouvelle carte d'affiliation, recevoir des rappels sur les services dont ils ont besoin ou consulter l'historique de leurs prestations. Rendez-vous sur <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> pour créer votre compte My Senior Whole Health ou y accéder.

Il est également important que vous contactiez la Sécurité sociale si vous déménagez ou changez d'adresse postale. Vous trouverez les numéros de téléphone et les coordonnées de la Sécurité sociale au chapitre 2, section 5.

---

## SECTION 7 Fonctionnement d'autres assurances avec notre régime

---

### Autre assurance

Medicare exige que nous recueillions des informations sur toute autre couverture médicale ou pharmaceutique dont vous bénéficiez. En effet, nous devons coordonner toute autre couverture dont vous bénéficiez avec les prestations de notre régime. Il s'agit de la **coordination des prestations**.

Une fois par an, nous vous enverrons une lettre énumérant toutes les autres couvertures médicales ou pharmaceutiques dont nous avons connaissance. Veuillez lire attentivement ces informations. Si elles sont correctes, vous n'avez rien à faire. Si les informations sont incorrectes ou si vous bénéficiez d'une autre couverture qui n'est pas mentionnée, veuillez appeler les services aux membres. Il se peut que vous deviez communiquer votre identifiant de membre à vos autres assureurs (après avoir confirmé leur identité) afin que vos factures soient payées correctement et dans les délais prévus.

Lorsque vous disposez d'une autre assurance (comme une assurance maladie collective d'employeur), il existe des règles fixées par Medicare qui déterminent si c'est notre régime ou votre autre assurance qui paie en premier. L'assurance qui paie en premier est appelée le payeur principal et paie jusqu'à concurrence de sa couverture. Celle qui paie en second, appelée payeur secondaire, ne paie que s'il reste des frais non couverts par la couverture principale. Le payeur secondaire peut ne pas payer tous les frais non couverts. Si vous avez une autre assurance, informez-en votre médecin, l'hôpital et la pharmacie.

Ces règles s'appliquent au régime de santé collectif de l'employeur ou du syndicat :

- Si vous êtes retraité, Medicare paie en premier.
- Si votre régime de santé collectif est basé sur votre emploi actuel ou celui d'un membre de votre famille, le premier payeur dépend de votre âge, du nombre de personnes employées par votre employeur et du fait que vous bénéficiez ou non d'une couverture Medicare en raison de votre âge, d'une invalidité ou d'une insuffisance rénale au stade terminal (ESRD) :
  - Si vous avez moins de 65 ans, que vous êtes invalide et que vous ou un membre de votre famille travaille encore, c'est votre régime de santé collectif qui paie en premier si l'employeur compte 100 employés ou plus ou si au moins un employeur dans un régime à employeurs multiples compte plus de 100 employés.
  - Si vous avez plus de 65 ans et que vous ou votre conjoint ou partenaire domestique travaille encore, c'est votre régime de santé collectif qui paie en premier si l'employeur compte 20 salariés ou plus ou si au moins un employeur dans un régime à employeurs multiples compte plus de 20 salariés.

**Chapitre 1 Commencer en tant qu'affilié**

---

- Si vous bénéficiez de Medicare en raison d'une ESRD, votre régime de santé collectif paiera en premier pendant les 30 premiers mois suivant votre éligibilité à Medicare.

Ces types de couverture paient généralement en premier pour les services liés à chaque type :

- Assurance sans égard à la responsabilité (y compris l'assurance automobile)
- Responsabilité civile (y compris l'assurance automobile)
- Indemnisations dans le cadre du « Black Lung Benefits Act »
- Indemnisations des accidentés du travail

Medicaid et TRICARE ne paient jamais en premier pour les services couverts par Medicare. Ils ne paient qu'après le paiement de Medicare et/ou des régimes de santé collectifs de l'employeur.

# CHAPITRE 2:

*Ressources et numéros de téléphone importants*

FEMNAL

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**


---

## **SECTION 1 Contacter Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)** (comment nous contacter, y compris comment joindre les services aux membres)

---

**Comment contacter les services aux membres de notre régime ?**

Pour toute question relative aux demandes de remboursement, à la facturation ou à la carte d'affiliation, veuillez appeler les services aux membres de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ou envoyer un courrier. Nous serons heureux de vous aider.

<b>Méthode</b>	<b>Services aux membres – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(833) 671-0440  Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.  Les services aux membres disposent également de services d'interprétation gratuits pour les personnes ne parlant pas l'anglais.
<b>TTY</b>	711  Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.  Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Comment nous contacter lorsque vous demandez une décision de couverture ou un appel concernant vos soins médicaux ou les médicaments sur ordonnance de la partie D ?**

Une décision de couverture est une décision que nous prenons concernant vos prestations et votre couverture ou le montant que nous paierons pour vos services médicaux ou vos médicaments sur ordonnance de la partie D. Un appel est un moyen formel de nous demander de revoir et de modifier une décision de couverture que nous avons prise. Pour plus d'informations sur les demandes de décisions de couverture ou les appels concernant vos soins médicaux ou les médicaments sur ordonnance de la partie D, reportez-vous au chapitre 8 (*Que faire en cas de problème ou de plainte [décisions de couverture, appels, plaintes]*).

<b>Méthode</b>	<b>Décisions de couverture des soins médicaux – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(833) 671-0440  Les appels vers ce numéro sont gratuits.

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

<b>Méthode</b>	<b>Décisions de couverture des soins médicaux – Coordonnées</b>
	Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>TTY</b>	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>FAX</b>	Imagerie avancée : (877) 731-7218 ; Greffes (877) 813-1206 ; Soins médicaux/comportementaux ambulatoires (844) 251-1450 ; Hospitalisation (844) 834-2152 ; RX/Jcodes (866) 290-1309
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

<b>Méthode</b>	<b>Appels en matière de soins médicaux – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>TTY</b>	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>FAX</b>	(562) 499-0610
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances Boîte Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

<b>Méthode</b>	<b>Décisions de couverture et appels pour les médicaments sur ordonnance de la partie D – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(800) 665-3086 Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>TTY</b>	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>FAX</b>	(866) 290-1309
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Comment nous contacter lorsque vous déposez une plainte concernant vos soins médicaux ou les médicaments sur ordonnance de la partie D ?**

Vous pouvez déposer une plainte à notre encontre ou à l'encontre de l'un des prestataires ou l'une des pharmacies de notre réseau, y compris une plainte concernant la qualité de vos soins. Ce type de plainte ne concerne pas les litiges relatifs à la couverture ou au paiement. Pour plus d'informations sur les plaintes concernant vos soins médicaux, reportez-vous au chapitre 8 (*Que faire en cas de problème ou de plainte [décisions de couverture, appels, plaintes]*).

<b>Méthode</b>	<b>Plaintes concernant les soins médicaux ou les médicaments sur ordonnance de la partie D – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>TTY</b>	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>FAX</b>	(562) 499-0610

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

<b>Méthode</b>	<b>Plaintes concernant les soins médicaux ou les médicaments sur ordonnance de la partie D – Coordonnées</b>
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>SITE WEB DE MEDICARE</b>	Vous pouvez déposer une plainte concernant Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) directement auprès de Medicare. Pour déposer une plainte en ligne auprès de Medicare, rendez-vous à l'adresse suivante : <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>

**Où envoyer une demande de prise en charge des soins médicaux ou des médicaments que vous avez reçus ?**

Si vous avez reçu une facture ou payé des services (par ex., facture de prestataire) et que vous estimez avoir droit à une prise en charge, vous pouvez nous demander de vous rembourser ou de payer la facture du prestataire. Reportez-vous au chapitre 6 (*Demander le paiement d'une facture pour des services médicaux ou des médicaments couverts*).

**À noter :** si vous nous envoyez une demande de paiement et que nous refusons une partie de votre demande, vous pouvez faire appel de notre décision. Reportez-vous au chapitre 8 (*Que faire en cas de problème ou de plainte [décisions de couverture, appels, plaintes]*) pour de plus amples informations.

<b>Méthode</b>	<b>Demandes de paiement pour des soins médicaux – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>TTY</b>	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

<b>Méthode</b>	<b>Demandes de paiement pour les médicaments sur ordonnance de la partie D – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>TTY</b>	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>FAX</b>	(866) 290-1309
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**SECTION 2 Medicare (comment obtenir de l'aide et des informations directement auprès du programme fédéral Medicare)**

Medicare est le programme fédéral d'assurance maladie pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, certaines personnes de moins de 65 ans souffrant de handicaps, et les personnes souffrant d'insuffisance rénale au stade terminal (ESRD), c'est-à-dire nécessitant une dialyse ou une greffe de rein.

L'agence fédérale chargée de Medicare est le Centers for Medicare & Medicaid Services (parfois appelé CMS). Cette agence signe des contrats avec des organismes Medicare Advantage, dont nous faisons partie.

<b>Méthode</b>	<b>Medicare – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	1-800-MEDICARE, ou 1-800-633-4227 Les appels vers ce numéro sont gratuits. 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits.

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

Méthode	Medicare – Coordonnées
<b>SITE WEB</b>	<p data-bbox="442 397 697 431"><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <p data-bbox="442 450 1616 675">Il s'agit de site officiel du gouvernement pour Medicare. Il fournit des informations actualisées sur Medicare et sur les questions d'actualité qui s'y rapportent. Il propose également des informations sur les hôpitaux, les maisons de retraite, les médecins, les agences de santé à domicile et les centres de dialyse. Il contient des documents que vous pouvez imprimer directement à partir de votre ordinateur. Vous pouvez également y trouver les coordonnées de Medicare dans votre État.</p> <p data-bbox="442 693 1616 766">Le site web de Medicare offre également des informations détaillées sur les conditions d'éligibilité et les modalités d'adhésion à Medicare à l'aide des outils suivants :</p> <ul data-bbox="493 785 1616 1056" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="493 785 1616 858">• <b>Outil d'éligibilité à Medicare (Medicare Eligibility Tool)</b> : fournit des informations sur le statut d'éligibilité à Medicare.</li> <li data-bbox="493 867 1616 1056">• <b>Outil de recherche de régime Medicare (Medicare Plan Finder)</b> : fournit des informations personnalisées sur les régimes de médicaments sur ordonnance, les régimes de santé et les polices d'assurance complémentaire (Medigap) disponibles dans votre région. Ces outils fournissent une <i>estimation</i> des frais que vous pourriez avoir à déboursier dans le cadre de différents régimes Medicare.</li> </ul> <p data-bbox="442 1074 1616 1148">Vous pouvez également utiliser le site web pour transmettre vos plaintes concernant Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) à Medicare :</p> <ul data-bbox="493 1166 1616 1354" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="493 1166 1616 1354">• Transmettre votre plainte à Medicare : Vous pouvez déposer une plainte concernant Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) directement auprès de Medicare. Pour déposer une plainte auprès de Medicare, rendez-vous sur <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare examine les plaintes avec sérieux et utilisera ces informations pour améliorer la qualité du programme Medicare.</li> </ul> <p data-bbox="442 1373 1616 1598">Si vous n'avez pas d'ordinateur, votre bibliothèque locale ou votre centre pour personnes âgées peut vous aider à consulter ce site web sur l'un de ses ordinateurs. Vous pouvez également appeler Medicare et indiquer les informations que vous recherchez. Le personnel recherchera les informations sur le site web et vous les transmettra. (Vous pouvez appeler Medicare au 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-877-486-2048).</p>

### **SECTION 3 State Health Insurance Assistance Program** (aide gratuite, informations et réponses à vos questions sur Medicare)

Le State Health Insurance Assistance Program (SHIP) est un programme gouvernemental qui dispose de conseillers qualifiés dans chaque État. Le SHIP de l'État de New York s'appelle le Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Le Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) est un programme indépendant de l'État (sans lien avec une compagnie d'assurance ou un régime de santé) qui reçoit des fonds du gouvernement fédéral pour offrir des conseils gratuits en matière d'assurance maladie aux personnes bénéficiant de Medicare.

## Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants

Les conseillers du Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) peuvent vous aider à comprendre vos droits relatifs à Medicare, à déposer des plaintes concernant vos soins ou traitements médicaux et à résoudre les problèmes liés à vos factures Medicare. Les conseillers du Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) peuvent également vous aider à résoudre des questions ou des problèmes liés à Medicare, à comprendre les choix qui s'offrent à vous en matière de régime Medicare et à changer de régime.

### TROUVER VOTRE SHIP et AUTRES RESSOURCES :

- Consultez le site <https://www.shiphelp.org> (cliquez sur SHIP LOCATOR au centre de la page)
  - Sélectionner votre **ÉTAT** dans la liste. Vous accéderez à une page contenant des numéros de téléphone et des ressources spécifiques à votre État.

Méthode	Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP de l'État de New York) – Coordonnées
TÉLÉPHONE	(800) 701-0501
ADRESSE POSTALE	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITE WEB	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

## SECTION 4 Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité)

Chaque État dispose d'une Quality Improvement Organization désignée (Organisation pour l'amélioration de la qualité) pour les bénéficiaires de Medicare. Pour New York, la Quality Improvement Organization s'appelle Livanta.

Livanta regroupe des médecins et d'autres professionnels de la santé rémunérés par Medicare pour contrôler et contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes bénéficiant de Medicare. Livanta est un organisme indépendant. Il n'a aucun lien avec notre régime.

Vous devez contacter Livanta dans l'une des situations suivantes :

- Vous avez une plainte à formuler sur la qualité des soins que vous avez reçus.
- Vous pensez que la couverture pour votre séjour à l'hôpital prend fin trop tôt.
- Vous pensez que la couverture pour vos soins de santé à domicile, vos soins en établissement de soins qualifiés ou les services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet (CORF) prennent fin trop tôt.

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

<b>Méthode</b>	<b>Livanta (New York's Quality Improvement Organization [Organisation pour l'amélioration de la qualité de New York]) - Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(866) 815-5440 Du lundi au vendredi de 9 h à 17 h (heure locale) ; le week-end et les jours fériés de 11 h à 15 h (heure locale).
<b>TTY</b>	711 : Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITE WEB</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>

**SECTION 5 Sécurité sociale**

La sécurité sociale est chargée de déterminer l'éligibilité et de gérer le processus d'adhésion à Medicare. Les citoyens américains et les résidents permanents en situation régulière âgés de 65 ans ou plus, ou souffrant d'un handicap ou d'une insuffisance rénale au stade terminal et remplissant certaines conditions, peuvent bénéficier de Medicare. Si vous percevez déjà des prestations de sécurité sociale, votre adhésion à Medicare est automatique. Si vous ne recevez pas de prestations de sécurité sociale, vous devez adhérer à Medicare. Pour ce faire, vous pouvez appeler la sécurité sociale ou vous rendre dans votre bureau local de sécurité sociale.

La sécurité sociale détermine également qui est redevable d'un montant supplémentaire pour la couverture des médicaments de la partie D en raison de revenus plus élevés. Si vous avez reçu une lettre de la sécurité sociale vous informant que vous devez payer un montant supplémentaire et que vous avez des questions sur ce montant ou si vos revenus ont baissé à la suite d'un changement de vie, vous pouvez appeler la sécurité sociale pour demander un réexamen.

Si vous déménagez ou changez d'adresse postale, il est important que vous contactiez la sécurité sociale pour l'en informer.

<b>Méthode</b>	<b>Sécurité sociale – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	1-800-772-1213 Les appels vers ce numéro sont gratuits. Disponible de 8 h à 19 h, du lundi au vendredi. Vous pouvez utiliser les services téléphoniques automatisés de la sécurité sociale pour obtenir des informations enregistrées et effectuer certaines démarches 24 heures sur 24.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

Méthode	Sécurité sociale – Coordonnées
	<p>Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.</p> <p>Les appels vers ce numéro sont gratuits.</p> <p>Disponible de 8 h à 19 h, du lundi au vendredi.</p>
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

**SECTION 6 Medicaid**

Medicaid est un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui aide à couvrir les frais médicaux et les soins de longue durée de certaines personnes dont les revenus et les ressources sont limités. Chaque État détermine ce qui est considéré comme des revenus et des ressources, les personnes éligibles, les services couverts et le coût de ces services. Les États peuvent également décider de la manière dont ils gèrent leur programme, pour autant qu'ils respectent les directives fédérales.

En outre, il existe des programmes proposés par Medicaid qui aident les personnes bénéficiant de Medicare à payer leurs frais Medicare, tels que leurs primes Medicare. Ces « Medicare Savings Programs » aident les personnes ayant des revenus et des ressources limités à économiser de l'argent chaque année :

- **Prestation complète double éligibilité (Full Benefit Dual Eligible, FBDE) :** une personne qui a droit à Medicare, qui ne remplit pas les critères de revenu ou de ressources pour QMB+ ou SLMB+, mais qui est éligible à une couverture Medicaid complète, soit par catégorie, soit par le biais de groupes de couverture en option basés sur le statut « Medically Needy », des niveaux de revenu spéciaux pour les personnes institutionnalisées, ou des exonérations à domicile et en milieu communautaire.
- **Bénéficiaire Medicare qualifié (QMB+) :** permet le paiement des primes de la Partie A et de la Partie B Medicare et d'autres participations aux coûts (comme les franchises, les coassurances et les copayments). Ces personnes peuvent également bénéficier de la totalité des prestations de Medicaid.

Pour bénéficier de ce régime, vous devez être inscrit à la fois à Medicare et à Medicaid et remplir toutes les autres conditions d'éligibilité au moment de l'adhésion.

Si vous avez des questions sur l'aide que vous apporte Medicaid, contactez Medicaid New York.

MÉTHODE	New York State Department of Health – Coordonnées
<b>TÉLÉPHONE</b>	<p>(800) 505-5678</p> <p>Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 20 h, le samedi de 10 h à 18 h</p>
<b>ADRESSE POSTALE</b>	<p>Human Resources Administration</p> <p>505 Claremont Avenue, 7th Floor</p> <p>New York, NY 11238</p>
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml">http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml</a>

Les membres du comté de Nassau peuvent contacter le département local des services sociaux.

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

<b>MÉTHODE</b>	<b>Département des services sociaux du comté de Nassau – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(516) 227-7474
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
<b>SITE WEB</b>	<a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a>

Les membres des comtés du Bronx, de Kings, de New York, du Queens et de Richmond peuvent contacter l'administration des ressources humaines et le département des services sociaux de la ville de New York.

<b>MÉTHODE</b>	<b>Human Resources Administration / Department of Social Services (Administration des ressources humaines / Département des services sociaux)</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	718-557-1399
<b>SITE WEB</b>	<a href="https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page">https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page</a>

Les membres du comté d'Orange peuvent contacter le département local des services sociaux

<b>MÉTHODE</b>	<b>Département des services sociaux du comté d'Orange</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	845-291-4000
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
<b>SITE WEB</b>	<a href="https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services">https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services</a>

Les membres du comté de Rockland peuvent contacter le département local des services sociaux

<b>MÉTHODE</b>	<b>Département des services sociaux du comté de Rockland</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	845-364-3040
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/">http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/</a>

Les membres du comté de Westchester peuvent contacter le département local des services sociaux.

<b>MÉTHODE</b>	<b>Département des services sociaux du comté de Westchester – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	914-995-3333.

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants**

<b>MÉTHODE</b>	<b>Département des services sociaux du comté de Westchester – Coordonnées</b>
<b>ADRESSE POSTALE</b>	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a>

Le bureau de l'ombudsman de New York aide les personnes inscrites à Medicaid à résoudre leurs problèmes de service ou de facturation. Il peut vous aider à déposer un grief ou un appel auprès de notre régime.

<b>Méthode</b>	<b>Office of the Ombudsman (Bureau du médiateur) - Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(888) 219-9818  Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
<b>SITE WEB</b>	<a href="https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php">https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php</a>

Le Long Term Care Ombudsman Program aide les gens à obtenir des informations sur les maisons de retraite et à résoudre les problèmes entre les maisons de retraite et les résidents ou leurs familles.

<b>Méthode</b>	<b>Long Term Care Ombudsman Program (Médiateur des soins de longue durée) – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(855) 582-6769  Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h
<b>ADRESSE POSTALE</b>	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>

## **SECTION 7 Informations sur les programmes d'aide au paiement des médicaments sur ordonnance**

Le site [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) fournit des informations sur les moyens de diminuer vos frais de médicaments sur ordonnance. Pour les personnes ayant des revenus limités, il existe également d'autres programmes d'aide, décrits ci-dessous.

### **Le programme « Extra Help » de Medicare**

Comme vous êtes éligible à Medicaid, vous avez droit à une aide supplémentaire de Medicare pour payer les coûts de votre régime de médicaments sur ordonnance. Vous n'avez aucune autre démarche à effectuer pour bénéficier de cette « Extra Help ».

## Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants

---

Si vous avez des questions sur l'« Extra Help », vous pouvez joindre les services suivants :

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-877-486-2048, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ;
- Le bureau de la Sécurité sociale au 1-800-772-1213, de 8 h à 19 h, du lundi au vendredi. Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-800-325-0778 ; ou
- Le bureau Medicaid de votre État (reportez-vous à la section 6 de ce chapitre pour les coordonnées).

Si vous pensez que vous payez un montant de partage des coûts incorrect lorsque vous obtenez votre ordonnance dans une pharmacie, notre régime prévoit une procédure vous permettant de demander de l'aide pour obtenir la preuve du niveau de participation aux frais approprié ou, si vous avez déjà la preuve, de nous fournir cette preuve.

- Les meilleures preuves disponibles (Best Available Evidence, BAE) sont disponibles sur le site web <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Les meilleures preuves disponibles sont utilisées pour déterminer l'aide pour faibles revenus (Low Income Subsidy ou « Extra Help ») d'un membre. Nos services aux membres et notre service de pharmacie identifient les cas où la politique des meilleures preuves disponibles s'applique. Les membres peuvent envoyer les documents BAE permettant d'établir leur éligibilité à l'adresse des services aux membres indiquée au chapitre 2. En outre, vous pouvez contacter les services aux membres si vous avez des questions. Les formes de preuve acceptables sont les suivantes :
  - Lettre d'approbation de la Sécurité sociale (SSA Award Letter)
  - Avis d'approbation (Notice of Award)
  - Revenu de sécurité supplémentaire (Supplemental Security Income, SSI)

Lorsque nous recevons la preuve de votre niveau de participation aux frais, nous mettrons à jour notre système afin que vous puissiez payer le bon montant lors de votre prochaine visite à la pharmacie. Si votre copaiement est trop élevé, nous vous rembourserons. Nous vous enverrons un chèque correspondant au montant du trop-perçu ou nous déduirons le montant de vos prochains copaiements. Si la pharmacie n'a pas perçu votre copaiement et qu'elle le considère comme une dette de votre part, nous pouvons effectuer le paiement directement à la pharmacie. Si un État a payé en votre nom, nous pouvons effectuer le paiement directement à l'État. Veuillez contacter les services aux membres si vous avez des questions.

### **Que faire si vous êtes couvert par « Extra Help » et un programme d'aide à la prise en charge des médicaments contre le sida (AIDS Drug Assistance Program - ADAP) ?**

#### **Qu'est-ce que l'ADAP (AIDS Drug Assistance Program) ?**

L'ADAP (AIDS Drug Assistance Program) aide les personnes vivant avec le VIH/sida et éligibles à l'ADAP à accéder aux médicaments anti-VIH vitaux. Les médicaments sur ordonnance de la partie D de Medicare qui figurent également sur la liste de l'ADAP sont éligibles à l'aide au partage des coûts par le biais de l'Uninsured Care Program (ADAP) de l'État de New York.

**Remarque :** pour pouvoir bénéficier de l'ADAP dans votre État, vous devez répondre à certains critères, notamment une preuve de résidence dans l'État et de séropositivité, un faible revenu tel que défini par l'État et le statut de non-assuré ou de sous-assuré. Si vous changez de régime, veuillez en informer votre agent local d'adhésion à l'ADAP afin de pouvoir continuer à bénéficier de l'aide. Pour obtenir des informations sur les critères d'éligibilité, les médicaments couverts ou les modalités d'adhésion au programme, veuillez appeler l'Uninsured Care Program (ADAP) de l'État de New York au (800) 542-2437 ou au (844) 682-4058.

**Chapitre 2 Ressources et numéros de téléphone importants****SECTION 8 Comment contacter le Railroad Retirement Board ?**

Le Railroad Retirement Board (Comité de retraite des employés du chemin de fer) est une agence fédérale indépendante qui gère les programmes de prestations complets pour les employés du chemin de fer du pays et leurs familles. Si vous bénéficiez de Medicare via le Railroad Retirement Board, il est important de les informer en cas de déménagement ou de changement d'adresse postale. Si vous avez des questions sur vos prestations du Railroad Retirement Board, contactez l'agence.

Méthode	Railroad Retirement Board – Coordonnées
<b>TÉLÉPHONE</b>	<p>1-877-772-5772</p> <p>Les appels vers ce numéro sont gratuits.</p> <p>Si vous appuyez sur « 0 » vous pouvez parler à un représentant du RRB de 9 h à 15 h 30, le lundi, mardi, jeudi et vendredi, et de 9 h à 12 h le mercredi.</p> <p>Si vous appuyez sur « 1 », vous pouvez accéder à l'assistance téléphonique du RRB et aux informations enregistrées 24 h sur 24, y compris le week-end et les jours fériés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-312-751-4701</p> <p>Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.</p> <p>L'appel est <i>payant</i>.</p>
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

**SECTION 9 Bénéficiez-vous d'une assurance de groupe ou d'une autre assurance maladie auprès d'un employeur ?**

Si vous (ou votre conjoint ou partenaire) bénéficiez de prestations par l'intermédiaire de votre employeur ou groupe de retraités (ou de votre conjoint ou partenaire) dans le cadre de ce régime, vous pouvez appeler l'administrateur de l'employeur/des prestations ou les services aux membres en cas de questions. Vous pouvez poser des questions sur vos prestations santé, vos primes ou votre période d'affiliation (ou celles de votre conjoint ou partenaire) par l'intermédiaire de votre employeur ou groupe de retraités. (Les numéros de téléphone des services aux membres sont imprimés au dos de ce document.) Vous pouvez également appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY : 1-877-486-2048) si vous avez des questions relatives à votre couverture Medicare dans le cadre de ce régime.

Si vous disposez d'une autre couverture de médicaments sur ordonnance par l'intermédiaire de votre employeur ou groupe de retraités (ou votre conjoint ou partenaire), contactez l'**administrateur des prestations de ce groupe**. L'administrateur des prestations peut vous aider à déterminer le fonctionnement de votre couverture de médicaments sur ordonnance avec notre régime.

# CHAPITRE 3:

## *Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts*

FINALE

---

## **SECTION 1 Ce qu'il faut savoir pour obtenir des soins médicaux et d'autres services en tant que membre de notre régime**

---

Ce chapitre explique ce qu'il faut savoir sur l'utilisation du régime pour bénéficier de vos soins médicaux et autres services couverts. Il fournit des définitions de termes et explique les règles à suivre pour bénéficier de traitements médicaux, de services, d'équipements et de médicaments sur ordonnance et d'autres soins médicaux couverts par le régime.

Pour plus de détails sur les soins médicaux et autres services couverts par notre régime, utilisez le tableau des prestations au chapitre suivant, chapitre 4 (*Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)*).

### **Section 1.1 Qu'est-ce qu'un prestataire réseau et un service couvert ?**

- Les **prestataires** sont des médecins et autres professionnels de la santé autorisés par l'État à fournir des services et soins médicaux. Le terme Prestataires comprend également les hôpitaux et autres établissements de soins.
- Les **prestataires réseau** sont des médecins et autres professionnels de la santé, groupes médicaux, hôpitaux et autres établissements de soins qui ont un accord avec nous pour accepter notre paiement comme paiement intégral. Nous avons un accord avec ces prestataires pour qu'ils fournissent des services couverts aux membres de notre régime. Les prestataires de notre réseau nous facturent directement pour les soins qu'ils fournissent. Lorsque vous consultez un prestataire réseau, vous ne payez rien pour les services couverts.
- Les **services couverts** comprennent les soins médicaux, les services de soins de santé, les équipements et les médicaments sur ordonnance qui sont couverts par notre régime. Les services couverts pour les soins médicaux sont répertoriés dans le tableau des prestations au chapitre 4. Les services couverts pour les médicaments sur ordonnance sont traités au chapitre 5.

### **Section 1.2 Règles de base pour bénéficier de vos soins médicaux et d'autres services couverts par le régime**

En tant que régime de santé Medicare et Medicaid, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit couvrir tous les services couverts par l'Original Medicare et peut offrir d'autres services en plus de ceux couverts par l'Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) couvre généralement vos soins médicaux aux conditions suivantes :

- **Les soins que vous recevez sont inclus dans le tableau des prestations médicales du régime** (ce tableau figure au chapitre 4 du présent document).
- **Les soins que vous recevez sont considérés comme médicalement nécessaires.** Médicalement nécessaire signifie que les services, fournitures, équipements ou médicaments sont nécessaires à la prévention, au diagnostic ou au traitement de votre état de santé et qu'ils répondent aux normes acceptées de la pratique médicale.
- **Vous avez un prestataire de soins primaires (PCP) du réseau qui fournit et supervise vos soins.** En tant que membre de notre régime, vous devez choisir un PCP du réseau (pour plus d'informations à ce sujet, reportez-vous à la section 2.1 de ce chapitre).

**Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts**

---

- **Vous devez recevoir vos soins d'un prestataire du réseau** (pour plus d'informations à ce sujet, reportez-vous à la section 2 du présent chapitre). Dans la plupart des cas, les soins que vous recevez d'un prestataire hors réseau (un prestataire qui ne fait pas partie du réseau de notre régime) ne seront pas couverts. Cela signifie que vous devrez payer intégralement le prestataire pour les services fournis. *Voici trois exceptions :*
  - Le régime couvre les soins d'urgence ou les services urgents que vous obtenez d'un prestataire qui ne fait pas partie du réseau. Pour plus d'informations à ce sujet et pour savoir ce que l'on entend par urgence ou services urgents, reportez-vous à la section 3 de ce chapitre.
  - Si vous avez besoin de soins médicaux pour lesquels Medicare ou Medicaid exige une couverture, mais qu'aucun spécialiste de notre réseau ne fournit ces soins, vous pouvez obtenir ces soins auprès d'un prestataire hors réseau et payer la même part que celle habituellement payée au sein du réseau. Une autorisation préalable est alors nécessaire. Veuillez contacter le service aux membres pour obtenir de l'aide. Dans ce cas, nous couvrirons ces services sans frais pour vous. Pour plus d'informations sur l'obtention d'une approbation pour consulter un médecin hors réseau, reportez-vous à la section 2.4 de ce chapitre.
  - Le régime couvre les services de dialyse rénale que vous recevez dans un établissement de dialyse agréé par Medicare lorsque vous vous trouvez temporairement en dehors de la zone de service du régime ou lorsque votre prestataire pour ce service est temporairement indisponible ou inaccessible. Le partage des coûts du régime pour la dialyse ne peut jamais dépasser le partage des coûts de l'Original Medicare. Si vous êtes en dehors de la zone de service du régime et que vous obtenez la dialyse auprès d'un prestataire hors réseau, votre participation aux coûts ne peut alors pas dépasser votre participation aux coûts au sein du réseau. Toutefois, si votre prestataire de dialyse habituel du réseau est temporairement indisponible et que vous choisissez d'obtenir des services à l'intérieur de la zone de service auprès d'un prestataire hors réseau, la participation aux coûts de la dialyse peut être plus élevée.

---

**SECTION 2 Recours aux prestataires du réseau du régime pour obtenir vos soins médicaux et d'autres services**

---

<b>Section 2.1 Vous devez choisir un prestataire de soins primaires (PCP) pour fournir et superviser vos soins</b>
--

**Qu'est-ce qu'un PCP et que fait-il pour vous ?**

Lorsque vous devenez membre de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous devez choisir un prestataire de soins primaires (PCP). Votre PCP est un prestataire agréé qui répond aux exigences de l'État et qui est formé pour vous fournir des soins médicaux de base.

Il s'agit d'un médecin de famille, d'un interniste, d'un gériatre ou d'un infirmier praticien en gérontologie de l'État de New York. C'est lui qui vous prodiguera les soins de routine ou de base. Votre PCP coordonnera également le reste des services couverts dont vous bénéficiez en tant que membre. Il s'agit notamment des radiographies, des examens de laboratoire, des thérapies, des soins dispensés par des spécialistes, des admissions à l'hôpital et des soins de suivi. La « coordination » de vos services implique également de faire le point avec d'autres prestataires du régime ou de les consulter au sujet de vos soins. Dans certains cas, votre PCP doit également obtenir une autorisation (approbation) préalable de notre régime. Le tableau des prestations du chapitre 4 indique les services nécessitant une autorisation préalable de la part du régime. Votre PCP contactera Senior Whole Health of New

**Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts**

York NHC (HMO D-SNP) pour obtenir l'autorisation nécessaire. Étant donné que votre PCP assurera et coordonnera vos soins médicaux, vous devez lui envoyer tous vos dossiers médicaux antérieurs.

**Comment choisir votre PCP ?**

Lorsque vous adhérez à notre régime, il vous est demandé de choisir un PCP. Le PCP que vous consultez actuellement fait peut-être déjà partie du réseau Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Lorsque vous demanderez à bénéficier de notre régime, nous vérifierons si votre PCP en fait partie. Si votre médecin ne fait pas partie du réseau Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous devrez en choisir un autre dans notre réseau et prendre rendez-vous avec lui dès que possible.

Vous pouvez choisir votre PCP dans l'annuaire des prestataires et des pharmacies de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) au moment de votre adhésion. Pour obtenir la liste la plus récente des prestataires, utilisez l'outil de recherche « Find a Provider » sur notre site web. Vous pouvez également contacter le service aux membres au numéro gratuit figurant au dos de ce livret. Nous passerons en revue les noms des PCP de votre région, nous vous poserons des questions sur les autres médecins que vous consultez et sur les hôpitaux que vous fréquentez. Il vous sera demandé d'inscrire le nom du PCP sur votre demande d'adhésion. Vous pouvez changer de PCP à tout moment.

**Changer de PCP**

Vous pouvez changer de PCP pour n'importe quelle raison et à n'importe quel moment. Il est également possible que votre PCP quitte le réseau de prestataires de notre régime et que vous deviez en trouver un nouveau.

Pour changer de PCP, appelez le service aux membres. Lorsque vous nous appelez, veillez à nous indiquer si vous consultez des spécialistes ou si vous bénéficiez d'autres services couverts qui nécessitent l'approbation de votre PCP (services de santé à domicile, équipements médicaux durables, etc.). Les services aux membres veilleront à ce que vous puissiez continuer à accéder aux soins spécialisés et aux autres services dont vous bénéficiez lorsque vous changez de PCP. Ils s'assureront que le PCP que vous avez choisi accepte de nouveaux patients. Les services aux membres modifieront votre dossier d'affiliation pour y faire figurer le nom de votre nouveau PCP. Le changement de PCP prendra effet le premier jour du mois suivant.

Ils vous enverront également une nouvelle carte d'affiliation sur laquelle figureront le nom et le numéro de téléphone de votre nouveau PCP.

**Section 2.2 De quels types de soins médicaux et autres services pouvez-vous bénéficier sans recommandation de votre prestataire de soins primaires ?**

Vous pouvez bénéficier des services répertoriés ci-dessous sans obtenir l'approbation à l'avance de votre PCP.

- Soins de santé courants des femmes, notamment l'examen des seins, les mammographies de dépistage (rayons x des seins), les tests Pap et les examens pelviens
- Vaccins antigrippaux, vaccins contre la COVID-19, vaccins contre l'hépatite B et vaccins contre la pneumonie
- Services d'urgence des prestataires réseau ou des prestataires hors réseau

## Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts

- Les services couverts en cas de besoin urgent sont ceux qui nécessitent une attention médicale immédiate, sans pour autant être des urgences, lorsque vous êtes temporairement en dehors de la zone de couverture du régime ou qu'il est déraisonnable, en fonction de votre situation, d'obtenir ces services auprès de prestataires du réseau du régime. Parmi ces services, on peut citer des maladies imprévues, des blessures soudaines ou des aggravations inattendues de conditions existantes. Cependant, les visites médicales de routine, comme les bilans de santé annuels, ne sont pas considérées comme des besoins urgents, même si vous êtes hors de la zone de couverture ou si le réseau est temporairement indisponible.
- Services de dialyse rénale dont vous bénéficiez dans un centre de dialyse certifié Medicare lorsque vous êtes temporairement en dehors de la zone de couverture du régime. Appelez si possible les services aux membres avant de quitter la zone de couverture. Ainsi, nous pouvons nous organiser pour que vous puissiez bénéficier d'une dialyse d'entretien lorsque vous êtes à l'extérieur.

### Section 2.3 Comment bénéficier de soins de spécialistes et autres prestataires réseau

Un spécialiste est un médecin qui fournit des soins de santé pour une maladie ou une partie du corps spécifique. Il existe de nombreux types de spécialistes. En voici quelques exemples :

- Les oncologues s'occupent des patients atteints de cancer
- Les cardiologues s'occupent des patients souffrant de problèmes cardiaques
- Les orthopédistes s'occupent des patients souffrant de certaines affections touchant les os, les articulations ou les muscles

Votre PCP est chargé de coordonner les services, notamment de vous orienter vers des spécialistes et d'autres prestataires du réseau, le cas échéant. Il n'est pas nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour les consultations de spécialistes du réseau. Si vous avez besoin d'une procédure ou d'un service nécessitant une autorisation préalable, votre PCP ou votre spécialiste nous contactera pour obtenir l'autorisation préalable nécessaire. Les services nécessitant une autorisation préalable sont décrits au chapitre 4, section 2.1 du présent document. Les soins hospitaliers facultatifs (non urgents), l'admission dans un établissement de soins infirmiers spécialisés et les soins à domicile sont des exemples de services nécessitant une autorisation préalable de la part du régime.

Si vous avez besoin de soins en dehors des heures de bureau, veuillez appeler votre PCP. Ces informations figurent sur votre carte d'affiliation Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Si vous pensez qu'il s'agit d'une urgence, consultez immédiatement un médecin. Pour plus d'informations, reportez-vous à la section 3 (Comment obtenir des services couverts en cas d'urgence ou de besoin urgent de soins ?).

### Que faire si un spécialiste ou un autre prestataire du réseau quitte notre régime ?

Nous pouvons apporter des changements aux hôpitaux, médecins et spécialistes (prestataires) qui font partie de votre régime au cours de l'année. Si votre médecin ou votre spécialiste quitte votre régime, vous bénéficiez de certains droits et protections résumés ci-dessous :

- Même si notre réseau de prestataires peut changer au cours de l'année, Medicare exige que nous vous fournissions un accès ininterrompu à des médecins et spécialistes qualifiés.
- Nous vous informerons du départ de votre prestataire afin que vous ayez le temps d'en choisir un autre.
  - Si votre prestataire de soins primaires ou de santé comportementale quitte notre régime, nous vous en informerons si vous avez consulté ce prestataire au cours des trois dernières années.

**Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts**

- Si l'un de vos autres prestataires quitte notre régime, nous vous en informerons si vous êtes rattaché à ce prestataire, si vous recevez actuellement des soins de sa part ou si vous l'avez consulté au cours des trois derniers mois.
- Nous vous aiderons à choisir un nouveau prestataire qualifié, membre du réseau, auquel vous pourrez faire appel pour la poursuite de vos soins.
- Si vous suivez actuellement un traitement médical ou des thérapies auprès de votre prestataire actuel, vous avez le droit de demander que ce traitement ou ces thérapies médicalement nécessaires se poursuivent, et nous travaillerons avec vous pour nous en assurer.
- Nous vous fournirons des informations sur les différentes périodes d'affiliation qui vous sont proposées et sur les options dont vous disposez pour changer de régime.
- Nous prendrons des dispositions pour toute prestation couverte médicalement nécessaire en dehors de notre réseau de prestataires, en appliquant le partage des coûts du réseau, lorsqu'un prestataire ou une prestation au sein du réseau est indisponible ou inadéquate pour répondre à vos besoins médicaux. Une autorisation préalable peut être requise.
- Si vous apprenez que votre médecin ou votre spécialiste quitte votre régime, veuillez nous contacter afin que nous puissions vous aider à trouver un nouveau prestataire pour gérer vos soins.
- Si vous estimez que nous ne vous avons pas fourni un prestataire qualifié pour remplacer votre ancien prestataire ou que vos soins ne sont pas gérés de manière appropriée, vous avez le droit de déposer une plainte relative à la qualité des soins auprès de la QIO, un grief relatif à la qualité des soins auprès du régime, ou les deux. Veuillez consulter le chapitre 9.

**Section 2.4 Comment bénéficiaire de soins de prestataires hors réseau**

Si vous avez besoin de soins médicaux spécialisés pour lesquels Medicare ou Medicaid exige une couverture et qu'aucun prestataire de notre réseau ne peut fournir ces soins, vous pouvez les obtenir auprès d'un prestataire hors réseau. Cela inclut les services d'un prestataire uniquement qualifié pour fournir le service particulier dont vous avez besoin, ainsi que les services fournis dans un centre spécialisé ou un centre d'excellence (par exemple, services liés à une ESRD). Il n'y a pas de restrictions de prestations supplémentaires applicables en dehors de notre réseau ou de notre zone de service.

Vous ou votre PCP devez contacter notre régime pour obtenir une autorisation préalable avant de vous adresser à des prestataires hors réseau. Appelez le service aux membres pour obtenir de l'aide. Si nous vous donnons une autorisation préalable pour obtenir des soins auprès d'un prestataire hors réseau, nous couvrirons ces services comme si vous les aviez obtenus auprès d'un prestataire du réseau.

Il est très important d'obtenir une autorisation préalable de notre régime avant de consulter des prestataires hors réseau. Si vous n'obtenez pas cette approbation, il se peut que notre régime ne couvre pas ces services. Si le prestataire veut que vous reveniez pour d'autres soins, vérifiez d'abord que l'approbation de notre régime couvre plus d'une visite chez le prestataire hors réseau.

**Remarque :** les membres ont le droit de recevoir des services de la part de prestataires hors réseau en cas d'urgence ou de services urgents. En outre, les régimes doivent couvrir les services de dialyse pour les personnes atteintes d'ESRD qui sont sorties de la zone de service du régime et ne sont pas en mesure d'accéder à des prestataires de services ESRD conventionnés.

---

## SECTION 3 Comment obtenir des services en cas d'urgence, de besoin urgent de soins ou de catastrophe ?

---

<b>Section 3.1 Recevoir des soins en cas d'urgence médicale</b>
---

### Qu'est-ce qu'une urgence médicale et que devez-vous faire dans cette situation ?

Une **urgence médicale** est une situation dans laquelle vous, ou tout autre profane prudent ayant une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, estimez que vous présentez des symptômes médicaux qui nécessitent des soins médicaux immédiats pour éviter de perdre la vie (et, si vous êtes enceinte, de perdre un enfant à naître), de perdre un membre ou la fonction d'un membre, ou de perdre ou d'altérer gravement une fonction corporelle. Les symptômes médicaux peuvent être une maladie, une blessure, une douleur intense ou un état de santé qui s'aggrave rapidement.

En cas d'urgence médicale :

- **Obtenez de l'aide le plus rapidement possible.** Appelez le 911 pour obtenir de l'aide ou rendez-vous au service des urgences ou à l'hôpital le plus proche. Appelez une ambulance si vous en avez besoin. Vous n'avez *pas* besoin d'obtenir l'approbation ou l'orientation de votre PCP. Vous n'avez pas besoin de faire appel à un médecin du réseau. Vous pouvez obtenir des soins médicaux d'urgence couverts chaque fois que vous en avez besoin, partout aux États-Unis ou dans ses territoires, et auprès de tout prestataire titulaire d'une licence d'État appropriée, même s'il ne fait pas partie de notre réseau.
- **Dès que possible, assurez-vous que notre régime a été informé de votre urgence.** Nous devons assurer le suivi de vos soins d'urgence. Vous (ou une tierce personne) devez nous appeler pour nous informer de vos soins d'urgence, généralement dans les 48 heures. Veuillez appeler les services aux membres au numéro figurant au verso de votre carte d'affiliation.

### Qu'est-ce qui est couvert en cas d'urgence médicale ?

Notre régime couvre les services d'ambulance dans les cas où le fait de se rendre aux urgences d'une autre manière pourrait mettre votre santé en danger. Nous couvrons également les services médicaux pendant l'urgence.

Les médecins qui vous prodiguent les soins d'urgence décideront si votre état est stable et si l'urgence médicale est terminée.

Une fois l'urgence terminée, vous avez droit à des soins de suivi pour vérifier que votre état reste stable. Vos médecins continueront le traitement jusqu'à ce qu'ils nous contactent et planifient des soins supplémentaires. Les soins de suivi seront pris en charge par notre régime. Si les soins d'urgence sont dispensés par des prestataires hors réseau, nous essaierons de faire en sorte que les prestataires du réseau prennent en charge vos soins dès que votre état de santé et les circonstances le permettront.

### Et s'il ne s'agissait pas d'une urgence médicale ?

Il est parfois difficile de savoir s'il s'agit d'une urgence médicale. Par exemple, vous pouvez vous rendre à une consultation d'urgence, pensant que votre santé est gravement menacée, et le médecin peut estimer qu'il ne s'agissait finalement pas d'une urgence médicale. S'il s'avère qu'il ne s'agissait pas d'une urgence, nous prendrons en charge vos soins tant que vous pensiez raisonnablement que votre santé était gravement menacée.

Toutefois, après avis du médecin indiquant qu'il ne s'agissait *pas* d'une urgence, les soins complémentaires ne seront pris en charge que s'ils sont dispensés de l'une des deux manières suivantes :

**Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts**

- Vous vous adressez à un prestataire du réseau pour obtenir les soins supplémentaires.
- – *ou* – Les soins complémentaires que vous recevez sont considérés comme des soins urgents et vous suivez les règles pour obtenir ces soins urgents (pour plus d'informations à ce sujet, reportez-vous à La section 3.2 ci-dessous).

**Section 3.2 Recevoir des soins en cas de service urgent****Qu'est-ce qu'un service urgent ?**

Un service pris en charge par le régime est considéré comme urgent lorsqu'il requiert une attention médicale immédiate, sans être une urgence, si vous êtes temporairement en dehors de la zone de service du régime ou s'il est difficile, en raison du temps, du lieu ou des circonstances, de le recevoir auprès des prestataires du réseau avec lesquels le régime a un contrat. Parmi ces services, on peut citer des maladies imprévues, des blessures soudaines ou des aggravations inattendues de conditions existantes. Cependant, les visites médicales de routine, comme les bilans de santé annuels, ne sont pas considérées comme des besoins urgents, même si vous êtes hors de la zone de couverture ou si le réseau est temporairement indisponible.

Lorsque les prestataires du réseau sont temporairement indisponibles ou inaccessibles, il est possible d'accéder aux soins urgents en utilisant n'importe quel centre de soins urgents disponible. Vous pouvez également appeler la ligne de conseil avec des infirmiers au (877) 353-0185. Les utilisateurs de TTY doivent composer le 711.

Notre régime couvre les soins d'urgence dans le monde entier en dehors des États-Unis dans les circonstances suivantes :

- Vous disposez d'une limite de 10 000\$ par année civile pour la couverture des soins d'urgence mondiale, à utiliser pour les soins d'urgence et les soins post-stabilisation.
- Cette prestation est limitée aux services qui seraient considérés comme des soins d'urgence s'ils avaient été dispensés aux États-Unis.
- Si vous recevez des soins d'urgence en dehors des États-Unis et que vous avez besoin de soins hospitaliers après stabilisation de votre état d'urgence, vous devez vous rendre dans un hôpital du réseau pour que vos soins continuent d'être couverts OU vous devez recevoir des soins hospitaliers dans un hôpital hors réseau autorisé par le régime. Vos coûts correspondront à la participation aux coûts que vous payeriez dans un hôpital du réseau. Le régime maximal s'applique.
- Il se peut que vous deviez payer les services de votre poche et présenter une demande de remboursement.
- Les taxes et frais étrangers (y compris, mais sans s'y limiter, les frais de conversion de devises ou de transaction) ne sont pas couverts. Le rapatriement aux États-Unis n'est pas couvert.
- Les soins de routine et les procédures pré-programmées ou facultatives ne sont pas couverts.

Si vous avez des doutes quant à la prise en charge d'un service, vous avez le droit de nous demander si nous le prendrons en charge avant qu'il ne vous soit fourni. Vous avez également le droit de le demander par écrit. Si nous refusons de prendre en charge le(s) service(s), vous avez le droit de faire appel de notre décision de ne pas prendre en charge ou de ne pas rembourser vos soins.

**Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts****Section 3.3 Recevoir des soins en cas de sinistre**

Si le gouverneur de votre État, le secrétaire du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux, HHS) des États-Unis ou le Président des États-Unis déclare un état de catastrophe ou d'urgence dans votre zone géographique, vous êtes toujours affilié à votre régime.

Consultez le site Web ci-après : [SWHNY.com](http://SWHNY.com) pour obtenir des informations sur la façon de bénéficier de soins nécessaires en cas de catastrophe.

Si vous ne pouvez pas utiliser de prestataire réseau en cas de catastrophe, votre régime vous autorisera à bénéficier de soins de la part de prestataires hors réseau avec une participation aux coûts au sein du réseau. Si vous ne pouvez pas utiliser de pharmacie de réseau en cas de catastrophe, vous pourrez obtenir vos médicaments sur ordonnance dans une pharmacie hors réseau. Pour plus d'informations, consultez le chapitre 5, section 2.5.

**SECTION 4 Que faire si le coût total de vos services vous est facturé directement ?****Section 4.1 Vous pouvez nous demander de payer les services couverts**

Si vous avez payé les services couverts ou si vous avez reçu une facture pour les services médicaux couverts, consultez le chapitre 6 (*Nous demander de payer une facture que vous avez reçue pour les services médicaux ou les médicaments couverts*) pour obtenir des informations sur la marche à suivre.

**Section 4.2 Que devez-vous faire si les services ne sont pas couverts par notre régime ?**

**Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)** couvre l'ensemble des services médicalement nécessaires répertoriés dans le tableau des prestations médicales du chapitre 4 de ce document. Si vous bénéficiez de services non couverts par notre régime ou de services hors réseau et qui n'ont pas été autorisés, vous êtes tenu de payer la totalité des coûts des services.

Pour les services couverts avec des prestations limitées, vous paierez également la totalité des coûts des services que vous recevrez après avoir utilisé toutes vos prestations pour ce type de service couvert. Si vous payez les coûts une fois qu'une limite de prestations a été atteinte, ces coûts ne seront pas pris en compte dans votre plafond.

**SECTION 5 Comment vos services médicaux sont-ils couverts lorsque vous participez à une étude de recherche clinique ?****Section 5.1 Qu'est-ce qu'une étude de recherche clinique ?**

Une étude de recherche clinique (également appelée *essai clinique*) est un moyen pour les médecins et les scientifiques de tester de nouveaux types de soins médicaux, comme l'efficacité d'un nouveau médicament contre le cancer. Certaines études de recherche clinique sont approuvées par Medicare. Les études de recherche clinique approuvées par Medicare sollicitent généralement des volontaires pour participer à l'étude.

**Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts**

Une fois l'étude approuvée par Medicare et votre intérêt exprimé, une personne travaillant sur l'étude vous contactera pour vous donner plus d'informations et vérifier si vous remplissez les conditions fixées par les scientifiques chargés de l'étude. Vous pouvez participer à l'étude si vous remplissez les conditions requises pour l'étude *et* si vous comprenez et acceptez pleinement ce qu'implique votre participation à l'étude.

Si vous participez à une étude approuvée par Medicare, l'Original Medicare prend en charge la plupart des coûts des services couverts obtenus dans le cadre de l'étude. Si vous participez à un essai clinique qualifié, vous n'êtes alors responsable que du partage des coûts du régime des services de cet essai. Si vous avez payé davantage, par exemple si vous avez déjà payé le montant du partage des coûts de l'Original Medicare, nous vous rembourserons la différence entre ce que vous avez payé et le partage des coûts du réseau. Toutefois, vous devrez nous fournir des documents attestant du montant que vous avez payé. Lorsque vous participez à une étude de recherche clinique, vous pouvez rester affilié à notre régime et continuer à bénéficier du reste de vos soins (les soins qui ne sont pas liés à l'étude) par l'intermédiaire de notre régime.

Si vous souhaitez participer à une étude de recherche clinique approuvée par Medicare, vous n'avez *pas* besoin de nous en informer ou d'obtenir notre approbation ou celle de votre PCP. Les prestataires qui vous fournissent des soins dans le cadre de l'étude de recherche clinique n'ont *pas* besoin de faire partie de notre réseau de prestataires. Veuillez noter que cela n'inclut pas les prestations pour lesquelles notre régime est responsable et qui comprennent, en tant que composante, un essai clinique ou un registre pour évaluer la prestation. Il s'agit notamment de certaines prestations spécifiées dans les déterminations nationales de couverture, comme celles nécessitant des preuves supplémentaires (NCD-CED) ou les études pour des dispositifs de recherche (IDE), qui peuvent être soumises à une autorisation préalable et à d'autres règles du régime.

Bien que vous n'ayez pas besoin d'obtenir l'autorisation de notre régime pour participer à une étude de recherche clinique couverte par l'Original Medicare pour les affiliés à Medicare Advantage, nous vous encourageons à nous informer en amont de votre participation à des essais cliniques couverts par Medicare.

Si vous participez à une étude que Medicare n'a *pas* approuvée, *vous devrez payer tous les frais liés à votre participation à l'étude.*

**Section 5.2 Lorsque vous participez à une étude de recherche clinique, qui paye pour quoi ?**

Lorsque vous participez à une étude de recherche clinique approuvée par Medicare, l'Original Medicare couvre les articles et services de routine que vous obtiendrez dans le cadre de l'étude, y compris :

- La chambre et la pension pour un séjour à l'hôpital que Medicare paierait même hors participation à l'étude
- Une opération ou une autre procédure médicale si elle fait partie de l'étude de recherche
- Le traitement des effets indésirables et des complications des nouveaux soins

Une fois que Medicare a payé sa part du coût de ces services, notre régime paie le reste. Comme pour tous les services couverts, vous ne paierez rien pour les services couverts dont vous bénéficiez dans le cadre de l'étude de recherche clinique.

Lorsque vous participez à une étude de recherche clinique, **ni Medicare ni notre régime ne prendront en charge les éléments suivants :**

- En général, Medicare ne paiera *pas* pour le nouvel article ou le nouveau service à l'essai, sauf si Medicare couvrirait l'article ou le service même *hors* étude.

### Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts

- Articles ou services fournis uniquement pour collecter des données et non utilisés dans le cadre de vos soins de santé directs. Par exemple, Medicare ne paierait pas les examens TDM mensuels effectués dans le cadre de l'étude si votre état de santé ne nécessitait normalement qu'un seul examen TDM.
- Articles et services généralement offerts gratuitement par les sponsors de la recherche à tous les participants de l'essai.

#### Vous voulez en savoir plus ?

Vous pouvez obtenir plus d'informations sur la participation à une étude de recherche clinique en visitant le site web de Medicare pour lire ou télécharger la publication intitulée « *Medicare and Clinical Research Studies* ». (Cette publication est disponible à l'adresse : [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).) Vous pouvez également appeler Medicare au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-877-486-2048.

## SECTION 6 Règles relatives aux soins dans un établissement de santé religieux non médical

### Section 6.1 Qu'est-ce qu'un établissement religieux non médical de soins de santé ?

Un établissement religieux de soins de santé non médical est un établissement qui prodigue des soins pour une affection qui est généralement traitée dans un hôpital ou un établissement de soins qualifiés. Si l'obtention de soins dans un hôpital ou un établissement de soins qualifiés va à l'encontre des croyances religieuses d'un affilié, nous fournirons alors une couverture pour des soins dans un établissement religieux non médical de soins de santé. Cette prestation est fournie uniquement pour les services d'hospitalisation de la partie A (services de soins de santé non médicaux).

### Section 6.2 Recevoir des soins d'un établissement religieux non médical de soins de santé

Pour obtenir des soins auprès d'un établissement de santé religieux non médical, vous devez signer un document juridique indiquant que vous vous opposez, en conscience, à recevoir un traitement médical non obligatoire.

- Les soins ou traitements médicaux **non obligatoires** sont *volontaires* et ne sont *pas exigés* par la législation fédérale, étatique ou locale.
- Les soins ou traitements médicaux **obligatoires** sont des soins ou des traitements médicaux que vous recevez et qui ne sont *pas volontaires* ou qui *sont exigés* par la législation fédérale, étatique ou locale.

Pour être couverts par notre régime, les soins que vous recevez d'un établissement de santé religieux non médical doivent remplir les conditions suivantes :

- L'établissement qui fournit les soins doit être agréé par Medicare.
- La couverture de notre régime pour les services que vous recevez est limitée aux aspects *non religieux* des soins.
- Si les services vous sont fournis dans un établissement, les conditions suivantes s'appliquent :
  - Votre état de santé doit vous permettre de bénéficier de services couverts pour des soins hospitaliers ou des soins dans un établissement de soins infirmiers spécialisés.

### Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts

- – *et* – Vous devez obtenir l’approbation préalable de notre régime avant d’être admis dans l’établissement, faute de quoi votre séjour ne sera pas pris en charge.
- – *et* – Medicare couvre jusqu’à 90 jours par période de prestation. Medicaid couvre votre séjour en hospitalisation au-delà de la limite de 90 jours de Medicare, si cela est médicalement nécessaire. Les limites de la couverture sont décrites à la rubrique « Soins hospitaliers » du tableau des prestations du chapitre 4.

En outre, vous devez contacter les services aux membres ou le bureau Medicaid de votre État (dont les coordonnées figurent au chapitre 2, section 6) pour obtenir de plus amples informations sur les services couverts par Medicaid afin de comprendre toutes les options de couverture dont vous disposez.

## SECTION 7 Règles relatives à la propriété d’équipements médicaux durables

### Section 7.1 Serez-vous propriétaire de l’équipement médical durable après avoir effectué un certain nombre de paiements dans le cadre de votre régime ?

Les équipements médicaux durables (DME) comprennent des articles tels que l’équipement et les fournitures des systèmes d’oxygène, les fauteuils roulants, les déambulateurs, les systèmes de matelas électriques, les béquilles, les fournitures pour diabétiques, les appareils générateurs de parole, les pompes à perfusion, les nébuliseurs et les lits d’hôpitaux prescrits par un prestataire pour une utilisation à domicile. Certains articles, tels que les prothèses, sont toujours la propriété du membre. Dans cette section, nous abordons d’autres types de DME que vous devez louer.

Dans le cadre de l’Original Medicare, les personnes qui louent certains types de DME deviennent propriétaires de l’équipement après avoir payé des copaiements pour l’article pendant 13 mois. En tant que membre de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous n’acquerrez généralement pas la propriété des DME loués, quel que soit le nombre de copaiements que vous effectuez pour l’article pendant votre adhésion à notre régime, même si vous avez effectué jusqu’à 12 paiements consécutifs pour le DME loué dans le cadre de l’Original Medicare avant d’adhérer à notre régime. Dans certaines circonstances limitées, nous vous transférons la propriété du DME. Appelez les services aux membres pour plus d’informations.

#### Qu’advient-il des paiements effectués pour un équipement médical durable si vous passez à l’Original Medicare ?

Si vous n’avez pas acquis la propriété du DME lorsque vous étiez membre de notre régime, vous devrez effectuer 13 nouveaux paiements consécutifs après votre passage à l’Original Medicare afin de devenir propriétaire de l’équipement. Les paiements effectués lorsque vous étiez membre de notre régime ne sont pas pris en compte.

Exemple 1 : vous avez effectué 12 paiements consécutifs ou moins pour l’article dans le cadre de l’Original Medicare, puis vous avez adhéré à notre régime. Les paiements effectués dans le cadre du régime Original Medicare ne sont pas pris en compte. Vous devrez effectuer 13 paiements à notre régime avant de devenir propriétaire de l’article.

Exemple 2 : vous avez effectué 12 paiements consécutifs ou moins pour l’article dans le cadre de l’Original Medicare, puis vous avez adhéré à notre régime. Vous avez adhéré à notre régime, mais vous n’avez pas obtenu la propriété de l’article pendant cette période. Vous retournez ensuite à l’Original Medicare. Vous devrez effectuer 13 nouveaux paiements consécutifs pour devenir propriétaire de l’article une fois à nouveau affilié à l’Original

**Chapitre 3 Utilisation du régime pour vos services médicaux et autres services couverts**

---

Medicare. Tous les paiements antérieurs (que ce soit à notre régime ou à l'Original Medicare) ne sont pas pris en compte.

**Section 7.2 Règles relatives à l'équipement d'oxygène, aux fournitures et à l'entretien.****À quelles prestations d'oxygène avez-vous droit ?**

Si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier d'une couverture pour l'équipement d'oxygène Medicare, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) couvrira ce qui suit :

- Location d'un équipement d'oxygène
- Livraison d'oxygène et contenu en oxygène
- Tubulure et accessoires pour oxygène associés pour la livraison d'oxygène et le contenu en oxygène
- Entretien et réparations de l'équipement d'oxygène

Si vous quittez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ou que vous n'avez plus besoin de l'équipement d'oxygène, celui-ci doit être retourné.

**Que se passe-t-il si vous quittez votre régime et que vous retournez à Original Medicare ?**

Original Medicare requiert un fournisseur d'oxygène pour vous fournir les services pendant cinq ans. Durant les 36 premiers mois, vous louez l'équipement. Le fournisseur fournit l'équipement et l'entretien pendant les 24 mois restants (vous êtes toujours tenu de payer un ticket modérateur pour l'oxygène). Au bout de cinq ans, vous pouvez choisir de garder la même entreprise ou d'en choisir une autre. À ce stade, un nouveau cycle de cinq ans se remet en place, même si vous gardez la même entreprise. Et vous devrez payer un ticket modérateur durant les 36 premiers mois. Si vous affiliez à notre régime ou si vous le quittez, un cycle de cinq ans se remet en place.

# CHAPITRE 4:

*Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)*

FINALE

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)****SECTION 1 Compréhension des services couverts**

Ce chapitre fournit un tableau des prestations médicales qui répertorie vos services couverts en tant que membre de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Plus loin dans le présent chapitre, vous trouverez des informations sur les services médicaux qui ne sont pas couverts. Il explique également les limites relatives à certains services.

**Section 1.1 Vous ne payez rien pour les services couverts**

Étant donné que vous bénéficiez d'une aide de Medicaid, vous ne payez rien pour les services couverts tant que vous respectez les règles du régime pour bénéficier de vos soins. (Voir chapitre 3 pour plus d'informations sur les règles du régime pour bénéficier de vos soins.)

**Section 1.2 Quel montant maximal paierez-vous pour les services médicaux couverts des parties A et B Medicare ?**

**Remarque :** étant donné que nos membres bénéficient également de l'aide de Medicaid, très peu d'entre eux atteignent ce montant maximal de participation aux frais. Vous n'êtes pas tenu de payer de votre poche les coûts au titre du montant maximum de contribution pour les services couverts des parties A et B.

Étant donné que vous êtes affilié à un régime Medicare Advantage, il y a une limitation sur le montant que vous devez payer de votre poche chaque année pour les services médicaux couverts des parties A et B Medicare. Cette limitation s'appelle le montant maximum de contribution pour les services médicaux. Pour l'année civile 2025, ce montant est de 9 350\$.

Les montants que vous payez pour les services couverts sont pris en compte dans ce montant maximum de contribution. Les montants que vous payez pour les médicaments sur ordonnance de la partie D ne sont pas pris en compte dans votre montant maximum de contribution. En outre, les montants que vous payez pour certains services ne sont pas pris en compte dans votre montant maximum de contribution. Ces services sont précédés d'un astérisque (\*) dans le tableau des prestations médicales. Si vous atteignez le montant maximum de contribution de 9 350\$, vous ne serez pas tenu de payer de votre poche les coûts pour le reste de l'année pour les services couverts des parties A et B. Toutefois, vous devez continuer de payer la prime de la partie B de Medicare (sauf si votre prime de la partie B est payée pour vous par Medicaid ou un autre tiers).

**SECTION 2 Utilisez le *Tableau des prestations médicales* pour connaître les services couverts.****Section 2.1 Vos prestations en matière de soins médicaux de longue durée ou de services à domicile ou dans des résidences communautaires en tant qu'affilié au régime**

Le tableau des prestations médicales sur les pages suivantes répertorie les services couverts par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). La couverture des médicaments sur ordonnance de la partie D figure dans le chapitre 5. Les services répertoriés dans le tableau des prestations médicales sont couverts uniquement lorsque les conditions suivantes relatives à la couverture sont remplies :

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

---

- Les services couverts Medicare et Medicaid doivent être fournis en fonction des lignes directrices de couverture établies par Medicare et Medicaid.
- Vos services (y compris les soins médicaux, les services, les fournitures, les équipements et les médicaments sur ordonnance de la partie B) *doivent* être médicalement nécessaires. « Médicalement nécessaire » signifie que les services, fournitures ou médicaments sont nécessaires à la prévention, au diagnostic ou au traitement de votre état de santé et qu'ils répondent aux normes acceptées de la pratique médicale.
- Pour les nouveaux affiliés, votre régime de soins coordonnés MA doit inclure une période de transition d'au moins 90 jours. Pendant cette période, le régime ne peut pas exiger d'autorisation préalable pour tout traitement en cours, même si ce traitement a été commencé avec un prestataire hors réseau.
- Vous recevez un soin d'un prestataire réseau. Dans la plupart des cas, le soin que vous recevez d'un prestataire hors réseau n'est pas couvert sauf s'il s'agit d'un soin urgent ou d'urgence, ou si votre régime ou un prestataire réseau vous a donné une recommandation. Cela signifie que vous devrez payer intégralement le prestataire pour les services fournis.
- Vous avez un prestataire de soins primaires (PCP) qui fournit et supervise un soin.
- Certains services répertoriés dans le tableau des prestations médicales sont couverts *uniquement* si votre médecin ou autre prestataire réseau obtient une approbation à l'avance (parfois appelée autorisation préalable) de notre part. Les services couverts nécessitant une approbation à l'avance sont indiqués dans le tableau des prestations médicales en **gras**.
- Si votre régime de soins coordonnés approuve une demande d'autorisation préalable pour un traitement, cette approbation doit être valable aussi longtemps que nécessaire sur le plan médical, afin d'éviter toute interruption des soins, en respectant les critères de couverture, vos antécédents médicaux et les recommandations de votre médecin.

**Ce qu'il faut savoir sur notre couverture :**

- Vous êtes couvert par Medicare et Medicaid. Medicare couvre les soins de santé et les médicaments sur ordonnance. Medicaid couvre votre participation aux coûts pour les services Medicare, y compris les services d'hospitalisation et les consultations externes. Medicaid couvre également les services non couverts par Medicare, comme les soins de longue durée, les médicaments en vente libre, les services à domicile et communautaires ou d'autres services propres à Medicaid.
- Comme tous les régimes Medicare, nous couvrons tout ce qui est couvert par Original Medicare. (Si vous voulez en savoir plus sur la couverture et les coûts d'Original Medicare, consultez le guide *Medicare & You 2025*. Vous pouvez le visualiser en ligne à l'adresse [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) ou demander une copie en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-877-486-2048).
- Pour tous les services de prévention couverts gratuitement par Original Medicare, nous couvrons également le service gratuitement pour vous.
- Si Medicare intègre la couverture d'un nouveau service au cours de l'année 2025, Medicare ou notre régime couvrira ce service.
- Étant donné que vous bénéficiez d'une aide de Medicaid, vous ne payez rien pour les services couverts tant que vous respectez les règles du régime pour bénéficier de vos soins. Cela signifie que pour les services couverts, vous ne paierez pas de participation aux coûts (pas de copaiement ou de franchise). En tant que membre de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), nous coordonnons vos services couverts par Medicare et vos services Medicaid, car ils sont tous deux couverts par notre régime. Les informations relatives aux prestations ci-après comprennent les services couverts par Medicare et Medicaid.

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

---

- Si vous êtes dans la période de 3 mois de présomption d'admissibilité continue de notre régime, nous continuerons à fournir la totalité des prestations Medicare couvertes par le régime Medicare Advantage. Toutefois, durant cette période, nous ne continuerons pas à couvrir les prestations Medicaid incluses dans le cadre du régime d'État Medicaid applicable, ni ne paierons la participation aux coûts ni les primes Medicare pour lesquelles l'État serait autrement responsable si vous n'aviez pas perdu votre admissibilité à Medicaid. Le montant que vous payez pour les services couverts par Medicare peut augmenter au cours de cette période.

Vous ne payez rien pour les services répertoriés dans le tableau des prestations tant que vous remplissez les conditions relatives à la couverture décrites ci-dessus.

**Informations importantes relatives aux prestations pour les affiliés ayant droit à une aide supplémentaire :**

- Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) participe au modèle VBID (Value Based Insurance Design - Conception d'une assurance basée sur la valeur). Le modèle VBID permet à Medicare d'essayer de nouvelles façons d'améliorer les régimes Medicare Advantage. Dans le cadre du modèle VBID, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) offre la suppression de la participation aux coûts pour les médicaments de la partie D. Les affiliés qui bénéficient d'une « aide supplémentaire » verront une réduction de leur participation aux coûts (0\$) sur tous les médicaments de la partie D à toutes les étapes de couverture. Pour plus d'informations, appelez les services aux membres si vous avez des questions sur cette prestation.

**Informations importantes relatives aux prestations pour les affiliés atteints de maladies chroniques**

- Si vous êtes diagnostiqué de l'une des maladies chroniques suivantes identifiées et que vous répondez à certains critères, vous pouvez peut-être bénéficier de prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques.
  - Dépendance chronique à l'alcool et autre toxicomanie
  - Maladies auto-immunes
  - Cancer
  - Maladies cardiovasculaires
  - Insuffisance cardiaque chronique
  - Démence
  - Diabète
  - Maladie hépatique en phase terminale
  - Maladie rénale en phase terminale (ESRD)
  - Troubles hématologiques sévères
  - VIH/SIDA
  - Affections pulmonaires chroniques
  - Troubles de la santé mentale chroniques et invalidants
  - Troubles neurologiques
  - AVC

Nous vous aiderons à accéder à ces prestations. Vous pouvez appeler les services aux membres ou votre coordinateur des soins pour faire votre demande de prestation ou obtenir des informations supplémentaires.

Remarque : Avec cette demande de prestation, vous autorisez les représentants de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) à vous contacter par téléphone, par courrier ou par tout autre moyen de communication, comme expressément indiqué dans votre application.

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

- Pour plus de détails, accédez à la ligne *Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques* dans le tableau des prestations médicales.
- Pour connaître les prestations exactes auxquelles vous pouvez prétendre, veuillez nous contacter.

Cette pomme s'affichera en regard des services de prévention dans le tableau des prestations.

**Tableau des prestations médicales**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Dépistage de l'anévrisme aortique abdominal *</b></p> <p>Dépistage ponctuel par ultrasons pour les personnes à risque Le régime couvre uniquement ce dépistage si vous présentez certains facteurs de risque et si vous avez une recommandation de la part d'un médecin, d'un auxiliaire médical, d'un infirmier praticien ou d'un infirmier spécialiste clinique.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les membres éligibles à ce dépistage préventif.</p>
<p><b>Acupuncture pour les lombalgies chroniques</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <p>Jusqu'à 12 visites pendant 90 jours sont couvertes pour les bénéficiaires de Medicare dans les circonstances suivantes :</p> <p>À cet effet, la lombalgie chronique se définit comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle doit durer 12 semaines minimum.</li> <li>• Elle est non spécifique, dans le sens où elle n'a pas de cause systémique identifiable (elle n'est associée à aucune maladie métastatique, inflammatoire ou infectieuse, etc.).</li> <li>• Elle n'est pas liée à une chirurgie.</li> <li>• Elle n'est pas liée à une grossesse.</li> </ul> <p>Huit séances supplémentaires seront couvertes pour les patients montrant des signes d'amélioration. Pas plus de 20 traitements d'acupuncture ne peuvent être administrés par an.</p> <p>Le traitement doit être interrompu si le patient ne montre pas de signe d'amélioration ou régresse.</p> <p>Exigences relatives aux prestataires :</p> <p>Les médecins (tel que défini dans l'article 1861(r)(1) de la loi sur la Sécurité sociale) peuvent traiter par acupuncture conformément à la législation applicable dans l'État.</p> <p>Les auxiliaires médicaux, les infirmiers praticiens, les infirmiers spécialistes cliniques (tel qu'identifié dans l'article 1861(aa) (5) de la</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les services d'acupuncture couverts par Medicare.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Acupuncture pour les lombalgies chroniques</b></p> <p>loi) et le personnel auxiliaire peuvent traiter par acupuncture s'ils remplissent toutes les exigences applicables relatives à l'État et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'ils possèdent un diplôme niveau maîtrise ou doctorat en acupuncture ou en médecine orientale d'une école agréée par l'ACAOM (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine) et</li> <li>• S'ils possèdent une licence active et sans restriction pour pratiquer l'acupuncture dans un État, un territoire ou une nation (comme Porto Rico) des États-Unis, ou le District de Columbia.</li> </ul> <p>Le personnel auxiliaire pratiquant l'acupuncture doit être sous la supervision d'un médecin, d'un auxiliaire médical, d'un infirmier praticien ou d'un infirmier spécialiste clinique conformément aux règlements 42 CFR, sections 410.26 et 410.27.</p>	
<p><b>Services d'acupuncture (supplémentaires)*</b></p> <p>En outre, Senior Whole Health of New York NHC offre 30 traitements par acupuncture complémentaires par an.</p> <p>Les services d'acupuncture supplémentaires sont couverts s'ils sont définis comme étant une norme de soins généralement reconnue pour ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Maux de tête ; douleurs aux hanches ou aux articulations du genou associées à l'arthrose ; ou autres douleurs articulaires des extrémités en cas de chronicité et de non réaction aux soins médicaux standard ; syndromes douloureux impliquant les articulations et les tissus mous associés ; douleurs musculo-squelettiques et maux de dos ; nausées associées à la chimiothérapie ; nausées post-chirurgicales et nausées associées à la grossesse.</li> <li>◦ Les services d'acupuncture couverts n'incluent pas les services pour le traitement de l'asthme ou de l'addiction (incluant, sans limitation, l'arrêt du tabac).</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p>
<p><b>Services d'ambulance</b></p> <p>Les services d'ambulance couverts, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence ou non, comprennent le transport dans des appareils à voilure fixe et tournante et des ambulances terrestres, jusqu'à l'établissement le plus proche pouvant prodiguer des soins uniquement s'ils sont délivrés</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services d'ambulance</b></p> <p>à un affilié dont l'état de santé est tel que d'autres moyens de transport pourraient compromettre la santé de la personne, ou si autorisés par le régime. Si les services d'ambulance couverts ne concernent pas une situation d'urgence, il est nécessaire de justifier que l'état de santé de l'affilié est tel que d'autres moyens de transport pourraient compromettre la santé de la personne et que le transport en ambulance est médicalement nécessaire.</p>	<p><b>Autorisation préalable requise pour les transports en ambulance non urgents uniquement.</b></p> <p>Si vous nécessitez de soins d'urgence, appelez le 911 et demandez une ambulance.</p>
<p><b>Visite de contrôle annuelle*</b></p> <p>Si vous avez bénéficié du service de la partie B pendant plus de 12 mois, vous pouvez obtenir une visite de contrôle annuelle pour élaborer ou mettre à jour un plan de prévention personnalisé en fonction de votre état de santé actuel et de vos facteurs de risque Cette visite est couverte tous les 12 mois.</p> <p><b>Remarque :</b> Votre visite de contrôle annuelle ne peut pas avoir lieu au cours des 12 mois de votre visite de prévention Bienvenue à Medicare. Cependant, il n'est pas nécessaire d'avoir effectué une visite de bienvenue à Medicare pour que les visites de contrôle annuelles soient couvertes après avoir bénéficié de la partie B pendant 12 mois.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la visite de contrôle annuelle.</p>
<p><b>Mesure de la densité osseuse*</b></p> <p>Pour les personnes admissibles (généralement, les personnes présentant un risque de perte de densité osseuse ou un risque d'ostéoporose), les services suivants sont couverts tous les 24 mois ou plus fréquemment si nécessaire médicalement : procédures d'identification de la densité osseuse, détection de la perte osseuse ou détermination de la qualité osseuse, y compris interprétation par un médecin des résultats.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la mesure de la densité osseuse couverte par Medicare.</p>
<p><b>Dépistage du cancer du sein (mammographies)*</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une mammographie de base entre 35 et 39 ans</li> <li>• Une mammographie de dépistage tous les 12 mois pour les femmes âgées de 40 ans et plus</li> <li>• Un examen clinique des seins tous les 24 mois</li> </ul> <p>Une mammographie de dépistage est utilisée pour la détection précoce du cancer du sein. Lorsqu'un antécédent de cancer du sein a été établi, et tant qu'il existe des signes ou des symptômes de cancer du sein, les</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les mammographies de dépistage couvertes.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Dépistage du cancer du sein (mammographies)*</b></p> <p>mammographies continues sont considérées comme des mammographies de diagnostic et sont couvertes par les « Tests de dépistage ambulatoires et services et fournitures thérapeutiques » de ce tableau. La prestation annuelle de mammographie de dépistage n'est pas disponible pour les membres ayant des signes ou des symptômes de cancer du sein.</p>	
<p><b>Services de réadaptation cardiaque</b></p> <p>Les programmes complets des services de réadaptation cardiaque qui incluent des exercices, de la pédagogie et des conseils sont couverts pour les affiliés qui remplissent certaines conditions sur prescription d'un médecin. Le régime couvre également des programmes intensifs de réadaptation cardiaque qui sont généralement plus rigoureux et plus intenses que les programmes de réadaptation cardiaque.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Visite de réduction du risque cardiovasculaire (thérapie pour maladie cardiovasculaire)*</b></p> <p>Nous couvrons une visite par an avec votre médecin traitant pour vous aider à réduire le risque de maladie cardiovasculaire. Lors de cette visite, votre médecin peut discuter de l'utilité de l'aspirine (si approprié), vérifier votre pression artérielle et vous donner des conseils pour manger sainement.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la prestation de prévention contre les maladies cardiovasculaires et pour la thérapie comportementale intensive.</p>
<p><b>Tests relatifs aux maladies cardiovasculaires*</b></p> <p>Des tests sanguins pour détecter les maladies cardiovasculaires (ou des anomalies liées à un risque élevé de maladie cardiovasculaire) sont effectués tous les 5 ans (60 mois).</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les tests relatifs aux maladies cardiovasculaires couverts tous les 5 ans.</p>
<p><b>Dépistage du cancer du col de l'utérus et du vagin*</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour toutes les femmes : Les tests Pap et les examens pelviens sont couverts tous les 24 mois.</li> <li>• Si vous présentez un risque élevé de cancer du col de l'utérus ou du vagin ou que vous êtes en âge de procréer et que vous avez eu un test Pap anormal dans les 3 dernières années : un test Pap tous les 12 mois.</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les tests Pap et les examens pelviens de prévention couverts par Medicare.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services de chiropractie (couverts par Medicare)</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulation manuelle de la colonne vertébrale pour corriger une subluxation.</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p>
<p><b>Dépistage du cancer colorectal*</b></p> <p>Les tests de dépistage suivants sont couverts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe pas de limite d'âge minimale ou maximale pour la coloscopie qui est couverte une fois tous les 120 mois (10 ans) pour les patients ne présentant pas un risque élevé, ou tous les 48 mois après une sigmoïdoscopie flexible antérieure pour les patients ne présentant pas un risque élevé de cancer colorectal, et une fois tous les 24 mois pour les patients présentant un risque élevé après une coloscopie de dépistage ou un lavement baryté.</li> <li>• Sigmoïdoscopie flexible pour les patients âgés de 45 ans et plus. Une fois tous les 120 mois pour les patients ne présentant pas un risque élevé après une coloscopie de dépistage. Une fois tous les 48 mois pour les patients présentant un risque élevé après une sigmoïdoscopie flexible ou un lavement baryté.</li> <li>• Test de recherche de sang occulte dans les selles pour les patients âgés de 45 ans et plus. Une fois tous les 12 mois.</li> <li>• Test ADN fécal multi-marqueurs pour les patients âgés de 45 à 85 ans et ne présentant pas de risque élevé. Une fois tous les 3 ans.</li> <li>• Analyse de biomarqueurs sanguins pour les patients âgés de 45 à 85 ans et ne présentant pas de risque élevé. Une fois tous les 3 ans.</li> <li>• Lavement baryté comme alternative à la coloscopie pour les patients présentant un risque élevé et tous les 24 mois à partir du dernier lavement baryté de dépistage ou de la dernière coloscopie de dépistage.</li> <li>• Lavement baryté comme alternative à la sigmoïdoscopie flexible pour les patients ne présentant pas de risque élevé et âgés de 45 ans et plus. Une fois au moins tous les 48 mois après le dernier lavement baryté ou la dernière sigmoïdoscopie flexible de dépistage.</li> </ul> <p>Les tests de dépistage du cancer colorectal comprennent une coloscopie de dépistage de suivi après le renvoi d'un résultat positif du test de dépistage du cancer colorectal dans les selles non invasif couvert par Medicare.</p>	<p>Il n'y a ni coassurance, ni copaiement, ni franchise pour un dépistage du cancer colorectal couvert par Medicare, sauf pour les lavements barytés, où la coassurance s'applique. Si votre médecin découvre et retire un polype ou un autre tissu lors de la coloscopie ou de la sigmoïdoscopie, l'examen de dépistage devient alors un examen diagnostique.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services dentaires</b></p> <p>En général, les services dentaires préventifs (comme le nettoyage, les examens dentaires de routine et les radiographies dentaires) ne sont pas couverts par Original Medicare. Cependant, Medicare paye actuellement les services dentaires dans un nombre limité de circonstances, en particulier lorsque ce service fait partie intégrante du traitement spécifique de la principale affection médicale d'un bénéficiaire. Il peut s'agir par exemple d'une reconstruction de la mâchoire suite à une fracture ou une blessure, d'extractions de dents en préparation d'un traitement par radiothérapie d'un cancer impliquant la mâchoire, ou d'examens buccaux précédant une transplantation rénale.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les membres éligibles à ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise pour des soins dentaires complets.</b></p>
<p><b>Services dentaires (supplémentaires)*</b></p> <p>Nous avons établi un partenariat avec un fournisseur pour offrir une couverture dentaire complète, en accord avec les services pris en charge par Medicaid de l'État de New York. Les services seront pris en charge lorsqu'ils sont fournis par un prestataire affilié via le réseau de notre partenaire.</p> <p>Votre couverture dentaire inclut les services diagnostiques, préventifs, restaurateurs, ainsi que l'endodontie, la parodontie, les prothèses amovibles et fixes, les prothèses maxillo-faciales, les implants, la chirurgie orale et maxillo-faciale, et d'autres services complémentaires.</p> <p>Pour consulter la liste complète des services, rendez-vous sur <a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm</a> et sélectionnez « Updated Fee Schedule » (barème des tarifs mis à jour).</p> <p>Les codes mentionnés dans le lien peuvent être mis à jour par l'American Dental Association (ADA) au cours de l'année. Si vous avez une question concernant un code ADA dentaire, contactez les services aux membres. Le numéro de téléphone figure au dos de votre carte d'adhérent. Certains services dentaires nécessitent une autorisation préalable et doivent être médicalement justifiés. Votre prestataire se chargera des autorisations nécessaires.</p> <p>Remarque : La couverture ci-dessus concerne les prestations dentaires supplémentaires de Medicare. Votre couverture dentaire Medicaid de l'État de New York est également gérée par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Pour toute question concernant ces prestations Medicaid, n'hésitez pas à contacter le régime.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p>Vous pouvez être responsable des coûts si un service n'est pas couvert ou si vous dépassez votre allocation maximale.</p> <p>Des limitations et des exclusions peuvent s'appliquer.</p> <p>Les services sont uniquement disponibles s'ils sont fournis par des dentistes du réseau sous contrat. Si vous recevez des soins d'un fournisseur de soins dentaires hors réseau, vous devez payer vos soins.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Dépistage de la dépression*</b></p> <p>Nous couvrons un dépistage de la dépression par an. Le dépistage doit être effectué dans un établissement de soins primaires qui peut fournir un traitement de suivi et/ou des recommandations.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour une visite annuelle de dépistage de la dépression.</p>
<p><b>Dépistage du diabète*</b></p> <p>Ce dépistage est couvert (y compris les tests de glycémie à jeun) si vous présentez l'un des facteurs de risque suivants : pression artérielle élevée (hypertension), antécédent de taux de cholestérol et de taux de triglycérides anormaux (dyslipidémie), obésité ou antécédent d'hyperglycémie (glucose). Les tests peuvent également être couverts si vous remplissez d'autres conditions, comme une surcharge pondérale et un antécédent familial de diabète.</p> <p>Vous pourriez avoir droit à deux dépistages du diabète tous les 12 mois, à compter de la date de votre dernier dépistage.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les tests de dépistage du diabète couverts par Medicare.</p>
<p><b>Formation sur l'autogestion du diabète, services et fournitures pour diabétiques :</b></p> <p>Pour toutes les personnes atteintes de diabète (utilisateurs et non-utilisateurs d'insuline) Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournitures pour surveiller votre glycémie. Glucomètre, bandes réactives pour glycémie, lancettes automatiques et lancettes et solutions de contrôle du glucose pour vérifier l'exactitude des lancettes et des glucomètres. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Glucomètres <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Couverts si votre médecin vous en prescrit pour une utilisation domestique.</li> <li>◦ Les glucomètres de marque privilégiée ne requièrent pas d'autorisation préalable.</li> </ul> </li> <li>◦ Bandes réactives pour glycémie <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Les bandes réactives pour glycémie de marque privilégiée ne requièrent pas d'autorisation préalable.</li> <li>◦ Peut être limité à un approvisionnement de 30 jours par remplissage.</li> </ul> </li> <li>◦ Insuline <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Non couverte par la partie B de Medicare. Peut être couverte par la partie D de Medicare,</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p>Les fournitures sont couvertes si vous détenez une ordonnance et que vous la faites exécuter dans une pharmacie du réseau ou par l'entremise du programme de la pharmacie de vente par correspondance.</p> <p>Consultez la section « Soins de la vue » de ce tableau pour les prestations du médecin si vous avez besoin d'un examen de la vue dans le cadre d'une rétinopathie diabétique ou d'un dépistage du glaucome.</p> <p>Consultez la section « Services de podiatrie » de ce tableau si vous êtes diabétique et que vous devez consulter un médecin pour un examen des pieds</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Formation sur l'autogestion du diabète, services et fournitures pour diabétiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Si vous utilisez une pompe à insuline externe, l'insuline et la pompe peuvent être couvertes en tant qu'équipement médical durable. Cependant, les fournisseurs de pompes à insuline peuvent ne pas fournir d'insuline.</li> <li>◦ Lancettes automatiques et lancettes</li> <li>◦ Solutions de contrôle du glucose pour vérifier l'exactitude des lancettes et des glucomètres.</li> <li>• Pour les personnes atteintes de diabète et d'une forme aiguë de pied diabétique : Une paire de chaussures thérapeutiques épousant la forme des pieds par année civile (inclut les inserts fournis avec ces chaussures) et deux paires d'inserts supplémentaires, ou une paire de chaussures profondes et trois paires d'inserts (n'inclut pas les inserts amovibles non personnalisés fournis avec ces chaussures). L'essayage est pris en charge.</li> <li>• La formation sur l'autogestion du diabète est couverte dans certaines conditions.</li> </ul>	<p>Consultez la section « Thérapie nutritionnelle » de ce tableau si vous êtes diabétique et que vous avez besoin d'une thérapie nutritionnelle.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise : fournitures pour diabétiques, chaussures pour diabétiques et inserts.</b></p> <p><b>Aucune autorisation préalable n'est requise pour un fabricant privilégié.</b></p> <p><b>Aucune autorisation préalable n'est requise pour la formation sur l'autogestion du diabète couverte par Medicare.</b></p>
<p><b>Équipement médical durable et fournitures associées</b></p> <p>(Pour obtenir une définition de l'équipement médical durable, consultez le chapitre 12 et le chapitre 3, section 7 de ce document.)</p> <p>Les fournitures couvertes comprennent notamment : fauteuils roulants, béquilles, systèmes de matelas motorisé, fournitures pour diabétiques, lits d'hôpitaux commandés par un fournisseur pour une utilisation domestique, pompes à insuline de type IV, dispositifs générateurs de parole, équipement d'oxygène, nébuliseurs et déambulateurs.</p> <p>Nous couvrons l'ensemble des équipements médicaux durables médicalement nécessaires couverts par Original Medicare. Si notre fournisseur dans votre région ne travaille pas avec une marque ou un fabricant particulier, vous pouvez leur demander de commander une marque spécifique. La dernière liste des fournisseurs est disponible sur notre site Web à l'adresse <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>En général, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prend en charge tout équipement médical durable (DME) couvert par l'assurance Original Medicare, provenant des marques et fabricants répertoriés. Nous ne prendrons en charge d'autres marques que si votre médecin ou un autre professionnel de santé nous précise qu'elles conviennent à vos besoins médicaux.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p> <p><b>Aucune autorisation préalable n'est requise pour un fabricant privilégié.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Équipement médical durable et fournitures associées</b></p> <p>Si vous venez de rejoindre Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) et que vous utilisez une marque d'équipement médical durable (DME) qui n'est pas sur notre liste, nous continuerons à la prendre en charge pendant une période allant jusqu'à 90 jours. Durant cette période, consultez votre médecin pour choisir la marque la plus adaptée à vos besoins médicaux après les 90 jours. (Si vous n'êtes pas d'accord avec lui, vous pouvez demander un second avis médical.)</p> <p>Si vous ou votre médecin n'êtes pas d'accord avec la décision de prise en charge du régime, un appel peut être déposé. Vous pouvez aussi faire appel si vous n'êtes pas d'accord avec le choix de produit ou de marque recommandé pour votre condition médicale. (Pour plus d'informations concernant les appels, reportez-vous au chapitre 8 « <i>Que faire en cas de problème ou de plainte [décisions de couverture, appels, plaintes]</i> ».)</p>	
<p><b>Soins d'urgence</b></p> <p>Les soins d'urgence font référence à des services qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fournis par un prestataire autorisé à dispenser des services d'urgence et,</li> <li>• nécessaires à l'évaluation ou à la stabilisation d'un état médical d'urgence.</li> </ul> <p>Une urgence médicale survient lorsque vous, ou toute autre personne profane prudente ayant une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, estimez que vous présentez des symptômes médicaux qui nécessitent des soins médicaux immédiats pour éviter la mort (et, si vous êtes enceinte, la perte d'un enfant à naître), la perte d'un membre ou la perte de la fonction d'un membre. Les symptômes médicaux peuvent être une maladie, une blessure, une douleur intense ou un état de santé qui s'aggrave rapidement.</p> <p>La participation aux coûts pour les services d'urgence nécessaires dispensés hors réseau est identique à celle des services fournis dans le réseau.</p> <p>Les soins d'urgence dispensés en dehors des États-Unis peuvent être couverts dans le cadre de la prestation de couverture d'urgence mondiale. Nous offrons jusqu'à 10 000\$ de couverture d'urgence mondiale par année civile pour les soins d'urgence et les soins post-stabilisation. Pour en savoir plus, consultez la section « Couverture mondiale des soins d'urgence » de ce tableau.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p>Si vous êtes admis dans un hôpital, vous paierez la participation aux coûts, tel que décrit dans la section « Services d'hospitalisation » de ce tableau.</p> <p>Votre participation aux coûts est identique pour les services d'urgence du réseau ou hors réseau.</p> <p>Si vous recevez des soins d'urgence dans un hôpital hors réseau et que vous avez besoin de soins hospitaliers après stabilisation de votre état d'urgence, vous devez vous rendre dans un hôpital du réseau pour que vos soins continuent d'être couverts <i>OU</i> vous devez recevoir des soins hospitaliers dans un hôpital hors réseau autorisé par le régime et vos coûts correspondront à la participation</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<b>Soins d'urgence</b>	<p>aux coûts la plus élevée que vous payeriez dans un hôpital du réseau.</p>
<p><b>Prestation de remise en forme (supplémentaire)*</b></p> <p>Vous bénéficiez d'une adhésion à un centre de remise en forme. Si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre dans un centre de remise en forme ou si vous préférez faire des exercices à votre domicile, vous pouvez choisir un kit de remise en forme à domicile. Ce kit vous permettra de rester actif dans le confort de votre domicile. Parmi les options pour s'entraîner chez soi, vous pouvez choisir un tracker d'activité, un kit de musculation ou un kit de yoga.</p> <p>Si vous choisissez de faire de l'exercice dans un centre de remise en forme, vous pouvez consulter le site Web et sélectionner un lieu participant, ou vous pouvez vous rendre directement dans un centre de remise en forme participant pour commencer. Les établissements et chaînes de remise en forme participants peuvent varier d'un endroit à un autre et sont susceptibles de changer. Les kits sont susceptibles de changer.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p>Avant de commencer un programme d'exercices ou d'en changer, parlez-en toujours à votre médecin.</p>
<p><b>Programmes de santé et de bien-être*</b></p> <p><b>Programmes de gestion de la santé</b></p> <p>Nous disposons de programmes pour vous aider à gérer un problème de santé diagnostiqué. Les programmes incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de l'asthme.</li> <li>• Gestion de la dépression.</li> <li>• Gestion du diabète.</li> <li>• Gestion de la pression artérielle élevée.</li> <li>• Gestion des maladies cardiovasculaires.</li> <li>• Gestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique.</li> <li>• Programme Grossesse.</li> </ul> <p>Du matériel pédagogique et des conseils de soins sont disponibles. Nous pouvons également vous aider à collaborer avec votre fournisseur.</p> <p>Affiliation aux programmes de gestion de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous êtes automatiquement affilié aux programmes qui répondent le mieux à vos besoins en fonction des données sur les réclamations d'ordre médical ou pharmaceutique.</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Programmes de santé et de bien-être*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'affiliation est possible via votre fournisseur ou de façon autonome.</li> </ul> <p>Pour vous affilier, vous devez remplir certaines conditions.</p> <p>Désaffiliation des programmes de gestion de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les programmes sont volontaires et vous pouvez choisir de vous désaffilier d'un programme à tout moment.</li> </ul> <p>Pour en savoir plus ou pour vous affilier à l'un des programmes ci-dessus, appelez le Département de gestion de la santé au (866) 891-2320 (TTY : 711, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (heure normale de l'Est)).</p> <p><b>Programmes de promotion de la santé</b></p> <p>D'autres programmes conçus pour améliorer votre santé et votre mode de vie sont disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'arrêt du tabac.</li> <li>• Programme de contrôle du poids.</li> </ul> <p>Pour plus d'informations et/ou pour obtenir de la documentation sur l'arrêt du tabac ou le contrôle du poids, appelez le (866) 472-9483 (TTY : 711, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (heure normale de l'Est)).</p> <p><b>Ligne de conseil avec des infirmiers</b></p> <p>Que vous ayez des préoccupations immédiates en matière de santé, des questions sur un état de santé, ou si vous souhaitez bénéficier d'informations générales sur les ressources disponibles en santé, la ligne de conseil avec des infirmiers est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.</p> <p>Un infirmier vous aidera à déterminer si vous pouvez gérer vos soins à domicile ou si vous avez besoin de consulter un professionnel de la santé.</p> <p>Vous pouvez appeler à tout moment du jour ou de la nuit pour discuter avec un infirmier de votre maladie ou de votre blessure.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune recommandation et aucune autorisation préalable n'est requise.</li> </ul> <p>Ce service n'est pas conçu pour les urgences. En cas d'urgence, appelez immédiatement le 911.</p>	

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Carte Healthy You</b></p> <p>La carte Healthy You du régime peut être utilisée pour payer des prestations supplémentaires du régime comme les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments en vente libre (OTC)</li> <li>• Aliments et produits*</li> <li>• Transport</li> </ul> <p>La carte de débit préchargée n'est pas une carte de crédit. Vous ne pouvez pas utiliser votre carte pour obtenir de l'argent ni la prêter à d'autres personnes. Les interventions esthétiques ne sont pas couvertes dans le cadre de cette carte de prestations. Des fonds sont chargés sur la carte sur une base mensuelle. À la fin de chaque mois, l'argent alloué non utilisé ne sera pas reporté sur le mois suivant ou l'année suivante du régime. Si vous quittez le régime, les fonds alloués non utilisés reviennent au régime à compter de la date de prise d'effet de votre désaffiliation.</p> <p>Pour plus d'informations sur la façon de bénéficier des prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques, la prestation Aliments et produits, appelez les services aux membres de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Pour accéder aux allocations relatives aux avantages SSBCI, les affiliés doivent avoir une maladie chronique diagnostiquée, une évaluation des risques pour la santé valide effectuée pour leur affiliation en cours à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) et fournir une approbation du médecin conjointement avec la gestion de cas Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Pour plus d'informations, consultez la section « Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques » de ce tableau.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour votre carte Healthy You.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services auditifs</b></p> <p>Les tests d'équilibre et d'audition de diagnostic effectués par votre prestataire pour déterminer si vous avez besoin d'un traitement médical sont couverts en consultation externe s'ils sont effectués par un médecin, un audiologiste ou tout autre prestataire qualifié.</p> <p>Les tests d'audition et d'équilibre de diagnostic couverts par Medicare permettent de déterminer si vous avez besoin d'un traitement médical.</p> <p>Le test se base sur des besoins médicaux uniquement, comme une perte auditive causée par une maladie, une blessure ou une chirurgie.</p> <p>Nous couvrons les services suivants dans le cadre de votre prestation Medicaid lorsque cela est médicalement nécessaire pour atténuer le handicap causé par une déficience ou une perte auditive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Choix, ajustement et fourniture d'une aide auditive</li> <li>◦ Vérifications, évaluations de conformité et réparations d'une aide auditive</li> <li>◦ Produits d'aide auditive comme les embouts auriculaires, les équipements spéciaux et les pièces de rechange.</li> </ul> <p>Services d'audiologie, y compris les examens et les tests, les évaluations et les prescriptions d'aides auditives.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Dépistage du VIH*</b></p> <p>Pour les personnes souhaitant faire un test de dépistage du VIH ou présentant un risque élevé d'infection au VIH, nous couvrons les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen de dépistage tous les 12 mois</li> </ul> <p>Pour les femmes enceintes, nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jusqu'à 3 tests de dépistage au cours de la grossesse.</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les membres éligibles au dépistage préventif du VIH couvert par Medicare.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Soins de santé à domicile par une agence</b></p> <p>Avant de recevoir des soins de santé à domicile, un médecin doit attester que vous avez besoin de services de santé à domicile et prescrira ces services qui seront assurés par une agence de soins à domicile. Vous devez avoir du mal à vous déplacer et quitter votre domicile doit représenter un effort majeur.</p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s’y limiter, les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d’aides à domicile et soins infirmiers à temps partiel ou de manière intermittente (À prendre en charge dans le cadre de la prestation de soins à domicile, vos services d’aides à domicile et soins infirmiers combinés doivent totaliser moins de 8 heures par jour et 35 heures par semaine)</li> <li>• Physiothérapie, ergothérapie et orthophonie</li> <li>• Services médicaux et sociaux</li> <li>• Équipement médical et fournitures</li> </ul>	<p>Il n’y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Perfusion à domicile</b></p> <p>Une perfusion à domicile implique l’administration de médicaments ou de produits biologiques par injection sous-cutanée ou intraveineuse à une personne à son domicile. Le matériel requis pour effectuer une perfusion à domicile comprend le médicament (comme des antiviraux ou de l’immunoglobuline), l’équipement (comme une pompe) et des fournitures (comme des tubulures et des cathéters).</p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s’y limiter, les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services professionnels, notamment les soins infirmiers, fournis conformément au régime de soins.</li> <li>• Formation et éducation des patients non couvertes par ailleurs dans le cadre de la prestation de l’équipement médical durable.</li> <li>• Surveillance à distance</li> <li>• Services de surveillance pour les perfusions à domicile et l’approvisionnement en médicaments pour perfusion réalisés par un prestataire qualifié de perfusion à domicile</li> </ul>	<p>Il n’y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Soins palliatifs*</b></p> <p>Vous pouvez prétendre à des soins palliatifs si votre médecin et le directeur des soins palliatifs de l’hôpital ont indiqué que vous faisiez face à un pronostic de fin de vie attestant que vous êtes en phase</p>	<p>Lors de votre affiliation à un programme de soins palliatifs certifié par Medicare, vos soins palliatifs et</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Soins palliatifs*</b></p> <p>terminale et que votre espérance de vie est de 6 mois ou moins si votre maladie suit son cours normal. Vous pouvez bénéficier de soins de n'importe quel programme de soins palliatifs certifié par Medicare. Votre régime est tenu de vous aider à trouver des programmes de soins palliatifs certifiés par Medicare dans la zone de couverture du régime, y compris des programmes détenus ou contrôlés par l'organisme MA ou des programmes dans lesquels il possède des intérêts financiers. Votre médecin en soins palliatifs peut être un prestataire du réseau ou en dehors du réseau.</p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments pour le contrôle des symptômes et le soulagement de la douleur</li> <li>• Soins de relève à court terme</li> <li>• Soins à domicile</li> </ul> <p><u>Pour les soins palliatifs et les services couverts de la partie A ou B Medicare et qui sont liés à votre pronostic de fin de vie :</u> Original Medicare (plutôt que notre régime) paiera votre prestataire de soins palliatifs pour vos soins palliatifs liés à votre pronostic de fin de vie. Dans le cadre du programme de soins palliatifs, votre prestataire de soins palliatifs facturera Original Medicare pour les services payés par Original Medicare. La participation aux coûts d'Original Medicare vous sera facturée.</p> <p><u>Pour les services couverts de la partie A ou B Medicare et qui ne sont pas liés à votre pronostic de fin de vie :</u> Si vous avez besoin de services non urgents, de services nécessaires non urgents qui sont couverts dans le cadre de la partie A ou B Medicare et qui ne sont pas liés à votre pronostic de fin de vie, votre coût pour ces services dépend de si vous utilisez ou non un prestataire de notre réseau et de si vous suivez ou non les règles du régime (comme la condition d'obtenir une autorisation préalable).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous bénéficiez des services couverts d'un prestataire du réseau et que vous suivez les règles du régime pour bénéficier de ces services, vous ne paierez que le montant de la participation aux coûts pour les services du réseau.</li> <li>• Si vous bénéficiez de services couverts auprès d'un prestataire hors réseau, vous paierez la participation aux coûts dans le cadre « Medicare à l'acte » (Original Medicare).</li> </ul>	<p>vos services au titre de la prestation des parties A et B liés à votre pronostic de fin de vie sont payés par Original Medicare et non par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p> <p>Notre régime couvre les services de consultation en centre de soins palliatifs (une seule fois) pour une personne en phase terminale qui n'a pas choisi la prestation de soins palliatifs.</p> <p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les affiliés éligibles à cette prestation.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

Services couverts pour vous	Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services
<p><b>Soins palliatifs*</b></p> <p><u>Pour les services pris en charge par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), mais non pris en charge par Medicare partie A ou B :</u> Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) continuera à prendre en charge les services couverts par le régime qui ne sont pas couverts dans le cadre de la partie A ou B ou qui ne sont pas liés à votre pronostic de fin de vie. Vous payez le montant de la participation aux coûts de votre régime pour ces services.</p> <p><u>Pour les médicaments pouvant être couverts au titre de la prestation de la partie D du régime :</u> Si ces médicaments ne sont pas liés à votre état en phase terminale, vous paierez la participation aux coûts. S'ils sont liés à votre état en phase terminale, vous paierez la participation aux coûts d'Original Medicare. Les médicaments ne sont jamais couverts en même temps par les soins palliatifs et notre régime. Pour plus d'informations, consultez le chapitre 5, section 9.4 (<i>Que se passe-t-il si vous êtes dans un centre de soins palliatifs certifié par Medicare</i>).</p> <p><b>Remarque :</b> Si vous avez besoin de soins non palliatifs (des soins qui ne sont pas liés à votre pronostic de fin de vie), vous devez nous contacter pour organiser vos services.</p> <p>Notre régime couvre les services de consultation en centre de soins palliatifs (une seule fois) pour une personne en phase terminale qui n'a pas choisi la prestation de soins palliatifs.</p>	
<p><b>Immunisations*</b></p> <p>Les services couverts au titre de la prestation de la partie B Medicare sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccins contre la pneumonie.</li> <li>• Vaccins contre la grippe, un par saison grippale, en automne et en hiver, avec des vaccins contre la grippe supplémentaires si médicalement nécessaire.</li> <li>• Vaccins contre l'hépatite B si vous présentez un risque intermédiaire ou élevé de contracter l'hépatite B.</li> <li>• Vaccins contre la COVID-19</li> <li>• Autres vaccins si vous présentez un risque et que ces vaccins répondent aux règles de couverture de la partie B de Medicare</li> </ul> <p>Nous couvrons également la plupart des vaccins pour adultes au titre de la prestation de remboursement des médicaments sur ordonnance de la partie D. Pour plus d'informations, consultez le chapitre 6, section 8.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les vaccins contre la pneumonie, la grippe, l'hépatite B et la COVID-19.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Soins en services d'hospitalisation</b></p> <p>Incluent les hôpitaux de soins aigus, les hôpitaux de réadaptation pour personnes hospitalisées et les hôpitaux de soins de longue durée, ainsi que d'autres types de services d'hospitalisation. Les soins en services d'hospitalisation commencent le jour où vous êtes officiellement admis à l'hôpital sur prescription d'un médecin. Le jour précédent votre sortie de l'hôpital est votre dernier jour d'hospitalisation.</p> <p>Les services couverts incluent notamment ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chambre semi-privée (ou chambre privée si médicalement nécessaire)</li> <li>• Repas, y compris régimes spéciaux</li> <li>• Soins infirmiers réguliers</li> <li>• Coûts des unités de soins spéciaux (comme les unités de soins intensifs ou les unités de soins coronariens)</li> <li>• Drogues et médicaments</li> <li>• Tests en laboratoire</li> <li>• Radiographies et autres services de radiologie</li> <li>• Fournitures médicales et chirurgicales nécessaires</li> <li>• Utilisation de dispositifs, comme des fauteuils roulants</li> <li>• Coûts de la salle d'opération et de réveil</li> <li>• Physiothérapie, ergothérapie et orthophonie</li> <li>• Services de traitement des troubles liés à l'usage de substances en milieu hospitalier</li> </ul>	<p>Vous payez 0\$ pour les jours 1 à 90 d'un séjour à l'hôpital par période de prestation.</p> <p>Notre régime couvre 60 « jours de réserve à vie ». Il s'agit de jours « supplémentaires » que nous prenons en charge. Si votre séjour à l'hôpital dépasse 90 jours par période de prestations, vous pouvez utiliser ces 60 jours supplémentaires. Votre couverture de services d'hospitalisation sera limitée à 90 jours par période de prestations.</p> <p>Des services supplémentaires peuvent être couverts conformément à vos lignes directrices et prestations Medicare.</p> <p>Si vous recevez des soins hospitaliers autorisés dans un hôpital hors réseau après stabilisation de votre état d'urgence, vos coûts correspondront à la participation aux coûts que vous payeriez dans un hôpital du réseau.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Soins en services d'hospitalisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans certaines conditions, les types de greffes suivants sont couverts : cornée, rein, rein/pancréas, cœur, foie, poumon, cœur/poumon, moelle osseuse, cellule souche et intestins/multiviscérale. Si vous avez besoin d'une greffe, nous nous chargerons de faire examiner votre dossier par un centre de transplantation approuvé par Medicare qui déterminera si vous êtes candidat pour une greffe. Les fournisseurs de greffes peuvent se trouver dans la zone de couverture ou en dehors. Si nos services de transplantation du réseau se trouvent hors du modèle de soins de la communauté, vous pouvez opter pour un modèle local tant que les fournisseurs de greffes locaux acceptent le régime Original Medicare. Si Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) fournit des services de transplantation dans un lieu qui se trouve hors du modèle de soins pour les transplantations de notre communauté et que vous choisissiez de bénéficier d'une transplantation dans ce lieu éloigné, nous nous chargerons de payer les coûts de transport et d'hébergement pour vous et votre accompagnant.</li> <li>• Sang, y compris le stockage et l'administration La prise en charge du sang total et du concentré de globules rouges commence uniquement à partir du moment où vous bénéficiez du quatrième litre de sang dont vous avez besoin. Vous devrez payer les coûts des 3 premiers litres de sang que vous recevrez par année civile, ou bien vous bénéficierez de votre don de sang ou de celui d'une autre personne. Les autres composants du sang sont couverts à partir du premier litre utilisé</li> <li>• Services médicaux</li> </ul> <p><b>Remarque :</b> Pour être hospitalisé, votre prestataire doit rédiger une ordonnance pour être admis officiellement en tant que personne hospitalisée. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré comme un patient en soins ambulatoires. Si vous ne savez pas si vous êtes hospitalisé ou non, demandez au personnel de l'hôpital.</p> <p>Vous trouverez également plus d'informations dans une fiche technique Medicare intitulée <i>Êtes-vous un patient hospitalisé ou non hospitalisé ? Si vous êtes couvert par Medicare– Demandez</i>. Cette fiche technique est disponible sur le site Web à l'adresse <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY doivent appeler le 1-877-486-2048. Vous pouvez appeler ces numéros gratuitement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</p>	<p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique</b></p> <p>Les services couverts comprennent les services de santé mentale nécessitant un séjour à l'hôpital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez bénéficier de ces services dans un hôpital général ou un hôpital psychiatrique qui soigne uniquement les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.</li> <li>• Si vous êtes dans un hôpital psychiatrique (plutôt qu'un hôpital général), Medicare paye uniquement jusqu'à 190 jours de services d'hospitalisation en psychiatrie de votre vivant.</li> <li>• Si vous avez utilisé une partie de votre limite à vie de 190 jours avant de vous affilier à notre régime, le nombre de jours d'hospitalisation à vie couverts est diminué du nombre de jours d'hospitalisation pour des soins de santé mentale antérieurs couverts par Medicare dans un hôpital psychiatrique.</li> <li>• La limite de 190 jours ne s'applique pas aux services de santé mentale fournis dans une unité psychiatrique d'un hôpital général.</li> <li>• Aucune limite ne s'applique au nombre de périodes de prestations dont vous pouvez bénéficier lorsque vous recevez des soins de santé mentale dans un hôpital général. Vous pouvez également bénéficier de plusieurs périodes de prestations lorsque vous recevez des soins dans un hôpital psychiatrique, mais une limite de 190 jours s'applique de votre vivant.</li> <li>• Medicaid couvre les séjours à l'hôpital une fois la limite de 190 jours atteinte. Il n'y a pas de période de prestations ni de limite à vie.</li> <li>• Vous devez utiliser des prestataires de santé comportementale sous contrat. Contactez les services aux membres pour obtenir une liste des prestataires de santé comportementale du réseau.</li> </ul> <p>Medicare ne couvre pas ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins infirmiers privés</li> <li>• Téléphone ou télévision dans votre chambre</li> <li>• Chambre privée (sauf si médicalement nécessaire)</li> </ul>	<p>Vous payez 0\$ pour les jours 1 à 90 d'un séjour à l'hôpital par période de prestation.</p> <p>Notre régime couvre également 60 « jours de réserve à vie ». Il s'agit de jours « supplémentaires » que nous prenons en charge. Si votre séjour à l'hôpital dépasse 90 jours par période de prestations, vous pouvez utiliser ces jours supplémentaires. Mais une fois que vous aurez utilisé ces 60 jours supplémentaires, votre couverture de services d'hospitalisation sera limitée à 90 jours par période de prestations.</p> <p>Si vous recevez des soins hospitaliers autorisés dans un hôpital hors réseau après stabilisation de votre état d'urgence, vos coûts correspondront à la participation aux coûts que vous payeriez dans un hôpital du réseau.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b> Sauf en cas d'urgence, votre médecin doit nous informer que vous allez être admis à l'hôpital.</p>
<p><b>Séjour à l'hôpital : Services couverts reçus dans un hôpital ou dans un SNF lors d'un séjour à l'hôpital non couvert</b></p> <p>Si vous avez épuisé vos prestations à l'hôpital ou si le séjour à l'hôpital n'est pas jugé raisonnable et nécessaire, nous ne couvrirons pas votre séjour à l'hôpital. Toutefois, dans certains cas, nous couvrirons certains services que vous recevez lors de votre séjour à l'hôpital ou dans un</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Séjour à l'hôpital : Services couverts reçus dans un hôpital ou dans un SNF lors d'un séjour à l'hôpital non couvert</b></p> <p>établissement de soins infirmiers spécialisés (SNF). Les services couverts incluent notamment ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services médicaux</li> <li>• Tests de diagnostic (comme les tests en laboratoire)</li> <li>• Radiographies, radiothérapie et traitement isotopique, y compris matériaux et services</li> <li>• Pansements chirurgicaux</li> <li>• Attelles, plâtres et autres appareils servant à réduire les fractures et les luxations</li> <li>• Prothèses et orthèses (autres que les appareils dentaires) qui remplacent tout ou partie d'un organe corporel interne (y compris le tissu contigu), ou tout ou partie de la fonction d'un organe corporel interne définitivement inopérant ou défaillant, y compris le remplacement ou la réparation de ces appareils</li> <li>• Attelles pour les jambes, les bras, le dos et le cou ; bandages herniaires ; jambes, bras et yeux artificiels, y compris ajustements, réparations et remplacements requis en raison d'une rupture, d'une usure, d'une perte ou d'un changement de l'état de santé du patient.</li> <li>• Physiothérapie, ergothérapie et orthophonie</li> </ul>	<p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Thérapie nutritionnelle*</b></p> <p>Cette prestation est destinée aux personnes atteintes de diabète, d'une maladie rénale (rein) (mais pas sous dialyse) ou ayant subi une greffe de rein, conformément aux instructions de votre médecin.</p> <p>Nous couvrons 3 heures de consultations individuelles la première année où vous recevez des services de thérapie nutritionnelle dans le cadre de Medicare (inclut notre régime, tout autre régime Medicare Advantage ou Original Medicare), et 2 heures chaque année ensuite. Si votre état de santé, votre traitement ou votre diagnostic change, vous pourrez bénéficier de plus d'heures de traitement sur prescription d'un médecin. Un médecin doit prescrire ces services et renouveler son ordonnance tous les ans si votre traitement est nécessaire dans l'année civile suivante.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les affiliés éligibles aux services de thérapie nutritionnelle couverts par Medicare.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Programme de prévention du diabète Medicare (MDPP)*</b></p> <p>Les services du Programme de prévention du diabète Medicare seront couverts pour les bénéficiaires de Medicare éligibles dans le cadre de tous les régimes de santé Medicare.</p> <p>Le Programme de prévention du diabète Medicare est une intervention structurée en matière de changement de comportement de santé qui offre une formation pratique sur le changement de régime alimentaire à long terme, l'augmentation de l'activité physique et les stratégies de résolution de problème pour surmonter les défis liés au maintien de la perte de poids et à un mode de vie sain.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la prestation MDPP.</p>
<p><b>Médicaments sur ordonnance de la partie B de Medicare</b></p> <p>Ces médicaments sont couverts au titre de la prestation de la partie B d'Original Medicare. Les affiliés à notre régime sont couverts pour ces médicaments par l'intermédiaire de notre régime. Les médicaments couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments que le patient ne peut généralement pas s'autoadministrer et qui sont injectés ou administrés par perfusion lors de l'obtention des services d'un médecin, d'une consultation externe à l'hôpital ou d'un centre de chirurgie ambulatoire.</li> <li>• Insuline fournie par l'intermédiaire d'un équipement médical durable (comme une pompe à insuline médicalement nécessaire)</li> <li>• Autres médicaments que vous prenez à l'aide d'un équipement médical durable (comme des nébuliseurs) qui ont été autorisés par le régime</li> <li>• Le médicament contre Alzheimer, Leqembi® (nom générique : lecanemab), est administré par voie intraveineuse. En plus du coût du médicament, vous pourriez avoir besoin de scanners et de tests supplémentaires avant et/ou pendant le traitement, ce qui pourrait augmenter votre participation totale. Parlez à votre médecin des examens et tests nécessaires pour votre traitement.</li> <li>• Facteurs de coagulation que vous vous administrez par injection si vous êtes atteint d'hémophilie</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour l'insuline.</p> <p><b>Les médicaments de la partie B peuvent être soumis à la thérapie par étapes.</b></p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<b>Médicaments sur ordonnance de la partie B de Medicare</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments pour la transplantation/immunosuppresseurs : Medicare prend en charge les médicaments liés aux transplantations si elle a financé votre greffe d'organe. Vous devez être couvert par la partie A au moment de la greffe et par la partie B lorsque vous recevez des médicaments immunosuppresseurs. À noter : la partie D de Medicare prend en charge ces médicaments si la partie B ne le fait pas</li> <li>• Médicaments injectables contre l'ostéoporose, en cas de déplacement difficile, en cas de fracture osseuse certifiée par un médecin, liée à une ostéoporose post-ménopausique, et que vous ne pouvez pas vous auto-administrer le médicament</li> <li>• Certains antigènes : Medicare prend en charge les antigènes si un médecin les prépare et qu'une personne formée (vous, le patient, par exemple) les administre sous une supervision adéquate</li> <li>• Certains médicaments oraux contre le cancer : Medicare prend en charge certains médicaments contre le cancer pris par voie orale si le même médicament est aussi disponible en version injectable ou s'il s'agit d'un promédicament (une forme orale du médicament qui se transforme en une même substance active que l'injectable). Lorsque de nouveaux médicaments contre le cancer oraux deviennent disponibles, la partie B peut les prendre en charge. Si ce n'est pas le cas, la partie D les prendra en charge</li> <li>• Médicaments anti-nauséeux oraux : Medicare prend en charge les médicaments anti-nauséeux oraux utilisés pendant une chimiothérapie, à condition qu'ils soient pris avant, pendant ou dans les 48 heures suivant la chimiothérapie, ou qu'ils remplacent complètement un médicament anti-nauséeux injectable</li> <li>• Certains médicaments pour l'insuffisance rénale en phase terminale (ESRD) sont pris en charge si le même médicament est disponible en version injectable et est pris en charge par les prestations ESRD de la partie B</li> <li>• Les médicaments calcimimétiques dans le cadre du système de prise en charge d'ESRD, y compris l'injectable Parsabiv® et celui en prise orale Sensipar®</li> <li>• Certains équipements pour la dialyse à domicile, telles que l'héparine, son antidote en cas de nécessité médicale, et les anesthésiques topiques</li> </ul>	

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Médicaments sur ordonnance de la partie B de Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agents stimulant l'érythropoïèse : Medicare prend en charge l'érythropoïétine injectée si vous souffrez d'insuffisance rénale en phase terminale (ESRD) ou si vous devez utiliser ce médicament pour traiter une anémie liée à d'autres conditions (comme le Procrit®)</li> <li>• Immunoglobuline intraveineuse pour le traitement à domicile des maladies liées à des déficiences immunitaires</li> <li>• Nutrition parentérale et entérale (nutrition intraveineuse et par sonde)</li> </ul> <p>Dans certains cas, nous exigeons que vous essayiez d'abord certains médicaments pour traiter votre état de santé avant que nous ne prenions en charge un autre médicament pour cet état. Par exemple, si le médicament A et le médicament B traitent tous deux votre état de santé, mais que le médicament A coûte moins cher, vous devez essayer d'abord le médicament A. Si le médicament A n'est pas efficace pour vous, nous couvrirons alors le médicament B.</p> <p>Le lien suivant vous permet d'accéder à une liste de médicaments de la partie B pouvant être soumis à la thérapie par étapes <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>Nous couvrons également certains vaccins au titre de la prestation de remboursement des médicaments sur ordonnance de la partie B et de la partie D de notre régime.</p> <p>Le chapitre 5 explique la prestation de remboursement des médicaments sur ordonnance de la partie D, y compris les règles à respecter pour la couverture des ordonnances.</p>	
<p><b>Dépistage de l'obésité et thérapie pour favoriser une perte de poids durable*</b></p> <p>Si vous avez un indice de masse corporelle de 30 ou plus, nous couvrons des séances d'accompagnement intensives pour vous aider dans la perte de poids. Ces séances sont couvertes si vous vous rendez dans un établissement de soins primaires où une coordination peut avoir lieu avec votre plan global de prévention. Pour en savoir plus, parlez-en avec votre médecin traitant ou votre praticien.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour le dépistage de l'obésité et la thérapie.</p>
<p><b>Services du programme de thérapie relatif aux opioïdes</b></p> <p>Les affiliés à notre régime atteints d'un trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO) peuvent bénéficier d'une couverture de services pour traiter ce</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour le programme de thérapie relatif aux</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services du programme de thérapie relatif aux opioïdes</b></p> <p>TUO par l'entremise d'un programme de thérapie relatif aux opioïdes qui inclut les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments pour traitement par antagoniste et agoniste opioïde approuvés par la Food and Drug Administration (FDA)</li> <li>• Délivrance et administration de médicaments pour traitement par antagoniste et agoniste opioïde (le cas échéant)</li> <li>• Conseils sur les troubles liés à l'usage de substances</li> <li>• Thérapie de groupe et individuelle</li> <li>• Tests toxicologiques</li> <li>• Activités de collecte</li> <li>• Évaluations périodiques</li> </ul>	<p>opioïdes en consultation externe couvert par Medicare.</p> <p><b>Aucune autorisation préalable n'est requise pour les services du programme de thérapie relatif aux opioïdes en consultation externe couverts par Medicare, mais elle peut être requise si vous avez besoin de médicaments pour un traitement par opioïdes.</b></p>
<p><b>Tests de diagnostic en ambulatoire et services et fournitures thérapeutiques</b></p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s'y limiter, les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiographies</li> <li>• Rayonnement (radiothérapie et traitement isotopique), y compris matériaux et fournitures techniques</li> <li>• Fournitures chirurgicales comme les pansements</li> <li>• Attelles, plâtres et autres appareils servant à réduire les fractures et les luxations</li> <li>• Tests en laboratoire</li> <li>• Sang, y compris le stockage et l'administration La prise en charge du sang total et du concentré de globules rouges commence uniquement à partir du moment où vous bénéficiez du quatrième litre de sang dont vous avez besoin. Vous devrez payer les coûts des 3 premiers litres de sang que vous recevrez par année civile, ou bien vous bénéficierez de votre don de sang ou de celui d'une autre personne. Les autres composants du sang sont couverts à partir du premier litre utilisé</li> <li>• Autres tests de diagnostic en consultation externe - services de diagnostic non radiologiques, comme l'électrocardiogramme, l'électroencéphalogramme, l'exploration fonctionnelle respiratoire, l'étude du sommeil et les tests d'effort sur tapis roulant.</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p> <p><b>Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation pour les services de laboratoire en ambulatoire.</b></p> <p><b>Les tests génétiques en laboratoire requièrent une autorisation préalable.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Tests de diagnostic en ambulatoire et services et fournitures thérapeutiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services radiologiques de diagnostic (complexes et non complexes) comme les examens radiologiques spécialisés, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, les études nucléaires, les ultrasons, les mammographies de diagnostic et les procédures radiologiques interventionnelles (myélogramme, cystogramme, angiogramme et études au baryum).</li> <li>• Aucune autorisation n'est requise pour les services de laboratoire en consultation externe et les services de radiographie en consultation externe.</li> </ul>	
<p><b>Observation en milieu hospitalier en ambulatoire</b></p> <p>Les services d'observation sont des services en consultation externe à l'hôpital qui servent à déterminer si vous devez être hospitalisé ou si vous pouvez sortir.</p> <p>Pour que les services d'observation en milieu hospitalier en ambulatoire soient couverts, ils doivent répondre aux critères de Medicare et être jugés raisonnables et nécessaires. Les services d'observation sont couverts uniquement s'ils sont fournis sur prescription d'un médecin ou d'une autre personne autorisée par la loi de l'État et par les règlements administratifs du personnel hospitalier à admettre des patients à l'hôpital ou à prescrire des tests en consultation externe.</p> <p><b>Remarque :</b> Sauf si le prestataire a rédigé par écrit une ordonnance pour votre admission en tant que personne hospitalisée, vous êtes un patient en consultation externe et vous payez les montants de la participation aux coûts pour les consultations externes. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré comme un patient en soins ambulatoires. Si vous ne savez pas si vous êtes hospitalisé ou non, demandez au personnel de l'hôpital.</p> <p>Vous trouverez également plus d'informations dans une fiche technique Medicare intitulée <i>Êtes-vous un patient hospitalisé ou non hospitalisé ? Si vous êtes couvert par Medicare – Demandez</i>. Cette fiche technique est disponible sur le site Web à l'adresse <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY doivent appeler le 1-877-486-2048. Vous pouvez appeler ces numéros gratuitement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Consultations externes</b></p> <p>Nous couvrons les services médicalement nécessaires dont vous bénéficiez dans le service des consultations externes d'un hôpital pour un diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure.</p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s'y limiter, les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services dans une unité d'urgence ou une clinique externe, comme les services d'observation ou la chirurgie ambulatoire</li> <li>• Tests en laboratoire et de diagnostic facturés par l'hôpital</li> <li>• Soins de santé mentale, y compris les soins dans un programme d'hospitalisation partielle, si un médecin atteste qu'un traitement hospitalier serait requis sans cela</li> <li>• Radiographies et autres services de radiologie facturés par l'hôpital</li> <li>• Fournitures médicales, comme des attelles et des plâtres</li> <li>• Certains médicaments ou produits biologiques que vous ne pouvez pas vous administrer</li> </ul> <p><b>Remarque :</b> Sauf si le prestataire a rédigé par écrit une ordonnance pour votre admission en tant que personne hospitalisée, vous êtes un patient en consultation externe et vous payez les montants de la participation aux coûts pour les consultations externes. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré comme un patient en soins ambulatoires. Si vous ne savez pas si vous êtes hospitalisé ou non, demandez au personnel de l'hôpital.</p> <p>Vous trouverez également plus d'informations dans une fiche technique Medicare intitulée <i>Êtes-vous un patient hospitalisé ou non hospitalisé ? Si vous êtes couvert par Medicare– Demandez.</i> Cette fiche technique est disponible sur le site Web à l'adresse <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY doivent appeler le 1-877-486-2048. Vous pouvez appeler ces numéros gratuitement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p> <p><b>Aucune autorisation n'est requise pour les services de laboratoire en consultation externe et les services de radiographie en consultation externe. Les tests génétiques en laboratoire requièrent une autorisation préalable.</b></p>
<p><b>Soins de santé mentale en consultation externe</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <p>Soins de santé mentale prodigués par un médecin ou un psychiatre agréé par l'État, un psychologue clinicien, un travailleur social clinique, un infirmier spécialiste clinique, un conseiller professionnel agréé, un thérapeute conjugal et familial agréé, un infirmier praticien, un auxiliaire</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p>Pour plus d'informations sur votre dépistage annuel de la dépression,</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Soins de santé mentale en consultation externe</b></p> <p>médical ou tout autre professionnel des soins de santé certifié par Medicare autorisé par les lois de l'État en vigueur.</p> <p>Vos soins de santé mentale en consultation externe couvrent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un dépistage de la dépression chaque année civile. Le dépistage doit être effectué dans le cabinet médical d'un médecin généraliste ou dans une clinique de soins primaires qui peut fournir un traitement de suivi et des recommandations.</li> <li>• Psychothérapie de groupe ou individuelle avec des médecins ou certains professionnels agréés autorisés par l'État où vous bénéficiez de ces services.</li> <li>• Thérapie familiale, si l'objectif principal est de vous aider avec votre traitement.</li> <li>• Tests pour déterminer si vous bénéficiez des services dont vous avez besoin et si votre traitement actuel vous aide.</li> <li>• Évaluation psychiatrique.</li> <li>• Gestion des médicaments.</li> </ul>	<p>consultez la section « Dépistage de la dépression » de ce tableau.</p> <p>Si vous avez besoin de soins de santé mentale ambulatoires couverts par Medicare, référez-vous à la section « Hospitalisation partielle » dans ce tableau.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services de réadaptation ambulatoire</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit : physiothérapie, ergothérapie et orthophonie.</p> <p>Les services de réadaptation ambulatoire sont fournis dans différentes structures ambulatoires, comme les services hospitaliers ambulatoires, les cabinets de thérapeutes individuels et les établissements de réadaptation ambulatoire complets.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p>
<p><b>Services ambulatoires de traitement des troubles liés à l'usage de substances</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de toxicomanie pour les personnes non hospitalisées couverts par Medicare.</li> <li>• En outre, Medicaid couvre les consultations pour thérapie de groupe ou individuelle. L'affilié doit s'adresser lui-même à un prestataire du réseau pour une évaluation dans une période de douze (12) mois.</li> </ul> <p>Vous devez utiliser un prestataire Senior Whole Health Healthcare Behavioral Health.</p> <p>Pour plus d'informations, consultez les services aux membres.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Chirurgie ambulatoire, y compris les services fournis dans des établissements hospitaliers ambulatoires et des centres de chirurgie ambulatoires</b></p> <p><b>Remarque :</b> Si vous allez subir une intervention chirurgicale dans un établissement hospitalier, vous devez consulter votre prestataire pour savoir si vous serez hospitalisé ou non. Sauf si le prestataire a rédigé par écrit une ordonnance pour votre admission en tant que personne hospitalisée, vous êtes un patient en consultation externe et vous payez les montants de la participation aux coûts pour la chirurgie ambulatoire. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré comme un patient en soins ambulatoires.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Articles en vente libre (OTC) (supplémentaires)*</b></p> <p>Vous bénéficiez de 100\$ chaque mois à dépenser sur les articles, produits et médicaments en vente libre (OTC) approuvés par le régime par l'intermédiaire de votre carte Healthy You. Ce montant est partagé avec l'allocation pour les services de transport non urgent (supplémentaires). Vous pouvez utiliser ce crédit pour des articles OTC, des services de transport, ou une combinaison des deux avec votre carte Healthy You.</p> <p>Votre couverture comprend des articles de santé et de bien-être en vente libre (OTC) hors prescription, comme des vitamines, de la crème solaire, des antidouleurs, des médicaments contre le rhume et la toux et des pansements.</p> <p>Vos commandes peuvent être passées :</p> <p>En ligne – sur le site <a href="https://NationsOTC.com/Molina">NationsOTC.com/Molina</a></p> <p>Par téléphone – Composez le 877-208-9243 pour parler à un conseiller NationsOTC (TTY 711), disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an.</p> <p>Par courrier – Complétez et renvoyez le bon de commande du catalogue de produits.</p> <p>Dans les magasins partenaires.</p> <p>Pour voir la liste complète des articles OTC 2025 approuvés par le régime, référez-vous à votre catalogue de produits OTC ou contactez un conseiller OTC pour plus d'informations. Vous trouverez les instructions de commande importantes dans le catalogue de produits OTC 2025.</p> <p>Pour plus d'informations, contactez les services aux membres.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise si vous utilisez votre carte Healthy You.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services d'hospitalisation partielle et services ambulatoires intensifs</b></p> <p><i>L'hospitalisation partielle</i> est un programme structuré de traitement psychiatrique actif fourni à titre de service en consultation externe à l'hôpital ou par un centre de santé mentale de la communauté. Les soins qui y sont reçus sont plus intenses que ceux reçus dans le cabinet de votre médecin, de votre thérapeute, de votre thérapeute conjugal et familial agréé ou de votre conseiller professionnel agréé, et elle constitue une alternative à l'hospitalisation complète.</p> <p>Le <i>service ambulatoire intensif</i> est un programme de thérapie comportementale (mentale) structuré, proposé dans un service ambulatoire hospitalier, un centre de santé mentale communautaire, un centre de santé agréé par le gouvernement fédéral ou une clinique rurale. Ce service est plus intensif que les soins habituels reçus dans le cabinet de votre médecin, de votre thérapeute conjugal et familial agréé ou de votre conseiller professionnel agréé, mais moins intense que l'hospitalisation partielle.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les services d'hospitalisation partielle couverts par Medicare.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services du médecin/praticien, y compris consultations chez le médecin</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de soins médicaux ou de chirurgie médicalement nécessaires fournis dans le cabinet d'un médecin, dans un centre de chirurgie ambulatoire certifié, dans un service hospitalier ambulatoire ou tout autre endroit</li> <li>• Consultation, diagnostic et traitement effectué par un spécialiste</li> <li>• Tests de base d'audition et d'équilibre effectués par votre PCP, si votre médecin vous le prescrit pour savoir si vous avez besoin d'un traitement médical.</li> <li>• Certains services de télésanté, y compris les services de soins primaires <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Vous avez la possibilité de bénéficier de ces services par l'entremise d'une consultation ou par télésanté. Si vous voulez bénéficier de l'un de ces services par télésanté, vous devez utiliser un prestataire du réseau qui offre un service de télésanté. Si vous voulez bénéficier de l'un de ces services par télésanté, vous devez utiliser un prestataire du réseau qui offre un service de télésanté. Pour rechercher un prestataire du réseau, consultez notre site Web à l'adresse <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services du médecin/praticien, y compris consultations chez le médecin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Les consultations médicales virtuelles sont des consultations médicales qui sont délivrées en dehors des établissements médicaux par des prestataires virtuels qui utilisent une technologie en ligne et des fonctionnalités vidéo/audio en direct.</li> <li>◦ Remarque : Tous les problèmes de santé ne peuvent pas être traités au moyen de consultations virtuelles. Le médecin de la consultation virtuelle déterminera si vous avez besoin de voir un médecin en personne pour obtenir un traitement.</li> <li>• Services de télésanté pour des consultations mensuelles liées à une maladie rénale en phase terminale pour les affiliés aux dialyses à domicile dans un centre de dialyse rénale à l'hôpital, un établissement de dialyse rénale ou au domicile de l'affilié. Une autorisation préalable peut être requise.</li> <li>• Services de télésanté pour diagnostiquer, évaluer ou traiter les symptômes d'un AVC, quel que soit votre emplacement. Une autorisation préalable peut être requise.</li> <li>• Services de télésanté pour les affiliés souffrant de toxicomanie ou de troubles mentaux concomitants, quel que soit leur emplacement. Une autorisation préalable peut être requise.</li> <li>• Services de télésanté pour diagnostiquer, évaluer ou traiter les troubles mentaux si : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Vous avez une consultation en personne dans les 6 mois précédant votre première consultation de télésanté</li> <li>◦ Vous avez une consultation en personne tous les 12 mois au moment où vous recevez ces services de télésanté</li> <li>◦ Des exceptions peuvent être faites aux mentions ci-dessus dans certains cas.</li> </ul> </li> <li>• Services de télésanté pour les consultations en santé mentale fournis par un centre de santé fédéral ou un dispensaire rural</li> <li>• Enregistrements virtuels (par téléphone ou conversation vidéo par exemple) auprès de votre médecin pour une durée de 5 à 10 minutes <b>si</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Vous n'êtes pas un nouveau patient <b>et</b></li> <li>◦ L'enregistrement n'est pas lié à une consultation chez le médecin qui a eu lieu dans les 7 derniers jours <b>et</b></li> </ul> </li> </ul>	

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

Services couverts pour vous	Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services
<p><b>Services du médecin/praticien, y compris consultations chez le médecin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ L'enregistrement n'entraîne pas une consultation chez le médecin dans les 24 heures ou au prochain rendez-vous disponible</li> <li>• Évaluation de la vidéo et/ou des images envoyées à votre médecin, et interprétation et suivi par votre médecin dans les 24 heures <b>si</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Vous n'êtes pas un nouveau patient <b>et</b></li> <li>◦ L'évaluation n'entraîne pas une consultation chez le médecin dans les 24 heures ou au prochain rendez-vous disponible</li> </ul> </li> <li>• Concertation que votre médecin a avec d'autres médecins par téléphone, Internet, ou dossier médical électronique</li> <li>• Deuxième opinion avant chirurgie</li> <li>• Soins dentaires non courants (les services couverts sont limités à la chirurgie de la mâchoire ou des structures associées, à la fixation des fractures de la mâchoire ou des os du visage, à l'extraction de dents pour préparer la mâchoire aux traitements par radiothérapie d'une maladie néoplasique [cancer], ou services couverts si prodigués par un médecin)</li> <li>• Services de suivi au cabinet d'un médecin ou dans une structure hospitalière ambulatoire si vous prenez des médicaments anticoagulants, comme la warfarine ou l'héparine.</li> </ul>	
<p><b>Services de podiatrie (couverts par Medicare)</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic et traitement médical ou chirurgical des blessures et maladies des pieds (comme l'orteil en marteau ou l'épine calcanéenne)</li> <li>• Soins de pieds courants pour les affiliés souffrant de certaines pathologies affectant les membres inférieurs.</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les services de podiatrie couverts par Medicare.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Examens de dépistage du cancer de la prostate*</b></p> <p>Pour les hommes âgés de 50 ans et plus, les services couverts incluent ce qui suit tous les 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toucher rectal</li> <li>• Test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour un test annuel de dépistage de l'antigène prostatique spécifique</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Dispositifs prothétiques et orthétiques et fournitures associées</b></p> <p>Dispositifs (autres que dentaires) qui remplacent la totalité ou une partie du corps ou d'une fonction. Cela inclut, entre autres, les tests, l'ajustement et la formation à l'utilisation des dispositifs prothétiques et orthopédiques, ainsi que : les poches de colostomie et les fournitures liées aux soins de colostomie, les pacemakers, les attelles, les chaussures prothétiques, les membres artificiels et les prothèses mammaires (y compris les soutiens-gorge post-mastectomie). Inclut certaines fournitures associées aux dispositifs prothétiques et orthétiques, ainsi que la réparation et/ou le remplacement de ces dispositifs. Inclut également une couverture spécifique suite au retrait de la cataracte ou à la chirurgie de la cataracte. Pour plus d'informations, consultez <b>Soins de la vue</b> plus loin dans cette section.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les affiliés éligibles à cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services de réadaptation pulmonaire</b></p> <p>Les programmes complets des services de réadaptation pulmonaire sont couverts pour les affiliés souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique d'intensité modérée à très sévère et les affiliés disposant d'une prescription pour une réadaptation pulmonaire de la part du médecin traitant la maladie respiratoire chronique.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les affiliés éligibles à cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Dépistage et conseils pour diminuer la consommation abusive d'alcool*</b></p> <p>Nous couvrons un dépistage de consommation abusive d'alcool pour les adultes bénéficiant de Medicare (y compris les femmes enceintes) ayant une consommation abusive d'alcool, mais sans en être dépendants.</p> <p>Si votre dépistage de consommation abusive d'alcool est positif, vous pouvez bénéficier jusqu'à 4 séances brèves de conseils par an (si vous vous montrez compétents et vigilants) en face à face avec un médecin généraliste ou un praticien qualifié dans un établissement de soins primaires</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la prestation de prévention en matière de dépistage et de conseils pour diminuer la consommation abusive d'alcool couverts par Medicare.</p>
<p><b>Dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose*</b></p> <p>Pour les personnes admissibles, une tomodensitométrie à faible dose est couverte tous les 12 mois.</p> <p><b>Personnes admissibles :</b> personnes âgées de 50 à 77 ans ne présentant aucun signe ou symptôme de cancer du poumon, mais ayant des antécédents de tabagisme d'au moins 20 paquets-années et qui fument</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la consultation de prise de décision partagée et de conseils couverte par Medicare ou pour la tomodensitométrie à faible dose.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose*</b></p> <p>actuellement ou qui ont arrêté de fumer au cours des 15 dernières années, et qui reçoivent une prescription écrite pour une tomodensitométrie à faible dose dans le cadre d'une consultation de prise de décision partagée et de conseils de dépistage du cancer du poumon qui répond aux critères de Medicare pour ces consultations. Cette consultation doit être effectuée par un médecin ou un praticien non-médecin qualifié.</p> <p><i>Pour les dépistages du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose après un dépistage initial par tomodensitométrie à faible dose :</i> la personne affiliée doit recevoir une prescription pour un dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose. Ce dépistage doit être effectué lors d'une consultation avec un médecin ou un praticien non-médecin qualifié. Si un médecin ou un praticien non-médecin qualifié choisit de fournir une consultation de prise de décision partagée et de conseils de dépistage du cancer du poumon pour des dépistages ultérieurs du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose, la consultation doit répondre aux critères Medicare pour ces types de consultation.</p>	
<p><b>Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et conseils pour prévenir les IST*</b></p> <p>Nous couvrons les dépistages des infections sexuellement transmissibles (IST) pour la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et l'hépatite B. Ces dépistages sont couverts pour les femmes enceintes et pour certaines personnes présentant un risque élevé d'infection sexuellement transmissible lorsque les tests sont prescrits par un prestataire de soins primaires. Nous couvrons ces tests tous les 12 mois ou à certains stades de la grossesse.</p> <p>Nous couvrons également jusqu'à 2 séances de 20 à 30 minutes individuelles en face-à-face de conseils en matière de comportement haute intensité par an pour les adultes sexuellement actifs présentant un risque élevé d'infections sexuellement transmissibles. Nous couvrons ces séances de conseils en tant que service de prévention uniquement si elles sont fournies par un prestataire de soins primaires et qu'elles ont lieu dans un établissement de soins primaires, comme le cabinet d'un médecin.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la prestation de prévention en matière de dépistage des IST et de conseils relatifs aux IST couverts par Medicare.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services de traitement des maladies rénales</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'éducation aux maladies rénales pour l'enseignement des soins rénaux et pour aider les affiliés à prendre des décisions éclairées sur leurs soins. Pour les affiliés atteints d'une maladie rénale chronique de stade IV envoyés par leur médecin, nous couvrons jusqu'à 6 séances à vie de services d'éducation aux maladies rénales.</li> <li>• Dialyses en ambulatoire (y compris les dialyses effectuées temporairement hors de la zone de couverture, tel qu'expliqué au chapitre 3, ou lorsque votre prestataire pour ce service est temporairement indisponible ou inaccessible)</li> <li>• Dialyses en hospitalisation (si vous devez être hospitalisé pour un soin spécifique)</li> <li>• Formation à l'auto-dialyse (inclut une formation pour vous et pour toute personne vous venant en aide lors de vos dialyses à domicile)</li> <li>• Équipement et fournitures pour les dialyses à domicile</li> <li>• Certains services de soutien à domicile (par exemple, lorsque cela est nécessaire, des consultations par des techniciens en dialyse formés pour vérifier que vos dialyses à domicile se passent bien, pour vous aider en cas d'urgence et pour vérifier votre approvisionnement en eau et votre équipement de dialyse)</li> </ul> <p>Certains médicaments pour la dialyse sont couverts au titre de la prestation de remboursement des médicaments de la partie B. Pour plus d'informations sur la couverture des médicaments de la partie B, consultez la section <b>Médicaments sur ordonnance de la partie B de Medicare</b>.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Dialyses en hospitalisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultez « Soins en services d'hospitalisation » dans ce tableau.</li> </ul> <p><b>Équipement et fournitures pour les dialyses à domicile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultez « Équipement médical durable et fournitures associées » dans ce tableau.</li> </ul> <p><b>Services de soutien à domicile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultez « Soins de santé à domicile par une agence » dans ce tableau.</li> </ul> <p><b>Médicaments pour dialyse de la partie B de Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultez « Médicaments sur ordonnance de la partie B de Medicare » dans ce tableau.</li> </ul>
<p><b>Soins en établissement de soins infirmiers spécialisés (SNF)</b></p> <p>(Pour une définition des soins en établissement de soins spécialisés [SNF], consultez le chapitre 12 de ce document. Les établissements de soins spécialisés sont parfois appelés SNF.)</p> <p>Les services couverts incluent notamment ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chambre semi-privée (ou chambre privée si médicalement nécessaire)</li> <li>• Repas, y compris régimes spéciaux</li> <li>• Soins infirmiers spécialisés</li> <li>• Physiothérapie, ergothérapie et orthophonie</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b> Sauf en cas d'urgence, votre médecin doit nous informer que vous allez être admis dans un SNF. Aucun séjour à l'hôpital préalable n'est requis.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<b>Soins en établissement de soins infirmiers spécialisés (SNF)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments auto-administrés dans le cadre du régime de soins (inclut les substances naturellement présentes dans le corps, comme les facteurs de coagulation.)</li> <li>• Sang, y compris le stockage et l'administration La prise en charge du sang total et du concentré de globules rouges commence uniquement à partir du moment où vous bénéficiez du quatrième litre de sang dont vous avez besoin. Vous devrez payer les coûts des 3 premiers litres de sang que vous recevrez par année civile, ou bien vous bénéficierez de votre don de sang ou de celui d'une autre personne. Les autres composants du sang sont couverts à partir du premier litre utilisé</li> <li>• Fournitures médicales et chirurgicales généralement fournies par les SNF</li> <li>• Tests en laboratoire généralement effectués par les SNF</li> <li>• Radiographies et autres services de radiologie généralement effectués par les SNF</li> <li>• Utilisation de dispositifs, comme des fauteuils roulants généralement fournis par les SNF</li> <li>• Services du médecin/praticien</li> </ul>	
<p>En général, vous bénéficierez de soins en SNF dans des établissements du réseau. Cependant, dans certaines conditions répertoriées ci-après, vous pourrez bénéficier de soins dans un établissement qui n'est pas un prestataire du réseau, si l'établissement accepte les montants de paiement de notre régime.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une maison de soins ou une communauté de retraite de soins continus où vous viviez juste avant d'être admis à l'hôpital (tant qu'elle prodigue des soins en établissement de soins spécialisés)</li> <li>• Un SNF où votre conjoint ou partenaire vit au moment où vous quittez l'hôpital</li> </ul>	

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Tabagisme et arrêt du tabac (conseils pour arrêter de fumer)*</b></p> <p><u>Si vous consommez du tabac, mais que vous ne présentez aucun signe ou symptôme de maladie liée au tabac</u> : Dans le cadre d'un service de prévention, nous couvrons gratuitement 2 tentatives d'arrêt tabagique sur une période de 12 mois. Chaque tentative inclut jusqu'à 4 consultations en face-à-face.</p> <p><u>Si vous consommez du tabac et que vous avez reçu un diagnostic de maladie liée au tabac ou que vous prenez des médicaments qui peuvent être affectés par le tabac</u> : Nous couvrons des services de conseils pour arrêter de fumer. Nous couvrons 2 tentatives d'arrêt tabagique sur une période de 12 mois. Cependant, vous paierez la participation aux coûts applicable. Chaque tentative inclut jusqu'à 4 consultations en face-à-face.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la prestation de prévention en matière de tabagisme et d'arrêt du tabac couverte par Medicare</p>
<p><b>Services relatifs au tabagisme et à l'arrêt du tabac (supplémentaires)*</b></p> <p>Si vous voulez arrêter de fumer, parlez-en avec votre médecin traitant ou appelez notre Département de l'éducation sanitaire (Health Education Department).</p> <p>Outre la couverture offerte dans le cadre de la prestation en matière de tabagisme et d'arrêt du tabac couverte par Medicare, le régime couvre 8 services de conseils supplémentaires par année civile pour vous aider à arrêter de fumer ou de consommer des produits du tabac.</p> <p>Vous devez épuiser votre prestation en matière d'arrêt du tabac couverte par Medicare pour que le régime paye cette couverture dans le cadre de cette prestation.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p>
<p><b>Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques</b></p> <p>Si vous êtes diagnostiqué de l'une des maladies chroniques suivantes identifiées et que vous répondez à certains critères, vous pouvez peut-être bénéficier de prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques.</p> <p>Vous devrez soumettre un formulaire d'évaluation des risques pour la santé vous identifiant comme une personne présentant l'un de ces troubles pouvant s'aggraver sans accéder à l'une des prestations supplémentaires spécifiques répertoriées ci-dessous.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendance chronique à l'alcool et autre toxicomanie</li> <li>• Maladies auto-immunes</li> <li>• Cancer</li> <li>• Maladies cardiovasculaires</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise si vous utilisez votre carte Healthy You.</p> <p><b>La participation à un programme de gestion des soins est requise.</b></p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance cardiaque chronique</li> <li>• Démence</li> <li>• Diabète</li> <li>• Maladie hépatique en phase terminale</li> <li>• Maladie rénale en phase terminale (ESRD)</li> <li>• Troubles hématologiques sévères</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Affections pulmonaires chroniques</li> <li>• Troubles de la santé mentale chroniques et invalidants</li> <li>• Troubles neurologiques</li> <li>• AVC</li> </ul> <p>Nous vous aiderons à accéder à ces prestations. Vous pouvez appeler les services aux membres ou votre coordinateur des soins pour faire votre demande de prestation ou obtenir des informations supplémentaires.</p> <p><b>Remarque :</b> Avec cette demande de prestation, vous autorisez les représentants de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) à vous contacter par téléphone, par courrier ou par tout autre moyen de communication, comme expressément indiqué dans votre application.</p> <p>Après approbation, votre carte préchargée Healthy You sera automatiquement chargée de 73\$ maximum par mois que vous pourrez utiliser pour des avantages SSBCI. Toute allocation non utilisée à la fin de chaque mois ne sera pas reportée sur le mois suivant.</p> <p><b>Aliments et produits</b></p> <p>En cas d'admissibilité, vous bénéficiez de 73\$ par mois pour l'achat d'aliments et produits.</p>	
<p><b>Thérapie avec exercices supervisés</b></p> <p>La thérapie avec exercices supervisés est couverte pour les affiliés souffrant d'une maladie artérielle périphérique symptomatique.</p> <p>Jusqu'à 36 séances sur une période de 12 mois sont couvertes si les conditions du programme de thérapie avec exercices supervisés sont remplies.</p> <p>Le programme de thérapie avec exercices supervisés doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'articuler autour de séances de 30 à 60 minutes, y compris un programme d'entraînement thérapeutique pour la maladie artérielle périphérique chez les patients souffrant d'une claudication.</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Thérapie avec exercices supervisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être effectué dans une structure hospitalière ambulatoire ou dans le cabinet d'un médecin</li> <li>• Être dispensé par un personnel auxiliaire qualifié pour garantir que les avantages dépassent le préjudice, et formé à la thérapie d'exercice pour la maladie artérielle périphérique.</li> <li>• Être sous la supervision directe d'un médecin, d'un auxiliaire médical ou d'un infirmier praticien/infirmier spécialiste clinique qui doit être formé aux techniques d'assistance vitale avancée et de base.</li> </ul> <p>La thérapie avec exercices supervisés peut être couverte au-delà de 36 séances sur une période de 12 semaines pour 36 séances supplémentaires sur une période prolongée si jugée médicalement nécessaire par un prestataire de soins de santé.</p>	
<p><b>Transport non urgent (supplémentaire)</b></p> <p>Chaque mois, vous disposez de 100\$ à utiliser pour des trajets vers un établissement de soins de santé de votre choix avec votre carte Healthy You. Ce montant ne correspond pas à un nombre fixe de trajets, mais peut être utilisé pour prendre en charge des transports non urgents jusqu'à la limite de la prestation. Ce montant est combiné avec l'allocation mensuelle pour les médicaments en vente libre (OTC). Si vous n'utilisez pas la totalité de votre montant de prestations mensuel, le solde restant expirera et ne sera pas reporté sur la période de prestations suivante.</p> <p>Vous pouvez utiliser votre carte préchargée Healthy You pour payer des trajets via des applications de transport, des services de taxi, ou pour d'autres formes de transport non urgent, comme des abonnements de bus, des cartes de train ou d'autres types de transport public. Nous encourageons nos affiliés à maximiser l'utilisation des trajets disponibles avec cette allocation. Pour des destinations courantes comme les centres de dialyse ou les établissements de physiothérapie, contactez directement l'établissement pour vérifier s'il existe des options de transport plus économiques avant de réserver via une application ou un service commercial.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance ni de copaiement pour ces services si vous utilisez votre carte Healthy You.</p> <p>Vous pourriez avoir des frais supplémentaires si vous dépassez votre allocation annuelle maximale.</p> <p>Des limitations et des exclusions peuvent s'appliquer. Si vous avez besoin de soins d'urgence, appelez le 911 et demandez une ambulance.</p> <p>Pour en savoir plus sur le transport d'urgence, reportez-vous à la section « Services d'ambulance » de ce tableau.</p>
<p><b>Services urgents</b></p> <p>Un service pris en charge par le régime est considéré comme urgent lorsqu'il requiert une attention médicale immédiate, sans être une urgence, si vous êtes temporairement en dehors de la zone de service du régime ou si, même à l'intérieur de cette zone, il est difficile, en</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour ces services.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services urgents</b></p> <p>raison du temps, du lieu ou des circonstances, de le recevoir auprès des prestataires du réseau avec lesquels le régime a un contrat. Votre régime doit prendre en charge ces services urgents et ne vous facturer que votre participation habituelle. Parmi ces services, on peut citer des maladies imprévues, des blessures soudaines ou des aggravations inattendues de conditions existantes. Cependant, les visites médicales de routine, comme les bilans de santé annuels, ne sont pas considérées comme des besoins urgents, même si vous êtes hors de la zone de couverture ou si le réseau est temporairement indisponible.</p>	
<p><b>Soins de la vue</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services médicaux en ambulatoire pour le diagnostic et le traitement des maladies et blessures oculaires, y compris le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Original Medicare ne couvre pas les examens oculaires de routine (réfractions oculaires) pour les lunettes/lentilles de contact</li> <li>• Pour les personnes présentant un risque élevé de glaucome, nous couvrirons un dépistage du glaucome par an. Personnes présentant un risque élevé de glaucome : personnes ayant un antécédent familial de glaucome, personnes souffrant de diabète, Afro-Américains de 50 ans et plus et Américains d'origine hispanique de 65 ans et plus.</li> <li>• Pour les personnes souffrant de diabète, un dépistage de la rétinopathie diabétique est couvert une fois par an.</li> <li>• Une paire de lunettes ou de lentilles de contact après chaque chirurgie de la cataracte qui comprend la mise en place d'une lentille intraoculaire (si vous subissez deux chirurgies distinctes de la cataracte, vous ne pouvez pas réserver la prestation après la première chirurgie et acheter deux paires de lunettes après la deuxième chirurgie.)</li> </ul> <p><b>Soins de la vue (supplémentaires)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen oculaire de routine par an</li> <li>• Lunettes, jusqu'à 350\$ par an</li> </ul> <p>Les services couverts par Medicaid incluent ce qui suit :</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour les soins de la vue couverts par Medicare.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise pour les lunettes.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Soins de la vue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Services des optométristes, des ophtalmologistes et des opticiens, y compris lunettes, lentilles de contact nécessaires médicalement et lentilles en polycarbonate, yeux artificiels (en stock ou sur mesure), aides pour la basse vision et services de basse vision. La couverture inclut la réparation ou le remplacement des pièces.</li> </ul> <p>Examens pour le diagnostic et le traitement des défauts visuels et/ou maladie des yeux. Les examens pour la réfraction sont couverts tous les 2 ans sauf en cas de nécessité médicale. Vous devez utiliser un prestataire du réseau. Consultez l'annuaire des prestataires/pharmacies ou appelez les services aux membres pour obtenir une liste.</p>	
<p><b>Visite de prévention de bienvenue à Medicare</b></p> <p>Le régime couvre la visite de prévention ponctuelle <i>Bienvenue à Medicare</i>. Cette visite comprend un bilan de votre santé, ainsi que des conseils et</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Important : Nous couvrons la visite de prévention <i>Bienvenue à Medicare</i> uniquement au cours des 12 premiers mois de couverture par la partie B de Medicare. Lorsque vous prenez rendez-vous, indiquez à votre médecin que vous souhaitez planifier une visite préventive <i>Bienvenue à Medicare</i>.</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour la visite de prévention de <i>bienvenue à Medicare</i>.</p>
<p><b>Couverture d'urgence mondiale (supplémentaire)*</b></p> <p>À titre d'avantage supplémentaire, votre couverture inclut jusqu'à 10 000\$ chaque année civile pour des soins d'urgence dans le monde en dehors des États-Unis.</p> <p>Cette prestation est limitée aux services classés comme étant des soins d'urgence si les soins ont été prodigués aux États-Unis. La couverture mondiale inclut les soins d'urgence et les soins post-stabilisation.</p> <p>Dans ce cas de figure, nous demandons que vous, ou une personne vous représentant, nous appeliez. Nous tenterons de trouver un prestataire du réseau qui prendra en charge vos soins dès que votre état de santé et les circonstances le permettront.</p> <p>Le rapatriement aux États-Unis n'est pas couvert. Les soins de routine et les procédures pré-programmées ou facultatives ne sont pas couverts.</p> <p>Les taxes et frais étrangers (y compris, mais sans s'y limiter, les frais de conversion de devises ou de transaction) ne sont pas couverts.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p>Si vous recevez des soins d'urgence en dehors des États-Unis et que vous avez besoin de soins hospitaliers après stabilisation de votre état d'urgence, vous devez vous rendre dans un hôpital du réseau pour que vos soins continuent d'être couverts OU vous devez recevoir des soins hospitaliers dans un hôpital hors réseau autorisé par le régime.</p> <p>Vos coûts correspondront à la participation aux coûts que vous</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Couverture d'urgence mondiale (supplémentaire)*</b></p> <p>Les États-Unis recouvrent 50 états, le District de Columbia, Porto Rico, les îles Vierges, Guam, les îles Mariannes du Nord et les Samoa américaines.</p>	<p>payeriez dans un hôpital du réseau. Le régime maximal s'applique.</p> <p>Vous devrez peut-être déposer une demande de remboursement pour les soins urgents/d'urgence reçus en dehors des États-Unis</p> <p>Le régime maximal de 10 000\$ par année civile s'applique pour cette prestation.</p>

**Section 2.2 Prestations supplémentaires couvertes par Medicaid pour les affiliés de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) est un régime Dual Eligible Special Needs qui combine la couverture Medicare et les prestations Medicaid, y compris des services supplémentaires de soins de longue durée, spécialement conçus pour les membres qui ont besoin de soins de type maison de retraite. Le tableau ci-dessous répertorie les prestations et services Medicaid supplémentaires disponibles pour les membres de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Soins de jour (adultes)</b></p> <p>Soins et services fournis dans un établissement de soins résidentiel ou un site annexe agréé. Doivent être fournis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous la direction d'un médecin</li> <li>• Par le personnel des soins de jour pour adultes</li> <li>• Sur la base d'une évaluation complète des besoins du membre et du régime de soins</li> <li>• Avec une coordination continue du régime de soins de santé.</li> </ul> <p>Incluent le transport.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Certains services de santé mentale</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes de traitement intensif de réadaptation psychiatrique,</li> <li>• Traitement de jour,</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Certains services de santé mentale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement de jour continu,</li> <li>• Gestion de cas pour les maladies mentales graves et persistantes (parrainée par les unités de santé mentale locales ou de l'État),</li> <li>• Hospitalisations partielles,</li> <li>• Traitement communautaire dynamique (ACT),</li> <li>• Services personnalisés orientés vers le rétablissement (PROS).</li> </ul>	<p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services de soins personnels dirigés par le consommateur (CDPAS)</b></p> <p>Services destinés aux membres atteints de maladies chroniques ou de handicaps physiques qui ont un besoin médical d'aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL) ou de services infirmiers qualifiés. Ils comprennent tous les services fournis par une aide aux soins personnels (auxiliaire de vie), une aide médicale à domicile ou un infirmier.</p> <p><b>Vous avez la possibilité et la liberté de choisir vos prestataires de soins. Vous, ou votre représentant, êtes responsable de l'embauche, du licenciement, de la formation, de la supervision et de la cessation d'emploi, le cas échéant.</b></p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services dentaires</b></p> <p>Les services couverts comprennent les services dentaires courants et de routine, tels que les examens dentaires préventifs, les détartrages, les radiographies, les obturations et autres services visant à détecter des changements ou des anomalies pouvant nécessiter un traitement et/ou des soins de suivi.</p> <p>Ils comprennent également les implants dentaires médicalement nécessaires. Vous devez disposer à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une lettre de votre médecin expliquant en quoi les implants sont utiles pour votre état de santé</li> <li>• D'une lettre de votre dentiste expliquant en quoi les autres solutions ne peuvent pas améliorer votre état de santé et en quoi les implants sont nécessaires</li> </ul> <p><b>Vous n'avez pas besoin d'une orientation de votre PCP pour consulter un dentiste.</b></p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise pour certains services, y compris les implants dentaires.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Équipements médicaux durables (DME)</b></p> <p>Ils comprennent les DME hors Medicare couverts par Medicaid, tels que les appareils et équipements autres que les fournitures médico-chirurgicales, les tabourets de baignoire et les barres d'appui, ainsi que les prothèses et orthèses.</p> <p>Les DME sont couverts à condition que les critères suivants soient remplis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le DME peut être utilisé de façon répétée pendant une période prolongée</li> <li>• Il est principalement et habituellement utilisé à des fins médicales</li> <li>• Il n'est généralement pas utile à une personne qui n'est pas malade ou blessée</li> <li>• Il est généralement adapté, conçu ou façonné pour l'usage d'une personne en particulier</li> <li>• Il est prescrit par un praticien qualifié</li> </ul> <p>Il n'est pas nécessaire d'être confiné à domicile.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise pour certains équipements.</b></p>
<p><b>Services auditifs</b></p> <p>Services et produits destinés à atténuer le handicap causé par une perte ou une déficience auditive. Ils doivent être médicalement nécessaires. Ils comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choix, ajustement et fourniture d'une aide auditive</li> <li>• Contrôles des prothèses auditives après la délivrance</li> <li>• Évaluations de la conformité des prothèses auditives et réparations</li> <li>• Services d'audiologie, y compris les examens et les tests, les évaluations des prothèses auditives et les ordonnances</li> <li>• Prothèses auditives, embouts auriculaires, adaptations spéciales et pièces de rechange</li> </ul>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services de soins à domicile (qualifiés)</b></p> <p>Comprennent les services qualifiés non couverts par Medicare, tels que les physiothérapeutes chargés de superviser les programmes d'entretien pour les patients qui ont atteint leur potentiel de récupération maximal ou les infirmiers chargés de pré-remplir les seringues pour les personnes handicapées souffrant de diabète.</p> <p>Comprennent les services d'aide à domicile requis par un régime de soins approuvé élaboré par une agence de santé à domicile agréée.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Repas livrés à domicile et en collectivité</b></p> <p>Repas fournis à domicile ou dans des lieux collectifs, tels que les centres pour personnes âgées, pour les personnes incapables de préparer leurs repas ou de les faire préparer.</p>	<p>Il n’y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Soins d’hospitalisation, y compris soins de santé mentale et soins pour troubles liés à l’utilisation de substances psychoactives</b></p> <p>Soins médicalement nécessaires, y compris les jours dépassant le plafond de 190 jours à vie fixé par Medicare pour les soins de santé mentale en milieu hospitalier.</p> <p>Le régime couvre 365 jours par an (366 les années bissextiles)</p>	<p>Il n’y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable est requise, sauf en cas d’urgence.</b></p>
<p><b>Services médico-sociaux</b></p> <p>Évaluation, organisation et fourniture d’une aide pour les problèmes sociaux liés au maintien à domicile.</p>	<p>Il n’y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Fournitures médicales/chirurgicales</b></p> <p>Sont couvertes les fournitures médicales ou chirurgicales ainsi que les préparations et suppléments entéraux/parentéraux – articles généralement considérés comme étant à usage unique et/ou consommables.</p> <p>Les prestations des préparations entérales et des suppléments nutritionnels est limitée aux personnes qui ne peuvent se nourrir par d’autres moyens et aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes nourries par sonde qui ne peuvent ni mâcher ni avaler des aliments et qui doivent s’alimenter au moyen de préparations par sonde ; et</li> <li>• Les personnes souffrant de troubles métaboliques innés rares nécessitant des préparations médicales spécifiques pour fournir les nutriments essentiels</li> </ul>	<p>Il n’y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Transport médical (courant/non urgent)</b></p> <p>Transport aller simple et aller-retour par ambulance, ambulette, avion ou transport à voile fixe, autocar pour invalides, taxi, véhicule de location, transport public ou tout autre moyen approprié à l'état de santé du membre. Si nécessaire, cela inclut un auxiliaire de transport pour accompagner le membre. Peut inclure les repas, l'hébergement et le salaire de l'accompagnateur. (Aucun salaire ne sera versé à un accompagnateur qui fait partie de la famille du membre).</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Nutrition</b></p> <p>Comprend l'évaluation des besoins nutritionnels, l'élaboration et l'évaluation des régimes de traitement, l'éducation et les conseils en matière de nutrition, la formation sur place. Comprend les considérations culturelles.</p> <p>La couverture comprend les produits alimentaires solides modifiés à faible teneur en protéines ou contenant des protéines modifiées pour les personnes atteintes de certaines maladies héréditaires du métabolisme des acides aminés et des acides organiques.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Traitement ambulatoire de la santé mentale</b></p> <p>Visites de thérapie individuelle et de groupe.</p> <p>Le membre peut s'adresser lui-même à un prestataire du réseau pour une évaluation au cours d'une période de 12 mois.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Traitement ambulatoire des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives</b></p> <p>Visites individuelles et en groupe.</p> <p>Le membre doit être en mesure de s'adresser lui-même à un prestataire du réseau pour une évaluation au cours d'une période de 12 mois.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services de soins personnels (PCS)</b></p> <p>Couvrent la fourniture d'une assistance médicalement nécessaire pour des activités telles que l'hygiène personnelle, l'habillement et l'alimentation, le soutien nutritionnel et environnemental tel que la préparation des repas et l'entretien ménager.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Services de soins personnels (PCS)</b></p> <p>Les services doivent être essentiels au maintien de la santé et de la sécurité du membre à son domicile.</p>	<p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services personnels d'intervention d'urgence (PERS)</b></p> <p>PERS est un dispositif électronique qui permet aux personnes d'obtenir de l'aide en cas d'urgence physique, émotionnelle ou environnementale.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services de soins infirmiers privés</b></p> <p>Ils doivent être fournis par un infirmier professionnel autorisé (RN) ou un infirmier auxiliaire autorisé (LPN) possédant une licence et une immatriculation à jour auprès du département de l'éducation de l'État de New York (NYS Education Department). Les services peuvent être fournis par une agence de santé à domicile agréée, une agence de soins à domicile agréée ou un praticien privé.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Prothèses et orthèses</b></p> <p>Dispositifs (autres que dentaires) qui remplacent la totalité ou une partie du corps ou d'une fonction. Il s'agit notamment des poches de colostomie et des fournitures directement liées aux soins de colostomie, des stimulateurs cardiaques, des appareils orthopédiques, des chaussures prothétiques, des membres artificiels et des prothèses mammaires (y compris un soutien-gorge chirurgical après une mastectomie).</p> <p>Incluent certaines fournitures liées aux prothèses.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Services de réadaptation ambulatoire</b></p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit :</p> <p>Physiothérapie et ergothérapie</p> <p>Orthophonie</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Soins sociaux de jour</b></p> <p>Programme structuré et complet de socialisation, de supervision, de surveillance, de soins personnels et de nutrition dans un cadre sécurisé, à n'importe quel moment de la journée. Peut inclure une assistance pour</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copaiement ou de franchise pour cette prestation.</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services couverts pour vous</b>	<b>Ce que vous devez payer lorsque vous bénéficiez de ces services</b>
<p><b>Soins sociaux de jour</b></p> <p>les activités de la vie quotidienne (ADL), la gestion des cas et le transport.</p> <p>La couverture est basée sur la nécessité médicale.</p>	<p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>
<p><b>Soutien social et environnemental</b></p> <p>Comprend les services et les articles destinés à répondre à un besoin médical. Il peut s'agir de tâches d'entretien du domicile, de services d'aide ménagère ou domestiques, d'amélioration du logement et de soins de répit.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de copayment ou de franchise pour cette prestation.</p> <p><b>Une autorisation préalable peut être requise.</b></p>

---

### **SECTION 3 Quels sont les services couverts en dehors de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ?**

---

#### **Section 3.1 Services *non* couverts par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Certains services pris en charge par Medicaid ne sont pas couverts par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Vous pouvez bénéficier de ces services auprès de n'importe quel prestataire qui accepte Medicaid à l'aide de votre carte de prestations Medicaid. Appelez les services aux membres au (833) 671-0440 (TTY 711) si vous voulez savoir si une prestation est couverte par Senior Whole Health of New York NHC ou par Medicaid.

Les services suivants ne sont pas pris en charge par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), mais sont disponibles via Medicaid :

- Services de planification familiale hors réseau au titre des dispositions d'accès direct
- Prestations pharmaceutiques Medicaid, conformément à la loi de l'État (catégories de médicaments exclues au titre de la prestation de remboursement des médicaments de la partie D)
- Programmes de traitement d'entretien à la méthadone
- Services de réadaptation fournis aux habitants de résidences communautaires agréées OMH et programmes de traitement en milieu familial
- Services aux personnes en situation de déficience du développement
- Gestion complète de cas Medicaid
- Thérapie sous observation directe pour la tuberculose active

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)****SECTION 4 Quels services ne sont pas couverts par le régime ?****Section 4.1 Services non couverts par le régime**

Cette section vous indique quels sont les services exclus.

Le tableau ci-dessous décrit certains services et articles qui ne sont pas couverts par le régime, quelles que soient les conditions, ou qui ne sont couverts que dans des conditions spécifiques.

Si vous bénéficiez de services exclus (non couverts), vous devez les payer vous-même, sauf dans les conditions spécifiques énumérées ci-dessous. Même si vous recevez les services exclus dans un centre d'urgence, ils ne sont pas couverts et notre régime ne les prendra pas en charge. La seule exception est si le service fait l'objet d'un appel et qu'il est décidé, à l'issue de cet appel, qu'il s'agit d'un service médical que nous aurions dû payer ou couvrir en raison de votre situation particulière. (Pour plus d'informations sur l'appel d'une décision de non-couverture d'un service médical, reportez-vous au chapitre 9, section 6.3 du présent document).

Services non couverts par Medicare	Non couverts, quelles que soient les conditions	Couverts uniquement sous certaines conditions
Chirurgies ou interventions esthétiques		<ul style="list-style-type: none"> <li>Couvertes en cas de blessure accidentelle ou pour l'amélioration du fonctionnement d'un membre malformé du corps.</li> <li>Couvertes pour toutes les étapes de la reconstruction d'un sein après une mastectomie, ainsi que pour le sein non affecté afin de produire une apparence symétrique.</li> </ul>
Soins de garde Les soins de garde sont des soins personnels qui ne nécessitent pas l'attention continue d'un personnel médical ou paramédical qualifié, tels que les soins qui vous aident à accomplir les activités de la vie quotidienne, comme se laver ou s'habiller.	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	
Actes médicaux et chirurgicaux, équipements et médicaments expérimentaux. Les procédures et articles expérimentaux sont les articles et procédures que l'Original Medicare considère comme n'étant pas		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ils peuvent être couverts par l'Original Medicare dans le cadre d'une étude de recherche clinique approuvée par Medicare ou par notre régime.</li> </ul> <p>(Reportez-vous au chapitre 3, section 5 pour plus d'informations sur les études de recherche clinique).</p>

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

<b>Services non couverts par Medicare</b>	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	<b>Couverts uniquement sous certaines conditions</b>
généralement acceptés par la communauté médicale.		
Frais facturés pour les soins prodigués par vos proches parents ou les membres de votre foyer.	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	
Soins infirmiers à temps plein à votre domicile.	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	
Repas livrés à domicile		<b>Couverts par Medicaid.</b>
Services d'aide ménagère comprenant une assistance domestique de base, telle que les activités simples d'entretien ménager ou de préparation des repas.		<b>Couverts par Medicaid.</b>
Services de naturopathie (utilisation de traitements naturels ou alternatifs).	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	
Chaussures orthopédiques ou dispositifs de soutien pour les pieds		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaussures faisant partie d'une orthèse de jambe et incluses dans le coût de l'orthèse. Chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour les personnes souffrant d'une maladie du pied diabétique.</li> </ul>
Articles personnels dans votre chambre à l'hôpital ou dans un établissement de soins infirmiers spécialisés, tels qu'un téléphone ou une télévision.	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	
Chambre privée dans un hôpital.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverte uniquement en cas de nécessité médicale.</li> </ul>
Inversion de procédures de stérilisation et/ou fournitures contraceptives en vente libre.	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	
Services de chiropraxie de routine		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipulation manuelle de la colonne vertébrale pour corriger une subluxation est couverte.</li> </ul>
Soins dentaires de routine, tels que les détartrages, les obturations ou les prothèses dentaires.	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	

**Chapitre 4 Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)**

Services non couverts par Medicare	Non couverts, quelles que soient les conditions	Couverts uniquement sous certaines conditions
Kératotomie radiaire, chirurgie LASIK et autres aides à la basse vision.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'examen ophtalmologique et une paire de lunettes (ou de lentilles de contact) sont couverts pour les personnes ayant subi une opération de la cataracte.</li> <li>• Ce régime offre une couverture supplémentaire pour les soins de la vue. Pour plus d'informations, reportez-vous à la rubrique « Soins de la vue » dans le tableau des prestations, section 2.1 du présent chapitre.</li> </ul>
Soins de routine des pieds		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une couverture limitée est fournie conformément aux directives de Medicare (par exemple, si vous souffrez de diabète).</li> </ul>
Examens auditifs de routine, prothèses auditives ou examens en vue de l'adaptation de prothèses auditives.		Couverts par Medicaid.
Services considérés comme non raisonnables et non nécessaires, selon les normes de l'Original Medicare.	<b>Non couverts, quelles que soient les conditions</b>	

# CHAPITRE 5:

*Utilisation de la couverture du régime  
pour les médicaments sur ordonnance de  
la partie D*

FINALE



### **Comment obtenir des informations sur le coût de vos médicaments ?**

Comme vous êtes éligible à Medicaid, vous avez droit à une aide supplémentaire de Medicare pour payer les coûts de votre régime de médicaments sur ordonnance. Étant donné que vous bénéficiez du programme d'aide supplémentaire, **certaines informations de cette attestation de couverture concernant les coûts des médicaments sur ordonnance de la partie D ne s'appliquent pas à vous.** Nous vous avons envoyé un document séparé, intitulé *Attestation de couverture pour les personnes bénéficiant d'« Extra Help » pour les médicaments sur ordonnance* (aussi appelé « *Low - Income Subsidy Rider* » ou « *LIS Rider* »), qui détaille votre couverture concernant vos médicaments. Si vous ne trouvez pas ce document, veuillez appeler les services aux membres et demander le « *LIS Rider* ».

---

## **SECTION 1 Introduction**

---

Ce chapitre **explique les règles d'utilisation de votre couverture pour les médicaments de la partie D.** Veuillez consulter le chapitre 4 pour les prestations pharmaceutiques de la partie B de Medicare et les prestations pharmaceutiques des soins palliatifs.

Outre les médicaments couverts par Medicare, certains médicaments sur ordonnance sont couverts par Medicaid. Pour plus d'informations sur la couverture des médicaments par Medicaid, vous devez contacter le bureau Medicaid de votre État (les coordonnées sont indiquées au chapitre 2, section 6).

### **Section 1.1 Règles de base pour la couverture des médicaments de la partie D du régime**

Le régime couvre généralement l'ensemble de vos médicaments tant que vous suivez ces règles de base :

- Un prestataire (médecin, dentiste ou autre prescripteur) doit vous rédiger une ordonnance qui est autorisée par la loi de l'État en vigueur.
- Votre prescripteur ne doit pas figurer sur les listes d'exclusion ou d'irrecevabilité de Medicare :
- En général, vous devez utiliser une pharmacie du réseau pour faire exécuter votre ordonnance. (Veuillez vous reporter à la section 2 de ce chapitre.) Vous pouvez également envoyer votre ordonnance via le service de commande par courrier du régime.
- Votre médicament doit figurer sur la *Liste des médicaments couverts* du régime (nous l'appelons « Liste des médicaments »). (Veuillez vous reporter à la section 3 de ce chapitre.)
- Votre médicament doit être utilisé pour une indication médicalement acceptée. Une indication médicalement acceptée est une utilisation d'un médicament qui est soit approuvée par la Food and Drug Administration, soit soutenue par certains ouvrages de référence. (Voir la section 3 de ce chapitre pour plus d'informations sur l'indication médicalement acceptée.)
- Il se peut que vos médicaments nécessitent une approbation avant que nous puissions les prendre en charge. (Veuillez consulter la section 4 de ce chapitre pour plus de détails sur les restrictions de votre couverture.)

---

## **SECTION 2 Exécuter votre ordonnance dans une pharmacie du réseau ou par le biais du service de commande par correspondance du régime**

---

### **Section 2.1 Utiliser une pharmacie du réseau**

Dans la plupart des cas, vos ordonnances ne sont couvertes *que* si elles sont traitées dans les pharmacies de réseau du régime. (Voir section 2.5 pour plus d'informations sur la couverture des ordonnances exécutées dans des pharmacies hors réseau.)

Une pharmacie de réseau est une pharmacie qui est sous contrat avec le régime pour fournir vos médicaments sur ordonnance couverts. Le terme Médicaments couverts correspond à l'ensemble des médicaments sur ordonnance de la Partie D qui figurent sur la « Liste des médicaments » du régime.

### **Section 2.2 Pharmacies du réseau**

#### **Comment trouver une pharmacie du réseau dans votre région ?**

Pour trouver une pharmacie du réseau, vous pouvez consulter votre *annuaire des prestataires/pharmacies*, notre site web ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) et/ou appeler les services aux membres.

Vous pouvez vous rendre dans n'importe quelle pharmacie de notre réseau.

#### **Que faire si la pharmacie que vous utilisiez quitte le réseau ?**

Si la pharmacie que vous utilisiez quitte le réseau du régime, vous devrez trouver une nouvelle pharmacie faisant partie du réseau. Pour trouver une autre pharmacie dans votre région, vous pouvez obtenir de l'aide auprès des services aux membres ou utiliser l'*annuaire des prestataires/pharmacies*. Vous pouvez également trouver des informations sur notre site web à l'adresse suivante : [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

#### **Que faire si vous avez besoin d'une pharmacie spécialisée ?**

Certaines ordonnances doivent être exécutées dans une pharmacie spécialisée. Les pharmacies spécialisées comprennent :

- Les pharmacies qui fournissent des médicaments pour les traitements par perfusion à domicile.
- Les pharmacies qui fournissent des médicaments aux résidents d'un établissement de soins de longue durée (LTC). En général, un établissement de LTC (comme une maison de retraite) possède sa propre pharmacie. Si vous avez des difficultés à accéder aux prestations de la partie D dans un établissement de LTC, veuillez contacter les services aux membres.
- Les pharmacies qui servent le Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (non disponible à Porto Rico). Sauf en cas d'urgence, seuls les Amérindiens ou les autochtones d'Alaska ont accès à ces pharmacies dans notre réseau.
- Les pharmacies qui délivrent des médicaments dont l'usage est restreint par la FDA à certains endroits ou qui nécessitent une manipulation spéciale, une coordination avec le prestataire ou une formation sur leur utilisation. Pour trouver une pharmacie spécialisée, consultez votre *annuaire des prestataires/pharmacies* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) ou appelez les services aux membres.

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D****Section 2.3 Utilisation du service de vente par correspondance du régime**

Pour certains types de médicaments, vous pouvez utiliser le service de commande par correspondance du réseau du régime. En général, les médicaments fournis par correspondance sont des médicaments que vous prenez régulièrement, pour une affection chronique ou de longue durée. Les médicaments qui ne sont *pas* disponibles auprès du service de commande par correspondance du régime sont marqués d'un « **NM** » dans notre liste des médicaments.

Le service de commande par correspondance de notre régime vous permet de commander **jusqu'à 100 jours d'approvisionnement**.

Pour obtenir des formulaires de commande et des informations sur l'exécution de vos ordonnances par courrier, veuillez appeler les services aux membres ou consulter notre site web à l'adresse suivante : [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

En règle générale, une commande passée auprès d'une pharmacie de vente par correspondance vous sera livrée dans un délai maximum de 14 jours. En cas de besoin urgent ou de retard, veuillez appeler les services aux membres pour qu'ils vous aident à obtenir un approvisionnement temporaire de votre ordonnance.

**Nouvelles ordonnances que la pharmacie reçoit directement du cabinet de votre médecin.**

Lorsque la pharmacie reçoit une ordonnance d'un prestataire de soins de santé, elle vous contacte pour savoir si vous souhaitez que le médicament soit délivré immédiatement ou à une date ultérieure. Il est important que vous répondiez à chaque fois que vous êtes contacté par la pharmacie, pour lui indiquer si elle doit expédier, retarder ou arrêter la nouvelle ordonnance.

**Renouvellement d'ordonnances délivrées par correspondance.** Pour le renouvellement de vos médicaments, vous avez la possibilité de vous inscrire à un programme de renouvellement automatique. Dans le cadre de ce programme, nous commencerons à traiter automatiquement votre prochain renouvellement lorsque nos dossiers montreront que vous êtes sur le point d'épuiser votre médicament. La pharmacie vous contactera avant l'envoi de chaque renouvellement pour s'assurer que vous avez besoin de plus de médicaments, et vous pourrez annuler les renouvellements programmés si vous avez suffisamment de médicaments ou si votre traitement a changé.

Si vous choisissez de ne pas utiliser notre programme de renouvellement automatique, mais que vous souhaitez que la pharmacie de vente par correspondance vous envoie votre ordonnance, veuillez contacter votre pharmacie 14 jours avant l'épuisement de votre ordonnance actuelle. Vous serez ainsi assuré que votre commande vous sera expédiée à temps.

Pour ne plus bénéficier de notre programme de préparation automatique des renouvellements d'ordonnances par correspondance, veuillez appeler les services aux membres ou consulter notre site web à l'adresse suivante : [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

**Section 2.4 Comment obtenir un approvisionnement à long terme en médicaments ?**

Le régime met à disposition deux façons de bénéficier d'un approvisionnement à long terme (également appelé approvisionnement prolongé) de médicaments d'entretien figurant sur la liste des médicaments de notre régime. (Les médicaments d'entretien sont des médicaments que vous prenez régulièrement pour une affection chronique ou médicale à long terme.)

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

1. Certaines pharmacies de détail de notre réseau vous permettent de bénéficier d'un approvisionnement à long terme de médicaments d'entretien. L'*Annuaire des prestataires/pharmacies* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) indique les pharmacies de notre réseau qui peuvent vous faire bénéficier d'un approvisionnement à long terme de médicaments d'entretien. Pour plus d'informations, vous pouvez également appeler les services aux membres.
2. Vous pouvez également recevoir vos médicaments d'entretien par l'entremise du service de vente par correspondance du régime. Pour plus d'informations, consultez la section 2.3.

**Section 2.5 Quand pouvez-vous utiliser une pharmacie qui n'est pas dans le réseau du régime ?****Votre ordonnance peut être couverte dans certaines situations.**

En général, nous couvrons les médicaments dont l'ordonnance est exécutée dans une pharmacie hors réseau *uniquement* si vous n'êtes pas en mesure d'utiliser une pharmacie du réseau. Pour vous aider, nous disposons de pharmacies du réseau en dehors de notre service de service dans lesquelles vous pouvez faire exécuter vos ordonnances en tant qu'affilié à notre régime. **Consultez tout d'abord les services aux membres** pour savoir s'il y a une pharmacie du réseau à proximité. Vous pourriez avoir à payer la différence entre le prix du médicament d'une pharmacie hors réseau et le montant que nous prendrions en charge au sein d'une pharmacie de notre réseau.

Voici les circonstances dans lesquelles nous couvrons les ordonnances exécutées dans une pharmacie hors réseau :

- L'ordonnance est liée à des soins urgents
- Les ordonnances sont liées à des soins pour une urgence médicale
- La couverture sera limitée à un approvisionnement de 31 jours sauf si l'ordonnance est rédigée pour moins de 31 jours.

**Comment faire une demande de remboursement auprès du régime ?**

Si vous devez utiliser une pharmacie hors réseau, vous devez généralement payer la totalité des coûts au moment de l'exécution de votre ordonnance. Vous pouvez nous faire parvenir une demande de remboursement. (Dans le chapitre 6, la section 2 explique comment demander au régime de vous rembourser.)

**SECTION 3 Vos médicaments doivent figurer sur la liste des médicaments du régime****Section 3.1 La liste des médicaments indique les médicaments de la partie D qui sont couverts**

Le régime comporte une *liste des médicaments couverts* (« *Formulary* »). Dans cette *attestation de couverture*, cette liste est communément appelée « **liste des médicaments** ».

Les médicaments figurant sur cette liste sont sélectionnés par le régime avec l'aide d'une équipe de médecins et de pharmaciens. La liste répond aux exigences de Medicare et a été approuvée par Medicare.

La liste des médicaments comprend les médicaments couverts par la partie D de Medicare. Outre les médicaments couverts par Medicare, certains médicaments sur ordonnance sont couverts par Medicaid. Pour plus d'informations

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

sur la couverture des médicaments par Medicaid, vous devez contacter le bureau Medicaid de votre État (les coordonnées sont indiquées au chapitre 2, section 6).

Nous couvrons généralement un médicament figurant sur la « liste des médicaments » du régime à condition que vous respectiez les autres règles de couverture expliquées dans ce chapitre et que l'utilisation du médicament corresponde à une indication médicalement acceptée. Une indication médicalement acceptée est une utilisation du médicament qui est *soit* :

- approuvée par la Food and Drug Administration pour le diagnostic ou l'état de santé pour lequel il est prescrit, ou
- appuyée par certaines références, telles que l'American Hospital Formulary Service Drug Information et le DRUGDEX Information System de Micromedex.

La liste des médicaments comprend des médicaments de marque, des médicaments génériques et des biomédicaments (qui peuvent inclure les biosimilaires).

Un médicament de marque est un médicament de prescription vendu sous un nom de marque appartenant au fabricant du médicament. Les biomédicaments sont des médicaments plus complexes que les médicaments traditionnels. Dans la liste des médicaments, lorsqu'il est question de « médicaments », il peut s'agir d'un médicament classique ou d'un biomédicament.

Un médicament générique est un médicament de prescription qui contient les mêmes ingrédients actifs que le médicament de marque. Les biomédicaments ont des alternatives appelées biosimilaires. En général, les génériques et les biosimilaires fonctionnent aussi bien que le médicament de marque ou le biomédicament d'origine et coûtent habituellement moins cher. Il existe des substituts génériques pour de nombreux médicaments de marque et des alternatives biosimilaires pour certains biomédicaments d'origine. Certains biosimilaires sont interchangeables et, selon les lois de votre État, peuvent être remplacés par le biomédicament d'origine en pharmacie sans avoir besoin d'une nouvelle ordonnance, de la même manière que les médicaments génériques peuvent remplacer les médicaments de marque.

Pour plus d'informations sur les types de médicaments qui peuvent être inclus dans la liste de médicaments, consultez le chapitre 11.

**Médicaments en vente libre**

Notre régime couvre aussi certains médicaments en vente libre. Certains de ces médicaments sont moins coûteux que les médicaments sur ordonnance et sont tout aussi efficaces. Pour plus d'informations, contactez les services aux membres.

**Qu'est-ce qui ne figure pas sur la liste des médicaments ?**

Le régime ne couvre pas tous les médicaments sur ordonnance.

- Dans certains cas, la loi interdit à tous les régimes de Medicare de prendre en charge certains types de médicaments. (Pour en savoir plus, veuillez vous reporter à la section 7.1 de ce chapitre.)
- Dans d'autres cas, nous avons décidé de ne pas inclure un médicament particulier dans la liste des médicaments. Dans certains cas, vous pouvez obtenir un médicament qui ne figure pas sur la liste des médicaments. (Pour plus d'informations, reportez-vous au chapitre 8.)

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D****Section 3.2 Comment déterminer si un médicament spécifique figure sur la « Liste des médicaments » ?**

Vous pouvez procéder de 4 façons différentes :

1. Consultez la liste des médicaments la plus récente que nous vous avons envoyée au format électronique.
2. Consultez le site Web du régime ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)). La liste des médicaments sur le site Web est constamment à jour.
3. Appelez les services aux membres pour déterminer si un médicament spécifique figure sur la liste des médicaments ou pour demander une copie de la liste.
4. Utilisez l'« Outil de prestations en temps réel » ([Caremark.com](http://Caremark.com) ou en appelant les services aux membres). Cet outil vous permet de rechercher les médicaments figurant sur la liste des médicaments pour évaluer le montant que vous devrez éventuellement payer, et vous permet également de savoir si d'autres médicaments figurant sur la liste des médicaments pourraient traiter la même affection.

**SECTION 4 La couverture de certains médicaments est soumise à des restrictions****Section 4.1 Pourquoi certains médicaments comportent des restrictions ?**

Pour certains médicaments sur ordonnance, des règles spécifiques restreignent leur couverture. Une équipe de docteurs et de pharmaciens a développé ces règles pour vous encourager vous et votre prestataire à utiliser les médicaments de la manière la plus efficace possible. Pour savoir si l'une de ces restrictions s'applique à un médicament que vous prenez ou que vous voulez prendre, consultez la liste des médicaments. Si un médicament sûr et à un coût moins élevé est tout aussi efficace médicalement qu'un médicament à un coût plus élevé, les règles du régime sont conçues pour vous encourager vous et votre prestataire à utiliser l'option la moins coûteuse.

Notez que, parfois, un médicament peut figurer plusieurs fois dans notre liste des médicaments. Ceci est dû au fait que les mêmes médicaments peuvent varier en fonction du dosage, de la quantité ou de la forme du médicament prescrit par votre prestataire de soins de santé et différentes restrictions ou participations aux coûts peuvent s'appliquer aux différents formats du médicament (par exemple, format de 10 mg ou 100 mg ; un par jour ou deux par jour ; cachet ou liquide).

**Section 4.2 Quels types de restrictions ?**

Les sections ci-dessous vous renseignent sur les types de restrictions que nous appliquons à certains médicaments.

**Si votre médicament fait l'objet d'une restriction, cela signifie généralement que vous ou votre prestataire devrez prendre des mesures supplémentaires pour bénéficier de notre couverture.** Contactez les services aux membres pour savoir ce que vous ou votre prestataire devez faire pour que le médicament soit couvert. Si vous souhaitez que nous renoncions à la restriction, vous devrez utiliser le processus de décision de couverture et nous demander de faire une exception. Nous pouvons ou non accepter de lever cette restriction pour vous. (Reportez-vous au chapitre 8.)

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D****Obtenir l'approbation préalable du régime**

Pour certains médicaments, vous ou votre prestataire devez obtenir l'approbation du régime avant que nous acceptions de couvrir le médicament. C'est ce qu'on appelle une **autorisation préalable**. Cette procédure a été mise en place pour garantir la sécurité des médicaments et guider l'utilisation appropriée de certains médicaments. Si vous n'obtenez pas cette approbation, votre médicament pourrait ne pas être couvert par le régime.

**Essayer d'abord un autre médicament**

Cette exigence vous encourage à essayer des médicaments moins coûteux, mais généralement tout aussi efficaces avant que le régime ne couvre un autre médicament. Par exemple, si le médicament A et le médicament B traitent la même affection et que le médicament A est moins coûteux, le régime peut exiger que vous essayiez d'abord le médicament A. Si le médicament A n'est pas efficace, le régime couvrira alors le médicament B. Cette obligation d'essayer d'abord un autre médicament est appelée **traitement par étapes**.

**Limites de quantité**

Pour certains médicaments, nous limitons la quantité que vous pouvez obtenir chaque fois que vous faites exécuter votre ordonnance. Par exemple, s'il est normalement considéré comme sûr de ne prendre qu'une pilule par jour pour un certain médicament, nous pouvons limiter la couverture de votre ordonnance à une seule pilule par jour.

---

**SECTION 5 Que faire si l'un de vos médicaments n'est pas couvert comme vous le souhaiteriez ?**

---

**Section 5.1 Marche à suivre si votre médicament n'est pas couvert de la façon dont vous aimeriez qu'il le soit**

Il existe des situations où un médicament sur ordonnance que vous prenez, ou un médicament que vous ou votre prestataire pensez que vous devriez prendre, ne figure pas sur notre liste, ou figure sur notre liste, mais avec des restrictions. Par exemple :

- Le médicament pourrait ne pas être couvert du tout. Ou peut-être qu'une version générique du médicament est couverte, mais la version de la marque que vous voulez prendre n'est pas couverte.
- Le médicament est couvert, mais des restrictions ou des règles supplémentaires existent pour la couverture de ce médicament, comme expliqué dans la section 4.
- Marche à suivre si votre médicament n'est pas couvert de la façon dont vous aimeriez qu'il le soit. **Si votre médicament ne figure pas sur la liste des médicaments ou si votre médicament est restreint, consultez la section 5.2 pour connaître la marche à suivre.**

**Section 5.2 Que faire si votre médicament ne figure pas sur la liste des médicaments ou si le médicament est restreint d'une certaine manière ?**

Si votre médicament ne figure pas sur la liste des médicaments ou s'il fait l'objet d'une restriction, voici les options dont vous disposez :

- Il est possible que vous puissiez obtenir un approvisionnement temporaire du médicament.
- Vous pouvez changer de médicament.

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

- Vous pouvez réclamer une **exception** et demander au régime de couvrir le médicament ou de lever les restrictions qui lui sont imposées.

**Il est possible que vous puissiez obtenir un approvisionnement temporaire**

Dans certaines circonstances, le régime doit fournir un approvisionnement temporaire d'un médicament que vous prenez déjà. Cet approvisionnement temporaire vous donne le temps de discuter avec votre prestataire des changements possibles.

Pour pouvoir bénéficier d'un approvisionnement temporaire, le médicament que vous preniez **ne doit plus figurer sur la liste des médicaments du régime OU faire l'objet d'une restriction quelconque.**

- **Si vous êtes un nouveau membre**, nous couvrirons un approvisionnement temporaire de votre médicament pendant les **90 premiers jours** de votre affiliation au régime.
- **Si vous étiez déjà membre l'année dernière**, nous couvrirons un approvisionnement temporaire de votre médicament pendant les **90 premiers jours** de l'année civile.
- Cet approvisionnement temporaire est limité à un approvisionnement de 31 jours. Si votre ordonnance est rédigée pour moins de jours, nous vous autoriserons à effectuer plusieurs renouvellements pour obtenir un approvisionnement maximal de 31 jours. L'ordonnance doit être exécutée dans une pharmacie du réseau. (Veuillez noter que la pharmacie de soins de longue durée peut fournir le médicament par plus petites quantités afin d'éviter le gaspillage).
- **Pour les membres affiliés au régime depuis plus de 90 jours qui résident dans un établissement de soins de longue durée et qui ont besoin d'un approvisionnement immédiat :**

Nous couvrirons un approvisionnement d'urgence de 31 jours pour un médicament donné, ou moins si votre ordonnance est rédigée pour une durée inférieure. Cet approvisionnement s'ajoute à l'approvisionnement temporaire susmentionné.

- Si vous êtes un nouveau résident d'un établissement de LTC, que vous êtes affilié à notre régime depuis plus de 90 jours et que vous avez besoin d'un médicament qui ne figure pas sur notre liste ou qui est soumis à d'autres restrictions, telles que le traitement par étapes ou les limites de quantité (limites de dosage), nous couvrirons un approvisionnement d'urgence temporaire de 31 jours pour ce médicament (sauf si l'ordonnance est rédigée pour une durée inférieure) pendant les démarches du membre visant à obtenir une exception à la liste. Des exceptions sont possibles dans les cas où vous subissez un changement dans le niveau de soins que vous recevez qui vous oblige à passer d'un établissement ou d'un centre de traitement à un autre. Dans ce cas, vous pouvez bénéficier d'une exception temporaire et ponctuelle, même si vous n'êtes pas dans les 90 premiers jours de votre adhésion au régime. Veuillez noter que notre politique de transition ne s'applique qu'aux médicaments relevant de la partie D et achetés dans une pharmacie du réseau. La politique de transition ne peut pas être utilisée pour acheter un médicament ne relevant pas de la partie D ou un médicament hors réseau, à moins que vous ne remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'un accès hors réseau.

Pour toute question concernant un approvisionnement temporaire, appelez les services aux membres.

**Au cours de la période d'approvisionnement temporaire d'un médicament, vous devez discuter avec votre prestataire pour décider de ce que vous ferez lorsque votre approvisionnement temporaire sera épuisé.**

**Vous avez deux options :**

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D****1) Vous pouvez changer de médicament**

Discutez avec votre prestataire pour savoir s'il existe un autre médicament couvert par le régime qui pourrait vous convenir tout aussi bien. Vous pouvez appeler les services aux membres pour demander une liste des médicaments couverts qui traitent le même problème de santé. Cette liste peut aider votre prestataire à trouver un médicament couvert qui pourrait vous convenir.

**2) Vous pouvez demander une exception**

**Vous et votre prestataire pouvez demander au régime de faire une exception et de couvrir le médicament de la manière dont vous aimeriez qu'il soit couvert.** Si votre prestataire estime que vous avez des raisons médicales qui justifient une exception, il peut vous aider à formuler une demande. Par exemple, vous pouvez demander au régime de couvrir un médicament même s'il ne figure pas sur la liste des médicaments du régime. Vous pouvez également demander au régime de faire une exception et de couvrir le médicament sans restriction.

Si vous êtes un membre actuel et qu'un médicament que vous prenez sera retiré de la liste des médicaments ou soumis à certaines restrictions l'année suivante, nous vous informerons de tout changement avant le début de la nouvelle année. Vous pouvez demander une exception avant l'année suivante et nous vous répondrons dans les 72 heures suivant la réception de votre demande (ou de la déclaration justificative de votre prescripteur). Si nous approuvons votre demande, nous autoriserons la couverture avant que le changement ne prenne effet.

Si vous et votre prestataire souhaitez demander une exception, le chapitre 8, section 7.4, vous indique la marche à suivre. Il explique les procédures et les délais fixés par Medicare pour assurer un traitement rapide et équitable de votre demande.

**SECTION 6 Que faire si votre couverture change pour l'un de vos médicaments ?****Section 6.1 La liste des médicaments peut évoluer au cours de l'année**

La plupart des changements de couverture de médicaments ont lieu au début de chaque année (1er janvier). Cependant, le régime peut apporter des changements à la « Liste des médicaments » au cours de l'année. Par exemple, le régime peut :

- **Ajouter des médicaments à la liste des médicaments ou en retirer.**
- **Ajouter une restriction relative à la couverture d'un médicament ou la retirer.**
- **Remplacer un médicament de marque par une version générique du médicament**
- **Remplacer un biomédicament d'origine par une version biosimilaire interchangeable du produit biologique.**

Avant d'apporter des modifications à la liste des médicaments du régime, nous devons suivre les conditions de Medicare.

Reportez-vous au chapitre 11 pour les définitions des types de médicaments mentionnés dans ce chapitre.

**Section 6.2 Que se passe-t-il si la couverture d'un médicament que vous prenez évolue ?****Informations sur les changements apportés à la couverture des médicaments**

Lorsque des changements sont apportés à la liste des médicaments, nous publions des informations à ce sujet sur notre site web. Nous mettons également régulièrement à jour notre liste des médicaments en ligne. Cette section décrit les types de modifications que nous pourrions apporter à la liste des médicaments et quand vous serez informé directement si des changements affectent un médicament que vous prenez.

**Changements possibles à la liste des médicaments qui pourraient vous concerner cette année**

- **Ajout de nouveaux médicaments à la liste des médicaments et retrait immédiat ou modification d'un médicament similaire.**
  - Lorsque nous ajoutons une nouvelle version d'un médicament, nous pouvons retirer un médicament similaire, le déplacer vers un nouveau palier de participation aux coûts, ou ajouter de nouvelles restrictions, ou les deux. La nouvelle version sera dans le même palier ou un palier inférieur, avec les mêmes restrictions ou moins.
  - Ces changements seront effectués uniquement si nous ajoutons une nouvelle version générique d'un médicament de marque ou certaines nouvelles versions biosimilaires d'un biomédicament d'origine déjà présent sur la liste.
  - Nous pouvons effectuer ces changements immédiatement et vous en informer plus tard, même si vous prenez le médicament concerné. Si vous utilisez le médicament similaire au moment du changement, nous vous tiendrons au courant de toute modification que nous avons apportée.
- **Ajout de médicaments à la liste des médicaments et retrait ou modification d'un médicament similaire avec préavis.**
  - Lorsque nous ajoutons une autre version d'un médicament, nous pouvons retirer un médicament similaire, le déplacer vers un nouveau palier de participation aux coûts, ou ajouter de nouvelles restrictions, ou les deux. La version du médicament que nous ajoutons sera dans le même palier ou un palier inférieur, avec les mêmes restrictions ou moins.
  - Ces changements seront effectués uniquement si nous ajoutons une nouvelle version générique d'un médicament de marque ou certaines nouvelles versions biosimilaires d'un produit biologique déjà présent sur la liste.
  - Nous vous informerons au moins 30 jours avant le changement, ou nous vous donnerons des détails et prendrons en charge un approvisionnement de 31 jours du médicament que vous utilisez.
- **Retrait de médicaments dangereux et autres médicaments figurant sur la liste des médicaments et retirés du marché.**
  - Il arrive qu'un médicament soit jugé dangereux ou retiré du marché pour une autre raison. Dans ce cas, nous pouvons immédiatement le retirer de la liste des médicaments. Si vous prenez ce médicament, nous vous en informerons dès que nous aurons effectué une modification.
- **Autres changements apportés aux médicaments figurant sur la liste des médicaments**
  - Une fois l'année commencée, nous pouvons apporter d'autres changements aux médicaments que vous prenez. Par exemple, nous pouvons également apporter des changements sur la base des encadrés de la FDA ou de nouvelles directives cliniques reconnues par Medicare.
  - Nous vous informerons de ces changements au moins 30 jours avant, ou nous vous donnerons des détails et prendrons en charge un approvisionnement supplémentaire de 31 jours du médicament que vous utilisez.

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

Si nous modifions l'un des médicaments que vous prenez, parlez-en à votre prescripteur pour explorer les meilleures options pour vous, comme changer de médicament pour traiter votre condition ou effectuer une demande de couverture face aux nouvelles restrictions. Vous ou votre prescripteur pouvez également demander une exception pour que votre médicament ou la version que vous prenez soit toujours pris en charge. Pour plus d'informations sur la manière d'effectuer une demande de couverture, y compris les exceptions, consultez le chapitre 9.

**Changements apportés à la liste des médicaments qui ne vous concernent pas pendant l'année en cours**

Nous pouvons apporter certains changements à la liste des médicaments qui ne sont pas décrits ci-dessus. Dans ce cas, le changement ne s'appliquera pas à vous si vous prenez le médicament au moment du changement ; cependant, ces changements vous affecteront probablement à partir du 1er janvier de l'année suivante si vous restez dans le même régime.

En général, les changements qui ne vous affecteront pas pendant l'année en cours sont les suivants :

- Nous imposons une nouvelle restriction à l'utilisation de votre médicament.
- Nous retirons votre médicament de la liste des médicaments.

Si l'un de ces changements survient pour un médicament que vous prenez (à l'exception d'un retrait du marché, du remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique ou d'un autre changement mentionné dans les sections ci-dessus), le changement n'aura pas d'incidence sur votre utilisation ou sur le partage des coûts jusqu'au 1er janvier de l'année suivante.

Nous ne vous informerons pas directement de ce type de changement pendant l'année en cours. Vous devrez consulter la liste des médicaments pour l'année suivante (lorsque la liste sera disponible au cours de la période d'adhésion ouverte) afin de vérifier si des changements ont été apportés aux médicaments que vous prenez et vous concerneront au cours de la prochaine année de couverture.

---

**SECTION 7 Quels types de médicaments ne sont pas couverts par le régime ?**

---

**Section 7.1 Types de médicaments que nous ne couvrons pas**

Cette section vous indique quels types de médicaments sur ordonnance sont exclus. Cela signifie que Medicare ne paie pas pour ces médicaments.

Si vous faites appel et qu'il s'avère que le médicament demandé n'est pas exclu en vertu de la partie D, nous le paierons ou le couvrirons. (Pour plus d'informations sur l'appel d'une décision, reportez-vous au chapitre 8). Si le médicament exclu par notre régime est également exclu par Medicaid, vous devez le payer vous-même.

Voici trois règles générales concernant les médicaments que les régimes Medicare ne couvrent pas dans le cadre de la partie D :

- La couverture des médicaments de la partie D de notre régime ne peut pas couvrir un médicament qui serait couvert par la partie A ou B de Medicare.
- Notre régime ne peut pas couvrir un médicament acheté en dehors des États-Unis ou de ses territoires.

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

- Notre régime ne couvre pas l'utilisation de médicaments *en dehors de ses indications* approuvées si cette utilisation n'est pas étayée par des références reconnues, telles que l'American Hospital Formulary Service Drug Information et le DRUGDEX Information System de Micromedex. L'utilisation hors indication est toute utilisation du médicament autre que celle indiquée sur l'étiquette du médicament et approuvée par la Food and Drug Administration.

En outre, selon la loi, les catégories de médicaments énumérées ci-dessous ne sont pas couvertes par Medicare. Toutefois, certains de ces médicaments peuvent être couverts par votre couverture de médicaments Medicaid. Pour plus d'informations sur la couverture des médicaments par Medicaid, vous devez contacter les services aux membres ou le bureau Medicaid de votre État (les coordonnées sont indiquées au chapitre 2, section 6).

- Médicaments sans ordonnance (également appelés médicaments en vente libre [OTC])
  - Médicaments utilisés pour favoriser la fertilité
  - Médicaments utilisés pour soulager les symptômes de la toux ou du rhume
  - Médicaments utilisés à des fins cosmétiques ou pour favoriser la pousse des cheveux
  - Vitamines et minéraux délivrés sur ordonnance, à l'exception des vitamines prénatales et des préparations à base de fluorure
  - Médicaments utilisés pour le traitement de la dysfonction sexuelle ou érectile
  - Médicaments utilisés pour le traitement de l'anorexie, de la perte ou de la prise de poids
  - Médicaments délivrés en ambulatoire pour lesquels le fabricant cherche à exiger que les tests ou les services de surveillance associés soient obtenus exclusivement auprès du fabricant en tant que condition de vente

---

**SECTION 8 Exécution d'une ordonnance**

---

**Section 8.1 Fournir vos informations d'affiliation**

Pour faire exécuter votre ordonnance, présentez vos informations d'affiliation au régime figurant sur votre carte d'affiliation à la pharmacie du réseau de votre choix. La pharmacie du réseau facturera automatiquement le régime pour votre médicament.

Vous devez présenter votre New York carte d'affiliation au régime Medicaid pour faire exécuter les ordonnances couvertes par Medicaid.

**Section 8.2 Que se passe-t-il si vous n'avez pas vos informations d'affiliation sur vous ?**

Si vous n'avez pas vos informations d'affiliation sur vous lorsque vous faites exécuter votre ordonnance, vous ou la pharmacie pouvez appeler le régime pour obtenir les informations nécessaires. Vous pouvez également demander à la pharmacie de rechercher les informations relatives à votre affiliation.

Si la pharmacie n'est pas en mesure d'obtenir les informations nécessaires, **vous devrez peut-être payer la totalité du coût de l'ordonnance au moment de récupérer vos médicaments.** (Vous pouvez ensuite nous faire parvenir

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

une **demande de remboursement**. Voir le chapitre 6, section 2 pour plus d'informations sur la procédure de demande de remboursement au régime.)

---

**SECTION 9 Couverture des médicaments de la partie D dans des situations particulières**

---

**Section 9.1 Que se passe-t-il si vous êtes dans un hôpital ou un établissement de soins spécialisés pour un séjour qui est couvert par le régime ?**

Si vous êtes admis dans un hôpital ou un établissement de soins spécialisés pour un séjour qui est couvert par le régime, nous couvrons généralement les coûts de vos médicaments sur ordonnance lors de votre séjour. Une fois que vous aurez quitté l'hôpital ou l'établissement de soins spécialisés, le régime couvrira vos médicaments sur ordonnance tant que les médicaments respectent toutes nos règles en termes de couverture, comme décrit dans ce chapitre.

**Section 9.2 Que se passe-t-il si vous êtes résident d'un établissement de soins de longue durée (LTC) ?**

En général, un établissement de soins de longue durée (LTC) (tel qu'une maison de soins) possède sa propre pharmacie ou fait appel à une pharmacie qui fournit des médicaments à l'ensemble de ses résidents. Si vous résidez dans un établissement LTC, vous pouvez obtenir vos médicaments soumis à prescription auprès de la pharmacie de l'établissement ou de celle qu'il utilise, à condition qu'elle fasse partie de notre réseau.

Consultez votre *annuaire des prestataires/pharmacies* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) pour savoir si la pharmacie de votre établissement LTC ou celle qu'il utilise fait partie de notre réseau. Si ce n'est pas le cas, ou si vous avez besoin de plus d'informations ou d'aide, veuillez contacter les services aux membres. Si vous résidez dans un établissement LTC, nous devons nous assurer que vous êtes en mesure de recevoir régulièrement les prestations de la partie D par l'intermédiaire de notre réseau de pharmacies LTC.

**Que se passe-t-il si vous résidez dans un établissement de soins de longue durée (LTC) et que vous avez besoin d'un médicament qui ne figure pas sur notre liste de médicaments ou qui fait l'objet d'une restriction quelconque ?**

Veuillez vous reporter à la section 5.2 concernant un approvisionnement temporaire ou d'urgence.

**Section 9.3 Que se passe-t-il si vous êtes dans un centre de soins palliatifs ?**

Le centre de soins palliatifs et notre régime ne couvrent pas le même médicament en même temps. Si vous bénéficiez des services de soins palliatifs de Medicare et que vous avez besoin de certains médicaments (par exemple, des anti-nauséux, des laxatifs, des analgésiques ou des anxiolytiques) qui ne sont pas couverts par votre centre de soins palliatifs parce qu'ils ne sont pas liés à votre maladie en phase terminale et aux maladies associées, notre régime doit recevoir une notification du prescripteur ou de votre centre de soins palliatifs indiquant que le médicament en question n'est pas lié à votre maladie avant que notre régime puisse le couvrir. Pour éviter tout retard dans l'obtention de ces médicaments qui devraient être couverts par notre régime, demandez à votre prestataire de soins palliatifs ou à votre prescripteur de fournir un avis avant que votre ordonnance ne soit exécutée.

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

Si vous décidez de ne plus bénéficier des soins palliatifs ou si vous quittez l'établissement de soins palliatifs, notre régime devrait couvrir vos médicaments comme expliqué dans ce document. Pour éviter tout retard à la pharmacie lorsque votre prestation de soins palliatifs Medicare prend fin, apportez à la pharmacie les documents attestant de la révocation ou de la sortie du centre de soins palliatifs.

**SECTION 10 Programmes sur la sécurité et la gestion des médicaments****Section 10.1 Programmes destinés à aider les membres à utiliser les médicaments en toute sécurité**

Nous effectuons des examens de l'utilisation des médicaments pour nos membres afin de nous assurer qu'ils reçoivent des soins sûrs et appropriés.

Nous procédons à un examen chaque fois que vous remplissez une ordonnance. Nous examinons également nos dossiers de façon régulière. Au cours de ces examens, nous recherchons des problèmes potentiels tels que :

- d'éventuelles erreurs de médication
- des médicaments qui ne sont peut-être pas nécessaires parce que vous prenez un autre médicament similaire pour traiter la même maladie
- des médicaments qui pourraient ne pas être sûrs ou appropriés en raison de votre âge ou de votre sexe
- certaines combinaisons de médicaments qui pourraient être nocives si elles étaient prises en même temps
- des ordonnances pour des médicaments contenant des ingrédients auxquels vous êtes allergique
- des erreurs possibles dans la quantité (dosage) d'un médicament que vous prenez
- des quantités dangereuses d'analgésiques opioïdes

Si nous constatons un problème potentiel dans votre médication, nous collaborerons avec votre prestataire de soins pour y remédier.

**Section 10.2 Programme de gestion des médicaments (DMP) pour aider les membres à utiliser leurs médicaments opioïdes en toute sécurité**

Nous disposons d'un programme qui permet de s'assurer que les membres utilisent en toute sécurité les opioïdes sur ordonnance et d'autres médicaments fréquemment consommés de manière abusive. Ce programme porte le nom de « programme de gestion des médicaments (DMP) ». Si vous utilisez des médicaments opioïdes que vous vous procurez auprès de plusieurs prescripteurs ou pharmacies, ou si vous avez récemment fait une overdose d'opioïdes, nous pourrions nous entretenir avec vos prescripteurs pour nous assurer que votre utilisation de médicaments opioïdes est appropriée et nécessaire d'un point de vue médical. En collaboration avec vos prescripteurs, si nous décidons que votre utilisation d'opioïdes ou de benzodiazépines sur ordonnance n'est pas sûre, nous pouvons limiter la façon dont vous pouvez obtenir ces médicaments. Si nous vous intégrons dans notre DMP, les limitations peuvent être les suivantes :

- exiger que vous obteniez toutes vos ordonnances de médicaments opioïdes ou de benzodiazépines auprès d'une ou de plusieurs pharmacies déterminées
- exiger que vous obteniez toutes vos ordonnances de médicaments opioïdes ou de benzodiazépines auprès d'un ou de plusieurs prescripteurs donnés

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

- limiter la quantité de médicaments opioïdes ou de benzodiazépines que nous couvrirons

Si nous prévoyons de limiter la manière dont vous pouvez obtenir ces médicaments ou la quantité que vous pouvez recevoir, nous vous enverrons une lettre à l'avance. Cette lettre vous indiquera si nous limiterons la couverture de ces médicaments ou si vous devrez obtenir les ordonnances pour ces médicaments uniquement auprès d'un prescripteur ou d'une pharmacie spécifique. Vous aurez la possibilité de nous indiquer les prescripteurs ou les pharmacies de votre choix, ainsi que toute autre information que vous jugerez importante de nous communiquer. Après vous avoir donné la possibilité de répondre, si nous décidons de limiter votre couverture pour ces médicaments, nous vous enverrons une autre lettre confirmant la limitation. Si vous pensez que nous avons commis une erreur ou si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision ou avec la limitation, vous et votre prescripteur avez le droit de faire appel. En cas d'appel, nous réexaminerons votre dossier et vous communiquerons une nouvelle décision. Si nous continuons à refuser toute partie de votre demande liée aux limitations qui s'appliquent à votre accès aux médicaments, nous transmettrons automatiquement votre dossier à un examinateur indépendant extérieur à notre régime. Voir le chapitre 9 pour plus d'informations sur la procédure d'appel.

Vous ne serez pas intégré à notre DMP si vous souffrez de certaines pathologies, telles qu'une douleur liée à un cancer ou une drépanocytose, si vous recevez des soins palliatifs ou un accompagnement en fin de vie, ou si vous vivez dans un établissement de soins de longue durée.

**Section 10.3 Programme de gestion des médicaments (MTM) pour aider les membres à gérer leurs médicaments**

Nous disposons d'un programme qui peut aider nos membres ayant des besoins de santé complexes. Il est intitulé « programme de gestion de la pharmacothérapie (MTM) ». Ce programme est volontaire et gratuit. Il a été mis au point par une équipe de pharmaciens et de médecins pour nous aider à faire en sorte que nos membres tirent le meilleur parti des médicaments qu'ils prennent.

Certains membres souffrant de maladies chroniques spécifiques et ayant des médicaments dont les coûts dépassent un certain seuil, ou participant à un programme de gestion des médicaments pour une utilisation sécurisée des opioïdes, peuvent bénéficier de services dans le cadre d'un programme de gestion des thérapies médicamenteuses (MTM). Si vous êtes admissible au programme, un pharmacien ou un autre professionnel de la santé procédera à un examen complet de tous vos médicaments. Au cours de cet examen, vous pourrez parler de vos médicaments, de leurs coûts et de tous les problèmes ou questions que vous vous posez au sujet de vos ordonnances et de vos médicaments en vente libre. Vous recevrez un résumé écrit contenant une liste de tâches recommandées qui comprend les étapes à suivre pour obtenir les meilleurs résultats avec vos médicaments. Vous recevrez également une liste de médicaments qui comprendra l'ensemble de vos médicaments, la quantité que vous prenez, ainsi que le moment et la raison de la prise de ces médicaments. En outre, les membres du programme MTM recevront des informations sur l'élimination en toute sécurité des médicaments sur ordonnance qui sont des substances contrôlées.

Il est conseillé de parler à votre médecin de la liste des tâches recommandées et de la liste des médicaments. Apportez le résumé avec vous lors de votre visite ou à chaque fois que vous vous entretenez avec vos médecins, pharmaciens et autres prestataires de soins de santé. Gardez également votre liste de médicaments à jour et sur vous (par exemple, avec votre carte d'identité) au cas où vous vous rendriez à l'hôpital ou aux urgences.

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

Si nous disposons d'un programme qui répond à vos besoins, nous vous y inscrirons automatiquement et vous enverrons des informations. Si vous décidez de ne pas y participer, veuillez nous en informer et nous vous retirerons du programme. Si vous avez des questions sur ce programme, veuillez contacter les services aux membres.

**SECTION 11 Nous vous envoyons des rapports indiquant les paiements effectués pour vos médicaments et la phase de paiement dans laquelle vous vous trouvez****Section 11.1 Nous vous envoyons un résumé mensuel appelé « Part D Explanation of Benefits » (Explication des prestations de la partie D)**

Notre régime suit les coûts de vos médicaments sur ordonnance et les paiements que vous avez effectués lorsque vous faites remplir ou renouveler vos ordonnances à la pharmacie. Nous pouvons ainsi vous indiquer quand vous êtes passé d'une étape de paiement de médicaments à l'autre. Nous suivons en particulier deux types de coûts :

- Nous suivons le montant que vous avez payé. C'est ce qu'on appelle vos **dépenses non remboursées**.
- Nous suivons le **coût total de vos médicaments**. Il s'agit du montant que vous payez de votre poche ou que d'autres personnes payent en votre nom, plus le montant payé par le régime.

Si vous avez fait exécuter une ou plusieurs ordonnances dans le cadre du régime au cours du mois précédent, nous vous enverrons une EOB de la partie D. L'EOB de la partie D comprend :

- **Les informations pour le mois en question.** Ce rapport fournit les détails du paiement des ordonnances que vous avez exécutées au cours du mois précédent. Il indique le coût total des médicaments, ce que le régime a payé et ce que vous et d'autres personnes en votre nom ont payé.
- **Les totaux pour l'année écoulée depuis le 1er janvier.** Il s'agit des informations cumulées depuis le début de l'année. Elles indiquent le coût total des médicaments et le total des paiements effectués pour vos médicaments depuis le début de l'année.
- **Informations sur le prix des médicaments.** Ces informations indiquent le prix total des médicaments, ainsi que les augmentations de prix par rapport à la première exécution pour chaque ordonnance de même quantité.
- **Les ordonnances de substitution disponibles à moindre coût.** Il s'agit d'informations sur les autres médicaments disponibles avec une participation aux coûts moins élevée pour chaque demande d'ordonnance.

**Section 11.2 Aidez-nous à tenir à jour nos informations sur le paiement de vos médicaments**

Pour suivre les coûts de vos médicaments et les paiements que vous effectuez pour les médicaments, nous utilisons les dossiers fournis par les pharmacies. Voici comment vous pouvez nous aider à faire en sorte que les informations vous concernant soient correctes et à jour :

- **Présentez votre carte d'affilié chaque fois que vous faites exécuter une ordonnance.** Cela nous permet de nous assurer que nous connaissons bien vos ordonnances et ce que vous payez.
- **Assurez-vous que nous disposons des informations dont nous avons besoin.** Il peut arriver que vous payiez la totalité du coût d'un médicament sur ordonnance. Dans ces cas, nous n'obtiendrons pas automatiquement les informations dont nous avons besoin pour suivre vos dépenses non remboursées. Pour

**Chapitre 5 Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments sur ordonnance de la partie D**

nous aider à suivre vos dépenses non remboursées, donnez-nous des copies de vos reçus. Voici quelques exemples de cas où vous devez nous fournir des copies de vos reçus de médicaments :

- lorsque vous achetez un médicament couvert dans une pharmacie du réseau à un prix spécial ou en utilisant une carte de réduction qui ne fait pas partie des prestations de notre régime
- lorsque vous avez payé un ticket modérateur pour des médicaments fournis dans le cadre d'un programme d'assistance aux patients mis en place par un fabricant de médicaments
- chaque fois que vous avez acheté des médicaments couverts dans des pharmacies hors réseau ou que vous avez payé le prix total d'un médicament couvert dans des circonstances particulières

Si un médicament couvert vous est facturé, vous pouvez demander à notre régime de payer notre participation aux coûts. Pour savoir comment procéder, reportez-vous au chapitre 6, section 2.

- **Transmettez-nous des informations sur les paiements que d'autres personnes ont effectués pour vous.** Les paiements effectués par certaines autres personnes ou organisations sont également pris en compte dans le calcul de vos dépenses non remboursées. Par exemple, les paiements effectués par un programme d'assistance aux médicaments contre le sida (ADAP), le Indian Health Service (Service de santé aux autochtones) et la plupart des organisations caritatives sont pris en compte dans le calcul de vos dépenses non remboursées. Gardez une trace de ces paiements et envoyez-les nous pour que nous puissions suivre vos coûts.
- **Vérifiez le rapport écrit que nous vous envoyons.** Lorsque vous recevez l'EOB de la partie D, vérifiez que les informations sont complètes et correctes. Si vous pensez qu'il manque quelque chose ou si vous avez des questions, veuillez appeler les services aux membres. Les membres du régime peuvent accéder à leurs EOB en ligne sur [Caremark.com](https://www.caremark.com). Veillez à conserver ces rapports.

## CHAPITRE 6:

*Nous demander de payer une facture que vous avez reçue pour les services médicaux ou les médicaments couverts*

FEMVA

**Chapitre 6 Nous demander de payer une facture que vous avez reçue pour les services médicaux ou les médicaments couverts****SECTION 1 Situations dans lesquelles vous devez nous demander de payer les services ou médicaments couverts**

Les prestataires de notre réseau facturent directement au régime les services et les médicaments couverts - vous ne devriez pas recevoir de facture pour les services ou les médicaments couverts. Si vous recevez une facture pour des soins médicaux ou des médicaments que vous avez reçus, vous devez nous l'envoyer pour que nous puissions la payer. Lorsque vous nous envoyez la facture, nous l'examinons et décidons si les services et médicaments doivent être couverts. Si nous décidons qu'ils sont couverts, nous paierons directement le prestataire.

**Si vous avez déjà payé pour un produit ou un service Medicare couvert par le régime**, vous pouvez demander à notre régime de vous **rembourser**. Vous avez le droit d'être remboursé par notre régime chaque fois que vous avez payé des services médicaux ou des médicaments couverts par notre régime. Il peut y avoir des délais à respecter pour être remboursé. Veuillez vous reporter à la section 2 de ce chapitre. Lorsque vous nous envoyez une facture que vous avez déjà payée, nous l'examinons et décidons si les services ou les médicaments doivent être couverts. Si nous décidons qu'ils doivent être couverts, nous vous rembourserons les services ou les médicaments.

Il peut également arriver que vous receviez d'un prestataire une facture correspondant au coût total des soins médicaux que vous avez reçus, voire à un montant supérieur à votre part de participation aux coûts, comme indiqué dans le document. Si tel est le cas, essayez d'abord de résoudre le problème de facturation avec le prestataire. Si cela ne fonctionne pas, envoyez-nous la facture au lieu de la payer. Nous examinerons la facture et déciderons si les services doivent être couverts. Si nous décidons qu'ils sont couverts, nous paierons directement le prestataire. Si nous décidons de ne pas les couvrir, nous en informerons le prestataire. Vous ne devez jamais payer plus que la participation aux coûts autorisée par le régime. Si ce prestataire est sous contrat, vous conservez le droit d'être soigné.

Voici des exemples de situations dans lesquelles vous pouvez être amené à demander à notre régime de vous rembourser ou de payer une facture que vous avez reçue :

**1. lorsque vous avez reçu des soins médicaux urgents ou nécessaires d'urgence d'un prestataire qui ne fait pas partie du réseau de notre régime.**

Vous pouvez recevoir des soins d'urgence de n'importe quel prestataire, qu'il fasse ou non partie de notre réseau. Dans ce cas, demandez au prestataire de facturer le régime.

- Si vous payez vous-même la totalité du montant au moment où vous recevez les soins, demandez-nous de vous rembourser. Envoyez-nous la facture, accompagnée des justificatifs des paiements que vous avez effectués.
- Il se peut que vous receviez une facture du prestataire vous demandant de payer un montant que vous pensez ne pas devoir. Envoyez-nous cette facture, accompagnée des justificatifs des paiements que vous avez déjà effectués.
  - Si un montant est dû au prestataire, nous le paierons directement.
  - Si vous avez déjà payé le service, nous vous rembourserons.

**2. Lorsqu'un prestataire du réseau vous envoie une facture que vous pensez ne pas devoir payer**

Les prestataires du réseau doivent toujours facturer directement le régime. Toutefois, il arrive qu'ils commettent des erreurs et qu'ils vous demandent de payer pour leurs services.

## **Chapitre 6 Nous demander de payer une facture que vous avez reçue pour les services médicaux ou les médicaments couverts**

---

- Lorsque vous recevez une facture d'un prestataire du réseau, envoyez-nous la facture. Nous contacterons directement le prestataire et résoudrons le problème de facturation.
- Si vous avez déjà payé une facture à un prestataire du réseau, envoyez-nous la facture accompagnée des justificatifs de tout paiement effectué. Vous devez nous demander de vous rembourser les services couverts.

### **3. Si vous êtes affilié rétroactivement à notre régime**

Il arrive que l'affiliation d'une personne au régime soit rétroactive. (Cela signifie que le premier jour de l'affiliation est déjà passé. La date d'affiliation peut même remonter à l'année précédente).

Si vous avez été affilié rétroactivement à notre régime et que vous avez payé de votre poche des services ou des médicaments couverts après votre date d'affiliation, vous pouvez nous demander un remboursement. Vous devrez nous fournir des documents tels que des reçus et des factures pour que nous puissions procéder au remboursement.

### **4. Lorsque vous vous rendez dans une pharmacie hors réseau pour faire exécuter une ordonnance**

Si vous vous rendez dans une pharmacie hors réseau, il se peut que celle-ci ne soit pas en mesure de nous adresser directement la demande de remboursement. Dans ce cas, vous devrez payer l'intégralité du coût de votre ordonnance.

Conservez votre reçu et envoyez-nous une copie lorsque vous demandez un remboursement. N'oubliez pas que nous ne couvrons les pharmacies hors réseau que dans des cas limités. Voir le chapitre 5, section 2.5, pour en savoir plus sur ces circonstances. Nous pourrions ne pas vous rembourser la différence entre ce que vous avez payé pour le médicament à la pharmacie hors réseau et le montant que nous aurions pris en charge dans une pharmacie du réseau.

### **5. Si vous payez le coût total d'une ordonnance parce que vous n'avez pas votre carte d'affilié au régime sur vous**

Si vous n'avez pas votre carte d'affilié sur vous, vous pouvez demander à la pharmacie d'appeler le régime ou de rechercher les informations relatives à votre affiliation. Toutefois, si la pharmacie ne peut pas obtenir immédiatement les informations dont elle a besoin, vous devrez peut-être payer vous-même le coût total de l'ordonnance. Conservez votre reçu et envoyez-nous une copie lorsque vous demandez un remboursement. Nous pourrions ne pas vous rembourser l'intégralité du montant que vous avez payé si le prix en espèces que vous avez réglé dépasse notre prix négocié pour l'ordonnance.

### **6. Lorsque vous payez le coût total d'une ordonnance dans d'autres situations**

Il se peut que vous deviez payer le coût total de l'ordonnance parce que vous constatez que le médicament n'est pas couvert pour une raison ou pour une autre.

- Par exemple, le médicament ne figure peut-être pas sur la liste des médicaments du régime ou il peut être soumis à une exigence ou à une restriction dont vous n'étiez pas au courant ou que vous ne pensez pas être applicable à votre cas. Si vous souhaitez obtenir le médicament immédiatement, il se peut que vous deviez en payer le coût total.
- Conservez votre reçu et envoyez-nous une copie lorsque vous demandez un remboursement. Dans certains cas, il se peut que nous devions obtenir davantage d'informations de la part de votre médecin pour pouvoir vous rembourser le médicament. Nous pourrions ne pas vous rembourser l'intégralité du montant que vous avez payé si le prix en espèces que vous avez réglé dépasse notre prix négocié pour l'ordonnance.

## **Chapitre 6 Nous demander de payer une facture que vous avez reçue pour les services médicaux ou les médicaments couverts**

---

Lorsque vous nous envoyez une demande de paiement, nous l'examinons et décidons si le service ou le médicament doit être couvert. C'est ce qu'on appelle prendre une décision de couverture. Si nous décidons que le service ou le médicament doit être couvert, nous le rembourserons. Si nous refusons votre demande de paiement, vous pouvez faire appel de notre décision. Vous trouverez au chapitre 8 de ce document des informations sur la procédure d'appel.

---

### **SECTION 2 Comment nous demander de vous rembourser ou de payer une facture que vous avez reçue**

---

Vous pouvez nous demander de vous rembourser en nous envoyant une demande par écrit. Si vous envoyez une demande par écrit, envoyez votre facture et les justificatifs de tout paiement que vous avez effectué. Il est conseillé de faire une copie de votre facture et de vos reçus pour vos dossiers. **Vous devez nous soumettre votre demande de remboursement dans un délai d'une (1) année civile** à compter de la date à laquelle vous avez reçu le service, le produit ou le médicament.

Pour vous assurer que vous nous fournissez toutes les informations dont nous avons besoin pour prendre une décision, vous pouvez remplir notre formulaire de demande de remboursement pour faire votre demande de paiement.

- Vous n'êtes pas obligé d'utiliser le formulaire, mais cela nous aidera à traiter les informations plus rapidement.
- Vous pouvez télécharger une copie du formulaire sur notre site Web ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) ou appeler les services aux membres et demander le formulaire.

Envoyez-nous votre demande de paiement par la poste, accompagnée des factures ou des reçus payés, à cette adresse :

#### **Remboursements des services médicaux :**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)  
à l'attention de : Medicare Member Services  
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802  
Ou par fax au (310) 507-6186

#### **Remboursement des médicaments sur ordonnance :**

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

---

### **SECTION 3 Nous examinerons votre demande de paiement et nous vous donnerons une réponse positive ou négative**

---

<b>Section 3.1 Nous vérifions si nous devons couvrir le service ou le médicament</b>
--

Lorsque nous recevons votre demande de couverture, nous vous ferons savoir si nous avons besoin d'informations complémentaires. Si ce n'est pas le cas, nous examinerons votre demande et prendrons une décision de couverture.

**Chapitre 6 Nous demander de payer une facture que vous avez reçue pour les services médicaux ou les médicaments couverts**

- Si nous décidons que les soins médicaux ou les médicaments sont couverts et que vous avez suivi toutes les règles, nous paierons pour le service ou le médicament. Si vous avez déjà payé le service ou le médicament, nous vous enverrons le remboursement par courrier. Si vous avez payé le prix total d'un médicament, il est possible que vous ne soyez pas remboursé du montant total. Par exemple, cela peut arriver si vous avez acheté le médicament dans une pharmacie hors réseau ou si le prix que vous avez payé en espèces est supérieur à notre tarif négocié. Si vous n'avez pas encore payé le service ou le médicament, nous enverrons le paiement directement au prestataire.
- Si nous décidons que les soins médicaux ou les médicaments ne sont pas couverts ou que vous n'avez pas respecté toutes les règles, nous ne couvrirons pas les soins ou les médicaments. Nous vous enverrons une lettre expliquant les raisons pour lesquelles nous n'envoyons pas le paiement et les droits dont vous disposez pour faire appel de cette décision.

**Section 3.2 Si nous vous informons que nous ne paierons pas les soins médicaux ou les médicaments, vous pouvez introduire un appel**

Si vous pensez que nous avons commis une erreur en refusant votre demande de paiement ou en fixant le montant que nous payons, vous pouvez faire appel. Si vous faites appel, cela signifie que vous nous demandez de modifier la décision que nous avons prise lorsque nous avons rejeté votre demande de paiement. La procédure d'appel est un processus formel qui comporte des procédures détaillées et des délais importants. Pour plus d'informations sur la procédure d'appel, reportez-vous au chapitre 8 du présent document.

# CHAPITRE 7:

## *Vos droits et responsabilités*

FINALE

---

**SECTION 1 Notre régime doit honorer vos droits et votre culture en tant que membre du régime**

---

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

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des téléimprimeurs ou une connexion TTY (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, de 8 h à 20 h, heure locale. Pour les utilisateurs de 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.

**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, etc.)**

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

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

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

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

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

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

<b>節 1.1</b>	<b>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)</b>
--------------	---

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。

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

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).

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

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.

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

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.

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

**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 и т. д.).**

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 навыками чтения и нарушениями слуха или с различными культурными и этническими особенностями. 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 con conoscenza della lingua inglese limitata, capacità di lettura limitate, incapacità uditiva o quelli con diversi background culturali ed etnici. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

gratuitement 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.

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

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

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

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

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

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



**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

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

אויב פֿאַר א וויידער אין דעם פלאן נעץ פֿאַר א ספֿעציאליסט זענען נישט פֿאַראנען, עס איז די פֿאַר אַ נטוואַרטלעכקייט פון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאליסט פֿאַר א וויידער אַ רויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿאַר אַ, אייך וועט בלויז באַצאָלן אין-נעץ קאָסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וווּ עס זענען קיין ספֿעציאליסט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאַרמאַציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאָסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפּליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאַווויאָטור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 833-0440-671, 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 אַפּפּיסע פֿאַר סיוויל רעכט (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 אַ דער TTY 1-800-537-7697.

<b>Sekcja 1.1</b>	<b>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.)</b>
-------------------	---

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

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

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

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

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

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités****Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking titik, o ibang kahaliling mga format, atbp.)**

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

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ang plano namin na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking titik, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. 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 serbisyonang 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 pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

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

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

আমাদের প্ল্যানের, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরামর্শ দেওয়া হয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে বরহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বক্লিপ ফর্ম্যাটে কোনো খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদের আপনাকে প্ল্যানের সুবিধাগুলির সম্পর্কে এমন একটি ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায় আমাদের থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরামর্শদাতার সাথে কথা বলুন।

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

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

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যানের বিস্তারিত তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুক্রবার স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত 8টার মধ্যে সদস্য পরামর্শে অভিযোগ দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কথা বলুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কথা বলুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কথা করে Medicare-এর কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কথা করে সভিল রাইটস অফিসে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

<b>Seksioni 1.1</b>	<b>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.)</b>
---------------------	---

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

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. 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 grave të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë te një specialist i shëndetit të gruas brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit shëndetësor për gratë.

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

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (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 συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)**

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

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

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

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

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

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

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود

## Chapitre 7 Vos droits et responsabilités

مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسائی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحدید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

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

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

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں جہاں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروسز کو کور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروسز کو اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک پر حاصل کرنے کے لیے کہاں جائیں۔

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

### Section 1.2 Nous devons veiller à ce que vous ayez accès en temps voulu aux services et médicaments couverts

Vous avez le droit de choisir un prestataire de soins primaires (PCP) dans le réseau du régime pour fournir et organiser vos services couverts. Vous avez également le droit de consulter un spécialiste de la santé des femmes (tel qu'un gynécologue) sans recommandation.

Vous avez le droit d'obtenir des rendez-vous et des services couverts par le réseau de prestataires du régime *dans un délai raisonnable*. Cela inclut le droit d'obtenir des services de spécialistes en temps voulu lorsque vous avez besoin de ces soins. Vous avez également le droit de faire exécuter ou renouveler vos ordonnances dans l'une des pharmacies de notre réseau dans des délais raisonnables.

Si vous pensez que vous ne recevez pas vos soins médicaux ou les médicaments de la partie D dans un délai raisonnable, le chapitre 8 vous indique ce que vous pouvez faire.

### Section 1.3 Nous devons protéger la confidentialité de vos informations de santé personnelles

Les lois fédérales et nationales protègent la confidentialité de vos dossiers médicaux et de vos informations de santé personnelles. Nous protégeons vos informations de santé personnelles conformément à ces lois.

- Ces informations comprennent les **renseignements personnels** que vous nous avez communiqués lors de votre affiliation à ce régime, ainsi que votre dossier médical et d'autres informations médicales et de santé.

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

---

- Vous avez des droits relatifs à vos informations et au contrôle de l'utilisation de vos informations de santé. Nous vous remettons un avis écrit, appelé *avis sur les pratiques de confidentialité*, qui vous informe de ces droits et vous explique comment nous protégeons la confidentialité de vos informations de santé.

**Comment protégeons-nous la confidentialité de vos informations de santé ?**

- Nous veillons à ce que les personnes non autorisées ne puissent pas consulter ou modifier vos dossiers.
- Sauf dans les cas mentionnés ci-dessous, si nous avons l'intention de communiquer des informations sur votre santé à une personne qui ne vous soigne pas ou qui ne paie pas pour vos soins, *nous devons d'abord obtenir votre autorisation écrite ou celle d'une personne à qui vous avez donné le pouvoir légal de prendre des décisions en votre nom.*
- Il existe certaines exceptions pour lesquelles nous ne sommes pas tenus d'obtenir votre autorisation écrite au préalable. Ces exceptions sont autorisées ou exigées par la loi.
  - Nous sommes tenus de communiquer des informations sur la santé à des organismes gouvernementaux qui contrôlent la qualité des soins.
  - Étant donné que vous êtes affilié à notre régime par l'intermédiaire de Medicare, nous sommes tenus de communiquer à Medicare les informations relatives à votre santé, y compris les informations concernant vos médicaments sur ordonnance dans le cadre de la partie D. Si Medicare divulgue vos informations à des fins de recherche ou autres, cela se fera conformément aux lois et règlements fédéraux ; en général, cela implique que les informations qui vous identifient de manière unique ne soient pas partagées.

**Vous pouvez consulter les informations contenues dans vos dossiers et savoir comment elles ont été partagées avec des tiers.**

Vous avez le droit de consulter vos dossiers médicaux détenus dans le cadre du régime et d'en obtenir une copie. Nous sommes autorisés à vous facturer des frais pour les copies. Vous avez également le droit de nous demander d'apporter des ajouts ou des corrections à votre dossier médical. Dans ce cas, nous collaborerons avec votre prestataire de soins de santé pour décider si les modifications doivent être apportées.

Vous avez le droit de savoir comment les informations relatives à votre santé ont été partagées avec des tiers à des fins non habituelles.

Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant la confidentialité de vos informations médicales personnelles, veuillez appeler les services aux membres.

**AVIS SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ DE SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.****CET AVIS DÉCRIT COMMENT LES INFORMATIONS MÉDICALES VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET DIVULGUÉES ET COMMENT VOUS POUVEZ AVOIR ACCÈS À CES INFORMATIONS. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT.**

Senior Whole Health of New York, Inc. exerçant ses activités sous le nom de « Senior Whole Health by Molina Healthcare » (« Senior Whole Health », « nous » ou « notre ») utilise et partage des informations médicales protégées vous concernant afin de vous fournir des prestations de santé en tant que membre de Senior Whole Health. Nous utilisons et partageons vos informations pour mener à bien le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé. Nous utilisons et partageons également vos informations pour d'autres raisons autorisées et requises par la loi. Nous avons le devoir de préserver la confidentialité de vos informations de santé et de respecter les termes du présent avis. La date d'entrée en vigueur du présent avis est le 1er octobre 2021.

## Chapitre 7 Vos droits et responsabilités

---

**PHI** signifie « informations de santé protégées ». Les PHI sont des informations de santé qui comprennent votre nom, votre numéro de membre ou d'autres identifiants, et qui sont utilisées ou communiquées par Senior Whole Health.

### **Pourquoi Senior Whole Health utilise-t-elle ou communique-t-elle vos PHI ?**

Nous utilisons ou communiquons vos PHI pour vous fournir des prestations de soins de santé. Vos PHI sont utilisées ou communiquées à des fins de traitement, de paiement et de gestion des soins de santé.

#### **Pour le traitement**

Senior Whole Health peut utiliser ou communiquer vos PHI pour vous fournir des soins médicaux ou les organiser. Ce traitement comprend également les recommandations entre vos médecins ou d'autres prestataires de soins de santé. Par exemple, nous pouvons partager des informations sur votre état de santé avec un spécialiste. Cela permet au spécialiste de parler de votre traitement avec votre médecin.

#### **Pour le paiement**

Senior Whole Health peut utiliser ou communiquer des PHI pour prendre des décisions en matière de paiement. Il peut s'agir de demandes de remboursement, d'approbations de traitement et de décisions concernant les besoins médicaux. Votre nom, votre état de santé, votre traitement et les fournitures données peuvent être inscrits sur la facture. Par exemple, nous pouvons informer un médecin que vous bénéficiez de nos prestations. Dans ce cas, nous lui indiquons également le montant de la facture que nous sommes prêts à payer.

#### **Pour les opérations de soins de santé**

Senior Whole Health peut utiliser ou communiquer des PHI vous concernant pour gérer notre régime de santé. Par exemple, nous pouvons utiliser les informations contenues dans votre demande de remboursement pour vous informer d'un programme de santé qui pourrait vous aider. Nous pouvons également utiliser ou communiquer vos PHI pour résoudre les problèmes des membres. Vos PHI peuvent également être utilisées pour s'assurer que les demandes de remboursement sont payées correctement.

Les opérations de soins de santé impliquent de nombreux besoins commerciaux quotidiens. Il s'agit notamment des éléments suivants :

- amélioration de la qualité ;
- actions dans le cadre de programmes de santé visant à aider les membres souffrant de certaines maladies (telles que l'asthme) ;
- réalisation ou organisation d'un examen médical ;
- services juridiques, y compris les programmes de détection des fraudes et des abus et les poursuites judiciaires ;
- actions visant à nous aider à respecter les lois ;
- répondre aux besoins des membres, y compris résoudre les plaintes et les griefs.

Nous communiquerons vos PHI à d'autres sociétés (« **associés commerciaux** ») qui effectuent différents types d'activités pour notre régime de santé. Nous pouvons également utiliser vos PHI pour vous rappeler vos rendez-vous. Nous pouvons utiliser vos PHI pour vous donner des informations sur d'autres traitements ou d'autres prestations et services liés à la santé.

### **Quand Senior Whole Health peut-elle utiliser ou communiquer vos PHI sans obtenir votre autorisation écrite (approbation) ?**

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

---

Outre le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé, la loi autorise ou exige que Senior Whole Health utilise et communique vos PHI à plusieurs autres fins, notamment les suivantes :

**Exigence de la loi**

Nous utiliserons ou partagerons les informations vous concernant comme l'exige la loi. Nous communiquerons vos PHI lorsque le secrétaire du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux, HHS) l'exigera. Cela peut être dans le cadre d'une procédure judiciaire ou d'un autre examen juridique, ou à des fins d'application de la loi.

**Santé publique**

Vos PHI peuvent être utilisées ou communiquées dans le cadre d'activités de santé publique. Il peut s'agir d'aider les organismes de santé publique à prévenir ou à contrôler les maladies.

**Surveillance des soins de santé**

Vos PHI peuvent être utilisées par des agences gouvernementales ou communiquées à celles-ci. Elles peuvent avoir besoin de vos PHI pour des audits.

**Recherche**

Vos PHI peuvent être utilisées ou communiquées à des fins de recherche dans certains cas, par exemple en cas d'approbation par un comité de protection de la vie privée ou des personnes.

**Procédures judiciaires ou administratives**

Vos PHI peuvent être utilisées ou communiquées dans le cadre d'une procédure judiciaire, par exemple en réponse à une décision de justice.

**Application de la loi**

Vos PHI peuvent être utilisées ou communiquées à la police à des fins d'application de la loi, par exemple pour aider à trouver un suspect, un témoin ou une personne disparue.

**Santé et sécurité**

Vos PHI peuvent être communiquées afin de prévenir une menace sérieuse pour la santé ou la sécurité publique.

**Fonctions gouvernementales**

Vos PHI peuvent être communiquées au gouvernement pour des fonctions spéciales. Il peut s'agir, par exemple, de protéger le président.

**Victimes d'abus, de négligence ou de violence domestique**

Vos PHI peuvent être partagées avec les autorités légales si nous pensons qu'une personne est victime d'abus ou de négligence.

**Indemnisation des travailleurs**

Vos PHI peuvent être utilisées ou communiquées dans le cadre du respect des lois sur l'indemnisation des accidents du travail.

**Autres divulgations**

Vos PHI peuvent être communiquées à des entreprises de pompes funèbres ou à des médecins légistes pour les aider à faire leur travail.

**Quand Senior Whole Health a-t-elle besoin de votre autorisation écrite (approbation) pour utiliser ou communiquer vos PHI ?**

Senior Whole Health a besoin de votre autorisation écrite pour utiliser ou communiquer vos PHI à des fins autres que celles énumérées dans le présent avis. Senior Whole Health a besoin de votre autorisation avant de divulguer

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

---

vos PHI dans les cas suivants : (1) la plupart des utilisations et divulgations de notes de psychothérapie ; (2) les utilisations et divulgations à des fins de marketing ; et (3) les utilisations et divulgations qui impliquent la vente de PHI. Vous avez la possibilité d'annuler une approbation écrite que vous nous avez donnée. Votre annulation ne s'appliquera pas aux actions que nous avons déjà entreprises en raison de l'approbation donnée.

**Quels sont vos droits en matière d'information de santé ?**

Vous avez le droit de :

- **Demander des restrictions sur l'utilisation ou la divulgation des PHI (partage de vos PHI)**

Vous pouvez nous demander de ne pas communiquer vos PHI dans le cadre d'un traitement, d'un paiement ou d'opérations de soins de santé. Vous pouvez également nous demander de ne pas communiquer vos PHI à votre famille, à vos amis ou à d'autres personnes de votre choix qui sont impliquées dans vos soins de santé. Toutefois, nous ne sommes pas tenus d'accéder à votre demande. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser le formulaire de Senior Whole Health pour présenter votre demande.

- **Demander des communications confidentielles des PHI**

Vous pouvez demander à Senior Whole Health de vous communiquer vos PHI d'une certaine manière ou à un certain endroit afin de préserver la confidentialité de vos PHI. Nous donnerons suite aux demandes raisonnables, si vous nous expliquez comment la communication de la totalité ou d'une partie de ces PHI pourrait mettre votre vie en danger. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser le formulaire de Senior Whole Health pour présenter votre demande.

- **Consulter et obtenir une copie de vos PHI**

Vous avez le droit de consulter et d'obtenir une copie de vos PHI que nous détenons. Il peut s'agir de dossiers utilisés pour prendre des décisions en matière de couverture, de demandes de remboursement et autres en tant que membre de Senior Whole Health. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser le formulaire de Senior Whole Health pour présenter votre demande. Nous pouvons vous facturer des frais raisonnables pour la copie et l'envoi des documents. Dans certains cas, nous pouvons refuser la demande. Remarque importante : Nous ne disposons pas de copies complètes de vos dossiers médicaux. Si vous souhaitez consulter, obtenir une copie ou modifier votre dossier médical, veuillez contacter votre médecin ou votre clinique.

- **Modifier vos PHI**

Vous pouvez nous demander de modifier vos PHI. Cela ne concerne que les dossiers que nous conservons à votre sujet en tant que membre. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser le formulaire de Senior Whole Health pour présenter votre demande. Vous pouvez déposer une lettre exprimant votre désaccord si nous refusons votre demande.

- **Obtenir une reddition de comptes sur les divulgations de PHI (communication de vos PHI)**

Vous pouvez nous demander de vous fournir une liste de certaines parties auxquelles nous avons communiqué vos PHI au cours des six années précédant la date de votre demande. La liste ne comprendra pas les PHI communiquées comme suit :

- pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé ;
- à des personnes au sujet de leurs propres PHI ;
- communication effectuée avec votre autorisation ;
- dans le cadre d'une utilisation ou d'une divulgation autrement autorisée ou requise en vertu de la loi applicable ;
- les PHI divulguées dans l'intérêt de la sécurité nationale ou à des fins de renseignement ; ou
- dans le cadre d'un ensemble limité de données conformément à la loi applicable.

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

---

Nous facturerons des frais raisonnables pour chaque liste si vous demandez cette liste plus d'une fois au cours d'une période de 12 mois. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser le formulaire de Senior Whole Health pour présenter votre demande.

Vous pouvez présenter l'une des demandes énumérées ci-dessus ou obtenir une copie papier de cet avis. Veuillez appeler les services aux membres de Senior Whole Health au numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte Senior Whole Health, 7 jours sur 7, de 8 heures à 20 heures, heure locale. Pour les utilisateurs de TTY, veuillez appeler le 711.

**Que pouvez-vous faire si vos droits n'ont pas été protégés ?**

Vous pouvez déposer une plainte auprès de Senior Whole Health et du Department of Health and Human Services si vous estimez que vos droits en matière de protection de la vie privée ont été violés. Nous ne prendrons aucune mesure à votre encontre pour avoir déposé une plainte. Vos soins et prestations ne seront en aucun cas modifiés.

Vous pouvez nous adresser une plainte :

**Par téléphone :**

Veillez appeler les services aux membres de Senior Whole Health au numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte Senior Whole Health, 7 jours sur 7, de 8 heures à 20 heures, heure locale. Pour les utilisateurs de TTY, veuillez appeler le 711.

**Par écrit :**

Senior Whole Health  
À l'attention de : Medicare Appeals and Grievances  
Boîte postale 22816  
Long Beach, CA 90801

Vous pouvez déposer une plainte auprès du secrétaire du Department of Health and Human Services sociaux des États-Unis à l'adresse suivante :

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 (ATS); (202) 619-3818 (FAX)

**Quelles sont les responsabilités de Senior Whole Health ?**

Senior Whole Health est tenue de :

- préserver la confidentialité de vos PHI ;
- vous fournir des informations écrites, comme les présentes, sur nos obligations et nos pratiques en matière de protection de la vie privée concernant vos PHI ;
- vous fournir un avis en cas de violation de vos PHI non sécurisés ;
- ne pas utiliser ou divulguer vos informations génétiques à des fins de souscription ;
- respecter les conditions du présent avis.

**Le présent avis est susceptible d'être modifié**

**Senior Whole Health se réserve le droit de modifier à tout moment ses pratiques en matière d'information et les conditions du présent avis. Le cas échéant, les nouvelles conditions et pratiques s'appliqueront alors**

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

**à toutes les PHI que nous conservons. Si nous apportons des changements importants, Senior Whole Health publiera l'avis révisé sur son site Web et enverra l'avis révisé, ou des informations sur les modifications importantes et sur la manière d'obtenir l'avis révisé, dans son prochain envoi annuel à ses membres qui sont alors couverts par Senior Whole Health.**

**Coordonnées**

Si vous avez des questions, veuillez contacter le bureau suivant :

**Par téléphone :**

Veuillez appeler les services aux membres de Senior Whole Health au numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte Senior Whole Health, 7 jours sur 7, de 8 heures à 20 heures, heure locale. Pour les utilisateurs de TTY, veuillez appeler le 711.

Vous pouvez obtenir gratuitement ce document dans d'autres formats, par exemple en gros caractères, en braille ou en version audio. Veuillez appeler les services aux membres de Senior Whole Health au numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte Senior Whole Health, 7 jours sur 7, de 8 heures à 20 heures, heure locale. Pour les utilisateurs de TTY, veuillez appeler le 711. L'appel est gratuit.

**Section 1.4 Nous devons vous fournir des informations sur le régime, son réseau de prestataires et les services couverts**

En tant que membre de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous avez le droit d'obtenir plusieurs types d'informations de notre part.

Veuillez appeler les services aux membres si vous souhaitez obtenir l'un des types d'informations suivants :

- **informations sur notre régime.** Il peut s'agir, par exemple, d'informations sur la situation financière du régime.
- **informations sur les prestataires et les pharmacies de notre réseau.** Vous avez le droit d'obtenir des informations sur les qualifications des prestataires et des pharmacies de notre réseau et sur la manière dont nous rémunérons les prestataires de notre réseau.
- **informations sur votre couverture et les règles que vous devez respecter lorsque vous utilisez votre couverture.** Les chapitres 3 et 4 fournissent des informations sur les services médicaux. Le chapitre 5 fournit des informations sur la couverture des médicaments sur ordonnance de la partie D.
- **informations sur les raisons pour lesquelles un service n'est pas couvert et sur ce que vous pouvez faire à ce sujet.** Le chapitre 8 vous explique comment demander une explication écrite sur les raisons pour lesquelles un service médical ou un médicament de la partie D n'est pas couvert ou si votre couverture est restreinte. Le chapitre 8 vous explique également comment nous demander de modifier une décision, à savoir faire appel.

**Section 1.5 Nous devons soutenir votre droit à prendre des décisions concernant vos soins****Vous avez le droit de connaître vos options de traitement et de participer aux décisions concernant vos soins de santé**

Vous avez le droit d'obtenir des informations complètes de la part de vos médecins et autres prestataires de soins de santé. Ces derniers doivent vous expliquer votre état de santé et vos choix de traitement *d'une manière que vous pouvez comprendre.*

## Chapitre 7 Vos droits et responsabilités

---

Vous avez également le droit de participer pleinement aux décisions concernant vos soins de santé. Pour vous aider à prendre des décisions avec vos médecins sur le traitement qui vous convient le mieux, vos droits sont notamment les suivants :

- **Connaître tous les choix qui s'offrent à vous.** Vous avez le droit d'être informé de toutes les options de traitement recommandées pour votre maladie, quel qu'en soit le coût et qu'elles soient ou non couvertes par notre régime. Vous avez également le droit d'être informé des programmes proposés par notre régime pour aider les membres à gérer leurs médicaments et à les utiliser en toute sécurité.
- **Connaître les risques.** Vous avez le droit d'être informé de tous les risques liés à vos soins. Vous devez être informé à l'avance si un soin ou un traitement médical proposé s'inscrit dans le cadre d'une expérience de recherche. Vous avez toujours le choix de refuser tout traitement expérimental.
- **Le droit de dire « non ».** Vous avez le droit de refuser tout traitement recommandé. Cela inclut le droit de quitter un hôpital ou un autre établissement médical, même si votre médecin vous conseille de ne pas le faire. Vous avez également le droit d'arrêter de prendre vos médicaments. Bien entendu, si vous refusez un traitement ou si vous arrêtez de prendre des médicaments, vous acceptez l'entière responsabilité des conséquences qui peuvent en résulter pour votre corps.

### Vous avez le droit de donner des instructions sur ce qui doit être fait si vous n'êtes pas en mesure de prendre des décisions médicales pour vous-même

Il arrive que des personnes soient incapables de prendre elles-mêmes des décisions en matière de soins de santé à la suite d'un accident ou d'une maladie grave. Vous avez le droit de préciser vos souhaits si vous vous trouvez dans cette situation. Ainsi, *si vous le souhaitez*, vous pouvez :

- remplir un formulaire écrit pour donner à **quelqu'un l'autorité légale de prendre des décisions médicales à votre place** si vous n'êtes plus en mesure de le faire vous-même.
- **donner à vos médecins des instructions écrites** sur la manière dont vous souhaitez qu'ils gèrent vos soins médicaux si vous n'êtes plus en mesure de prendre des décisions vous-même.

Les documents juridiques que vous pouvez utiliser pour donner vos instructions à l'avance dans ces situations sont appelés « **directives anticipées** ». Il existe différents types de directives anticipées, qui portent des noms différents. Les documents appelés « **testament de vie** » et « **procuration pour les soins de santé** » sont des exemples de directives anticipées.

Si vous souhaitez utiliser une directive anticipée pour donner vos instructions, voici la marche à suivre :

- **Procurez-vous le formulaire.** Vous pouvez obtenir un formulaire de directive anticipée auprès de votre avocat, d'une assistante sociale ou de certains magasins de fournitures de bureau. Vous pouvez parfois obtenir des formulaires de directives anticipées auprès d'organisations qui fournissent des informations sur Medicare. Vous pouvez également contacter les services aux membres pour demander les formulaires.
- Les formulaires sont également disponibles par le biais d'un lien vers Caring Connections sur notre site Web, et à l'adresse <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/>.
- **Remplissez-le et signez-le.** Peu importe où vous obtenez ce formulaire, n'oubliez pas qu'il s'agit d'un document juridique. Vous devriez envisager de demander à un avocat de vous aider à le préparer.
- **Remettez des copies aux personnes concernées.** Vous devriez remettre une copie du formulaire à votre médecin et à la personne que vous nommez sur le formulaire et qui est autorisée à prendre des décisions à votre place si vous n'êtes pas en mesure de le faire. Vous pouvez également en remettre une copie à des amis proches ou à des membres de votre famille. Conservez une copie à la maison.

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

Si vous savez à l'avance que vous allez être hospitalisé et que vous avez signé une directive anticipée, **apportez-en une copie à l'hôpital.**

- L'hôpital vous demandera si vous avez signé un formulaire de directives anticipées et si vous l'avez sur vous.
- Si vous n'avez pas signé de formulaire de directives anticipées, l'hôpital dispose de formulaires et vous demandera si vous souhaitez en signer un.

**N'oubliez pas que c'est à vous de décider si vous voulez remplir une directive anticipée** (y compris si vous voulez en signer une en cas d'hospitalisation). Conformément à la loi, personne ne peut vous refuser des soins ou faire preuve de discrimination à votre égard en raison du fait que vous avez ou non signé une directive anticipée.

**Que se passe-t-il si vos instructions ne sont pas respectées ?**

Si vous avez signé une directive anticipée et que vous pensez qu'un médecin ou un hôpital n'a pas suivi les instructions qu'elle contenait, vous pouvez déposer une plainte auprès de la ligne téléphonique pour les plaintes du New York State Department of Health (Département de la santé de l'État de New York) au 1-800-206-8125 (ATS 711).

**Section 1.6 Vous avez le droit de déposer des plaintes et de nous demander de reconsidérer les décisions que nous avons prises**

Si vous avez des problèmes, des préoccupations ou des plaintes et que vous devez demander une couverture ou faire appel, le chapitre 8 du présent document indique la marche à suivre. Quoi que vous fassiez - demander une décision de couverture, faire appel ou déposer une plainte - **nous sommes tenus de vous traiter équitablement.**

**Section 1.7 Que pouvez-vous faire si vous pensez être traité injustement ou si vos droits ne sont pas respectés ?****En cas de discrimination, appelez l'Office for Civil Rights (Bureau des droits civils)**

Si vous pensez avoir été traité injustement ou que vos droits n'ont pas été respectés en raison de votre race, de votre handicap, de votre religion, de votre sexe, de votre état de santé, de votre origine ethnique, de vos croyances, de votre âge, de votre orientation sexuelle ou de votre origine nationale, vous devez appeler l'**Office for Civil Rights** du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) au 1-800-368-1019 ou ATS 1-800-537-7697, ou appeler l'Office for Civil Rights de votre région.

**S'agit-il d'autre chose ?**

Si vous pensez avoir été traité injustement ou que vos droits n'ont pas été respectés, et qu'il ne s'agit pas de discrimination, vous pouvez obtenir de l'aide pour résoudre le problème que vous rencontrez :

- Vous pouvez **appeler les services aux membres.**
- Vous pouvez **appeler le SHIP.** Pour plus d'informations, reportez-vous au chapitre 2, section 3.
- **Vous pouvez également appeler Medicare** au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (ATS 1-877-486-2048).

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités****Section 1.8 Comment obtenir plus d'informations sur vos droits**

Vous pouvez obtenir de plus amples informations sur vos droits à plusieurs endroits :

- Vous pouvez **appeler les services aux membres**.
- Vous pouvez **appeler le SHIP**. Pour plus d'informations, reportez-vous au chapitre 2, section 3.
- Vous pouvez contacter **Medicare**.
  - Vous pouvez consulter le site Web de Medicare pour lire ou télécharger la publication *Medicare Rights & Protections*. (Cette publication est disponible à l'adresse suivante : [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
  - Vous pouvez également appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (ATS 1-877-486-2048).

**SECTION 2 Vous avez des responsabilités en tant que membre du régime**

Vous trouverez ci-dessous la liste des choses à faire en tant que membre du régime. Si vous avez des questions, veuillez appeler les services aux membres.

- **Familiarisez-vous avec les services couverts et les règles à suivre pour obtenir ces services.** Utilisez cette attestation de couverture pour savoir ce qui est couvert dans votre cas et les règles que vous devez suivre pour obtenir vos services couverts.
  - Les chapitres 3 et 4 fournissent des informations détaillées sur les services médicaux.
  - Le chapitre 5 donne des détails sur la couverture des médicaments sur ordonnance de la partie D.
- **Si vous bénéficiez de toute autre couverture d'assurance maladie ou de médicaments sur ordonnance en plus de notre régime, vous êtes tenu de nous en informer.** Le chapitre 1 vous explique comment coordonner ces prestations.
- **Dites à votre médecin et aux autres prestataires de soins de santé que vous êtes affilié à notre régime.** Montrez votre carte d'affiliation au régime chaque fois que vous recevez des soins médicaux ou des médicaments sur ordonnance au titre de la partie D.
- **Aidez vos médecins et autres prestataires à vous aider en leur donnant des informations, en leur posant des questions et en assurant le suivi de vos soins.**
  - Pour bénéficier des meilleurs soins, informez vos médecins et autres prestataires de soins de vos problèmes de santé. Suivez les plans de traitement et les instructions convenus entre vous et vos médecins.
  - Assurez-vous que vos médecins connaissent tous les médicaments que vous prenez, y compris les médicaments en vente libre, les vitamines et les compléments alimentaires.
  - Si vous avez des questions, assurez-vous de les poser et d'obtenir une réponse que vous pouvez comprendre.
- **Soyez prévenant.** Nous attendons de tous nos membres qu'ils respectent les droits des autres patients. Nous vous demandons également d'agir de manière à contribuer au bon fonctionnement du cabinet de votre médecin, des hôpitaux et des autres services.
- **Payez votre dû.** En tant que membre du régime, vous êtes responsable de ces paiements :
  - Vous devez continuer à payer vos primes Medicare pour rester membre du régime.

**Chapitre 7 Vos droits et responsabilités**

---

- Si vous êtes tenu de payer le montant supplémentaire pour la partie D parce que votre revenu est plus élevé (tel qu'indiqué sur votre dernière déclaration d'impôts), vous devez continuer à payer le montant supplémentaire directement à l'État pour rester affilié au régime.
- **Si vous déménagez à l'intérieur de la zone de couverture de notre régime, vous devez nous le signaler** afin que nous puissions mettre à jour votre dossier d'affiliation et savoir comment vous contacter.
- **Si vous déménagez en dehors de la zone de couverture de notre régime, vous ne pouvez pas rester affilié à notre régime.**
- Si vous déménagez, il est également important d'en informer la Social Security (Sécurité sociale) (ou le Railroad Retirement Board [Comité de retraite des employés du chemin de fer]).

# CHAPITRE 8:

*Que faire en cas de problème ou de  
plainte*

*(décisions de couverture, appels, plaintes)*

FENVA

---

## **SECTION 1 Introduction**

---

### **Section 1.1 Que faire en cas de problème ou de préoccupation**

Ce chapitre explique les processus de traitement des problèmes et des préoccupations. Le processus que vous utilisez pour traiter votre problème dépend du type de problème que vous rencontrez :

- Pour certains problèmes, vous devez utiliser le **processus de décision de couverture et d'appel**.
- Pour d'autres problèmes, vous devez utiliser le **processus de dépôt de plaintes**, également appelées griefs.

Chaque processus est assorti d'un ensemble de règles, de procédures et de délais que nous devons respecter et que vous devez respecter.

La **section 3** vous aidera à déterminer la procédure à utiliser et la marche à suivre.

### **Section 1.2 Qu'en est-il des termes juridiques ?**

Il existe des termes juridiques pour certaines des règles, procédures et types de délais expliqués dans ce chapitre. La plupart des gens ne connaissent pas bien ces termes, qui peuvent être difficiles à comprendre. Pour faciliter les choses, nous avons utilisé dans ce chapitre :

- des mots plus simples à la place de certains termes juridiques. Par exemple, ce chapitre parle généralement de « dépôt de plainte » plutôt que de « dépôt de grief », de « décision de couverture » plutôt que de « détermination de l'organisme intégré » ou de « détermination de la couverture » ou de « détermination des personnes à risque », et d'organisme d'examen indépendant plutôt que d'entité d'examen indépendante.
- Il contient également le moins d'abréviations possible.

Toutefois, il peut être utile - et parfois très important - que vous connaissiez les termes juridiques exacts. Le fait de savoir quels termes utiliser vous aidera à communiquer de manière plus précise afin d'obtenir l'aide ou les informations appropriées à votre situation. Pour vous aider à savoir quels termes utiliser, nous incluons des termes juridiques lorsque nous donnons des détails sur le traitement de certains types de situations.

---

## **SECTION 2 Où obtenir plus d'informations et une assistance personnalisée**

---

Nous sommes toujours là pour vous aider. Même si vous avez une plainte à formuler concernant le traitement que nous vous avons réservé, nous sommes tenus d'honorer votre droit de déposer une plainte. Vous devez donc toujours contacter les services aux membres au (833) 671-0440, (TTY : 711), 7 jours sur 7, de 8 h à 20 h, heure locale, pour obtenir de l'aide. Mais dans certaines situations, vous pouvez aussi avoir besoin de l'aide ou des conseils d'une personne qui n'a pas de lien avec nous. Vous trouverez ci-dessous deux entités qui peuvent vous aider.

### **State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État, SHIP)**

Chaque État dispose d'un programme gouvernemental doté de conseillers qualifiés. Ce programme n'a aucun lien avec nous, ni avec une compagnie d'assurance ou un régime de santé. Les conseillers de ce programme peuvent

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

vous aider à comprendre la procédure à suivre pour régler un problème que vous rencontrez. Ils peuvent également répondre à vos questions, vous donner plus d'informations et vous orienter sur la marche à suivre.

Les services des conseillers du SHIP sont gratuits. Vous trouverez les numéros de téléphone et les URL des sites Web au chapitre 2, section 3 du présent document.

**Medicare**

Vous pouvez également contacter Medicare pour obtenir de l'aide. Pour contacter Medicare :

- vous pouvez appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-877-486-2048.
- Vous pouvez également consulter le site Internet de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

**Vous pouvez obtenir de l'aide et des informations auprès de Medicaid**

<b>Méthode</b>	<b>New York State Department of Health, New York City's Human Resources Administration et autres districts locaux des services sociaux Services sociaux, y compris les comtés de Nassau, Orange, Rockland et Westchester – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	<p>New York State Department of Health (800) 505-5678</p> <p>New York Human Resources Administration/Department of Social Services (Administration des ressources humaines/Département des services sociaux de New York) (DSS) : (718) 557-1399</p> <p>Nassau : (516) 227-7474</p> <p>Orange : (845) 291-4000</p> <p>Rockland : (845) 364-3040</p> <p>Comté de Westchester : (914) 995-3333</p> <p>Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 20 h, le samedi de 10 h à 18 h.</p>
<b>ADRESSE POSTALE</b>	<p>Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238</p> <p>Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656</p> <p>Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678</p> <p>Rockland County DSS Building L 50 Sanatorium Road Pomona, New York 10970</p> <p>White Plains District Office 85 Court Street</p>

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

<b>Méthode</b>	<b>New York State Department of Health, New York City's Human Resources Administration et autres districts locaux des services sociaux Services sociaux, y compris les comtés de Nassau, Orange, Rockland et Westchester – Coordonnées</b>
	White Plains, NY 10601-4201
<b>SITE WEB</b>	New York : <a href="http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml">http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml</a> Nassau : <a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a> Orange : <a href="https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services">https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services</a> Rockland : <a href="http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/">http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/</a> Westchester : <a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a>

<b>Méthode</b>	<b>Office of the Ombudsman (Bureau du médiateur) - Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(888) 219-9818 Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h
<b>TTY</b>	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp">http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp</a>

<b>Méthode</b>	<b>Long Term Care Ombudsman (Médiateur des soins de longue durée) - Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(855) 582-6769 Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h
<b>TTY</b>	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

<b>Méthode</b>	<b>Livanta (New York's Quality Improvement Organization [Organisation pour l'amélioration de la qualité de New York]) - Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(866) 815-5440 Du lundi au vendredi de 9 h à 17 h (heure locale) ; le week-end et les jours fériés de 10 h à 16 h (heure locale).
<b>TTY</b>	711 : Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITE WEB</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>

**SECTION 3 Comprendre les plaintes et les appels concernant Medicare et Medicaid dans notre régime**

Vous bénéficiez de Medicare et d'une aide de Medicaid. Les informations contenues dans ce chapitre s'appliquent à toutes vos prestations Medicare et à la plupart de vos prestations Medicaid. Pour la plupart de vos prestations, vous n'utiliserez qu'une seule procédure pour vos prestations Medicare et vos prestations Medicaid. Cette procédure est parfois appelée « procédure intégrée » car elle combine, ou intègre, les procédures Medicare et Medicaid.

Parfois, les procédures Medicare et Medicaid ne sont pas combinées. Dans ce cas, vous devez utiliser une procédure Medicare pour une prestation couverte par Medicare et une procédure Medicaid pour une prestation couverte par Medicaid. Ces situations sont expliquées à la section 6.4 de ce chapitre, « Étape par étape : Comment se déroule un appel de niveau 2 ».

**PROBLÈMES CONCERNANT VOS PRESTATIONS****SECTION 4 Décisions de couverture et appels**

Si vous avez un problème ou une préoccupation, il vous suffit de lire les parties de ce chapitre qui s'appliquent à votre situation. Les informations ci-dessous vous aideront à trouver la bonne section de ce chapitre pour les problèmes ou les plaintes concernant les **prestations couvertes par Medicare ou Medicaid**.

**Votre problème ou votre préoccupation concerne-t-il vos prestations ou votre couverture ?**

Cela inclut les problèmes concernant la couverture ou non des soins médicaux (articles médicaux, services et/ou médicaments sur ordonnance de la partie B), la manière dont ils sont couverts et les problèmes liés au paiement des soins médicaux.

**Oui.**

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

Passez à la section suivante de ce chapitre, la section 5, « **Guide sur les bases des décisions de couverture et des appels** ».

**Non.**

Passez à la section 11 à la fin de ce chapitre, « **Comment déposer une plainte concernant la qualité des soins, les temps d'attente, le service clients ou d'autres préoccupations** ».

---

**SECTION 5 Guide sur les principes de base des décisions de couverture et appels**

---

**Section 5.1 Demander une décision de couverture et faire appel : une vue d'ensemble**

Les décisions de couverture et les appels traitent des problèmes liés à vos prestations et à la couverture de vos soins médicaux (services, produits et médicaments sur ordonnance de la partie B, y compris le paiement). Pour simplifier les choses, nous désignons généralement les articles médicaux, les services et les médicaments sur ordonnance de la partie B de Medicare par le terme « **soins médicaux** ». Vous utilisez la procédure de décision de couverture et d'appel. Il s'agit de la procédure à laquelle vous avez recours pour savoir si quelque chose est couvert ou non et de quelle manière.

**Demander une décision de couverture avant de bénéficier des prestations**

Une décision de couverture est une décision que nous prenons concernant vos prestations et votre couverture ou le montant que nous paierons pour vos soins médicaux. Par exemple, si le médecin du réseau de votre régime vous oriente vers un spécialiste qui ne fait pas partie du réseau, cette orientation est considérée comme une décision de couverture favorable, sauf si votre médecin du réseau peut prouver que vous avez reçu un avis de refus standard pour ce spécialiste, ou si l'attestation de couverture indique clairement que le service vers lequel vous avez été orienté n'est jamais couvert, quelles que soient les conditions. Vous ou votre médecin pouvez également nous contacter et demander une décision de couverture si votre médecin n'est pas sûr que nous prendrons en charge un service médical particulier ou s'il refuse de vous fournir des soins médicaux dont vous pensez avoir besoin. En d'autres termes, si vous voulez savoir si nous couvrirons un soin médical avant que vous ne le receviez, vous pouvez nous demander de prendre une décision de couverture pour vous.

Dans des circonstances limitées, une demande de décision de couverture sera rejetée, ce qui signifie que nous ne l'examinerons pas. Par exemple, une demande peut être rejetée si elle est incomplète, si quelqu'un la présente en votre nom mais n'est pas légalement autorisé à le faire ou si vous demandez à ce qu'elle soit retirée. Si nous rejetons une demande de décision de couverture, nous enverrons un avis expliquant pourquoi la demande a été rejetée et comment demander un réexamen du rejet.

Nous prenons une décision de couverture pour vous chaque fois que nous déterminons votre couverture et le montant de la prise en charge. Dans certains cas, nous pouvons décider que des soins médicaux ne sont pas ou plus couverts par Medicare pour vous. Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision de couverture, vous pouvez faire appel.

**Faire appel**

Si nous prenons une décision de couverture, que ce soit avant ou après la réception d'une prestation, et que vous n'êtes pas satisfait, vous pouvez « faire appel » de la décision. Un appel est un moyen formel de nous demander de revoir et de modifier une décision de couverture que nous avons prise. Dans certaines circonstances, que nous

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

aborderons plus loin, vous pouvez demander un « appel rapide » ou accéléré d'une décision de couverture. Votre appel est traité par des examinateurs différents de ceux qui ont pris la décision initiale.

Lorsque vous faites appel d'une décision pour la première fois, il s'agit d'un appel de niveau 1. Dans le cadre de cet appel, nous réexaminons la décision de couverture que nous avons prise afin de vérifier si nous avons bien respecté les règles. Une fois l'examen terminé, nous vous communiquons notre décision.

Dans des circonstances limitées, une demande d'appel de niveau 1 sera rejetée, ce qui signifie que nous n'examinerons pas la demande. Par exemple, une demande peut être rejetée si elle est incomplète, si quelqu'un la présente en votre nom mais n'est pas légalement autorisé à le faire ou si vous demandez à ce qu'elle soit retirée. Si nous rejetons une demande d'appel de niveau 1, nous enverrons un avis expliquant pourquoi la demande a été rejetée et comment demander un réexamen du rejet.

Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre appel de niveau 1 pour des soins médicaux, votre appel passera automatiquement au niveau 2. L'appel de niveau 2 est mené par le bureau des auditions administratives. Ce bureau n'a aucun lien avec nous.

- Votre dossier sera automatiquement envoyé au bureau des auditions administratives pour un appel de niveau 2 - vous n'avez aucune démarche à faire. Le bureau des auditions administratives vous enverra par courrier un avis confirmant qu'il a reçu votre appel de niveau 2.
- Pour plus d'informations sur les appels de niveau 2, reportez-vous à la **section 6.4** de ce chapitre.
- Pour les appels concernant les médicaments de la partie D, si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre appel, vous devrez demander un appel de niveau 2. Les appels de la partie D sont abordés plus en détail dans la section 7 de ce chapitre.

Si vous n'êtes pas satisfait de la décision prise lors de l'appel de niveau 2, vous pourrez peut-être passer par d'autres niveaux d'appel (la section 10 de ce chapitre explique les procédures d'appel de niveau 3, 4 et 5).

<b>Section 5.2</b>	<b>Comment obtenir de l'aide lorsque vous demandez une décision de couverture ou faites appel</b>
--------------------	---

Voici les ressources à votre disposition si vous décidez de demander tout type de décision de couverture ou de faire appel d'une décision :

- Vous **pouvez nous appeler via les services aux membres.**
- Vous **pouvez obtenir une assistance gratuite** auprès de votre State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État).
- **Votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé peut faire une demande pour vous.** Si votre médecin intervient dans le cadre d'un appel au-delà du niveau 2, il devra être désigné comme votre représentant. Appelez les services aux membres et demandez le formulaire « Appointment of Representative » (Désignation d'un représentant). (Ce formulaire est également disponible sur le site Internet de Medicare à l'adresse [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).)
  - Pour les soins médicaux, votre médecin ou un autre prestataire de soins peut demander une décision de couverture ou un appel de niveau 1 en votre nom. Si votre appel est rejeté au niveau 1, il sera automatiquement transmis au niveau 2.
  - Si votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé demande qu'un service ou un produit que vous recevez déjà soit maintenu pendant votre appel, vous devrez peut-être nommer votre médecin ou un autre prescripteur en tant que représentant pour agir en votre nom.

## Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)

- Pour les médicaments sur ordonnance de la partie D, votre médecin ou autre prescripteur peut demander une décision de couverture ou un appel de niveau 1 en votre nom. Si votre appel de niveau 1 est refusé, votre médecin ou prescripteur peut demander un appel de niveau 2.
- **Vous pouvez demander à quelqu'un d'agir en votre nom.** Si vous le souhaitez, vous pouvez désigner une autre personne pour agir en votre nom en tant que « représentant » pour demander une décision de couverture ou faire un appel.
  - Si vous souhaitez qu'un ami, un membre de votre famille ou une autre personne soit votre représentant, appelez les services aux membres et demandez le formulaire « Appointment of Representative » (désignation d'un représentant). (Ce formulaire est également disponible sur le site Internet de Medicare à l'adresse [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).) Ce formulaire donne à cette personne l'autorisation d'agir en votre nom. Il doit être signé par vous et par la personne que vous souhaitez voir agir en votre nom. Vous devez nous remettre une copie du formulaire signé.
  - Bien que nous puissions accepter une demande d'appel sans le formulaire, nous ne pouvons pas commencer ou terminer notre examen tant que nous ne l'avons pas reçu. Si nous ne recevons pas le formulaire dans les 44 jours civils suivant la réception de votre demande d'appel (notre délai pour prendre une décision sur votre appel), votre demande d'appel sera rejetée. Dans ce cas, nous vous enverrons un avis écrit expliquant votre droit de demander au bureau des auditions administratives de réexaminer notre décision de rejeter votre appel.
- **Vous avez également le droit d'engager un avocat.** Vous pouvez contacter votre propre avocat ou obtenir le nom d'un avocat auprès du barreau de votre région ou d'un autre service d'orientation. Il existe également des groupes qui vous fourniront des services juridiques gratuits si vous remplissez les conditions requises. Toutefois, **vous n'êtes pas tenu d'engager un avocat** pour demander tout type de décision de couverture ou pour faire appel d'une décision.

### Section 5.3 Quelle section de ce chapitre traite de votre situation ?

Il y a quatre situations différentes qui impliquent des décisions de couverture et des appels. Étant donné que chaque situation est soumise à des règles et à des délais différents, nous détaillons chacune d'entre elles dans une section distincte :

- **Section 6** de ce chapitre, « Vos soins médicaux : Comment demander une décision de couverture ou faire un appel »
- **Section 7** de ce chapitre, « Vos médicaments sur ordonnance de la partie D : Comment demander une décision de couverture ou faire un appel »
- **Section 8** de ce chapitre, « Comment nous demander la couverture d'une hospitalisation plus longue si vous pensez que le médecin vous fait sortir trop tôt »
- **Section 9** de ce chapitre, « Comment nous demander de continuer à couvrir certains services médicaux si vous pensez que votre couverture prend fin trop tôt » (ne s'applique qu'aux services suivants : soins de santé à domicile, soins en établissement de soins qualifiés et services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet [CORF])

Si vous n'êtes pas sûr de la section que vous devez utiliser, appelez les services aux membres. Vous pouvez également obtenir de l'aide ou des informations auprès d'organismes publics tels que votre SHIP.

## SECTION 6 Vos soins médicaux : comment demander une décision de couverture ou faire appel d'une décision de couverture

### Section 6.1 Cette section indique la marche à suivre si vous avez des difficultés à obtenir une couverture pour des soins médicaux ou si vous voulez que nous vous remboursions vos soins

Cette section concerne vos prestations en matière de soins médicaux. Ces prestations sont décrites au chapitre 4 du présent document : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert). Dans certains cas, des médicaments sur ordonnance de la partie B sont soumis à des règles différentes. Dans ces cas, nous expliquerons en quoi les règles relatives aux médicaments sur ordonnance de la partie B sont différentes des règles applicables aux produits et services médicaux.

Cette section indique la marche à suivre si vous vous trouvez dans l'une des cinq situations suivantes :

1. Vous ne recevez pas certains soins médicaux que vous souhaitez et vous pensez que notre régime couvre ces soins. **Demandez une décision de couverture. Section 6.2.**
  2. Notre régime n'approuve pas les soins médicaux que votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé souhaite vous prodiguer et vous pensez que notre régime couvre ces soins. **Demandez une décision de couverture. Section 6.2.**
  3. Vous avez reçu des soins médicaux qui, selon vous, devraient être couverts par notre régime, mais nous avons refusé de les couvrir. **Faites appel. Section 6.3.**
  4. Vous avez reçu et payé des soins médicaux qui, selon vous, devraient être couverts par notre régime, et vous souhaitez demander à notre régime de vous rembourser ces soins. **Envoyez-nous la facture. Section 6.5.**
  5. On vous annonce que la couverture de certains soins médicaux que vous avez reçus (et que nous avons précédemment approuvés) sera réduite ou supprimée, et vous estimez que la réduction ou la suppression de ces soins pourrait nuire à votre santé. **Faites appel. Section 6.3.**
- **Remarque : Si la couverture qui sera interrompue concerne des soins hospitaliers, des soins de santé à domicile, des soins en établissement de soins qualifiés ou des services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet (CORF), vous devez lire les sections 8 et 9 de ce chapitre. Des règles particulières s'appliquent à ces types de soins.**

### Section 6.2 Étape par étape : Comment demander une décision de couverture

#### Termes juridiques

Lorsqu'une décision de couverture concerne vos soins médicaux, elle est appelée « **détermination de l'organisme intégré** ».

Une « décision de couverture rapide » est appelée « **détermination accélérée** ».

**Étape 1 : Décidez si vous avez besoin d'une décision de couverture standard ou d'une décision de couverture rapide.**

Une « décision de couverture standard » est généralement prise dans les 14 jours ou dans les 72 heures pour les médicaments de la partie B. Une « décision de couverture rapide » est généralement prise dans les 72 heures pour les services médicaux et dans les 24 heures pour les médicaments de la partie B. Pour obtenir une décision de couverture rapide, vous devez remplir deux conditions :

- *Seuls* les produits et/ou services médicaux peuvent faire l'objet d'une demande de couverture (et non les demandes de paiement pour des produits et/ou services déjà reçus).
- Vous ne pouvez obtenir une décision de couverture rapide que si le respect des délais normaux risque de nuire gravement à votre santé ou à votre capacité à fonctionner.
- **Si votre médecin nous indique que votre état de santé nécessite une décision de couverture rapide, nous vous accorderons automatiquement une décision de couverture rapide.**
- **Si vous sollicitez une décision de couverture rapide de votre propre chef, sans le soutien de votre médecin, nous déciderons si votre état de santé exige que nous vous accordions une décision de couverture rapide.** Si nous n'approuvons pas une décision de couverture rapide, nous vous enverrons une lettre qui :
  - explique que nous utiliserons les délais standard.
  - explique que si votre médecin demande une décision de couverture rapide, nous vous accorderons automatiquement une décision de couverture rapide.
  - vous indique comment déposer une « plainte rapide » concernant notre décision de vous accorder une décision de couverture standard au lieu de la décision de couverture rapide que vous avez sollicitée.

**Étape 2 : Demandez à notre régime de prendre une décision de couverture ou une décision de couverture rapide.**

- Commencez par contacter notre régime par téléphone, par écrit ou par fax pour nous demander d'autoriser ou de prendre en charge les soins médicaux souhaités. Cette démarche peut être effectuée par vous-même, votre médecin ou votre représentant. Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter.

**Étape 3 : Nous examinons votre demande de couverture des soins médicaux et vous donnons notre réponse.**

*Pour les décisions de couverture standard, nous appliquons les délais standard.*

Cela signifie que nous vous donnerons une réponse dans les 14 jours calendaires suivant la réception de votre demande pour un produit ou un service médical. Si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de la partie B de Medicare, nous vous donnerons une réponse dans les 72 heures suivant la réception de votre demande.

- **Toutefois**, si vous demandez plus de temps ou si nous avons besoin de plus d'informations susceptibles de vous être utiles, nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours supplémentaires dans le cas d'une demande portant sur un article ou un produit médical. Si nous avons besoin de jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit. Nous ne pouvons pas prendre de délai supplémentaire pour prendre une décision si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de la partie B de Medicare.

## Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)

- Si vous estimez que nous ne devrions pas prendre de jours supplémentaires, vous pouvez déposer une « plainte rapide ». Nous vous donnerons une réponse à votre plainte dès que nous aurons pris la décision. (La procédure de dépôt d'une plainte est différente de la procédure relative aux décisions de couverture et aux appels. Voir la section 11 de ce chapitre pour plus d'informations sur les plaintes).

*Pour les décisions de couverture rapide, nous appliquons un délai accéléré*

**Dans le cas d'une décision de couverture rapide, nous donnons une réponse dans les 72 heures si votre demande porte sur un produit ou un service médical. Si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de la partie B de Medicare, nous vous donnerons une réponse dans les 24 heures.**

- **Toutefois**, si vous demandez plus de temps ou si nous avons besoin de plus d'informations susceptibles de vous être utiles, **nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours supplémentaires**. Si nous avons besoin de jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit. Nous ne pouvons pas prendre de délai supplémentaire pour prendre une décision si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de la partie B de Medicare.
- Si vous estimez que nous ne devrions pas prendre de jours supplémentaires, vous pouvez déposer une « plainte rapide ». (Voir la section 11 de ce chapitre pour plus d'informations sur les plaintes). Nous vous appellerons dès que nous aurons pris notre décision.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus.

**Étape 4 : Si nous donnons une réponse négative à votre demande de couverture des soins médicaux, vous pouvez faire appel.**

- Si nous donnons une réponse négative, vous avez le droit de nous demander de reconsidérer cette décision en faisant appel. Cela signifie que vous pouvez faire une nouvelle demande pour obtenir la couverture des soins médicaux que vous souhaitez. Si vous faites appel, cela signifie que vous passez au niveau 1 de la procédure d'appel.

### Section 6.3 Étape par étape : Comment faire un appel de niveau 1

#### Termes juridiques

Un appel auprès du régime concernant une décision relative à la couverture des soins médicaux s'appelle un « **réexamen intégré** » du régime.

Un « appel rapide » est également appelé « **réexamen accéléré** ».

**Étape 1 : Décidez si vous devez déposer un « appel standard » ou un « appel rapide ».**

**Un « appel standard » est généralement effectué dans un délai de 30 jours ou de 7 jours pour les médicaments de la partie B. Un « appel rapide » est généralement effectué dans les 72 heures.**

- Si vous faites appel d'une décision que nous avons prise concernant la couverture de soins que vous n'avez pas encore reçus, vous et/ou votre médecin devrez décider si vous avez besoin d'un « appel rapide ». Si votre médecin nous dit que votre état de santé nécessite un « appel rapide », nous vous accorderons un appel rapide.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

---

- Les conditions pour obtenir un « appel rapide » sont les mêmes que celles pour obtenir une « décision de couverture rapide » à la section 6.2 de ce chapitre.

**Étape 2 : Sollicitez un appel ou un appel rapide auprès de notre régime**

- **Si vous souhaitez introduire un appel standard, soumettez-le par écrit.** Vous pouvez également faire appel en nous téléphonant. Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter.
- **En cas d'appel rapide, faites appel par écrit ou appelez-nous.** Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter.
- **Vous devez introduire votre demande d'appel dans un délai de 60 jours calendaires** à compter de la date figurant sur l'avis écrit que nous vous avons envoyé pour vous communiquer notre réponse sur la décision de couverture. Si vous dépassez ce délai et que vous avez une bonne raison de le faire, expliquez la raison pour laquelle votre appel est tardif au moment où vous le présentez. Nous pouvons vous accorder plus de temps pour faire appel. Parmi les exemples de raisons valables, citons une maladie grave qui vous a empêché de nous contacter ou le fait que nous vous ayons fourni des informations incorrectes ou incomplètes sur la date limite de dépôt d'un appel.
- **Vous pouvez demander une copie gratuite des informations relatives à votre décision médicale. Vous et votre médecin pouvez ajouter d'autres informations à l'appui de votre appel.**

*S'il vous a été annoncé que nous allions supprimer ou réduire les services ou les produits dont vous bénéficiez déjà, vous pouvez peut-être conserver ces services ou ces produits pendant que votre appel est en cours.*

- Si nous avons décidé de modifier ou d'arrêter la couverture d'un service ou d'un produit dont vous bénéficiez actuellement, nous vous enverrons un avis avant de prendre la mesure proposée.
- Si vous n'êtes pas d'accord avec cette mesure, vous pouvez déposer un appel de niveau 1. Nous continuerons à couvrir le service ou le produit si vous déposez un appel de niveau 1 dans les 10 jours calendaires suivant la date d'oblitération de notre lettre ou avant la date prévue d'entrée en vigueur de la décision, la date la plus tardive étant retenue.
- Si vous respectez ce délai, vous pouvez continuer à bénéficier du service ou du produit sans changement pendant que votre appel de niveau 1 est en cours. Vous continuerez également à bénéficier de tous les autres services ou produits (qui ne font pas l'objet de votre appel) sans aucun changement.

**Étape 3 : Nous examinons votre appel et vous donnons notre réponse.**

- Lorsque nous examinons votre appel, nous étudions attentivement toutes les informations. Nous nous assurons de respecter toutes les règles lorsque nous donnons une réponse négative à votre demande.
- Si nécessaire, nous recueillons davantage d'informations, notamment en prenant contact avec vous ou votre médecin.

***Délais pour un « appel rapide »***

- Pour les appels rapides, nous devons vous donner notre réponse **dans les 72 heures suivant la réception de votre appel**. Nous vous donnerons notre réponse plus tôt si votre état de santé l'exige.
  - Toutefois, si vous demandez plus de temps ou si nous avons besoin de plus d'informations susceptibles de vous être utiles, nous **pouvons prendre jusqu'à 14 jours calendaires supplémentaires** dans le cas d'une demande portant sur un article ou un produit médical. Si nous avons besoin de jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit. Nous ne pouvons pas prendre de délai supplémentaire si votre demande concerne un médicament sur ordonnance dans le cadre de Medicare partie B.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- Si nous ne vous donnons pas de réponse dans les 72 heures (ou à la fin de la période prolongée si nous avons pris des jours supplémentaires), nous sommes tenus d'envoyer automatiquement votre demande au niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant. La section 6.4 explique la procédure d'appel de niveau 2.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons autoriser ou fournir la couverture que nous avons accepté de fournir dans les 72 heures suivant la réception de votre appel.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons notre décision par écrit et transmettrons automatiquement votre appel à l'Office of Administrative Hearings (Bureau des audiences administratives) en vue d'un appel de niveau 2. L'Office of Administrative Hearings fixera une date d'audience pour votre dossier et vous informera par écrit de la date et de l'heure de l'audience lorsqu'il recevra votre appel.

***Délais pour un appel « standard »***

- Pour les appels standard, nous devons vous donner notre réponse **dans les 30 jours calendaires** suivant la réception de votre appel. Si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de Medicare partie B que vous n'avez pas encore reçu, nous vous donnerons notre réponse **dans les 7 jours calendaires** suivant la réception de votre appel. Nous vous ferons part de notre décision plus tôt si votre état de santé l'exige.
  - Toutefois, si vous demandez plus de temps ou si nous avons besoin de plus d'informations susceptibles de vous être utiles, **nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours calendaires supplémentaires** dans le cas d'une demande portant sur un article ou un produit médical. Si nous avons besoin de jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit. Nous ne pouvons pas prendre de délai supplémentaire pour prendre une décision si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de la partie B de Medicare.
  - Si vous estimez que nous ne devrions **pas** prendre de jours supplémentaires, vous pouvez déposer une « plainte rapide ». Lorsque vous déposez une plainte rapide, nous vous donnons une réponse à votre plainte dans les 24 heures. (Pour plus d'informations sur la procédure de dépôt des plaintes, y compris les plaintes rapides, voir la **section 11** de ce chapitre).
  - Si nous ne vous donnons pas de réponse dans le délai imparti (ou à la fin du délai prolongé), votre appel passera au niveau 2, où l'Office of Administrative Hearings tiendra une audience sur votre cas. La section 6.4 explique la procédure d'appel de niveau 2.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons autoriser ou fournir la couverture dans les **30 jours calendaires**, ou **dans les 7 jours calendaires** si votre demande concerne un médicament sur ordonnance en vertu de Medicare partie B, à compter de la réception de votre appel.
- **Si notre régime donne une réponse négative à tout ou partie de votre appel, vous disposez de droits supplémentaires en matière d'appel. Votre demande passera automatiquement en appel de niveau 2 et l'Office of Administrative Hearings tiendra une audience pour déterminer s'il est d'accord avec notre décision.**
- Si nous refusons tout ou partie de votre demande, nous vous enverrons une lettre.

**Section 6.4 Étape par étape : Comment se déroule un appel de niveau 2**

L'Office of Administrative Hearings (Bureau des audiences administratives) **est un organisme indépendant engagé par Medicare et Medicaid**. Il n'a aucun lien avec nous et n'est pas un organisme gouvernemental. Cet

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

l'organisme détermine si la décision que nous avons prise est correcte ou si elle doit être modifiée. Medicare et Medicaid supervisent son travail.

Nous enverrons automatiquement votre dossier au niveau 2 de la procédure d'appel dès que l'appel de niveau 1 sera terminé. L'Office of Administrative Hearings fixera une audience pour votre dossier et vous informera de la date et de l'heure. Vous pouvez demander à ce que l'audience soit reportée à un autre jour ou à une autre heure si nécessaire.

Si vous avez droit au maintien des prestations lorsque vous avez déposé votre appel de niveau 1, vos prestations pour le service, le produit ou le médicament faisant l'objet de l'appel peuvent également être maintenues au cours du niveau 2. Allez à la page 154 pour obtenir des informations sur le maintien de vos prestations en cas d'appel de niveau 1.

**Procédure d'appel de niveau 2 :****Étape 1 : Nous transmettrons votre dossier à l'Office of Administrative Hearings. L'Office of Administrative Hearings tiendra une audience sur votre dossier.**

- Nous enverrons les informations relatives à votre appel à cet organisme. Ces informations sont appelées « dossier » ou « dossier de preuves ». **Nous vous enverrons une copie gratuite de votre dossier de preuves.**
- Vous avez le droit de fournir à l'Office of Administrative Hearings des informations supplémentaires pour étayer votre appel.
- Lors de l'audience, le conseiller-auditeur de l'Office of Administrative Hearings examinera attentivement toutes les informations relatives à votre appel et vous auditionnera, ainsi que le personnel de votre régime, au sujet de votre demande.

***Si vous avez bénéficié d'un appel « rapide » au niveau 1, vous POURRIEZ également bénéficier d'un appel « rapide » au niveau 2.***

- Dans le cas d'un « appel rapide », l'organisme d'examen doit vous donner une réponse à votre appel de niveau 2 **dans les 72 heures** suivant la réception de votre appel. Dans certains cas, même si vous avez bénéficié d'un appel rapide au niveau 1, vous ne recevrez pas automatiquement un appel rapide au niveau 2. Vous bénéficierez d'un appel rapide si le respect des délais standard risque de nuire gravement à votre santé ou de compromettre votre capacité à retrouver un fonctionnement optimal.
- Si votre demande concerne un produit ou un service médical et que l'Office of Administrative Hearings a besoin de recueillir davantage d'informations susceptibles de vous être utiles, **cela peut prendre jusqu'à 14 jours calendaires supplémentaires**. L'Office of Administrative Hearings ne peut pas prendre de délai supplémentaire pour décider si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de la partie B de Medicare.

***Si vous avez bénéficié d'un appel « standard » au niveau 1, vous bénéficierez également d'un appel « standard » au niveau 2***

- Dans le cas d'un « appel standard », si votre demande concerne un produit ou un service médical, l'organisme d'examen doit vous donner une réponse à votre appel de niveau 2 **dans un délai de 60 jours calendaires** à compter de la date de réception de votre appel.
- Si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de la partie B de Medicare, l'organisme d'examen doit vous donner une réponse à votre appel de niveau 2 **dans un délai de 7 jours calendaires** à compter de la date de réception de votre appel.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- Toutefois, si votre demande concerne un produit ou un service médical et que l'Office of Administrative Hearings a besoin de recueillir davantage d'informations susceptibles de vous être utiles, **cela peut prendre jusqu'à 14 jours calendaires supplémentaires**. L'Office of Administrative Hearings ne peut pas prendre de délai supplémentaire pour décider si votre demande concerne un médicament sur ordonnance de la partie B de Medicare.

**Étape 2 : L'Office of Administrative Hearings vous donne sa réponse.**

L'Office of Administrative Hearings vous communiquera sa décision par écrit et vous expliquera les raisons qui l'ont motivée.

- **Si l'Office of Administrative Hearings donne une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons autoriser la couverture des soins médicaux **dans un délai d'un jour ouvrable**.
- **Si cet organisme donne une réponse négative à tout ou partie de votre appel**, cela signifie qu'il est d'accord avec la décision de notre régime de rejeter votre demande (ou une partie de votre demande) de couverture des soins médicaux. (C'est ce qu'on appelle « confirmer la décision » ou « rejeter votre appel ».) Dans ce cas, l'Office of Administrative Hearings vous enverra une lettre :
  - expliquant sa décision.
  - vous informant de votre droit à un appel de niveau 3 si la valeur monétaire de la couverture des soins médicaux atteint un certain minimum. L'avis écrit que vous recevrez de l'Office of Administrative Hearings vous indiquera le montant que vous devez atteindre pour poursuivre la procédure d'appel.
  - vous indiquant comment introduire un appel de niveau 3.
- Si votre appel de niveau 2 est rejeté, vous devez décider si vous souhaitez passer au niveau 3 et introduire un troisième appel. Vous trouverez les détails de cette procédure dans l'avis écrit que vous recevrez après votre appel de niveau 2.
  - L'appel de niveau 3 est traité par le Medicare Appeals Council (Conseil d'appel de Medicare). La section 10 de ce chapitre explique la procédure à suivre pour les appels de niveau 3, 4 et 5.

**En cas de décision négative pour tout ou partie de ma demande, puis-je faire un autre appel ?**

Si la décision de l'Office of Administrative Hearings est négative pour tout ou partie de votre demande, vous disposez **d'autres droits d'appel**.

La lettre que vous recevrez de l'Office of Administrative Hearings vous expliquera cette nouvelle possibilité d'appel.

Pour de plus amples informations sur vos droits d'appel après le niveau 2, reportez-vous à la **section 10** du présent chapitre.

**Section 6.5 Comment procéder pour nous demander de vous rembourser une facture que vous avez reçue pour des soins médicaux ?**

Nous ne pouvons pas vous rembourser directement pour un service ou du matériel pris en charge par Medicaid. Si vous recevez une facture pour des services ou articles éligibles, envoyez-nous cette facture. Ne la payez pas vous-même. Nous contacterons directement le prestataire et résoudrons le problème. Toutefois, si vous payez la facture, vous pourrez demander un remboursement auprès de ce prestataire de soins de santé, à condition d'avoir respecté les conditions d'obtention du service ou de l'article.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

Si vous avez déjà payé pour un service Medicaid ou un produit couvert par le régime, vous pouvez demander à notre régime de vous rembourser. Vous avez le droit d'être remboursé par notre régime chaque fois que vous avez payé des services médicaux ou des médicaments couverts par notre régime. Lorsque vous nous envoyez une facture que vous avez déjà payée, nous l'examinons et décidons si les services ou les médicaments doivent être couverts. Si nous décidons qu'ils doivent être couverts, nous vous rembourserons les services ou les médicaments.

**Demander à être remboursé pour quelque chose que vous avez déjà payé :**

Si vous nous envoyez les documents de demande de remboursement, vous demandez une décision de couverture. Nous ne pouvons pas vous rembourser directement pour un service ou du matériel pris en charge par Medicaid. Si vous recevez une facture pour des services ou articles éligibles, envoyez-nous cette facture. Ne la payez pas vous-même. Nous contacterons directement le prestataire de soin et résoudrons le problème. Toutefois, si vous payez la facture, vous pourrez demander un remboursement auprès de ce prestataire de soins de santé, à condition d'avoir respecté les conditions d'obtention du service ou de l'article.

Si vous souhaitez obtenir le remboursement d'un produit ou d'un service **Medicare** ou si vous nous demandez de payer un prestataire de soins de santé pour un produit ou un service Medicaid que vous avez payé, vous nous demandez de prendre cette décision de couverture. Nous vérifierons si les soins médicaux que vous avez payés sont des services couverts. Nous vérifierons également si vous avez respecté toutes les règles relatives à l'utilisation de votre couverture pour des soins médicaux.

- **Si nous donnons une réponse positive à votre demande :** Si les soins médicaux sont couverts, nous vous enverrons le paiement des frais dans les 60 jours calendaires suivant la réception de votre demande.
  - Si les soins Medicaid que vous avez payés à un prestataire de santé sont pris en charge et que vous estimez que nous devrions payer directement ce prestataire, nous lui enverrons le paiement dans les 60 jours calendaires suivant la réception de votre demande.
  - Vous devrez ensuite contacter votre prestataire pour obtenir votre remboursement. Si vous n'avez pas déjà payé pour les soins médicaux, nous enverrons le paiement directement au prestataire de soin.
- **Si nous donnons une réponse négative à votre demande :** Si les soins médicaux ne sont *pas* couverts ou si vous n'avez pas respecté toutes les règles, nous ne vous enverrons pas le paiement. Nous vous enverrons plutôt une lettre indiquant que nous ne paierons pas les services et les raisons de ce refus.

Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision de refus, vous pouvez faire appel. Si vous faites appel, cela signifie que vous nous demandez de modifier la décision de couverture que nous avons prise lorsque nous avons rejeté votre demande de paiement.

**Pour faire cet appel, suivez la procédure d'appel décrite à la section 6.3.** Pour les appels concernant le remboursement, veuillez noter :

- nous devons vous donner notre réponse dans les 30 jours calendaires suivant la réception de votre appel. Si vous nous demandez de vous rembourser des soins médicaux que vous avez déjà reçus et payés, vous n'êtes pas autorisé à demander un appel rapide.
- Si l'Office of Administrative Hearings (Bureau des audiences administratives) décide que nous devons payer, nous sommes tenus de vous envoyer ou d'envoyer au prestataire le paiement dans un délai de 30 jours calendaires. Si la réponse à votre appel est positive à n'importe quel stade de la procédure d'appel après le niveau 2, nous devons vous envoyer, à vous ou au prestataire de soins, le paiement que vous avez demandé dans un délai de 60 jours calendaires.

**Section 6.6 Appels externes pour Medicaid uniquement**

Vous ou votre médecin pouvez demander un appel externe **uniquement pour les prestations couvertes par Medicaid**.

Vous pouvez demander à l'État de New York un **appel externe** indépendant si notre régime décide de refuser la couverture d'un service médical que vous et votre médecin avez demandé pour les raisons suivantes :

- le service n'est pas médicalement nécessaire ou
- le service est expérimental ou à l'étude, ou
- le service ne diffère pas des soins que vous pouvez obtenir dans le réseau du régime ou
- le service est disponible auprès d'un prestataire participant qui possède la formation et l'expérience nécessaires pour répondre à vos besoins.

Il s'agit d'un appel externe, car la décision est prise par des examinateurs qui ne travaillent ni pour le régime ni pour l'État. Ces examinateurs sont des personnes qualifiées approuvées par l'État de New York. Le service doit faire partie de l'ensemble des prestations du régime ou être un traitement expérimental. Vous n'avez pas à payer pour un appel externe.

**Avant** de faire appel auprès de l'État :

- Vous devez introduire un appel de niveau 1 auprès du régime et obtenir la détermination défavorable finale du régime ; **ou**
- Vous pouvez demander un appel externe accéléré en même temps si vous n'avez pas obtenu le service et que vous demandez un appel rapide. (Votre médecin devra indiquer qu'un appel accéléré est nécessaire) ; **ou**
- Vous et le régime pouvez convenir de ne pas suivre la procédure d'appel du régime et de passer directement à l'appel externe ; **ou**
- Vous pouvez prouver que le régime n'a pas suivi correctement les règles lors du traitement de votre appel de niveau 1.

Vous disposez d'un délai de **quatre mois** à compter de la réception de la détermination défavorable finale du régime pour introduire un appel externe. Si vous et le régime avez convenu de ne pas suivre la procédure d'appel du régime, vous devez demander un appel externe dans les quatre mois suivant la date à laquelle vous avez conclu cet accord.

Pour demander un appel externe, remplissez une demande et envoyez-la au Department of Financial Services (Département des services financiers).

- Vous pouvez appeler le service aux membres au (833) 671-0440 si vous avez besoin d'aide pour introduire un appel.
- Vous et vos médecins devrez fournir des informations sur votre problème médical.
- Le formulaire de demande d'appel externe précise les informations à fournir.

Voici quelques moyens d'obtenir le formulaire :

- en appelant le Department of Financial Services au 1-800-400-8882
- En vous rendant sur le site Internet du Department of Financial Services à l'adresse [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- en contactant le régime de santé au (833) 671-0440

## Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)

L'examineur statuera sur votre appel externe dans un délai de 30 jours. Si l'examineur de l'appel externe demande plus d'informations, un délai supplémentaire (jusqu'à cinq jours ouvrables) peut être nécessaire. L'examineur vous communiquera, ainsi qu'au régime, la décision finale dans les deux jours suivant la prise de décision.

Vous pouvez obtenir une décision plus rapide si votre médecin estime qu'un retard risque de nuire gravement à votre santé. Il s'agit alors d'un **appel externe accéléré**. L'examineur de l'appel externe prendra une décision dans un délai de 72 heures ou moins. Il vous informera immédiatement, ainsi que le régime, de sa décision par téléphone ou par fax. Plus tard, il vous enverra une lettre vous indiquant sa décision.

**À tout moment de la procédure, vous ou une personne de confiance pouvez également déposer une plainte concernant le délai d'examen auprès du New York State Department of Health (Département de la santé de l'État de New York) en appelant le 1-866-712-7197.**

### SECTION 7 Vos médicaments sur ordonnance de la partie D : comment demander une décision de couverture ou faire appel

**Section 7.1 Cette section vous indique la marche à suivre si vous rencontrez des difficultés pour obtenir un médicament de la partie D ou si vous souhaitez que nous vous remboursions un médicament de la partie D**

Vos prestations comprennent la couverture de nombreux médicaments sur ordonnance. Pour être couvert, le médicament doit être utilisé pour une indication médicalement acceptée. (Voir le chapitre 5 pour plus d'informations sur l'indication médicalement acceptée.) Pour plus de détails sur les médicaments de la partie D, les règles, les restrictions et les coûts, veuillez vous reporter aux chapitres 5 et 6. **Cette section concerne uniquement les médicaments de la partie D.** Par souci de simplicité, nous utilisons généralement le terme « *médicament* » dans le reste de cette section, au lieu de répéter à chaque fois « *médicament sur ordonnance pour patient non hospitalisé couvert* » ou « médicament de la partie D ». Nous utilisons également le terme « liste des médicaments » au lieu de « *liste des médicaments couverts* » ou « *liste des médicaments assurés* ».

- Si vous ne savez pas si un médicament est couvert ou si vous répondez aux règles, vous pouvez nous le demander. Pour certains médicaments, vous devez obtenir notre accord avant qu'ils ne soient couverts.
- Si votre pharmacie vous dit que votre ordonnance ne peut pas être exécutée telle quelle, elle vous remettra un avis écrit expliquant comment nous contacter pour demander une décision de couverture.

#### Décisions et appels concernant la couverture de la partie D

##### Termes juridiques

La décision de couverture initiale de vos médicaments de la partie D est appelée « **détermination de couverture** ».

Une décision de couverture est une décision que nous prenons concernant vos prestations et votre couverture ou le montant que nous paierons pour vos médicaments. Cette section indique la marche à suivre si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- Demander la couverture d'un médicament de la partie D qui ne figure pas sur la *liste des médicaments couverts* du régime. **Demander une exception. Section 7.2.**

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- Demander la levée d'une restriction sur la couverture d'un médicament par le régime (telle que la limitation de la quantité du médicament que vous pouvez obtenir, l'autorisation préalable ou la nécessité d'essayer d'abord un autre médicament). **Demander une exception. Section 7.2.**
- Demander l'approbation préalable d'un médicament. **Demandez une décision de couverture. Section 7.4.**
- Payer un médicament sur ordonnance que vous avez déjà acheté. **Nous demander de vous rembourser. Section 7.4.**

Si vous n'êtes pas d'accord avec l'une de nos décisions de couverture, vous pouvez faire appel de notre décision. Cette section vous explique à la fois la marche à suivre pour demander des décisions de couverture et pour faire appel.

**Section 7.2 Qu'est-ce qu'une exception ?****Termes juridiques**

La demande de la couverture d'un médicament qui ne figure pas sur la liste des médicaments est parfois appelée demande d'« **exception à la liste des médicaments assurés** ».

La demande de la levée d'une restriction de couverture d'un médicament est parfois appelée demande d'« **exception à la liste des médicaments assurés** ».

Demander à payer un prix inférieur pour un médicament couvert non privilégié est parfois appelé demander une « **exception de niveau** ».

Si un médicament n'est pas couvert comme vous le souhaiteriez, vous pouvez nous demander de faire une « exception ». Une exception est un type de décision de couverture.

Pour que nous prenions en considération votre demande d'exception, votre médecin ou autre prescripteur devra expliquer les raisons médicales pour lesquelles cette exception est nécessaire. Voici deux exemples d'exceptions que vous ou votre médecin ou autre prescripteur pouvez nous demander d'accorder :

- 1. Couverture d'un médicament de la partie D qui ne figure pas sur notre liste de médicaments.**
- 2. Supprimer une restriction pour un médicament couvert.** Le chapitre 5 décrit les règles ou restrictions supplémentaires qui s'appliquent à certains médicaments de notre liste de médicaments.

**Section 7.3 Ce qu'il faut savoir sur les demandes d'exceptions****Votre médecin doit nous indiquer les raisons médicales**

Votre médecin ou autre prescripteur doit nous remettre une déclaration expliquant les raisons médicales de votre demande d'exception. Pour une décision plus rapide, veuillez joindre ces informations médicales de votre médecin ou autre prescripteur à votre demande d'exception.

En règle générale, notre liste de médicaments comprend plus d'un médicament pour traiter une maladie particulière. Ces différentes options sont appelées médicaments « de substitution ». Si un médicament de substitution est tout aussi efficace que le médicament que vous demandez et n'entraîne pas plus d'effets secondaires ou d'autres problèmes de santé, nous n'approuverons généralement pas votre demande d'exception.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)****Nous pouvons donner une réponse positive ou négative à votre demande**

- Si nous approuvons votre demande d'exception, notre approbation est généralement valable jusqu'à la fin de l'année du régime. Ceci est vrai tant que votre médecin continue à vous prescrire le médicament et que ce médicament reste sûr et efficace pour le traitement de votre maladie.
- Si nous donnons une réponse négative à votre demande, vous pouvez demander un nouvel examen en faisant appel.

<b>Section 7.4</b>	<b>Étape par étape : Comment demander une décision de couverture, y compris une exception</b>
--------------------	---

<b>Termes juridiques</b>
--------------------------

Une « décision de couverture rapide » est appelée « <b>détermination accélérée</b> ».
---

**Étape 1 : Décidez si vous avez besoin d'une « décision de couverture standard » ou d'une « décision de couverture rapide ».**

Les « **décisions de couverture standard** » sont prises dans les **72 heures** suivant la réception de la déclaration de votre médecin. Les « **décisions de couverture rapide** » sont prises dans les **24 heures** suivant la réception de la déclaration de votre médecin.

**Si votre état de santé l'exige, demandez-nous une « décision de couverture rapide ». Pour obtenir une décision de couverture rapide, vous devez remplir deux conditions :**

- Vous devez faire une demande pour un médicament que vous n'avez pas encore reçu. (Vous ne pouvez pas solliciter une décision de couverture rapide pour obtenir le remboursement d'un médicament que vous avez déjà acheté.)
- Le respect des délais standard risque de *nuire gravement à votre santé ou à votre capacité à fonctionner.*
- **Si votre médecin ou un autre prescripteur nous indique que votre état de santé nécessite une « décision de couverture rapide », nous vous accorderons automatiquement une décision de couverture rapide.**
- **Si vous sollicitez une décision de couverture rapide de votre propre chef, sans le soutien de votre médecin ou prescripteur, nous déciderons si votre état de santé exige que nous vous accordions une décision de couverture rapide.** Si nous n'approuvons pas une décision de couverture rapide, nous vous enverrons une lettre qui :
  - explique que nous utiliserons les délais standard.
  - explique que si votre médecin ou un autre prescripteur demande une décision de couverture rapide, nous vous accorderons automatiquement une décision de couverture rapide.
  - vous indique comment déposer une « plainte rapide » concernant notre décision de vous accorder une décision de couverture standard au lieu de la décision de couverture rapide que vous avez sollicitée. Nous répondrons à votre plainte dans les 24 heures suivant sa réception.

**Étape 2 : Demandez une « décision de couverture standard » ou une « décision de couverture rapide ».**

Commencez par contacter notre régime par téléphone, par écrit ou par fax pour nous demander d'autoriser ou de prendre en charge les soins médicaux souhaités. Vous pouvez également accéder à la procédure de décision de

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

---

couverture sur notre site Web. Nous sommes tenus d'accepter toute demande écrite, y compris une demande soumise au moyen du formulaire CMS Model Coverage Determination Request, disponible sur notre site Internet. Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter. Pour nous aider à traiter votre demande, veuillez à indiquer votre nom, vos coordonnées et les informations permettant d'identifier la demande refusée faisant l'objet de l'appel.

Cette démarche peut être effectuée par vous-même, votre médecin (ou autre prescripteur) ou votre représentant. Vous pouvez également demander à un avocat de vous représenter. La section 4 de ce chapitre explique comment vous pouvez autoriser par écrit une autre personne à agir en votre nom.

- **Si vous demandez une exception, fournissez la « déclaration justificative »**, c'est-à-dire les raisons médicales qui justifient l'exception. Votre médecin ou autre prescripteur peut nous faxer ou nous envoyer la déclaration par courrier. Il peut aussi nous en informer par téléphone et nous faire parvenir par la suite une déclaration écrite par fax ou par courrier, si nécessaire.

**Étape 3 : Nous examinons votre demande et vous donnons notre réponse.*****Délais pour une « décision de couverture rapide »***

- Nous devons généralement vous donner une réponse **dans les 24 heures** suivant la réception de votre demande.
  - Pour les exceptions, nous vous donnerons notre réponse **dans les 24 heures** suivant la réception de la déclaration justificative de votre médecin. Nous vous donnerons notre réponse plus tôt si votre état de santé l'exige.
  - Si nous ne respectons pas ce délai, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons fournir la couverture que nous avons accepté de fournir dans les 24 heures suivant la réception de votre demande ou de la déclaration justificative du médecin à l'appui de votre demande.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus. Nous vous indiquerons également comment vous pouvez faire appel.

***Délais pour une décision de couverture « standard » concernant un médicament que vous n'avez pas encore reçu***

- Nous devons vous donner une réponse **dans les 72 heures** suivant la réception de votre demande.
  - Pour les exceptions, nous vous donnerons notre réponse dans les 72 heures suivant la réception de la déclaration justificative de votre médecin. Nous vous donnerons notre réponse plus tôt si votre état de santé l'exige.
  - Si nous ne respectons pas ce délai, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons **fournir la couverture** que nous avons accepté de fournir **dans les 72 heures** suivant la réception de votre demande ou de la déclaration justificative du médecin à l'appui de votre demande.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus. Nous vous indiquerons également comment vous pouvez faire appel.

***Délais pour une décision de couverture « standard » concernant le remboursement d'un médicament que vous avez déjà acheté***

- Nous devons vous donner notre réponse **dans les 14 jours calendaires** suivant la réception de votre demande.
  - Si nous ne respectons pas ce délai, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous sommes également tenus de procéder au remboursement dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la date de réception de votre demande.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus. Nous vous indiquerons également comment vous pouvez faire appel.

**Étape 4 : Si nous donnons une réponse négative à votre demande de couverture, vous avez la possibilité de faire appel.**

- Si nous donnons une réponse négative, vous avez le droit de nous demander de reconsidérer cette décision en faisant appel. Cela signifie que vous devez faire une nouvelle demande pour obtenir la couverture des médicaments que vous souhaitez. Si vous faites appel, cela signifie que vous passez au niveau 1 de la procédure d'appel.

**Section 7.5 Étape par étape : Comment faire un appel de niveau 1****Terme juridique**

Un appel auprès du régime concernant une décision relative à la couverture des médicaments de la partie D s'appelle une « **redétermination** » du régime.

Un « appel rapide » est également appelé « **redétermination accélérée** ».

**Étape 1 : Décidez si vous devez déposer un « appel standard » ou un « appel rapide ».**

*Un « appel standard » est généralement effectué dans un délai de 7 jours. Un « appel rapide » est généralement effectué dans les 72 heures. Si votre état de santé l'exige, demandez un « appel rapide ».*

- Si vous faites appel d'une décision que nous avons prise concernant un médicament que vous n'avez pas encore reçu, vous et votre médecin ou autre prescripteur devrez décider si vous avez besoin d'un « appel rapide ».
- Les conditions pour obtenir un « appel rapide » sont les mêmes que celles pour obtenir une « décision de prise en charge rapide » à la section 6.4 de ce chapitre.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

---

**Étape 2 : Vous, votre représentant, votre médecin ou un autre prescripteur devez nous contacter et introduire votre appel de niveau 1. Si votre état de santé exige une réponse rapide, vous devez demander un « appel rapide ».**

- **Pour les appels standard, soumettez une demande écrite.** Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter.
- **Pour les appels rapides, soumettez votre appel par écrit ou appelez-nous au (833) 671-0440, TTY : 711.** Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter.
- **Nous sommes tenus d'accepter toute demande écrite**, y compris une demande soumise au moyen du formulaire CMS Model Redetermination Request Form, disponible sur notre site Internet [SWHNY.com](http://SWHNY.com). Veuillez à indiquer votre nom, vos coordonnées et les informations relatives à votre demande afin de nous aider à traiter votre demande.
- **Vous devez introduire votre demande d'appel dans un délai de 65 jours calendaires** à compter de la date figurant sur l'avis écrit que nous vous avons envoyé pour vous communiquer notre réponse sur la décision de couverture. Si vous dépassez ce délai et que vous avez une bonne raison de le faire, expliquez la raison pour laquelle votre appel est tardif au moment où vous le présentez. Nous pouvons vous accorder plus de temps pour faire appel. Parmi les exemples de raisons valables, citons une maladie grave qui vous a empêché de nous contacter ou le fait que nous vous ayons fourni des informations incorrectes ou incomplètes sur la date limite de dépôt d'un appel.
- **Vous pouvez demander une copie des informations contenues dans votre appel et ajouter des informations supplémentaires.**

Vous et votre médecin pouvez ajouter d'autres informations à l'appui de votre appel.

**Étape 3 : Nous examinons votre appel et vous donnons notre réponse.**

- Lors de l'examen de votre appel, nous réexaminons attentivement toutes les informations relatives à votre demande de couverture. Nous nous assurons de respecter toutes les règles lorsque nous donnons une réponse négative à votre demande. Il se peut que nous vous contactions ou que nous contactions votre médecin ou un autre prescripteur pour obtenir de plus amples informations.

***Délais pour un « appel rapide »***

- Pour les appels rapides, nous devons vous donner notre réponse **dans les 72 heures suivant la réception de votre appel**. Nous vous donnerons notre réponse plus tôt si votre état de santé l'exige.
  - Si nous ne vous donnons pas de réponse dans les 72 heures, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant. La **section 7.6** explique la procédure d'appel de niveau 2.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons fournir la couverture que nous avons accepté de fournir dans les 72 heures suivant la réception de votre appel.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre réponse négative et la manière dont vous pouvez faire appel de notre décision.

***Délais pour un appel « standard » concernant un médicament que vous n'avez pas encore reçu***

- Pour les appels standard, nous devons vous donner notre réponse **dans les 7 jours calendaires** suivant la réception de votre appel. Nous vous donnerons notre décision plus tôt si vous n'avez pas encore reçu le médicament et si votre état de santé l'exige.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- En l'absence de décision dans les 7 jours calendaires, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant. La **section 7.6** explique la procédure d'appel de niveau 2.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons vous fournir la couverture aussi rapidement que votre état de santé l'exige, mais au plus tard dans les **7 jours calendaires** suivant la réception de votre appel.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre réponse négative et la manière dont vous pouvez faire appel de notre décision.

***Délais pour un « appel standard » concernant le remboursement d'un médicament que vous avez déjà acheté***

- Nous devons vous donner notre réponse **dans les 14 jours calendaires** suivant la réception de votre demande.
  - Si nous ne respectons pas ce délai, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous sommes également tenus de procéder au remboursement dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de votre demande.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus. Nous vous indiquerons également comment vous pouvez faire appel.

**Étape 4 : Si nous donnons une réponse négative à votre appel, vous pouvez décider de poursuivre la procédure d'appel et d'introduire *un autre appel*.**

- Si vous décidez d'introduire un autre appel, votre appel passe au niveau 2 de la procédure d'appel.

**Section 7.6 Étape par étape : Comment faire un appel de niveau 2****Terme juridique**

Le nom officiel pour « organisme d'examen indépendant » est « **Independent Review Entity** » (**Entité d'examen indépendante**). L'organisme est parfois désigné par le sigle « **IRE** ».

**L'organisme d'examen indépendant est une organisation indépendante engagée par Medicare.** Il n'a aucun lien avec nous et n'est pas un organisme gouvernemental. Cet organisme détermine si la décision que nous avons prise est correcte ou si elle doit être modifiée. Medicare supervise son travail.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)****Étape 1 : Vous (ou votre représentant ou votre médecin ou autre prescripteur) devez contacter l'organisme d'examen indépendant et demander un examen de votre dossier.**

- Si nous donnons une réponse négative à votre appel de niveau 1, l'avis écrit que nous vous enverrons contiendra des **instructions sur la manière d'introduire un appel de niveau 2** auprès de l'organisme d'examen indépendant. Ces instructions indiqueront qui peut introduire cet appel de niveau 2, quels sont les délais à respecter et comment joindre l'organisme d'examen. Toutefois, si nous n'avons pas terminé notre examen dans les délais impartis ou si nous avons pris une décision défavorable concernant la détermination des « personnes à risque » dans le cadre de notre programme de gestion des médicaments, nous transmettrons automatiquement votre demande à l'IRE.
- Nous enverrons les informations relatives à votre appel à cet organisme. Ces informations sont appelées « dossier ». **Vous avez le droit de nous demander une copie de votre dossier**
- Vous avez le droit de fournir à l'organisme d'examen indépendant des informations supplémentaires pour étayer votre appel.

**Étape 2 : L'organisme d'examen indépendant examine votre appel.**

Les examinateurs de l'organisme d'examen indépendant examineront attentivement toutes les informations relatives à votre appel.

***Délais pour un « appel rapide »***

- Si votre état de santé l'exige, demandez à l'organisme d'examen indépendant un « appel rapide ».
- Si l'organisme accepte de vous accorder un « appel rapide », il doit donner une réponse à votre appel de niveau 2 **dans les 72 heures** suivant la réception de votre appel.

***Délais pour un appel « standard »***

- Pour les appels standard, l'organisme d'examen doit donner une réponse à votre appel de niveau 2 **dans les 7 jours calendaires** suivant la réception de votre appel s'il s'agit d'un médicament que vous n'avez pas encore reçu. Si vous demandez un remboursement pour un médicament que vous avez déjà acheté, l'organisme d'examen doit donner une réponse à votre appel de niveau 2 **dans les 14 jours calendaires** suivant la réception de votre demande.

**Étape 3 : L'organisme d'examen indépendant vous donne sa réponse.*****Pour les « appels rapides » :***

- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons fournir la couverture des médicaments approuvée par l'organisme d'examen **dans les 24 heures** suivant la réception de la décision de l'organisme d'examen.

***Pour les « appels standard » :***

- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive à tout ou partie de votre demande de couverture**, nous devons **fournir la couverture des médicaments** approuvée par l'organisme d'examen **dans les 72 heures** suivant la réception de la décision de l'organisme d'examen.
- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive à tout ou partie de votre demande de remboursement** d'un médicament que vous avez déjà acheté, nous sommes tenus de vous **envoyer le paiement dans les 30 jours calendaires** suivant la réception de la décision de l'organisme d'examen.

## Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)

### Que se passe-t-il si l'organisme d'examen donne une réponse négative à votre appel ?

Si cet organisme donne une réponse négative à tout ou partie de votre appel, cela signifie qu'il est d'accord avec notre décision de ne pas approuver votre demande (ou une partie de votre demande). (C'est ce qu'on appelle « confirmer la décision » ou « rejeter votre appel ».) Dans ce cas, l'organisme d'examen indépendant vous enverra une lettre :

- expliquant sa décision.
- vous informant de votre droit à un appel de niveau 3 si la valeur monétaire de la couverture des médicaments que vous demandez atteint un certain minimum. Si la valeur monétaire de la couverture des médicaments que vous demandez est trop faible, vous ne pouvez pas faire un autre appel et la décision au niveau 2 est définitive.
- vous indiquant la valeur monétaire qui doit être contestée pour que la procédure d'appel se poursuive.

### Étape 4 : Si votre dossier remplit les conditions requises, vous choisissez de poursuivre ou non votre appel.

- La procédure d'appel comporte trois niveaux supplémentaires après le niveau 2 (soit un total de cinq niveaux d'appel). Si vous souhaitez passer à un appel de niveau 3, vous trouverez les détails de la procédure dans l'avis écrit que vous recevrez après la décision d'appel de niveau 2.
- L'appel de niveau 3 est d'abord traité par un juge de droit administratif ou un avocat-arbitre. La **section 10** de ce chapitre vous fournit de plus amples informations sur la procédure d'appel de niveau 3, 4 et 5.

## SECTION 8 Comment demander la couverture d'une hospitalisation plus longue si vous estimez que votre sortie est prématurée ?

Lorsque vous êtes admis à l'hôpital, vous avez le droit de bénéficier de tous les services hospitaliers couverts nécessaires pour diagnostiquer et traiter votre maladie ou votre blessure.

Pendant votre séjour à l'hôpital, votre médecin et le personnel de l'hôpital travailleront avec vous pour préparer le jour de votre sortie. Ils vous aideront à organiser les soins dont vous pourriez avoir besoin après votre départ.

- Le jour où vous quittez l'hôpital est appelé votre « **date de sortie** ».
- Lorsque votre date de sortie est fixée, votre médecin ou le personnel de l'hôpital vous en informe.
- Si vous pensez que cette sortie est prématurée, vous pouvez demander une prolongation de votre séjour à l'hôpital et votre demande sera examinée.

### Section 8.1 Pendant votre séjour à l'hôpital, vous recevrez un avis écrit de la part de Medicare qui vous informera de vos droits

Dans les deux jours suivant votre admission à l'hôpital, vous recevrez un avis écrit intitulé *An Important Message from Medicare about Your Rights* (*Un message important de Medicare concernant vos droits*). Toute personne bénéficiant de Medicare reçoit une copie de cet avis.

Si personne à l'hôpital ne vous remet l'avis (par exemple, un assistant social ou un infirmier), demandez-le à n'importe quel employé de l'hôpital. Si vous avez besoin d'aide, appelez les services aux membres ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (ATS 1-877-486-2048).

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- 1. Lisez attentivement cet avis et posez des questions si vous ne le comprenez pas. Cet avis vous indique :**
  - votre droit à recevoir des services couverts par Medicare pendant et après votre séjour à l'hôpital, conformément aux instructions de votre médecin. Cela inclut le droit de savoir quels sont ces services, qui les paiera et où vous pourrez les obtenir.
  - votre droit d'être impliqué dans toute décision concernant votre séjour à l'hôpital.
  - Où faire part de vos préoccupations concernant la qualité des soins hospitaliers.
  - Vous avez le droit de **demandeur un examen immédiat de la décision** de sortie si vous estimez que votre sortie de l'hôpital est prématurée. Il s'agit d'un moyen formel et légal de demander un report de la date de votre sortie afin que nous couvrions vos soins hospitaliers pendant une période plus longue.
- 2. Il vous sera demandé de signer l'avis écrit pour montrer que vous l'avez reçu et que vous comprenez vos droits.**
  - C'est vous ou une personne agissant en votre nom qui devrez signer l'avis.
  - La signature de l'avis indique *seulement* que vous avez reçu les informations sur vos droits. L'avis n'indique pas la date de votre sortie. La signature de l'avis **ne signifie pas** que vous êtes d'accord sur la date de votre sortie.
- 3. Conservez votre copie** de l'avis à portée de main afin d'avoir les informations nécessaires pour faire un appel (ou signaler une préoccupation concernant la qualité des soins) si vous en avez besoin.
  - Si vous signez l'avis plus de deux jours avant la date de votre sortie, vous recevrez une autre copie avant la date prévue de votre sortie.
  - Pour consulter une copie de cet avis à l'avance, vous pouvez appeler les services aux membres ou le 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-877-486-2048. Vous pouvez également consulter l'avis en ligne à l'adresse [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

**Section 8.2      Étape par étape : Comment introduire un appel de niveau 1 pour modifier la date de votre sortie de l'hôpital**

Si vous souhaitez demander que nous couvrions vos services d'hospitalisation plus longtemps, vous devrez utiliser la procédure d'appel pour faire cette demande. Avant de commencer, assurez-vous de bien comprendre les démarches à effectuer et les délais à respecter.

- **Suivez la procédure.**
- **Respectez les délais.**
- **Demandez de l'aide si vous en avez besoin.** Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide à tout moment, appelez les services aux membres. Vous pouvez également appeler la Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État), un organisme public qui fournit une assistance personnalisée.

**Lors d'un appel de niveau 1, la Quality Improvement Organization examine votre appel.** Elle vérifie que la date de sortie prévue est adaptée à votre situation sur le plan médical.

La **Quality Improvement Organization** (Organisation pour l'amélioration de la qualité) est un groupe de médecins et d'autres professionnels de la santé rémunérés par le gouvernement fédéral pour contrôler et contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes bénéficiant de Medicare. Cela inclut l'examen des dates de sortie des hôpitaux pour les personnes bénéficiant de Medicare. Ces experts ne font pas partie de notre régime.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)****Étape 1 : Contactez la Quality Improvement Organization de votre État et demandez un examen immédiat de votre sortie d'hôpital. Vous devez agir rapidement.*****Comment contacter cet organisme ?***

- L'avis écrit que vous avez reçu (*An Important Message from Medicare about Your Rights* [Un message important de Medicare concernant vos droits]) vous indique comment contacter cet organisme. Vous trouverez également le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la Quality Improvement Organization de votre État au chapitre 2.

***Agissez rapidement :***

- Pour faire votre appel, vous devez contacter la Quality Improvement Organization avant de quitter l'hôpital et **au plus tard à minuit le jour de votre sortie**.
  - Si vous respectez ce délai, vous pouvez rester à l'hôpital après la date de votre sortie **sans payer** pendant que vous attendez la décision de la Quality Improvement Organization.
  - Si vous ne respectez **pas** ce délai et que vous décidez de rester à l'hôpital après la date prévue de votre sortie, **vous devrez peut-être payer tous les coûts** des soins hospitaliers que vous recevrez après la date prévue de votre sortie.
- Si vous ne respectez pas le délai pour contacter la Quality Improvement Organization et que vous souhaitez tout de même faire appel, vous devez le faire directement auprès de notre régime. Pour plus d'informations sur cette autre façon de faire appel, reportez-vous à la **section 8.4** de ce chapitre.

Lorsque vous demandez un examen immédiat de votre sortie d'hôpital, la Quality Improvement Organization nous contacte. Avant midi le lendemain du jour où nous avons été contactés, nous vous remettons un **avis détaillé de sortie**. Cet avis indique la date prévue de votre sortie et explique en détail les raisons pour lesquelles votre médecin, l'hôpital et nous-mêmes pensons que votre sortie est justifiée (médicalement appropriée) à cette date.

Vous pouvez obtenir un exemplaire de l'**avis détaillé de sortie** en appelant les services aux membres ou le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. (Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-877-486-2048). Vous pouvez également consulter un exemple d'avis en ligne à l'adresse [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

**Étape 2 : La Quality Improvement Organization procède à un examen indépendant de votre dossier.**

- Les professionnels de la santé de la Quality Improvement Organization (« les examinateurs ») vous demanderont (ou à votre représentant) pourquoi vous estimez que la couverture des services doit être maintenue. Vous n'êtes pas tenu de préparer un document écrit, mais vous pouvez le faire si vous le souhaitez.
- Les examinateurs prendront également connaissance de vos informations médicales, s'entretiendront avec votre médecin et passeront en revue les informations que l'hôpital et nous-mêmes leur avons communiquées.
- Au plus tard à midi le lendemain du jour où les examinateurs nous ont informés de votre appel, vous recevrez un avis écrit de notre part indiquant la date prévue de votre sortie de l'hôpital. Cet avis explique également en détail les raisons pour lesquelles votre médecin, l'hôpital et nous-mêmes pensons que votre sortie est justifiée (médicalement appropriée) à cette date.

**Étape 3 : La Quality Improvement Organization vous donnera sa réponse concernant votre appel dans un délai d'un jour ouvrable après avoir reçu toutes les informations nécessaires.*****Que se passe-t-il si la réponse est positive ?***

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- Si l'organisme d'examen donne une réponse positive, **nous devons continuer à vous fournir les services d'hospitalisation couverts tant que ces services sont médicalement nécessaires.**
- Vous devrez continuer à payer votre participation aux coûts (comme les franchises ou les copaiements, le cas échéant). En outre, des restrictions peuvent s'appliquer aux services hospitaliers couverts.

***Que se passe-t-il en cas de réponse négative ?***

- Si l'organisme d'examen donne une réponse négative, il indique que la date prévue pour votre sortie est médicalement appropriée. Dans ce cas, **la couverture de vos services d'hospitalisation prendra fin à midi le lendemain** du jour où la Quality Improvement Organization aura donné sa réponse à votre appel.
- Si l'organisme d'examen rejette votre appel et que vous décidez de rester à l'hôpital, **il se peut que vous deviez payer l'intégralité des soins** hospitaliers reçus après midi le jour suivant la réponse de la Quality Improvement Organization au sujet de votre appel.

**Étape 4 : Si la réponse à votre appel de niveau 1 est négative, vous décidez si vous voulez faire un autre appel.**

- Si la Quality Improvement Organization a rejeté votre appel **et** que vous restez à l'hôpital après la date prévue de votre sortie, vous pouvez faire un autre appel. Si vous faites un autre appel, cela signifie que vous passez au « niveau 2 » de la procédure d'appel.

<b>Section 8.3</b>	<b>Étape par étape : Comment introduire un appel de niveau 2 pour modifier la date de votre sortie de l'hôpital</b>
--------------------	---

Lors d'un appel de niveau 2, vous demandez à la Quality Improvement Organization (Organisme pour l'amélioration de la qualité) de réexaminer la décision qu'ils ont prise à la suite de votre premier appel. Si la Quality Improvement Organization rejette votre appel de niveau 2, il se peut que vous deviez payer l'intégralité du coût de votre séjour après la date prévue de votre sortie d'hôpital.

**Étape 1 : Contactez à nouveau la Quality Improvement Organization et demandez un réexamen.**

- Vous devez demander ce réexamen **dans les 60 jours calendaires suivant** la date à laquelle la Quality Improvement Organization a donné une réponse négative à votre appel de niveau 1. Vous ne pouvez demander cet examen que si vous restez à l'hôpital après la date à laquelle votre couverture pour ces soins a pris fin.

**Étape 2 : La Quality Improvement Organization procède à un second examen de votre situation.**

- Les examinateurs de la Quality Improvement Organization réexaminent attentivement toutes les informations relatives à votre appel.

**Étape 3 : Dans les 14 jours calendaires suivant la réception de votre demande d'appel de niveau 2, les examinateurs se prononceront sur votre appel et vous feront part de leur décision.*****Si l'organisme d'examen donne une réponse positive :***

- **Nous devons vous rembourser** notre participation aux coûts des soins hospitaliers que vous avez reçus depuis midi le jour suivant la date à laquelle votre premier appel a été rejeté par la Quality Improvement Organization. **Nous devons continuer à couvrir vos soins hospitaliers aussi longtemps qu'ils sont médicalement nécessaires.**

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- Vous devez continuer à payer votre participation aux coûts et des restrictions de couverture peuvent s'appliquer.

***Si l'organisme d'examen donne une réponse négative,***

- cela signifie qu'il est d'accord avec la décision prise lors de votre appel de niveau 1.
- Vous recevrez un avis écrit vous indiquant ce que vous pouvez faire si vous souhaitez poursuivre la procédure d'examen.

**Étape 4 : Si la réponse est négative, vous devrez décider si vous souhaitez poursuivre votre appel en passant au niveau 3.**

- La procédure d'appel comporte trois niveaux supplémentaires après le niveau 2 (soit un total de cinq niveaux d'appel). Si vous souhaitez passer à un appel de niveau 3, vous trouverez les détails de la procédure dans l'avis écrit que vous recevrez après la décision d'appel de niveau 2.
- L'appel de niveau 3 est d'abord traité par un juge de droit administratif ou un avocat-arbitre. La **section 10** de ce chapitre vous fournit de plus amples informations sur niveaux 3, 4 et 5 de la procédure d'appel.

**Section 8.4 Que se passe-t-il si vous ne respectez pas le délai pour introduire votre appel de niveau 1 en vue de modifier la date de votre sortie de l'hôpital ?****Termes juridiques**Un « examen rapide » (ou « appel rapide ») est également appelé « **appel accéléré** ».***Vous pouvez plutôt faire appel auprès de nous***

Comme expliqué ci-dessus, vous devez agir rapidement pour entamer votre appel de niveau 1 concernant la date de votre sortie de l'hôpital. Si vous ne respectez pas la date limite pour contacter la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité), il existe une autre façon d'effectuer votre appel.

Si vous utilisez cette autre façon d'introduire votre appel, **les deux premiers niveaux d'appel sont différents.**

**Étape par étape : Comment introduire un autre type d'appel de niveau 1****Étape 1 : Contactez-nous et demandez un « examen rapide ».**

- **Demandez un « examen rapide ».** Cela signifie que vous nous demandez de vous donner une réponse en utilisant les délais « rapides » plutôt que les délais « standard ». Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter.

**Étape 2 : Nous procédons à un examen « rapide » de la date de sortie prévue, en vérifiant si elle était appropriée d'un point de vue médical.**

- Au cours de cet examen, nous prenons connaissance de toutes les informations relatives à votre séjour à l'hôpital. Nous vérifions si la date prévue pour votre sortie était appropriée d'un point de vue médical. Nous vérifions si la décision concernant la date de votre sortie de l'hôpital a été prise de manière équitable et dans le respect de toutes les règles.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)****Étape 3 : Nous vous communiquons notre décision dans les 72 heures suivant votre demande d'examen rapide.**

- **Si nous donnons une réponse positive à votre appel**, cela signifie que nous acceptons votre maintien à l'hôpital après la date de sortie. Nous continuerons à vous fournir les services d'hospitalisation couverts tant qu'ils seront médicalement nécessaires. Cela signifie également que nous avons accepté de vous rembourser notre participation aux coûts des soins que vous avez reçus depuis la date à laquelle nous avons déclaré que votre couverture prendrait fin. (Vous devez payer votre participation aux frais et il peut y avoir des limitations de couverture.)
- **Si nous donnons une réponse négative à votre appel**, nous considérons que la date de sortie prévue était appropriée d'un point de vue médical. La couverture de vos services d'hospitalisation prend fin le jour où nous avons indiqué que la couverture prendrait fin.
  - Si vous êtes resté à l'hôpital **après** la date prévue de votre sortie, **vous devrez peut-être payer la totalité des coûts** des soins hospitaliers que vous avez reçus après la date de sortie prévue.

**Étape 4 : Si nous donnons une réponse négative à votre appel, votre dossier passera automatiquement au niveau suivant de la procédure d'appel.****Étape par étape : Autre type d'appel de niveau 2**

Le nom officiel pour « organisme d'examen indépendant » est « **Independent Review Entity** » (**Entité d'examen indépendante**). L'organisme est parfois désigné par le sigle « **IRE** ».

**L'organisme d'examen indépendant est une organisation indépendante engagée par Medicare** Il n'a aucun lien avec notre régime et n'est pas un organisme gouvernemental. Cet organisme détermine si la décision que nous avons prise est correcte ou si elle doit être modifiée. Medicare supervise son travail.

**Étape 1 : Nous transmettons automatiquement votre dossier à l'organisme d'examen indépendant.**

- Nous sommes tenus d'envoyer les informations relatives à votre appel de niveau 2 à l'organisme d'examen indépendant dans un délai de 24 heures à compter de la date à laquelle nous vous informons que nous donnons une réponse négative à votre premier appel. (Si vous pensez que nous ne respectons pas ce délai ou d'autres délais, vous pouvez déposer une plainte. La section 11 de ce chapitre explique comment déposer une plainte.)

**Étape 2 : L'organisme d'examen indépendant procède à un « examen rapide » de votre appel. Les examinateurs vous donnent une réponse dans les 72 heures.**

- Les examinateurs de l'organisme d'examen indépendant analyseront attentivement toutes les informations relatives à votre appel concernant votre sortie de l'hôpital.
- **Si cet organisme donne une réponse positive à votre appel**, nous devons vous rembourser notre participation aux coûts des soins hospitaliers que vous avez reçus depuis la date prévue de votre sortie. Nous devons également poursuivre la couverture par le régime de vos services d'hospitalisation tant qu'ils sont médicalement nécessaires. Vous devez continuer à payer votre participation aux coûts. S'il existe des limitations de couverture, celles-ci peuvent limiter le montant du remboursement ou la durée de la couverture de vos services.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- **Si cet organisme donne une réponse négative à votre appel**, cela signifie qu'il estime que la date prévue pour votre sortie de l'hôpital était appropriée d'un point de vue médical.
  - L'organisme d'examen indépendant vous transmet un avis écrit vous indiquant comment entamer un appel de niveau 3, qui est traité par un juge de droit administratif ou un avocat-arbitre.

**Étape 3 : Si l'organisme d'examen indépendant rejette votre appel, vous pouvez décider de poursuivre ou non votre appel.**

- La procédure d'appel comporte trois niveaux supplémentaires après le niveau 2 (soit un total de cinq niveaux d'appel). Si les examinateurs donnent une réponse négative à votre appel de niveau 2, vous pouvez décider d'accepter leur décision ou de passer au niveau 3 de la procédure d'appel.
- La **section 10** de ce chapitre vous fournit de plus amples informations sur la procédure d'appel de niveau 3, 4 et 5.

---

**SECTION 9 Comment nous demander de prolonger la couverture de certains services médicaux si vous pensez que votre couverture prend fin trop tôt ?**


---

<b>Section 9.1</b>	<b>Cette section ne concerne que trois services : les soins de santé à domicile, les soins en établissement de soins qualifiés et les services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet (CORF)</b>
--------------------	---

Lorsque vous bénéficiez d'une couverture pour des **services de santé à domicile, des soins infirmiers qualifiés ou des soins de réadaptation (Établissement de réadaptation ambulatoire complet)**, vous avez le droit de continuer à bénéficier de ce type de soins aussi longtemps qu'ils sont nécessaires pour diagnostiquer et traiter votre maladie ou votre blessure.

Quand nous décidons qu'il est temps de cesser de couvrir l'un de ces trois types de soins, nous sommes tenus de vous en informer à l'avance. Lorsque la couverture de ces soins prend fin, nous **cessons de les prendre en charge**.

Si vous pensez que nous mettons fin à la couverture de vos soins trop tôt, **vous pouvez faire appel de notre décision**. Cette section vous explique comment faire appel.

<b>Section 9.2</b>	<b>Nous vous informerons à l'avance de la fin de votre couverture</b>
--------------------	---

<b>Terme juridique</b>
------------------------

<p>« <b>Avis de non-couverture de Medicare.</b> » Cet avis vous indique comment demander un « <b>appel accéléré</b> ». Demander un appel accéléré est un moyen formel et légal de demander une modification de notre décision de couverture concernant la date d'arrêt de vos soins.</p>
--

1. **Vous recevez un avis écrit** au moins deux jours avant que notre régime ne cesse de couvrir vos soins. L'avis vous indique :
  - la date à laquelle nous cesserons de couvrir vos soins.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- la marche à suivre pour demander un « appel accéléré » afin que nous continuions à couvrir vos soins pendant une période plus longue.
- 2. Il vous sera demandé, à vous ou à une personne agissant en votre nom, de signer l’avis écrit pour attester de sa réception.** La signature de l’avis indique seulement que vous avez reçu les informations sur la date à laquelle votre couverture prendra fin. **Le fait de signer cet avis ne signifie pas que vous êtes d’accord** avec la décision du régime de mettre fin aux soins.

**Section 9.3 Étape par étape : Comment faire un appel de niveau 1 pour que notre régime couvre vos soins pendant une période plus longue**

Si vous souhaitez nous demander de couvrir vos soins pendant une période plus longue, vous devrez utiliser la procédure d’appel pour faire cette demande. Avant de commencer, assurez-vous de bien comprendre les démarches à effectuer et les délais à respecter.

- **Suivez la procédure.**
- **Respectez les délais.**
- **Demandez de l’aide si vous en avez besoin.** Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d’aide à tout moment, appelez les services aux membres. Vous pouvez également appeler le State Health Insurance Assistance Program (Programme d’assistance à l’assurance maladie de l’État), un organisme public qui fournit une assistance personnalisée.

**Lors d’un appel de niveau 1, la Quality Improvement Organization examine votre appel.** Il décide si la date de fin de vos soins est appropriée d’un point de vue médical.

La **Quality Improvement Organization** (Organisation pour l’amélioration de la qualité) est un groupe de médecins et d’autres experts de la santé rémunérés par le gouvernement fédéral pour contrôler et contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes bénéficiant de Medicare. Cela inclut l’examen des décisions du régime concernant le moment où il est temps de cesser de couvrir certains types de soins médicaux. Ces experts ne font pas partie de notre régime.

**Étape 1 : introduisez votre appel de niveau 1 : contactez la Quality Improvement Organization et demandez un appel accéléré. Vous devez agir rapidement.*****Comment contacter cet organisme ?***

- L’avis écrit que vous avez reçu (Avis de non-couverture de Medicare) vous indique comment contacter cet organisme. Vous trouverez également le nom, l’adresse et le numéro de téléphone de la Quality Improvement Organization de votre État au chapitre 2.

***Agissez rapidement :***

- Vous devez contacter la Quality Improvement Organization pour entamer votre appel **avant midi le jour précédant la date d’entrée en vigueur** figurant sur l’avis de non-couverture de Medicare.
- Si vous ne respectez pas le délai pour contacter la Quality Improvement Organization et que vous souhaitez tout de même introduire un appel, vous devez le faire directement auprès de notre régime. Pour plus d’informations sur cette autre façon de faire appel, reportez-vous à la **section 9.5** de ce chapitre.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)****Étape 2 : La Quality Improvement Organization procède à un examen indépendant de votre dossier.****Terme juridique**

« **Explication détaillée de la non-couverture.** » Avis qui fournit des détails sur les raisons de la cessation de la couverture.

**Que se passe-t-il au cours de cet examen ?**

- Les professionnels de la santé de la Quality Improvement Organization (« les examinateurs ») vous demanderont (ou à votre représentant) pourquoi vous estimez que la couverture des services doit être maintenue. Vous n'êtes pas tenu de préparer un document écrit, mais vous pouvez le faire si vous le souhaitez.
- L'organisme d'examen consultera également vos informations médicales, s'entretiendra avec votre médecin et passera en revue les informations que notre régime lui a communiquées.
- Vous recevez de notre part, avant la fin de la journée au cours de laquelle les examinateurs nous ont informés de votre appel, l'**explication détaillée de la non-couverture**, qui expose en détail les raisons pour lesquelles nous avons mis fin à la couverture de vos services.

**Étape 3 : Dans un délai d'un jour complet après avoir obtenu toutes les informations nécessaires, les examinateurs vous feront part de leur décision.****Que se passe-t-il si les examinateurs donnent une réponse positive ?**

- Si les examinateurs donnent une réponse *positive* à votre appel, **nous devons continuer à vous fournir les services couverts aussi longtemps qu'ils sont médicalement nécessaires.**
- Vous devrez continuer à payer votre participation aux coûts (comme les franchises ou les copaiements, le cas échéant). Les services couverts peuvent faire l'objet de restrictions.

**Que se passe-t-il si les examinateurs donnent une réponse négative ?**

- Si les examinateurs donnent une réponse *négative*, **vos services de couverture prendra fin à la date que nous vous avons communiquée.**
- Si vous décidez de continuer à recevoir des soins de santé à domicile, des soins en établissement de soins qualifiés ou des services dans un centre de réadaptation ambulatoire complet (CORF) après la date de fin de votre couverture, **vous devrez alors payer vous-même l'intégralité des coûts** de ces soins.

**Étape 4 : Si la réponse à votre appel de niveau 1 est négative, vous décidez si vous voulez faire un autre appel.**

- Si les examinateurs donnent une réponse négative à votre appel de niveau 1 **et** que vous choisissez de continuer à recevoir des soins après la fin de votre couverture, vous pouvez alors faire un appel de niveau 2.

<b>Section 9.4</b>	<b>Étape par étape : Comment faire un appel de niveau 2 pour que notre régime couvre vos soins pendant une période plus longue</b>
--------------------	--

Lors d'un appel de niveau 2, vous demandez à la Quality Improvement Organization (Organisme pour l'amélioration de la qualité) de réexaminer la décision prise à la suite de votre premier appel. Si la Quality Improvement Organization rejette votre appel de niveau 2, il se peut que vous deviez payer la totalité du coût de vos soins de

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

santé à domicile, des soins en établissement de soins qualifiés ou des services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet (CORF) après la date à laquelle nous avons indiqué que votre couverture prendrait fin.

**Étape 1 : Contactez à nouveau la Quality Improvement Organization et demandez un réexamen.**

- Vous devez demander ce réexamen **dans les 60 jours suivant** la date à laquelle la Quality Improvement Organization a *rejeté* votre appel de niveau 1. Vous ne pouvez demander cet examen que si vous avez continué à recevoir des soins après la date à laquelle votre couverture pour ces soins a pris fin.

**Étape 2 : La Quality Improvement Organization procède à un second examen de votre situation.**

- Les examinateurs de la Quality Improvement Organization réexaminent attentivement toutes les informations relatives à votre appel.

**Étape 3 : Dans les 14 jours suivant la réception de votre demande d'appel, les examinateurs se prononcent sur votre appel et vous font part de leur décision.*****Que se passe-t-il si l'organisme d'examen donne une réponse positive ?***

- **Nous devons vous rembourser** notre participation aux coûts des soins que vous avez reçus depuis la date à laquelle nous avons déclaré que votre couverture prendrait fin. **Nous devons continuer à couvrir les soins** aussi longtemps qu'ils sont médicalement nécessaires.
- Vous devez continuer à payer votre participation aux frais et il peut y avoir des limitations de couverture.

***Que se passe-t-il si l'organisme d'examen donne une réponse négative ?***

- Cela signifie qu'il est d'accord avec la décision prise lors de votre appel de niveau 1.
- Vous recevrez un avis écrit vous indiquant ce que vous pouvez faire si vous souhaitez poursuivre la procédure d'examen. Il vous indiquera comment passer au niveau d'appel suivant, qui est traité par un juge de droit administratif ou un avocat-arbitre.

**Étape 4 : Si la réponse est négative, vous devrez décider si vous souhaitez poursuivre votre appel.**

- Il existe trois niveaux d'appel supplémentaires après le niveau 2, soit un total de cinq niveaux d'appel. Si vous souhaitez passer à un appel de niveau 3, vous trouverez les détails de la procédure dans l'avis écrit que vous recevrez après la décision d'appel de niveau 2.
- L'appel de niveau 3 est d'abord traité par un juge de droit administratif ou un avocat-arbitre. La section 10 de ce chapitre vous fournit de plus amples informations sur la procédure d'appel de niveau 3, 4 et 5.

<b>Section 9.5</b>	<b>Que se passe-t-il si vous ne respectez pas le délai pour introduire votre appel de niveau 1 ?</b>
--------------------	--

**Vous pouvez plutôt faire appel auprès de nous**

Comme expliqué ci-dessus, vous devez prendre rapidement contact avec la Quality Improvement Organization (Organisme pour l'amélioration de la qualité) pour entamer votre premier appel (dans un délai d'un jour ou deux, au maximum). Si vous ne respectez pas la date limite pour contacter cet organisme, il existe une autre façon d'effectuer votre appel. Si vous utilisez cette autre façon d'introduire votre appel, **les deux premiers niveaux d'appel sont différents.**

**Étape par étape : Comment introduire un *autre type* d'appel de niveau 1****Termes juridiques**

Un « examen rapide » (ou « appel rapide ») est également appelé « **appel accéléré** ».

**Étape 1 : Contactez-nous et demandez un « examen rapide ».**

- **Demandez un « examen rapide ».** Cela signifie que vous nous demandez de vous donner une réponse en utilisant les délais « rapides » plutôt que les délais « standard ». Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter.

**Étape 2 : Nous procédons à un examen « rapide » de la décision que nous avons prise concernant la fin de la couverture de vos services.**

- Au cours de cette révision, nous réexaminons toutes les informations relatives à votre dossier. Nous vérifions si nous avons respecté toutes les règles lorsque nous avons fixé la date de fin de la couverture du régime pour les services que vous receviez.

**Étape 3 : Nous vous communiquons notre décision dans les 72 heures suivant votre demande d'examen rapide.**

- **Si nous donnons une réponse positive à votre appel,** cela signifie que nous estimons que vous avez besoin des services plus longtemps. Nous continuerons donc à vous fournir les services couverts aussi longtemps que cela sera nécessaire d'un point de vue médical. Cela signifie également que nous avons accepté de vous rembourser notre participation aux coûts des soins que vous avez reçus depuis la date à laquelle nous avons déclaré que votre couverture prendrait fin. (Vous devez payer votre participation aux frais et il peut y avoir des limitations de couverture.)
- **Si nous donnons une réponse négative à votre appel,** votre couverture prendra fin à la date que nous vous avons indiquée et nous ne paierons plus aucune participation aux coûts après cette date.
- Si vous continuez à recevoir des soins de santé à domicile, des soins en établissement de soins qualifiés ou des services dans un centre de réadaptation ambulatoire complet (CORF) *après* la date de fin de votre couverture, **vous devrez payer l'intégralité des coûts** de ces soins.

**Étape 4 : Si nous donnons une *réponse négative* à votre appel rapide, votre dossier passera *automatiquement* au niveau suivant de la procédure d'appel.****Termes juridiques**

Le nom officiel pour « organisme d'examen indépendant » est « **Independent Review Entity** » (**Entité d'examen indépendante**). L'organisme est parfois désigné par le sigle « **IRE** ».

**Étape par étape : *Autre type* d'appel de niveau 2**

Au cours de l'appel de niveau 2, l'**organisme d'examen indépendant** révisé la décision que nous avons prise à l'égard de votre « appel rapide ». Cet organisme détermine si la décision doit être modifiée. **L'organisme d'examen indépendant est une organisation indépendante engagée par Medicare.** Cet organisme n'a aucun lien avec

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

---

notre régime et n'est pas un organisme gouvernemental. Il s'agit d'une société choisie par Medicare pour faire office d'organisme d'examen indépendant. Medicare supervise son travail.

**Étape 1 : Nous transmettons automatiquement votre dossier à l'organisme d'examen indépendant.**

- Nous sommes tenus d'envoyer les informations relatives à votre appel de niveau 2 à l'organisme d'examen indépendant dans un délai de 24 heures à compter de la date à laquelle nous vous informons que nous donnons une réponse négative à votre premier appel. (Si vous pensez que nous ne respectons pas ce délai ou d'autres délais, vous pouvez déposer une plainte. La section 11 de ce chapitre explique comment déposer une plainte.)

**Étape 2 : L'organisme d'examen indépendant procède à un « examen rapide » de votre appel. Les examinateurs vous donnent une réponse dans les 72 heures.**

- Les examinateurs de l'organisme d'examen indépendant examineront attentivement toutes les informations relatives à votre appel.
- **Si cet organisme donne une réponse positive à votre appel**, nous devons vous rembourser notre participation aux coûts des soins que vous avez reçus depuis la date de fin prévue de votre couverture. Nous devons également continuer à couvrir les soins aussi longtemps qu'ils sont médicalement nécessaires. Vous devez continuer à payer votre participation aux coûts. S'il existe des limitations de couverture, celles-ci peuvent limiter le montant du remboursement ou la durée de la couverture des services.
- **Si cet organisme donne une réponse négative à votre appel**, cela signifie qu'il est d'accord avec la décision prise par notre régime à la suite de votre premier appel et qu'il ne la modifiera pas.
  - L'avis que vous recevrez de l'organisme d'examen indépendant vous indiquera par écrit ce que vous pouvez faire si vous souhaitez passer à un appel de niveau 3.

**Étape 3 : Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse négative à votre appel, vous pouvez décider de poursuivre ou non votre appel.**

- Il existe trois niveaux d'appel supplémentaires après le niveau 2, soit un total de cinq niveaux d'appel. Si vous souhaitez passer à un appel de niveau 3, vous trouverez les détails de la procédure dans l'avis écrit que vous recevrez après la décision d'appel de niveau 2.
- L'appel de niveau 3 est examiné par un juge de droit administratif ou un avocat-arbitre. La **section 10** de ce chapitre vous fournit de plus amples informations sur la procédure d'appel de niveau 3, 4 et 5.

---

**SECTION 10 Porter votre appel au niveau 3 et au-delà**

---

**Section 10.1 Niveaux d'appel 3 et 4 pour les demandes de services médicaux**

Cette section peut vous être utile si vous avez introduit un appel de niveau 1 et un appel de niveau 2 et qu'ils ont tous deux été rejetés. La lettre que vous recevrez de l'Integrated Administrative Hearing Office (Bureau des auditions administratives intégrées, IAHO) vous indiquera la marche à suivre pour poursuivre la procédure d'appel.

**Si vous avez besoin d'aide à n'importe quel stade de la procédure d'appel, vous pouvez contacter l'Independent Consumer Advocacy Network (Réseau indépendant de défense des consommateurs, ICAN). Le numéro de téléphone est le 1-844-614-8800.**

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

**Appel de niveau 3** Le **Medicare Appeals Council** (Conseil d'appel de Medicare, ci-après « le Conseil ») examinera votre appel et vous donnera une réponse. Le Conseil fait partie du gouvernement fédéral.

- **Si la réponse est positive, ou si le Conseil rejette notre demande d'examen d'une décision d'appel de niveau 3 favorable, la procédure d'appel peut être terminée ou non.** Contrairement à une décision de niveau 2, nous avons le droit de faire appel d'une décision de niveau 3 qui vous est favorable. Nous déciderons s'il convient de faire appel de cette décision au niveau 4.
  - Si nous décidons de ne pas faire appel de la décision, nous devons autoriser ou vous fournir les soins médicaux dans les 60 jours calendaires suivant la réception de la décision du Conseil.
  - Si nous décidons de faire appel de la décision, nous vous en informerons par écrit.
- **Si la réponse est négative ou si le Conseil rejette la demande de révision, la procédure d'appel peut être terminée ou non.**
  - Si vous décidez d'accepter cette décision qui rejette votre appel, la procédure d'appel est terminée.
  - Si vous ne souhaitez pas accepter la décision, vous pouvez peut-être passer au niveau suivant de la procédure d'examen. Si le Conseil donne une réponse négative à votre appel, l'avis que vous recevrez vous indiquera si les règles vous permettent de passer à un appel de niveau 4 et vous précisera la marche à suivre.

**Appel de niveau 4** Un juge de la **Federal District Court (Cour fédérale de district)** examinera votre appel.

- Un juge examinera toutes les informations et décidera de donner une réponse positive ou négative à votre demande. Il s'agit d'une réponse définitive. Il n'y a plus de niveau d'appel après la Federal District Court.

### **Section 10.2 Appels supplémentaires concernant Medicaid**

Vous disposez également d'autres droits d'appel si votre appel concerne des services ou des produits habituellement couverts par Medicaid. La lettre que vous recevrez du Fair Hearing Office (Bureau des audiences équitables) vous indiquera la marche à suivre si vous souhaitez poursuivre la procédure d'appel.

### **Section 10.3 Niveaux d'appel 3, 4 et 5 pour les demandes de médicaments de la partie D**

Cette section peut vous être utile si vous avez introduit un appel de niveau 1 et un appel de niveau 2 et qu'ils ont tous deux été rejetés.

Si la valeur du médicament faisant l'objet de l'appel atteint un certain montant, vous pourrez peut-être passer à d'autres niveaux d'appel. Si le montant est inférieur, vous ne pouvez pas aller plus loin dans votre appel. La réponse écrite que vous recevrez à votre appel de niveau 2 vous expliquera qui contacter et la marche à suivre pour demander un appel de niveau 3.

Pour la plupart des situations impliquant des appels, les trois derniers niveaux d'appel fonctionnent à peu près de la même manière. Voici qui s'occupe de l'examen de votre appel à chacun de ces niveaux.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

**Appel de niveau 3** Un juge de droit administratif ou un avocat-arbitre qui travaille pour le gouvernement fédéral examinera votre appel et vous donnera une réponse.

- **Si la réponse est positive, la procédure d'appel est terminée.** Nous devons **autoriser ou fournir la couverture des médicaments** approuvée par le juge de droit administratif ou l'avocat-arbitre **dans les 72 heures (24 heures pour les appels accélérés) ou effectuer le paiement au plus tard 30 jours calendaires** après réception de la décision.
- **Si la réponse est négative, la procédure d'appel peut être terminée ou non.**
  - Si vous décidez d'accepter cette décision qui rejette votre appel, la procédure d'appel est terminée.
  - Si vous ne souhaitez pas accepter la décision, vous pouvez passer à l'étape suivante de la procédure d'examen. L'avis que vous recevrez vous indiquera la marche à suivre pour un appel de niveau 4.

**Appel de niveau 4** Le **Medicare Appeals Council** (Conseil d'appel de Medicare, ci-après « le Conseil ») examinera votre appel et vous donnera une réponse. Le Conseil fait partie du gouvernement fédéral.

- **Si la réponse est positive, la procédure d'appel est terminée.** Nous devons **autoriser ou fournir la couverture des médicaments** approuvée par le Conseil **dans les 72 heures (24 heures pour les appels accélérés) ou effectuer le paiement au plus tard 30 jours calendaires** après réception de la décision.
- **Si la réponse est négative, la procédure d'appel peut être terminée ou non.**
  - Si vous décidez d'accepter cette décision qui rejette votre appel, la procédure d'appel est terminée.
  - Si vous ne souhaitez pas accepter la décision, vous pouvez peut-être passer au niveau suivant de la procédure d'examen. Si le Conseil donne une réponse négative à votre appel ou refuse votre demande de réexamen de l'appel, l'avis vous indiquera si les règles vous permettent de passer à un appel de niveau 5. Il vous indiquera également qui contacter et la marche à suivre si vous décidez de poursuivre votre appel.

**Appel de niveau 5** Un juge de la **Federal District Court (Cour fédérale de district)** examinera votre appel.

- Un juge examinera toutes les informations et décidera de donner une réponse positive ou négative à votre demande. Il s'agit d'une réponse définitive. Il n'y a plus de niveau d'appel après la Federal District Court.

## **SECTION 11 Comment déposer une plainte concernant la qualité des soins, les temps d'attente, le service clientèle ou d'autres aspects ?**

### **Section 11.1 Quels sont les types de problèmes traités par la procédure de plainte ?**

La procédure de plainte est utilisée *uniquement* pour certains types de problèmes. Il s'agit notamment des problèmes liés à la qualité des soins, aux délais d'attente et au service clients. Voici des exemples des types de problèmes traités par la procédure de plainte.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

Plainte	Exemple
<b>Qualité des soins médicaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Êtes-vous insatisfait de la qualité des soins que vous avez reçus (y compris à l'hôpital) ?</li> </ul>
<b>Respect de votre vie privée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce que quelqu'un n'a pas respecté votre droit à la vie privée ou a partagé des informations confidentielles ?</li> </ul>
<b>Manque de respect, mauvais service clients ou autres comportements négatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce que quelqu'un a été impoli ou irrespectueux avec vous ?</li> <li>Êtes-vous mécontent de nos services aux membres ?</li> <li>Avez-vous l'impression que l'on vous incite à quitter le régime ?</li> </ul>
<b>Délais d'attente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontrez-vous des difficultés ou attendez-vous trop longtemps pour obtenir un rendez-vous ?</li> <li>Les médecins, pharmaciens ou autres professionnels de la santé vous ont-ils fait attendre trop longtemps ? Ou est-ce le cas de nos services aux membres ou d'autres membres du personnel du régime ? <ul style="list-style-type: none"> <li>Il peut s'agir par exemple d'une attente trop longue au téléphone, dans la salle d'attente ou d'examen, ou pour l'obtention d'une ordonnance.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Propreté</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous n'êtes pas satisfait de la propreté ou de l'état d'une clinique, d'un hôpital ou d'un cabinet médical ?</li> </ul>
<b>Informations que vous avez reçues de notre part</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N'avez-vous pas reçu un avis obligatoire ?</li> <li>Nos informations écrites sont-elles difficiles à comprendre ?</li> </ul>
<b>Rapidité (Tous ces types de plaintes concernent la rapidité de nos actions en matière de décisions de couverture et d'appels)</b>	<p>Si vous avez demandé une décision de couverture ou fait appel et que vous pensez que nous ne répondons pas assez rapidement, vous pouvez déposer une plainte concernant la lenteur de nos services. Voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vous nous avez demandé une « décision de couverture rapide » ou un « appel rapide » et nous avons refusé ; vous pouvez déposer une plainte.</li> <li>Vous estimez que nous ne respectons pas les délais pour les décisions de couverture ou les appels ; vous pouvez déposer une plainte.</li> <li>Vous estimez que nous ne respectons pas les délais de couverture ou de remboursement de certains produits ou services médicaux ou médicaments qui ont été approuvés ; vous pouvez déposer une plainte.</li> <li>Vous estimez que nous n'avons pas respecté les délais requis pour la transmission de votre dossier à l'organisme d'examen indépendant ; vous pouvez déposer une plainte.</li> </ul>

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)****Section 11.2 Comment déposer une plainte****Terme juridique**

- Une « **plainte** » est également appelée « **grief** ».
- « **Déposer une plainte** » est également appelé « **déposer un grief** ».
- « **Utiliser la procédure de dépôt de plainte** » est également appelé « **utiliser la procédure de dépôt d'un grief** ».
- Une « **plainte rapide** » est également appelée « **grief accéléré** ».

**Section 11.3 Étape par étape : Déposer une plainte****Étape 1 : Contactez-nous rapidement, par téléphone ou par écrit.**

- **En général, la première étape consiste à appeler les services aux membres.** Si d'autres démarches s'avèrent nécessaires, les services aux membres vous en informeront.
- Si vous ne souhaitez pas téléphoner (ou si vous avez téléphoné et que vous n'avez pas obtenu satisfaction), vous pouvez formuler votre plainte par écrit et nous l'envoyer. Si vous déposez votre plainte par écrit, nous y répondrons par écrit.
- Nous essaierons de résoudre votre problème par téléphone. Si vous demandez une réponse écrite, si vous déposez un grief écrit ou si votre plainte concerne la qualité des soins, nous vous répondrons par écrit. Si nous ne parvenons pas à résoudre votre plainte par téléphone, nous disposons d'une procédure formelle pour examiner vos plaintes. C'est ce que nous appelons la procédure de traitement des plaintes des membres.
- Vous, ou votre représentant autorisé, avez le droit de déposer un grief accéléré chaque fois que Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prend un délai supplémentaire pour prendre une détermination de l'organisme ou une décision de réexamen, ou lorsque nous refusons une demande d'accélération d'une détermination de l'organisme ou d'un réexamen. (Nous ne pouvons pas prendre de délai supplémentaire pour prendre une décision de couverture ou pour statuer sur un appel concernant un médicament de la partie B ou de la partie D.) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) répondra à ces griefs accélérés dans les (24) heures suivant leur réception.
- Nous devons traiter votre grief aussi rapidement que votre dossier l'exige en fonction de votre état de santé, mais au plus tard dans les 30 jours suivant la réception de votre plainte. Nous pouvons prolonger le délai de 14 jours au maximum si vous le demandez ou si nous avons besoin d'informations supplémentaires et que ce délai est dans votre intérêt.
- **Que ce soit par téléphone ou par écrit, vous devez contacter les services aux membres immédiatement.** Vous pouvez déposer votre plainte à tout moment après avoir rencontré le problème pour lequel vous souhaitez déposer une plainte.

**Étape 2 : Nous examinons votre plainte et vous donnons une réponse.**

- **Dans la mesure du possible, nous vous répondrons immédiatement.** Si vous nous appelez pour nous faire part d'une plainte, il se peut que nous puissions vous donner une réponse lors du même appel téléphonique.

**Chapitre 8 Que faire en cas de problème ou de plainte (décisions de couverture, appels, plaintes)**

- **La plupart des plaintes sont traitées dans un délai de 30 jours calendaires.** Si nous avons besoin de plus d'informations et que le délai est dans votre intérêt ou si vous demandez plus de temps, nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours calendaires supplémentaires (44 jours calendaires au total) pour répondre à votre plainte. Si nous décidons de prendre des jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit.
- **Si vous déposez une plainte parce que nous avons rejeté votre demande de « décision de couverture rapide » ou d'« appel rapide », nous vous accorderons automatiquement une « plainte rapide ».** En cas de « plainte rapide », nous vous répondrons dans les 24 heures.
- **Si nous ne sommes pas d'accord** avec tout ou partie de votre plainte ou si nous n'assumons pas la responsabilité du problème faisant l'objet de votre plainte, nous vous en donnerons les raisons dans notre réponse.

**Section 11.4 Vous pouvez également déposer des plaintes concernant la qualité des soins auprès de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité)**

Si votre plainte porte sur la *qualité des soins*, vous disposez de deux options supplémentaires :

- **Vous pouvez adresser votre plainte directement à la Quality Improvement Organization.** La Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) est un groupe de médecins praticiens et d'autres experts en soins de santé payés par le gouvernement fédéral pour vérifier et améliorer les soins dispensés aux patients de Medicare. Vous trouverez au chapitre 2 les coordonnées des personnes à contacter.

*Ou*

- **Vous pouvez déposer votre plainte à la fois auprès de la Quality Improvement Organization et auprès de nous.**

**Section 11.5 Vous pouvez aussi faire part de votre plainte à Medicare et Medicaid**

Vous pouvez déposer une plainte concernant Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) directement auprès de Medicare. Pour déposer une plainte auprès de Medicare, rendez-vous sur [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Vous pouvez également appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS peuvent appeler le 1-877-486-2048.

# CHAPITRE 9:

*Mettre fin à votre affiliation au régime*

FINALE

**Chapitre 9 Mettre fin à votre affiliation au régime****SECTION 1 Introduction à l'arrêt de votre affiliation au régime**

La fin de votre affiliation à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) peut être **volontaire** (votre propre choix) ou **involontaire** (pas votre propre choix) :

- Vous pouvez quitter notre régime parce que vous avez décidé de le faire. Les sections 2 et 3 fournissent des informations sur la cessation volontaire de votre affiliation.
- Il existe également des situations limitées dans lesquelles vous n'avez pas choisi de mettre fin à votre adhésion, mais où nous sommes obligés de le faire. La section 5 vous informe sur les situations dans lesquelles nous devons mettre fin à votre affiliation.

Si vous quittez notre régime, celui-ci doit continuer à vous fournir des soins médicaux et des médicaments sur ordonnance et vous continuerez à payer votre participation aux coûts jusqu'à ce que votre affiliation prenne fin.

**SECTION 2 Quand pouvez-vous mettre fin à votre affiliation au régime ?****Section 2.1 Vous pouvez peut-être mettre fin à votre affiliation parce que vous bénéficiez de Medicare et de Medicaid**

La plupart des personnes bénéficiant de Medicare ne peuvent mettre fin à leur affiliation qu'à certaines périodes de l'année. Étant donné que vous bénéficiez de Medicaid, vous pouvez annuler votre affiliation à notre régime à n'importe quel moment de l'année. Vous avez également la possibilité de vous affilier à un autre régime Medicare à tout moment, y compris :

- Medicare Original avec un régime Medicare séparé pour les médicaments sur ordonnance ;
- Original Medicare sans régime séparé pour les médicaments sur ordonnance (si vous choisissez cette option, Medicare pourrait vous affilier automatiquement à un régime de médicaments, sauf si vous avez choisi de ne pas être affilié automatiquement) ; ou
- si vous y êtes éligible, un D-SNP intégré qui regroupe vos prestations Medicare ainsi que la plupart ou la totalité de vos prestations Medicaid en un seul régime.

Remarque : si vous cessez votre affiliation à la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare et que vous restez sans couverture des médicaments sur ordonnance ouvrant droit à remboursement pendant une période continue de 63 jours ou plus, vous devrez peut-être payer une pénalité pour affiliation tardive à la partie D si vous adhérez ultérieurement à un régime d'assurance médicaments de Medicare.

Contactez le bureau Medicaid de votre État pour connaître les options de votre régime Medicaid (les numéros de téléphone figurent au chapitre 2, section 6 du présent document).

- Vous pouvez choisir parmi d'autres options de régimes de santé Medicare pendant la période d'affiliation annuelle. La section 2.2 vous donne plus d'informations sur la période d'inscription annuelle.
- **Quand votre affiliation prendra-t-elle fin ?** Votre affiliation prendra généralement fin le premier jour du mois suivant la réception de votre demande de changement de régime. Votre affiliation à votre nouveau régime débutera également ce jour-là.

**Chapitre 9 Mettre fin à votre affiliation au régime****Section 2.2 Vous pouvez mettre fin à votre affiliation pendant la période d'affiliation annuelle**

Vous pouvez mettre fin à votre affiliation pendant la **période d'affiliation annuelle** (également appelée période d'affiliation annuelle ouverte). Pendant cette période, vous pouvez passer en revue votre couverture santé et médicaments et décider de votre couverture pour l'année à venir.

- La **période d'affiliation annuelle** s'étend du **15 octobre au 7 décembre**.
  - **Vous pouvez choisir de conserver votre couverture actuelle ou d'y apporter des modifications pour l'année à venir.** Si vous décidez de changer de régime, vous pouvez choisir l'un des types de régimes suivants :
    - Un autre régime de santé Medicare avec ou sans couverture des médicaments sur ordonnance.
    - Medicare Original *avec* un régime Medicare séparé pour les médicaments sur ordonnance
- OU*
- Medicare Original *sans* régime Medicare séparé pour les médicaments sur ordonnance.
  - **Votre affiliation à notre régime prendra fin** lorsque la couverture de votre nouveau régime débutera le 1er janvier.

**Si vous bénéficiez d'une « aide supplémentaire » de Medicare pour le paiement de vos médicaments sur ordonnance :** si vous passez à Original Medicare et que vous ne vous affiliez pas à un régime distinct de Medicare pour les médicaments sur ordonnance, Medicare peut vous affilier à un régime de médicaments, à moins que vous n'ayez choisi de ne pas vous affilier automatiquement.

**Remarque :** Si vous cessez votre affiliation à la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare et que vous restez sans couverture des médicaments sur ordonnance pendant 63 jours ou plus d'affilée, vous devrez peut-être payer une pénalité pour affiliation tardive à la partie D si vous adhérez ultérieurement à un régime d'assurance médicaments de Medicare.

**Section 2.3 Vous pouvez mettre fin à votre affiliation pendant la période d'affiliation ouverte à Medicare Advantage**

Vous avez la possibilité d'apporter un changement à votre couverture santé pendant la **période d'affiliation ouverte à Medicare Advantage**.

- La **période d'affiliation annuelle ouverte à Medicare Advantage** s'étend du 1er janvier au 31 mars. De plus, les nouveaux bénéficiaires de Medicare qui sont inscrits à un régime MA peuvent s'inscrire depuis le mois où ils deviennent éligibles aux parties A et B jusqu'au dernier jour du 3e mois suivant leur éligibilité.
- **Au cours de la période annuelle d'affiliation ouverte à Medicare Advantage,** vous pouvez :
  - passer à un autre régime Medicare Advantage avec ou sans couverture des médicaments sur ordonnance.
  - vous désaffilier de notre régime et obtenir une couverture via le Original Medicare. Si vous choisissez de passer à Original Medicare au cours de cette période, vous pouvez également vous affilier à un autre régime Medicare pour les médicaments sur ordonnance à ce moment-là.

## Chapitre 9 Mettre fin à votre affiliation au régime

- **Votre affiliation prendra fin** le premier jour du mois suivant votre affiliation à un autre régime Medicare Advantage ou la réception de votre demande de passage à Original Medicare. Si vous choisissez également de vous affilier à un régime Medicare pour les médicaments sur ordonnance, votre affiliation à ce régime débutera le premier jour du mois suivant la réception de votre demande d'affiliation par le régime en question.

### Section 2.4 Dans certaines situations, vous pouvez mettre fin à votre affiliation au cours d'une période d'affiliation spéciale

Dans certaines situations, vous pouvez avoir le droit de mettre fin à votre affiliation à d'autres moments de l'année. C'est ce qu'on appelle une **période d'affiliation spéciale**.

**Vous pouvez être autorisé à mettre fin à votre affiliation au cours d'une période d'affiliation spéciale** si l'une des situations suivantes s'applique à vous. Il ne s'agit que d'exemples ; pour obtenir la liste complète, vous pouvez contacter le régime, appeler Medicare ou consulter le site Web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) :

- Généralement, lorsque vous avez déménagé.
- Si vous bénéficiez de Medicaid de New York.
- Si vous avez droit à une « aide supplémentaire » pour le paiement de vos ordonnances Medicare.
- Si nous ne respectons pas le contrat qui nous lie à vous.
- Si vous recevez des soins dans une institution, telle qu'une maison de soins ou un hôpital de soins de longue durée (LTC).
- Si vous vous inscrivez au Program of All-inclusive Care for the Elderly (Programme de soins tout compris pour les personnes âgées, PACE).
- **Remarque** : si vous participez à un programme de gestion des médicaments, il se peut que vous ne puissiez pas changer de régime. Le chapitre 5, section 10, vous en dit plus sur les programmes de gestion des médicaments.
- **Remarque** : La section 2.1 vous en dit plus sur la période d'affiliation spéciale pour les personnes bénéficiant de Medicaid.

**Les périodes d'affiliation varient** en fonction de votre situation.

**Pour savoir si vous avez droit à une période d'affiliation spéciale**, veuillez appeler Medicare au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les utilisateurs de TTY doivent appeler le 1-877-486-2048. Si vous avez le droit de mettre fin à votre affiliation en raison d'une situation particulière, vous pouvez choisir de modifier à la fois votre couverture santé Medicare et votre couverture des médicaments sur ordonnance. Vous pouvez choisir :

- Un autre régime de santé Medicare avec ou sans couverture des médicaments sur ordonnance.
- Medicare Original *avec* un régime Medicare séparé pour les médicaments sur ordonnance
- Medicare Original *sans* régime Medicare séparé pour les médicaments sur ordonnance.

**Remarque** : Si vous cessez votre affiliation à la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare et que vous restez sans couverture des médicaments sur ordonnance pendant 63 jours ou plus d'affilée, vous devrez peut-être payer une pénalité pour affiliation tardive à la partie D si vous adhérez ultérieurement à un régime d'assurance médicaments de Medicare.

**Si vous bénéficiez d'une « aide supplémentaire » de Medicare pour le paiement de vos médicaments sur ordonnance** : si vous passez à Original Medicare et que vous ne vous affiliez pas à un régime distinct de Medicare

## Chapitre 9 Mettre fin à votre affiliation au régime

pour les médicaments sur ordonnance, Medicare peut vous affilier à un régime de médicaments, à moins que vous n'ayez choisi de ne pas vous affilier automatiquement.

**Votre affiliation prendra généralement fin** le premier jour du mois suivant la réception de votre demande de changement de régime.

**Remarque :** les sections 2.1 et 2.2 vous en disent plus sur la période d'affiliation spéciale pour les personnes bénéficiant de Medicaid et de l'aide supplémentaire.

### Section 2.5 Où pouvez-vous obtenir plus d'informations sur les périodes pendant lesquelles vous pouvez mettre fin à votre affiliation ?

Si vous avez des questions concernant la cessation de votre affiliation, vous pouvez :

- **appeler les services aux membres.**
- consultez les informations dans le guide *Medicare & You 2025*.
- Contactez **Medicare** au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. (TTY 1-877-486-2048).

## SECTION 3 Comment mettez-vous fin à votre affiliation au régime ?

Le tableau ci-dessous explique comment mettre fin à votre affiliation à notre régime.

Si vous souhaitez passer de notre régime à :	Voici ce que vous devez faire :
Un autre régime de santé Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affiliez-vous au nouveau régime de santé Medicare. Votre nouvelle couverture débutera le premier jour du mois suivant.</li> <li>• Votre affiliation à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sera automatiquement annulée à la date de début de la couverture de votre nouveau régime.</li> </ul>
Medicare Original <i>avec</i> un régime Medicare séparé pour les médicaments sur ordonnance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affiliez-vous au nouveau régime de médicaments sur ordonnance de Medicare. Votre nouvelle couverture débutera le premier jour du mois suivant.</li> <li>• Votre affiliation à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sera automatiquement annulée à la date de début de la couverture de votre nouveau régime.</li> </ul>
Medicare Original <i>sans</i> régime Medicare séparé pour les médicaments sur ordonnance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envoyez-nous une demande écrite de désaffiliation</b> Contactez les services aux membres si vous avez besoin de plus d'informations sur la marche à suivre.</li> </ul>

**Chapitre 9 Mettre fin à votre affiliation au régime**

Si vous souhaitez passer de notre régime à :	Voici ce que vous devez faire :
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ si vous passez à Original Medicare et que vous ne vous affiliez pas à un régime distinct de Medicare pour les médicaments sur ordonnance, Medicare peut vous affilier à un régime de médicaments, à moins que vous n'ayez choisi de ne pas vous affilier automatiquement.</li> <li>◦ Si vous cessez votre affiliation à la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare et que vous restez 63 jours ou plus d'affilié sans couverture des médicaments sur ordonnance ouvrant droit à remboursement, vous risquez de devoir payer une pénalité pour affiliation tardive si vous adhérez ultérieurement à un régime d'assurance médicaments de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez également contacter <b>Medicare</b> au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et demander à ne plus être affilié. Les utilisateurs de TTY doivent composer le 1-877-486-2048.</li> <li>• Votre affiliation à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sera annulée à la date de début de votre couverture Original Medicare.</li> </ul>

**Remarque :** Si vous cessez votre affiliation à la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare et que vous restez sans couverture des médicaments sur ordonnance pendant 63 jours ou plus d'affilié, vous devrez peut-être payer une pénalité pour affiliation tardive à la partie D si vous adhérez ultérieurement à un régime d'assurance médicaments de Medicare.

Pour toute question concernant vos prestations Medicaid, contactez le Medicaid de New York au (800) 505-5678, le Department of Social Services (Département des services sociaux) du comté de Nassau (516) 227-7474, la Human Resources Administration (Administration des ressources humaines)/le Department of Social Services du comté de Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond (718) 557-1399, le Department of Social Services du comté d'Orange (845) 291-4000, le Department of Social Services du comté de Rockland (845) 364-3040 ou le Department of Social Services du comté de Westchester (914) 995-3333, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 20 h, le samedi de 10 h à 18 h. Renseignez-vous sur les conséquences de l'affiliation à un autre régime ou du retour à Original Medicare sur la façon dont vous bénéficiez de la couverture Medicaid.

#### **SECTION 4 Tant que votre affiliation n'a pas pris fin, vous devez continuer à vous procurer les produits et services médicaux, ainsi que les médicaments par l'intermédiaire de notre régime**

Jusqu'à ce que votre affiliation à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prenne fin et que votre nouvelle couverture Medicare commence, vous devez continuer à vous procurer les produits et services médicaux ainsi que les médicaments sur ordonnance par l'intermédiaire de notre régime.

- **Continuez à utiliser les prestataires de notre réseau pour recevoir des soins médicaux.**
- **Continuez à utiliser les pharmacies de notre réseau pour faire exécuter vos ordonnances.**

**Chapitre 9 Mettre fin à votre affiliation au régime**

- Si vous êtes hospitalisé le jour où votre affiliation prend fin, votre séjour à l'hôpital sera couvert par notre régime jusqu'à votre sortie de l'hôpital (même si vous sortez de l'hôpital après le début de votre nouvelle couverture).

**SECTION 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit mettre fin à votre affiliation au régime dans certaines situations****Section 5.1 Quand devons-nous mettre fin à votre affiliation au régime ?**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit mettre fin à votre affiliation au régime si l'une des situations suivantes se produit :

- Si vous n'êtes plus couvert par les parties A et B de Medicare

Si vous n'avez plus droit à Medicaid. Comme indiqué au chapitre 1, section 2.1, notre régime s'adresse aux personnes éligibles à la fois à Medicare et à Medicaid. Lorsque Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) détermine que vous ne remplissez plus les conditions d'éligibilité, vous recevrez une lettre d'avis indiquant la raison de votre éventuelle désaffiliation. Vous disposerez alors de 3 mois (90 jours) à compter de la date de la lettre pour répondre à la demande de réexamen de votre éligibilité au régime.

- Si vous déménagez hors de notre zone de service.
- Si vous êtes absent de notre zone de service pendant plus de six mois.
  - Si vous déménagez ou faites un long voyage, appelez les services aux membres pour savoir si l'endroit où vous déménagez ou voyagez se trouve dans la zone couverte par notre régime.
- Si vous êtes incarcéré (allez en prison).
- Si vous n'êtes plus citoyen américain ou si vous n'êtes plus en situation régulière aux États-Unis.
- Si vous mentez ou dissimulez des informations concernant une autre assurance dont vous bénéficiez et qui couvre les médicaments sur ordonnance.
- Si vous nous donnez intentionnellement des informations incorrectes lors de l'affiliation à notre régime et que ces informations affectent votre éligibilité à notre régime. (Nous ne pouvons pas mettre fin à votre affiliation à notre régime pour cette raison, sauf si nous obtenons d'abord l'autorisation de Medicare.)
- Si vous vous comportez continuellement d'une manière qui perturbe et rend difficile la fourniture de soins médicaux pour vous et d'autres membres de notre régime. (Nous ne pouvons pas mettre fin à votre affiliation à notre régime pour cette raison, sauf si nous obtenons d'abord l'autorisation de Medicare.)
- Si vous laissez quelqu'un d'autre utiliser votre carte d'affilié pour obtenir des soins médicaux. (Nous ne pouvons pas mettre fin à votre affiliation à notre régime pour cette raison, sauf si nous obtenons d'abord l'autorisation de Medicare.)
  - Si nous mettons fin à votre affiliation pour cette raison, Medicare peut demander à l'inspecteur général d'enquêter sur votre cas.
- Si vous êtes tenu de payer le montant supplémentaire de la partie D en raison de vos revenus et que vous ne le payez pas, Medicare vous désaffiliera de notre régime.

**Chapitre 9 Mettre fin à votre affiliation au régime**

---

***Où pouvez-vous obtenir plus d'informations ?***

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur le moment où nous pouvons mettre fin à votre affiliation, appelez les services aux membres.

**Section 5.2 Nous ne pouvons pas vous demander de quitter notre régime pour une raison liée à la santé**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) n'est pas autorisé à vous demander de quitter notre régime pour une raison liée à la santé.

***Que devez-vous faire si cela se produit ?***

Si vous pensez que vous êtes invité à quitter notre régime pour une raison liée à la santé, appelez Medicare au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (ATS 1-877-486-2048).

**Section 5.3 Vous avez le droit de déposer une plainte si nous mettons fin à votre affiliation à notre régime**

Si nous mettons fin à votre affiliation à notre régime, nous devons vous en communiquer les raisons par écrit. Nous devons également vous expliquer comment vous pouvez déposer un grief ou une plainte concernant notre décision de mettre fin à votre affiliation.

# CHAPITRE 10:

## *Mentions légales*

FINALE

**Chapitre 10 Mentions légales**

---

---

**SECTION 1 Avis sur le droit applicable**

---

La loi principale qui s'applique à ce document d'attestation de couverture est le titre XVIII de la loi sur la sécurité sociale et les règlements créés en vertu de la loi sur la sécurité sociale par les Centers for Medicare & Medicaid Services (Centres de services Medicare et Medicaid, CMS). En outre, d'autres lois fédérales peuvent s'appliquer et, dans certaines circonstances, les lois de l'État dans lequel vous vivez. Ces lois peuvent avoir une incidence sur vos droits et responsabilités, même si elles ne sont pas mentionnées ou expliquées dans le présent document.

---

**SECTION 2 Avis sur le principe de non-discrimination**

---

**Nous ne pratiquons aucune discrimination** fondée sur la race, l'ethnie, l'origine nationale, la couleur, la religion, le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, l'incapacité mentale ou physique, l'état de santé, la sinistralité, les antécédents médicaux, les informations génétiques, les preuves d'assurabilité ou la situation géographique au sein de la zone de service. Tous les organismes qui proposent des régimes Medicare Advantage, comme notre régime, doivent respecter les lois fédérales contre la discrimination, notamment le titre VI de la loi de 1964 sur les droits civils, la loi de 1973 sur la réadaptation, la loi de 1975 sur la discrimination fondée sur l'âge, la loi relative aux Américains avec un handicap, la section 1557 de la loi sur les soins abordables, toutes les autres lois qui s'appliquent aux organismes bénéficiant d'un financement fédéral, et toutes les autres lois et règles qui s'appliquent pour toute autre raison.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations ou si vous avez des inquiétudes concernant une discrimination ou un traitement injuste, veuillez appeler l'Office for Civil Rights (Bureau des droits civils) du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) au 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou l'Office for Civil Rights de votre région. Vous pouvez également consulter les informations de l'Office for Civil Rights du Department of Health and Human Services à l'adresse <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si vous êtes en situation de handicap et que vous avez besoin d'aide pour accéder aux soins, veuillez contacter les services aux membres. Si vous avez une plainte à formuler, par exemple un problème d'accès pour les personnes en fauteuil roulant, les services aux membres peuvent vous aider.

---

**SECTION 3 Avis sur les droits de subrogation du payeur secondaire de Medicare**

---

Nous avons le droit et la responsabilité de procéder au recouvrement des services couverts par Medicare pour lesquels Medicare n'est pas le payeur principal. Conformément aux règlements CMS (42 CFR, sections 422.108 et 423.462), Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), en tant qu'organisme Medicare Advantage, exercera les mêmes droits de recouvrement que le secrétaire en vertu des règlements CMS (sous-parties B à D de la partie 411 du 42 CFR) et les règles établies dans cette section remplacent toutes les lois de l'État.

# CHAPITRE 11:

## *Définitions des termes importants*

**Chapitre 11 Définitions des termes importants**

---

**Centre de chirurgie ambulatoire** – Un centre de chirurgie ambulatoire est une entité dont l'activité consiste exclusivement à fournir des services de chirurgie ambulatoire à des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation et dont le séjour prévu dans le centre n'excède pas 24 heures.

**Appel** – Un appel est une démarche que vous entreprenez si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision de refuser une demande de couverture de services de soins de santé ou de médicaments sur ordonnance, ou le paiement de services ou de médicaments que vous avez déjà reçus. Vous pouvez également introduire un appel si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision d'interrompre les services que vous recevez.

**Période de prestations** – La manière dont notre régime et Original Medicare mesurent votre utilisation des services hospitaliers et des services d'un établissement de soins infirmiers spécialisés (SNF). La période de prestations commence le jour où vous entrez à l'hôpital ou dans un établissement de soins infirmiers spécialisés. Elle se termine lorsque vous n'avez pas reçu de soins hospitaliers (ou de soins spécialisés dans un SNF) pendant 60 jours d'affilée. Si vous entrez dans un hôpital ou un établissement de soins infirmiers spécialisés après la fin d'une période de prestations, une nouvelle période de prestations commence. Le nombre de périodes de prestations n'est pas limité.

**Biomédicament** – Médicament sur ordonnance qui est fabriqué à partir de sources naturelles et vivantes telles que des cellules animales, des cellules végétales, des bactéries ou des levures. Les biomédicaments sont plus complexes que les autres médicaments et ne peuvent pas être reproduits à l'identique, c'est pourquoi les variantes sont appelées biosimilaires. (Référez-vous aux sections « **Biomédicament d'origine** » et « **Biosimilaire** »).

**Biosimilaire** – Un produit biologique très similaire, mais pas identique, au biomédicament d'origine. Les biosimilaires sont tout aussi sûrs et efficaces que les biomédicaments d'origine. Certains biosimilaires peuvent être remplacés par le biomédicament d'origine en pharmacie sans nécessiter une nouvelle ordonnance. (Voir la section « **Version interchangeable d'un biosimilaire** »).

**Médicament de marque (princeps)** – Médicament sur ordonnance qui est fabriqué et vendu par la société pharmaceutique qui a mené les recherches et mis au point le médicament à l'origine. Les médicaments de marque ont la même formule de principe actif que la version générique du médicament. Toutefois, les médicaments génériques sont fabriqués et vendus par d'autres fabricants de médicaments et ne sont généralement disponibles qu'après l'expiration du brevet du médicament de marque.

**Étape de couverture des coûts exorbitants** – Étape de la couverture des médicaments de la partie D qui commence lorsque vous (ou d'autres parties admissibles en votre nom) avez dépensé 2 000\$ pour des médicaments couverts par la partie D au cours de l'année visée par le régime. Au cours de cette étape, le régime paie la totalité du coût des médicaments couverts par la partie D. Vous ne payez rien.

**Centers for Medicare & Medicaid Services (Centres de services Medicare et Medicaid, CMS)** – L'agence fédérale qui gère Medicare.

**Coassurance** – Montant que vous pouvez être amené à payer, exprimé en pourcentage (par exemple 20%), au titre de votre participation au coût des services ou des médicaments sur ordonnance.

**Plainte** – Le terme officiel pour désigner le dépôt d'une plainte est le « dépôt d'un grief ». La procédure de plainte n'est utilisée que pour certains types de problèmes. Il s'agit notamment des problèmes liés à la qualité des soins, aux délais d'attente et au service clients que vous recevez. Elle inclut également les plaintes déposées si votre régime ne respecte pas les délais de la procédure d'appel.

**Établissement de réadaptation ambulatoire complet (CORF)** – Établissement qui fournit principalement des services de réadaptation après une maladie ou une blessure, notamment des services de physiothérapie, des services

**Chapitre 11 Définitions des termes importants**

---

sociaux ou psychologiques, des services de thérapie respiratoire, d'ergothérapie et d'orthophonie, ainsi que des services d'évaluation de l'environnement à domicile.

**Copaiement** – Montant que vous pouvez être amené à payer en tant que participation au coût d'un service de santé ou d'une fourniture médicale, comme une visite chez le médecin, une consultation externe à l'hôpital ou un médicament sur ordonnance. Le copaiement est un montant fixe (par exemple 10\$), plutôt qu'un pourcentage.

**Participation aux coûts** – La participation aux coûts désigne les montants qu'un membre doit payer lorsqu'il reçoit des services ou des médicaments. La participation aux coûts comprend toute combinaison des trois types de paiements suivants : (1) toute franchise qu'un régime peut imposer avant que les services ou les médicaments ne soient couverts ; (2) tout montant fixe de copaiement qu'un régime exige lorsqu'un service ou un médicament spécifique est reçu ; ou (3) tout montant de coassurance, un pourcentage du montant total payé pour un service ou un médicament qu'un régime exige lorsqu'un service ou un médicament spécifique est reçu.

**Détermination de la couverture** – Décision indiquant si un médicament qui vous a été prescrit est couvert par le régime et le montant, le cas échéant, que vous devez payer pour l'ordonnance. En général, si vous apportez votre ordonnance à la pharmacie et que le pharmacien vous dit qu'elle n'est pas couverte par votre régime, il ne s'agit pas d'une détermination de la couverture. Vous devez appeler ou écrire à votre régime pour demander une décision officielle concernant la couverture. Dans le présent document, les déterminations de couverture sont appelées décisions de couverture.

**Médicaments couverts** – Terme que nous utilisons pour désigner tous les médicaments sur ordonnance qui sont couverts par notre régime.

**Services couverts** – Le terme que nous utilisons pour désigner tous les services de santé et les fournitures de soins qui sont couverts par notre régime.

**Couverture des médicaments sur ordonnance admissible** – Couverture des médicaments sur ordonnance (par exemple, par un employeur ou un syndicat) qui est censée payer, en moyenne, au moins autant que la couverture standard des médicaments sur ordonnance de Medicare. Les personnes qui bénéficient de ce type de couverture lorsqu'elles deviennent éligibles à Medicare peuvent généralement conserver cette couverture sans payer de pénalité, si elles décident de s'affilier ultérieurement à la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare.

**Soins de garde** – Les soins de garde sont des soins personnels fournis dans une maison de soins, un centre de soins palliatifs ou un autre établissement lorsque vous n'avez pas besoin de soins médicaux ou de soins infirmiers spécialisés. Les soins de garde, dispensés par des personnes qui n'ont pas de compétences ou de formation professionnelles, comprennent l'aide pour les activités de la vie quotidienne telles que se laver, s'habiller, manger, s'asseoir ou se lever d'un lit ou d'une chaise, se déplacer et utiliser la salle de bains. Il peut également s'agir de soins de santé que la plupart des gens font eux-mêmes, comme l'utilisation de gouttes pour les yeux. Medicare ne prend pas en charge les soins de garde.

**Taux journalier de participation aux coûts** – Un taux journalier de participation aux coûts peut s'appliquer lorsque votre médecin vous prescrit certains médicaments pour moins d'un mois complet et que vous devez payer un copaiement. Le taux journalier de participation aux coûts correspond au montant du copaiement divisé par le nombre de jours d'un mois d'approvisionnement. Par exemple : si votre copaiement pour un approvisionnement d'un mois en médicaments est de 30\$ et qu'un approvisionnement d'un mois dans votre régime est de 30 jours, alors votre « taux journalier de participation aux coûts » est de 1\$ par jour.

**Désaffilier ou Désaffiliation** – Processus consistant à mettre fin à votre affiliation à notre régime.

**Chapitre 11 Définitions des termes importants**

---

**Régimes Dual Eligible Special Needs (Régimes à double éligibilité pour les besoins spéciaux [D-SNP])** – Un type de régime qui inscrit les personnes qui ont droit à la fois à Medicare (titre XVIII de la loi sur la Sécurité sociale) et à l'assistance médicale d'un régime d'État dans le cadre de Medicaid (titre XIX). Les États couvrent certains coûts de Medicare, en fonction de l'État et de l'éligibilité de la personne.

**Personnes doublement éligibles** – Personne qui a droit à une couverture Medicare et Medicaid.

**Équipement médical durable (DME)** – Certains équipements médicaux prescrits par votre médecin pour des raisons médicales. Les exemples incluent les déambulateurs, les fauteuils roulants, les béquilles, les systèmes de matelas motorisés, les fournitures pour diabétiques, les pompes à perfusion, les appareils générateurs de parole, l'équipement d'oxygène, les nébuliseurs ou les lits d'hôpitaux commandés par un prestataire pour être utilisés à la maison.

**Urgence** – Une urgence médicale survient lorsque vous, ou toute autre personne profane prudente ayant une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, estimez que vous présentez des symptômes médicaux qui nécessitent des soins médicaux immédiats pour éviter la mort (et, si vous êtes enceinte, la perte d'un enfant à naître), la perte d'un membre ou la perte de la fonction d'un membre, ou la perte ou l'altération grave d'une fonction corporelle. Les symptômes médicaux peuvent être une maladie, une blessure, une douleur intense ou un état de santé qui s'aggrave rapidement.

**Soins d'urgence** – Services couverts qui sont : (1) fournis par un prestataire qualifié pour dispenser des services d'urgence ; et (2) nécessaires au traitement, à l'évaluation ou à la stabilisation d'un état médical d'urgence.

**Attestation de couverture (EOC) et informations divulguées** – Ce document, ainsi que votre formulaire d'adhésion et toute autre pièce jointe, avenant ou autre couverture optionnelle sélectionnée, explique votre couverture, ce que nous devons faire, vos droits et ce que vous devez faire en tant que membre de notre régime.

**Exception** – Type de décision de couverture qui, si elle est approuvée, vous permet d'obtenir un médicament qui ne figure pas sur notre liste des médicaments couverts (exception à la liste des médicaments couverts), ou d'obtenir un médicament non privilégié à un taux de participation aux coûts moins élevé (exception de niveau). Vous pouvez également demander une exception si notre régime exige que vous essayiez un autre médicament avant de recevoir le médicament désiré, si notre régime nécessite l'obtention d'une autorisation préalable pour un médicament et que vous souhaitez que nous ne tenions pas compte d'une certaine restriction, ou si notre régime limite la quantité ou le dosage du médicament désiré (exception à la liste des médicaments couverts).

**« Extra Help » (Aide supplémentaire)** – Programme de Medicare ou d'un État visant à aider les personnes ayant des revenus et des ressources limités à payer les coûts du régime des médicaments sur ordonnance de Medicare, tels que les primes, les franchises et la coassurance.

**Médicament générique** – Médicament sur ordonnance approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) comme ayant le(s) même(s) ingrédient(s) actif(s) que le médicament de marque. En général, un médicament générique agit de la même manière qu'un médicament de marque et coûte habituellement moins cher.

**Grief** – Type de plainte que vous déposez à l'encontre de notre régime, des prestataires ou des pharmacies, y compris une plainte concernant la qualité de vos soins. Cela ne concerne pas les litiges relatifs à la couverture ou au paiement.

**Aide à domicile** – Personne qui fournit des services ne nécessitant pas les compétences d'un infirmier ou d'un thérapeute agréé, comme l'aide aux soins personnels (par exemple, prendre un bain, aller aux toilettes, s'habiller ou effectuer les exercices prescrits).

**Chapitre 11 Définitions des termes importants**

---

**Soins palliatifs** – Une prestation qui prévoit un traitement spécial pour un membre reconnu médicalement comme étant en phase terminale, c'est-à-dire dont l'espérance de vie est de 6 mois ou moins. Nous devons, dans le cadre de votre régime, vous fournir une liste de centres de soins palliatifs dans votre région géographique. Si vous choisissez les soins palliatifs et continuez à payer les primes, vous restez membre de notre régime. Vous pouvez toujours bénéficier de tous les services médicalement nécessaires ainsi que des prestations supplémentaires que nous offrons.

**Séjour à l'hôpital, hospitalisation** – Lorsque vous êtes officiellement admis à l'hôpital pour y recevoir des soins médicaux spécialisés. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré comme un patient en soins ambulatoires.

**Montant d'ajustement mensuel lié au revenu (IRMAA)** – Si votre revenu brut ajusté modifié, tel que déclaré dans votre déclaration d'impôt à l'IRS d'il y a deux ans, est supérieur à un certain montant, vous paierez le montant de la prime standard et un montant d'ajustement mensuel lié au revenu, également connu sous le nom d'IRMAA. L'IRMAA est un frais supplémentaire ajouté à votre prime. Comme moins de 5% des bénéficiaires de Medicare sont concernés, la plupart d'entre eux ne paieront pas de prime plus élevée.

**Limite de couverture initiale** – Limite maximale de couverture à l'étape de la couverture initiale.

**Étape de couverture initiale** – Cette étape correspond à la période avant que vos dépenses personnelles pour l'année n'atteignent le montant seuil.

**Période d'adhésion initiale** – Période au cours de laquelle vous pouvez vous inscrire à Medicare Partie A et Partie B. Si vous êtes éligible à Medicare à l'âge de 65 ans, votre période d'adhésion initiale est la période de 7 mois qui commence 3 mois avant le mois de votre 65<sup>e</sup> anniversaire, inclut le mois de votre 65<sup>e</sup> anniversaire et se termine 3 mois après le mois de votre 65<sup>e</sup> anniversaire.

**Régimes à double éligibilité pour les besoins spéciaux intégrés (D-SNP)** – Un D-SNP qui prend en charge à la fois les services de Medicare et la plupart ou tous les services de Medicaid sous un seul régime de santé, destiné à certains groupes de personnes éligibles aux deux programmes. Ces personnes sont également connues sous le nom d'« individus à double éligibilité bénéficiant de l'intégralité des prestations ».

**Versión interchangeable d'un biosimilaire** – Un biosimilaire qui peut être substitué à un biomédicament d'origine en pharmacie sans nécessiter une nouvelle ordonnance, car il remplit des critères supplémentaires permettant une substitution automatique. La substitution automatique en pharmacie dépend des lois de l'État.

**Liste des médicaments couverts (« formulary » ou liste des médicaments)** – Liste des médicaments sur ordonnance couverts par le régime.

**Low Income Subsidy (Subvention pour faible revenu, LIS)** – Voir « Extra Help » (Aide supplémentaire).

**Programme de remise des fabricants** – Programme selon lequel les fabricants de médicaments contribuent à la prise en charge d'une partie du coût total des médicaments de marque et des biologiques inclus dans le régime de la partie D. Les remises sont basées sur des accords entre le gouvernement fédéral et les fabricants de médicaments.

**Montant maximal de participation aux frais** – Le montant maximum que vous payez de votre poche au cours de l'année civile pour les services couverts des parties A et B. Les montants que vous payez pour les primes des parties A et B de Medicare et pour les médicaments sur ordonnance ne sont pas pris en compte dans le calcul du montant maximal de participation aux frais. Si vous êtes éligible à l'aide à la participation aux coûts de Medicare dans le cadre de Medicaid, vous n'êtes pas tenu de payer les frais qui dépassent le montant maximal de participation aux frais pour les services couverts des parties A et B. (Remarque : étant donné que nos membres bénéficient également de l'aide de Medicaid, très peu d'entre eux atteignent ce montant maximal de participation aux frais).

**Chapitre 11 Définitions des termes importants**

---

**Medicaid (ou Medical Assistance)** – Programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui prend en charge les frais médicaux de certaines personnes ayant de faibles revenus et des ressources limitées. Les programmes Medicaid varient d'un État à l'autre, mais la plupart des frais de santé sont couverts si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier à la fois de Medicare et de Medicaid.

**Indication médicalement acceptée** – Désigne un usage d'un médicament qui est soit approuvé par la Food and Drug Administration, soit soutenu par des sources fiables comme l'American Hospital Formulary Service Drug Information et le DRUGDEX Information System de Micromedex.

**Médicalement nécessaire** – Services, fournitures ou médicaments nécessaires à la prévention, au diagnostic ou au traitement de votre état de santé et répondant aux normes acceptées de la pratique médicale.

**Medicare** – Programme fédéral d'assurance maladie destiné aux personnes âgées de 65 ans ou plus, aux personnes de moins de 65 ans présentant certains handicaps et aux personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale (généralement celles qui souffrent d'une insuffisance rénale permanente et qui ont besoin d'une dialyse ou d'une greffe de rein).

**Période d'adhésion ouverte à Medicare Advantage** – Période allant du 1er janvier au 31 mars au cours de laquelle les membres d'un régime Medicare Advantage peuvent annuler leur adhésion et passer à un autre régime Medicare Advantage, ou obtenir une couverture dans le cadre du régime Medicare Original. Si vous choisissez de passer à Original Medicare au cours de cette période, vous pouvez également vous affilier à un autre régime Medicare pour les médicaments sur ordonnance à ce moment-là. La période d'adhésion ouverte à Medicare Advantage est également disponible pendant une période de trois mois après qu'une personne est éligible pour la première fois à Medicare.

**Régime Medicare Advantage (MA)** – (parfois appelé Medicare Partie C). Il s'agit d'un régime proposé par une société privée qui passe un contrat avec Medicare pour vous fournir toutes les prestations de Medicare partie A et partie B. Un plan Medicare Advantage peut être i) un HMO, ii) une PPO, iii) un régime privé de paiement à l'acte (PFFS) ou iv) un régime de compte d'épargne médicale (MSA) de Medicare. Outre le choix de ces types de régimes, un régime HMO ou PPO de Medicare Advantage peut également être un régime Special Needs (SNP). Dans la plupart des cas, les régimes Medicare Advantage proposent également la partie D de Medicare (couverture des médicaments sur ordonnance). Ces régimes sont appelés « régimes Medicare Advantage avec couverture des médicaments sur ordonnance ».

**Programme de réduction du déficit de couverture** – Programme qui offre des réductions sur la plupart des médicaments de marque couverts par la partie D aux membres de la partie D qui ont atteint le stade du déficit de couverture et qui ne bénéficient pas déjà l'« Extra Help ». Les réductions sont basées sur des accords entre le gouvernement fédéral et certains fabricants de médicaments.

**Services couverts par Medicare** – Services couverts par les parties A et B de Medicare. Tous les régimes de santé Medicare doivent couvrir tous les services couverts par les parties A et B de Medicare. Le terme « services couverts par Medicare » ne comprend pas les prestations supplémentaires, telles que les soins de la vue, les soins dentaires ou les soins auditifs, qu'un régime Medicare Advantage peut offrir.

**Régime Medicare Health** – Régime de santé Medicare proposé par une société privée qui passe un contrat avec Medicare pour fournir des prestations au titre des parties A et B aux personnes bénéficiant de Medicare qui s'inscrivent au régime. Ce terme englobe tous les régimes Medicare Advantage, les régimes Medicare Cost, les régimes Special Needs, les programmes de démonstration/pilotes et les programmes de soins tout compris pour les personnes âgées (PACE).

**Chapitre 11 Définitions des termes importants**

---

**Couverture des médicaments sur ordonnance (Medicare Partie D)** – Assurance permettant de payer les médicaments sur ordonnance, les vaccins, les biomédicaments et certaines fournitures destinés aux patients non hospitalisés qui ne sont pas couverts par Medicare partie A ou partie B.

**Police Medigap (Assurance complémentaire Medicare)** – Assurance complémentaire Medicare vendue par des compagnies d'assurance privées pour combler les « lacunes » d'Original Medicare. Les polices Medigap ne peuvent être souscrites qu'avec Original Medicare. (Un régime Medicare Advantage n'est pas une police Medigap.)

**Membre (Membre de notre régime ou Membre du régime)** – Personne bénéficiant de Medicare et pouvant prétendre à des services couverts, qui s'est inscrite à notre régime et dont l'adhésion a été confirmée par les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

**Services aux membres** – Service de notre régime chargé de répondre à vos questions concernant votre affiliation, vos prestations, vos griefs et vos appels.

**Pharmacie du réseau** – Pharmacie sous contrat avec notre régime où les membres de notre régime peuvent obtenir leurs médicaments sur ordonnance. Dans la plupart des cas, vos ordonnances ne sont couvertes que si elles sont traitées dans l'une des pharmacies de notre réseau.

**Prestataires du réseau** – Le terme « prestataire » désigne les médecins, les autres professionnels de la santé, les hôpitaux et autres établissements de soins qui sont autorisés ou agréés par Medicare et par l'État pour fournir des services de soins de santé. **Les prestataires du réseau** ont un accord avec notre régime pour accepter notre paiement comme paiement intégral et, dans certains cas, pour coordonner et fournir des services couverts aux membres de notre régime. Les prestataires du réseau sont également appelés « prestataires du régime ».

**Détermination de l'organisme** – Décision prise par notre régime pour déterminer si des articles ou des services sont couverts ou combien vous devez payer pour des articles ou des services couverts. Les déterminations de l'organisme sont appelées « décisions de couverture » dans le présent document.

**Biomédicament d'origine** – Un biomédicament approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) qui sert de référence pour les fabricants souhaitant développer une version biosimilaire. Un biomédicament est également appelé un « produit de référence ».

**Original Medicare (« Medicare traditionnel » ou « Medicare à l'acte »)** – « Original Medicare » est un régime public et non un régime privé de santé comme les « régimes Medicare Advantage » et les régimes de médicaments sur ordonnance. Dans le cadre de ce régime, les services Medicare sont couverts par le versement aux médecins, aux hôpitaux et aux autres prestataires de soins de santé de montants fixés par le Congrès. Vous pouvez consulter n'importe quel médecin, hôpital ou autre prestataire de soins de santé qui accepte Medicare. Vous devez payer la franchise. Medicare paie sa part du montant approuvé par Medicare, et vous payez votre part. Original Medicare comporte deux parties : partie A (assurance hospitalisation) et partie B (assurance maladie) et est disponible partout aux États-Unis.

**Pharmacie hors réseau** – Pharmacie qui n'a pas de contrat avec notre régime pour coordonner ou fournir des médicaments couverts aux membres de notre régime. La plupart des médicaments obtenus auprès de pharmacies hors réseau ne sont pas couverts par notre régime, à moins que certaines conditions ne s'appliquent.

**Prestataire hors réseau ou établissement hors réseau** – Prestataire ou établissement qui n'a pas de contrat avec notre régime pour coordonner ou fournir des services couverts aux membres de notre régime. Les prestataires hors réseau ne sont pas employés, détenus ou gérés par notre régime.

**Chapitre 11 Définitions des termes importants**

---

**Dépenses non remboursées** – Voir la définition de la participation aux coûts. La participation aux coûts exigée d'un membre pour payer une partie des services ou des médicaments reçus est également appelée dépenses non remboursées du membre.

**Seuil de dépenses personnelles** – Montant maximum que vous devez payer de votre poche pour les médicaments pris en charge par la partie D.

**Régime PACE** – Le régime PACE (Programme de soins tout compris pour les personnes âgées) combine des services médicaux, sociaux et de longue durée (LTSS) pour les personnes fragiles afin de les aider à rester indépendantes et à vivre au sein de leur communauté (au lieu de déménager dans une maison de soins) le plus longtemps possible. Les personnes inscrites aux régimes PACE bénéficient à la fois de leurs prestations Medicare et Medicaid par l'intermédiaire du régime.

**Partie C** – voir le régime Medicare Advantage (MA).

**Partie D** – Le programme Medicare de remboursement des médicaments sur ordonnance sur une base volontaire.

**Médicaments de la partie D** – Médicaments qui peuvent être couverts par la partie D. Nous pouvons ou non proposer tous les médicaments de la partie D. Certaines catégories de médicaments ont été exclues de la couverture de la partie D par le Congrès. Certaines catégories de médicaments de la partie D doivent être couvertes par tous les régimes.

**Pénalité pour adhésion tardive de la partie D** – Montant ajouté à votre prime mensuelle pour la couverture des médicaments Medicare si vous êtes resté 63 jours ou plus d'affilié sans couverture admissible (couverture qui est censée payer, en moyenne, au moins autant que la couverture standard des médicaments sur ordonnance de Medicare) après avoir été éligible à un régime de la partie D. Si vous perdez l'aide supplémentaire « Extra Help », vous pouvez être soumis à la pénalité pour adhésion tardive si vous restez 63 jours ou plus d'affilié sans couverture de la partie D ou autre couverture de médicaments sur ordonnance admissible.

**Prime** – Paiement périodique à Medicare, à une compagnie d'assurance ou à un régime de soins de santé pour une couverture santé ou médicaments sur ordonnance.

**Prestataire de soins primaires (PCP)** – Le médecin ou autre prestataire que vous consultez en premier lieu pour la plupart des problèmes de santé. Dans de nombreux régimes de santé Medicare, vous devez consulter votre prestataire de soins primaires avant de voir tout autre prestataire de soins.

**Autorisation préalable** – Approbation à l'avance pour obtenir des services ou certains médicaments. Les services couverts nécessitant une autorisation préalable sont indiqués dans le tableau des prestations médicales du chapitre 4. De même, les médicaments couverts soumis à autorisation préalable sont signalés dans le formulaire. Nos critères sont disponibles sur notre site Web.

**Prothèses et orthèses** – Dispositifs médicaux comprenant notamment les attelles pour les bras, les corsets, les minerves, les membres artificiels, les yeux artificiels et les dispositifs nécessaires au remplacement d'une partie ou d'une fonction interne du corps, y compris les fournitures pour stomies et les thérapies de nutrition entérale et parentérale.

**Quality Improvement Organization (Organisation d'amélioration de la qualité, QIO)** – Groupe de médecins praticiens et d'autres experts en soins de santé rémunérés par le gouvernement fédéral pour vérifier et améliorer les soins dispensés aux patients de Medicare.

**Chapitre 11 Définitions des termes importants**

---

**Limites de quantité** – Outil de gestion conçu pour limiter l'utilisation de certains médicaments pour des raisons de qualité, de sécurité ou d'utilisation. Les limites peuvent porter sur la quantité de médicaments que nous couvrons par ordonnance ou pour une période définie.

**Real-Time Benefit Tool (Outil de prestations en temps réel)** – Portail ou application informatique permettant aux affiliés de consulter des informations complètes, précises, opportunes, cliniquement appropriées et spécifiques à l'affilié sur la liste des médicaments couverts et les prestations. Cela inclut les montants de participation aux coûts, les médicaments de substitution qui peuvent être utilisés pour le même problème de santé qu'un médicament donné et les restrictions de couverture (autorisation préalable, traitement par étapes, limites de quantité) qui s'appliquent aux médicaments de substitution.

**Services de rééducation** – Ces services comprennent la physiothérapie, l'orthophonie et l'ergothérapie.

**Zone de service** – Zone géographique dans laquelle vous devez vivre pour adhérer à un régime de santé particulier. Pour les régimes qui limitent les médecins et les hôpitaux que vous pouvez consulter, il s'agit généralement de la zone où vous pouvez obtenir des services de routine (non urgents). Le régime doit vous désaffilier si vous quittez définitivement la zone de service du régime.

**Soins en établissement de soins infirmiers spécialisés (SNF)** – Soins infirmiers spécialisés et services de rééducation fournis de manière continue et quotidienne dans un établissement de soins infirmiers spécialisés. Il peut s'agir par exemple de physiothérapie ou d'injections intraveineuses qui ne peuvent être effectuées que par un infirmier ou un médecin.

**Régime Special Needs (pour besoins spéciaux)** – Type particulier de régime Medicare Advantage qui fournit des soins de santé plus ciblés à des groupes spécifiques de personnes, telles que celles qui bénéficient à la fois de Medicare et de Medicaid, qui résident dans une maison de soins ou qui souffrent de certaines maladies chroniques.

**Traitement par étapes** – Outil de gestion de l'utilisation qui exige que vous essayiez d'abord un autre médicament pour traiter votre état de santé avant que nous ne prenions en charge le médicament que votre médecin vous a prescrit au départ.

**Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI)** – Prestation mensuelle versée par la Sécurité sociale aux personnes ayant des revenus et des ressources limités, qui sont en situation de handicap, aveugles ou âgées de 65 ans et plus. Les prestations SSI ne sont pas les mêmes que les prestations de la Sécurité sociale.

**Services urgents** – Un service pris en charge par le régime est considéré comme urgent lorsqu'il requiert une attention médicale immédiate, sans être une urgence, si vous êtes temporairement en dehors de la zone de service du régime ou s'il est difficile, en raison du temps, du lieu ou des circonstances, de le recevoir auprès des prestataires du réseau avec lesquels le régime a un contrat. Parmi ces services, on peut citer des maladies imprévues, des blessures soudaines ou des aggravations inattendues de conditions existantes. Cependant, les visites médicales de routine, comme les bilans de santé annuels, ne sont pas considérées comme des besoins urgents, même si vous êtes hors de la zone de couverture ou si le réseau est temporairement indisponible.

# **Medicare Language Assistance Services**



## 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 দোভাষীর পরামর্শ রয়েছে। কোনও দোভাষী 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 א לע פראגן וואס איר קען האבן וועגן אונדזער געזונט א דער מעדיצין פלאן. צו באקומען א יבערזעצער, נאר רופן אונדז אויף 1-833-671-0440. איינער וואס רעדט יידיש קען דיר העלפן. דאס איז א פריי סערוויס.

**Urdu:**

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

**Greek:**

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνείας, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.





**Services aux membres Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

<b>Méthode</b>	<b>Services aux membres – Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(833) 671-0440  Les appels vers ce numéro sont gratuits. 7 jours sur 7, de 8 h à 20 h, heure locale.  Les services aux membres disposent également de services d'interprétation gratuits pour les personnes ne parlant pas l'anglais.
<b>TTY</b>	711  Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.  Les appels vers ce numéro sont gratuits. 7 jours sur 7, de 8 h à 20 h, heure locale.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>ADRESSE POSTALE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Services aux membres 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
<b>SITE WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

Le Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (le SHIP de l'État de New York) est un programme de l'État qui reçoit des fonds du gouvernement fédéral pour offrir des conseils gratuits en matière d'assurance maladie aux personnes bénéficiant de Medicare.

<b>Méthode</b>	<b>Coordonnées</b>
<b>TÉLÉPHONE</b>	(800) 701-0501 Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h, heure locale.
<b>ADRESSE POSTALE</b>	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
<b>SITE WEB</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

Déclaration relative au PRA. Conformément au Paperwork Reduction Act de 1995, personne n'est tenu de répondre à une collecte d'informations si celle-ci n'affiche pas un numéro de contrôle de l'OMB valide. Le numéro de contrôle de l'OMB valide pour cette collecte d'informations est 0938-1051. Si vous avez des commentaires ou des suggestions pour améliorer ce formulaire, veuillez écrire à l'adresse suivante : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland