

2025

# Prove di copertura

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

New York H5992-007

In vigore dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025



**Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025**

## **Prove di copertura:**

### **I Suoi benefici e servizi sanitari Medicare e la copertura dei farmaci da prescrizione come membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Questo documento fornisce i dettagli sull'assistenza sanitaria Medicare e Medicaid, l'assistenza a lungo termine, i servizi domiciliari e comunitari e la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025. **Questo è un importante documento legale. Si prega di conservarlo in un luogo sicuro.**

**Per domande su questo documento, contattare il Servizio per i Soci all'indirizzo (833) 671-0440. (Gli utenti TTY devono chiamare il 711). Gli orari sono dal 1° ottobre al 31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni alla settimana. Dal 1° aprile al 30 settembre, dal lunedì al venerdì, 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Questa chiamata è gratuita.**

Questo piano, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), è offerto da Senior Whole Health of New York, Inc. (Quando la presente Prova di copertura dice “noi”, “ci” o “nostro”, si intende Senior Whole Health of New York, Inc. Quando dice “piano” o “il nostro piano”, si intende Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Questo documento è disponibile gratuitamente in spagnolo, cinese, arabo, coreano, russo, italiano, francese, creolo francese, yiddish, polacco, tagalog, bengalese, albanese, greco e urdu.

È possibile ottenere questo documento gratuitamente in lingue diverse dall'inglese o in altri formati, come caratteri a caratteri grandi, braille o audio. Chiamare (833) 671-0440, (TTY: 711). La chiamata è gratuita.

I sussidi possono cambiare il 1 gennaio 2026.

Il prontuario, la rete di farmacie e/o la rete di fornitori possono cambiare in qualsiasi momento. Si riceverà un avviso quando necessario. Informeremo gli iscritti interessati delle modifiche con almeno 30 giorni di anticipo.

Molina Healthcare è un piano C-SNP, D-SNP e HMO con un contratto Medicare. I piani D-SNP hanno un contratto con il programma statale Medicaid. La registrazione dipende dal rinnovo del contratto.

Questo documento spiega i Suoi sussidi e diritti. Utilizzare questo documento per comprendere:

- Il Suo premio per il piano e la condivisione dei costi;
- I Suoi sussidi medici e di prescrizione di farmaci;
- Come presentare un reclamo se non si è soddisfatti di un servizio o di un trattamento;
- Come contattarci se ha bisogno di ulteriore assistenza; e,
- Altre protezioni richieste dalla legge Medicare.

H5992\_25\_007\_NYEOC\_C

**Indice dei contenuti****Sommario delle 2025 Prove di copertura**

<b>CAPÍTULO 1:</b>	<b><i>Come iniziare come membro</i></b> .....	<b>4</b>
SEZIONE 1	Introduzione .....	5
SEZIONE 2	Cosa La rende idoneo a diventare un membro del piano? .....	6
SEZIONE 3	Materiali importanti per gli abbonamenti che riceverà .....	8
SEZIONE 4	I Suoi costi mensili per Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	10
SEZIONE 5	Maggiori informazioni sul Suo premio mensile .....	12
SEZIONE 6	Mantenere aggiornato il Suo piano di abbonamento .....	13
SEZIONE 7	Come funzionano le altre assicurazioni con il nostro piano .....	13
<b>CAPÍTULO 2:</b>	<b><i>Numeri di telefono e risorse importanti</i></b> .....	<b>15</b>
SEZIONE 1	Contatti Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (come contattarci, incluso come raggiungere i servizi per i membri) .....	16
SEZIONE 2	Medicare (come ottenere aiuto e informazioni direttamente dal programma Medicare federale) .....	20
SEZIONE 3	Programma di assistenza sanitaria statale (aiuto gratuito, informazioni e risposte alle Sue domande su Medicare) .....	21
SEZIONE 4	Organizzazione per il miglioramento della qualità .....	22
SEZIONE 5	Previdenza sociale .....	23
SEZIONE 6	Medicaid .....	24
SEZIONE 7	Informazioni sui programmi per aiutare le persone a pagare i loro farmaci da prescrizione .....	26
SEZIONE 8	Come contattare l'Ente di Previdenza Ferroviario .....	27
SEZIONE 9	Ha un'assicurazione di gruppo o un'altra assicurazione sanitaria da un datore di lavoro? .....	28
<b>CAPÍTULO 3:</b>	<b><i>Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti</i></b> .....	<b>29</b>
SEZIONE 1	Cose da sapere su come ottenere assistenza medica e altri servizi come membro del nostro piano .....	30
SEZIONE 2	Utilizza i fornitori della rete del piano per ottenere assistenza medica e altri servizi .....	31
SEZIONE 3	Come ottenere servizi quando si ha un'emergenza o un bisogno urgente di assistenza o durante un disastro .....	34
SEZIONE 4	Cosa succede se Le viene addebitato direttamente l'intero costo dei Suoi servizi? .....	37
SEZIONE 5	In che modo sono coperte le Sue prestazioni mediche quando partecipa a uno studio di ricerca clinica? .....	37
SEZIONE 6	Regole per ricevere assistenza in un istituto sanitario religioso non medico .....	39
SEZIONE 7	Norme per la proprietà di apparecchiature mediche durevoli .....	40
<b>CAPÍTULO 4:</b>	<b><i>Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)</i></b> .....	<b>42</b>

**Indice dei contenuti**

SEZIONE 1	Comprensione dei servizi coperti .....	43
SEZIONE 2	Utilizzare la <i>tabella dei sussidi medici</i> per scoprire cosa è coperto .....	43
SEZIONE 3	Quali servizi sono coperti da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)? .....	89
SEZIONE 4	Quali servizi sono non coperti dal piano? .....	89
<b>CAPÍTULO 5:</b>	<b><i>Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D</i></b> .....	<b>93</b>
SEZIONE 1	Introduzione .....	94
SEZIONE 2	Compilare la prescrizione presso una farmacia di rete o tramite il servizio di vendita per corrispondenza del piano .....	95
SEZIONE 3	I suoi farmaci devono essere nell'Elenco dei farmaci del piano .....	97
SEZIONE 4	Ci sono restrizioni sulla copertura per alcuni farmaci .....	99
SEZIONE 5	Cosa succede se uno dei suoi farmaci non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto? .....	100
SEZIONE 6	Cosa succede se la sua copertura cambia per uno dei suoi farmaci? .....	102
SEZIONE 7	Quali tipi di farmaci <i>non</i> sono coperti dal piano? .....	104
SEZIONE 8	Compilazione di una prescrizione .....	104
SEZIONE 9	Parte D copertura farmacologica in situazioni particolari .....	105
SEZIONE 10	Programmi sulla sicurezza dei farmaci e sulla gestione dei farmaci .....	106
SEZIONE 11	Le inviamo rapporti che spiegano i pagamenti per i suoi farmaci e in quale fase di pagamento si trova .....	108
<b>CAPÍTULO 6:</b>	<b><i>Chiederci di pagare una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti</i></b> .....	<b>110</b>
SEZIONE 1	Situazioni in cui dovrebbe chiederci di pagare i Suoi servizi o farmaci coperti .....	111
SEZIONE 2	Come chiederci di rimborsarla o di pagare una bolletta che ha ricevuto .....	112
SEZIONE 3	Prenderemo in considerazione la Sua richiesta di pagamento e diremo sì o no .....	113
<b>CAPÍTULO 7:</b>	<b><i>I suoi diritti e responsabilità</i></b> .....	<b>115</b>
SEZIONE 1	Il nostro piano deve onorare i Suoi diritti e sensibilità culturali come membro del piano .....	116
SEZIONE 2	Ha alcune responsabilità come membro del piano .....	134
<b>CAPÍTULO 8:</b>	<b><i>Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)</i></b> .....	<b>136</b>
SEZIONE 1	Introduzione .....	137
SEZIONE 2	Dove ottenere maggiori informazioni e assistenza personalizzata .....	137
SEZIONE 3	Comprendere i reclami e gli appelli di Medicare e Medicaid nel nostro piano .....	140
SEZIONE 4	Coprire le decisioni e i ricorsi .....	140
SEZIONE 5	Una guida alle basi delle decisioni di copertura e dei ricorsi .....	141

**Indice dei contenuti**

SEZIONE 6	La Sua assistenza medica: Come chiedere una decisione di copertura o presentare ricorso contro una decisione di copertura .....	143
SEZIONE 7	Farmaci con prescrizione della Parte D: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare ricorso .....	152
SEZIONE 8	Come chiederci di coprire una degenza ospedaliera più lunga se pensi di essere dimesso troppo presto .....	159
SEZIONE 9	Come chiederci di continuare a coprire determinati servizi medici se ritiene che la Sua copertura stia finendo troppo presto .....	163
SEZIONE 10	Porta il Suo appello al livello 3 e oltre .....	166
SEZIONE 11	Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni .....	168
<b>CAPÍTULO 9:</b>	<b><i>Cessazione dell'abbonamento al piano</i></b> .....	<b>172</b>
SEZIONE 1	Introduzione alla disdetta dell'abbonamento al nostro piano .....	173
SEZIONE 2	Quando può terminare la Sua iscrizione al nostro piano? .....	173
SEZIONE 3	Come termina la Sua iscrizione al nostro piano? .....	176
SEZIONE 4	Fino al termine del Suo abbonamento, deve continuare a ricevere i Suoi articoli medici, servizi e farmaci attraverso il nostro piano .....	177
SEZIONE 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) deve terminare la Sua adesione al piano in determinate situazioni .....	177
<b>CAPÍTULO 10:</b>	<b><i>Avvisi legali</i></b> .....	<b>179</b>
SEZIONE 1	Informativa sul diritto applicabile .....	180
SEZIONE 2	Informativa sulla non discriminazione .....	180
SEZIONE 3	Informativa sui diritti di surrogazione del Pagatore Secondario Medicare .....	180
<b>CAPÍTULO 11:</b>	<b><i>Definizioni di parole importanti</i></b> .....	<b>181</b>

# CAPÍTULO 1:

## *Come iniziare come membro*

**Capítulo 1 Come iniziare come membro****SEZIONE 1 Introduzione****Sezione 1.1 È iscritto a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), che è un Medicare Advantage Plan specializzato (Special Needs Plan)**

È coperto sia da Medicare che da Medicaid:

- **Medicare** è il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore a 65 anni, alcune persone di età inferiore ai 65 anni con determinate disabilità e le persone con malattia renale allo stadio terminale (insufficienza renale).
- **Medicaid** è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con le spese mediche per alcune persone con redditi e risorse limitati. La copertura Medicaid varia a seconda dello stato e del tipo di Medicaid che ha. Alcune persone con Medicaid ricevono aiuto per pagare i loro premi Medicare e altri costi. Altre persone ottengono anche la copertura per servizi aggiuntivi e farmaci che non sono coperti da Medicare.

Ha scelto di ottenere l'assistenza sanitaria Medicare e Medicaid e la copertura dei farmaci da prescrizione attraverso il nostro piano, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Siamo tenuti a coprire tutti i servizi della Parte A e della Parte B. Tuttavia, la condivisione dei costi e l'accesso del fornitore in questo piano differiscono da Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è un Medicare Advantage Plan specializzato (un Medicare Special Needs Plan), il che significa che i suoi sussidi sono progettati per le persone con esigenze sanitarie speciali. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è progettato per le persone che hanno Medicare e che hanno anche diritto all'assistenza di Medicaid.

Poiché ottiene assistenza da Medicaid con la condivisione dei costi di Medicare Parte A e B (franchigie, copagamenti e coassicurazioni), non può pagare nulla per i suoi servizi di assistenza sanitaria Medicare. Medicaid fornisce anche altri sussidi coprendo i servizi di assistenza sanitaria come la casa di cura a lungo termine e i servizi basati sulla comunità che di solito non sono coperti da Medicare. Riceverà inoltre "Aiuto extra" da Medicare per pagare i costi dei Suoi farmaci soggetti a prescrizione Medicare. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) la aiuterà a gestire tutti questi sussidi, in modo da ottenere i servizi di assistenza sanitaria e di pagamento a cui ha diritto.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è gestito da una società privata. Come tutti i piani Medicare Advantage, questo piano Medicare per esigenze speciali è approvato da Medicare. Il piano ha anche un contratto con il programma Medicaid di New York per coordinare i Suoi sussidi Medicaid. Siamo lieti di fornirle la copertura sanitaria Medicare e Medicaid, inclusa la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica.

**La copertura prevista dal presente piano si qualifica come copertura sanitaria qualificata (QHC)** e soddisfa il requisito di responsabilità condivisa individuale previsto dal Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Si prega di visitare il sito web dell'Internal Revenue Service (IRS) all'indirizzo: [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) per ulteriori informazioni.

**Sezione 1.2 Di cosa tratta il documento *Prove di copertura?***

Questo documento *Prove di copertura* spiega come ottenere l'assistenza medica Medicare e Medicaid, l'assistenza a lungo termine, i servizi domiciliari e comunitari e i farmaci soggetti a prescrizione medica. Spiega i suoi diritti

## Capítulo 1 Come iniziare come membro

e responsabilità, cosa è coperto, cosa paga come membro del piano e come presentare un reclamo se non la soddisfa una decisione o un trattamento.

I termini *copertura* e *servizi coperti* si riferiscono alle cure mediche alle cure a lungo termine e ai servizi domiciliari e comunitari e ai farmaci soggetti a prescrizione disponibili come membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

È importante che lei sappia quali sono le regole del piano e quali servizi sono a sua disposizione. La invitiamo a dedicare un po' di tempo a esaminare questo documento di *Prova di copertura*.

Se è confuso, preoccupato o ha solo una domanda, contatti il Servizio per i Membri.

### Sezione 1.3 Informazioni legali sulle *Prove di copertura*

Questa *prova di copertura* fa parte del nostro contratto con te su come Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) copre le tue cure. Altre parti del presente contratto includono il modulo di iscrizione, l'Elenco dei farmaci coperti (Prontuario) e qualsiasi notifica ricevuta da noi in merito a modifiche alla copertura o alle condizioni che influiscono sulla copertura. Questi avvisi sono talvolta chiamati postille o modifiche.

Il contratto è in vigore per i mesi in cui è iscritto al Senior Whole Health di New York NHC (HMO D-SNP) tra il 1° gennaio 2025 e il 31 dicembre 2025.

Ogni anno solare, Medicare ci consente di apportare modifiche ai piani che offriamo. Ciò significa che possiamo modificare i costi e i benefici di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dopo il 31 dicembre 2025. Possiamo anche scegliere di interrompere l'offerta del piano nella Sua area di servizio o di offrirlo in un'area di servizio diversa, dopo il 31 dicembre 2025.

Medicare (i Centers for Medicare & Medicaid Services) deve approvare Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ogni anno. Può continuare ogni anno a ottenere la copertura Medicare come membro del nostro piano finché scegliamo di continuare a offrire il piano e Medicare rinnova la Sua approvazione del piano.

## SEZIONE 2 Cosa La rende idoneo a diventare un membro del piano?

### Sezione 2.1 I Suoi requisiti di idoneità

*Ha diritto all'iscrizione al nostro piano purché:*

- Abbia sia Medicare Parte A che Medicare Parte B
- -- e -- lei risiede nella nostra area geografica di servizio (la Sezione 2.3 di seguito descrive la nostra area di servizio). Gli individui incarcerati non sono considerati residenti nell'area geografica di servizio anche se si trovano fisicamente in essa.
- -- e -- è un cittadino degli Stati Uniti o è legalmente presente negli Stati Uniti
- -- e -- lei soddisfa i requisiti speciali di idoneità descritti di seguito.

#### Requisiti di idoneità speciali per il nostro piano

Il nostro piano è progettato per soddisfare le esigenze delle persone che ricevono determinati benefici Medicaid. (Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con le spese mediche per alcune

## Capítulo 1 Come iniziare come membro

persone con redditi e risorse limitati.) Per avere diritto al nostro piano, è necessario avere diritto sia a Medicare che a Full Medicaid Benefits.

Attenzione: Se non è più idoneo ma ci si può ragionevolmente aspettare che riacquisti l'idoneità entro 6 mesi, manterrà il diritto all'adesione al nostro piano (nel Capítulo 4, Sezione 2.1, troverà informazioni sulla copertura e sulla condivisione dei costi durante un periodo di presunta idoneità continua).

### Requisiti di idoneità aggiuntivi per Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Oltre ai requisiti di cui sopra, il programma Senior Whole Health of New York NHC è un programma volontario progettato appositamente per le persone che hanno Medicare e Medicaid e che hanno bisogno di servizi medici coordinati per vivere in sicurezza nelle loro case e comunità. Si applicano le qualifiche mediche e le regole di autorizzazione.

È idoneo a partecipare al programma Senior Whole Health of New York NHC se è coperto sia da Medicare che da Medicaid ed è:

1. Idoneo dal punto di vista medico per il livello di assistenza della casa di cura, al momento dell'arruolamento;
2. In grado al momento dell'iscrizione di tornare o rimanere nella sua casa e comunità senza mettere a repentaglio la sua salute e sicurezza;
3. Si ritiene che richieda almeno uno dei seguenti servizi di assistenza a lungo termine e gestione dell'assistenza basati sulla comunità per più di 120 giorni dalla data effettiva di iscrizione
  - a. Servizi infermieristici a domicilio
  - b. Terapie domiciliari
  - c. Servizi di assistenza sanitaria a domicilio
  - d. Servizi di cura della persona in casa
  - e. Assistenza sanitaria giornaliera per adulti
  - f. Assistenza infermieristica privata
  - g. Servizi di assistenza personale diretti ai consumatori, e
4. Determinato dall'ufficio Medicaid di New York City Human Resources Administration (HRA) o dal Dipartimento locale dei servizi sociali (LDSS) per essere idoneo ai benefici nell'ambito del programma Medicaid.

### Sezione 2.2 Cos'è Medicaid?

Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con i costi medici e di assistenza a lungo termine per alcune persone che hanno redditi e risorse limitati. Ogni stato decide cosa conta come reddito e risorse, chi è idoneo, quali servizi sono coperti e il costo dei servizi. Gli Stati possono anche decidere come eseguire il loro programma purché seguano le linee guida federali.

Inoltre, ci sono programmi offerti attraverso Medicaid che aiutano le persone con Medicare a pagare i loro costi Medicare, come i loro premi Medicare. Questi "programmi di risparmio Medicare" aiutano le persone con reddito e risorse limitati a risparmiare denaro ogni anno:

- **Doppio Idoneo al Full Benefit (FBDE):** Un individuo che ha diritto a Medicare, non soddisfa i criteri di reddito o di risorse per QMB+ o SLMB +, ma è idoneo per la copertura Medicaid completa in modo categorico o attraverso gruppi di copertura facoltativi basati sullo stato di bisogno medico, livelli di reddito speciali per individui istituzionalizzati o rinunce a domicilio e basate sulla comunità.

## Capitolo 1 Come iniziare come membro

---

- **Beneficiario qualificato Medicare (QMB+):** Aiuta a pagare i premi Medicare Parte A e Parte B e altra condivisione dei costi (come franchigie, coassicurazioni e copagamenti). Queste persone hanno anche diritto a prestazioni Medicaid complete.

### Sezione 2.3 Ecco l'area di servizio del piano per Senior Whole Health di New York NHC (HMO D-SNP)

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è disponibile solo per le persone che vivono nell'area di servizio del nostro piano. Per rimanere un membro del nostro piano, è necessario continuare a risiedere nell'area di servizio del piano. L'area di servizio è descritta di seguito.

La nostra area di servizio comprende queste contee di New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland e Westchester..

Se ha intenzione di trasferirsi in un nuovo stato, dovrebbe anche contattare l'ufficio Medicaid del suo stato e chiedere in che modo questa mossa influirà sui suoi benefici Medicaid. I numeri di telefono per Medicaid sono nel Capitolo 2, Sezione 6 del presente documento.

Se prevede di uscire dall'area di servizio, non è possibile rimanere membro di questo piano. La preghiamo di contattare il Servizio per i Membri per vedere se abbiamo un piano nella sua nuova area. Quando si trasferisce, avrà un periodo di iscrizione speciale che le consentirà di passare a Medicare originale o di iscriversi a un piano sanitario o farmacologico Medicare disponibile nella sua nuova sede.

È anche importante chiamare la previdenza sociale se si sposta o si modifica l'indirizzo postale. I numeri di telefono e le informazioni di contatto per la previdenza sociale sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 5.

### Sezione 2.4 Cittadino degli Stati Uniti o presenza legale

Un membro di un piano sanitario Medicare deve essere cittadino statunitense o legalmente presente negli Stati Uniti. Medicare (i Centri per i servizi Medicare e Medicaid) informerà Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) se non si è idonei a rimanere membri su questa base. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) deve annullare la registrazione se non si soddisfa questo requisito.

---

## SEZIONE 3 Materiali importanti per gli abbonamenti che riceverà

---

### Sezione 3.1 La tessera di iscrizione al piano

Mentre è un membro del nostro piano, deve utilizzare la Sua tessera associativa ogni volta che riceve servizi coperti da questo piano e per i farmaci soggetti a prescrizione che riceve nelle farmacie della rete. Dovrebbe anche mostrare al fornitore la Sua carta Medicaid. Ecco un esempio di tessera associativa per mostrarLe come sarà la Sua:

## Capitolo 1 Come iniziare come membro

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

NON utilizzare la tessera Medicare rossa, bianca e blu per servizi medici coperti mentre si è membri di questo piano. Se si utilizza la tessera Medicare anziché la tessera Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), potrebbe essere necessario pagare l'intero costo dei servizi medici da soli. Conservare la tessera Medicare in un luogo sicuro. Le potrebbe essere chiesto di mostrarlo se ha bisogno di servizi ospedalieri, servizi di hospice o se partecipa a studi di ricerca clinica approvati da Medicare, chiamati anche studi clinici.

Se la tessera associativa del suo piano è danneggiata, smarrita o rubata, chiami immediatamente il Servizio clienti e le invieremo una nuova tessera.

### Sezione 3.2 Elenco dei fornitori/delle farmacie

L'*elenco dei fornitori/delle farmacie* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) indica i nostri attuali fornitori di rete e i fornitori di apparecchiature mediche durevoli.

I **fornitori di rete** sono i medici e altri operatori sanitari, gruppi medici, fornitori di attrezzature mediche durevoli, ospedali e altre strutture sanitarie che hanno un accordo con noi per accettare il nostro pagamento e qualsiasi condivisione dei costi del piano come pagamento completo.

Le **farmacie di rete** sono tutte le farmacie che hanno accettato di compilare le prescrizioni coperte per i Soci del nostro piano. È possibile utilizzare l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* per trovare la farmacia in rete che si desidera utilizzare. Consultare il Capitolo 5, Sezione 2.5 per informazioni su quando è possibile utilizzare le farmacie che non fanno parte della rete del piano.

È necessario utilizzare i fornitori di rete per ottenere le cure e i servizi medici. Se si rivolge altrove senza un'autorizzazione adeguata, dovrà pagare per intero. Le uniche eccezioni sono le emergenze, i servizi urgentemente necessari quando la rete non è disponibile (cioè in situazioni in cui è irragionevole o non è possibile ottenere servizi in rete), i servizi di dialisi fuori area e i casi in cui Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) autorizza l'uso di fornitori fuori rete.

L'elenco più recente di fornitori, farmacie e fornitori è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Se non si dispone della propria copia dell'*Elenco fornitori/farmacie*, è possibile richiederne una copia (in formato elettronico o cartaceo) ai Servizi per i Soci. Le richieste di elenchi di fornitori cartacei Le saranno inviate entro tre giorni lavorativi.

## Capítulo 1 Come iniziare come membro

### Sezione 3.3 Elenco di farmaci coperti (*Prontuario*) del piano

Il piano ha un *Elenco di farmaci coperti (prontuario)*. Lo chiamiamo Elenco dei Farmaci in breve. Indica quali farmaci da prescrizione della Parte D sono coperti dal beneficio della Parte D incluso in Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). I farmaci di questo elenco sono selezionati dal piano con l'aiuto di un team di medici e farmacisti. L'elenco deve soddisfare i requisiti stabiliti da Medicare. Medicare ha approvato l'Elenco dei farmaci Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

L'Elenco dei farmaci le dice anche se esistono regole che limitano la copertura per i suoi farmaci.

Le forniremo una copia dell'Elenco dei farmaci. Per ottenere le informazioni più complete e aggiornate su quali farmaci sono coperti, è possibile visitare il sito Web del piano ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) o chiamare il Servizio per i Membri.

## SEZIONE 4 I Suoi costi mensili per Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

I costi possono includere quanto segue:

- Premio del piano (sezione 4.1)
- Premio mensile Medicare Parte B (Sezione 4.2)
- Parte D Penalità per arruolamento tardivo (sezione 4.4)
- Importo rettificato mensile relativo al reddito (sezione 4.5)

### Sezione 4.1 Premio del piano

Non paga un premio mensile separato per Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

### Sezione 4.2 Premio Mensile Medicare Parte B

#### **Molti membri sono tenuti a pagare altri premi Medicare**

Alcuni membri sono tenuti a pagare altri premi Medicare. Come spiegato nella Sezione 2 di cui sopra, per poter beneficiare del nostro piano, è necessario mantenere la propria idoneità a Medicaid e disporre sia di Medicare Parte A che di Medicare Parte B. Per la maggior parte dei membri Senior di Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Medicaid paga per il premio della Parte A (se non è idoneo automaticamente) e per il premio della Parte B.

**Se Medicaid non paga i premi Medicare per lei, è necessario continuare a pagare i premi Medicare per rimanere un membro del piano.** Ciò include il suo premio per la Parte B. Può anche includere un premio per la Parte A che riguarda i membri che non sono idonei per la Parte A senza premio.

### Sezione 4.3 Penalità per iscrizione tardiva Parte D

Poiché è doppiamente idoneo, il LEP non si applica a lei finché mantiene il Suo status di doppiamente idoneo, ma qualora perda tale requisito, potrebbe incorrere in un LEP. La penalità di iscrizione tardiva della Parte D è un premio aggiuntivo che deve essere pagato per la copertura della Parte D se in qualsiasi momento dopo il termine del periodo di iscrizione iniziale, vi è un periodo di 63 giorni o più consecutivi in cui non si disponeva della

## Capítulo 1 Come iniziare come membro

---

copertura della Parte D o di altri farmaci soggetti a prescrizione. La copertura dei farmaci soggetti a prescrizione accreditabile è una copertura che soddisfa gli standard minimi di Medicare poiché si prevede che paghi, in media, almeno quanto la copertura standard dei farmaci soggetti a prescrizione di Medicare. Il costo della penalità di iscrizione tardiva dipende da quanto tempo è rimasto senza la Parte D o altra copertura di farmaci da prescrizione accreditabile. Dovrà pagare questa penale per tutto il tempo in cui disporrà della copertura della Parte D.

**Non dovrà pagarla se:**

- Riceve Extra Help da Medicare per pagare i Suoi farmaci soggetti a prescrizione medica.
- Ha trascorso meno di 63 giorni consecutivi senza una copertura valida.
- Ha avuto una copertura farmaceutica credibile attraverso un'altra fonte come un ex datore di lavoro, un sindacato, TRICARE o la Veterans Health Administration (VA). Il Suo assicuratore o il Suo dipartimento delle risorse umane Le dirà ogni anno se la Sua copertura farmacologica è credibile. Queste informazioni possono essere inviate in una lettera o incluse in una newsletter del piano. Conservi queste informazioni, perché potrebbe averne bisogno se in seguito aderisce a un piano farmacologico Medicare.
  - **Nota:** Qualsiasi avviso deve indicare che ha avuto una copertura di farmaci da prescrizione credibile che dovrebbe pagare tanto quanto paga il piano di farmaci da prescrizione standard di Medicare.
  - **Nota:** *Non* sono ammissibili le coperture con farmaci soggetti a prescrizione medica: carte sconto per farmaci soggetti a prescrizione medica, cliniche gratuite e siti web di sconti sui farmaci.

**Medicare determina l'importo della sanzione.** Ecco come funziona:

- Innanzitutto, conta il numero di mesi interi in cui ha ritardato l'iscrizione a un piano farmacologico Medicare, dopo averne avuto diritto. Oppure conta il numero di mesi interi in cui non ha avuto una copertura di farmaci da prescrizione credibile, se l'interruzione della copertura è stata di 63 giorni o più. La penalità è dell'1% per ogni mese in cui non ha avuto una copertura credibile. Ad esempio, se rimane 14 mesi senza copertura, la penalità sarà del 14%.
- Quindi Medicare determina l'importo del premio mensile medio per i piani di droga Medicare nella nazione rispetto all'anno precedente. Per il 2025, questo importo medio del premio è di \$36,78.
- Per calcolare la Sua penale mensile, moltiplicare la percentuale di penale e il premio mensile medio e poi arrotondarla ai 10 centesimi più vicini. Nell'esempio qui, sarebbe il 14% per \$36,78, che equivale a \$5,15. Questo arrotonda a \$5,20. Questo importo verrebbe aggiunto **al premio mensile per chi ha una penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D.**

**Ci sono tre cose importanti da notare su questa penale mensile di iscrizione tardiva alla Parte D:**

- In primo luogo, **la penale può cambiare ogni anno**, perché il premio mensile medio può cambiare ogni anno.
- In secondo luogo, **continuerà a pagare una penale** ogni mese per tutto il tempo in cui è iscritto a un piano che ha benefici di farmaci Medicare Parte D, anche se cambia piano.
- In terzo luogo, se ha meno di 65 anni e attualmente riceve sussidi Medicare, la penale di iscrizione tardiva alla Parte D verrà reimpostata quando compirà 65 anni. Dopo i 65 anni, la penale di iscrizione tardiva della Parte D si baserà solo sui mesi in cui non si dispone di copertura dopo il periodo di iscrizione iniziale per l'invecchiamento in Medicare.

**Se non è d'accordo sulla penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D, lei o il Suo rappresentante potete chiedere una revisione.** In generale, è necessario richiedere questa revisione **entro 60 giorni** dalla data della prima lettera ricevuta in cui dichiara di dover pagare una penale per l'iscrizione tardiva. Tuttavia, se stava pagando

## Capítulo 1 Come iniziare come membro

---

una penale prima di aderire al nostro piano, potrebbe non avere un'altra possibilità di richiedere una revisione di tale penale per l'iscrizione tardiva.

### Sezione 4.4 Importo di rettifica mensile correlato al reddito

Ad alcuni membri potrebbe essere richiesto di pagare un costo aggiuntivo, noto come Importo di rettifica mensile correlato al reddito della parte D, noto anche come IRMAA. Il costo aggiuntivo viene calcolato utilizzando il suo reddito lordo rettificato modificato come riportato nella sua dichiarazione dei redditi dell'IRS di due anni fa. Se questo importo è superiore a un determinato importo, pagherà l'importo del premio standard e l'IRMAA aggiuntivo. Per ulteriori informazioni sull'importo extra che potrebbe dover pagare in base al suo reddito, visiti <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Se deve pagare un importo extra, la previdenza sociale, non il suo piano Medicare, le invierà una lettera che le dirà quale sarà tale importo extra. L'importo extra verrà trattenuto dal suo assegno di previdenza sociale, dal comitato per la pensione delle ferrovie o dall'ufficio di gestione del personale, indipendentemente dal modo in cui paga solitamente il premio del piano, a meno che il suo sussidio mensile non sia sufficiente a coprire l'importo extra dovuto. Se la sua indennità non è sufficiente a coprire l'importo extra, riceverà una fattura da Medicare. **È necessario pagare l'importo extra al governo. Non può essere pagato con il premio del piano mensile. Se non paga l'importo extra verrà cancellato dal piano e perderà la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione.**

Se non è d'accordo sul pagamento di un importo extra, può chiedere alla previdenza sociale di rivedere la decisione. Per saperne di più su come farlo, contattare la previdenza sociale al numero 1-800-772-1213 (tty 1-800-325-0778).

---

## SEZIONE 5 Maggiori informazioni sul Suo premio mensile

---

### Sezione 5.1 Possiamo modificare il premio del tuo piano mensile durante l'anno?

**No.** Non ci è permesso modificare l'importo che addebitiamo per il premio mensile del piano durante l'anno. Se il premio del piano mensile cambia per il prossimo anno, glielo comunicheremo a settembre e la modifica entrerà in vigore il 1° gennaio.

Tuttavia, in alcuni casi, potrebbe essere in grado di interrompere il pagamento di una penalità di iscrizione tardiva, se dovuta. O deve iniziare a pagare una penale per l'iscrizione tardiva. Ciò potrebbe accadere se si diventa idonei per il programma "Extra Help" o se si perde l'idoneità per il programma "Extra Help" durante l'anno.

- Se attualmente paga la penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D e diventa idoneo per "Extra Help" durante l'anno, potrà interrompere il pagamento della penale.
- Se perde "Extra Help", potrebbe essere soggetto alla penale di iscrizione tardiva se trascorre 63 giorni o più di fila senza la Parte D o altra copertura di farmaci soggetti a prescrizione medica.

Per saperne di più sul programma "Assistenza aggiuntiva", consultare il Capitolo 2, Sezione 7.

**Capítulo 1 Come iniziare come membro**

---

**SEZIONE 6 Mantenere aggiornato il Suo piano di abbonamento**

---

Il suo record di iscrizione contiene informazioni dal modulo di iscrizione, inclusi il suo indirizzo e il numero di telefono. Mostra la copertura del suo piano specifico, incluso il suo fornitore di assistenza primaria.

I medici, gli ospedali, i farmacisti e gli altri fornitori della rete del piano devono avere informazioni corrette su di lei. **Questi provider di rete utilizzano il suo record di iscrizione per sapere quali servizi e farmaci sono coperti e gli importi di condivisione dei costi per lei.** Per questo motivo, è molto importante che ci aiuti a mantenere aggiornate le sue informazioni.

**Ci dica di questi cambiamenti:**

- Modifiche al suo nome, indirizzo o numero di telefono
- Modifiche in qualsiasi altra copertura assicurativa sanitaria (ad esempio da parte del datore di lavoro, del datore di lavoro del coniuge o del convivente, della retribuzione dei lavoratori o di Medicaid).
- In caso di richieste di risarcimento per responsabilità civile, come ad esempio in caso di incidente automobilistico
- Se si è stati ricoverati in una casa di cura
- Se si riceve assistenza in un ospedale o in un pronto soccorso fuori area o fuori rete
- Se la parte responsabile designata (come un caregiver) cambia
- Se sta partecipando a uno studio di ricerca clinica (**Nota:** non è tenuto a comunicare il suo piano sugli studi di ricerca clinica a cui intende partecipare, ma la incoraggiamo a farlo).

Se una qualsiasi di queste informazioni dovesse cambiare, la preghiamo di comunicarcelo chiamando il Servizio per i Membri. I membri possono creare un account My Senior Whole Health online per cambiare il proprio medico, aggiornare le informazioni di contatto, richiedere una nuova carta d'identità, ricevere promemoria sanitari sui servizi di cui hanno bisogno o visualizzare la cronologia dei servizi. Visiti <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> per creare o accedere al suo account My Senior Whole Health.

È anche importante contattare la previdenza sociale se si trasferisce o se modifica l'indirizzo postale. I numeri di telefono e le informazioni di contatto per la previdenza sociale sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 5.

---

**SEZIONE 7 Come funzionano le altre assicurazioni con il nostro piano**

---

**Altre assicurazioni**

Medicare richiede che raccogliamo informazioni su qualsiasi altra copertura assicurativa medica o farmaceutica di cui si dispone. Questo perché dobbiamo coordinare qualsiasi altra copertura che ha con i Suoi sussidi nell'ambito del nostro piano. Si tratta del cosiddetto **Coordinamento dei Sussidi**.

Una volta all'anno, Le invieremo una lettera che elenca qualsiasi altra copertura assicurativa medica o farmaceutica di cui siamo a conoscenza. La preghiamo di leggere attentamente queste informazioni. Se è corretto, non è necessario fare nulla. Se le informazioni non sono corrette o se si dispone di un'altra copertura non elencata, contattare il Servizio Soci. Potrebbe essere necessario fornire il numero ID del membro del piano agli altri assicuratori (una volta confermata la loro identità) in modo che le bollette siano pagate correttamente e in tempo.

## Capítulo 1 Come iniziare come membro

---

Quando ha un'altra assicurazione (come la copertura sanitaria del gruppo del datore di lavoro), ci sono regole stabilite da Medicare che decidono se il nostro piano o la Sua altra assicurazione paga prima. L'assicurazione che paga per prima si chiama pagatore primario e paga fino ai limiti della sua copertura. Quello che paga per secondo, chiamato pagatore secondario, paga solo se ci sono costi lasciati scoperti dalla copertura primaria. Il pagatore secondario potrebbe non pagare tutti i costi scoperti. Se ha un'altra assicurazione, informi il medico, l'ospedale e la farmacia.

Queste regole si applicano per la copertura del piano sanitario del datore di lavoro o del gruppo sindacale:

- Se si dispone di una copertura pensionistica, Medicare paga prima.
- Se la copertura del Suo piano sanitario di gruppo si basa sul Suo attuale impiego o su quello di un familiare, chi paga per primo dipende dalla Sua età, dal numero di persone impiegate dal Suo datore di lavoro e dal fatto che tu abbia Medicare in base all'età, alla disabilità o alla malattia renale allo stadio terminale (ESRD):
  - Se ha meno di 65 anni ed è disabile e Lei o il Suo familiare lavorate ancora, il Suo piano sanitario di gruppo paga prima se il datore di lavoro ha 100 o più dipendenti o almeno un datore di lavoro in un piano per più datori di lavoro che ha più di 100 dipendenti.
  - Se ha più di 65 anni e tu o il Suo coniuge o convivente lavorate ancora, il Suo piano sanitario di gruppo paga prima se il datore di lavoro ha 20 o più dipendenti o almeno un datore di lavoro in un piano per più datori di lavoro che ha più di 20 dipendenti.
- Se si dispone di Medicare a causa di ESRD, il piano sanitario di gruppo pagherà prima per i primi 30 mesi dopo essere diventato idoneo per Medicare.

Questi tipi di copertura di solito pagano prima per i servizi relativi a ciascun tipo:

- Assicurazione senza colpa (compresa l'assicurazione automobilistica)
- Responsabilità (inclusa assicurazione auto)
- Sussidi per pneumoconiosi
- Retribuzione dei lavoratori

Medicaid e TRICARE non pagano mai per primi i servizi coperti da Medicare. Pagano solo dopo che Medicare e/o il gruppo di datori di lavoro hanno pagato i piani sanitari.

# CAPÍTULO 2:

*Numeri di telefono e risorse importanti*

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti****SEZIONE 1 Contatti Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (come contattarci, incluso come raggiungere i servizi per i membri)****Come contattare il Servizio per i Soci del nostro piano**

Per assistenza in merito a reclami, fatturazione o domande sulla tessera socio, si prega di chiamare o scrivere al Servizio per i Soci di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Saremo lieti di aiutarla.

<b>Metodo</b>	<b>Servizio per i Soci – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(833) 671-0440  Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.  Il Servizio per i Soci ha anche servizi di interpretazione linguistica gratuiti disponibili per i non anglofoni.
<b>TTY</b>	711  Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.  Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>SCRIVERE</b>	Senior Whole Health of New York All'attenzione di: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Come contattarci quando chiede una decisione sulla copertura o un ricorso in merito alle Sue cure mediche o ai farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D.**

Una decisione di copertura è una decisione che prendiamo in merito alle prestazioni e alla copertura o all'importo che pagheremo per i servizi medici o i farmaci soggetti a prescrizione medica della Parte D. Un ricorso è un modo formale per chiederci di esaminare e modificare una decisione sulla copertura che abbiamo preso. Per ulteriori informazioni sulla richiesta di decisioni sulla copertura o ricorsi sulle cure mediche o sui farmaci soggetti a prescrizione medica di cui *alla Parte D, vedere il Capitolo 8 (Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami))*.

<b>Metodo</b>	<b>Decisioni di copertura per l'assistenza medica – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(833) 671-0440  Le chiamate a questo numero sono gratuite.  Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

<b>Metodo</b>	<b>Decisioni di copertura per l'assistenza medica – Informazioni di contatto</b>
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>FAX</b>	Imaging avanzato: (877) 731-7218; Trapianti (877) 813-1206; Ambulatoriale di salute medica/comportamentale (844) 251-1450; Ricoveri (844) 834-2152; Codici RX/J (866) 290-1309
<b>SCRIVERE</b>	Senior Whole Health of New York All'attenzione di: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

<b>Metodo</b>	<b>Ricorsi per assistenza medica – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>FAX</b>	(562) 499-0610
<b>SCRIVERE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances (All'attenzione di: Appelli e reclami) P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

<b>Metodo</b>	<b>Decisioni di copertura e ricorsi per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(800) 665-3086 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>FAX</b>	(866) 290-1309
<b>SCRIVERE</b>	Senior Whole Health of New York All'attenzione di: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Come contattarci quando presenta un reclamo in merito alle Sue cure mediche o ai farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D**

Può presentare un reclamo su di noi o su uno dei nostri fornitori di rete o farmacie, incluso un reclamo sulla qualità della Sua assistenza. Questo tipo di reclamo non comporta controversie di copertura o di pagamento. Per ulteriori informazioni sulla presentazione di un reclamo sulle cure mediche, vedere il Capitolo 8 (*Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)*).

<b>Metodo</b>	<b>Reclami sull'assistenza medica o sui farmaci con prescrizione medica di cui alla Parte D – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>FAX</b>	(562) 499-0610

**Capitolo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

<b>Metodo</b>	<b>Reclami sull'assistenza medica o sui farmaci con prescrizione medica di cui alla Parte D – Informazioni di contatto</b>
<b>SCRIVERE</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances (All'attenzione di: Appeals & Grievances) P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>SITO WEB MEDICARE</b>	È possibile presentare un reclamo su Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) direttamente a Medicare. Per presentare un reclamo online a Medicare, visitare il sito <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Dove inviare una richiesta che ci chiede di pagare il costo per le cure mediche o un farmaco che ha ricevuto**

Se ha ricevuto una fattura o ha pagato per servizi (come una fattura del fornitore) per i quali ritiene che dovremmo pagare, potrebbe aver bisogno di chiederci un rimborso o di pagare la fattura del fornitore. Vedere il Capitolo 6 (*Chiederci di pagare una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti*).

**Attenzione:** Se ci invia una richiesta di pagamento e rifiutiamo qualsiasi parte della Sua richiesta, può presentare ricorso contro la nostra decisione. Per ulteriori informazioni, consultare il Capitolo 8 (*Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)*).

<b>Metodo</b>	<b>Richieste di pagamento per assistenza medica – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(833) 671-0440  Le chiamate a questo numero sono gratuite.  Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>TTY</b>	711  Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.  Le chiamate a questo numero sono gratuite.  Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>SCRIVERE</b>	Senior Whole Health of New York All'attenzione di: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

<b>Metodo</b>	<b>Richieste di pagamento per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D – Informazioni</b>
<b>CHIAMARE</b>	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale.
<b>FAX</b>	(866) 290-1309
<b>SCRIVERE</b>	Senior Whole Health of New York All'attenzione di: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**SEZIONE 2 Medicare (come ottenere aiuto e informazioni direttamente dal programma Medicare federale)**

Medicare è il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore a 65 anni, alcune persone di età inferiore ai 65 anni con disabilità e le persone con malattia renale allo stadio terminale (insufficienza renale permanente che richiede dialisi o un trapianto di rene).

L'agenzia federale responsabile di Medicare è il Centers for Medicare & Medicaid Services (a volte chiamato CMS). Questa agenzia stipula contratti con le organizzazioni Medicare Advantage, noi compresi.

<b>Metodo</b>	<b>Medicare – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Le chiamate a questo numero sono gratuite. 24 ore su 24, 7 giorni su 7.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite.
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

Metodo	Medicare – Informazioni di contatto
	<p>Questo è il sito web ufficiale del governo per Medicare. Fornisce informazioni aggiornate su Medicare e sui problemi attuali di Medicare. Dispone inoltre di informazioni su ospedali, case di cura, medici, agenzie sanitarie a domicilio e strutture per la dialisi. Include documenti che può stampare direttamente dal suo computer. Si possono anche trovare contatti Medicare nel proprio stato.</p> <p>Il sito web di Medicare contiene anche informazioni dettagliate sull'idoneità a Medicare e sulle opzioni di iscrizione con i seguenti strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Strumento di ammissibilità Medicare:</b> Fornisce informazioni sullo stato di idoneità Medicare.</li> <li>• <b>Medicare Plan Finder:</b> Fornisce informazioni personalizzate sui piani di prescrizione di farmaci Medicare disponibili, sui piani sanitari Medicare e sulle polizze Medigap (Medicare Supplement Insurance) nella sua zona. Questi strumenti forniscono una <i>stima</i> di quali potrebbero essere i costi vivi in diversi piani Medicare.</li> </ul> <p>È inoltre possibile utilizzare il sito Web per informare Medicare di eventuali reclami relativi a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informi Medicare del suo reclamo:</b> È possibile presentare un reclamo su Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) direttamente a Medicare. Per presentare un reclamo a Medicare, visitare il sito <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare prende sul serio i suoi reclami e utilizzerà queste informazioni per contribuire a migliorare la qualità del programma Medicare.</li> </ul> <p>Se non si dispone di un computer, la biblioteca locale o il centro per anziani potrebbe essere in grado di aiutare l'utente a visitare questo sito Web utilizzando il suo computer. Oppure, può chiamare Medicare e dire loro quali informazioni sta cercando. Troveranno le informazioni sul sito web e rivedranno le informazioni con lei. (È possibile chiamare Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.)</p>

---

### **SEZIONE 3 Programma di assistenza sanitaria statale** (aiuto gratuito, informazioni e risposte alle Sue domande su Medicare)

---

Il programma di assistenza sanitaria statale (SHIP) è un programma governativo con consulenti qualificati in ogni stato. A New York, la NAVE si chiama Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Il programma di informazione, consulenza e assistenza per l'assicurazione sanitaria (HIICAP) è un programma statale indipendente (non collegato a nessuna compagnia assicurativa o piano sanitario) che riceve denaro dal governo federale per fornire consulenza gratuita sull'assicurazione sanitaria locale alle persone con Medicare.

I consulenti HIICAP (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program) possono aiutarla a comprendere i suoi diritti Medicare, aiutarla a presentare reclami sulle sue cure o trattamenti medici e aiutarla a risolvere i problemi con le bollette Medicare. I consulenti HIICAP (Health Insurance Information, Counseling

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

and Assistance Program) possono anche aiutarla con domande o problemi Medicare e a comprendere le scelte del suo piano Medicare e a rispondere a domande sul cambio di piano.

**MODALITÀ DI ACCESSO A SHIP E ALTRE RISORSE:**

- Visiti <https://www.shiphelp.org> (Clicchi sul LOCALIZZATORE SHIP al centro della pagina)
  - Selezionare il proprio **STATO** dalla lista. Questo la porterà a una pagina con numeri di telefono e risorse specifiche per il suo stato.

<b>Metodo</b>	<b>Informazioni sull'assicurazione sanitaria, programma di consulenza e assistenza (HIICAP) (SHIP di New York) – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(800) 701-0501
<b>SCRIVERE</b>	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
<b>SITO 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>

**SEZIONE 4 Organizzazione per il miglioramento della qualità**

Esiste un'Organizzazione per il miglioramento della qualità designata per servire i beneficiari di Medicare in ogni stato. Per New York, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità si chiama Livanta.

Livanta ha un gruppo di medici e altri operatori sanitari pagati da Medicare per controllare e contribuire a migliorare la qualità delle cure per le persone con Medicare. Livanta è un'organizzazione indipendente. Non è collegata al nostro piano.

È necessario contattare Livanta in una di queste situazioni:

- Ha un reclamo sulla qualità delle cure che ha ricevuto.
- Pensa che la copertura per la tua degenza ospedaliera stia finendo troppo presto.
- Pensa che la copertura per l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza infermieristica qualificata o i servizi Corf (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) stia finendo troppo presto.

<b>Metodo</b>	<b>Livanta (Organizzazione per il miglioramento della qualità di New York) – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(866) 815-5440  Lunedì - Venerdì dalle 9:00 alle 17:00 ora locale; fine settimana e festivi dalle 10:00 alle 16:00 ora locale.
<b>TTY</b>	711: Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

<b>Metodo</b>	<b>Livanta (Organizzazione per il miglioramento della qualità di New York) – Informazioni di contatto</b>
<b>SCRIVERE</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITO WEB</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>

**SEZIONE 5 Previdenza sociale**

La previdenza sociale è responsabile della determinazione dell'idoneità e della gestione dell'iscrizione a Medicare. I cittadini statunitensi e i residenti permanenti legali di età pari o superiore a 65 anni, o che hanno una disabilità o una malattia renale allo stadio terminale e soddisfano determinate condizioni, sono idonei per Medicare. Se sta già ricevendo assegni di previdenza sociale, l'iscrizione a Medicare è automatica. Se non riceve gli assegni della previdenza sociale, deve iscriversi a Medicare. Per richiedere Medicare, è possibile chiamare la previdenza sociale o visitare l'ufficio di previdenza sociale locale.

La previdenza sociale è anche responsabile di determinare chi deve pagare un importo extra per la copertura farmaceutica della Parte D perché ha un reddito più elevato. Se ha ricevuto una lettera dalla Previdenza Sociale che Le dice che deve pagare l'importo extra e ha domande sull'importo o se il Suo reddito è diminuito a causa di un evento che Le cambia la vita, può chiamare la Previdenza Sociale per chiedere un ripensamento.

Se si sposta o si modifica l'indirizzo postale, è importante contattare la previdenza sociale per farglielo sapere.

<b>Metodo</b>	<b>Previdenza sociale – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	1-800-772-1213  Le chiamate a questo numero sono gratuite.  Disponibile dalle 8:00 alle 19:00, dal lunedì al venerdì.  È possibile utilizzare i servizi telefonici automatizzati di Social Security per ottenere informazioni registrate e svolgere alcune attività 24 ore al giorno.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778  Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.  Le chiamate a questo numero sono gratuite.  Disponibile dalle 8:00 alle 19:00, dal lunedì al venerdì.
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti****SEZIONE 6 Medicaid**

Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con le spese mediche e l'assistenza a lungo termine per alcune persone con redditi e risorse limitati. Ogni stato decide cosa conta come reddito e risorse, chi è idoneo, quali servizi sono coperti e il costo dei servizi. Gli Stati possono anche decidere come eseguire il loro programma purché seguano le linee guida federali.

Inoltre, ci sono programmi offerti attraverso Medicaid che aiutano le persone con Medicare a pagare i loro costi Medicare, come i loro premi Medicare. Questi programmi di risparmio Medicare aiutano le persone con reddito e risorse limitati a risparmiare denaro ogni anno:

- **Doppio Idoneo al Full Benefit (FBDE):** Un individuo che ha diritto a Medicare, non soddisfa i criteri di reddito o di risorse per QMB+ o SLMB +, ma è idoneo per la copertura Medicaid completa in modo categorico o attraverso gruppi di copertura facoltativi basati sullo stato di bisogno medico, livelli di reddito speciali per individui istituzionalizzati o rinunce a domicilio e basate sulla comunità.
- **Beneficiario qualificato Medicare (QMB+):** Aiuta a pagare i premi Medicare Parte A e Parte B e altra condivisione dei costi (come deducibilità, franchigie assicurative e contributi al pagamento). Queste persone hanno anche diritto a prestazioni Medicaid complete.

Per essere un membro di questo piano, è necessario essere iscritti a Medicare e Medicaid e soddisfare tutti gli altri requisiti di idoneità al momento dell'iscrizione.

In caso di domande sull'assistenza fornita da Medicaid, contattare New York Medicaid.

<b>METODO</b>	<b>New York Medicaid – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(800) 505-5678 dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 a.m. alle 8 p.m., sabato dalle 10:00 a.m. alle 6:00 p.m.
<b>SCRIVERE</b>	Amministrazione delle risorse umane 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238
<b>SITO 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>

I Soci della contea di Nassau possono contattare il Dipartimento dei servizi sociali locale.

<b>METODO</b>	<b>Dipartimento dei servizi sociali della contea di Nassau – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(516) 227-7474
<b>SCRIVERE</b>	Contea di Nassau DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
<b>SITO WEB</b>	<a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a>

I Soci delle contee di Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond possono contattare l'Amministrazione delle risorse umane/Dipartimento dei servizi sociali di New York City.

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

<b>METODO</b>	<b>Amministrazione delle risorse umane/Dipartimento dei servizi sociali</b>
<b>CHIAMARE</b>	718-557-1399
<b>SITO 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>

I Soci della contea di Orange possono contattare il Dipartimento dei servizi sociali locale

<b>METODO</b>	<b>Dipartimento dei servizi sociali della contea di Orange</b>
<b>CHIAMARE</b>	845-291-4000
<b>SCRIVERE</b>	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
<b>SITO WEB</b>	<a href="https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services">https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services</a>

I Soci della contea di Rockland possono contattare il Dipartimento dei servizi sociali locale

<b>METODO</b>	<b>Dipartimento dei servizi sociali della contea di Rockland</b>
<b>CHIAMARE</b>	845-364-3040
<b>SCRIVERE</b>	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/">http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/</a>

I Soci della contea di Westchester possono contattare il Dipartimento dei servizi sociali locale.

<b>METODO</b>	<b>Dipartimento dei servizi sociali della contea di Westchester – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(914-995-3333)
<b>SCRIVERE</b>	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a>

L'Ufficio del difensore civico di New York aiuta le persone iscritte a Medicaid con problemi di servizio o di fatturazione. Possono aiutarla a presentare un reclamo o un ricorso con il nostro piano.

<b>Metodo</b>	<b>Ufficio del difensore civico – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(888) 219-9818  Lunedì – Venerdì, dalle 8:30 alle 17:00.

**Capitolo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

Metodo	Ufficio del difensore civico – Informazioni di contatto
<b>SCRIVERE</b>	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
<b>SITO WEB</b>	<a href="https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php">https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php</a>

Il Long Term Care Ombudsman Program (Programma Difensore civico custodia a lungo termine) aiuta le persone a ottenere informazioni sulle case di cura e a risolvere i problemi tra le case di cura e i residenti o le loro famiglie.

Metodo	Long Term Care Ombudsman Program – Informazioni di contatto
<b>CHIAMARE</b>	(855) 582-6769  Lunedì – Venerdì, dalle 8:30 alle 17:00.
<b>SCRIVERE</b>	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>

---

## **SEZIONE 7 Informazioni sui programmi per aiutare le persone a pagare i loro farmaci da prescrizione**

---

Il sito web [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) fornisce informazioni su come ridurre i costi dei farmaci con prescrizione. Per le persone con redditi limitati, ci sono anche altri programmi di assistenza, descritti di seguito.

### **Programma "Extra Help" di Medicare**

Poiché ha diritto a Medicaid, ha diritto e sta ricevendo "Extra Help" da Medicare per pagare i costi del suo piano di prescrizione di farmaci. Non è necessario fare altro per ottenere questo "Extra Help".

Per domande sull'"Extra Help", chiami il numero:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048, 24 ore al giorno, 7 giorni su 7;
- L'Ufficio della previdenza sociale al numero 1-800-772-1213, tra le 8 am e le 7 pm, dal lunedì al venerdì. Gli utenti TTY devono chiamare il numero 1-800-325-0778 o
- Il suo ufficio Medicaid statale (consultare la Sezione 6 di questo capitolo per le informazioni di contatto).

Se ritiene di pagare un importo di condivisione dei costi errato quando riceve la sua prescrizione in una farmacia, il nostro piano prevede una procedura per richiedere assistenza per ottenere la prova del suo corretto livello di copagamento o, se ha già le prove, per fornirci questa prova.

- Le migliori prove disponibili (BAE) si trovano sul web all'indirizzo <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Le migliori prove disponibili (BAE) sono usate per determinare il sussidio a basso reddito di un membro. Il nostro reparto Servizio per i Membri

## Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti

e il reparto Farmacia identificano i casi in cui si applica la politica delle migliori prove disponibili (BAE). I membri possono inviare la documentazione BAE per stabilire l'idoneità all'indirizzo del Servizio per i Membri elencato nel Capitolo 2. Inoltre, è possibile contattare il Servizio per i Membri in caso di domande. Le forme accettabili di prova sono:

- Lettera di aggiudicazione SSA
- Avviso di aggiudicazione
- Reddito di sicurezza supplementare

Quando riceveremo le prove che dimostrano il suo livello di copagamento, aggiorneremo il nostro sistema in modo che lei possa pagare il copagamento corretto quando riceverà la sua prossima prescrizione in farmacia. Se paga più del dovuto, La rimborseremo. O le inoltreremo un assegno per l'importo del suo pagamento in eccesso o compenseremo i futuri pagamenti. Se la farmacia non ha riscosso un copagamento da lei e lo considera un suo debito, possiamo effettuare il pagamento direttamente alla farmacia. Se uno stato ha pagato per suo conto, potremmo effettuare il pagamento direttamente allo stato. Si prega di contattare il Servizio per i Membri in caso di domande.

### **Cosa succede se dispone di Extra Help e una copertura da un Programma di Assistenza Farmaceutica per l'AIDS (ADAP)?**

#### **Cos'è il Programma di Assistenza Farmaceutica per l'AIDS (ADAP)?**

Il Programma di Assistenza Farmaceutica per l'AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) contribuisce a garantire l'accesso ai farmaci salvavita per l'HIV/AIDS alle persone che ne hanno diritto. I farmaci soggetti a prescrizione Medicare Parte D che si trovano anche nel prontuario ADAP si qualificano per l'assistenza alla ripartizione dei costi di prescrizione attraverso il Programma di assistenza non assicurativa dello Stato di New York (ADAP).

**Nota:** Per poter beneficiare dell'ADAP operante nel suo Stato, le persone devono soddisfare determinati criteri, tra cui la prova della residenza nello Stato e dello stato di sieropositività, il basso reddito come definito dallo Stato e lo stato di non assicurato/sottoassicurato. Se cambia piano, informi il suo addetto alle iscrizioni ADAP locale in modo da poter continuare a ricevere assistenza. Per informazioni sui criteri di ammissibilità, sui farmaci coperti o su come iscriversi al programma, chiami il New York State Uninsured Care Program (ADAP) al numero (800) 542-2437 o (844) 682-4058.

---

## **SEZIONE 8 Come contattare l'Ente di Previdenza Ferroviario**

---

Il Railroad Retirement Board è un'agenzia federale indipendente che amministra programmi di sussidio completi per i lavoratori delle ferrovie della nazione e le loro famiglie. Se riceve il suo Medicare tramite il Railroad Retirement Board, è importante fargli sapere se sposta o modifica il suo indirizzo postale. In caso di domande relative ai sussidi offerti dalla Commissione per il pensionamento delle ferrovie, contattare l'agenzia.

<b>Metodo</b>	<b>Railroad Retirement Board – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	<p>1-877-772-5772</p> <p>Le chiamate a questo numero sono gratuite.</p> <p>Se preme "0", può parlare con un rappresentante RRB dalle 9:00 alle 15:30, lunedì, martedì, giovedì e venerdì e dalle 9:00 alle 12:00 il mercoledì.</p>

**Capítulo 2 Numeri di telefono e risorse importanti**

<b>Metodo</b>	<b>Railroad Retirement Board – Informazioni di contatto</b>
	Premendo "1", è possibile accedere all'HelpLine RRB automatizzato e alle informazioni registrate 24 ore al giorno, inclusi i fine settimana e i giorni festivi.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701  Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.  Le chiamate a questo numero <i>non</i> sono gratuite.
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

## **SEZIONE 9 Ha un'assicurazione di gruppo o un'altra assicurazione sanitaria da un datore di lavoro?**

---

Se lei (o il suo coniuge o convivente) ottenete benefici dal suo datore di lavoro (o da quello del suo coniuge o convivente) o dalla categoria di pensionati come parte di questo piano, potete chiamare l'amministratore dei benefici del datore di lavoro/sindacato o i Servizi per i membri in caso di domande. Può chiedere informazioni sui sussidi sanitari del suo datore di lavoro (o quello del suo coniuge o convivente) o dei pensionati, sui premi o sul periodo di iscrizione. (I numeri di telefono per il Servizio per i Membri sono stampati sul retro di questo documento.) Può chiamare anche il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con domande relative alla copertura Medicare nell'ambito di questo piano.

Se dispone di un'altra copertura di farmaci soggetti a prescrizione medica tramite il suo datore di lavoro (o quello del suo coniuge o partner domestico) o la categoria di pensionati, contatti **l'amministratore dei sussidi di tale gruppo**. L'amministratore dei sussidi può aiutarla a determinare come la sua attuale copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica funzionerà con il nostro piano.

# CAPÍTULO 3:

*Utilizzo del piano per i servizi medici e altri  
servizi coperti*

**Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti****SEZIONE 1 Cose da sapere su come ottenere assistenza medica e altri servizi come membro del nostro piano**

Questo capitolo spiega cosa è necessario sapere sull'utilizzo del piano per coprire l'assistenza medica e altri servizi. Fornisce definizioni dei termini e spiega le regole che è necessario seguire per ottenere i trattamenti medici, i servizi, le attrezzature, i farmaci soggetti a prescrizione medica e altra assistenza medica coperta dal piano.

Per i dettagli su quale assistenza medica e altri servizi sono coperti dal nostro piano, utilizzare la tabella dei sussidi nel capitolo successivo, capitolo 4 (*Tabella dei benefici medici, cosa è coperto*).

**Sezione 1.1 Cosa sono i fornitori di rete e i servizi coperti?**

- **I fornitori** sono medici e altri operatori sanitari autorizzati dallo stato a fornire servizi e cure mediche. Il termine fornitori include anche ospedali e altre strutture sanitarie.
- **I fornitori della rete** sono i medici e altri operatori sanitari, gruppi medici, ospedali e altre strutture sanitarie che hanno un accordo con noi per accettare il nostro pagamento come pagamento completo. Abbiamo disposto che questi fornitori forniscano servizi coperti ai membri nel nostro piano. I fornitori della nostra rete ci fatturano direttamente le cure che ti forniscono. Quando vede un fornitore della rete, non paga nulla per i servizi coperti.
- **I servizi coperti** includono tutte le cure mediche, i servizi di assistenza sanitaria, le attrezzature per le forniture e i farmaci soggetti a prescrizione che sono coperti dal nostro piano. I servizi coperti per l'assistenza medica sono elencati nella tabella dei sussidi nel Capitolo 4. I servizi coperti per i farmaci soggetti a prescrizione medica sono discussi nel Capitolo 5.

**Sezione 1.2 Regole di base per ottenere assistenza medica e altri servizi coperti dal piano**

Come piano sanitario Medicare e Medicaid, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) deve coprire tutti i servizi coperti da Original Medicare e può offrire altri servizi oltre a quelli coperti da Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) coprirà generalmente le Sue cure mediche purché:

- **L'assistenza che riceve è inclusa nella Tabella dei sussidi medici del piano** (questa tabella è nel Capitolo 4 di questo documento).
- **L'assistenza che riceve è considerata necessaria dal punto di vista medico.** Necessario dal punto di vista medico significa che i servizi, le forniture, le attrezzature o i farmaci sono necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della vostra condizione medica e soddisfano gli standard accettati della professione medica.
- **Ha un fornitore di assistenza primaria di rete (un PCP) che fornisce e supervisiona la sua assistenza.** In qualità di membro del nostro piano, è necessario scegliere un PCP di rete (per ulteriori informazioni, vedere la Sezione 2.1 in questo capitolo).
- **È necessario ricevere le cure da un fornitore di rete** (per ulteriori informazioni al riguardo, vedere la Sezione 2 in questo capitolo). Nella maggior parte dei casi, l'assistenza che riceve da un fornitore fuori rete (un fornitore che non fa parte della rete del nostro piano) non sarà coperta. Ciò significa che dovrà pagare il fornitore per intero per i servizi forniti. *Ecco tre eccezioni:*

## Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti

- Il piano copre le cure di emergenza o i servizi urgenti che riceve da un fornitore fuori rete. Per maggiori informazioni su questo, e per vedere cosa significano servizi di emergenza o urgentemente necessari, vedere la Sezione 3 in questo capitolo.
- Se ha bisogno di assistenza medica che Medicare o Medicaid richiede che il nostro piano copra ma non ci sono specialisti nella nostra rete che forniscono questa assistenza, può ottenere questa assistenza da un fornitore fuori rete allo stesso costo di condivisione che paga normalmente in rete. In questo caso è necessaria un'autorizzazione preventiva. Si prega di contattare i servizi per gli utenti per assistenza. In questa situazione, copriremo questi servizi senza alcun costo per Lei. Per informazioni su come ottenere l'approvazione per vedere un medico fuori rete, vedere la Sezione 2.4 in questo capitolo.
- Il piano copre i servizi di dialisi renale che si ottengono presso un centro di dialisi certificato Medicare quando si è temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o quando il fornitore di questo servizio è temporaneamente non disponibile o inaccessibile. La condivisione dei costi pagata per il piano di dialisi non può mai superare la condivisione dei costi in Original Medicare. Se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano e si ottiene la dialisi da un fornitore che si trova al di fuori della rete del piano, la condivisione dei costi non può superare la condivisione dei costi che si paga in rete. Tuttavia, se il consueto fornitore di rete per la dialisi è temporaneamente non disponibile e si sceglie di ottenere servizi all'interno dell'area di servizio da un fornitore al di fuori della rete del piano, la condivisione dei costi per la dialisi potrebbe essere più elevata.

## SEZIONE 2 Utilizza i fornitori della rete del piano per ottenere assistenza medica e altri servizi

### Sezione 2.1 È necessario scegliere un fornitore di assistenza primaria (PCP) per fornire e supervisionare l'assistenza

#### Cos'è un PCP e cosa fa il PCP per Lei?

Quando diventa un membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), è necessario scegliere un fornitore di cure primarie (PCP). Il PCP è un fornitore autorizzato che soddisfa i requisiti statali ed è addestrato a fornire cure mediche di base.

Il Suo PCP è un medico di medicina di famiglia dello Stato di New York, medicina interna, medicina geriatrica, medicina per adulti o medicina di famiglia o un infermiere gerontologico. Riceverà le Sue cure di routine o di base dal Suo PCP. Il Suo PCP coordinerà anche il resto dei servizi coperti che ottieni come membro del piano. Ciò include radiografie, esami di laboratorio, terapie, specialisti della forma di cura, ricoveri ospedalieri e cure di follow-up. Il "coordinamento" dei Suoi servizi comporta anche il controllo o la consultazione con altri fornitori di piani sulla Sua assistenza. In alcuni casi, il PCP deve anche ottenere un'autorizzazione preventiva (approvazione preventiva) dal nostro piano. La tabella dei sussidi nel capitolo 4 mostra quali servizi necessitano di un'autorizzazione preventiva da parte del piano. Il PCP contatterà Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) per ottenere l'autorizzazione necessaria. Poiché il Suo PCP fornirà e coordinerà la sua assistenza medica, dovrà inviare tutte le Sue cartelle cliniche all'ufficio del Suo PCP.

#### Come sceglie il Suo PCP?

Quando si iscrive al nostro piano, Le verrà chiesto di selezionare un PCP. Il PCP che vede attualmente potrebbe già far parte della rete Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Quando fa domanda per il nostro

**Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti**

piano, scopriremo se il Suo PCP fa parte del nostro piano. Se il Suo medico non fa parte di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), dovrà sceglierne uno nuovo dalla nostra rete e fissare un appuntamento per vedere quel medico il prima possibile.

È possibile scegliere il proprio PCP dall'elenco dei fornitori e delle farmacie di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) al momento dell'iscrizione. Per l'elenco più aggiornato dei fornitori, utilizzare lo strumento di ricerca Trova un fornitore sul nostro sito web. Può anche contattare il Servizio clienti al numero verde sul retro di questo opuscolo. Esamineremo i nomi dei PCP nella Sua zona, Le chiederemo di altri medici che consulta e in quali ospedali va. Le verrà chiesto di inserire il nome del PCP nella domanda di iscrizione. È possibile modificare il PCP in qualsiasi momento.

**Modificare il PCP**

È possibile modificare il PCP per qualsiasi motivo, in qualsiasi momento. Inoltre, è possibile che il Suo PCP lasci la rete di fornitori del nostro piano e che Lei debba trovare un nuovo PCP.

Per modificare il Suo PCP, chiami il Servizio clienti. Quando chiama, si assicuri di dirci se sta visitando specialisti o se sta ricevendo altri servizi coperti che richiedono l'approvazione del Suo PCP (come servizi sanitari a domicilio e attrezzature mediche durevoli). I Servizi per i membri La aiuteranno a assicurarsi di poter continuare con le cure specialistiche e gli altri servizi che ha ricevuto quando cambia il Suo PCP. Verificheranno per essere sicuri che il PCP a cui si desidera passare accetti nuovi pazienti. I Servizi per i membri modificheranno il Suo record di iscrizione per mostrare il nome del Suo nuovo PCP. La modifica al nuovo PCP entrerà in vigore il primo giorno del mese successivo.

Le invieranno anche una nuova tessera associativa che mostra il nome e il numero di telefono del Suo nuovo PCP.

<b>Sezione 2.2</b>	<b>Che tipo di assistenza medica e altri servizi può ottenere senza un'impegnativa dal Suo PCP?</b>
--------------------	---

È possibile ottenere i servizi elencati di seguito senza ottenere l'approvazione in anticipo dal PCP.

- Assistenza sanitaria di routine per le donne, che include esami mammari, mammografie di screening (radiografie della mammella), Pap test ed esami pelvici.
- Vaccini antinfluenzali, vaccinazioni COVID-19, vaccinazioni contro l'epatite B e vaccinazioni contro la polmonite.
- Servizi di emergenza da fornitori di rete o da fornitori fuori rete
- Servizi urgenti coperti dal piano, ovvero servizi che richiedono un'attenzione medica immediata e che non costituiscono un'emergenza, a condizione che lei si trovi temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o che sia irragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere tale servizio da fornitori della rete con cui il piano ha stipulato un contratto. Esempi di servizi urgenti sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile.

## Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti

- Servizi di dialisi renale che si ottengono in un centro di dialisi certificato Medicare quando si è temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano. Se possibile, chiami il Servizio per i Membri prima di lasciare l'area di servizio in modo che possiamo aiutarla a sottoporsi a dialisi di manutenzione mentre è via.

### Sezione 2.3 Come ottenere assistenza da specialisti e altri fornitori di rete

Uno specialista è un medico che fornisce servizi di assistenza sanitaria per una specifica malattia o parte del corpo. Ci sono molti tipi di specialisti. Ecco alcuni esempi:

- Gli oncologi si prendono cura dei pazienti affetti da cancro
- I cardiologi si prendono cura dei pazienti affetti da patologie cardiache
- Gli ortopedici si prendono cura di pazienti con determinate condizioni ossee, articolari o muscolari

Il PCP è responsabile del coordinamento dei servizi, incluso l'indirizzamento a specialisti e altri fornitori di rete, a seconda dei casi. Non vi è alcun requisito di approvazione preventiva per le visite in ufficio con specialisti della rete. Se ha bisogno di una procedura o di un servizio che richiede l'autorizzazione preventiva del piano, il suo PCP o specialista ci contatterà per ottenere la necessaria autorizzazione preventiva. I servizi che richiedono l'autorizzazione preventiva del piano sono identificati nel Capitolo 4, Sezione 2.1 del presente documento. Esempi di servizi che richiedono un'autorizzazione preventiva del piano includono cure ospedaliere ospedaliere elettive (non di emergenza), ricoveri in una struttura infermieristica qualificata e assistenza sanitaria domiciliare.

Se ha bisogno di assistenza dopo il normale orario di lavoro, contattati il suo PCP. Queste informazioni sono elencate sulla carta d'identità del suo abbonamento Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Se si pensa che si tratti di un'emergenza, rivolgersi immediatamente a un medico. Per ulteriori informazioni, consulti la Sezione 3, (Come ottenere servizi coperti in caso di emergenza o necessità urgente di assistenza).

### Cosa succede se uno specialista o un altro fornitore di rete abbandona il nostro piano?

Nel corso dell'anno, possiamo modificare gli ospedali, i medici e gli specialisti (fornitori) che fanno parte del piano. Se il suo medico o specialista lascia il suo piano, ha determinati diritti e protezioni che sono riassunti di seguito:

- Anche se la nostra rete di fornitori può cambiare nel corso dell'anno, Medicare ci impone di fornirle un accesso ininterrotto a medici e specialisti qualificati.
- Le comunicheremo l'uscita del suo fornitore dal piano, in modo che lei abbia il tempo di scegliere un nuovo fornitore.
  - Se il suo fornitore di assistenza primaria o di salute comportamentale lascia il nostro piano, la informeremo se ha visto quel fornitore negli ultimi tre anni.
  - Se uno qualsiasi degli altri fornitori lascia il nostro piano, la informeremo se è assegnato al fornitore, se attualmente riceve assistenza da loro o se li ha visti negli ultimi tre mesi.
- La assisteremo nella selezione di un nuovo fornitore di rete qualificato a cui potrà accedere per assistenza continua.
- Se si sta attualmente sottoponendo a trattamenti o terapie mediche con il suo attuale fornitore, ha il diritto di richiedere, e lavoreremo con lei per garantire, che il trattamento o le terapie necessarie dal punto di vista medico che sta ricevendo continuino.
- Le forniremo informazioni sui diversi periodi di iscrizione a sua disposizione e sulle opzioni che potrebbe avere per cambiare i piani.

## Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti

- Organizzeremo qualsiasi sussidio coperto necessario dal punto di vista medico al di fuori della nostra rete di fornitori, ma in condivisione dei costi in rete, quando un fornitore o un sussidio in rete non è disponibile o inadeguato a soddisfare le esigenze mediche. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.
- Se scopre che il suo medico o specialista sta abbandonando il suo piano, la preghiamo di contattarci in modo che possiamo aiutarla a trovare un nuovo fornitore per gestire la sua assistenza.
- Se ritiene che non le abbiamo fornito un fornitore qualificato per sostituire il suo precedente fornitore o che la sua assistenza non sia gestita in modo appropriato, ha il diritto di presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza al QIO, un reclamo sulla qualità dell'assistenza al piano o entrambi. Consultare il Capitolo 9.

### Sezione 2.4 Come ottenere assistenza da fornitori esterni alla rete

Se ha bisogno di cure mediche specialistiche che Medicare o Medicaid richiede che il nostro piano copra e non ci sono fornitori nella nostra rete in grado di fornire questa assistenza, può ottenere l'assistenza da un fornitore fuori rete. Ciò include i servizi di un fornitore che è qualificato in modo univoco per fornire il particolare servizio di cui ha bisogno, nonché i servizi forniti presso un centro specializzato o un centro di eccellenza (ad esempio, servizi ESRD). Non ci sono ulteriori restrizioni sui sussidi che si applicano al di fuori della nostra rete o area di servizio.

Lei o il suo PCP dovete contattare il nostro piano per un'autorizzazione preventiva prima di cercare assistenza da fornitori fuori rete. Chiamare il Servizio per i Membri per assistenza. Se le forniamo un'autorizzazione preventiva per ottenere assistenza da un fornitore fuori rete, copriremo questi servizi come se avesse ricevuto l'assistenza da un fornitore di rete.

È molto importante ottenere un'autorizzazione preventiva dal nostro piano prima di vedere fornitori fuori rete. Se non si dispone dell'approvazione del piano, questi servizi potrebbero non essere coperti. Se il fornitore desidera che torni per ulteriore assistenza, controlli prima per essere sicuro che l'approvazione del nostro piano copra più di una visita al fornitore fuori rete.

**Nota:** i membri hanno il diritto di ricevere servizi da fornitori esterni alla rete per emergenze o servizi urgenti. Inoltre, i piani devono coprire i servizi di dialisi per i membri ESRD che hanno viaggiato al di fuori dell'area di servizio del piano e non sono in grado di accedere ai fornitori ESRD a contratto.

## SEZIONE 3 Come ottenere servizi quando si ha un'emergenza o un bisogno urgente di assistenza o durante un disastro

### Sezione 3.1 Ottenere assistenza in caso di emergenza medica

#### Cos'è un'emergenza medica e cosa si deve fare in caso di emergenza?

Un'**emergenza medica** è quando lei, o qualsiasi altro soggetto non esperto con una conoscenza media della salute e della medicina, ritiene di avere sintomi medici che richiedono un'attenzione medica immediata per evitare la perdita della vita (e, se si tratta di una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora nato), la perdita di un arto, o la perdita della funzione di un arto, o la perdita o la grave compromissione di una funzione corporea. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando.

In caso di emergenza medica:

## Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti

- **Riceva assistenza il più rapidamente possibile.** Chiamare il 911 per chiedere aiuto o recarsi al pronto soccorso o all'ospedale più vicino. Chiami un'ambulanza se ne ha bisogno. *Non* è necessario ottenere prima l'approvazione o un'impegnativa dal PCP. Non è necessario utilizzare un medico di rete. Può ottenere assistenza medica di emergenza ogni volta che ne ha bisogno, ovunque negli Stati Uniti o nei suoi territori e da qualsiasi fornitore con una licenza statale appropriata, anche se non fanno parte della nostra rete.
- **Prima possibile, si assicuri che il nostro piano sia stato informato della sua emergenza.** Dobbiamo dare seguito alle sue cure di emergenza. Lei o qualcun altro dovreste chiamarci per informarci delle sue cure di emergenza, di solito entro 48 ore. Si prega di chiamare il Servizio per i Membri al numero sul retro della tessera associativa del piano.

### Che cosa è coperto in caso di emergenza medica?

Il nostro piano copre i servizi di ambulanza in situazioni in cui raggiungere il pronto soccorso in qualsiasi altro modo potrebbe mettere in pericolo la sua salute. Copriamo anche i servizi medici durante l'emergenza.

I medici che le forniscono le cure di emergenza decideranno quando le sue condizioni sono stabili e l'emergenza medica è finita.

Dopo la fine dell'emergenza, ha diritto alle cure di follow-up per assicurarsi che le sue condizioni continuino a essere stabili. I suoi medici continueranno a trattarla fino a quando non ci contatteranno e pianificheranno ulteriori cure. Le sue cure di follow-up saranno coperte dal nostro piano. Se le sue cure di emergenza sono fornite da fornitori esterni alla rete, cercheremo di far sì che i fornitori di rete prendano in carico le sue cure non appena le sue condizioni mediche e le circostanze lo consentano.

### E se non fosse un'emergenza medica?

A volte può essere difficile sapere se si dispone di un'emergenza medica. Ad esempio, potrebbe andare in pronto soccorso – pensando che la sua salute sia in grave pericolo – e il medico potrebbe dire che non si trattava di un'emergenza medica dopo tutto. Se scopre che non si trattava di un'emergenza, a condizione che abbia ragionevolmente pensato che la sua salute fosse in grave pericolo, copriremo le sue cure.

Tuttavia, dopo che il medico ha detto che *non* si trattava di un'emergenza, copriremo le cure aggiuntive solo se otterrà le cure aggiuntive in uno di questi due modi:

- Si rivolga a un fornitore di rete per ottenere l'assistenza aggiuntiva.
- – *oppure* – Le cure aggiuntive che riceve sono considerate servizi urgenti e osserva le regole per ottenere queste cure urgenti (per ulteriori informazioni a riguardo, consulti la Sezione 3.2 di seguito).

## Sezione 3.2 Ricevere assistenza quando si ha un bisogno urgente di servizi

### Quali sono i servizi urgentemente necessari?

Un servizio coperto dal piano che richiede un'attenzione medica immediata e che non è un'emergenza è un servizio urgente se lei si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o se non è ragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere questo servizio da fornitori di rete con cui il piano ha stipulato un contratto. Esempi di servizi urgenti sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile.

### Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti

---

Quando i fornitori di servizi di rete sono temporaneamente non disponibili o inaccessibili, è possibile accedere alle cure urgenti utilizzando qualsiasi centro di assistenza urgente disponibile. È inoltre possibile chiamare la linea di consulenza infermieristica al numero (877) 353-0185. Gli utenti TTY devono chiamare il 711.

Il nostro piano copre i servizi di emergenza e cure urgenti in tutto il mondo al di fuori degli Stati Uniti nelle seguenti circostanze:

- Ha un limite di \$10.000 per la copertura di emergenza in tutto il mondo ogni anno solare da utilizzare per trasporto di emergenza, cure urgenti, cure di emergenza e cure post-stabilizzazione.
- Questa prestazione è limitata ai servizi che sarebbero classificati come cure di emergenza o di urgenza se fossero stati forniti negli Stati Uniti.
- Se riceve cure di emergenza al di fuori degli Stati Uniti e ha bisogno di cure ospedaliere dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, deve tornare in un ospedale di rete affinché le sue cure continuino a essere coperte o deve avere le sue cure ospedaliere presso l'ospedale fuori rete autorizzato dal piano. Il suo costo è la quota di compartecipazione che pagherebbe in un ospedale della rete. Si applica il massimo del piano.
- Potrebbe essere necessario pagare i servizi di tasca propria e presentare una richiesta di rimborso.
- Le tasse e le commissioni estere (incluse, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le commissioni di conversione valutaria o di transazione) non sono coperte. Il trasporto di ritorno negli Stati Uniti da un altro paese non è coperto.
- La cura di routine e le procedure pre-programmate o elettive non sono coperte.

In caso di domande sul fatto che pagheremo per qualsiasi servizio, ha il diritto di chiederci se lo copriremo prima di riceverlo. Ha anche il diritto di chiederlo per iscritto. Se la compagnia rifiuta di coprire i servizi, lei ha il diritto di impugnare la nostra decisione di non coprire o rimborsare le sue cure.

#### **Sezione 3.3 Ricevere assistenza durante una catastrofe**

Se il Governatore del Suo stato, il Segretario alla salute e ai servizi umani degli Stati Uniti o il Presidente degli Stati Uniti dichiarano uno stato di disastro o di emergenza nella Sua area geografica, ha comunque il diritto di prendersi cura del Suo piano.

Si prega di visitare il seguente sito web: [SWHNY.com](http://SWHNY.com) per informazioni su come ottenere le cure necessarie durante un disastro.

Se non è possibile utilizzare un fornitore di rete durante un disastro, il piano consentirà di ottenere assistenza da fornitori esterni alla rete tramite la condivisione dei costi all'interno della rete. Se non è possibile utilizzare una farmacia di rete durante un disastro, si può essere in grado di riempire i farmaci da prescrizione in una farmacia fuori rete. Si prega di consultare il Capitolo 5, Sezione 2.5 per ulteriori informazioni.

**Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti**

---

---

**SEZIONE 4 Cosa succede se Le viene addebitato direttamente l'intero costo dei Suoi servizi?**

---

**Sezione 4.1 Può chiederci di pagare i servizi coperti**

Se ha pagato per i Suoi servizi coperti o se ha ricevuto una fattura per i servizi medici coperti, vada al Capitolo 6 (*Chiederci di pagare una fattura che ha ricevuto per i servizi medici o i farmaci coperti*) per informazioni su cosa fare.

**Sezione 4.2 Cosa fare se i servizi non sono coperti dal nostro piano?**

**Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)** copre tutti i servizi medici necessari elencati nella tabella delle prestazioni mediche nel capitolo 4 del presente documento. Se si ricevono servizi non coperti dal nostro piano o servizi ottenuti fuori rete e non sono stati autorizzati, si è responsabili del pagamento dell'intero costo dei servizi.

Per i servizi coperti che hanno una limitazione del beneficio, paga anche l'intero costo di tutti i servizi che ottiene dopo aver esaurito il Suo sussidio per quel tipo di servizio coperto. Se le spese vengono pagate una volta raggiunto un limite di sussidi, non vengono conteggiate nel massimale di spesa.

---

**SEZIONE 5 In che modo sono coperte le Sue prestazioni mediche quando partecipa a uno studio di ricerca clinica?**

---

**Sezione 5.1 Cos'è uno studio di ricerca clinica?**

Uno studio di ricerca clinica (chiamato anche studio *clinico*) è un modo in cui medici e scienziati testano nuovi tipi di cure mediche, come il funzionamento di un nuovo farmaco antitumorale. Alcuni studi di ricerca clinica sono approvati da Medicare. Gli studi di ricerca clinica approvati da Medicare in genere richiedono ai volontari di partecipare allo studio.

Una volta che Medicare approva lo studio e lei esprime interesse, qualcuno che lavora allo studio la contatterà per spiegare di più sullo studio e vedere se soddisfa i requisiti stabiliti dagli scienziati che stanno conducendo lo studio. Può partecipare allo studio purché soddisfi i requisiti per lo studio e abbia piena comprensione e accettazione di ciò che è coinvolto se partecipa allo studio.

Se partecipa a uno studio approvato da Medicare, Original Medicare paga la maggior parte dei costi per i servizi coperti che riceve nell'ambito dello studio. Se ci dice che si trova in una sperimentazione clinica qualificata, è responsabile solo della condivisione dei costi in rete per i servizi di tale sperimentazione. Se ha pagato di più, ad esempio, se ha già pagato l'importo di condivisione dei costi di Medicare originale, le rimborseremo la differenza tra ciò che ha pagato e la condivisione dei costi in rete. Tuttavia, dovrà fornire una documentazione che dimostri quanto ha pagato. Quando partecipa a uno studio di ricerca clinica, può rimanere iscritto al nostro piano e continuare a ricevere il resto della sua assistenza (l'assistenza che non è correlata allo studio) attraverso il nostro piano.

Se desidera partecipare a qualsiasi studio di ricerca clinica approvato da Medicare, *non* è necessario che ce lo dica o che ottenga l'approvazione da noi o dal suo PCP. I fornitori che forniscono la sua assistenza nell'ambito dello

### Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti

---

studio di ricerca clinica *non* devono necessariamente far parte della rete di fornitori del nostro piano. Si prega di notare che questo non include i benefici per i quali il nostro piano è responsabile che includono, come componente, una sperimentazione clinica o un registro per valutare il beneficio. Queste includono alcuni sussidi specificati nelle determinazioni di copertura nazionale che richiedono la copertura con lo sviluppo delle prove (NCDs-CED) e gli studi di esenzione per i dispositivi in fase di sperimentazione (IDE) e possono essere soggetti ad autorizzazione preventiva e ad altre regole del piano.

Sebbene non sia necessario ottenere il permesso del nostro piano per partecipare a uno studio di ricerca clinica, coperto per gli iscritti a Medicare Advantage da Original Medicare, la invitiamo a informarci in anticipo quando sceglie di partecipare a studi clinici qualificati Medicare.

Se partecipa a uno studio che Medicare *non* ha approvato, *sarà responsabile del pagamento di tutti i costi per la partecipazione allo studio.*

#### Sezione 5.2 Quando partecipa a uno studio di ricerca clinica, chi paga per cosa?

Una volta che partecipa a uno studio di ricerca clinica approvato da Medicare, Original Medicare copre gli articoli e i servizi di routine che riceve nell'ambito dello studio, tra cui:

- Vitto e alloggio per un soggiorno in ospedale che Medicare pagherebbe anche se non fosse in uno studio
- Un'operazione o altra procedura medica se fa parte dello studio di ricerca
- Trattamento degli effetti collaterali e delle complicanze della nuova cura

Dopo che Medicare avrà pagato la sua parte del costo per questi servizi, il nostro piano pagherà il resto. Come per tutti i servizi coperti, non pagherà nulla per i servizi coperti che ottieni nello studio di ricerca clinica.

Quando partecipa a uno studio di ricerca clinica, **né Medicare né il nostro piano pagheranno per uno dei seguenti:**

- In generale, Medicare *non* pagherà per il nuovo articolo o servizio che lo studio sta testando a meno che Medicare non copra l'articolo o il servizio anche se *non* si era in uno studio.
- Articoli o servizi forniti solo per raccogliere dati e non utilizzati nell'assistenza sanitaria diretta. Ad esempio, Medicare non pagherebbe per le scansioni TC mensili eseguite nell'ambito dello studio se la sua condizione medica richiedesse normalmente una sola scansione TC.
- Articoli e servizi abitualmente forniti gratuitamente dagli sponsor della ricerca a tutti i partecipanti allo studio.

#### Vuole saperne di più?

Può ottenere maggiori informazioni su come partecipare a uno studio di ricerca clinica visitando il sito web di Medicare per leggere o scaricare la pubblicazione *Medicare and Clinical Research Studies*. (La pubblicazione è disponibile all'indirizzo: [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).) È inoltre possibile chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

---

## SEZIONE 6 Regole per ricevere assistenza in un istituto sanitario religioso non medico

---

### Sezione 6.1 Cos'è un istituto sanitario religioso non medico?

Un'istituzione sanitaria religiosa non medica è una struttura che fornisce assistenza per una condizione che normalmente verrebbe trattata in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata. Se ricevere assistenza in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata è contro le convinzioni religiose di un membro, forniremo invece copertura per l'assistenza in un'istituzione sanitaria religiosa non medica. Questo sussidio è fornito solo per i servizi ospedalieri di Parte A (servizi di assistenza sanitaria non medica).

### Sezione 6.2 Ricevere assistenza da un istituto sanitario religioso non medico

Per ricevere assistenza da un istituto sanitario religioso non medico, è necessario firmare un documento legale in cui si afferma di essere coscientemente contrari a ricevere cure mediche non escluse.

- Per cure o trattamenti medici **non esclusi** si intende qualsiasi cura o trattamento medico *volontario e non richiesto* da alcuna legge federale, statale o locale.
- Le cure mediche **escluse** sono cure mediche o trattamenti che riceve che *non* sono volontari o *sono richiesti* dalla legge federale, statale o locale.

Per essere coperto dal nostro piano, l'assistenza che ricevi da un'istituzione sanitaria religiosa non medica deve soddisfare le seguenti condizioni:

- La struttura che fornisce l'assistenza deve essere certificata da Medicare.
- La copertura del nostro piano dei servizi che riceve è limitata agli aspetti *non religiosi* dell'assistenza.
- Se riceve servizi da questo istituto che le vengono forniti in una struttura, si applicano le seguenti condizioni:
  - È necessario avere una condizione medica che consenta di ricevere servizi coperti per cure ospedaliere o assistenza infermieristica qualificata.
  - – e – È necessario ottenere l'approvazione in anticipo dal nostro piano prima di essere ammessi alla struttura o il soggiorno non sarà coperto.
  - – e – Medicare copre fino a 90 giorni per periodo di sussidio. Medicaid copre la degenza oltre il limite di 90 giorni di Medicare, se necessario dal punto di vista medico. I limiti di copertura sono descritti in Assistenza ospedaliera ospedaliera nella tabella dei sussidi nel Capitolo 4.

Inoltre, è necessario contattare il Servizio per i Membri o il proprio ufficio Medicaid statale (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6) per ulteriori informazioni sui servizi coperti da Medicaid per comprendere tutte le opzioni di copertura.

**Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti****SEZIONE 7 Norme per la proprietà di apparecchiature mediche durevoli****Sezione 7.1 Sarà in possesso delle attrezzature mediche durevoli dopo aver effettuato un certo numero di pagamenti nell'ambito del nostro piano?**

Le attrezzature mediche durevoli (DME) includono articoli come attrezzature e forniture di ossigeno, sedie a rotelle, deambulatori, sistemi di materassi elettrici, stampelle, forniture per diabetici, dispositivi di generazione del linguaggio, pompe per infusione endovenosa, nebulizzatori e letti d'ospedale ordinati da un fornitore per l'uso in casa. Il membro possiede sempre alcuni oggetti, come le protesi. In questa sezione, discutiamo altri tipi di DME che deve noleggiare.

In Original Medicare, le persone che noleggiano determinati tipi di DME possiedono l'attrezzatura dopo aver pagato i pagamenti per l'articolo per 13 mesi. In qualità di membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), tuttavia, di solito non acquisirà la proprietà degli articoli DME noleggiati, indipendentemente dal numero di copagamenti effettuati per l'articolo mentre era membro del nostro piano, anche se ha effettuato fino a 12 pagamenti consecutivi per l'articolo DME nell'ambito di Original Medicare prima di aderire al nostro piano. In determinate circostanze limitate, Le trasferiremo la proprietà dell'articolo DME. Chiamare i servizi per i membri per ulteriori informazioni.

**Cosa succede ai pagamenti effettuati per attrezzature mediche durevoli se si passa a Original Medicare?**

Se non ha acquisito la proprietà dell'articolo DME mentre era nel nostro piano, dovrà effettuare 13 nuovi pagamenti consecutivi dopo il passaggio a Original Medicare per possedere l'articolo. I pagamenti effettuati durante l'iscrizione al Suo piano non contano.

Esempio 1: Ha effettuato 12 o meno pagamenti consecutivi per l'articolo in Original Medicare e poi ha aderito al nostro piano. I pagamenti effettuati in Original Medicare non contano. Dovrà effettuare 13 pagamenti al nostro piano prima di possedere l'articolo.

Esempio 2: Ha effettuato 12 o meno pagamenti consecutivi per l'articolo in Original Medicare e poi ha aderito al nostro piano. Lei era nel nostro piano ma non ha ottenuto la proprietà mentre era nel nostro piano. Quindi torna a Original Medicare. Dovrà effettuare 13 nuovi pagamenti consecutivi per possedere l'articolo una volta che si iscrive di nuovo a Original Medicare. Tutti i pagamenti precedenti (al nostro piano o a Original Medicare) non contano.

**Sezione 7.2 Norme per le apparecchiature, le forniture e la manutenzione dell'ossigeno****A quali sussidi di ossigeno ha diritto?**

Se è idoneo per la copertura delle apparecchiature di ossigeno Medicare Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) coprirà:

- Noleggio di attrezzature per l'ossigeno
- Erogazione di ossigeno e contenuto di ossigeno
- Tubi e relativi accessori ossigeno per l'erogazione dell'ossigeno e del contenuto di ossigeno
- Manutenzione e riparazione di apparecchiature per l'ossigeno

Se lascia Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) o non ha più bisogno di attrezzature per l'ossigeno, le attrezzature per l'ossigeno devono essere restituite.

**Capítulo 3 Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti**

---

**Cosa succede se abbandona il Suo piano e torna a Original Medicare?**

Original Medicare richiede un fornitore di ossigeno per fornire servizi per cinque anni. Durante i primi 36 mesi si noleggia l'attrezzatura. I restanti 24 mesi il fornitore fornisce l'attrezzatura e la manutenzione (sei comunque responsabile del pagamento dell'ossigeno). Dopo cinque anni si può scegliere di rimanere con la stessa azienda o andare in un'altra azienda. A questo punto, il ciclo quinquennale ricomincia, anche se rimani con la stessa azienda, richiedendoti di pagare i pagamenti per i primi 36 mesi. Se si aderisce o si lascia il nostro piano, il ciclo di cinque anni ricomincia da capo.

# CAPÍTULO 4:

*Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)*

**Capitolo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)****SEZIONE 1 Comprensione dei servizi coperti**

Questo capitolo fornisce una tabella dei dei sussidi medici che elenca i servizi coperti come membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Più avanti in questo capitolo, è possibile trovare informazioni sui servizi medici che non sono coperti. Spiega anche i limiti di alcuni servizi.

**Sezione 1.1 Non paga nulla per i Suoi servizi coperti**

Poiché riceve assistenza da Medicaid, non paga nulla per i suoi servizi coperti purché segua le relative regole dei piani. (Vedere il Capitolo 3 per maggiori informazioni sulle regole dei piani per ricevere assistenza.)

**Sezione 1.2 Qual è l'importo massimo che pagherà per i servizi medici coperti da Medicare Parte A e Parte B?**

**Nota:** Poiché i nostri membri ricevono anche l'assistenza di Medicaid, sono pochissimi quelli che raggiungono questo tetto massimale di spesa viva. Non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per il massimale di spesa viva per i servizi coperti della Parte A e della Parte B.

Poiché è iscritto a un piano Medicare Advantage, esiste un limite all'importo che deve pagare di tasca propria ogni anno per i servizi medici coperti da Medicare Parte A e Parte B. Questo limite è chiamato importo massimo di tasca propria (MOOP) per i servizi medici. Per l'anno solare 2025 questo importo è di \$9.350.

Gli importi pagati per i servizi coperti vengono conteggiati ai fini di questo importo massimo di tasca propria. Gli importi pagati per i farmaci da prescrizione della Parte D non vengono conteggiati ai fini del massimale di spesa. Inoltre, gli importi pagati per alcuni servizi non vengono conteggiati ai fini del massimale di spesa. Questi servizi sono contrassegnati da un asterisco (\*) nella Tabella delle prestazioni mediche. Se raggiunge l'importo massimo di \$9.350, non dovrà pagare alcun costo per il resto dell'anno per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. Tuttavia, è necessario continuare a pagare il premio Medicare Parte B (a meno che il premio della Parte B non sia pagato per lei da Medicaid o da un'altra terza parte).

**SEZIONE 2 Utilizzare la *tabelladei sussidi medici* per scoprire cosa è coperto****Sezione 2.1 I Suoi sussidi medici, di assistenza a lungo termine o di servizi a domicilio e basati sulla comunità come membro del piano**

La tabella dei sussidi medici nelle pagine seguenti elenca i servizi Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). La copertura dei farmaci da prescrizione della Parte D è nel Capitolo 5. I sussidi elencati nella Tabella dei sussidi medici sono coperti solo quando sono soddisfatti i seguenti requisiti di copertura:

- I servizi coperti da Medicare e Medicaid devono essere forniti in base alle linee guida di copertura stabilite da Medicare e Medicaid.
- I suoi servizi (tra cui assistenza medica, servizi, forniture, apparecchiature e farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte B) *devono* essere necessari dal punto di vista medico. Necessario dal punto di vista medico significa che i servizi, le forniture o i farmaci sono necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della sua condizione medica e soddisfano gli standard accettati della pratica medica.

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

---

- Per i nuovi iscritti, il piano di assistenza coordinata MA deve prevedere un periodo di transizione di almeno 90 giorni, durante il quale il nuovo piano MA non può richiedere un'autorizzazione preventiva per alcun ciclo di trattamento attivo, anche se il ciclo di trattamento riguardava un servizio iniziato presso un fornitore esterno alla rete.
- Riceve le sue cure da un fornitore di rete. Nella maggior parte dei casi, l'assistenza che riceve da un fornitore fuori rete non sarà coperta a meno che non si tratti di assistenza emergente o urgente o a meno che il suo piano o un fornitore di rete non le abbia dato un'impegnativa. Ciò significa che dovrà pagare il fornitore per intero per i servizi forniti.
- Ha un fornitore di cure primarie (un PCP) che fornisce e supervisiona le sue cure.
- Alcuni dei sussidi elencati nella Tabella dei sussidi medici sono coperti *solo* se il medico o altro fornitore di rete ottiene l'approvazione in anticipo (a volte chiamata autorizzazione preventiva) da parte nostra. I servizi coperti che necessitano di un'approvazione preventiva sono contrassegnati in **grassetto** nella Tabella dei sussidi medici.
- Se il piano di assistenza coordinata prevede l'approvazione di una richiesta di autorizzazione preventiva per un ciclo di trattamento, l'approvazione deve essere valida per il tempo necessario e ragionevole dal punto di vista medico per evitare interruzioni dell'assistenza, in conformità ai criteri di copertura applicabili, alla sua anamnesi clinica e alle raccomandazioni del fornitore del trattamento.

**Altre cose importanti da sapere sulla nostra copertura:**

- È coperto sia da Medicare che da Medicaid. Medicare copre l'assistenza sanitaria e i farmaci soggetti a prescrizione medica. Medicaid copre la condivisione dei costi per i servizi Medicare, inclusi i servizi ospedalieri e ambulatoriali. Medicaid copre anche i servizi che Medicare non copre, come l'assistenza a lungo termine, i farmaci da banco, i servizi domiciliari e comunitari o altri servizi solo Medicaid.
- Come tutti i piani sanitari Medicare, copriamo tutto ciò che copre Original Medicare. (Se vuole saperne di più sulla copertura e sui costi di Original Medicare, consulti il suo manuale *Medicare & You 2025*. Può visualizzarlo online su [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o richiederne una copia chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.)
- Per tutti i servizi preventivi che sono coperti gratuitamente da Original Medicare, copriamo anche il servizio senza alcun costo per lei.
- Se Medicare aggiunge copertura per eventuali nuovi servizi nel corso del 2025, Medicare o il nostro piano copriranno tali servizi.
- Poiché riceve assistenza da Medicaid, non paga nulla per i suoi servizi coperti, purché segua le relative regole del piano. Ciò significa che per i servizi coperti non dovrà pagare alcuna quota di costo (nessun contributo al pagamento o franchigia). In qualità di membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), coordiniamo i suoi servizi coperti da Medicare e i suoi servizi Medicaid in quanto sono entrambi coperti dal nostro piano. Le informazioni sui sussidi di seguito includono i servizi coperti da Medicare e Medicaid.
- Se rientra nel periodo di 6 mesi del nostro piano di presunta idoneità continua, continueremo a fornire tutte le prestazioni Medicare coperte dal piano Medicare Advantage. Tuttavia, durante questo periodo, non continueremo a coprire i sussidi Medicaid inclusi nel Medicaid State Plan applicabile né pagheremo i premi Medicare o la condivisione dei costi per i quali lo stato sarebbe altrimenti responsabile se non avesse perso la sua idoneità Medicaid. L'importo che paga per i servizi coperti da Medicare può aumentare durante questo periodo.

Non paga nulla per i servizi elencati nella Tabella dei sussidi, purché soddisfi i requisiti di copertura sopra descritti.

## Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)

---

### Informazioni importanti sui sussidi per gli iscritti che si qualificano per “Extra Help”:

- Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) partecipa al modello Value Based Insurance Design (VBID). Il modello VBID consente a Medicare di provare nuovi modi per migliorare i piani Medicare Advantage. Come parte del modello VBID, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) offre l'eliminazione della condivisione dei costi per i farmaci della Parte D. I Soci che ricevono “Extra Help” avranno una condivisione dei costi ridotta (\$0) su tutti i farmaci della Parte D in tutte le fasi di copertura. Per ulteriori informazioni, chiami il Servizio per i Soci se ha domande su questo sussidio o su come la aiuterà.

### Informazioni importanti sui sussidi per gli iscritti con condizioni croniche

- Se le vengono diagnosticate le condizioni croniche identificate di seguito e soddisfa determinati criteri, potrebbe avere diritto a speciali benefici supplementari per i malati cronici.
  - Dipendenza da alcol cronica e altre tossicodipendenze;
  - Disturbi autoimmuni;
  - Cancro;
  - Disturbi cardiovascolari;
  - Scompenso cardiaco cronico;
  - Demenza;
  - Diabete;
  - Malattia epatica allo stadio terminale;
  - Malattia renale allo stadio terminale (ESRD);
  - Gravi disturbi ematici;
  - HIV/AIDS;
  - Disturbi polmonari cronici;
  - Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti;
  - Disturbi neurologici; e
  - Ictus

La aiuteremo ad accedere a questi sussidi. Può chiamare il Servizio clienti o il suo coordinatore di assistenza per avviare la sua richiesta o ottenere ulteriori informazioni.

Nota: Richiedendo questo sussidio, autorizza i rappresentanti Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) a contattarla per telefono, posta o qualsiasi altro metodo di comunicazione come espressamente indicato nella sua domanda.

- Si prega di andare alla riga *Benefici supplementari speciali per i malati cronici* nella tabella dei sussidi medici qui sotto per ulteriori dettagli.
- Ci contatti per scoprire esattamente a quali sussidio può avere diritto.

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

Vedr  questa mela accanto ai servizi preventivi nella tabella dei sussidi.

**Tabella dei sussidi medici**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Screening aneurisma aortico addominale*</b></p> <p>Uno screening ecografico una tantum per le persone a rischio. Il piano copre questo screening solo se si dispone di determinati fattori di rischio e se si ottiene un rinvio per esso dal proprio medico, assistente medico, infermiere o specialista infermiere clinico.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilit� per i Soci idonei a questo screening preventivo.</p>
	<p><b>Agopuntura per lombalgia cronica</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <p>Sono coperte fino a 12 visite in 90 giorni per i beneficiari di Medicare nelle seguenti circostanze:</p> <p>Ai fini di questo sussidio, la lombalgia cronica � definita come:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dura 12 settimane o pi�;</li> <li>• aspecifica, in quanto non ha una causa sistemica identificabile (cio� non associata a malattia metastatica, infiammatoria, infettiva, ecc.);</li> <li>• non associata alla chirurgia; e</li> <li>• non associata alla gravidanza.</li> </ul> <p>Saranno coperte altre otto sessioni per quei pazienti che dimostrano un miglioramento. Non possono essere somministrati pi� di 20 trattamenti di agopuntura all'anno.</p> <p>Il trattamento deve essere interrotto se il paziente non sta migliorando o sta regredendo.</p> <p>Requisiti del fornitore:</p> <p>I medici (secondo la definizione di cui all'articolo 1861(r)(1) del Social Security Act (la Legge)) possono fornire l'agopuntura in conformit� ai requisiti statali applicabili.</p> <p>Gli assistenti medici (PA), gli infermieri professionisti (NP)/gli infermieri clinici specialisti (CNS) (come identificati nel 1861(aa) (5) della Legge) e il personale ausiliario possono fornire agopuntura se soddisfano tutti i requisiti statali applicabili e hanno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un master o un dottorato in agopuntura o medicina orientale presso una scuola accreditata dalla Commissione di accreditamento per l'agopuntura e la medicina orientale (ACAOM); e,</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilit� per i servizi di agopuntura coperti da Medicare.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Agopuntura per lombalgia cronica (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una licenza attuale, completa, attiva e senza restrizioni per praticare l'agopuntura in uno Stato, Territorio o Commonwealth (cioè Porto Rico) degli Stati Uniti o Distretto di Columbia.</li> </ul> <p>Il personale ausiliario che fornisce l'agopuntura deve essere sotto il livello appropriato di supervisione di un medico, PA o NP/CNS richiesto dai nostri regolamenti 42 cfr§§ 410.26 e 410.27.</p>	
	<p><b>Servizi di agopuntura (supplementari)*</b></p> <p>Inoltre, Senior Whole Health of New York NHC offre 30 trattamenti di agopuntura in più ogni anno.</p> <p>I servizi supplementari di agopuntura sono coperti quando determinati come standard di cura clinicamente accettato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Mal di testa; dolore alle articolazioni dell'anca o del ginocchio associato all'osteoartrite (OA); o altro dolore alle articolazioni delle estremità quando cronico e non risponde alle cure mediche standard; sindromi dolorose che coinvolgono le articolazioni e i tessuti molli associati; dolore muscoloscheletrico al collo e alla schiena; nausea associata alla chemioterapia; nausea post-chirurgica; e nausea associata alla gravidanza</li> <li>◦ I servizi di agopuntura coperti non includono i servizi per il trattamento dell'asma o della dipendenza (incluso, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, smettere di fumare).</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p>
	<p><b>Servizi di ambulanza</b></p> <p>I servizi di ambulanza coperti, sia per una situazione di emergenza che di non emergenza, includono i servizi ad ala fissa, ad ala rotante e di ambulanza a terra, presso la struttura appropriata più vicina che può fornire assistenza solo se sono forniti a un membro le cui condizioni mediche sono tali che altri mezzi di trasporto potrebbero mettere in pericolo la salute della persona o se autorizzati dal piano. Se i servizi di ambulanza coperti non sono per una situazione di emergenza, è necessario documentare che le condizioni del socio sono tali che altri mezzi di trasporto potrebbero mettere in pericolo la salute della persona e che il trasporto in ambulanza è necessario dal punto di vista medico.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p><b>È richiesta l'autorizzazione preventiva solo per l'ambulanza non di emergenza.</b></p> <p>Se ha bisogno di cure di emergenza, chiami il 911 e richiedi un'ambulanza.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Visita di controllo annuale*</b></p> <p>Se è iscritto alla Parte B da più di 12 mesi, può sottoporsi a una visita annuale di controllo salute per sviluppare o aggiornare un piano di prevenzione personalizzato basato sulla Sua salute attuale e sui fattori di rischio. La copertura è prevista una volta ogni 12 mesi.</p> <p><b>Nota:</b> La sua prima visita di controllo annuale non può aver luogo prima di 12 mesi dalla visita preventiva di Benvenuto in Medicare. Tuttavia, non è necessario aver avuto una visita di benvenuto a Medicare per essere coperti per le visite annuali di salute dopo aver avuto la Parte B per 12 mesi.</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi di pagamento o deducibilità per la visita di controllo annuale.
	<p><b>Misurazione della massa ossea *</b></p> <p>Per gli individui idonei (in genere, ciò significa che le persone a rischio di perdere massa ossea o a rischio di osteoporosi), i seguenti servizi sono coperti ogni 24 mesi o più frequentemente se necessario dal punto di vista medico: procedure per identificare la massa ossea, rilevare la perdita ossea o determinare la qualità dell'osso, compresa l'interpretazione dei risultati da parte di un medico.</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per la misurazione della massa ossea coperta da Medicare.
	<p><b>Screening del cancro al seno (mammografie)*</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mammografia basale di età compresa tra 35 e 39 anni</li> <li>• Una mammografia di screening ogni 12 mesi per le donne di età pari o superiore a 40 anni</li> <li>• Esami clinici del seno una volta ogni 24 mesi</li> </ul> <p>Una mammografia di screening viene utilizzata per la diagnosi precoce del cancro al seno. Una volta che è stata stabilita un'anamnesi di cancro al seno e fino a quando non ci saranno più segni o sintomi di cancro al seno, le mammografie in corso sono considerate diagnostiche e sono coperte alla voce "Test diagnostici ambulatoriali e prestazioni e forniture terapeutiche" in questa tabella. Il sussidio annuale della mammografia di screening non è disponibile per i Soci che hanno segni o sintomi di cancro al seno.</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per le mammografie di screening coperte.
	<p><b>Servizi di riabilitazione cardiaca</b></p> <p>Programmi completi di servizi di riabilitazione cardiaca che includono esercizio fisico, istruzione e consulenza sono coperti per i Soci che soddisfano determinate condizioni con un'indicazione del medico. Il piano copre anche programmi di riabilitazione cardiaca intensiva che sono in genere più rigorosi o più intensi dei programmi di riabilitazione cardiaca.</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi. <b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Visita di riduzione del rischio di malattia cardiovascolare (terapia per malattia cardiovascolare)*</b></p> <p>Copriamo una visita all'anno con il suo fornitore di cure primarie per aiutarla a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari. Durante questa visita, il medico può discutere l'uso di aspirina (se del caso), controllare la pressione sanguigna e darle consigli per assicurarla di mangiare sano.</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per il sussidio preventivo della terapia comportamentale intensiva per le malattie cardiovascolari.
	<p><b>Test per malattie cardiovascolari *</b></p> <p>Esami del sangue per la rilevazione di malattie cardiovascolari (o anomalie associate a un elevato rischio di malattia cardiovascolare) una volta ogni 5 anni (60 mesi).</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o franchigie per i test sulle malattie cardiovascolari che sono coperti una volta ogni 5 anni.
	<p><b>Screening del cancro della cervice e vaginale *</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per tutte le donne: Pap test ed esami pelvici sono coperti una volta ogni 24 mesi</li> <li>• Se è ad alto rischio di cancro cervicale o vaginale o è in età fertile e ha effettuato un Pap test anormale negli ultimi 3 anni: un Pap test ogni 12 mesi</li> </ul>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i Pap test preventivi e gli esami pelvici.
	<p><b>Servizi chiropratici (coperti da Medicare)</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipolazione manuale della colonna vertebrale per correggere la sublussazione</li> </ul>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.
	<p><b>Screening del cancro coloretale *</b></p> <p>Sono coperti i seguenti test di screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonscopia non ha limiti di età minimi o massimi ed è coperta una volta ogni 120 mesi (10 anni) per i pazienti non ad alto rischio, o 48 mesi dopo una precedente sigmoidoscopia flessibile per i pazienti che non sono ad alto rischio di cancro del colon-retto, e una volta ogni 24 mesi per i pazienti ad alto rischio dopo una precedente colonscopia di screening o clistere di bario.</li> <li>• Sigmoidoscopia flessibile per pazienti di età pari o superiore a 45 anni. Una volta ogni 120 mesi per i pazienti non ad alto rischio dopo che il paziente ha ricevuto una colonscopia di screening. Una volta ogni 48 mesi per i pazienti ad alto rischio dall'ultima sigmoidoscopia flessibile o clistere di bario.</li> </ul>	Non è previsto alcun rimborso, contributo al pagamento o franchigia per un esame di screening del cancro coloretale coperto da Medicare, ad eccezione dei clisteri di bario, per i quali è previsto un rimborso. Se il medico trova e rimuove un polipo o altro tessuto durante la colonscopia o la sigmoidoscopia flessibile, l'esame di screening diventa un esame diagnostico.

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Screening del cancro coloretale * (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esame del sangue fecale-occulto per pazienti di età pari o superiore a 45 anni. Una volta ogni 12 mesi.</li> <li>• DNA delle feci multitarget per pazienti di età compresa tra 45 e 85 anni che non soddisfano i criteri di alto rischio. Una volta ogni 3 anni.</li> <li>• Esami dei biomarcatori ematici per pazienti di età compresa tra 45 e 85 anni che non soddisfano i criteri di alto rischio. Una volta ogni 3 anni.</li> <li>• Clistere di bario come alternativa alla colonscopia per pazienti ad alto rischio e 24 mesi dall'ultimo clistere di bario di screening o dall'ultima colonscopia di screening.</li> <li>• Clistere di bario come alternativa alla sigmoidoscopia flessibile per pazienti non ad alto rischio e di età pari o superiore a 45 anni. Una volta almeno 48 mesi dopo l'ultimo clistere di bario di screening o sigmoidoscopia flessibile di screening.</li> </ul> <p>I test di screening del cancro coloretale includono una colonscopia di screening di follow-up dopo che un test di screening del cancro coloretale non invasivo basato sulle feci coperto da Medicare restituisce un risultato positivo.</p>	
	<p><b>Servizi dentistici</b></p> <p>In generale, i servizi dentistici preventivi (come la pulizia, gli esami dentistici di routine e le radiografie dentali) non sono coperti da Original Medicare. Tuttavia, Medicare attualmente paga per i servizi dentistici in un numero limitato di circostanze, in particolare quando tale servizio è parte integrante del trattamento specifico della condizione medica primaria di un beneficiario. Alcuni esempi includono la ricostruzione della mandibola in seguito a frattura o lesione, estrazioni dentarie effettuate in preparazione al trattamento con radiazioni per il cancro che coinvolge la mandibola o esami orali che precedono il trapianto di rene.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i Soci idonei a questi servizi.</p> <p><b>Per un'odontoiatria completa può essere necessaria un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Servizi dentistici (supplementari)*</b></p> <p>Abbiamo stabilito una partnership con un fornitore per fornire una copertura dentale completa che si allinea ai servizi offerti da New York State Medicaid. I servizi saranno coperti se ricevuti da un fornitore affiliato attraverso la nostra rete di fornitori.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p>Se un servizio non è coperto o se si supera l'indennità</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi dentistici (supplementari)* (Continua)</b></p> <p>Le prestazioni dentistiche comprendono servizi diagnostici, preventivi, di restauro, endodonzia, parodontologia, protesi (rimovibile), protesi (fissa), protesi maxillo-facciale, servizi implantari, chirurgia orale e maxillo-facciale e servizi generali aggiuntivi.</p> <p>Per un elenco completo dei servizi, visitare il sito <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> e selezionare Tariffario aggiornato.</p> <p>I codici elencati nel link del piano delle prestazioni possono essere aggiornati dall'American Dental Association (ADA) nel corso dell'anno. In caso di domande su un codice ADA dentale, si prega di chiamare il Servizio clienti. Il loro numero di telefono si trova sul retro della Sua carta d'identità di membro del piano. Alcuni servizi dentistici possono richiedere un'autorizzazione preventiva e devono essere necessari dal punto di vista medico. Il fornitore si occuperà di tutte le autorizzazioni richieste dal piano.</p> <p>Nota: La copertura di cui sopra riguarda Medicare Supplemental Dental Benefit. La sua New York Medicaid Dental Benefit è gestita anche dal Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Per qualsiasi domanda su questo sussidio Medicaid, contatti il Piano.</p>	<p>massima, i costi potrebbero essere a Suo carico.</p> <p>Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni.</p> <p>I servizi sono disponibili solo se forniti da dentisti in rete sotto contratto. Se si riceve assistenza da un fornitore di servizi dentistici fuori rete, è necessario pagare per le proprie cure.</p>
	<p><b>Screening della depressione *</b></p> <p>Copriamo uno screening per la depressione all'anno. Lo screening deve essere effettuato in un contesto di assistenza primaria in grado di fornire un trattamento di follow-up e/o rinvii.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per una visita annuale di screening per la depressione.</p>
	<p><b>Screening del diabete *</b></p> <p>Copriamo questo screening (inclusi i test della glicemia a digiuno) se si dispone di uno qualsiasi dei seguenti fattori di rischio: pressione alta (ipertensione), anamnesi di livelli anormali di colesterolo e trigliceridi (dislipidemia), obesità o anamnesi di glicemia alta (glucosio). I test possono essere coperti anche se si soddisfano altri requisiti, come il sovrappeso e una storia familiare di diabete.</p> <p>Può beneficiare di un massimo di due screening del diabete ogni 12 mesi dalla data dell'ultimo test di screening del diabete.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o franchigie per i test di screening del diabete coperti da Medicare.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Formazione sull'autogestione del diabete, servizi e forniture per diabetici *</b></p> <p>Per tutte le persone che hanno il diabete (utilizzatori di insulina e non). I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forniture per monitorare la glicemia: Monitor della glicemia, strisce reattive per la glicemia, dispositivi a lancetta e lancette e soluzioni per il controllo della glicemia per verificare l'accuratezza delle strisce reattive e dei monitor. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Monitor della glicemia (zucchero) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Coperto quando il medico lo prescrive per l'uso a casa.</li> <li>◦ I misuratori di glicemia di marca preferita non richiedono un'autorizzazione preventiva.</li> </ul> </li> <li>◦ Strisce reattive per glucosio (zucchero) nel sangue <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Le strisce reattive per la glicemia di marca preferita non richiedono un'autorizzazione preventiva.</li> <li>◦ Può essere limitato a una fornitura di 30 giorni per riempimento.</li> </ul> </li> <li>◦ Insulina <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Non coperto da Medicare Parte B. Può essere coperto da Medicare Parte D.</li> <li>◦ Se si utilizza una pompa per insulina esterna, l'insulina e la pompa possono essere coperte come apparecchiature mediche durevoli (DME). Tuttavia, i fornitori di pompe per insulina potrebbero non fornire insulina.</li> </ul> </li> <li>◦ Dispositivi a lancetta e lancette</li> <li>◦ Soluzioni per il controllo del glucosio per verificare la precisione delle strisce reattive e dei monitor.</li> </ul> </li> <li>• Per le persone con diabete che hanno una grave malattia del piede diabetico: Un paio per anno solare di scarpe terapeutiche stampate su misura (inclusi gli inserti forniti con tali scarpe) e due ulteriori paia di inserti, o un paio di scarpe di profondità e tre paia di inserti (esclusi gli inserti rimovibili non personalizzati forniti con tali scarpe). La copertura comprende il montaggio.</li> <li>• La formazione sull'autogestione del diabete è coperta in determinate condizioni.</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p>Le forniture sono coperte quando si ha una prescrizione e la si riempie in una farmacia al dettaglio della rete o attraverso il programma Mail Service Pharmacy.</p> <p>Vedere “Oculistica” in questa tabella per i servizi del medico se è necessario un esame della vista per la retinopatia diabetica o uno screening del glaucoma.</p> <p>Vedere Servizi di podologia in questo grafico se si è diabetici e si ha bisogno di consultare un medico per un esame del piede.</p> <p>Vedere Terapia nutrizionale medica in questa tabella se si è diabetici e si ha bisogno di servizi di terapia nutrizionale medica (MNT).</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva per forniture per diabetici, scarpe per diabetici e inserti.</b></p> <p><b>Non è necessaria un'autorizzazione preventiva per il produttore preferito.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Formazione sull'autogestione del diabete, servizi e forniture per diabetici * (Continua)</b></p>	<p><b>Non è necessaria un'autorizzazione preventiva per la formazione sull'autogestione del diabete coperta da Medicare.</b></p>
	<p><b>Apparecchiature mediche durevoli (DME) e forniture correlate</b> (Per una definizione di apparecchiature mediche durevoli, vedere il Capitolo 12 e il Capitolo 3, Sezione 7 del presente documento.)</p> <p>Gli articoli coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: sedie a rotelle, stampelle, sistemi di materassi elettrici, forniture per diabetici, letti ospedalieri ordinati da un fornitore per l'uso in casa, pompe per infusione endovenosa, dispositivi per la generazione del parlato, apparecchiature per l'ossigeno, nebulizzatori e deambulatori.</p> <p>Copriamo tutte le DME necessarie dal punto di vista medico coperte da Original Medicare. Se il nostro fornitore nella sua zona non ha una particolare marca o produttore, può chiedere loro se possono ordinarlo in modo speciale per lei. L'elenco più recente dei fornitori è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>In genere, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) copre tutti i DME coperti da Original Medicare delle marche e dei produttori indicati in questo elenco. Non copriremo altre marche e produttori, a meno che il medico o un altro fornitore non ci indichi che la marca in questione è appropriata per le sue esigenze mediche.</p> <p>Tuttavia, se è un nuovo iscritto a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) e utilizza una marca di DME non presente nel nostro elenco, continueremo a coprirlo per un massimo di 90 giorni. Durante questo periodo, è necessario che parli con il suo medico per decidere quale marca sia appropriata per Lei dopo questo periodo di 90 giorni. (Se non è d'accordo con il Suo medico, può chiedergli di sottoporla a un secondo parere).</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p> <p><b>Non è necessaria un'autorizzazione preventiva per il produttore preferito.</b></p>

**Capitolo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Apparecchiature mediche durevoli (DME) e forniture correlate (Continua)</b></p> <p>Se Lei (o il Suo fornitore) non è d'accordo con la decisione di copertura del piano, può presentare un ricorso. È inoltre possibile presentare un ricorso se non si è d'accordo con la decisione del fornitore circa il prodotto o la marca appropriati per la propria condizione medica. (Per ulteriori informazioni sui ricorsi, consultare il Capitolo 8, <i>Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)</i>).</p>	
	<p><b>Cure di emergenza</b></p> <p>L'assistenza di emergenza si riferisce a servizi che sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornito da un fornitore qualificato per fornire servizi di emergenza e</li> <li>• Necessario per valutare o stabilizzare una condizione medica di emergenza.</li> </ul> <p>Un'emergenza medica è quando Lei, o qualsiasi altro laico prudente con una conoscenza media della salute e della medicina, ritieni di avere sintomi medici che richiedono cure mediche immediate per prevenire la perdita della vita (e, se Lei è una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora nato), la perdita di un arto o la perdita della funzione di un arto. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando.</p> <p>La ripartizione dei costi per i servizi di emergenza necessari forniti fuori rete è la stessa di tali servizi forniti in rete.</p> <p>Le cure di emergenza al di fuori degli Stati Uniti (USA) possono essere coperte dal sussidio della copertura di emergenza in tutto il mondo. Offriamo fino a \$10.000 di copertura di emergenza in tutto il mondo ogni anno civile per le cure di emergenza e le cure post-stabilizzazione. Consulti "Copertura delle cure di emergenza/urgenti in tutto il mondo" in questa tabella per saperne di più.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p>Se viene ricoverato in un ospedale, pagherà la condivisione dei costi come descritto in Assistenza ospedaliera in questo grafico.</p> <p>La condivisione dei costi è la stessa per i servizi di emergenza in rete o fuori rete.</p> <p>Se riceve cure di emergenza in un ospedale fuori rete e ha bisogno di cure ospedaliere dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, deve tornare in un ospedale di rete affinché le sue cure continuino a essere coperte <i>OPPURE</i> deve avere le sue cure ospedaliere presso l'ospedale fuori rete autorizzato dal piano e il suo costo è la condivisione dei costi più alta che pagherebbe in un ospedale di rete.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Sussidio fitness (supplementare)*</b></p> <p>Ottiene un abbonamento al centro fitness ai centri fitness partecipanti. Se non è in grado di visitare un centro fitness o preferisce allenarsi anche da casa, può scegliere un kit Home Fitness. Il kit l'aiuterà a rimanere attivo nel comfort della sua casa. Le opzioni di Home Fitness includono la scelta di fitness tracker, kit di forza o di yoga.</p> <p>Se si sceglie di allenarsi in un centro fitness, è possibile visualizzare il sito Web e selezionare una posizione partecipante, oppure si può andare direttamente in un centro fitness partecipante per iniziare. Le strutture partecipanti e le catene di fitness possono variare in base alla posizione e sono soggette a modifica. I kit sono soggetti a modifiche.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p>Parli sempre con il Suo medico prima di iniziare o modificare la Sua routine di allenamento.</p>
	<p><b>Programmi di educazione alla salute e al benessere *</b></p> <p><b>Programmi di gestione sanitaria</b></p> <p>Abbiamo programmi disponibili per aiutarla a gestire una condizione di salute diagnosticata. I programmi includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione dell'asma.</li> <li>• Gestione della depressione.</li> <li>• Gestione del diabete.</li> <li>• Gestione della pressione alta.</li> <li>• Gestione delle malattie cardiovascolari (CVD).</li> <li>• Gestione della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).</li> <li>• Programma di gravidanza.</li> </ul> <p>Sono disponibili materiali didattici e consigli per la cura. Possiamo anche aiutarla a lavorare con il suo fornitore.</p> <p>Iscrizione ai programmi di gestione sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verrà automaticamente iscritto/a al/ai programma/i che meglio soddisfa le sue esigenze in base ai dati relativi alle richieste mediche o farmaceutiche.</li> <li>• È inoltre possibile iscriversi tramite il proprio provider o auto-referente.</li> </ul> <p>Ci sono alcuni requisiti che è necessario soddisfare per iscriversi.</p> <p>Cancellazione dai Programmi di Gestione Sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questi programmi sono volontari e può scegliere di essere rimosso da un programma in qualsiasi momento.</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Programmi di educazione alla salute e al benessere* (Continua)</b></p> <p>Può saperne di più o iscriversi a uno dei programmi di cui sopra chiamando il nostro Dipartimento di gestione sanitaria al numero (866) 891-2320 (tty: 711), dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. (ora solare orientale).</p> <p><b>Programmi di promozione della salute</b></p> <p>Sono disponibili anche altri programmi progettati per arricchire la sua salute e il suo stile di vita, come, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un programma per smettere di fumare.</li> <li>• Un programma di controllo del peso.</li> </ul> <p>Per informazioni e/o materiali per smettere di fumare o per il controllo del peso chiamare il numero (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. (ora solare orientale).</p> <p><b>Linea di consulenza infermieristica</b></p> <p>Se ha un problema di salute immediato, domande su una condizione medica o desidera informazioni generali sulle risorse sanitarie disponibili, la linea di consulenza infermieristica è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.</p> <p>Un'infermiera registrata la aiuterà a determinare se può gestire le sue cure a casa o se ha bisogno dell'attenzione di un medico.</p> <p>Chiami in qualsiasi momento, di giorno o di notte, per parlare con un'infermiera registrata di malattie o infortuni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non è necessario alcuna impegnativa o autorizzazione preventiva</li> </ul> <p>Questo servizio non è destinato alle emergenze. In caso di emergenza, comporre immediatamente il 911.</p>	
	<p><b>Carta Healthy You</b></p> <p>La carta Healthy You del piano può essere utilizzata per pagare determinati sussidi del piano supplementare come:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci da banco (OTC)</li> <li>• Alimenti e prodotti*</li> <li>• Trasporto</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o franchigie per la sua carta Healthy You.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Carta Healthy You (Continua)</b></p> <p>La carta di debito precaricata non è una carta di credito. Non è possibile convertire la carta in contanti o prestarla ad altre persone. Le procedure cosmetiche non sono coperte da questa tessera. I fondi vengono caricati sulla carta su base mensile. Alla fine di ogni mese, il denaro non utilizzato assegnato non verrà riportato al mese successivo o all'anno di piano successivo. Se abbandona il piano, tutti i fondi allocati inutilizzati tornano al piano alla data di cancellazione effettiva.</p> <p>Per ulteriori informazioni su come ottenere i requisiti per i Sussidi supplementari speciali per malattie croniche e alimenti e prodotti, contattare il Servizio clienti di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Per accedere alle indennità per SSBCI, i Soci devono avere una condizione cronica qualificata; un HRA valido completato per la loro attuale iscrizione Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP); e fornire l'approvazione del medico in collaborazione con Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Case Management. Fare riferimento a “Sussidi supplementari speciali per i malati cronici” in questo grafico per ulteriori informazioni.</p>	
	<p><b>Servizi per l'udito</b></p> <p>Le valutazioni diagnostiche dell'udito e dell'equilibrio eseguite dal suo fornitore per determinare se ha bisogno di cure mediche sono coperte come cure ambulatoriali quando fornite da un medico, un audiologo o un altro fornitore qualificato.</p> <p>Gli esami diagnostici dell'udito e dell'equilibrio coperti da Medicare aiutano a determinare se è necessario o meno un trattamento medico.</p> <p>L'esame si basa esclusivamente su una necessità medica, come una perdita dell'udito dovuta a malattia, infortunio o intervento chirurgico.</p> <p>Copriamo quanto segue nell'ambito del suo sussidio Medicaid quando necessario dal punto di vista medico per alleviare l'invalidità causata da perdita o compromissione dell'udito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Selezione, montaggio ed erogazione degli apparecchi acustici</li> <li>◦ Controlli degli apparecchi acustici, valutazioni di conformità e riparazioni</li> <li>◦ Prodotti per l'udito come stampi per orecchie, raccordi speciali e parti di ricambio.</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi pre l'udito (Continua)</b></p> <p>Servizi di audiologia, inclusi esami e test, valutazioni e prescrizioni di apparecchi acustici.</p>	
	<p><b>Screening HIV *</b></p> <p>Per le persone che chiedono un test di screening per l'HIV o che sono ad aumentato rischio di infezione da HIV, copriamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un esame di screening ogni 12 mesi</li> </ul> <p>Per le donne in gravidanza, copriamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fino a tre esami di screening durante una gravidanza</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o franchigie per i Soci idonei allo screening preventivo dell'HIV coperto da Medicare.</p>
	<p><b>Assistenza sanitaria a domicilio</b></p> <p>Prima di ricevere servizi sanitari a domicilio, un medico deve certificare che ha bisogno di servizi sanitari a domicilio e ordinerà che i servizi sanitari a domicilio siano forniti da un'agenzia sanitaria a domicilio. È necessario essere costretti a casa, il che significa che uscire di casa è uno sforzo notevole.</p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di assistenza infermieristica e sanitaria a domicilio qualificati a tempo parziale o intermittente (per essere coperti dal sussidio dell'assistenza sanitaria a domicilio, i servizi di assistenza infermieristica e sanitaria a domicilio combinati devono essere inferiori a 8 ore al giorno e 35 ore alla settimana)</li> <li>• Fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia</li> <li>• Servizi medici e sociali</li> <li>• Attrezzature e forniture mediche</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Terapia infusione domiciliare</b></p> <p>La terapia infusione domiciliare prevede la somministrazione endovenosa o sottocutanea di farmaci o prodotti biologici a un individuo a casa. I componenti necessari per eseguire l'infusione domiciliare includono il farmaco (ad esempio, antivirali, immunoglobuline), apparecchiature (ad esempio, una pompa) e forniture (ad esempio, tubi e cateteri).</p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi professionali, compresi i servizi infermieristici, forniti in conformità con il piano di assistenza</li> <li>• Formazione e istruzione dei pazienti non altrimenti coperte dal sussidio delle attrezzature mediche durevoli</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Terapia infusione domiciliare (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio remoto</li> <li>• Servizi di monitoraggio per la fornitura di terapia infusione domiciliare e farmaci infusionali domiciliari forniti da un fornitore qualificato di terapia infusione domiciliare</li> </ul>	
	<p><b>Cure hospice*</b></p> <p>Ha diritto al sussidio dell'hospice qualora il Suo medico e il direttore medico dell'hospice le abbiano dato una prognosi terminale che certifichi che Lei è malato terminale e ha 6 mesi o meno di vita se la Sua malattia ha un decorso normale. È possibile ricevere assistenza da qualsiasi programma di hospice certificato Medicare. Il suo piano è obbligato ad aiutarla a trovare programmi di hospice certificati Medicare nell'area di servizio del piano, compresi quelli che l'organizzazione MA possiede, controlla o ha un interesse finanziario. Il medico dell'hospice può essere un provider di rete o un provider fuori rete.</p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci per il controllo dei sintomi e il sollievo dal dolore</li> <li>• Assistenza di sollievo a breve termine</li> <li>• Assistenza domiciliare</li> </ul> <p><u>Per i servizi di hospice e per i servizi coperti da Medicare Parte A o B e correlati alla prognosi terminale:</u> Original Medicare (piuttosto che il nostro piano) pagherà il suo fornitore di hospice per i suoi servizi di hospice relativi alla sua prognosi terminale. Mentre è nel programma hospice, il suo fornitore di hospice fatturerà Original Medicare per i servizi che Original Medicare paga. Le verrà addebitata la condivisione dei costi di Original Medicare.</p> <p><u>Per i servizi coperti da Medicare Parte A o B e non correlati alla prognosi terminale:</u> Se ha bisogno di servizi non urgenti e non di emergenza che sono coperti da Medicare Parte A o B e che non sono correlati alla sua prognosi terminale, il suo costo per questi servizi dipende dal fatto che Lei utilizzi un fornitore nella rete del nostro piano e segua le regole del piano (ad esempio se è necessario ottenere un'autorizzazione preventiva).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se si ottengono i servizi coperti da un fornitore di rete e si seguono le regole del piano per ottenere il servizio, si paga solo l'importo di condivisione dei costi del piano per i servizi in rete</li> <li>• Se si ottengono i servizi coperti da un fornitore fuori rete, si paga la condivisione dei costi sotto Fee-for-Service Medicare (Original Medicare)</li> </ul>	<p>Quando si iscrive a un programma di hospice certificato da Medicare, i suoi servizi di hospice e i suoi servizi Parte A e Parte B relativi alla sua prognosi terminale sono pagati da Original Medicare, non da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p> <p>Il nostro piano copre i servizi di consulenza per l'hospice (una sola volta) per un malato terminale che non ha scelto il sussidio hospice.</p> <p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i Soci idonei a questo sussidio.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Cure hospice* (Continua)</b></p> <p><u>Per i servizi coperti da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ma non coperti da Medicare Parte A o B: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) continuerà a coprire i servizi coperti dal piano che non sono coperti dalla Parte A o B indipendentemente dal fatto che siano correlati o meno alla prognosi terminale. Paga l'importo di condivisione dei costi del suo piano per questi servizi.</u></p> <p><u>Per i farmaci che possono essere coperti dal sussidio della Parte D del piano:</u> Se questi farmaci non sono correlati alla sua condizione di hospice terminale, paga la condivisione dei costi. Se sono correlati alla sua condizione di hospice terminale, paga la condivisione dei costi di Original Medicare. I farmaci non sono mai coperti sia dall'hospice che dal nostro piano allo stesso tempo. Per ulteriori informazioni, consulti il Capitolo 5, Sezione 9.4 (<i>Cosa succede se è in un hospice certificato Medicare</i>).</p> <p><b>Nota:</b> Se ha bisogno di cure non ospedaliere (cure che non sono correlate alla sua prognosi terminale), ci contatti per organizzare i servizi.</p> <p>Il nostro piano copre i servizi di consulenza per l'hospice (una sola volta) per un malato terminale che non ha scelto il sussidio hospice.</p>	
	<p><b>Immunizzazioni*</b></p> <p>I servizi Medicare Parte B coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccini contro la polmonite</li> <li>• Vaccino (o vaccini) antinfluenzale/i, una volta per ogni stagione influenzale in autunno e in inverno, con ulteriori vaccini antinfluenzali se necessari dal punto di vista medico</li> <li>• Vaccini contro l'epatite B se il rischio di contrarre l'epatite B è alto o intermedio</li> <li>• Vaccini contro il COVID-19</li> <li>• Altri vaccini se si è a rischio e se soddisfano le regole di copertura di Medicare Parte B</li> </ul> <p>Copriamo anche la maggior parte degli altri vaccini per adulti nell'ambito del nostro sussidio per farmaci con prescrizione della Parte D. Consultare il Capitolo 6, Sezione 8 per ulteriori informazioni.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i vaccini contro polmonite, influenza, epatite B e COVID-19.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Assistenza ospedaliera</b></p> <p>Include l'assistenza con ricovero urgente, la riabilitazione ospedaliera, ospedali di assistenza a lungo termine e altri tipi di servizi ospedalieri. L'assistenza ospedaliera inizia il giorno in cui viene formalmente ricoverato in ospedale su ordine di un medico. Il giorno prima di essere dimesso è il suo ultimo giorno di degenza.</p> <p>I servizi coperti comprendono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanza semi-privata (o una stanza privata se necessario dal punto di vista medico)</li> <li>• Pasti che includono diete speciali</li> <li>• Servizi infermieristici regolari</li> <li>• Costi delle unità di cure speciali (come terapia intensiva o unità di terapia coronarica)</li> <li>• Farmaci e medicinali</li> <li>• Test di laboratorio</li> <li>• Radiografie e altri servizi radiologici</li> <li>• Forniture chirurgiche e mediche necessarie</li> <li>• Uso di elettrodomestici, come sedie a rotelle</li> <li>• Costi operativi e di sala di risanamento</li> <li>• Terapia fisica, occupazionale e logopedica</li> <li>• Servizi ospedalieri per i disturbi da uso di sostanze</li> </ul>	<p>Paga \$0 per i giorni da 1 a 90 di una degenza ospedaliera per periodo di sussidio.</p> <p>Il nostro piano copre 60 “giorni di riserva a vita”. Questi sono giorni extra che copriamo. Se la degenza ospedaliera è superiore a 90 giorni per periodo di sussidio, è possibile utilizzare questi 60 giorni in più, la copertura ospedaliera sarà limitata a 90 giorni per periodo di sussidio.</p> <p>I servizi aggiuntivi possono essere coperti in conformità con i sussidi e le linee guida Medicaid.</p> <p>Se riceve cure ospedaliere autorizzate in un ospedale fuori rete dopo che le sue condizioni di emergenza si</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Assistenza ospedaliera* (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In determinate condizioni, sono coperti i seguenti tipi di trapianti: corneale, renale, rene-pancreatico, cuore, fegato, polmone, cuore/polmone, midollo osseo, cellule staminali e intestino/multiviscerale. Se ha bisogno di un trapianto, provvederemo a far esaminare il suo caso da un Centro trapianti approvato da Medicare che deciderà se è un candidato per un trapianto. I fornitori di trapianti possono essere locali o al di fuori dell'area di servizio. Se i nostri servizi di trapianto in rete sono al di fuori del modello di assistenza della comunità, può scegliere di recarsi localmente purché i fornitori di trapianti locali siano disposti ad accettare la tariffa Original Medicare. Se Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) fornisce servizi di trapianto in un luogo al di fuori del modello di cura per i trapianti nella Sua comunità e Lei sceglie di ottenere trapianti in questo luogo lontano, organizzeremo o pagheremo i costi di alloggio e trasporto appropriati per Lei e un accompagnatore. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prevede il rimborso delle spese di vitto e alloggio durante la permanenza nella località lontana per le cure mediche relative al trapianto, con un massimale giornaliero di 150 dollari al giorno. Inoltre, può essere richiesto il rimborso chilometrico all'importo equivalente alle tariffe chilometriche standard per i contribuenti, come descritto dall'Internal Revenue Service (IRS), che viene adeguato e pubblicato pubblicamente. L'importo massimo pagabile per tutti i rimborsi di viaggio, alloggio, pasti e chilometraggio è di cinquemila dollari (\$5.000) per trapianto, in conformità alle linee guida del piano.</li> <li>• Sangue, compresa la conservazione e la somministrazione. La copertura di sangue intero e globuli rossi concentrati inizia solo con la quarta pinta di sangue di cui ha bisogno: devi pagare i costi per le prime 3 pinte di sangue che riceve in un anno solare o far donare il sangue da lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima pinta utilizzata.</li> <li>• Servizi al medico</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Per essere ricoverato, il suo medico deve scrivere un ordine per ammetterti formalmente come ricoverato dell'ospedale. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale. Se non si è sicuri se si è un paziente ricoverato o ambulatoriale, si dovrebbe chiedere al personale ospedaliero.</p>	<p>sono stabilizzate, il suo costo è la condivisione dei costi che pagherebbe in un ospedale di rete.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
<p><b>Assistenza ospedaliera* (Continua)</b></p> <p>È inoltre possibile trovare ulteriori informazioni in una scheda informativa di Medicare intitolata <i>È un paziente ospedaliero ricoverato o ambulatoriale? Se ha Medicare – Chieda!</i> Questa scheda informativa è disponibile sul Web all'indirizzo <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p> <p>1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.</p>	
<p><b>Servizi di degenza in un ospedale psichiatrico</b></p> <p>I servizi coperti includono i servizi di assistenza sanitaria mentale che richiedono una degenza ospedaliera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Può ottenere questi servizi in un ospedale generale o in un ospedale psichiatrico che si prende cura solo di persone con condizioni di salute mentale.</li> <li>• Se si trova in un ospedale psichiatrico (invece di un ospedale generale), Medicare paga solo fino a 190 giorni di servizi psichiatrici ospedalieri durante la sua vita.</li> <li>• Se ha utilizzato parte del suo limite di vita di 190 giorni prima di iscriverti al nostro piano, il numero di giorni di ospedale a vita coperti è ridotto del numero di giorni di ricovero per cure di salute mentale precedentemente coperte da Medicare in un ospedale psichiatrico.</li> <li>• Il limite di 190 giorni non si applica ai servizi di salute mentale forniti in un'unità psichiatrica di un ospedale generale.</li> <li>• Non c'è limite al numero di periodi di sussidio che può avere quando riceve cure di salute mentale in un ospedale generale. Può anche avere più periodi di sussidio quando riceve cure in un ospedale psichiatrico, ma c'è un limite di vita di 190 giorni.</li> <li>• Medicaid copre i soggiorni ospedalieri dopo il raggiungimento del limite di 190 giorni. Non ci sono periodi di sussidio o limiti di durata.</li> <li>• È necessario utilizzare fornitori di servizi sanitari comportamentali a contratto. Contatti il Servizio clienti per un elenco di fornitori di servizi sanitari comportamentali di rete.</li> </ul> <p>Medicare non copre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza infermieristica privata</li> <li>• Un telefono o un televisore in camera</li> </ul>	<p>Paga \$0 per i giorni da 1 a 90 di una degenza ospedaliera per periodo di sussidio.</p> <p>Il nostro piano copre anche 60 “giorni di riserva a vita”. Questi sono giorni extra che copriamo. Se la degenza ospedaliera è superiore a 90 giorni per periodo di sussidio, è possibile utilizzare questi giorni in più. Ma una volta esauriti questi 60 giorni extra, la copertura ospedaliera sarà limitata a 90 giorni per periodo di sussidio.</p> <p>Se riceve cure ospedaliere autorizzate in un ospedale fuori rete dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, il suo costo è la condivisione dei costi che pagherebbe in un ospedale di rete.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b> Tranne in caso di emergenza, il suo medico</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<b>Servizi di degenza in un ospedale psichiatrico (Continua)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una stanza privata (a meno che non sia necessaria dal punto di vista medico)</li> </ul>	deve dirci che sta per essere ricoverato in ospedale.
	<b>Ricovero ospedaliero: Servizi coperti ricevuti in un ospedale o SNF durante una degenza ospedaliera non coperta</b> <p>Se ha esaurito i suoi sussidi ospedalieri o se il soggiorno ospedaliero non è ragionevole e necessario, non copriremo il suo soggiorno ospedaliero. Tuttavia, in alcuni casi, copriremo alcuni servizi che riceve mentre sei in ospedale o nella struttura infermieristica qualificata (SNF). I servizi coperti comprendono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi medici</li> <li>• Esami diagnostici (come esami di laboratorio)</li> <li>• Radioterapia, radioterapia e terapia isotopica, compresi i materiali e i servizi del tecnico</li> <li>• Medicazioni chirurgiche</li> <li>• Stecche, gessi e altri dispositivi utilizzati per ridurre fratture e lussazioni</li> <li>• Dispositivi protesici e ortesici (diversi da quelli dentali) che sostituiscono tutto o parte di un organo interno del corpo (compreso il tessuto contiguo), o tutta o parte della funzione di un organo interno del corpo permanentemente inoperante o con difetti di funzionamento, compresa la sostituzione o la riparazione di tali dispositivi</li> <li>• Tutori per gambe, braccia, schiena e collo; capriate; gambe, braccia e occhi artificiali, comprese le regolazioni, le riparazioni e le sostituzioni necessarie a causa di rottura, usura, perdita o cambiamento delle condizioni fisiche del paziente</li> <li>• Fisioterapia, logopedia e terapia occupazionale</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per il sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<b>Terapia nutrizionale medica*</b> <p>Questo sussidio è per le persone con diabete, malattia renale (ma non in dialisi) o dopo un trapianto di rene quando prescritto dal medico.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i Soci idonei per i servizi di</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Terapia nutrizionale medica* (Continua)</b></p> <p>Copriamo 3 ore di servizi di consulenza individuale durante il primo anno in cui riceve servizi di terapia nutrizionale medica nell'ambito di Medicare (questo include il nostro piano, qualsiasi altro piano Medicare Advantage o Original Medicare) e 2 ore ogni anno successivo. Se le sue condizioni, il trattamento o la diagnosi cambiano, potresti essere in grado di ricevere più ore di trattamento con l'ordine di un medico. Un medico deve prescrivere questi servizi e rinnovare il loro ordine ogni anno se il trattamento è necessario nell'anno solare successivo.</p>	<p>terapia nutrizionale medica coperti da Medicare.</p>
	<p><b>Programma Medicare di Prevenzione del Diabete (MDPP)*</b></p> <p>I servizi MDPP saranno coperti per i beneficiari Medicare idonei nell'ambito di tutti i piani sanitari Medicare.</p> <p>MDPP è un intervento strutturato sul cambiamento del comportamento sanitario che fornisce una formazione pratica sul cambiamento dietetico a lungo termine, una maggiore attività fisica e strategie di risoluzione dei problemi per superare le sfide per sostenere la perdita di peso e uno stile di vita sano.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per il sussidio MDPP.</p>
	<p><b>Farmaci soggetti a prescrizione Medicare Parte B</b></p> <p>Questi farmaci sono coperti dalla Parte B di Original Medicare. I Soci del nostro piano ricevono copertura per questi farmaci attraverso il nostro piano. I farmaci coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci che di solito non sono auto-somministrati dal paziente e vengono iniettati o infusi mentre si ricevono servizi medici, ambulatoriali ospedalieri o ambulatoriali del centro chirurgico</li> <li>• Insulina fornita attraverso un dispositivo medico durevole (come una pompa per insulina necessaria dal punto di vista medico)</li> <li>• Altri farmaci che assumi utilizzando apparecchiature mediche durevoli (come i nebulizzatori) autorizzate dal piano</li> <li>• Il farmaco per l'Alzheimer, Leqembi®, (nome generico lecanemab), che viene somministrato per via endovenosa. Oltre ai costi dei farmaci, potrebbero essere necessarie ulteriori ecografie ed esami prima e/o durante il trattamento, che potrebbero aumentare i costi complessivi. Parli con il suo medico delle scansioni e degli esami di cui potrebbe aver bisogno nell'ambito del suo trattamento.</li> <li>• Fattori della coagulazione somministrati per iniezione in caso di emofilia</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per l'insulina.</p> <p><b>I farmaci della Parte B possono essere soggetti a una terapia scalare.</b></p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Farmaci soggetti a prescrizione Medicare Parte B (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci per il trapianto/immunosoppressori: Medicare copre la terapia farmacologica per il trapianto se Medicare ha pagato il trapianto di organi. È necessario avere la Parte A al momento del trapianto coperto e la Parte B al momento della somministrazione di farmaci immunosoppressivi. Tenga presente che la copertura farmacologica di Medicare (Parte D) copre i farmaci immunosoppressivi se la Parte B non li copre.</li> <li>• I farmaci iniettabili per l'osteoporosi, se si è costretti a casa, si ha una frattura ossea che un medico certifica essere correlata all'osteoporosi post-menopausa e non è possibile autosomministrarsi il farmaco.</li> <li>• Alcuni antigeni: Medicare copre gli antigeni se un medico li prepara e una persona adeguatamente formata (che potrebbe essere lei, il paziente) li somministra sotto un'adeguata supervisione.</li> <li>• Alcuni farmaci antitumorali orali: Medicare copre alcuni farmaci oncologici assunti per bocca se lo stesso farmaco è disponibile in forma iniettabile o se il farmaco è un prodrug (una forma orale di un farmaco che, una volta ingerito, si scompone nello stesso principio attivo presente nel farmaco iniettabile) del farmaco iniettabile. Nel momento in cui si rendono disponibili nuovi farmaci orali contro il cancro, la Parte B può coprirli. Se la Parte B non li copre, lo fa la Parte D.</li> <li>• Farmaci antiemetici orali: Medicare copre i farmaci antiemetici orali utilizzati nell'ambito di un regime chemioterapico antitumorale se vengono somministrati prima, durante o entro 48 ore dalla chemioterapia o se vengono utilizzati come sostituzione terapeutica completa di un farmaco antiemetici per via endovenosa.</li> <li>• Alcuni farmaci orali per la malattia renale allo stadio terminale (ESRD) se lo stesso farmaco è disponibile in forma iniettabile ed è coperto dal sussidio ESRD della Parte B</li> <li>• Farmaci calciomimetici nell'ambito del sistema di pagamento ESRD, tra cui il farmaco Parsabiv® per via endovenosa e il farmaco Sensipar® per via orale.</li> <li>• Alcuni farmaci per la dialisi domiciliare, tra cui l'eparina, l'antidoto per l'eparina quando necessario dal punto di vista medico e gli anestetici topici.</li> </ul>	

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Farmaci soggetti a prescrizione Medicare Parte B (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenti stimolanti l'eritropoiesi: Medicare copre l'eritropoietina per iniezione se è affetto da malattia renale allo stadio terminale (ESRD) o se ha bisogno di questo farmaco per trattare l'anemia correlata ad altre condizioni (come il Procrit®).</li> <li>• Immunoglobuline per via endovenosa per il trattamento domiciliare delle malattie da immunodeficienza primaria.</li> <li>• Nutrizione parenterale ed enterale (alimentazione endovenosa e con sondino).</li> </ul> <p>In alcuni casi, il nostro piano prevede che lei debba prima provare determinati farmaci per il trattamento della Sua patologia prima che venga coperto un altro farmaco per la stessa patologia. Ad esempio, se il farmaco A e il farmaco B trattano entrambi la stessa condizione, ma il farmaco A costa meno, potrebbe essere necessario provare prima il farmaco A. Se il farmaco A non funziona, copriremo il farmaco B.</p> <p>Il seguente link consente di consultare l'elenco dei farmaci della Parte B che possono essere soggetti alla Step Therapy <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>Copriamo anche alcuni vaccini nell'ambito dei nostri sussidi per i farmaci da prescrizione della Parte B e della Parte D.</p> <p>Il Capitolo 5 spiega il sussidio del farmaco prescritto nella Parte D, comprese le regole che devi seguire per coprire le prescrizioni.</p>	
	<p><b>Screening e terapia dell'obesità per promuovere una perdita di peso sostenuta*</b></p> <p>Se ha un indice di massa corporea di 30 o più, copriamo la consulenza intensiva per aiutarla a perdere peso. Questa consulenza è coperta se la riceve in un ambiente di assistenza primaria, dove può essere coordinata con il Suo piano di prevenzione completo. Per ulteriori informazioni, rivolgersi al medico di base o al professionista.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per lo screening e la terapia preventiva dell'obesità.</p>
	<p><b>Servizi del programma di trattamento con oppioidi</b></p> <p>I Soci del nostro piano con disturbo da uso di oppioidi (OUD) possono ricevere la copertura dei servizi per il trattamento dell'OUD attraverso un programma di trattamento degli oppioidi (OTP) che include i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci agonisti e antagonisti degli oppioidi approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti (MAT)</li> <li>• Distribuzione e somministrazione di farmaci MAT (se applicabile)</li> <li>• Consulenza per i disturbi da uso di sostanze</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i servizi del programma di trattamento ambulatoriale con oppioidi coperti da Medicare.</p> <p><b>Non è necessaria un'autorizzazione</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi del programma di trattamento con oppioidi (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individuale e di gruppo</li> <li>• Test tossicologici</li> <li>• Attività di accoglienza</li> <li>• Valutazioni periodiche</li> </ul>	<p><b>preventiva per i servizi del programma di trattamento ambulatoriale degli oppioidi coperti da Medicare, ma potrebbe essere necessaria se si richiedono farmaci per il trattamento degli oppioidi.</b></p>
	<p><b>Esami diagnostici ambulatoriali e prestazioni e forniture terapeutiche</b></p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raggi X</li> <li>• Radioterapia (radio e isotopi) compresi i materiali e le forniture del tecnico</li> <li>• Forniture chirurgiche, come medicazioni</li> <li>• Stecche, gessi e altri dispositivi utilizzati per ridurre fratture e lussazioni</li> <li>• Esami di laboratorio</li> <li>• Sangue, compresa la conservazione e la somministrazione. La copertura di sangue intero e globuli rossi concentrati inizia solo con la quarta pinta di sangue di cui ha bisogno: devi pagare i costi per le prime 3 pinte di sangue che riceve in un anno solare o far donare il sangue da lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima pinta utilizzata.</li> <li>• Altri test diagnostici ambulatoriali – servizi diagnostici non radiologici come ECG, EEG, test di funzionalità polmonare, studi del sonno e test di stress del tapis roulant.</li> <li>• Servizi radiologici diagnostici (sia complessi che non complessi) come scansioni specialistiche, TC, SPECT, PET, MRI, MRA, studi nucleari, ultrasuoni, mammografie diagnostiche e procedure radiologiche interventistiche (studi di mielografia, cistogramma, angiogramma e bario).</li> <li>• Non è necessaria alcuna autorizzazione per i servizi di laboratorio ambulatoriale e i servizi di radiografia ambulatoriale.</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p> <p><b>Non è richiesta alcuna autorizzazione per i servizi di laboratorio ambulatoriali.</b></p> <p><b>I test di laboratorio genetici richiedono un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Osservazione ambulatoriale ospedaliera</b></p> <p>I servizi di osservazione sono servizi ambulatoriali ospedalieri forniti per determinare se è necessario essere ricoverati in regime di ricovero o se si può essere dimessi.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Osservazione ambulatoriale ospedaliera (Continua)</b></p> <p>Affinché i servizi di osservazione ospedaliera ambulatoriale siano coperti, devono soddisfare i criteri Medicare ed essere considerati ragionevoli e necessari. I servizi di osservazione sono coperti solo se forniti su ordine di un medico o di un altro individuo autorizzato dalla legge statale sulle autorizzazioni e dallo statuto del personale ospedaliero ad ammettere i pazienti in ospedale o a ordinare esami ambulatoriali.</p> <p><b>Nota:</b> A meno che il fornitore non abbia scritto un ordine per ricoverarla in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di condivisione dei costi per i servizi ospedalieri ambulatoriali. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale. Se non è sicuro di essere un paziente ambulatoriale, deve chiedere al personale ospedaliero.</p> <p>È inoltre possibile trovare ulteriori informazioni in una scheda informativa di Medicare intitolata <i>È un paziente ospedaliero ricoverato o ambulatoriale? Se ha Medicare – Chieda!</i> Questa scheda informativa è disponibile sul Web all'indirizzo <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.</p>	<p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Servizi ospedalieri ambulatoriali</b></p> <p>Copriamo i servizi medici necessari che riceve nel reparto ambulatoriale di un ospedale per la diagnosi o il trattamento di una malattia o di un infortunio.</p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi in un pronto soccorso o ambulatorio, come servizi di osservazione o chirurgia ambulatoriale</li> <li>• Esami di laboratorio e diagnostici fatturati dall'ospedale</li> <li>• Assistenza sanitaria mentale, compresa l'assistenza in un programma di ospedalizzazione parziale, se un medico certifica che sarebbe necessario un trattamento ospedaliero senza di essa</li> <li>• Radiografie e altri servizi radiologici fatturati dall'ospedale</li> <li>• Forniture mediche come stecche e gessi</li> <li>• Alcuni farmaci e prodotti biologici che non possono essere somministrati da soli</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p> <p><b>Non è necessaria alcuna autorizzazione per i servizi di laboratorio ambulatoriale e i servizi di radiografia ambulatoriale. I test di laboratorio genetici richiedono un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi ospedalieri ambulatoriali (Continua)</b></p> <p><b>Nota:</b> A meno che il fornitore non abbia scritto un ordine per ricoverarla in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di condivisione dei costi per i servizi ospedalieri ambulatoriali. Anche se Lei resta per una notte in ospedale,</p> <p>Potrebbe ancora essere considerato un paziente ambulatoriale. Se non è sicuro di essere un paziente ambulatoriale, deve chiedere al personale ospedaliero.</p> <p>È inoltre possibile trovare ulteriori informazioni in una scheda informativa di Medicare intitolata <i>È un paziente ospedaliero ricoverato o ambulatoriale? Se ha Medicare – Chieda!</i> Questa scheda informativa è disponibile sul Web all'indirizzo <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.</p>	
	<p><b>Assistenza psichiatrica ambulatoriale</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <p>Servizi di salute mentale forniti da uno psichiatra o un medico con licenza statale, uno psicologo clinico, un assistente sociale clinico, un infermiere clinico, un consulente professionale autorizzato (LPC), un terapeuta matrimoniale e familiare autorizzato (LMFT), un infermiere (NP), un assistente medico (PA) o un altro professionista della salute mentale qualificato Medicare, come consentito dalle leggi statali applicabili.</p> <p>La sua copertura di assistenza sanitaria mentale ambulatoriale Medicare include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno screening per la depressione ogni anno solare. Lo screening deve essere effettuato in uno studio medico di base o in una clinica di cure primarie in grado di fornire un trattamento di follow-up e rinvii.</li> <li>• Psicoterapia individuale e di gruppo con medici o determinati professionisti autorizzati dallo stato in cui si ottengono questi servizi.</li> <li>• Consulenza familiare, se lo scopo principale è quello di aiutare con il trattamento.</li> <li>• Test per scoprire se sta ricevendo i servizi di cui ha bisogno e se il suo attuale trattamento la sta aiutando.</li> <li>• Valutazione psichiatrica.</li> <li>• Gestione dei farmaci.</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p>Vedere Screening della depressione in questo grafico per lo screening annuale della depressione.</p> <p>Se ha bisogno di questo trattamento ambulatoriale per la salute mentale coperto da Medicare, consulti la sezione “Ricovero ospedaliero parziale” di questa tabella.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi di riabilitazione ambulatoriale</b></p> <p>I servizi coperti includono: fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia.</p> <p>I servizi di riabilitazione ambulatoriale sono forniti in vari contesti ambulatoriali, come reparti ambulatoriali ospedalieri, studi di terapeuti indipendenti e strutture di riabilitazione ambulatoriale completa (CORF).</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p>
	<p><b>Servizi ambulatoriali per i disturbi da uso di sostanze</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare copre i servizi ambulatoriali di abuso di sostanze.</li> <li>• Inoltre, Medicaid copre visite di terapia individuale e di gruppo. L'iscritto deve essere in grado di auto-riferirsi per una valutazione da parte di un fornitore di rete in un periodo di dodici (12) mesi.</li> </ul> <p>È necessario utilizzare un fornitore di servizi sanitari comportamentali per tutta la salute.</p> <p>Si prega di contattare il Servizio clienti per ulteriori informazioni.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Chirurgia ambulatoriale, compresi i servizi forniti presso le strutture ambulatoriali ospedaliere e i centri chirurgici ambulatoriali</b></p> <p><b>Nota:</b> Se si sta sottoponendo a un intervento chirurgico in una struttura ospedaliera, deve verificare con il suo medico se sarà ricoverato o in regime ambulatoriale. A meno che il fornitore non scriva un ordine per ricoverarti in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di condivisione dei costi per la chirurgia ambulatoriale. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Articoli da banco (OTC) (supplementari)*</b></p> <p>Riceve \$100 ogni mese da spendere per articoli, prodotti e farmaci OTC approvati dal piano con la sua carta Healthy You. Questa indennità mensile è condivisa con l'indennità per i servizi di trasporto non di emergenza (Supplementare). Può utilizzare questa indennità per articoli da banco, servizi di trasporto o una combinazione di entrambi con la sua tessera Healthy You. Se non utilizza tutto l'importo del sussidio mensile, il saldo rimanente scadrà e non passerà al mese successivo.</p> <p>La copertura include articoli per la salute e il benessere da banco non soggetti a prescrizione come vitamine, creme solari, antidolorifici, medicine per la tosse e il raffreddore e bende.</p> <p>Può ordinare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Online – visiti <a href="http://NationsOTC.com/Molina">NationsOTC.com/Molina</a></li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità se utilizza la Sua carta Healthy You.</p> <p>I costi potrebbero essere a Suo carico se supera l'indennità massima mensile. Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Articoli da banco (OTC) (supplementari)* (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per telefono – 877-208-9243 per parlare con un Consulente per l'esperienza dei Soci NationsOTC al (TTY 711), 24 ore su 24, sette giorni su sette, 365 giorni all'anno.</li> <li>• Per posta - Compili e rispedisca il modulo d'ordine contenuto nel catalogo dei prodotti.</li> <li>• Attraverso i punti vendita aderenti all'iniziativa.</li> </ul> <p>Per un elenco completo degli articoli OTC approvati dal piano, consultare il catalogo dei prodotti OTC 2025 o rivolgersi a un addetto all'assistenza OTC per ulteriori informazioni. Troverà informazioni importanti (linee guida per gli ordini) nel Catalogo dei prodotti OTC 2025.</p> <p>Per ulteriori informazioni, contatti il Servizio clienti.</p>	
	<p><b>Servizi di ricovero parziale e servizi ambulatoriali intensivi</b></p> <p>Il <i>ricovero parziale</i> è un programma strutturato di trattamento psichiatrico attivo fornito come servizio ambulatoriale ospedaliero o da un centro di salute mentale comunitario, che è più intenso delle cure ricevute nello studio del medico, del terapeuta, del terapeuta matrimoniale e familiare autorizzato (LMFT) o del consulente professionale autorizzato ed è un'alternativa al ricovero ospedaliero.</p> <p>Il <i>servizio ambulatoriale intensivo</i> è un programma strutturato di trattamento di terapia comportamentale (mentale) attiva fornito in un reparto ambulatoriale ospedaliero, in un centro di salute mentale della comunità, in un centro sanitario qualificato a livello federale o in una clinica di salute rurale che è più intenso delle cure ricevute nell'ufficio del medico, del terapeuta autorizzato a praticare il matrimonio e la famiglia (LMFT) o del consulente professionale autorizzato, ma meno intenso dell'ospedalizzazione parziale.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i servizi di ricovero parziale coperti da Medicare.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Servizi di medici/professionisti, comprese le visite mediche</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi medici o chirurgici necessari forniti in uno studio medico, in un centro chirurgico ambulatoriale certificato, in un reparto ambulatoriale ospedaliero o in qualsiasi altra sede</li> <li>• Consultazione, diagnosi e trattamento da parte di uno specialista</li> <li>• Esami di base dell'udito e dell'equilibrio eseguiti dal PCP, se il medico lo ordina per vedere se ha bisogno di cure mediche</li> <li>• Alcuni servizi di telemedicina, inclusi i servizi di assistenza primaria</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi di medici/professionisti, comprese le visite mediche (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ha la possibilità di ottenere questi servizi attraverso una visita di persona o tramite telemedicina. Se si sceglie di ottenere uno di questi servizi tramite telemedicina, è necessario utilizzare un provider di rete che offra il servizio tramite telemedicina. Se si sceglie di ottenere uno di questi servizi tramite telemedicina, è necessario utilizzare un provider di rete che offra il servizio tramite telemedicina. Per individuare un provider di rete, visita il nostro sito web all'indirizzo <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</li> <li>◦ Le visite mediche virtuali sono visite mediche effettuate al di fuori delle strutture mediche da fornitori virtuali che utilizzano la tecnologia online e funzionalità audio/video dal vivo.</li> <li>◦ Nota: Non tutte le condizioni mediche possono essere trattate attraverso visite virtuali. Il medico della visita virtuale identificherà se è necessario consultare un medico di persona per il trattamento.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di telemedicina per visite mensili correlate alla malattia renale allo stadio terminale per i Soci della dialisi domiciliare in un centro di dialisi renale ospedaliero o di accesso critico, struttura di dialisi renale o casa del membro. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</li> <li>• Servizi di telemedicina per diagnosticare, valutare o trattare i sintomi di un ictus, indipendentemente dalla sua posizione. Potrebbe essere necessaria un'autorizzazione preventiva.</li> <li>• Servizi di telemedicina per i membri con un disturbo da uso di sostanze o un disturbo di salute mentale concomitante, indipendentemente dalla loro posizione. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</li> </ul>	

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi di medici/professionisti, comprese le visite mediche (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di telemedicina per la diagnosi, la valutazione e il trattamento dei disturbi di salute mentale se: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ha una visita di persona nei 6 mesi precedenti la sua prima visita di telemedicina</li> <li>◦ Ha una visita di persona ogni 12 mesi durante la ricezione di questi servizi di telemedicina</li> <li>◦ Possono essere fatte eccezioni a quanto sopra per determinate circostanze</li> </ul> </li> <li>• Servizi di telesalute per visite di salute mentale forniti da Cliniche Sanitarie Rurali e Centri Sanitari Federalmente Qualificati</li> <li>• Check-in virtuali (ad esempio, per telefono o chat video) con il medico per 5-10 minuti <b>se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Non è un nuovo paziente e</li> <li>◦ Il check-in non è correlato a una visita in ufficio negli ultimi 7 giorni e</li> <li>◦ Il check-in non comporta una visita in studio entro 24 ore o il primo appuntamento disponibile</li> </ul> </li> <li>• Valutazione di video e/o immagini inviate al medico e interpretazione e follow-up da parte del medico entro 24 ore <b>se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Non è un nuovo paziente e</li> <li>◦ La valutazione non porta a una visita in studio entro 24 ore o al primo appuntamento disponibile</li> </ul> </li> <li>• Consultazione del medico con altri medici per telefono, Internet o cartella clinica elettronica</li> <li>• Secondo parere prima dell'intervento</li> <li>• Cure dentistiche non routinarie (i servizi coperti sono limitati alla chirurgia della mandibola o delle strutture correlate, all'impostazione di fratture della mandibola o delle ossa facciali, all'estrazione dei denti per preparare la mandibola ai trattamenti radioterapici della malattia neoplastica del cancro o ai servizi che sarebbero coperti se forniti da un medico).</li> <li>• Servizi di monitoraggio in uno studio medico o in un ospedale ambulatoriale se sta assumendo farmaci anticoagulanti, come Coumadin, Eparina o Warfarin.</li> </ul>	

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi di podologia (coperti da Medicare)</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosi e trattamento medico o chirurgico di lesioni e malattie dei piedi (come l'alluce valgo o gli speroni calcaneari)</li> <li>• Cura dei piedi di routine per i Soci con determinate condizioni mediche che interessano gli arti inferiori</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i servizi di podologia coperti da Medicare.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Esami di screening del cancro alla prostata*</b></p> <p>Per gli uomini di età pari o superiore a 50 anni, i servizi coperti includono quanto segue, una volta ogni 12 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esame rettale digitale</li> <li>• Test dell'antigene prostatico specifico (PSA)</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o franchigie per un test annuale del PSA.</p>
	<p><b>Dispositivi protesici e ortesici e relative forniture</b></p> <p>Dispositivi (diversi da quelli dentali) che sostituiscono in tutto o in parte una parte o una funzione del corpo. Questi includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, il collaudo, l'adattamento o l'addestramento all'uso di dispositivi protesici e ortesici, nonché: borse per colostomia e forniture direttamente correlate alla cura della colostomia, pacemaker, tutori, scarpe protesiche, arti artificiali e protesi mammarie (incluso un reggiseno chirurgico dopo una mastectomia). Include alcune forniture relative ai dispositivi protesici e ortesici e alla riparazione e/o sostituzione dei dispositivi protesici e ortesici. Include anche una copertura dopo la rimozione della cataratta o la chirurgia della cataratta – vedere <b>Oculistica</b> più avanti in questa sezione per maggiori dettagli.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i Soci idonei a questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Servizi di riabilitazione polmonare</b></p> <p>Programmi completi di riabilitazione polmonare sono coperti per i Soci che hanno una malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO) da moderata a molto grave e un ordine per la riabilitazione polmonare da parte del medico che cura la malattia respiratoria cronica.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i Soci idonei a questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Screening e consulenza per ridurre l'abuso di alcol*</b></p> <p>Copriamo uno screening per l'abuso di alcol per gli adulti con Medicare (comprese le donne in gravidanza) che abusano di alcol ma non ne sono dipendenti.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per lo screening e la consulenza</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Screening e consulenza per ridurre l'abuso di alcol* (Continua)</b></p> <p>Se è positivo allo screening per l'abuso di alcol, può ottenere fino a 4 brevi sessioni di consulenza in presenza all'anno (se è competente e vigile durante la consulenza) fornite da un medico di assistenza primaria qualificato o da un professionista in un contesto di assistenza primaria.</p>	coperti da Medicare per ridurre il beneficio preventivo dell'abuso di alcol.
	<p><b>Screening per il cancro del polmone con tomografia computerizzata a basso dosaggio (LDCT)*</b></p> <p>Per le persone idonee, un LDCT è coperto ogni 12 mesi.</p> <p><b>I Soci idonei sono:</b> persone di età compresa tra 50 e 77 anni che non hanno segni o sintomi di cancro ai polmoni, ma che hanno una storia di fumo di tabacco di almeno 20 pacchetti-anno e che attualmente fumano o hanno smesso di fumare negli ultimi 15 anni, che ricevono un ordine per LDCT durante una consulenza per lo screening del cancro ai polmoni e una visita decisionale condivisa che soddisfa i criteri Medicare per tali visite ed essere fornita da un medico o un professionista non medico qualificato.</p> <p><i>Per gli screening del cancro del polmone LDCT dopo lo screening LDCT iniziale:</i> il membro deve ricevere un ordine per lo screening del cancro del polmone LDCT, che può essere fornito durante qualsiasi visita appropriata con un medico o un professionista non medico qualificato. Se un medico o un professionista non medico qualificato sceglie di fornire una consulenza per lo screening del cancro del polmone e una visita decisionale condivisa per i successivi screening del cancro del polmone con LDCT, la visita deve soddisfare i criteri Medicare per tali visite.</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o franchigie per la consulenza coperta da Medicare e la visita decisionale condivisa o per il LDCT.
	<p><b>Screening per le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) e consulenza per prevenire le IST*</b></p> <p>Copriamo gli screening per le infezioni a trasmissione sessuale (STI) per la clamidia, la gonorrea, la sifilide e l'epatite B. Questi screening sono coperti per le donne in gravidanza e per alcune persone che sono ad aumentato rischio di una STI quando i test sono ordinati da un fornitore di cure primarie. Copriamo questi test una volta ogni 12 mesi o in determinati momenti durante la gravidanza.</p> <p>Copriamo anche fino a due sessioni individuali di consulenza comportamentale ad alta intensità da 20 a 30 minuti faccia a faccia ogni anno per adulti sessualmente attivi ad aumentato rischio di malattie sessualmente trasmissibili. Copriremo queste sessioni di consulenza come servizio preventivo solo se sono fornite da un fornitore di cure primarie e si svolgono in un ambiente di assistenza primaria, come uno studio medico.</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o franchigie per lo screening coperto da Medicare per le malattie sessualmente trasmissibili e la consulenza per il sussidio preventivo delle malattie sessualmente trasmissibili.

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi per il trattamento delle malattie renali</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di educazione sulle malattie renali per insegnare la cura dei reni e aiutare i Soci a prendere decisioni informate sulla loro cura. Per i Soci con malattia renale cronica in stadio IV quando vengono indirizzati dal loro medico, copriamo fino a sei sessioni di servizi educativi sulle malattie renali per tutta la vita.</li> <li>• Trattamenti di dialisi ambulatoriali (compresi i trattamenti di dialisi quando temporaneamente fuori dall'area di servizio, come spiegato nel Capitolo 3, o quando il fornitore di questo servizio è temporaneamente non disponibile o inaccessibile)</li> <li>• Trattamenti di dialisi ospedaliera (se si è ricoverati in un ospedale per cure speciali)</li> <li>• Formazione sull'auto-dialisi (include formazione per te e chiunque ti aiuti con i trattamenti di dialisi domiciliare)</li> <li>• Attrezzature e forniture per dialisi domiciliare</li> <li>• Alcuni servizi di supporto domiciliare (come, quando necessario, le visite di operatori di dialisi addestrati per controllare la dialisi domiciliare, per aiutare nelle emergenze e controllare le apparecchiature per la dialisi e l'approvvigionamento idrico)</li> </ul> <p>Alcuni farmaci per la dialisi sono coperti dal beneficio Medicare Parte B. Per informazioni sulla copertura per i farmaci della Parte B, andare alla sezione <b>Farmaci da prescrizione Medicare Parte B</b>.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p><b>Trattamenti dialiticospedalieri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedere “Assistenza ospedaliera” in questa tabella.</li> </ul> <p><b>Forniture e attrezzature per dialisi domiciliare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedere “Apparecchiature mediche durevoli e forniture correlate” in questa tabella.</li> </ul> <p><b>Servizi di supporto domiciliare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedere “Assistenza domiciliare” in questa tabella.</li> </ul> <p><b>Medicare Parte B Farmaci per dialisi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedere “Farmaci da prescrizione Medicare Parte B” in questa tabella.</li> </ul>
	<p><b>Assistenza infermieristica qualificata (SNF)</b></p> <p>(Per una definizione di assistenza infermieristica qualificata, vedere il Capitolo 12 del presente documento. Le strutture infermieristiche qualificate sono talvolta chiamate SNF.)</p> <p>I servizi coperti comprendono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanza semiprivata (o una stanza privata se necessario dal punto di vista medico)</li> <li>• Pasti, comprese le diete speciali</li> <li>• Servizi infermieristici qualificati</li> <li>• Fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b> Tranne in caso di emergenza, il medico deve comunicare al piano che si sta per essere ricoverati al SNF. Non è richiesta alcuna</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Assistenza infermieristica qualificata (SNF) (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci somministrati come parte del piano di cura (comprese le sostanze naturalmente presenti nel corpo, come i fattori di coagulazione del sangue).</li> <li>• Sangue, compresa la conservazione e la somministrazione. La copertura di sangue intero e globuli rossi concentrati inizia solo con la quarta pinta (2200 ml) di sangue di cui ha bisogno: devi pagare i costi per le prime tre pinte (1700 ml) di sangue che riceve in un anno solare o far donare il sangue da Lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima pinta utilizzata.</li> <li>• Forniture mediche e chirurgiche ordinariamente fornite da SNF</li> <li>• Prove di laboratorio ordinariamente fornite da SNF</li> <li>• Radiografie e altri servizi di radiologia normalmente forniti da SNF</li> <li>• Uso di apparecchi come sedie a rotelle normalmente forniti da SNF</li> <li>• Servizi di medici/praticanti</li> </ul> <p>In generale, si otterrà la cura SNF da strutture di rete. Tuttavia, in determinate condizioni elencate di seguito, potrebbe ottenere la sua assistenza da una struttura che non è un fornitore di rete, se la struttura accetta gli importi del nostro piano per il pagamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una casa di cura o una comunità di pensionamento di assistenza continua in cui viveva poco prima di andare in ospedale (purché fornisca assistenza infermieristica qualificata)</li> <li>• Una SNF in cui vive il suo coniuge o convivente al momento in cui lascia l'ospedale</li> </ul>	precedente degenza ospedaliera.
	<p><b>Smettere di fumare e fare uso di tabacco (consulenza per smettere di fumare o fare uso di tabacco)*</b></p> <p><u>Se fa uso di tabacco, ma non ha segni o sintomi di malattie correlate al tabacco:</u> Copriamo due tentativi di abbandono della consulenza in un periodo di 12 mesi come servizio preventivo senza alcun costo per lei. Ogni tentativo di consulenza include fino a quattro visite faccia a faccia.</p> <p><u>Se fa uso di tabacco e le è stata diagnosticata una malattia correlata al tabacco o sta assumendo medicinali che possono essere influenzati dal tabacco:</u> Copriamo i servizi di consulenza per la cessazione. Copriamo due tentativi di abbandono della consulenza entro un periodo di 12 mesi; tuttavia, pagherà la condivisione dei costi applicabile. Ogni tentativo di consulenza include fino a quattro visite in presenza.</p>	Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per i sussidi preventivi per la cessazione del fumo e dell'uso del tabacco coperti da Medicare.

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Servizi per smettere di fumare e fumare tabacco (Supplementare)*</b></p> <p>Se vuole smettere di fumare, dovrebbe parlare con il suo fornitore di cure primarie o chiamare il nostro dipartimento di educazione sanitaria.</p> <p>Oltre alla copertura offerta nell'ambito della prestazione per la disassuefazione dal fumo e dall'uso di tabacco coperta da Medicare, il piano copre 8 ulteriori servizi di consulenza per anno solare per aiutare il paziente a smettere di fumare o di usare prodotti del tabacco.</p> <p>È necessario esaurire il sussidio per la cessazione dell'uso del tabacco coperto da Medicare prima che il piano paghi la copertura nell'ambito di questo sussidio.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p>
	<p><b>Benefici supplementari speciali per i malati cronici</b></p> <p>Se le viene diagnosticata una delle seguenti condizioni croniche identificate di seguito e soddisfa determinati criteri, potrebbe avere diritto a speciali sussidi supplementari per i malati cronici.</p> <p>Dovrà presentare un modulo di valutazione del rischio per la salute che la identifichi come affetto da una delle condizioni elencate che potrebbero peggiorare senza l'accesso a una delle speciali sussidi supplementari elencati di seguito.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipendenza da alcol cronica e altre tossicodipendenze;</li> <li>• Disturbi autoimmuni;</li> <li>• Cancro;</li> <li>• Disturbi cardiovascolari;</li> <li>• Scompenso cardiaco cronico;</li> <li>• Demenza;</li> <li>• Diabete;</li> <li>• Malattia epatica allo stadio terminale;</li> <li>• Malattia renale allo stadio terminale (ESRD);</li> <li>• Gravi disturbi ematici;</li> <li>• HIV/AIDS;</li> <li>• Disturbi polmonari cronici;</li> <li>• Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti;</li> <li>• Disturbi neurologici; e</li> <li>• Ictus</li> </ul> <p>La aiuteremo ad accedere a questi sussidi. Può chiamare il Servizio clienti o il suo coordinatore di assistenza per avviare la sua richiesta o ottenere ulteriori informazioni.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità se utilizza la sua carta Healthy You.</p> <p><b>La partecipazione a un programma di gestione dell'assistenza è obbligatoria.</b></p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Benefici supplementari speciali per i malati cronici (Continua)</b></p> <p><b>Nota:</b> Richiedendo questo sussidio, autorizza i rappresentanti Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) a contattarla per telefono, posta o qualsiasi altro metodo di comunicazione come espressamente indicato nella sua domanda.</p> <p>Dopo l'approvazione, la Sua carta Healthy You precaricata verrà caricata automaticamente con un massimo di \$73 ogni mese da utilizzare per i sussidi SSBCI. Eventuali fondi inutilizzati alla fine di ogni mese non saranno riportati al mese successivo.</p> <p><b>Alimento e prodotti</b></p> <p>Se è idoneo, ottiene \$73 al mese da spendere in cibo e prodotti.</p>	
	<p><b>Terapia di esercizio supervisionata (SET)</b></p> <p>La SET è coperta per i Soci che hanno una malattia arteriosa periferica sintomatica (PAD).</p> <p>Sono coperte fino a 36 sessioni in un periodo di 12 settimane se i requisiti del programma SET sono soddisfatti.</p> <p>Il programma SET deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistere in sessioni della durata di 30-60 minuti, che comprendono un programma di allenamento terapeutico per la PAD in pazienti con claudicatio.</li> <li>• Essere condotto in un ambiente ambulatoriale ospedaliero o in uno studio medico.</li> <li>• Essere somministrato da personale ausiliario qualificato, necessario per garantire che i benefici superino i danni, e che sia addestrato alla terapia dell'esercizio fisico per la PAD.</li> <li>• Essere sotto la supervisione diretta di un medico, assistente medico o infermiera/infermiere clinico che deve essere formato nelle tecniche di supporto vitale di base e avanzate.</li> </ul> <p>IL SET può essere coperto oltre 36 sessioni per 12 settimane per ulteriori 36 sessioni per un lungo periodo di tempo se ritenuto necessario dal punto di vista medico da un fornitore di assistenza sanitaria.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Trasporto non di emergenza (Supplementare)</b></p> <p>Ha a disposizione \$100 al mese da spendere per il trasporto in un luogo di interesse sanitario a sua discrezione sulla sua carta Healthy You. Questo importo non corrisponde a un numero prestabilito di “corse”, ma può essere utilizzato per acquistare trasporti non urgenti fino al limite del sussidio. Questo importo è combinato con l'indennità mensile da banco (OTC). Se non utilizza tutto l'importo del sussidio mensile, il saldo rimanente scadrà e non passerà al mese successivo.</p> <p>Può utilizzare la carta Healthy You precaricata per acquistare corse su applicazioni di ride-hailing, su servizi di taxi o per altre forme di trasporto non di emergenza, come abbonamenti per autobus, carte ferroviarie o altre forme di trasporto pubblico. I soci sono incoraggiati a massimizzare il numero di corse disponibili grazie a questa indennità. Per le destinazioni comunemente richieste, come i centri di dialisi o le strutture di fisioterapia, contatti direttamente la struttura fornitrice per verificare se è disponibile un trasporto più economico prima di programmare un servizio di ride-hailing o di trasporto al dettaglio.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative o contributi al pagamento per questi servizi se utilizza la sua carta Healthy You.</p> <p>I costi potrebbero essere a Suo carico se supera l'indennità massima annuale.</p> <p>Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni. Se ha bisogno di cure di emergenza, chiami il 911 e richiedi un'ambulanza.</p> <p>Per maggiori informazioni sul trasporto d'emergenza, consultare la sezione “Servizi di ambulanza” di questa tabella.</p>
	<p><b>Servizi urgenti</b></p> <p>Un servizio coperto dal piano che richiede un'attenzione medica immediata e che non è un'emergenza è un servizio urgente se Lei si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o se, anche se si trova all'interno dell'area di servizio del piano, non è ragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere questo servizio da fornitori di rete con cui il piano ha stipulato un contratto.</p> <p>Per ottenere questo servizio da fornitori della rete con cui il piano ha un contratto. Il piano deve coprire i servizi urgenti e addebitare solo la partecipazione ai costi all'interno della rete. Esempi di servizi urgenti sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile. Al di fuori degli Stati Uniti, consulti “Copertura delle cure di emergenza in tutto il mondo”.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questi servizi.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Oculistica</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi medici ambulatoriali per la diagnosi e il trattamento di malattie e lesioni dell'occhio, incluso il trattamento per la degenerazione maculare legata all'età. Original Medicare non copre gli esami oculistici di routine (rifrazioni oculari) per occhiali/lenti a contatto</li> <li>• Per le persone ad alto rischio di glaucoma, copriremo uno screening del glaucoma ogni anno. Le persone ad alto rischio di glaucoma includono: persone con una storia familiare di glaucoma, persone con diabete, afro-americani di età pari o superiore a 50 anni e ispanici americani di età pari o superiore a 65 anni</li> <li>• Per le persone con diabete, lo screening per la retinopatia diabetica è coperto una volta all'anno</li> <li>• Un paio di occhiali o lenti a contatto dopo ogni intervento di cataratta che include l'inserimento di una lente intraoculare (se si effettuano due operazioni di cataratta separate, non è possibile riservare il sussidio dopo il primo intervento e acquistare due occhiali dopo il secondo intervento).</li> </ul> <p><b>Oculistica (supplementare)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un esame oculistico di routine ogni anno</li> <li>• Occhiali, fino a un limite di \$350 ogni anno</li> </ul> <p>I servizi coperti da Medicaid includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di optometristi, oftalmologi e dispenser oftalmici tra cui occhiali da vista, lenti a contatto e lenti in policarbonato necessarie dal punto di vista medico, occhi artificiali (stock o su misura), ausili per ipovedenti e servizi per ipovedenti. La copertura include la riparazione o la sostituzione di parti.</li> </ul> <p>Esami per diagnosi e trattamento di difetti visivi e/o patologie oculari. Gli esami per la rifrazione sono limitati a ogni 2 anni, a meno che non sia necessario dal punto di vista medico. Deve utilizzare un fornitore di rete. Consulti la directory del fornitore e della farmacia o chiami il Servizio clienti per un elenco.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per l'oculistica coperta da Medicare.</p> <p><b>Per gli occhiali potrebbe essere necessaria un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Le diamo il benvenuto alla visita preventiva Medicare</b></p> <p>Il piano copre la visita preventiva una tantum di <i>Benvenuto a Medicare</i>. La visita comprende un esame del Suo stato di salute, oltre a un'attività di formazione e</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per la visita preventiva di <i>Benvenuto a Medicare</i>.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
	<p><b>Le diamo il benvenuto alla visita preventiva Medicare (Continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importante: Copriamo la visita preventiva di <i>Benvenuto a Medicare</i> solo entro i primi 12 mesi in cui si dispone di Medicare Parte B. Quando si fissa l'appuntamento, si informi l'ufficio del medico che si desidera programmare la visita preventiva di <i>Benvenuto a Medicare</i>.</li> </ul>	
	<p><b>Copertura di emergenza in tutto il mondo (supplementare)*</b></p> <p>Come ulteriore sussidio, la sua copertura include fino a \$10.000 ogni anno solare per l'assistenza emergente in tutto il mondo al di fuori degli Stati Uniti (USA).</p> <p>Questa prestazione è limitata ai servizi che sarebbero classificati come cure di emergenza o di urgenza se fossero stati forniti negli Stati Uniti. La copertura in tutto il mondo include le cure di emergenza o di urgenza, il trasporto di emergenza in ambulanza dalla scena dell'emergenza al più vicino centro di assistenza medica e le cure post-stabilizzazione.</p> <p>Il nostro piano copre i servizi di ambulanza in situazioni in cui raggiungere il pronto soccorso in qualsiasi altro modo potrebbe mettere in pericolo la sua salute.</p> <p>Quando si verificano queste situazioni, chiediamo a lei o a qualcuno che si prende cura di lei di chiamarci. Cercheremo di far sì che i fornitori di servizi di rete prendano in carico le sue cure non appena le sue condizioni mediche e le circostanze lo consentiranno.</p> <p>Il trasporto di ritorno negli Stati Uniti da un altro Paese non è coperto. La cura di routine e le procedure pre-programmate o elettive non sono coperte.</p> <p>Le tasse e le commissioni estere (incluse, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le commissioni di conversione valutaria o di transazione) non sono coperte.</p> <p>Stati Uniti indica 50 stati, il Distretto di Columbia, Porto Rico, le Isole Vergini, Guam, l'Isola delle Marianne Settentrionali e le Samoa Americane.</p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o deducibilità per questo sussidio.</p> <p>Se riceve cure di emergenza al di fuori degli Stati Uniti e ha bisogno di cure ospedaliere dopo che le Sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, deve tornare in un ospedale di rete affinché le Sue cure continuino a essere coperte o deve avere le Sue cure ospedaliere presso l'ospedale fuori rete autorizzato dal piano.</p> <p>Il Suo costo è la condivisione dei costi che pagherebbe in un ospedale di rete. Si applica il massimo del piano.</p> <p>Potrebbe essere necessario presentare una richiesta di rimborso delle cure di emergenza/urgenti ricevute al di fuori degli Stati Uniti.</p> <p>Il piano massimo di \$10.000 ogni anno solare si applica a questo sussidio.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)****Sezione 2.2 Ulteriori sussidi coperti da Medicaid per i membri NHC (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è un piano a doppia idoneità per esigenze speciali che combina la copertura Medicare con i sussidi Medicaid, inclusi servizi aggiuntivi di assistenza a lungo termine, appositamente progettato per i membri che necessitano di assistenza a livello di casa di cura. La seguente tabella elenca i sussidi e i servizi Medicaid aggiuntivi disponibili per i membri Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
<p><b>Assistenza sanitaria diurna per adulti</b></p> <p>Cure e servizi forniti in una struttura sanitaria residenziale o in un centro di estensione approvato. Devono essere forniti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sotto la direzione medica di un medico</li> <li>• Da parte del personale di assistenza sanitaria diurna per adulti</li> <li>• Sulla base della valutazione completa delle esigenze e del piano di assistenza del membro</li> <li>• Con coordinamento continuo del piano sanitario.</li> </ul> <p>Comprende il trasporto.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Alcuni servizi di salute mentale</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmi Intensivi di Trattamento Riabilitativo Psichiatrico,</li> <li>• Trattamento diurno,</li> <li>• Continuazione del trattamento diurno,</li> <li>• Gestione dei casi per malati mentali gravi e persistenti (sponsorizzato da unità di salute mentale statali o locali),</li> <li>• Ricoveri parziali,</li> <li>• Trattamento comunitario assertivo (ACT),</li> <li>• Servizi personalizzati orientati al recupero (PROS)</li> </ul>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Servizi di cura personale diretti ai consumatori (CDPAS)</b></p> <p>Servizi per i membri con malattie croniche o disabilità fisiche che hanno un bisogno medico di aiuto con le attività della vita quotidiana (ADL) o servizi infermieristici qualificati. Comprende uno qualsiasi dei servizi forniti da un assistente per la cura personale (assistente domiciliare), un assistente sanitario a domicilio o un infermiere.</p> <p><b>Ha flessibilità e libertà nella scelta dei suoi caregiver. L'utente, o la persona che agisce per suo conto, è responsabile dell'assunzione, del</b></p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
<p><b>licenziamento, della formazione, della supervisione e della risoluzione, se necessario.</b></p>	
<p><b>Servizi dentistici</b></p> <p>I servizi coperti includono servizi dentistici regolari e di routine, come controlli dentistici preventivi, pulizie, radiografie, otturazioni e altri servizi per verificare la presenza di cambiamenti o anomalie che potrebbero richiedere un trattamento e/o cure di follow-up.</p> <p>Comprende anche gli impianti dentali necessari dal punto di vista medico. Devono avere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una lettera del suo medico che spiega come gli impianti aiuteranno con la sua condizione medica</li> <li>• Una lettera del suo dentista che spiega perché altre alternative non correggeranno la sua condizione e perché ha bisogno di impianti</li> </ul> <p><b>Non è necessario un rinvio dal PCP per vedere un dentista.</b></p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Per alcuni servizi, inclusi gli impianti dentali, potrebbe essere necessaria un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Apparecchiature mediche durevoli (DME)</b></p> <p>Include DME non Medicare coperte da Medicaid, come dispositivi e apparecchiature diverse da forniture mediche/chirurgiche, sgabelli per vasche e maniglioni e apparecchi protesici o ortetici.</p> <p>DME coperte purché siano soddisfatti i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il DME può resistere all'uso ripetuto per un periodo di tempo prolungato</li> <li>• Viene utilizzato principalmente e abitualmente per scopi medici</li> <li>• Generalmente non è utile a una persona senza malattia o infortunio</li> <li>• Di solito è adattato, progettato o modellato per l'uso di un particolare individuo</li> <li>• È ordinato da un professionista qualificato</li> </ul> <p>Nessun prerequisito legato a casa.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Per alcune apparecchiature potrebbe essere necessaria un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Servizi per l'udito</b></p> <p>Servizi e prodotti per alleviare la disabilità causata da perdita o menomazione dell'udito. Deve essere necessario dal punto di vista medico. Comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selezione, montaggio ed erogazione degli apparecchi acustici</li> <li>• Controlli dell'apparecchio acustico dopo l'erogazione</li> <li>• Valutazioni di conformità degli apparecchi acustici e riparazioni</li> </ul>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di audiologia tra cui test ed esami, valutazioni e prescrizioni di apparecchi acustici</li> <li>• Apparecchi acustici, stampi per orecchie, raccordi speciali e parti di ricambio</li> </ul>	
<p><b>Servizi di assistenza domiciliare (qualificati)</b></p> <p>Include servizi qualificati non coperti da Medicare, come fisioterapisti per supervisionare i programmi di manutenzione per i pazienti che raggiungono il loro massimo potenziale riparativo o infermieri per pre-riempire le siringhe per le persone disabili con diabete.</p> <p>Include i servizi di assistenza sanitaria domiciliare come richiesto da un piano di assistenza approvato sviluppato da un'agenzia sanitaria domiciliare certificata.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Pasti consegnati a domicilio e congregati</b></p> <p>Pasti forniti a casa o in ambienti di gruppo, come i centri per anziani per le persone che non sono in grado di preparare o far preparare i pasti.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Cure ospedaliere ospedaliere, compresa la salute mentale e la cura dei disturbi da uso di sostanze</b></p> <p>Assistenza medica necessaria, compresi i giorni in eccesso rispetto al massimo di vita di 190 giorni di Medicare per la salute mentale del paziente ricoverato.</p> <p>Il piano copre 365 giorni all'anno (366 negli anni bisestili)</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>È richiesta l'autorizzazione preventiva, tranne in caso di emergenza.</b></p>
<p><b>Servizi medico-sociali</b></p> <p>Valutazione, disposizione e fornitura di aiuti per problemi sociali relativi al mantenimento del membro a casa.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Forniture mediche/chirurgiche</b></p> <p>Il beneficio coperto è per forniture mediche o chirurgiche e formule e integratori enterali/parenterali - articoli generalmente considerati una tantum e/o articoli di consumo.</p> <p>I benefici della formula enterale e dell'integratore alimentare sono limitati agli individui che non possono ottenere nutrizione attraverso altri mezzi e alle seguenti condizioni:</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individui alimentati con sondino che non possono masticare o deglutire cibo e devono ottenere nutrimento attraverso la formula attraverso il sondino; e</li> <li>• Individui con rari disturbi metabolici congeniti che richiedono formule mediche specifiche per fornire nutrienti essenziali</li> </ul>	
<p><b>Trasporto Medico (routinario/non emergente)</b></p> <p>Trasporto di sola andata e andata e ritorno in ambulanza, ambulanza, trasporto ad ala fissa o aereo, pullman non valido, taxi, livrea, trasporto pubblico o altri mezzi appropriati alle condizioni mediche del socio. Se necessario, include un addetto al trasporto per accompagnare il membro. Possono includere i pasti, l'alloggio e lo stipendio dell'addetto al trasporto. (Nessuno stipendio sarà pagato a un addetto che è la famiglia del membro).</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Alimentazione</b></p> <p>Include la valutazione delle esigenze nutrizionali, lo sviluppo e la valutazione dei piani di trattamento, l'educazione e la consulenza nutrizionale, l'educazione in servizio. Comprende considerazioni culturali.</p> <p>La copertura include prodotti alimentari solidi modificati che sono a basso contenuto proteico o contengono proteine modificate per individui con determinate malattie ereditarie del metabolismo degli aminoacidi e degli acidi organici.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Trattamento ambulatoriale di salute mentale</b></p> <p>Visite di terapia individuale e di gruppo.</p> <p>Il membro può fare riferimento a se stesso per una valutazione da parte di un fornitore di rete in un periodo di 12 mesi.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Trattamento Ambulatoriale per Disturbo da Uso di Sostanze</b></p> <p>Visite individuali e di gruppo.</p> <p>Il membro deve essere in grado di auto-riferirsi per una valutazione da parte di un fornitore di rete in un periodo di 12 mesi.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Servizi di cura personale (PCS)</b></p> <p>Copre la fornitura di assistenza medica necessaria con attività come l'igiene personale; vestirsi e nutrirsi; supporto nutrizionale e ambientale come la preparazione dei pasti e le pulizie.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

<b>Servizi coperti per lei</b>	<b>Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi</b>
I servizi devono essere essenziali per mantenere la salute e la sicurezza dei membri nella propria casa.	<b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b>
<p><b>Servizi di risposta alle emergenze personali (PERS)</b></p> <p>PERS è un dispositivo elettronico che consente alle persone di ottenere aiuto in un'emergenza fisica, emotiva o ambientale.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Servizi di assistenza infermieristica privata</b></p> <p>Deve essere fornito da un'infermiera professionale registrata (RN) o un'infermiera pratica autorizzata (LPN) in possesso di una licenza e di una registrazione attuale del Dipartimento dell'Istruzione di New York. I servizi possono essere forniti tramite un'agenzia sanitaria domiciliare certificata approvata, un'agenzia di assistenza domiciliare autorizzata o un professionista privato.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Dispositivi protesici e ortopedici</b></p> <p>Dispositivi (diversi da quelli dentali) che sostituiscono in tutto o in parte una parte o una funzione del corpo. Questi includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: borse per colostomia e forniture direttamente correlate alla cura della colostomia, pacemaker, tutori, scarpe protesiche, arti artificiali e protesi mammarie (inclusa una brassiere chirurgica dopo una mastectomia).</p> <p>Include alcune forniture relative ai dispositivi protesici.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Servizi di riabilitazione ambulatoriale</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <p>Terapia fisica e occupazionale</p> <p>Logopedia</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Cura diurna sociale</b></p> <p>Programma completo strutturato che fornisce socializzazione, supervisione, monitoraggio, cura personale e nutrizione in un ambiente protettivo durante qualsiasi parte della giornata. Può includere assistenza con ADL, gestione dei casi e trasporto.</p> <p>Copertura basata su necessità mediche.</p>	<p>Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
<b>Sostegni sociali e ambientali</b> Include servizi e articoli per supportare le esigenze mediche. Può includere attività di manutenzione della casa, servizi domestici/di pulizia, miglioramento dell'alloggio e assistenza di sollievo.	Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio.  <b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b>

### SEZIONE 3 Quali servizi sono coperti da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?

#### Sezione 3.1 Servizi *non* coperti da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Esistono alcuni servizi coperti da Medicaid che Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) non copre. È possibile ottenere questi servizi da qualsiasi fornitore che accetta Medicaid utilizzando la propria Medicaid Benefit Card. In caso di domande sul fatto che un sussidio sia coperto da Senior Whole Health of New York NHC o Medicaid, contattare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (TTY 711).

I seguenti servizi non sono coperti da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ma sono disponibili attraverso Medicaid:

- Servizi di pianificazione familiare fuori rete ai sensi delle disposizioni di accesso diretto,
- Sussidi Medicaid Pharmacy come consentito dalla legge statale (categorie di farmaci selezionate escluse dal sussidio Medicare Parte D),
- Programmi di trattamento di mantenimento con metadone,
- Servizi di riabilitazione forniti ai residenti di residenze comunitarie con licenza OMH (CR) e programmi di trattamento basati sulla famiglia,
- Ufficio per le persone con servizi di disabilità dello sviluppo,
- Gestione completa dei casi Medicaid,
- Terapia direttamente osservata (DOT) per la malattia da tubercolosi,

### SEZIONE 4 Quali servizi sono non coperti dal piano?

#### Sezione 4.1 Servizi *non* coperti dal piano

Questa sezione indica quali servizi sono esclusi.

Il grafico seguente descrive alcuni servizi e articoli che non sono coperti dal piano a nessuna condizione o che sono coperti solo a condizioni specifiche.

Se si ottengono servizi esclusi (non coperti), è necessario pagarli da soli se non alle condizioni specifiche elencate di seguito. Anche se riceve i servizi esclusi in una struttura di emergenza, i servizi esclusi non sono comunque

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

coperti e il nostro piano non li pagherà. L'unica eccezione è se il servizio è oggetto di ricorso e deciso: su ricorso essere un servizio medico che avremmo dovuto pagare o coprire a causa della sua situazione specifica. (Per informazioni sul ricorso contro una decisione che abbiamo preso di non coprire un servizio medico, consultare il Capitolo 9, Sezione 6.3 del presente documento.)

Servizi non coperti da Medicare	Non coperto in nessuna condizione	Coperto solo a condizioni specifiche
Chirurgia o procedure estetiche		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coperto in caso di lesioni accidentali o per migliorare il funzionamento di un membro del corpo malformato.</li> <li>• Coperto per tutte le fasi di ricostruzione di un seno dopo una mastectomia, così come per il seno inalterato per produrre un aspetto simmetrico.</li> </ul>
<p>Assistenza custodiale</p> <p>L'assistenza custodiale è l'assistenza della persona che non richiede l'attenzione continua di personale medico o paramedico qualificato, come la cura che l'aiuta nelle attività della vita quotidiana, come fare il bagno o vestirla.</p>	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	
<p>Procedure mediche e chirurgiche sperimentali, attrezzature e farmaci.</p> <p>Le procedure e gli articoli sperimentali sono quegli articoli e procedure determinati da Original Medicare per non essere generalmente accettati dalla comunità medica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Può essere coperto da Original Medicare nell'ambito di uno studio di ricerca clinica approvato da Medicare o dal nostro piano.</li> </ul> <p>(Vedere il Capitolo 3, Sezione 5 per ulteriori informazioni sugli studi di ricerca clinica.)</p>
Spese addebitate per l'assistenza dai parenti stretti o dai membri del nucleo familiare.	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	
Assistenza infermieristica a tempo pieno a domicilio.	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	
Pasti a domicilio		<b>Coperto da Medicaid.</b>
Servizi di casalinga, compresa l'assistenza domestica di base, come la pulizia leggera o la preparazione di pasti leggeri.		<b>Coperto da Medicaid.</b>

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

<b>Servizi non coperti da Medicare</b>	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	<b>Coperto solo a condizioni specifiche</b>
Servizi di naturopatia (utilizza trattamenti naturali o alternativi).	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	
Scarpe ortopediche o dispositivi di supporto per i piedi		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scarpe che fanno parte di un tutore per le gambe e sono incluse nel costo del tutore. Scarpe ortopediche o terapeutiche per persone con malattia del piede diabetico.</li> </ul>
Oggetti personali nella sua stanza in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata, come un telefono o un televisore.	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	
Stanza privata in un ospedale.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coperto solo quando necessario dal punto di vista medico.</li> </ul>
Inversione delle procedure di sterilizzazione e/o dei prodotti contraccettivi non soggetti a prescrizione.	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	
Cure chiropratiche di routine		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipolazione manuale della colonna vertebrale per correggere una sublussazione è coperta.</li> </ul>
Cure dentistiche di routine, come pulizie, otturazioni o protesi dentarie.	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	
Cheratomia radiale, chirurgia LASIK e altri ausili per ipovedenti.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'esame della vista e un paio di occhiali (o lenti a contatto) sono coperti per le persone dopo l'intervento di cataratta.</li> <li>• Questo piano offre una copertura visiva aggiuntiva. Vedere "Oculistica" nella Tabella dei sussidi, sezione 2.1 di questo capitolo per ulteriori informazioni.</li> </ul>
Cura dei piedi di routine		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcune coperture limitate fornite secondo le linee guida Medicare (ad es., se ha il diabete).</li> </ul>
Esami uditivi di routine, apparecchi acustici o esami per adattarli agli apparecchi acustici.		Coperto da Medicaid.

**Capítulo 4 Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)**

---

<b>Servizi non coperti da Medicare</b>	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	<b>Coperto solo a condizioni specifiche</b>
Servizi considerati non ragionevoli e necessari, secondo gli standard Medicare originali	<b>Non coperto in nessuna condizione</b>	

# CAPÍTULO 5:

*Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica*

*Parte D*

## Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D



### Come è possibile ottenere informazioni sui costi dei farmaci?

Poiché ha diritto a Medicaid, ha diritto e sta ricevendo "Extra Help" da Medicare per pagare i costi del suo piano di prescrizione di farmaci. Poiché fa parte del programma "Extra Help", **alcune informazioni contenute in questa Prova di copertura sui costi per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D non sono applicabili**. Le abbiamo inviato un inserto separato, chiamato *Prova di copertura Postilla per le persone che ricevono "Extra Help" per il pagamento dei farmaci da prescrizione* (noto anche come *Postilla di sussidio per le persone a basso reddito* o *Postilla LIS*), che la informa sulla sua copertura farmacologica. Se non dispone di questo inserto, la preghiamo di chiamare il Servizio per i Membri e di richiedere la *Postilla LIS*.

## SEZIONE 1 Introduzione

Questo capitolo **spiega le regole per l'utilizzo della copertura per i farmaci della Parte D**. Consultare il Capitolo 4 per i benefici dei farmaci Medicare Parte B e i benefici dei farmaci hospice.

Oltre ai farmaci coperti da Medicare, alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica sono coperti per lei dai suoi sussidi Medicaid.

Per ulteriori informazioni sulla copertura dei farmaci di Medicaid, contatti il suo ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

### Sezione 1.1 Regole di base per la copertura farmacologica della Parte D del piano

Il piano coprirà generalmente i suoi farmaci purché segua queste regole di base:

- È necessario che un fornitore (un medico, un dentista o un altro prescrittore) le scriva una prescrizione che deve essere valida ai sensi della legge statale applicabile.
- Il suo medico prescrittore non deve essere presente negli elenchi di esclusione o preclusione di Medicare.
- Generalmente è necessario utilizzare una farmacia di rete per compilare la prescrizione. (Si veda la Sezione 2 di questo capitolo). In alternativa, è possibile riempire la prescrizione attraverso i servizi di vendita per corrispondenza del piano.
- Il suo farmaco deve essere incluso nell'*Elenco dei farmaci coperti (Prontuario)* del piano (lo chiamiamo Elenco dei farmaci in breve). (Si veda la Sezione 3 di questo capitolo).
- Il farmaco deve essere utilizzato per un'indicazione clinicamente accettata. Una "indicazione accettata dal punto di vista medico" è un uso del farmaco approvato dalla Food and Drug Administration o supportato da determinati riferimenti. (Per ulteriori informazioni sulle indicazioni mediche accettate, consultare la Sezione 3 del presente capitolo).
- I farmaci potrebbero richiedere un'approvazione prima di essere coperti. (Per ulteriori informazioni sulle limitazioni della copertura, consulti la sezione 4 del presente capitolo).

---

## **SEZIONE 2 Compilare la prescrizione presso una farmacia di rete o tramite il servizio di vendita per corrispondenza del piano**

---

### **Sezione 2.1 Utilizzare una farmacia di rete**

Nella maggior parte dei casi, le prescrizioni sono coperte *solo* se vengono ritirate presso le farmacie della rete del piano. (Vedere la Sezione 2.5 per informazioni su quando copriremo le prescrizioni compilate nelle farmacie fuori rete.)

Una farmacia di rete è una farmacia che ha un contratto con il piano per fornire i farmaci da prescrizione coperti. Il termine farmaci coperti indica tutti i farmaci da prescrizione della Parte D che sono nell'Elenco dei farmaci del piano.

### **Sezione 2.2 Farmacie di rete**

#### **Come trova una farmacia di rete nella Sua zona?**

Per trovare una farmacia in rete, è possibile consultare l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie*, visitare il nostro sito Web ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) e/o chiamare il Servizio per i Soci.

È possibile recarsi presso una qualsiasi delle farmacie della nostra rete.

#### **Cosa succede se la farmacia che ha usato lascia la rete?**

Se la farmacia che ha usato lascia la rete del piano, dovrà trovare una nuova farmacia che è nella rete. Per trovare un'altra farmacia nella Sua zona, può ottenere aiuto dal Servizio per i Soci o utilizzare l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie*. È inoltre possibile trovare informazioni sul nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

#### **Cosa succede se ha bisogno di una farmacia specializzata?**

Alcune prescrizioni devono essere compilate presso una farmacia specializzata. Le farmacie specializzate includono:

- Farmacie che forniscono farmaci per la terapia infusione domiciliare.
- Farmacie che forniscono farmaci per i residenti di una struttura di assistenza a lungo termine (LTC). Di solito, una struttura LTC (come una casa di cura) ha una propria farmacia. In caso di difficoltà ad accedere ai sussidi della Parte D in una struttura LTC, contattare il Servizio per i Soci.
- Farmacie che servono l'Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (non disponibile a Porto Rico). Tranne in caso di emergenza, solo i nativi americani o i nativi dell'Alaska hanno accesso a queste farmacie nella nostra rete.
- Farmacie che distribuiscono farmaci che sono limitati dalla FDA a determinate località o che richiedono una gestione speciale, il coordinamento del fornitore o la formazione sul loro uso. Per individuare una farmacia specializzata, consultare l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) o chiamare il Servizio per i Soci.

### **Sezione 2.3 Utilizzo del servizio di vendita per corrispondenza del piano**

Per determinati tipi di farmaci, è possibile utilizzare il servizio di vendita per corrispondenza di rete del piano. In generale, i farmaci forniti per corrispondenza sono farmaci che si assumono regolarmente, per una condizione

**Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D**

---

medica cronica o a lungo termine. I farmaci che *non* sono disponibili attraverso il servizio di vendita per corrispondenza del piano sono contrassegnati come **NM** nel nostro Elenco dei farmaci.

Il servizio di vendita per corrispondenza del nostro piano consente di ordinare **fino a una fornitura di 100 giorni**.

Per ottenere moduli d'ordine e informazioni sulla compilazione delle Sue prescrizioni per posta, chiami il Servizio per i Soci o visiti il nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Di solito un ordine di farmacia per corrispondenza le verrà consegnato in non più di 14 giorni. In caso di necessità urgente o di ritardi, si prega di contattare il Servizio per i Soci per ricevere assistenza nella fornitura temporanea della prescrizione.

**Nuove prescrizioni che la farmacia riceve direttamente dallo studio del Suo medico.**

Dopo che la farmacia riceve una prescrizione da un fornitore di assistenza sanitaria, la contatterà per vedere se desidera che il farmaco venga riempito immediatamente o in un secondo momento. È importante rispondere ogni volta che si viene contattati dalla farmacia, per far sapere se spedire, ritardare o interrompere la nuova prescrizione.

**Ricariche su prescrizioni per corrispondenza.** Per le ricariche dei Suoi farmaci, ha la possibilità di iscriversi a un programma di ricarica automatica. Nell'ambito di questo programma inizieremo a elaborare automaticamente la Sua prossima ricarica quando i nostri registri mostrano che dovrebbe essere vicino all'esaurimento del Suo farmaco. La farmacia La contatterà prima di spedire ogni ricarica per assicurarle di aver bisogno di più farmaci e potrà annullare le ricariche programmate se ne ha abbastanza o se il farmaco è cambiato.

Se sceglie di non utilizzare il nostro programma di ricarica automatica, ma desidera comunque che la farmacia per corrispondenza le invii la Sua prescrizione, contatti la Sua farmacia 14 giorni prima che la Sua prescrizione attuale si esaurisca. Ciò garantirà che il Suo ordine le sia spedito in tempo.

Per rinunciare al nostro programma che prepara automaticamente le ricariche per corrispondenza, chiami il Servizio per i Soci o visiti il nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

<b>Sezione 2.4 Come è possibile ottenere una fornitura a lungo termine di farmaci?</b>
--

Il piano offre due modi per ottenere una fornitura a lungo termine (chiamata anche fornitura estesa) di farmaci di mantenimento nell'Elenco dei farmaci del nostro piano. (I farmaci di mantenimento sono farmaci che si assumono regolarmente, per una condizione medica cronica o a lungo termine.)

1. Alcune farmacie al dettaglio della nostra rete consentono di ottenere una fornitura a lungo termine di farmaci di mantenimento. *L'elenco dei fornitori/delle farmacie* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) indica quali farmacie della nostra rete possono fornirle una fornitura a lungo termine di farmaci di mantenimento. È inoltre possibile chiamare il Servizio per i Soci per ulteriori informazioni
2. È inoltre possibile ricevere farmaci di manutenzione tramite il nostro programma di vendita per corrispondenza. Si prega di consultare la Sezione 2.3 per maggiori informazioni.

## Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D

### Sezione 2.5 Quando è possibile utilizzare una farmacia che non è nella rete del piano?

#### La sua prescrizione potrebbe essere coperta in determinate situazioni

Generalmente, copriamo i farmaci riempiti in una farmacia fuori rete *solo* quando non si è in grado di utilizzare una farmacia di rete. Per aiutarla, abbiamo farmacie in rete al di fuori della nostra area di servizio dove può ottenere le sue prescrizioni compilate come membro del nostro piano. **Si prega di verificare prima con il Servizio per i Membri** per vedere se c'è una farmacia di rete nelle vicinanze. Lei potrebbe essere tenuto a pagare la differenza tra il costo del farmaco pagato dalla farmacia fuori rete e quello coperto da una farmacia in rete.

Ecco le circostanze in cui copriremmo le prescrizioni compilate in una farmacia fuori rete:

- Se la prescrizione è correlata a cure urgenti
- Se queste prescrizioni sono relative alla cura di un'emergenza medica
- La copertura sarà limitata a una fornitura di 31 giorni a meno che la prescrizione non sia scritta per meno.

#### Come si richiede il rimborso dal piano?

Se è necessario utilizzare una farmacia fuori rete, in genere si dovrà pagare l'intero costo al momento della compilazione della prescrizione. Può chiederci di rimborsarla. (Il Capitolo 6, Sezione 2 spiega come chiedere il rimborso al piano.)

## SEZIONE 3 I suoi farmaci devono essere nell'Elenco dei farmaci del piano

### Sezione 3.1 L'Elenco dei Farmaci indica quali farmaci della Parte D sono coperti

Il piano ha un *elenco di farmaci coperti (prontuario)*. In questa *Prova di Copertura*, **lo chiamiamo Elenco dei Farmaci in breve**.

I farmaci di questo elenco sono selezionati dal piano con l'aiuto di un team di medici e farmacisti. L'elenco soddisfa i requisiti di Medicare ed è stato approvato da Medicare.

L'Elenco dei farmaci include i farmaci coperti da Medicare Parte D. Oltre ai farmaci coperti da Medicare, alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica sono coperti per Lei dai Suoi sussidi Medicaid. Per ulteriori informazioni sulla copertura dei farmaci di Medicaid, contatti il Suo ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

Copriremo generalmente un farmaco nell'Elenco dei farmaci del piano purché segua le altre regole di copertura spiegate in questo capitolo e il farmaco utilizzato sia un'indicazione accettata dal punto di vista medico.

Un'indicazione accettata dal punto di vista medico è un uso del farmaco che è:

- Approvato dalla Food and Drug Administration per la diagnosi o la condizione per la quale viene prescritto, o
- Supportato da alcuni riferimenti, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il Micromedex DRUGDEX Information System.

L'Elenco dei farmaci comprende farmaci di marca, farmaci generici e prodotti biologici (che possono includere i biosimilari).

**Capitolo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D**

---

Un farmaco di marca è un farmaco da prescrizione che viene venduto con un nome registrato di proprietà del produttore del farmaco. I prodotti biologici sono farmaci più complessi di quelli tipici. Nell'Elenco dei farmaci, quando ci riferiamo ai farmaci, questo potrebbe significare un farmaco o un prodotto biologico.

Un farmaco generico è un farmaco da prescrizione che ha gli stessi principi attivi del farmaco di marca. I prodotti biologici hanno alternative chiamate biosimilari. Generalmente, i generici e i biosimilari funzionano altrettanto bene del farmaco di marca o del prodotto biologico originale e di solito costano meno. Sono disponibili sostituti generici per molti farmaci di marca e alternative biosimilari per alcuni prodotti biologici originali. Alcuni biosimilari sono intercambiabili e, a seconda della legge statale, possono essere sostituiti al prodotto biologico originale in farmacia senza bisogno di una nuova prescrizione, proprio come i farmaci generici possono essere sostituiti ai farmaci di marca.

Per le definizioni dei tipi di farmaci che possono essere inseriti nell'Elenco dei farmaci, vedere il Capitolo 11.

**Farmaci da banco**

Il nostro piano copre anche alcuni farmaci da banco. Alcuni farmaci da banco sono meno costosi di quelli da prescrizione e funzionano altrettanto bene. Per ulteriori informazioni, chiami il Servizio per i Soci.

**Cosa non è incluso nell'Elenco dei Farmaci?**

Il piano non copre tutti i farmaci soggetti a prescrizione medica.

- In alcuni casi, la legge non consente a nessun piano Medicare di coprire determinati tipi di farmaci. (Per ulteriori informazioni, consultare la sezione 7.1 di questo capitolo).
- In altri casi, abbiamo deciso di non includere un particolare farmaco nell'Elenco dei farmaci. In alcuni casi, potrebbe essere in grado di ottenere un farmaco che non è incluso nell'Elenco dei farmaci. (Per ulteriori informazioni, vedere il Capitolo 8.)

<b>Sezione 3.2 Come si può scoprire se un farmaco specifico è incluso nell'Elenco dei farmaci?</b>
--

Ci sono 4 modi per scoprirlo:

1. Controllare l'Elenco dei farmaci più recente che abbiamo fornito elettronicamente.
2. Visitare il sito Web del piano ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)). L'Elenco dei farmaci sul sito web è sempre la risorsa più aggiornata.
3. Chiamare i Servizi per i Soci per scoprire se un particolare farmaco è incluso nell'Elenco dei farmaci del piano o per richiedere una copia dell'elenco.
4. Utilizzare lo Strumento di sussidio in tempo reale del piano ([Caremark.com](http://Caremark.com) o chiamando il Servizio per i Soci). Con questo strumento è possibile cercare i farmaci nell'Elenco dei farmaci per vedere una stima di quanto si pagherà e se ci sono farmaci alternativi nell'Elenco dei farmaci che potrebbero trattare la stessa condizione.

---

## **SEZIONE 4 Ci sono restrizioni sulla copertura per alcuni farmaci**

---

### **Sezione 4.1 Perché alcuni farmaci hanno restrizioni?**

Per alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica, regole speciali limitano come e quando il piano li copre. Un team di medici e farmacisti ha sviluppato queste regole per incoraggiare lei e il suo medico a utilizzare i farmaci nel modo più efficace. Per scoprire se una di queste restrizioni si applica a un farmaco che si assume o si desidera assumere, controllare l'Elenco dei farmaci. Se un farmaco sicuro e a basso costo funzionerà altrettanto bene dal punto di vista medico come un farmaco a costo più elevato, le regole del piano sono progettate per incoraggiare lei e il suo fornitore a utilizzare quell'opzione a basso costo.

Si prega di notare che a volte un farmaco può apparire più di una volta nel nostro Elenco dei farmaci. Questo perché gli stessi farmaci possono differire in base alla forza, alla quantità o alla forma del farmaco prescritto dal medico e possono essere applicate diverse restrizioni o condivisione dei costi alle diverse versioni del farmaco (ad esempio, 10 mg contro 100 mg; uno al giorno contro due al giorno; compressa contro liquido).

### **Sezione 4.2 Che tipo di restrizioni?**

Le sezioni seguenti forniscono ulteriori informazioni sui tipi di restrizioni che utilizziamo per determinati farmaci.

**Se esiste una restrizione per il suo farmaco, di solito significa che lei o il suo fornitore dovrete adottare ulteriori misure per consentirci di coprire il farmaco.** Contattare il Servizio per i Membri per sapere cosa è necessario fare per ottenere la copertura per il farmaco. Se desidera che rinunciamo alla limitazione per lei, dovrà utilizzare il processo decisionale di copertura e chiederci di fare un'eccezione. Possiamo o non possiamo accettare di rinunciare alla restrizione per lei. (Vedere Capitolo 8).

#### **Ottenere l'approvazione del piano in anticipo**

Per alcuni farmaci, lei o il suo fornitore dovrete ottenere l'approvazione dal piano prima che accettiamo di coprire il farmaco per lei. Si tratta di **un'autorizzazione preventiva**. Questo viene messo in atto per garantire la sicurezza dei farmaci e aiutare a guidare l'uso appropriato di determinati farmaci. Se non si ottiene questa approvazione, il farmaco potrebbe non essere coperto dal piano.

#### **Provare prima un farmaco diverso**

Questo requisito incoraggia a provare farmaci meno costosi ma di solito altrettanto efficaci prima che il piano copra un altro farmaco. Ad esempio, se il farmaco A e il farmaco B trattano la stessa condizione medica e il farmaco A è meno costoso, il piano potrebbe richiedere di provare prima il farmaco A. Se il Farmaco A non funziona per lei, il piano coprirà quindi il Farmaco B. Questo requisito per provare prima un farmaco diverso è chiamato **terapia graduale**.

#### **Limiti di quantità**

Per alcuni farmaci, limitiamo la quantità di un farmaco che è possibile ottenere ogni volta che si riempie la prescrizione. Ad esempio, se è normalmente considerato sicuro assumere solo una pillola al giorno per un determinato farmaco, possiamo limitare la copertura per la prescrizione a non più di una pillola al giorno.

---

## **SEZIONE 5 Cosa succede se uno dei suoi farmaci non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto?**

---

<b>Sezione 5.1</b>	<b>Ci sono cose che può fare se il suo farmaco non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto</b>
--------------------	---

Ci sono situazioni in cui c'è un farmaco soggetto a prescrizione che stai assumendo, o uno che lei e il suo fornitore pensate di dover assumere, che non è nel nostro prontuario o è nel nostro prontuario con restrizioni. Ad esempio:

- Il farmaco potrebbe non essere affatto coperto. O forse una versione generica del farmaco è coperta, ma la versione di marca che si desidera assumere non è coperta.
- Il farmaco è coperto, ma ci sono regole o restrizioni aggiuntive sulla copertura per quel farmaco, come spiegato nella Sezione 4.
- Ci sono cose che può fare se il suo farmaco non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto. **Se il suo farmaco non è incluso nell'"Elenco dei farmaci" o se il suo farmaco è soggetto a restrizioni, vada alla Sezione 5.2 per sapere cosa può fare.**

<b>Sezione 5.2</b>	<b>Cosa può fare se il suo farmaco non è incluso nell'Elenco dei farmaci o se il farmaco è limitato in qualche modo?</b>
--------------------	--

Se il suo farmaco non è incluso nell'Elenco dei farmaci o è soggetto a restrizioni, ecco le opzioni:

- Potrebbe essere in grado di ottenere una fornitura temporanea del farmaco.
- È possibile passare a un altro farmaco.
- È possibile richiedere un'**eccezione** e chiedere che il piano copra il farmaco o rimuovere le restrizioni dal farmaco.

### **Potrebbe essere in grado di ottenere una fornitura temporanea**

In determinate circostanze, il piano deve fornire una fornitura temporanea di un farmaco che sta già assumendo. Questa fornitura temporanea le dà il tempo di parlare con il suo fornitore delle modifiche apportate.

Per essere idoneo a una fornitura temporanea, il farmaco che ha assunto **non deve più essere nell'Elenco dei farmaci del piano O è ora limitato in qualche modo.**

- **Se è un nuovo membro**, copriremo una fornitura temporanea del suo farmaco durante i primi **90 giorni** di adesione al piano.
- **Se era nel piano l'anno scorso**, copriremo una fornitura temporanea del suo farmaco durante i primi **90 giorni** dell'anno solare.
- Questa fornitura temporanea sarà per un massimo di 31 giorni. Se la prescrizione viene scritta per meno giorni, consentiremo a più riempimenti di fornire fino a un massimo di 31 giorni di fornitura di farmaci. La prescrizione deve essere compilata presso una farmacia di rete. (Si prega di notare che la farmacia di assistenza a lungo termine può fornire il farmaco in piccole quantità alla volta per evitare sprechi.)
- **Per quei membri che sono stati nel piano per più di 90 giorni e risiedono in una struttura di assistenza a lungo termine e hanno bisogno di una fornitura immediata:**

**Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D**

---

Copriremo una fornitura di emergenza di 31 giorni di un particolare farmaco, o meno se la sua prescrizione è scritta per meno giorni. Questo è in aggiunta alla fornitura temporanea di cui sopra.

- Se è un nuovo residente di una struttura LTC e è stato iscritto al nostro piano per più di 90 giorni e ha bisogno di un farmaco che non è nel nostro prontuario o è soggetto ad altre restrizioni, come la terapia a gradini o limiti di quantità (limiti di dosaggio), copriremo una fornitura di emergenza temporanea di 31 giorni di quel farmaco (a meno che la prescrizione non sia per un minor numero di giorni) mentre il membro persegue un'eccezione del prontuario. Sono disponibili eccezioni in situazioni in cui si verifica un cambiamento nel livello di assistenza che si sta ricevendo che richiede anche il passaggio da una struttura o da un centro di trattamento a un altro. In tali circostanze, avrebbe diritto a un'eccezione temporanea di riempimento una tantum anche se non è nei primi 90 giorni come membro del piano. Si prega di notare che la nostra politica di transizione si applica solo a quei farmaci che sono "Parte D" e acquistati presso una farmacia di rete. La politica di transizione non può essere utilizzata per acquistare un farmaco non della Parte D o un farmaco fuori rete, a meno che lei non abbia i requisiti per l'accesso fuori rete.

Per domande su una fornitura temporanea, chiamare il Servizio per i Membri.

**Durante il periodo in cui si utilizza una fornitura temporanea di un farmaco, è necessario parlare con il proprio fornitore per decidere cosa fare quando la fornitura temporanea si esaurisce. Ha due opzioni:**

**1) È possibile passare a un altro farmaco**

Parli con il suo fornitore se esiste un farmaco diverso coperto dal piano che potrebbe funzionare altrettanto bene per lei. Può chiamare il Servizio per i Membri per richiedere un elenco di farmaci coperti che trattano la stessa condizione medica. Questo elenco può aiutare il suo fornitore a trovare un farmaco coperto che potrebbe funzionare per lei.

**2) Può chiedere una deroga**

**Lei e il suo fornitore potete chiedere al piano di fare un'eccezione e coprire il farmaco nel modo in cui vorreste che fosse coperto.** Se il suo fornitore afferma che ha motivi medici che giustificano la richiesta di un'eccezione, il suo fornitore può aiutarla a richiedere una deroga. Ad esempio, è possibile chiedere al piano di coprire un farmaco anche se non è incluso nell'Elenco dei farmaci del piano. Oppure è possibile chiedere al nostro piano di fare una deroga e coprire il suo farmaco senza restrizioni.

Se è un membro attuale e un farmaco che sta assumendo sarà rimosso dal prontuario o limitato in qualche modo per il prossimo anno, le comunicheremo qualsiasi cambiamento prima del nuovo anno. Può chiedere un'eccezione prima del prossimo anno e le forniremo una risposta entro 72 ore dalla ricezione della sua richiesta (o della dichiarazione di supporto del suo medico prescrittore). Se approviamo la sua richiesta, autorizzeremo la copertura prima che la modifica abbia effetto.

Se lei e il suo fornitore volete chiedere un'eccezione, il Capitolo 8, Sezione 7.4 vi dice cosa fare. Spiega le procedure e le scadenze che sono state stabilite da Medicare per garantire che la sua richiesta sia gestita in modo tempestivo ed equo.

---

**SEZIONE 6 Cosa succede se la sua copertura cambia per uno dei suoi farmaci?**

---

**Sezione 6.1 L'Elenco dei farmaci può cambiare nel corso dell'anno**

La maggior parte dei cambiamenti nella copertura farmacologica si verifica all'inizio di ogni anno (1° gennaio). Tuttavia, durante l'anno, il piano può apportare alcune modifiche all'"Elenco dei farmaci". Ad esempio, il piano potrebbe:

- **Aggiungere o rimuovere farmaci dall'Elenco dei farmaci.**
- **Aggiungere o rimuovere una restrizione sulla copertura per un farmaco.**
- **Sostituire un farmaco di marca con una versione generica del farmaco.**
- **Sostituire un prodotto biologico originale con una versione biosimilare intercambiabile del prodotto biologico.**

Dobbiamo seguire i requisiti di Medicare prima di modificare l'Elenco dei farmaci del piano.

Per le definizioni dei tipi di farmaci trattati in questo capitolo, vedere il Capitolo 11.

**Sezione 6.2 Cosa succede se cambia la copertura per un farmaco che sta assumendo?****Informazioni sulle modifiche alla copertura farmacologica**

Quando si verificano modifiche all'Elenco dei farmaci, pubblichiamo informazioni su tali modifiche sul nostro sito web. Inoltre, aggiorniamo regolarmente il nostro Elenco dei farmaci online. Questa sezione descrive i tipi di modifiche che possiamo apportare all'Elenco dei farmaci e quando riceverà una notifica diretta se sono state apportate modifiche a un farmaco che sta assumendo.

**Modifiche all'Elenco dei farmaci che la riguardano durante l'anno di piano in corso.**

- **Aggiunta di nuovi farmaci all'Elenco dei farmaci e rimozione o modifica immediata di un farmaco simile nell'Elenco dei farmaci.**
  - Quando si aggiunge una nuova versione di un farmaco all'Elenco dei farmaci, è possibile rimuovere immediatamente un farmaco simile dall'Elenco dei farmaci, spostare il farmaco simile a un diverso livello di condivisione dei costi, aggiungere nuove restrizioni o entrambe le cose. La nuova versione del farmaco avrà lo stesso livello di condivisione dei costi o un livello più basso e con le stesse restrizioni o meno.
  - Apporteremo queste modifiche immediate solo se stiamo aggiungendo una nuova versione generica di un nome di marca o se stiamo aggiungendo alcune nuove versioni biosimilari di un prodotto biologico originale già presente nell'Elenco dei farmaci.
  - Possiamo apportare queste modifiche immediatamente e comunicarle successivamente, anche se sta assumendo il farmaco che stiamo rimuovendo o modificando. Se sta assumendo il farmaco simile nel momento in cui si effettua la modifica, le comunicheremo ogni specifica modifica apportata.
- **Aggiunta di farmaci all'Elenco dei farmaci e rimozione o modifica di un farmaco simile presente nell'Elenco dei farmaci con preavviso.**
  - Quando si aggiunge un'altra versione di un farmaco all'Elenco dei farmaci, è possibile rimuovere un farmaco simile dall'Elenco dei farmaci, spostarlo a un diverso livello di condivisione dei costi, aggiungere nuove restrizioni o entrambe le cose. La versione aggiunta del farmaco avrà lo stesso livello di condivisione dei costi o un livello più basso e con le stesse restrizioni o meno.

## Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D

- Apporteremo queste modifiche solo se stiamo aggiungendo una nuova versione generica di un farmaco di marca o se stiamo aggiungendo alcune nuove versioni biosimilari di un prodotto biologico originale già presente nell'Elenco dei farmaci.
- La informeremo almeno 30 giorni prima di effettuare la modifica, oppure la informeremo della modifica e copriremo una confezione da 31 giorni della versione del farmaco che sta assumendo.
- **Rimozione di farmaci non sicuri e altri farmaci nell'Elenco dei farmaci che vengono ritirati dal mercato.**
  - A volte un farmaco può essere considerato non sicuro o ritirato dal mercato per un altro motivo. Se ciò accade, possiamo rimuovere immediatamente il farmaco dall'Elenco dei farmaci. Se sta assumendo quel farmaco, glielo comunicheremo dopo aver effettuato la modifica.
- **Apportare altre modifiche ai farmaci presenti nell'Elenco dei farmaci**
  - Potremmo apportare altre modifiche una volta iniziato l'anno che influiscono sui farmaci che sta assumendo. Ad esempio, ci siamo basati sulle avvertenze della FDA o sulle nuove linee guida cliniche riconosciute da Medicare.
  - La informeremo almeno 30 giorni prima di effettuare tali modifica, oppure la informeremo della modifica e copriremo una confezione aggiuntiva da 31 giorni del farmaco che sta assumendo.

Se apportiamo una di queste modifiche a uno dei farmaci che sta assumendo, parli con il Suo medico prescrittore delle opzioni più adatte a Lei, tra cui il passaggio a un altro farmaco per il trattamento della Sua patologia o la richiesta di una decisione di copertura per soddisfare eventuali nuove restrizioni sul farmaco che sta assumendo. Lei o il Suo medico prescrittore potete chiedere un'eccezione per continuare a coprire il farmaco o la versione del farmaco che sta assumendo. Per ulteriori informazioni su come richiedere una decisione di copertura, compresa un'eccezione, consultare il Capitolo 9.

### Modifiche all'Elenco dei farmaci che non la riguardano durante l'attuale anno di piano

Possiamo apportare alcune modifiche all'Elenco dei farmaci che non sono descritte sopra. In questi casi, la modifica non si applicherà a Lei se sta assumendo il farmaco quando viene apportata la modifica; tuttavia, queste modifiche probabilmente la interesseranno a partire dal 1° gennaio del prossimo anno di piano se rimane nello stesso piano.

In generale, le modifiche che non la riguarderanno durante l'anno di piano in corso sono:

- Abbiamo applicato una nuova restrizione sull'uso del Suo farmaco.
- Rimuoviamo il Suo farmaco dall'Elenco dei farmaci.

Se si verifica una di queste modifiche per un farmaco che sta assumendo (ad eccezione del ritiro dal mercato, di un farmaco generico che sostituisce un farmaco di marca o di altre modifiche indicate nelle sezioni precedenti), la modifica non influirà sul Suo uso o sull'importo che paga come quota del costo fino al 1° gennaio dell'anno successivo.

Non le parleremo direttamente di questi tipi di modifiche durante l'anno di piano in corso. Dovrà controllare l'Elenco dei farmaci per il prossimo anno di piano (quando l'elenco è disponibile durante il periodo di iscrizione aperto) per vedere se ci sono modifiche ai farmaci che sta assumendo che avranno un impatto su di Lei durante il prossimo anno di piano.

**Capitolo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D**

---

**SEZIONE 7 Quali tipi di farmaci *non* sono coperti dal piano?**

---

**Sezione 7.1 Tipi di farmaci che non copriamo**

---

Questa sezione spiega quali tipi di farmaci soggetti a prescrizione sono esclusi. Ciò significa che Medicare non paga per questi farmaci.

Se si presenta ricorso e si ritiene che il farmaco richiesto non sia escluso ai sensi della Parte D, lo pagheremo o copriremo. (Per informazioni sull'impugnazione di una decisione, consultare il Capitolo 8.) Se il farmaco escluso dal nostro piano è escluso anche da Medicaid, è necessario pagarlo da soli.

Ecco tre regole generali sui farmaci che i piani farmacologici Medicare non copriranno nella Parte D:

- La copertura farmacologica della Parte D del nostro piano non può coprire un farmaco che sarebbe coperto da Medicare Parte A o Parte B.
- Il nostro piano non può coprire un farmaco acquistato al di fuori degli Stati Uniti o dei Suoi territori.
- Il nostro piano non può coprire l'uso *off-label* di un farmaco quando l'uso non è supportato da riferimenti certi, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il Micromedex DRUGDEX Information System. L'uso *off-label* è qualsiasi uso del farmaco diverso da quelli indicati sull'etichetta di un farmaco approvato dalla Food and Drug Administration.

Inoltre, per legge, le seguenti categorie di farmaci elencate di seguito non sono coperte da Medicare. Tuttavia, alcuni di questi farmaci potrebbero essere coperti per Lei dalla copertura farmacologica Medicaid. Per ulteriori informazioni sulla copertura farmacologica di Medicaid, contattare il Servizio per i Soci o il proprio ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

- Farmaci senza prescrizione medica (chiamati anche farmaci da banco)
  - Farmaci utilizzati per promuovere la fertilità
  - Farmaci utilizzati per il sollievo dei sintomi della tosse o del raffreddore
  - Farmaci utilizzati per scopi cosmetici o per favorire la crescita dei capelli
  - Prescrizione di vitamine e prodotti minerali, ad eccezione delle vitamine prenatali e dei preparati a base di fluoro
  - Farmaci utilizzati per il trattamento della disfunzione sessuale o erettile
  - Farmaci utilizzati per il trattamento dell'anoressia, della perdita di peso o dell'aumento di peso
  - Farmaci ambulatoriali per i quali il produttore cerca di richiedere che i test associati o i servizi di monitoraggio siano acquistati esclusivamente dal produttore come condizione di vendita

**SEZIONE 8 Compilazione di una prescrizione**

---

**Sezione 8.1 Fornisca i dati della Sua iscrizione**

---

Per compilare la Sua prescrizione, fornisca le informazioni sull'iscrizione al piano, che può trovare sulla Sua tessera associativa, presso la farmacia della rete che sceglie. La farmacia della rete fatturerà automaticamente il piano per il Suo farmaco.

**Capitolo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D**

È necessario mostrare la carta d'identità del membro del piano New York Medicaid per compilare le prescrizioni coperte da Medicaid.

**Sezione 8.2 Cosa succede se non ha con lei le informazioni sull'iscrizione?**

Se non hai con Lei le informazioni sull'iscrizione al piano quando compila la prescrizione, Lei o la farmacia potete chiamare il piano per ottenere le informazioni necessarie o potete chiedere alla farmacia di cercare le informazioni di iscrizione al piano.

Se la farmacia non è in grado di ottenere le informazioni necessarie, **potrebbe dover pagare l'intero costo della prescrizione al momento del ritiro.** (Può quindi **chiederci di rimborsarla.** Vedere il Capitolo 6, Sezione 2 per informazioni su come chiedere il rimborso al piano.)

**SEZIONE 9 Parte D copertura farmacologica in situazioni particolari****Sezione 9.1 Cosa succede se si trova in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata per un soggiorno coperto dal piano?**

Se è ricoverato/a in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata per un soggiorno coperto dal piano, generalmente copriremo il costo dei Suoi farmaci da prescrizione durante il Suo soggiorno. Una volta lasciato l'ospedale o la struttura infermieristica qualificata, il piano coprirà i farmaci soggetti a prescrizione purché soddisfino tutte le nostre regole per la copertura descritte in questo Capitolo.

**Sezione 9.2 Cosa succede se risiede in una struttura di assistenza a lungo termine (LTC)?**

Di solito, una struttura di assistenza a lungo termine (LTC) (come una casa di cura) ha una propria farmacia o utilizza una farmacia che fornisce farmaci a tutti i Suoi residenti. Se risiede in una struttura LTC, può ottenere i Suoi farmaci da prescrizione attraverso la farmacia della struttura o quella che utilizza, purché faccia parte della nostra rete.

Controlli l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) per scoprire se la farmacia della Sua struttura LTC o quella che utilizza fa parte della nostra rete. Se non ne fa parte, o se ha bisogno di ulteriori informazioni o assistenza, contatti il Servizio per i Soci. Se si trova in una struttura LTC, siamo tenuti a garantire che sia in grado di ricevere regolarmente i vantaggi della Parte D attraverso la nostra rete di farmacie LTC.

**Cosa succede se risiede in una struttura di assistenza a lungo termine (LTC) e ha bisogno di un farmaco che non è incluso nell'Elenco dei farmaci o è limitato in qualche modo?**

Fare riferimento alla Sezione 5.2 su una fornitura temporanea o di emergenza.

**Sezione 9.3 E se si riceve anche una copertura farmacologica da un datore di lavoro o da un piano collettivo per pensionati?**

Se attualmente dispone di un'altra copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica tramite il Suo datore di lavoro (o il Suo coniuge o partner domestico) o la categoria di pensionati, contatti **l'amministratore dei sussidi**

**Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D**

---

**di tale gruppo.** Questa persona può aiutarla a determinare come la Sua attuale copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica funzionerà con il nostro piano.

In generale, se dispone di una copertura per i dipendenti o per una categoria di pensionati, la copertura dei farmaci offerta da noi sarà *secondaria* rispetto alla copertura di categoria. Ciò significa che la copertura di categoria pagherebbe per prima.

**Nota speciale sulla copertura accreditabile:**

Ogni anno il datore di lavoro o la categoria di pensionati deve inviarle un avviso che indica se la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica per l'anno solare successivo è accreditabile.

Se la copertura del piano di categoria è accreditabile, significa che il piano ha una copertura per i farmaci che si prevede paghi, in media, almeno quanto la copertura standard di Medicare per i farmaci soggetti a prescrizione.

**Conservi questo avviso sulla copertura accreditabile**, perché potrebbe servirle in seguito. Se si iscrive a un piano Medicare che include la copertura dei farmaci della Parte D, potrebbe aver bisogno di questo avviso per dimostrare che ha mantenuto la copertura accreditabile. Se non ha ricevuto l'avviso di copertura accreditabile, ne richieda una copia all'amministratore dei sussidi del Suo datore di lavoro o del piano pensionistico, oppure al datore di lavoro o al sindacato.

**Sezione 9.4 Cosa succede se si trova in un ospizio certificato Medicare?**

Hospice e il nostro piano non coprono lo stesso farmaco allo stesso tempo. Se è iscritto a Medicare hospice e richiede determinati farmaci (ad esempio, farmaci anti-nausea, lassativi, antidolorifici o farmaci anti-ansia) che non sono coperti dal suo hospice perché non sono correlati alla sua malattia terminale e alle condizioni correlate, il nostro piano deve ricevere notifica dal medico prescrittore o dal suo fornitore di hospice che il farmaco non è correlato prima che il nostro piano possa coprire il farmaco. Per evitare ritardi nella ricezione di questi farmaci che dovrebbero essere coperti dal nostro piano, chiedi al Suo fornitore di hospice o al medico prescrittore di fornire una notifica prima che la Sua prescrizione venga compilata.

Nel caso in cui revochi la Sua scelta di hospice o sia dimesso dall'hospice, il nostro piano dovrebbe coprire i Suoi farmaci come spiegato in questo documento. Per evitare ritardi in una farmacia al termine del sussidio Medicare Hospice, portare la documentazione in farmacia per verificare la revoca o la dimissione.

---

**SEZIONE 10 Programmi sulla sicurezza dei farmaci e sulla gestione dei farmaci**

---

**Sezione 10.1 Programmi per aiutare i membri a usare i farmaci in modo sicuro**

Conduciamo revisioni sull'uso di droghe per i nostri membri per assicurarci che ricevano cure sicure e appropriate.

Facciamo una revisione ogni volta che si riempie una prescrizione. Esaminiamo anche i nostri registri su base regolare. Durante queste revisioni, cerchiamo potenziali problemi come:

- Possibili errori terapeutici
- Farmaci che potrebbero non essere necessari perché sta assumendo un altro farmaco simile per trattare la stessa condizione
- Farmaci che potrebbero non essere sicuri o appropriati a causa della sua età o sesso

**Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D**

- Alcune combinazioni di farmaci che potrebbero danneggiarla se assunte allo stesso tempo
- Prescrizioni per farmaci che hanno ingredienti a cui è allergico
- Possibili errori nella quantità (dosaggio) di un farmaco che sta assumendo
- Quantità non sicure di farmaci antidolorifici oppioidi

Se vediamo un possibile problema nell'uso dei farmaci, lavoreremo con il suo fornitore per risolvere il problema.

**Sezione 10.2 Programma di gestione dei farmaci (DMP) per aiutare i membri a utilizzare in modo sicuro i loro farmaci oppioidi**

Abbiamo un programma che aiuta a garantire che i Soci utilizzino in modo sicuro oppioidi da prescrizione e altri farmaci di cui si abusa frequentemente. Questo programma è chiamato Programma di gestione dei farmaci (DMP). Se usa farmaci oppioidi che riceve da diversi prescrittori o farmacie, o se ha avuto un recente sovradosaggio da oppioidi, potremmo parlare con i Suoi medici per assicurarci che l'uso di farmaci oppioidi sia appropriato e necessario dal punto di vista medico. Lavorando con Suoi prescrittori, se decidiamo che il Suo uso di oppioidi o benzodiazepine potrebbe non essere sicuro, potremmo limitare il modo in cui può ottenere tali farmaci. Se la inseriamo nel nostro DMP, le limitazioni potrebbero essere:

- Richiedendole di ottenere tutte le Sue prescrizioni per farmaci oppioidi o benzodiazepine da determinate farmacie
- Richiedendole di ottenere tutte le Sue prescrizioni per farmaci oppioidi o benzodiazepine da determinati prescrittori
- Limitare la quantità di farmaci oppioidi o benzodiazepine che copriremo per Lei

Se abbiamo intenzione di limitare il modo in cui può ottenere questi farmaci o quanto può ottenere, le invieremo una lettera in anticipo. La lettera le dirà se limiteremo la copertura di questi farmaci per Lei o se le verrà richiesto di ottenere le prescrizioni per questi farmaci solo da un medico o una farmacia specifici. Avrà l'opportunità di dirci quali prescrittori o farmacie preferisce utilizzare e qualsiasi altra informazione che ritiene importante per noi conoscere. Dopo aver avuto l'opportunità di rispondere, se decidiamo di limitare la Sua copertura per questi farmaci, le invieremo un'altra lettera a conferma della limitazione. Se ritiene che abbiamo commesso un errore o non è d'accordo con la nostra decisione o con la limitazione, Lei e il Suo medico curante avete il diritto di presentare ricorso. Se fa ricorso, esamineremo il Suo caso e le daremo una nuova decisione. Se continuassimo a rifiutare qualsiasi parte della Sua richiesta relativa alle limitazioni che si applicano al Suo accesso ai farmaci, invieremo automaticamente il Suo caso a un revisore indipendente al di fuori del nostro piano. Vedere il Capitolo 9 per informazioni su come fare ricorso.

Non sarà inserito nel nostro DMP se ha determinate condizioni mediche, come dolore attivo correlato al cancro o anemia falciforme, sta ricevendo cure ospedaliere, palliative o di fine vita o vive in una struttura di assistenza a lungo termine.

**Sezione 10.3 Programma di gestione della terapia farmacologica (MTM) per aiutare i membri a gestire i loro farmaci**

Abbiamo un programma che può aiutare i nostri membri con esigenze sanitarie complesse. Il nostro programma si chiama programma di gestione della terapia farmacologica (MTM). Questo programma è volontario e gratuito. Un team di farmacisti e medici ha sviluppato il programma per noi per fare in modo che i nostri membri traggano il massimo beneficio dai farmaci che assumono.

## Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D

Alcuni membri che soffrono di determinate malattie croniche e assumono farmaci che superano un determinato ammontare di costi per i farmaci o che sono inseriti in un DMP per aiutare i membri a utilizzare gli oppioidi in modo sicuro, possono essere in grado di ottenere servizi attraverso un programma MTM. Se è idoneo per il programma, un farmacista o un altro operatore sanitario le fornirà una revisione completa di tutti i suoi farmaci. Durante la revisione, può parlare dei suoi farmaci, dei suoi costi e di eventuali problemi o domande sulla sua prescrizione e sui farmaci da banco. Riceverà un riepilogo scritto che ha un elenco di cose da fare consigliato che include i passaggi da seguire per ottenere i migliori risultati dai farmaci. Riceverà anche un elenco di farmaci che includerà tutti i farmaci che sta assumendo, quanto ne assume e quando e perché li assume. Inoltre, i membri del programma MTM riceveranno informazioni sullo smaltimento sicuro dei farmaci soggetti a prescrizione medica che sono sostanze controllate.

È una buona idea parlare con il medico della sua lista di cose da fare e di farmaci consigliati. Porti con sé il riepilogo alla sua visita o ogni volta che parla con i suoi medici, farmacisti e altri operatori sanitari. Inoltre, tenga aggiornato il suo elenco di farmaci e con lei (ad esempio, con il suo documento d'identità) nel caso in cui lei vada in ospedale o al pronto soccorso.

Se abbiamo un programma che si adatta alle sue esigenze, la iscriveremo automaticamente al programma e le invieremo informazioni. Se decide di non partecipare, la preghiamo di comunicarcelo e La ritireremo. In caso di domande su questo programma, contattare il Servizio per i Membri.

### SEZIONE 11 Le inviamo rapporti che spiegano i pagamenti per i suoi farmaci e in quale fase di pagamento si trova

#### Sezione 11.1 Le inviamo un riepilogo mensile chiamato *Parte D Spiegazione dei sussidi (Parte D EOB)*

Il nostro piano tiene traccia dei costi dei Suoi farmaci da prescrizione e dei pagamenti che ha effettuato quando riceve le Sue prescrizioni riempite o ricaricate in farmacia. In questo modo, possiamo dirLe quando è passato da una fase di pagamento del farmaco a quella successiva. In particolare, ci sono due tipi di costi di cui teniamo traccia:

- Teniamo traccia di quanto ha pagato. Si tratta delle cosiddette **spese vive**.
- Teniamo traccia dei **costi totali dei farmaci**. Questo è l'importo che paghi di tasca Sua o che altri pagano per Suo conto più l'importo versato dal piano.

Se ha ricevuto una o più prescrizioni compilate attraverso il piano durante il mese precedente, Le invieremo un EOB Parte D. La Parte D EOB comprende:

- **Informazioni per quel mese.** Questo rapporto fornisce i dettagli di pagamento sulle prescrizioni che ha compilato durante il mese precedente. Mostra i costi totali del farmaco, ciò che il piano ha pagato e ciò che Lei e gli altri avete pagato per Suo conto.
- **Totali per l'anno dal 1° gennaio.** Si tratta delle cosiddette informazioni da inizio anno. Mostra i costi totali dei farmaci e i pagamenti totali per i farmaci dall'inizio dell'anno.
- **Informazioni sui prezzi dei farmaci.** Queste informazioni visualizzeranno il prezzo totale del farmaco e le informazioni sugli aumenti di prezzo dal primo riempimento per ogni richiesta di prescrizione della stessa quantità.

**Capítulo 5 Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D**

- **Prescrizioni alternative disponibili a basso costo.** Ciò includerà informazioni su altri farmaci disponibili con una condivisione dei costi inferiore per ciascuna richiesta di prescrizione.

**Sezione 11.2 Ci aiuti a mantenere aggiornate le nostre informazioni sui Suoi pagamenti di farmaci**

Per tenere traccia dei costi dei farmaci e dei pagamenti effettuati per i farmaci, utilizziamo i registri che riceviamo dalle farmacie. Ecco come può aiutarci a mantenere le Sue informazioni corrette e aggiornate:

- **Mostri la Sua tessera associativa ogni volta che riceve una prescrizione.** Questo ci aiuta ad assicurarci di conoscere le prescrizioni che sta compilando e ciò che sta pagando.
- **Si assicuri di avere le informazioni di cui abbiamo bisogno.** Ci sono volte in cui può pagare l'intero costo di un farmaco soggetto a prescrizione medica. In questi casi, non otterremo automaticamente le informazioni di cui abbiamo bisogno per monitorare i Suoi costi diretti. Per aiutarci a tenere traccia dei Suoi costi diretti, la preghiamo di fornirci copie delle Sue ricevute. Ecco alcuni esempi di quando dovrebbe fornirci copie delle Sue ricevute dei farmaci:
  - Quando acquista un farmaco coperto presso una farmacia di rete a un prezzo speciale o utilizza una carta sconto che non fa parte del vantaggio del nostro piano
  - Quando ha effettuato un co-pagamento per farmaci forniti nell'ambito di un programma di assistenza al paziente del produttore di farmaci
  - Ogni volta che ha acquistato farmaci coperti presso farmacie fuori rete o altre volte ha pagato il prezzo intero per un farmaco coperto in circostanze particolari

Se Le viene addebitato un farmaco coperto, può chiedere al nostro piano di pagare la nostra parte del costo. Per istruzioni su come farlo, andare al Capitolo 6, Sezione 2.

- **Ci invii informazioni sui pagamenti che altri hanno effettuato per Lei.** Anche i pagamenti effettuati da altri individui e organizzazioni vengono conteggiati nei costi diretti. Ad esempio, i pagamenti effettuati da un programma di assistenza ai farmaci per l'AIDS (ADAP), dall'Indian Health Service e dalla maggior parte degli enti di beneficenza vengono conteggiati per i costi diretti. Tenga un registro di questi pagamenti e li invii a noi in modo che possiamo monitorare i Suoi costi.
- **Controlli la relazione scritta che le inviamo.** Quando riceve l'EOB della Parte D, lo guardi per essere sicuro che le informazioni siano complete e corrette. Se ritiene che manchi qualcosa o se ha domande, ci chiami al Servizio clienti. I Soci del piano possono accedere ai loro EOB online su [Caremark.com](https://www.caremark.com). Si assicuri di conservare questi rapporti.

# CAPÍTULO 6:

*Chiederci di pagare una fattura che ha  
ricevuto per servizi medici o farmaci  
coperti*

**Capítulo 6 Chiederci di pagare una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti**

---

**SEZIONE 1 Situazioni in cui dovrebbe chiederci di pagare i Suoi servizi o farmaci coperti**

---

I nostri fornitori di rete fatturano direttamente il piano per i Suoi servizi e farmaci coperti: non dovrebbe ricevere una fattura per i servizi o i farmaci coperti. Se riceve una fattura per cure mediche o farmaci che ha ricevuto, deve inviarcì questa fattura in modo che possiamo pagarla. Quando ci invia la fattura, la esamineremo e decideremo se i servizi e i farmaci devono essere coperti. Se decidiamo che dovrebbero essere coperti, pagheremo direttamente il fornitore.

**Se ha già pagato per un servizio Medicare o un articolo coperto dal piano**, può chiedere al nostro piano di rimborsarla (il pagamento è spesso chiamato **rimborso**). È Suo diritto essere rimborsato dal nostro piano ogni volta che ha pagato per servizi medici o farmaci coperti dal nostro piano. Potrebbero esserci scadenze che deve rispettare per essere rimborsato. Consultare la Sezione 2 di questo capitolo. Quando ci invia una fattura che ha già pagato, la esamineremo e decideremo se i servizi o i farmaci devono essere coperti. Se decidiamo che dovrebbero essere coperti, la rimborseremo per i servizi o i farmaci.

Potrebbero anche esserci momenti in cui si riceve una fattura da un fornitore per l'intero costo delle cure mediche ricevute o forse per più della propria quota di condivisione dei costi come discusso in questo documento. Prima provi a risolvere la fattura con il fornitore. Se non funziona, ci invii il conto invece di pagarlo. Esamineremo il conto e decideremo se i servizi devono essere coperti. Se decidiamo che dovrebbero essere coperti, pagheremo direttamente il fornitore. Se decidiamo di non pagarlo, informeremo il fornitore. Non dovrebbe mai pagare più della condivisione dei costi consentita dal piano. Se questo fornitore è sotto contratto, ha ancora il diritto al trattamento.

Ecco alcuni esempi di situazioni in cui potrebbe essere necessario chiedere al nostro piano di rimborsarla o di pagare una bolletta che ha ricevuto:

**1. Quando ha ricevuto cure mediche di emergenza o urgenti da un fornitore che non fa parte della rete del nostro piano**

È possibile ricevere servizi di emergenza o urgenti da qualsiasi fornitore, indipendentemente dal fatto che il fornitore faccia parte o meno della nostra rete. In questi casi, chiedere al fornitore di fatturare il piano.

- Se paga l'intero importo da solo al momento in cui riceve le cure, ci chieda di rimborsarla. Ci invii la fattura, insieme alla documentazione di eventuali pagamenti che ha effettuato.
- Potrebbe ricevere una fattura dal fornitore che chiede il pagamento che pensa di non dover pagare. Ci invii questa fattura, insieme alla documentazione di eventuali pagamenti che ha già effettuato.
  - Se al fornitore è dovuto qualcosa, pagheremo direttamente il fornitore.
  - Se ha già pagato per il servizio, la rimborseremo.

**2. Quando un fornitore di rete Le invia una fattura, pensa di non dover pagare**

I fornitori di rete dovrebbero sempre fatturare il piano direttamente. Ma a volte commettono errori e le chiedono di pagare per i Suoi servizi.

- Ogni volta che riceve una fattura da un fornitore di rete, ci invii la fattura. Contatteremo direttamente il fornitore e risolveremo il problema di fatturazione.
- Se ha già pagato una fattura a un fornitore di rete, ci invii la fattura insieme alla documentazione di qualsiasi pagamento che ha effettuato. Dovrebbe chiederci di rimborsarla per i Suoi servizi coperti.

**Capítulo 6 Chiederci di pagare una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti**

---

**3. In caso di iscrizione retroattiva al nostro piano**

A volte l'iscrizione di una persona al piano è retroattiva. (Ciò significa che il primo giorno della loro iscrizione è già passato. La data di iscrizione potrebbe anche essere avvenuta l'anno scorso.)

Se è stato iscritto retroattivamente al nostro piano e ha pagato di tasca Sua per uno qualsiasi dei Suoi servizi o farmaci coperti dopo la data di iscrizione, può chiederci di rimborsarla. Dovrà presentare documenti come ricevute e fatture per consentirci di gestire il rimborso.

**4. Quando si utilizza una farmacia fuori rete per ottenere una prescrizione compilata**

Se si reca in una farmacia fuori rete, la farmacia potrebbe non essere in grado di presentare la richiesta direttamente a noi. Quando ciò accade, dovrà pagare l'intero costo della Sua prescrizione.

Salvi la ricevuta e ci invii una copia quando ci chiede di rimborsarla. Ricordi che copriamo solo le farmacie fuori rete in circostanze limitate. Vedere il Capitolo 5, Sezione 2.5 per una discussione di queste circostanze. Potremmo non rimborsarle la differenza tra l'importo pagato per il farmaco presso una farmacia non convenzionata e l'importo che pagherebbe presso una farmacia convenzionata.

**5. Quando si paga l'intero costo per una prescrizione perché non si ha con sé la tessera associativa del piano**

Se non ha con sé la tessera di abbonamento al piano, può chiedere alla farmacia di chiamare il piano o di cercare le informazioni di iscrizione al piano. Tuttavia, se la farmacia non riesce a ottenere immediatamente le informazioni di iscrizione di cui ha bisogno, potrebbe dover pagare l'intero costo della prescrizione da solo. Salvi la ricevuta e ci invii una copia quando ci chiede di rimborsarla. Potremmo non rimborsarle l'intero costo pagato se il prezzo in contanti pagato è superiore al prezzo negoziato per la prescrizione.

**6. Quando si paga l'intero costo per una prescrizione in altre situazioni**

Può pagare l'intero costo della prescrizione perché scopre che il farmaco non è coperto per qualche motivo.

- Ad esempio, il farmaco potrebbe non essere nell'Elenco dei farmaci del piano o potrebbe avere un requisito o una restrizione di cui non era a conoscenza o che non ritiene dovrebbe applicarsi a Lei. Se decide di ottenere il farmaco immediatamente, potrebbe dover pagare l'intero costo per esso.
- Salvi la ricevuta e ci invii una copia quando ci chiede di rimborsarla. In alcune situazioni, potremmo aver bisogno di ottenere maggiori informazioni dal Suo medico per rimborsarla del farmaco. Potremmo non rimborsarle l'intero costo se il prezzo in contanti che ha pagato è superiore al prezzo negoziato per la prescrizione.

Quando ci invia una richiesta di pagamento, la esamineremo e decideremo se il servizio o il farmaco devono essere coperti. Si tratta di prendere una decisione sulla copertura. Se decidiamo che dovrebbe essere coperto, pagheremo il servizio o il farmaco. Se rifiutiamo la Sua richiesta di pagamento, può presentare ricorso contro la nostra decisione. Il capitolo 8 di questo documento contiene informazioni su come presentare ricorso.

---

**SEZIONE 2 Come chiederci di rimborsarla o di pagare una bolletta che ha ricevuto**

---

Può chiederci di rimborsarla inviandoci una richiesta per iscritto. Se invia una richiesta per iscritto, invii la fattura e la documentazione di qualsiasi pagamento che ha effettuato. È una buona idea fare una copia della bolletta e delle ricevute. **Deve inviarci la Sua richiesta entro un (1) anno civile** dalla data in cui ha ricevuto il servizio, l'articolo o il farmaco.

## Capítulo 6 Chiederci di pagare una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti

Per assicurarsi di fornirci tutte le informazioni di cui abbiamo bisogno per prendere una decisione, può compilare il nostro modulo di richiesta per effettuare la Sua richiesta di pagamento.

- Non è necessario utilizzare il modulo, ma ci aiuterà a elaborare le informazioni più velocemente.
- Scaricare una copia del modulo dal nostro sito Web ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) o chiamare il Servizio per i Soci e chiedere il modulo.

Ci invii la Sua richiesta di pagamento insieme a eventuali fatture o ricevute pagate a questo indirizzo:

### Rimborsi dei servizi medici:

Senior Whole Health of New York  
All'attenzione di: Medicare Member Services  
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802  
o fax al numero (310) 507-6186

### Rimborsi farmaci da prescrizione:

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

## SEZIONE 3 Prenderemo in considerazione la Sua richiesta di pagamento e diremo sì o no

### Sezione 3.1 Controlliamo se dovremmo coprire il servizio o il farmaco

Quando riceveremo la sua richiesta di pagamento, le faremo sapere se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni da parte sua. In caso contrario, prenderemo in considerazione la sua richiesta e prenderemo una decisione sulla copertura.

- Se decidiamo che l'assistenza medica o il farmaco sono coperti e ha seguito tutte le regole, pagheremo il servizio o il farmaco. Se ha già pagato per il servizio o il farmaco, le invieremo il rimborso. Se ha pagato l'intero costo di un farmaco, potrebbe non essere rimborsato l'intero importo pagato (ad esempio, se il farmaco è stato acquistato in una farmacia fuori rete o se il prezzo in contanti pagato per un farmaco è superiore al prezzo negoziato). Se non ha ancora pagato per il servizio o il farmaco, invieremo il pagamento direttamente al fornitore.
- Se decidiamo che le cure mediche o il farmaco non sono coperti, o se non ha seguito tutte le regole, non pagheremo le cure o il farmaco. Le invieremo una lettera che spiega i motivi per cui non stiamo inviando il pagamento e i suoi diritti di presentare ricorso contro tale decisione.

### Sezione 3.2 Se le diciamo che non pagheremo le cure mediche o il farmaco, può presentare un ricorso

Se ritiene che abbiamo commesso un errore nel rifiutare la Sua richiesta di pagamento o l'importo che stiamo pagando, può presentare un ricorso. Se presenta un ricorso, significa che ci sta chiedendo di modificare la decisione che abbiamo preso quando abbiamo rifiutato la Sua richiesta di pagamento. Il processo di ricorso è un processo

**Capítulo 6 Chiederci di pagare una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti**

---

formale con procedure dettagliate e scadenze importanti. Per i dettagli su come presentare questo ricorso, consultare il Capítulo 8 del presente documento.

# CAPÍTULO 7:

## *I suoi diritti e responsabilità*

**Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità****SEZIONE 1 Il nostro piano deve onorare i Suoi diritti e sensibilità culturali come membro del piano****Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in un modo che sia adatto a lei e coerente con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)**

Il Suo piano deve assicurare che tutti i servizi, clinici e non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi coloro che hanno una conoscenza limitata della lingua inglese, limitate abilità di lettura, incapacità uditive, o coloro che hanno background culturali ed etnici diversi. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità comprendono, senza limitazioni, la fornitura di servizi di traduzione, di interpretariato, digitazione remota o collegamento TTY (telefono con testo o telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei Soci non di lingua inglese. Se necessario, possiamo anche fornire informazioni in braille, a caratteri grandi o in altri formati alternativi, gratuitamente. Siamo tenuti a fornirle informazioni sui vantaggi del piano in un formato accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi che le siano davvero utili, 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 trovasse 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 avesse difficoltà ad ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per aprire una vertenza con i Servizi per i Soci chiamando (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00 ora locale. Gli utenti TTY possono chiamare 711. È anche possibile presentare un reclamo presso Medicare chiamando 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente presso l'Office for Civil Rights (Ufficio per i diritti civili) 1-800-368-1019 o 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).

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

**Capítulo 7 | I suoi diritti e responsabilità**

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 بتسويات بديلة أخرى، إلخ).</b>
------------------	--

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافيًا 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).

**Capítulo 7 | I suoi diritti e responsabilità**

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.

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

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

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

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

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

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

**Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità**

**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 siamo tenuti a 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 interpretariato, telescriventi o connessione tty (telefono con testo o telefono con telescrivente).

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

**Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità**

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 che Le siano davvero utili, 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>
--------------------	---

Notre 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 ATS (téléphone textuel ou téléimprimeur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

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

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

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

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

**Capítulo 7 | I suoi diritti e responsabilità****seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)**

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

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

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

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

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

**סעקציע 1.1 מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאָנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאזו.)**

אייער פֿלאַך איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וּלְ, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט ליענען סקילז, געהער וּמפּ אַ סיק, אַ דער יענע מיט פאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ וּנְדוּ. ביישפילן פון ווי אַ פֿלאַך קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פאדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ רייטער אַ דער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַ דער טעלעטייפֿ רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַרבינדונג.

אונזער פֿלאַך האט פריי יבערזעצער סערוויסעס פאראנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פון ניט-ענגליש בייטןעדט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַ דער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען אַן קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פארלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פון דעם פֿלאַך אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַר אַ סיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

**Capítulo 7 | I suoi diritti e responsabilità**

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 רותין און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

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

אויב איר האט קיין קאנפליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט וואס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאַווויאטור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 711-833-0440-671, מאנטיק-פרייטאג, 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 אַ פֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט 1-800-368-1019 (Office for Civil Rights) 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.

**Capítulo 7 | I suoi diritti e responsabilità****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.

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

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

## Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità

আমাদের প্ল্যানের, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরামর্শ দেওয়া হয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণ বা অন্যান্য বকলিপ 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 বকলিপ প্রদান করা প্রয়োজন।

কোনো বিশেষভাবে 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 প্লানে কল করুন।

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

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

Planit tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara në anglisht, personat me aftësi të kufizuara në lexim, personat me aftësi të 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.

**Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità**

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

## Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità

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 بلا تحدید، 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۔

### Sezione 1.2 Dobbiamo garantire che lei abbia un accesso tempestivo ai suoi servizi e farmaci coperti

Ha il diritto di scegliere un fornitore di assistenza primaria (PCP) nella rete del piano per fornire e organizzare i suoi servizi coperti. Ha anche il diritto di andare da uno specialista della salute delle donne (come un ginecologo) senza un rinvio.

Ha il diritto di ottenere appuntamenti e servizi coperti dalla rete di fornitori del piano *entro un ragionevole lasso di tempo*. Ciò include il diritto di ottenere servizi tempestivi da specialisti quando è necessaria tale assistenza. Ha anche il diritto di ottenere le sue prescrizioni riempite o ricaricate presso una qualsiasi delle farmacie della nostra rete senza lunghi ritardi.

Se pensa di non ricevere le cure mediche o i farmaci della Parte D entro un ragionevole lasso di tempo, il Capitolo 8 spiega cosa può fare.

### Sezione 1.3 Dobbiamo proteggere la privacy delle sue informazioni sanitarie personali

Le leggi federali e statali proteggono la privacy delle sue cartelle cliniche e delle sue informazioni sanitarie personali. Proteggiamo le sue informazioni sanitarie personali come richiesto da queste leggi.

- Le sue informazioni sanitarie personali includono le **informazioni personali** che ci ha fornito al momento dell'iscrizione a questo piano, nonché le sue cartelle cliniche e altre informazioni mediche e sanitarie.

## Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità

---

- Ha diritti relativi alle sue informazioni e controlla come vengono utilizzate le sue informazioni sanitarie. Le consegniamo un avviso scritto, chiamato *Informativa sulle pratiche sulla privacy*, che tratta questi diritti e spiega come proteggiamo la privacy delle sue informazioni sanitarie.

### Come proteggiamo la privacy delle sue informazioni sanitarie?

- Ci assicuriamo che le persone non autorizzate non vedano o modifichino i suoi dati.
- Ad eccezione delle circostanze indicate di seguito, se intendiamo fornire le sue informazioni sanitarie a chiunque non fornisca le sue cure o paghi per le sue cure, *siamo tenuti a ottenere l'autorizzazione scritta da lei o da qualcuno a cui ha dato il potere legale di prendere decisioni per lei prima*.
- Ci sono alcune eccezioni che non ci richiedono di ottenere prima la sua autorizzazione scritta. Queste eccezioni sono consentite o richieste dalla legge.
  - Siamo tenuti a rilasciare informazioni sanitarie alle agenzie governative che controllano la qualità delle cure.
  - Poiché è un membro del nostro piano attraverso Medicare, siamo tenuti a fornire a Medicare le sue informazioni sanitarie, comprese le informazioni sui farmaci da prescrizione della Parte D. Se Medicare rilascia le sue informazioni per la ricerca o per altri usi, ciò sarà fatto secondo le leggi e i regolamenti federali; in genere, ciò richiede che le informazioni che la identificano in modo univoco non siano condivise.

### È possibile vedere le informazioni nei propri registri e sapere come sono state condivise con gli altri

Ha il diritto di consultare le sue cartelle cliniche detenute presso il piano e di ottenere una copia delle sue cartelle cliniche. Siamo autorizzati ad addebitarle una commissione per la realizzazione di copie. Ha anche il diritto di chiederci di apportare aggiunte o correzioni alla sua cartella clinica. Se ci chiede di farlo, lavoreremo con il suo fornitore di assistenza sanitaria per decidere se le modifiche devono essere apportate.

Ha il diritto di sapere come le sue informazioni sanitarie sono state condivise con gli altri per scopi che non sono di routine.

In caso di domande o dubbi sulla privacy delle informazioni sanitarie personali, contattare il Servizio per i Membri.

### **INFORMATIVA SULLE PRATICHE SULLA PRIVACY DI SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.**

#### **QUESTA INFORMATIVA DESCRIVE COME LE INFORMAZIONI MEDICHE SU DI LEI POSSONO ESSERE UTILIZZATE E DIVULGATE E COME PUÒ OTTENERE L'ACCESSO A QUESTE INFORMAZIONI. SI PREGA DI ESAMINARLO ATTENTAMENTE.**

Senior Whole Health di New York, Inc. dba “Senior Whole Health di Molina Healthcare” (“Senior Whole Health”, “noi” o “nostro”) utilizza e condivide informazioni sanitarie protette su di lei per fornire i suoi sussidi per la salute come membro Senior di Whole Health. Utilizziamo e condividiamo le sue informazioni per effettuare operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria. Utilizziamo e condividiamo le sue informazioni anche per altri motivi, come consentito e richiesto dalla legge. Abbiamo il dovere di mantenere private le sue informazioni sanitarie e di seguire i termini della presente Informativa. La data di entrata in vigore della presente Informativa è il 1° ottobre 2021.

**PHI** significa informazioni protette sulla salute. Le PHI sono informazioni sanitarie che includono il suo nome, numero di membro o altri identificatori e vengono utilizzate o condivise da Senior Whole Health.

## Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità

---

### **Perché Senior Whole Health utilizza o condivide le sue PHI?**

Utilizziamo o condividiamo le sue PHI per fornirle prestazioni sanitarie. Le PHI vengono utilizzate o condivise per il trattamento, il pagamento e le operazioni di assistenza sanitaria.

#### **Per il trattamento**

Senior Whole Health può utilizzare o condividere le sue PHI per fornirle o organizzare le sue cure mediche. Questo trattamento include anche le impegnative tra i suoi medici o altri operatori sanitari. Ad esempio, potremmo condividere informazioni sulle sue condizioni di salute con uno specialista. Questo aiuta lo specialista a parlare del trattamento con il medico.

#### **Per il pagamento**

Senior Whole Health può utilizzare o condividere PHI per prendere decisioni sul pagamento. Ciò può includere reclami, approvazioni per il trattamento e decisioni sulle esigenze mediche. Il suo nome, la sua condizione, il suo trattamento e le forniture fornite possono essere scritti sulla fattura. Ad esempio, potremmo far sapere a un medico che ha i nostri vantaggi. Diremmo anche al medico l'importo del conto che pagheremo.

#### **Per le operazioni sanitarie**

Senior Whole Health può utilizzare o condividere PHI su di lei per gestire il nostro piano sanitario. Ad esempio, potremmo utilizzare le informazioni contenute nella sua richiesta per informarla di un programma sanitario che potrebbe aiutarla. Possiamo anche utilizzare o condividere le sue PHI per risolvere i problemi dei Membri. Le sue PHI possono essere utilizzate anche per verificare che i rimborsi siano pagati correttamente.

Le operazioni di assistenza sanitaria coinvolgono molte esigenze aziendali quotidiane. Include, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quanto segue:

- Migliorare la qualità;
- Azioni nei programmi sanitari per aiutare i membri con determinate condizioni (come l'asma);
- Condurre o organizzare una revisione medica;
- Servizi legali, inclusi programmi di rilevamento e perseguimento di frodi e abusi;
- Azioni per aiutarci a obbedire alle leggi;
- Rispondere alle esigenze dei membri, compresa la risoluzione di reclami e rimostranze.

Condivideremo le sue PHI con altre società (“**soci in affari**”) che svolgono diversi tipi di attività per il nostro piano sanitario. Possiamo anche utilizzare le sue PHI per fornirle promemoria sui suoi appuntamenti. Possiamo utilizzare le sue PHI per fornirle informazioni su altri trattamenti o altri sussidi e servizi relativi alla salute.

### **Quando può Senior Whole Health utilizzare o condividere le sue PHI senza ottenere un'autorizzazione scritta (approvazione) da parte sua?**

Oltre alle operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria, la legge consente o richiede a Senior Whole Health di utilizzare e condividere le sue PHI per diversi altri scopi, tra cui i seguenti:

#### **Richiesto dalla legge**

Utilizzeremo o condivideremo le informazioni su di lei come richiesto dalla legge. Condivideremo le sue PHI quando richiesto dal Segretario del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani (HHS). Questo può essere per un caso giudiziario, un'altra revisione legale o quando richiesto per scopi di applicazione della legge.

## **Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità**

---

### **Salute pubblica**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per attività di salute pubblica. Ciò può includere aiutare le agenzie di salute pubblica a prevenire o controllare le malattie.

### **Sorveglianza sanitaria**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con agenzie governative. Potrebbero aver bisogno delle sue PHI per gli audit.

### **Ricerca**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per la ricerca in alcuni casi, ad esempio quando approvate da un comitato di revisione sulla privacy o istituzionale.

### **Procedimenti legali o amministrativi**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per procedimenti legali, ad esempio in risposta a un ordine del tribunale.

### **Forze dell'ordine**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise con la polizia a fini di contrasto, ad esempio per aiutare a trovare un sospetto, un testimone o una persona scomparsa.

### **Salute e sicurezza**

Le PHI possono essere condivise per prevenire una grave minaccia per la salute o la sicurezza pubblica.

### **Funzioni governative**

Le PHI possono essere condivise con il governo per funzioni speciali. Un esempio potrebbe essere quello di proteggere il Presidente.

### **Vittime di abuso, negligenza o violenza domestica**

Le PHI possono essere condivise con le autorità legali se riteniamo che una persona sia vittima di abuso o negligenza.

### **Compenso dei lavoratori**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per obbedire alle leggi sul compenso dei lavoratori.

### **Altre divulgazioni**

Le sue PHI possono essere condivise con gli impresari funebri o i medici legali per aiutarli a svolgere il loro lavoro.

### **Quando è necessaria la tua autorizzazione scritta (approvazione) per utilizzare o condividere le sue PHI?**

Senior Whole Health ha bisogno della sua approvazione scritta per utilizzare o condividere le sue PHI per uno scopo diverso da quelli elencati nella presente Informativa. Senior Whole Health ha bisogno della tua autorizzazione prima di divulgare le sue PHI per quanto segue: (1) la maggior parte degli usi e delle divulgazioni di note di psicoterapia; (2) usi e divulgazioni per scopi di marketing; e (3) usi e divulgazioni che comportano la vendita di PHI. È possibile annullare un'approvazione scritta che ci è stata data. La sua cancellazione non si applicherà alle azioni già intraprese da noi a causa dell'approvazione che ci ha già dato.

**Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità**

---

**Quali sono i suoi diritti in materia di informazioni sanitarie?**

Ha il diritto di:

- **Richiedere restrizioni sugli usi o sulle divulgazioni delle PHI (condivisione delle Phi)**

È possibile chiederci di non condividere le PHI per effettuare operazioni di trattamento, pagamento o assistenza sanitaria. Può inoltre chiederci di non condividere le sue PHI con familiari, amici o altre persone da Lei nominate coinvolte nella sua assistenza sanitaria. Tuttavia, non siamo tenuti ad accettare la sua richiesta. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta.

- **Richiedere comunicazioni riservate di PHI**

Può chiedere a Senior Whole Health di darle le sue PHI in un certo modo o in un certo luogo per aiutarla a mantenere private le sue PHI. Seguiremo le richieste ragionevoli, se ci dirà in che modo la condivisione di tutte o parte di tali PHI potrebbe mettere a rischio la sua vita. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta.

- **Revisione e copia delle PHI**

Ha il diritto di rivedere e ottenere una copia delle PHI detenute da noi. Ciò può includere i registri utilizzati per la copertura, le richieste di risarcimento e altre decisioni in qualità di Senior Whole Health Member. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta. Potremmo addebitarle una commissione ragionevole per la copia e la spedizione dei registri. In alcuni casi, potremmo rifiutare la richiesta. Nota importante: Non abbiamo copie complete della sua cartella clinica. Se desidera consultare, ottenere una copia o modificare la sua cartella clinica, la preghiamo di contattare il suo medico o la sua clinica.

- **Modificare le PHI**

Può chiedere di modificare (cambiare) le Phi. Ciò riguarda solo i registri da noi conservati su di lei come Membro. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta. Può presentare una lettera di disaccordo con noi se rifiutiamo la richiesta.

- **Ricevere una contabilità delle divulgazioni delle PHI (condivisione delle Phi)**

Può chiedere di ricevere un elenco di alcune parti con cui abbiamo condiviso le PHI nei sei anni precedenti la data della richiesta. L'elenco non includerà PHI condivise come segue:

- per operazioni di cura, pagamento o assistenza sanitaria;
- alle persone sulle proprie PHI;
- condivisione effettuata con la sua autorizzazione;
- incidente a un uso o divulgazione altrimenti consentito o richiesto dalla legge applicabile;
- PHI rilasciate nell'interesse della sicurezza nazionale o per scopi di intelligence; o
- come parte di un set di dati limitato in conformità con la legge applicabile.

Addebiteremo una commissione ragionevole per ciascun elenco se lo richiede più di una volta in un periodo di 12 mesi. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta.

Può effettuare una qualsiasi delle richieste sopra elencate od ottenere una copia cartacea della presente Informativa. Si prega di chiamare il Servizio per i Membri di Senior Whole Health al numero verde sulla carta d'identità Senior Whole Health, 7 giorni su 7, dalle 8:00 a.m. alle 8:00 p.m., ora locale. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711.

**Cosa può fare se i suoi diritti non sono stati protetti?**

## Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità

---

Può presentare reclami a Senior Whole Health e al Dipartimento della salute e dei servizi umani se ritiene che i suoi diritti alla privacy siano stati violati. Non faremo nulla contro di lei per aver presentato un reclamo. Le sue cure e i suoi sussidi non cambieranno in alcun modo.

Può presentare un reclamo presso di noi al seguente indirizzo:

### **Per telefono:**

chiamare il Servizio per i Membri Senior Whole Health al numero verde sulla carta d'identità Senior Whole Health, 7 giorni su 7, dalle 8:00 a.m. alle 8:00 p.m. ora locale. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711.

### **Per iscritto:**

Senior Whole Health  
Attenzione: Appelli e reclami di Medicare  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801

Può presentare un reclamo al Segretario del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti al seguente indirizzo:

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

## **Quali sono i doveri di Senior Whole Health?**

Senior Whole Health è tenuta a:

- Mantenere private le sue PHI;
- Fornirle informazioni scritte come questa sui nostri doveri e sulle pratiche sulla privacy relative alle sue PHI;
- Fornire un avviso in caso di violazione delle PHI non garantiti;
- Non utilizzare o divulgare le sue informazioni genetiche a fini di sottoscrizione;
- Seguire i termini della presente Informativa.

## **La presente Informativa è soggetta a modifiche**

**Senior Whole Health si riserva il diritto di modificare le proprie pratiche informative e i termini della presente Informativa in qualsiasi momento. Se lo facciamo, i nuovi termini e le nuove pratiche si applicheranno a tutte le PHI che manteniamo. Se apportiamo modifiche sostanziali, Senior Whole Health pubblicherà l'Informativa rivisto sul nostro sito Web e invierà l'Informativa rivista, o le informazioni sulla modifica sostanziale e su come ottenere l'Informativa rivista, nella nostra prossima mailing annuale ai nostri membri allora coperti da Senior Whole Health.**

## **Informazioni di contatto**

In caso di domande, contattare il seguente ufficio:

### **Per telefono:**

Chiamare il Servizio per i Membri Senior Whole Health al numero verde sulla carta d'identità Senior Whole Health, 7 giorni su 7, dalle 8:00 a.m. alle 8:00 p.m. ora locale. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711.

## Capitolo 7 I suoi diritti e responsabilità

È possibile ottenere questo documento gratuitamente in altri formati, come caratteri a caratteri grandi, braille o audio. Rivolgersi al Servizio per i Membri di Senior Whole Health al numero verde sulla carta d'identità Senior Whole Health, 7 giorni su 7, dalle 8:00 a.m. alle 8:00 p.m. ora locale. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. La chiamata è gratuita.

### Sezione 1.4 Dobbiamo fornirle informazioni sul piano, sulla sua rete di fornitori e sui suoi servizi coperti

In qualità di membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ha il diritto di ottenere diversi tipi di informazioni da noi.

Se si desidera uno dei seguenti tipi di informazioni, contattare il Servizio clienti:

- **Informazioni sul nostro piano.** Ciò include, ad esempio, informazioni sulla condizione finanziaria del piano.
- **Informazioni sui nostri fornitori di rete e sulle farmacie.** Ha il diritto di ottenere informazioni sulle qualifiche dei fornitori e delle farmacie nella nostra rete e su come paghiamo i fornitori nella nostra rete.
- **Informazioni sulla copertura e sulle regole da seguire quando si utilizza la copertura.** I capitoli 3 e 4 forniscono informazioni sui servizi medici. Il Capitolo 5 fornisce informazioni sulla copertura dei farmaci da prescrizione della Parte D.
- **Informazioni sul motivo per cui qualcosa non è coperto e su cosa può fare al riguardo.** Il Capitolo 8 fornisce informazioni sulla richiesta di una spiegazione scritta sul motivo per cui un servizio medico o un farmaco della Parte D non sono coperti o se la copertura è limitata. Il capitolo 8 fornisce anche informazioni su come chiederci di modificare una decisione, chiamato anche ricorso.

### Sezione 1.5 Dobbiamo sostenere il suo diritto di prendere decisioni sulla sua assistenza

#### Ha il diritto di conoscere le Sue opzioni di trattamento e di partecipare alle decisioni

Ha il diritto di ottenere informazioni complete dai Suoi medici e da altri operatori sanitari. I Suoi fornitori devono spiegare la sua condizione medica e le sue scelte di trattamento *in un modo che possa comprendere*.

Ha anche il diritto di partecipare pienamente alle decisioni sulla Sua assistenza sanitaria. Per aiutarLa a prendere decisioni con i Suoi medici su quale trattamento è meglio per Lei, i Suoi diritti includono quanto segue:

- **Per conoscere tutte le Sue scelte.** Ha il diritto di essere informato su tutte le opzioni di trattamento raccomandate per la Sua condizione, indipendentemente dal loro costo o dal fatto che siano coperte dal nostro piano. Include anche essere informati sui programmi che il nostro piano offre per aiutare i membri a gestire i loro farmaci e a usarli in modo sicuro.
- **Conoscere i rischi.** Ha il diritto di essere informato su eventuali rischi coinvolti nella Sua cura. È necessario essere informati in anticipo se qualsiasi cura o trattamento medico proposto fa parte di un esperimento di ricerca. Ha sempre la possibilità di rifiutare qualsiasi trattamento sperimentale.
- **Il diritto di dire "no."** Ha il diritto di rifiutare qualsiasi trattamento raccomandato. Ciò include il diritto di lasciare un ospedale o un'altra struttura medica, anche se il medico le consiglia di non andarsene. Ha anche il diritto di interrompere l'assunzione del farmaco. Naturalmente, se rifiuta il trattamento o interrompi l'assunzione di farmaci, si assume la piena responsabilità di ciò che accade al Suo corpo come risultato.

## Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità

---

### Ha il diritto di dare istruzioni su cosa fare se non sei in grado di prendere decisioni mediche per se stesso

A volte le persone diventano incapaci di prendere decisioni sanitarie da sole a causa di incidenti o malattie gravi. Ha il diritto di dire cosa vuole che accada se si trova in questa situazione. Ciò significa che, *se lo desidera*, può:

- **Compilare un modulo scritto per dare a qualcuno l'autorità legale per prendere decisioni mediche per Lei** se mai non sarà in grado di prendere decisioni per se stesso.
- **Fornisca ai Suoi medici istruzioni scritte** su come desidera che gestiscano le Sue cure mediche se non è in grado di prendere decisioni da solo.

I documenti legali che è possibile utilizzare per dare indicazioni in anticipo in queste situazioni sono chiamati **direttive anticipate**. Esistono diversi tipi di direttive anticipate e nomi diversi per loro. I documenti denominati **testamento biologico e procura per l'assistenza sanitaria** sono esempi di direttive anticipate.

Se si desidera utilizzare una direttiva anticipata per fornire le istruzioni, ecco cosa fare:

- **Ottenere il modulo.** È possibile ottenere un modulo di direttiva anticipata dal proprio avvocato, da un assistente sociale o da alcuni negozi di forniture per ufficio. A volte è possibile ottenere moduli di direttiva anticipata da organizzazioni che forniscono alle persone informazioni su Medicare. È inoltre possibile contattare il Servizio clienti per richiedere i moduli.
- I moduli sono disponibili anche tramite un link a Caring Connections sul nostro sito Web e all'[indirizzo https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/](https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/)
- **Compilarlo e firmarlo.** Indipendentemente da dove si ottiene questo modulo, tenere presente che si tratta di un documento legale. Dovrebbe prendere in considerazione l'idea di farsi aiutare da un avvocato per prepararlo.
- **Dare copie alle persone appropriate.** Deve consegnare una copia del modulo al medico e alla persona indicata nel modulo che può prendere decisioni al posto suo se non è in grado di farlo. Potrebbe voler dare delle copie ad amici intimi o familiari. Conservarne una copia a casa.

Se sa in anticipo che sarà ricoverato in ospedale e ha firmato una direttiva anticipata, ne **porti una copia con sé in ospedale**.

- L'ospedale le chiederà se ha firmato un modulo di direttiva anticipata e se lo ha con sé.
- Se non ha firmato un modulo di direttiva anticipata, l'ospedale ha a disposizione dei moduli e le chiederà se desidera firmarne uno.

**Ricordi, è una Sua scelta se vuole compilare una direttiva anticipata** (incluso se vuole firmarne una se è in ospedale). Secondo la legge, nessuno può negarLe assistenza o discriminarLa in base al fatto che Lei abbia firmato o meno una direttiva anticipata.

### Cosa succede se le sue istruzioni non vengono seguite?

Se ha firmato una direttiva anticipata e ritiene che un medico o un ospedale non abbia seguito le istruzioni in essa contenute, può presentare un reclamo alla Hotline per i reclami del Dipartimento della Salute dello Stato di New York al numero 1-800-206-8125 (TTY 711).

## Capitolo 7 I suoi diritti e responsabilità

### Sezione 1.6 Ha il diritto di presentare reclami e di chiederci di riconsiderare

Se ha problemi, preoccupazioni o reclami e ha bisogno di richiedere la copertura o presentare ricorso, il Capitolo 8 di questo documento spiega cosa può fare. Qualunque cosa Lei faccia – chiedere una decisione sulla copertura, presentare ricorso o presentare un reclamo – **siamo tenuti a trattarla in modo equo.**

### Sezione 1.7 Cosa può fare se ritiene di essere trattato in modo ingiusto o se i suoi diritti non vengono rispettati?

#### Se si tratta di discriminazione, chiamare l'Ufficio per i diritti civili

Se ritiene di essere stato trattato ingiustamente o che i Suoi diritti non siano stati rispettati a causa della Sua razza, disabilità, religione, sesso, salute, etnia, credo (convinzioni), età, orientamento sessuale o origine nazionale, deve chiamare l'**Ufficio per i diritti civili** del Dipartimento della salute e dei servizi umani al numero 1-800-368-1019 o tty 1-800-537-7697 o chiamare l'Ufficio locale per i diritti civili.

#### Si tratta di qualcos'altro?

Se ritiene di essere stato trattato ingiustamente o che i Suoi diritti non siano stati rispettati, e non si tratta di discriminazione, può ottenere aiuto per affrontare il problema che sta riscontrando:

- È possibile **chiamare il Servizio clienti**.
- Può **chiamare la SHIP**. Per i dettagli, andare al Capitolo 2, Sezione 3.
- In alternativa, è **possibile chiamare Medicare** al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (TTY 1-877-486-2048).

### Sezione 1.8 Come ottenere maggiori informazioni sui suoi diritti

Ci sono diversi luoghi in cui è possibile ottenere maggiori informazioni sui propri diritti:

- È possibile **chiamare il Servizio clienti**.
- Può **chiamare la SHIP**. Per i dettagli, andare al Capitolo 2, Sezione 3.
- È possibile contattare **Medicare**.
  - È possibile visitare il sito Web di Medicare per leggere o scaricare la pubblicazione *Medicare Rights & Protections*. (La pubblicazione è disponibile su: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
  - In alternativa, è possibile chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (TTY 1-877-486-2048).

## SEZIONE 2 Ha alcune responsabilità come membro del piano

Le cose che deve fare come membro del piano sono elencate di seguito. In caso di domande, contatti il Servizio Soci.

**Capítulo 7 I suoi diritti e responsabilità**

---

- **Acquisire familiarità con i servizi coperti e le regole da seguire per ottenere questi servizi coperti.**  
Utilizzare questa Prova di copertura per apprendere cosa è coperto per te e le regole che è necessario seguire per ottenere i servizi coperti.
  - I capitoli 3 e 4 forniscono i dettagli sui servizi medici.
  - Il capitolo 5 fornisce i dettagli sulla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D.
- **Se si dispone di un'altra copertura assicurativa sanitaria o di una copertura con farmaci soggetti a prescrizione medica oltre al nostro piano, è necessario comunicarcelo.** Il capitolo 1 Le spiega come coordinare questi sussidi.
- **Comunichi al Suo medico e ad altri operatori sanitari che è iscritto al nostro piano.** Mostri la Sua tessera di iscrizione al piano ogni volta che riceve cure mediche o farmaci soggetti a prescrizione medica.
- **Aiuti i Suoi medici e altri operatori sanitari ad aiutarLa fornendo loro informazioni, ponendo domande e seguendo le Sue cure.**
  - Per ottenere le migliori cure, informi i medici e gli altri operatori sanitari dei suoi problemi di salute. Segua i piani di trattamento e le istruzioni che Lei e i Suoi medici concordate.
  - Si assicuri che i Suoi medici conoscano tutti i farmaci che sta assumendo, compresi i farmaci da banco, le vitamine e gli integratori.
  - In caso di domande, si assicuri di chiedere e ottenere una risposta comprensibile.
- **Sia premuroso.** Ci aspettiamo che tutti i nostri membri rispettino i diritti degli altri pazienti. Ci aspettiamo anche che Lei agisca in un modo che aiuti il buon funzionamento dello studio medico, degli ospedali e di altri uffici.
- **Paghi ciò che deve.** In qualità di membro del piano, è responsabile di questi pagamenti:
  - Deve continuare a pagare i Suoi premi Medicare per rimanere membro del piano.
  - Se Le viene richiesto di pagare l'importo extra per la Parte D a causa del Suo reddito più elevato (come riportato nella Sua ultima dichiarazione dei redditi), deve continuare a pagare l'importo extra direttamente al governo per rimanere membro del piano.
- **Se si sposta *all'interno* della nostra area di servizio del piano, abbiamo bisogno di saperlo** in modo da poter mantenere aggiornato il registro dei Suoi abbonamenti e sapere come contattarLa.
- **Se si sposta *al di fuori* della nostra area di servizio del piano, non può rimanere un membro del nostro piano.**
- Se si trasferisce, è anche importante informare la Social Security (o il Railroad Retirement Board).

# CAPÍTULO 8:

*Cosa fare in caso di problemi o reclami  
(decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)*

**Capitolo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

---

**SEZIONE 1 Introduzione**

---

**Sezione 1.1 Cosa fare in caso di problemi o preoccupazioni**

Questo capitolo spiega i processi per la gestione di problemi e preoccupazioni. Il processo utilizzato per gestire il problema dipende dal tipo di problema incontrato:

- Per alcuni problemi, è necessario utilizzare il **processo per le decisioni sulla copertura e i ricorsi**.
- Per altri problemi, è necessario utilizzare il **processo per presentare reclami**; chiamati anche rimostranze.

Ogni processo ha una serie di regole, procedure e scadenze che devono essere seguite da noi e da Lei.

La **sezione 3** la aiuterà a identificare il processo giusto da utilizzare e cosa dovrebbe fare.

**Sezione 1.2 E i termini legali?**

Ci sono termini legali per alcune delle regole, delle procedure e dei tipi di scadenze spiegati in questo capitolo. Molti di questi termini non sono familiari alla maggior parte delle persone e possono essere difficili da capire. Per semplificare le cose, questo capitolo:

- Utilizza parole più semplici al posto di alcuni termini legali. Ad esempio, questo capitolo dice generalmente "presentare un reclamo" piuttosto che "presentare una vertenza", "decisione di copertura" piuttosto che "determinazione integrata dell'organizzazione" o "determinazione della copertura" o "determinazione a rischio" e organizzazione di revisione indipendente anziché entità di revisione indipendente.
- Usa anche il meno possibile le abbreviazioni.

Tuttavia, può essere utile – e talvolta molto importante – conoscere i termini legali corretti. Sapere quali termini utilizzare la aiuterà a comunicare in modo più accurato per ottenere l'aiuto o le informazioni giuste per la Sua situazione. Per aiutarLa a sapere quali termini utilizzare, includiamo termini legali quando forniamo i dettagli per la gestione di specifici tipi di situazioni.

---

**SEZIONE 2 Dove ottenere maggiori informazioni e assistenza personalizzata**

---

Siamo sempre a Sua disposizione. Anche se ha un reclamo sul nostro trattamento nei Suoi confronti, siamo tenti a onorare il Suo diritto di reclamo. Pertanto, è sempre consigliabile rivolgersi al Servizio per i Soci per ottenere aiuto. Ma in alcune situazioni potrebbe anche desiderare aiuto o guida da qualcuno che non è in contatto con noi. Di seguito sono riportate due enti che possono aiutarla.

**Programma di assistenza sanitaria statale (SHIP)**

Ogni stato ha un programma governativo con consulenti qualificati. Il programma non è collegato a noi o ad alcuna compagnia assicurativa o piano sanitario. I consulenti di questo programma possono aiutarla a capire quale processo dovrebbe utilizzare per gestire un problema che sta riscontrando. Possono anche rispondere alle Sue domande, darle maggiori informazioni e offrire indicazioni su cosa fare.

I servizi dei consulenti SHIP sono gratuiti. I numeri di telefono e gli URL dei siti web sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 3 del presente documento.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Medicare**

È inoltre possibile contattare Medicare per ricevere assistenza. Per contattare Medicare:

- È possibile chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.
- È inoltre possibile visitare il sito Web Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

**È possibile ottenere assistenza e informazioni da Medicaid**

<b>Metodo</b>	<b>Dipartimento della salute dello Stato di New York, Amministrazione delle risorse umane della città di New York e altri distretti sociali locali Servizi che includono le contee di Nassau, Orange, Rockland e Westchester - Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	<p>Dipartimento della salute dello Stato di New York (800) 505- 5678</p> <p>Amministrazione delle risorse umane di New York/Dipartimento dei servizi sociali (DSS): (718) 557-1399</p> <p>Nassau County: (516) 227-7474</p> <p>Orange County: (845) 291-4000</p> <p>Rockland County: (845) 364-3040</p> <p>Westchester County: (914) 995-3333</p> <p>Lunedì - Venerdì, 8.30 – 20.00, Sabato 10.00 – 18.00</p>
<b>SCRIVERE</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 White Plains, NY 10601-4201</p>
<b>SITO WEB</b>	<p>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></p> <p>Nassau: <a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a></p>

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

<b>Metodo</b>	<b>Dipartimento della salute dello Stato di New York, Amministrazione delle risorse umane della città di New York e altri distretti sociali locali Servizi che includono le contee di Nassau, Orange, Rockland e Westchester - Informazioni di contatto</b>
	<p>Orange:  <a href="https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services">https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services</a></p> <p>Rockland:  <a href="http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/">http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/</a></p> <p>Westchester:  <a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a></p>

<b>Metodo</b>	<b>Ufficio del difensore civico – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(888) 219-9818 dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 alle 17:00
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.
<b>SITO 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>Metodo</b>	<b>Difensore civico custodia a lungo termine – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(855) 582-6769 Dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 alle 17:00.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>

<b>Metodo</b>	<b>Livanta (Organizzazione per il miglioramento della qualità di New York) – Informazioni di contatto</b>
<b>CHIAMARE</b>	(866) 815-5440 Lunedì - Venerdì dalle 9:00 alle 17:00 ora locale; fine settimana e festivi dalle 10:00 alle 16:00 ora locale.
<b>TTY</b>	711

**Capitolo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

<b>Metodo</b>	<b>Livanta (Organizzazione per il miglioramento della qualità di New York) – Informazioni di contatto</b>
	Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
<b>SCRIVERE</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITO WEB</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>

**SEZIONE 3 Comprendere i reclami e gli appelli di Medicare e Medicaid nel nostro piano**

Ha Medicare e riceve assistenza da Medicaid. Le informazioni contenute in questo capitolo si applicano a **tutti** i Suoi sussidi Medicare e **alla maggior parte** dei Suoi sussidi Medicaid. Per la maggior parte dei Suoi sussidi, utilizzerà un processo per i Suoi sussidi Medicare e i Suoi sussidi Medicaid. Questo è talvolta chiamato processo integrato perché combina o integra i processi Medicare e Medicaid.

A volte i processi Medicare e Medicaid non sono combinati. In tali situazioni, si utilizza un processo Medicare per un beneficio coperto da Medicare e un processo Medicaid per un beneficio coperto da Medicaid. Queste situazioni sono spiegate nella **Sezione 6.4** di questo capitolo, passo dopo passo: Come si fa un ricorso di livello 2.

**PROBLEMI RELATIVI AI SUOI SUSSIDI****SEZIONE 4 Coprire le decisioni e i ricorsi**

In caso di problemi o preoccupazioni, è sufficiente leggere le parti di questo capitolo che si applicano alla propria situazione. Le informazioni di seguito La aiuteranno a trovare la sezione giusta di questo capitolo per problemi o reclami sui **sussidi coperti da Medicare o Medicaid**.

**Il Suo problema o la Sua preoccupazione riguarda i Suoi sussidi o la Sua copertura?**

Ciò include problemi sul fatto che le cure mediche (articoli medici, servizi e/o farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte B) siano coperte o meno, il modo in cui sono coperte e problemi relativi al pagamento delle cure mediche.

**Sì.**

Passare alla sezione successiva di questo capitolo, la **Sezione 5, "Una guida alle basi delle decisioni di copertura e dei ricorsi"**.

**No.**

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

Prosegua alla **Sezione 11** alla fine di questo capitolo, "**Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni**".

**SEZIONE 5 Una guida alle basi delle decisioni di copertura e dei ricorsi****Sezione 5.1 Chiedere decisioni sulla copertura e presentare ricorsi: il quadro generale**

Le decisioni di copertura e i ricorsi riguardano problemi relativi alle prestazioni e alla copertura delle cure mediche (servizi, articoli e farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte B, incluso il pagamento). Per semplificare, generalmente ci riferiamo a articoli medici, servizi e farmaci da prescrizione Medicare Parte B come **cure mediche**. Utilizza la decisione sulla copertura e il processo di ricorso. Questo è il processo che usa per problemi come se qualcosa è coperto o meno e il modo in cui qualcosa è coperto.

**Richiedere decisioni sulla copertura prima di ricevere i sussidi**

Una decisione sulla copertura è una decisione che prendiamo in merito ai Suoi sussidi e alla Sua copertura o all'importo che pagheremo per le Sue cure mediche. Ad esempio, se il medico della rete del piano la rimanda a un medico specialista non all'interno della rete, questa impegnativa è considerata una decisione di copertura favorevole a meno che il medico della rete non possa dimostrare di aver ricevuto una notifica di rifiuto standard per questo medico specialista o la Prova di copertura chiarisca che il servizio di riferimento non è mai coperto in nessuna condizione. Lei o il Suo medico potete anche contattarci e chiedere una decisione sulla copertura se il Suo medico non è sicuro se copriremo un particolare servizio medico o si rifiutasse di fornire le cure mediche di cui ritiene di aver bisogno. In altre parole, se vuole sapere se copriremo un'assistenza medica prima di riceverla, può chiederci di prendere una decisione sulla copertura per Lei.

In circostanze limitate, una richiesta di una decisione sulla copertura verrà respinta, il che significa che non esamineremo la richiesta. Esempi di quando una richiesta verrà respinta includono se la richiesta è incompleta, se qualcuno effettua la richiesta per Suo conto, ma non è legalmente autorizzato a farlo o se chiede che la Sua richiesta venga ritirata. Se respingessimo una richiesta di una decisione di copertura, invieremo un avviso che spiega perché la richiesta è stata respinta e come chiedere una revisione del rifiuto.

Stiamo prendendo una decisione sulla copertura per Lei ogni volta che decidiamo cosa è coperto per lei e quanto paghiamo. In alcuni casi, potremmo decidere che l'assistenza medica non è coperta o non è più coperta da Medicare per lei. Se non è d'accordo con questa decisione sulla copertura, può presentare ricorso.

**Fare ricorso**

Se prendiamo una decisione sulla copertura, prima o dopo aver ricevuto un sussidio, e non è soddisfatto, può appellarsi alla decisione. Un ricorso è un modo formale per chiederci di esaminare e modificare una decisione sulla copertura che abbiamo preso. In determinate circostanze, di cui parleremo in seguito, può far ricorso rapido o ricorso rapido di una decisione di copertura. Il Suo ricorso è gestito da revisori diversi da quelli che hanno preso la decisione originale.

Quando impugna una decisione per la prima volta, questo si chiama ricorso di livello 1. In questo ricorso, esaminiamo la decisione sulla copertura che abbiamo preso per verificare se stavamo rispettando correttamente le regole. Dopo aver completato la revisione, le comunicheremo la nostra decisione.

## Capitolo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)

In circostanze limitate, una richiesta di ricorso di livello 1 verrà respinta, il che significa che non la esamineremo. Esempi di quando una richiesta verrà respinta includono se la richiesta è incompleta, se qualcuno effettua la richiesta per Suo conto, ma non è legalmente autorizzato a farlo o se chiede che la Sua richiesta venga ritirata. Se respingiamo una richiesta di ricorso di livello 1, invieremo un avviso che spiega perché la richiesta è stata respinta e come chiedere una revisione del licenziamento.

Se risponderemo negativamente a tutto o parte del Suo ricorso di livello 1 per cure mediche, il Suo ricorso passerà automaticamente al livello 2. Il ricorso di livello 2 è condotto dall'Office of Administrative Hearings. Non sono collegati a noi.

- Il Suo caso verrà automaticamente inviato all'Office of Administrative Hearings per un ricorso di livello 2: non deve fare nulla. L'Office of Administrative Hearings Le invierà un avviso per confermare di aver ricevuto il Suo ricorso di livello 2.
- Si veda la **Sezione 6.4** di questo capitolo per maggiori informazioni sui ricorsi di Livello 2 per l'assistenza medica.
- I ricorsi della Parte D sono discussi ulteriormente nella Sezione 7 di questo capitolo.

Se non è soddisfatto della decisione del ricorso di livello 2, potrebbe essere in grado di continuare attraverso ulteriori livelli di ricorso (la sezione 10 di questo capitolo spiega i processi di ricorso di livello 3, 4 e 5).

<b>Sezione 5.2</b> <b>Come ottenere aiuto quando chiede una decisione sulla copertura o presenta un ricorso</b>
---

Ecco le risorse se decide di chiedere qualsiasi tipo di decisione di copertura o di impugnare una decisione:

- È **possibile chiamarci al Servizio per i Soci**.
- **Può ottenere assistenza gratuita** dal Suo programma di assistenza sanitaria statale.
- **Il medico o un altro operatore sanitario può fare una richiesta.** Se il Suo medico l'aiuta con un ricorso oltre il Livello 2, dovrà essere nominato come Suo rappresentante. Si prega di chiamare il Servizio Soci e richiedere il modulo Nomina del Rappresentante. (Il modulo è disponibile anche sul sito Web di Medicare all'[indirizzowww.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://indirizzowww.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).)
  - Per le cure mediche, il medico o altro fornitore di assistenza sanitaria può richiedere una decisione sulla copertura o un ricorso di livello 1 per Suo conto. Se il Suo ricorso viene respinto al livello 1, verrà automaticamente inoltrato al livello 2.
  - Se il medico o un altro operatore sanitario Le chiede di continuare un servizio o un articolo che sta già ricevendo durante il Suo ricorso, **potrebbe** essere necessario nominare il medico o un altro medico prescrittore come Suo rappresentante per agire per Suo conto.
  - Per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D, il medico o altro prescrittore può richiedere una decisione sulla copertura o un ricorso di livello 1 per Suo conto. Se il Suo ricorso di livello 1 riceve risposta negativa, il medico o il prescrittore può fare ricorso di livello 2.
- **Può chiedere a qualcuno di agire per Suo conto.** Se lo desidera, può nominare un'altra persona che agisca per Lei come Suo rappresentante, per chiedere una decisione sulla copertura o presentare ricorso.

## Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)

- Se desidera che un amico, un parente o un'altra persona sia il Suo rappresentante, chiami il Servizio Soci e chiedi il modulo Nomina del rappresentante. (Il modulo è disponibile anche sul sito Web di Medicare all'[indirizzowww.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://indirizzowww.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).) Il modulo dà a quella persona il permesso di agire per Suo conto. Deve essere firmato da Lei e dalla persona che desidera agire per Suo conto. È necessario fornirci una copia del modulo firmato.
- Sebbene possiamo accettare una richiesta di ricorso senza il modulo, non possiamo iniziare o completare la nostra verifica finché non la riceviamo. Se non riceveremo il modulo entro il nostro termine per prendere una decisione sul Suo ricorso, la Sua richiesta di ricorso verrà respinta. Se ciò accade, Le invieremo una comunicazione scritta che spiega il Suo diritto di chiedere all'Office of Administrative Hearings di rivedere la nostra decisione di respingere il Suo ricorso.
- **Ha anche il diritto di assumere un avvocato.** È possibile contattare il proprio avvocato o ottenere il nome di un avvocato dall'ordine degli avvocati locale o da altri servizi di riferimento. Ci sono anche gruppi che le forniranno servizi legali gratuiti se possiede i requisiti. Tuttavia, **non è necessario ingaggiare un avvocato** per chiedere qualsiasi tipo di decisione di copertura o impugnare una decisione.

### Sezione 5.3 Quale sezione di questo capitolo fornisce i dettagli della Sua situazione?

Ci sono quattro diverse situazioni che coinvolgono decisioni di copertura e ricorsi. Poiché ogni situazione ha regole e scadenze diverse, forniamo i dettagli per ciascuna di esse in una sezione separata:

- **Sezione 6** di questo capitolo, La Sua assistenza medica: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare ricorso
- **Sezione 7** di questo capitolo, I Suoi farmaci da prescrizione Parte D: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare ricorso
- **Sezione 8** di questo capitolo, Come chiederci di coprire una degenza ospedaliera più lunga se pensa che il medico la dimetta troppo presto
- **Sezione 9** di questo capitolo, Come chiederci di continuare a coprire determinati servizi medici se ritiene che la Sua copertura stia finendo troppo presto (Si applica solo ai servizi di: assistenza sanitaria a domicilio, assistenza infermieristica qualificata e servizi completi di riabilitazione ambulatoriale (CORF))

Se non è sicuro di quale sezione dovrebbe utilizzare, chiami il Servizio per i Soci. Può anche ottenere aiuto o informazioni da organizzazioni governative come la Sua SHIP.

## SEZIONE 6 La Sua assistenza medica: Come chiedere una decisione di copertura o presentare ricorso contro una decisione di copertura

### Sezione 6.1 Questa sezione spiega cosa fare se ha problemi a ottenere una copertura per le cure mediche o se vuole che La rimborsiamo per le Sue cure

Questa sezione riguarda i Suoi sussidi per le cure mediche. Questi vantaggi sono descritti nel Capitolo 4 del presente documento: *Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)*. In alcuni casi, si applicano regole diverse alla richiesta di un farmaco soggetto a prescrizione medica di cui alla Parte B. In questi casi, spiegheremo in che modo le regole per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte B sono diverse dalle regole per gli articoli e i servizi medici.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

Questa sezione spiega cosa può fare se si trova in una delle cinque seguenti situazioni:

1. Non sta ricevendo determinate cure mediche che desideri e ritiene che il nostro piano copra queste cure. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 6.2.**
  2. Il nostro piano non approverà le cure mediche che il medico o altro fornitore di assistenza sanitaria vuole fornirle e ritiene che il nostro piano copra queste cure. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 6.2.**
  3. Ha ricevuto cure mediche che ritiene debbano essere coperte dal nostro piano, ma abbiamo detto che non pagheremo per queste cure. **Fare un ricorso. Sezione 6.3.**
  4. Ha ricevuto e pagato le cure mediche che ritiene debbano essere coperte dal nostro piano e desidera chiedere al nostro piano di rimborsarle tali cure. **Ci invii la fattura. Sezione 6.5.**
  5. Le viene comunicato che la copertura per determinate cure mediche che ha ricevuto (che abbiamo precedentemente approvato) sarà ridotta o interrotta e ritiene che ridurre o interrompere queste cure potrebbe danneggiare la Sua salute. **Fare ricorso. Sezione 6.3.**
- **Nota: Se la copertura che verrà interrotta riguarda l'assistenza ospedaliera, l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza infermieristica qualificata o i servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility), è necessario leggere le Sezioni 8 e 9 di questo capitolo. A questi tipi di assistenza si applicano regole speciali.**

<b>Sezione 6.2    Passo a passo: Come chiedere una decisione sulla copertura</b>
--

<b>Termini legali</b>
-----------------------

Quando una decisione sulla copertura riguarda le cure mediche, si parla di <b>determinazione integrata dell'organizzazione</b> .
--

Una decisione di copertura rapida è chiamata <b>determinazione accelerata</b> .
---

**Passaggio 1: Decidere se è necessaria una decisione di copertura standard o una decisione di copertura rapida.**

**Una Decisione di copertura standard viene solitamente presa entro 14 giorni o 72 ore per i farmaci della Parte B. Una decisione di copertura rapida viene generalmente presa entro 72 ore, per i servizi medici, 24 ore per i farmaci della Parte B. Per ottenere una rapida decisione sulla copertura, è necessario soddisfare due requisiti:**

- È possibile richiedere la copertura *solo* per articoli e/o servizi medici (non richieste di pagamento per articoli e/o servizi già ricevuti).
- È possibile ottenere una rapida decisione sulla copertura *solo* se l'utilizzo delle scadenze standard potrebbe *causare gravi danni alla salute o danneggiare la capacità di funzionare*.
- **Se il Suo medico ci dice che la Sua salute richiede una decisione rapida sulla copertura, accetteremo automaticamente di darle una decisione rapida sulla copertura.**
- **Se chiede una decisione rapida sulla copertura da solo, senza il supporto del Suo medico, decideremo se la Sua salute richiede che le diamo una decisione rapida sulla copertura.** Se non approviamo una decisione rapida sulla copertura, le invieremo una lettera che:
  - Spiega che useremo le scadenze standard.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

- Spiega che se il Suo medico chiede la decisione rapida sulla copertura, le daremo automaticamente una decisione rapida sulla copertura.
- Spiega che può presentare un reclamo rapido sulla nostra decisione di fornirle una decisione di copertura standard invece della decisione di copertura rapida che ha richiesto.

**Passaggio 2: Chiedere al nostro piano di prendere una decisione sulla copertura o una decisione rapida sulla copertura.**

- Iniziare chiamando, scrivendo o inviando via fax il nostro piano per presentare la Sua richiesta di autorizzazione o copertura per le cure mediche che desidera. Lei, il Suo medico o il Suo rappresentante potete farlo. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.

**Passaggio 3: Consideriamo la Sua richiesta di copertura sanitaria e le diamo la nostra risposta.**

*Per le decisioni di copertura standard utilizziamo le scadenze standard.*

Ciò significa che le forniremo una risposta entro **14 giorni di calendario dal ricevimento** della Sua richiesta per un articolo o un servizio medico. Se la Sua richiesta riguarda un **farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B**, le forniremo una risposta entro **72 ore** dal ricevimento della Sua richiesta.

- **Tuttavia**, se ci chiedesse più tempo o se avessimo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni in più** se la Sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se ci prendiamo giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere tempo extra per prendere una decisione se la Sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.
- Se ritiene che *non* dovremmo prendere giorni extra, può presentare un reclamo rapido. Le daremo una risposta al Suo reclamo non appena prenderemo la decisione. (Il processo per presentare un reclamo è diverso dal processo per le decisioni sulla copertura e i ricorsi. Vedere la Sezione 11 di questo capitolo per informazioni sui reclami.)

*Per le decisioni di copertura rapida utilizziamo un intervallo di tempo accelerato*

Una rapida decisione sulla copertura significa che risponderemo entro **72 ore** se la Sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se la Sua richiesta è per un **farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B**, risponderemo entro **24 ore**.

- **Tuttavia**, se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di più tempo, **possiamo impiegare fino a 14 giorni in più**. Se ci prendiamo giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere del tempo extra per una decisione se la Sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.
- Se ritiene che *non* dovremmo prenderci dei giorni extra, può presentare un reclamo rapido. (Vedere la Sezione 11 di questo capitolo per informazioni sui reclami.) La chiameremo non appena prenderemo la decisione.
- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, Le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo detto no.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Passaggio 4: Se rispondestimo negativamente alla Sua richiesta di copertura per cure mediche, potrà presentare ricorso.**

- Se rispondestimo negativamente, ha il diritto di chiederci di riconsiderare questa decisione presentando un ricorso. Ciò significa chiedere di nuovo di ottenere la copertura sanitaria desiderata. Se presenta ricorso, significa che sta passando al Livello 1 del processo di ricorso.

**Sezione 6.3 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 1****Termini legali**

Un ricorso al piano in merito a una decisione di copertura dell'assistenza medica è chiamato piano di **“riconsiderazione integrata”**.

Un ricorso rapido è anche chiamato **riconsiderazione accelerata**.

**Passaggio 1: Decidere se è necessario un ricorso standard o un ricorso rapido.**

**Un ricorso standard viene solitamente presentato entro 30 giorni o 7 giorni per i farmaci della Parte B. Un ricorso rapido viene generalmente presentato entro 72 ore.**

- Se intende presentare ricorso contro una decisione che abbiamo preso in merito alla copertura per cure che non ha ancora ricevuto, Lei e/o il Suo medico dovreste decidere se è necessario un ricorso rapido. Se il Suo medico ci conferma che la Sua salute richiede un ricorso rapido, Le offriremo questa possibilità.
- I requisiti per ottenere un ricorso rapido sono gli stessi di quelli per ottenere una decisione di copertura rapida nella Sezione 6.2 di questo capitolo.

**Passaggio 2: Chiedere al nostro piano un ricorso o un ricorso rapido**

- **Se chiede un ricorso standard, invii il suo ricorso standard per iscritto.** Può inoltre richiedere un ricorso chiamandoci. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Se chiede un ricorso rapido, presenti il suo ricorso per iscritto o ci chiami.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **È necessario presentare la richiesta di ricorso entro 65 giorni di calendario** dalla data dell'avviso scritto inviato per comunicarle la nostra risposta sulla decisione di copertura. Se non rispetta questa scadenza e ha una buona ragione per non rispettarla, spieghi il motivo per cui il Suo ricorso è in ritardo quando lo presenta. Potremmo darle più tempo per presentare il suo ricorso. Esempi di buona causa possono includere una malattia grave che le ha impedito di contattarci o se le abbiamo fornito informazioni errate o incomplete sul termine per la richiesta di un ricorso.
- **Può chiedere una copia gratuita delle informazioni relative alla sua decisione medica. Lei e il Suo medico potete aggiungere ulteriori informazioni a sostegno del Suo ricorso.**

***Se la informassimo che intendiamo interrompere o ridurre i servizi o gli articoli che stava già ricevendo, potrebbe essere in grado di mantenere tali servizi o articoli durante il suo ricorso.***

- Se decidessimo di modificare o interrompere la copertura per un servizio o un articolo che attualmente riceve, le invieremo un avviso prima di intraprendere l'azione proposta.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

- Se non è d'accordo con l'azione, può presentare un ricorso di Livello 1. Continueremo a coprire il servizio o l'articolo se chiede un ricorso di livello 1 entro 10 giorni di calendario dalla data del timbro postale sulla nostra lettera o dalla data effettiva prevista dell'azione, a seconda di quale data sia successiva.
- Se rispetta questa scadenza, può continuare a ricevere il servizio o l'articolo senza modifiche mentre il suo ricorso di livello 1 è in sospeso. Continuerà inoltre a ricevere tutti gli altri servizi o articoli (che non sono oggetto del suo ricorso) senza modifiche.

**Passaggio 3: Consideriamo il suo ricorso e le diamo la nostra risposta.**

- Quando esaminiamo il suo ricorso, esaminiamo attentamente tutte le informazioni. Controlliamo se stavamo seguendo tutte le regole quando abbiamo detto di no alla sua richiesta.
- Raccoglieremo ulteriori informazioni se necessario, possibilmente contattando lei o il suo medico.

***Scadenze per un “ricorso rapido”***

- Per i ricorsi rapidi, siamo tenuti a fornirle la nostra risposta **entro 72 ore dal ricevimento del suo ricorso**. Le daremo la nostra risposta prima se la Sua salute lo richiede.
  - Tuttavia, se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario in più** se la Sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se ci prendiamo giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere tempo extra se la Sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.
  - Se non Le forniamo una risposta entro 72 ore (o entro la fine del periodo di tempo prolungato se abbiamo impiegato giorni extra), siamo tenuti a inviare automaticamente la Sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente. La sezione 6.4 spiega il processo di ricorso di livello 2.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo tenuti a autorizzare o fornire la copertura che abbiamo accettato di fornire entro 72 ore dal ricevimento del suo ricorso.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, Le invieremo la nostra decisione per iscritto e inoltreremo automaticamente il Suo ricorso all'Office of Administrative Hearings per un ricorso di livello 2. L'Office of Administrative Hearings fisserà un'udienza sul Suo caso e Le comunicherà per iscritto la data e l'ora dell'udienza quando riceverà il Suo ricorso.

***Scadenze per un ricorso “standard”***

- Per i ricorsi standard, siamo tenuti a fornirle la nostra risposta **entro 30 giorni di calendario** dal ricevimento del Suo ricorso. Se la Sua richiesta riguarda un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B che non ha ancora ricevuto, ti forniremo la nostra risposta **entro 7 giorni di calendario** dal ricevimento del Suo ricorso. Le daremo la nostra decisione prima se le Sue condizioni di salute lo richiedono.
  - Tuttavia, se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario in più** se la Sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se ci prendiamo giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere del tempo extra per una decisione se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.
  - Se ritiene che **non** dovremmo prendere giorni extra, può presentare un “reclamo rapido”. Quando presenta un ricorso rapido, Le forniremo una risposta entro 24 ore. (Per maggiori informazioni sul processo di presentazione dei reclami, inclusi i reclami rapidi, vedere la **Sezione 11** di questo capitolo.)

## Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)

- Se non Le forniamo una risposta entro il termine (o entro la fine del periodo di tempo prolungato), invieremo la Sua richiesta a un ricorso di livello 2 in cui l'Office of Administrative Hearings terrà un'udienza sul Suo caso. La sezione 6.4 spiega il processo di ricorso di livello 2.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo tenuti a autorizzare o fornire la copertura entro **30 giorni di calendario**, o entro **7 giorni di calendario** se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B, dopo aver ricevuto il suo ricorso.
- **Se il nostro piano risponde negativamente al Suo ricorso, ha ulteriori diritti di ricorso. Invieremo automaticamente la Sua richiesta a un ricorso di livello 2 in cui l'Office of Administrative Hearings terrà un'udienza sul Suo caso per vedere se sono d'accordo con la nostra decisione.**
- Se rispondiamo negativamente a tutto o parte di ciò che ha chiesto, le invieremo una lettera.

### Sezione 6.4 Passo a passo: Come viene eseguito un ricorso di livello 2

L'Office of Administrative Hearings è un'organizzazione indipendente assunta da Medicare e Medicaid. Non è collegata a noi e non è un'agenzia governativa. Questa organizzazione decide se la decisione che abbiamo preso è corretta o se deve essere modificata. Medicare e Medicaid supervisionano il Suo lavoro.

Invieremo automaticamente il Suo caso al livello 2 della procedura di ricorso non appena il ricorso di livello 1 sarà completato. L'Office of Administrative Hearings fisserà un'udienza nel Suo caso e le comunicherà la data e l'ora. Se necessario, potrà chiedere di riprogrammare per un giorno o un orario diverso.

Se possiede i requisiti per la continuazione dei sussidi quando ha presentato il Suo ricorso di livello 1, i Suoi sussidi per il servizio, l'articolo o il farmaco oggetto del ricorso possono continuare anche durante il livello 2. Andare a pagina 138 per informazioni su come continuare a usufruire dei sussidi durante i ricorsi di livello 1.

#### Processo di ricorso di livello 2:

**Passaggio 1: Invieremo il Suo caso all'Office of Administrative Hearings. L'Office of Administrative Hearings terrà un'udienza sul Suo caso.**

- Invieremo le informazioni sul Suo ricorso a questa organizzazione. Queste informazioni sono chiamate Fascicolo del caso o Pacchetto di prove. **Le invieremo una copia gratuita del Suo Pacchetto di prove.**
- Ha il diritto di fornire all'Office of Administrative Hearings ulteriori informazioni a sostegno del Suo ricorso.
- Durante la Sua udienza, il consigliere-auditore presso l'Office of Administrative Hearings esaminerà attentamente tutte le informazioni relative al Suo ricorso e ascolterà Lei e il personale dal Suo piano in merito alla Sua richiesta.

***Se ha avuto un ricorso veloce al Livello 1, POTREBBE anche avere un ricorso rapido al Livello 2***

- Per il ricorso rapido, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al Suo ricorso di livello 2 **entro 72 ore** dal ricevimento del Suo ricorso. In alcuni casi, anche se ha avuto un ricorso rapido per il Livello 1, non riceverà automaticamente un ricorso rapido al Livello 2. È possibile ottenere un ricorso rapido se l'utilizzo delle scadenze standard potrebbe causare gravi danni alla salute o danneggiare la capacità di recuperare la massima funzionalità.
- Se la Sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico e l'Office of Administrative Hearings deve raccogliere ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, potrebbero **essere necessari fino a 14 giorni di calendario in più**. L'Office of Administrative Hearings non può impiegare più tempo per prendere una decisione se la Sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.

## Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)

### *Se ha avuto un ricorso standard al Livello 1, avrà anche un ricorso standard al Livello 2*

- Per il ricorso standard, se la richiesta riguarda un articolo o un servizio medico, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al Suo ricorso di livello 2 **entro 60 giorni di calendario dal ricevimento** del Suo ricorso.
- Se la Sua richiesta riguarda un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al Suo ricorso di livello 2 **entro 7 giorni di calendario dal ricevimento** del Suo ricorso.
- Tuttavia, se la Sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico e l'Office of Administrative Hearings deve raccogliere ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, potrebbero **essere necessari fino a 14 giorni di calendario in più**. L'Office of Administrative Hearings non può impiegare più tempo per prendere una decisione se la Sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.

### **Passaggio 2: L'Office of Administrative Hearings Le dà la Sua risposta.**

L'Office of Administrative Hearings Le comunicherà la Sua decisione per iscritto e ne spiegherà i motivi.

- **Se l'Office of Administrative Hearings risponde positivamente a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo tenuti a autorizzare la copertura delle cure mediche **entro 1 giorno lavorativo**.
- **Se questa organizzazione risponde negativamente a tutto o parte del Suo ricorso**, significa che è d'accordo con il nostro piano che la Sua richiesta (o parte della Sua richiesta) di copertura per le cure mediche non deve essere approvata. (Questa operazione viene chiamata confermare la decisione o rifiutare il ricorso). In tal caso, l'Office of Administrative Hearings Le invierà una lettera:
  - Spiegando la sua decisione.
  - Notificandole il diritto a un ricorso di livello 3 se il valore in dollari della copertura delle cure mediche soddisfa un certo minimo. L'avviso scritto che riceve dall'Office of Administrative Hearings Le dirà l'importo in dollari che deve soddisfare per continuare il processo di ricorso.
  - Come presentare un ricorso di livello 3.
- Se il Suo ricorso di livello 2 viene rifiutato, deve decidere se vuole passare al livello 3 e presentare un terzo ricorso. I dettagli su come farlo sono nella comunicazione scritta che riceverà dopo il Suo ricorso di livello 2.
  - Il ricorso di livello 3 è gestito dal Medicare Appeals Council. La **sezione 10** di questo capitolo spiega il processo per gli appelli di livello 3, 4 e 5.

### **Se la decisione è negativa per tutto o parte di ciò che ho chiesto, posso presentare un altro ricorso?**

Se la decisione dell'Office of Administrative Hearings è negativa per tutto o parte di ciò che ha chiesto, ha **ulteriori diritti di ricorso**.

La lettera che riceve dall'Office of Administrative Hearings descriverà questa prossima opzione di ricorso.

Vedere la **Sezione 10** di questo capitolo per ulteriori informazioni sui diritti di ricorso dopo il Livello 2.

### **Sezione 6.5 Cosa succede se ci chiede di rimborsarla per una fattura che ha ricevuto per le cure mediche?**

**Non possiamo rimborsarle direttamente un servizio o un articolo Medicaid.** Se riceve una fattura per servizi e articoli coperti da Medicaid, la invii a noi. **Non deve pagare la fattura da solo.** Contatteremo direttamente il

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

fornitore e ci occuperemo del problema. Tuttavia, se paga la fattura, può ottenere un rimborso dall'operatore sanitario se ha seguito le regole per ottenere il servizio o l'articolo.

**Chiedere di essere rimborsati per qualcosa che si è già pagato:**

Se ci invia i documenti per chiedere il rimborso, chiede una decisione sulla copertura. Non possiamo rimborsarle direttamente un servizio o un articolo **Medicaid**. Se riceve una fattura per servizi e articoli coperti da Medicaid, la invii a noi. **Non deve pagare la fattura da solo**. Contatteremo direttamente l'operatore sanitario e ci occuperemo del problema. Tuttavia, se paga la fattura, può ottenere un rimborso dall'operatore sanitario se ha seguito le regole per ottenere i servizi o gli articoli.

Se desidera che le rimborsiamo per un servizio o un articolo **Medicare** o ci sta chiedendo di pagare un fornitore di assistenza sanitaria per un servizio Medicaid o un articolo per cui ha pagato, ci chiederà di prendere questa decisione di copertura. Controlleremo se l'assistenza medica che ha pagato è un servizio coperto. Verificheremo anche se ha seguito tutte le regole per utilizzare la sua copertura per le cure mediche.

- **Se diciamo di sì alla sua richiesta:** Se l'assistenza medica è coperta, le invieremo il pagamento del costo entro 60 giorni di calendario dal ricevimento della Sua richiesta.
  - Se l'assistenza Medicaid per la quale ha pagato un fornitore di assistenza sanitaria è coperta e ritiene che dovremmo pagare il fornitore di assistenza sanitaria, invieremo al fornitore di assistenza sanitaria il pagamento del costo entro 60 giorni di calendario dal ricevimento della Sua richiesta.
  - A quel punto dovrà contattare il Suo fornitore di servizi sanitari per ottenere il rimborso. Se non ha pagato le cure mediche, il pagamento verrà inviato direttamente all'operatore sanitario.
- **Se rispondiamo negativamente alla sua richiesta:** Se le cure mediche *non* sono coperte, o se non ha seguito tutte le regole, non invieremo il pagamento. Invece, le invieremo una lettera che dice che non pagheremo per i servizi e le ragioni per cui.

Se non è d'accordo con la nostra decisione di rifiutare, **può presentare un ricorso**. Se presenta un ricorso, significa che ci sta chiedendo di modificare la decisione sulla copertura che abbiamo preso quando abbiamo rifiutato la sua richiesta di pagamento.

**Per presentare questo ricorso, segua la procedura descritta nella Sezione 6.3.** Per i ricorsi relativi al rimborso, si prega di notare:

- Dobbiamo fornirle la nostra risposta entro 30 giorni di calendario dalla ricezione del suo ricorso. Se ci stai chiedendo di rimborsarti per le cure mediche che ha già ricevuto e pagato, non le è permesso chiedere un ricorso rapido.
- Se l'Office of Administrative Hearings decide che siamo tenuti a pagare, dovremo inviare il pagamento a lei o al fornitore entro 30 giorni di calendario. Se la risposta al Suo ricorso è sì in qualsiasi fase del processo di ricorso dopo il Livello 2, siamo tenuti a inviare il pagamento che ha richiesto a Lei o al fornitore di assistenza sanitaria entro 60 giorni di calendario.

**Sezione 6.6 Ricorsi esterni solo per Medicaid**

Lei o il Suo medico potete chiedere un ricorso esterno **solo per i sussidi coperti da Medicaid**.

Può chiedere allo Stato di New York un **ricorso esterno** indipendente se il nostro piano decide di negare la copertura per un servizio medico richiesto da lei e dal suo medico perché è:

- non necessario dal punto di vista medico o

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

- sperimentale o in fase di sperimentazione o
- non diverso dalle cure che è possibile ottenere nella rete del piano o
- disponibile da un fornitore partecipante che ha una formazione e un'esperienza corrette per soddisfare le Sue esigenze.

Si tratta di un ricorso esterno perché sono i revisori che non lavorano per il piano sanitario o lo stato a prendere la decisione. Questi revisori sono persone qualificate approvate dallo Stato di New York. Il servizio deve essere incluso nel pacchetto di sussidio del piano o essere un trattamento sperimentale. Non è necessario pagare per un ricorso esterno.

**Prima di appellarsi allo stato:**

- È necessario presentare un ricorso di livello 1 con il piano e ottenere la determinazione avversa finale del piano; **o**
- Può richiedere un ricorso esterno accelerato allo stesso tempo se non ha ottenuto il servizio e chiedere un ricorso rapido. (Il medico dovrà dire che è necessario un ricorso accelerato); **o**
- Lei e il piano potete accettare di saltare la procedura di ricorso del piano e passare direttamente al Ricorso esterno; **o**
- Può dimostrare che il piano non ha seguito correttamente le regole durante l'elaborazione del Suo ricorso di livello 1.

Ha **4 mesi** dopo aver ottenuto la determinazione avversa finale del piano per richiedere un ricorso esterno. Se Lei e il piano avete accettato di saltare la procedura di ricorso del piano, dovete richiedere il Ricorso esterno entro 4 mesi da quando avete stipulato tale accordo.

Per richiedere un Ricorso Esterno, compilare una domanda e inviarla al Dipartimento dei Servizi Finanziari.

- Se ha bisogno di aiuto per presentare un ricorso, può chiamare il Servizio Soci al numero (833) 671-0440.
- Lei e i Suoi medici dovete fornire informazioni sul suo problema medico.
- L'applicazione Ricorso esterno indica quali informazioni saranno necessarie.

Ecco alcuni modi per presentare richiesta:

- Chiamare il Dipartimento dei servizi finanziari, 1-800-400-8882
- Visitare il sito Web del Dipartimento dei servizi finanziari all'indirizzo [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Contattare il piano sanitario al numero (833) 671-0440

Il revisore deciderà il Suo ricorso esterno tra 30 giorni. Se il revisore del ricorso esterno richiede ulteriori informazioni, potrebbe essere necessario più tempo (fino a cinque giorni lavorativi). Il revisore comunicherà a Lei e al piano la decisione finale entro due giorni dall'adozione della decisione.

È possibile ottenere una decisione più rapida se il medico afferma che un ritardo causerà gravi danni alla salute. Si tratta di un **ricorso esterno accelerato**. Il revisore del ricorso esterno deciderà un ricorso accelerato entro 72 ore o meno. Il revisore comunicherà immediatamente a Lei e al piano la decisione per telefono o fax. Successivamente, il revisore invierà una lettera che Le informerà della decisione.

**In qualsiasi momento del processo, Lei o qualcuno di cui si fida potete anche presentare un reclamo sul tempo di revisione al Dipartimento della Salute dello Stato di New York chiamando il numero 1-866-712-7197.**

**Capitolo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****SEZIONE 7 Farmaci con prescrizione della Parte D: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso****Sezione 7.1 Questa sezione Le dice cosa fare se ha problemi a ottenere un farmaco Parte D o vuole che Le rimborsiamo per un farmaco Parte D**

I Suoi sussidi includono la copertura per molti farmaci soggetti a prescrizione medica. Per essere coperto, il farmaco deve essere utilizzato per un'indicazione clinicamente accettata. (Vedere il Capitolo 5 per maggiori informazioni su un'indicazione accettata dal punto di vista medico.) Per i dettagli sui farmaci della Parte D, le regole, le restrizioni e i costi, consultare i Capitoli 5 e 6. **Questa sezione riguarda solo i farmaci della Parte D.** Per semplificare, generalmente diremo *farmaco* nel resto di questa sezione, invece di ripetere ogni volta il *farmaco da prescrizione ambulatoriale coperto* o il farmaco della Parte D. Usiamo anche il termine *Elenco dei farmaci* invece di *Elenco dei farmaci coperti* o *Prontuario*.

- Se non sa se un farmaco è coperto o se rispetti le regole, può chiedercelo. Alcuni farmaci richiedono l'approvazione da parte nostra prima di essere coperti.
- Se la Sua farmacia le dice che la Sua prescrizione non può essere compilata come scritto, la farmacia le darà una comunicazione scritta che spiega come contattarci per chiedere una decisione sulla copertura.

**Decisioni sulla copertura Parte D e ricorsi****Termini legali**

Una decisione di copertura iniziale sui farmaci della Parte D è chiamata **determinazione della copertura**.

Una decisione sulla copertura è una decisione che prendiamo in merito ai Suoi sussidi e alla Sua copertura o all'importo che pagheremo per i Suoi farmaci. Questa sezione spiega cosa può fare se si trova in una delle seguenti situazioni:

- Chiedere di coprire un farmaco della Parte D che non è nell'*Elenco dei farmaci coperti del piano*. **Chiedere un'eccezione. Sezione 7.2.**
- Chiedere di rinunciare a una restrizione sulla copertura del piano per un farmaco (come i limiti sulla quantità del farmaco che è possibile ottenere, l'organizzazione preventiva o l'obbligo di provare prima un altro farmaco). **Chiedere un'eccezione. Sezione 7.2.**
- Chiedere la pre-approvazione per un farmaco. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 7.4.**
- Pagare per un farmaco soggetto a prescrizione che ha già acquistato. **Richieste di rimborso. Sezione 7.4.**

Se non è d'accordo con una decisione sulla copertura che abbiamo preso, può appellarsi alla nostra decisione.

Questa sezione spiega sia come richiedere decisioni sulla copertura sia come fare ricorso.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Sezione 7.2 Cos'è un'eccezione?****Termini legali**

La richiesta di copertura di un farmaco che non è nell'elenco dei farmaci viene talvolta definita **eccezione del prontuario**.

Chiedere la rimozione di una restrizione sulla copertura per un farmaco è talvolta chiamato chiedere una **eccezione del prontuario**.

Chiedere di pagare un prezzo inferiore per un farmaco non preferito coperto è talvolta chiamato chiedere una **eccezione di livello**.

Se un farmaco non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto, può chiederci di fare una eccezione. Un'eccezione è un tipo di decisione di copertura.

Per consentirci di prendere in considerazione la Sua richiesta di deroga, il medico o altro medico prescrittore dovrà spiegare i motivi medici per cui è necessaria l'approvazione dell'eccezione. Ecco due esempi di eccezioni che Lei, il Suo medico o un altro medico prescrittore può chiederci di fare:

- 1. Coprire un farmaco della Parte D per Lei che non è nel nostro Elenco dei farmaci.**
- 2. Rimozione di una restrizione per un farmaco coperto.** Il Capitolo 5 descrive le regole o le restrizioni extra che si applicano a determinati farmaci nella nostra Lista dei farmaci.

**Sezione 7.3 Cose importanti da sapere sulla richiesta di eccezioni****Il medico deve comunicarci le ragioni mediche**

Il medico o altro medico prescrittore deve fornirci una dichiarazione che spieghi i motivi medici per richiedere un'eccezione. Per una decisione più rapida, includa queste informazioni mediche avute dal Suo medico o da un altro medico prescrittore quando chiede la deroga.

In genere, il nostro Elenco dei farmaci include più di un farmaco per il trattamento di una particolare condizione. Queste diverse possibilità sono chiamate farmaci alternativi. Se un farmaco alternativo fosse altrettanto efficace del farmaco che sta richiedendo e non causerebbe più effetti collaterali o altri problemi di salute, generalmente non approveremo la Sua richiesta di eccezione.

**Possiamo dire di sì o di no alla Sua richiesta**

- Se approviamo la Sua richiesta di eccezione, la nostra approvazione di solito è valida fino alla fine dell'anno del piano. Questo è vero fintanto che il medico continua a prescriverle il farmaco e quel farmaco continua ad essere sicuro ed efficace per il trattamento della Sua condizione.
- Se risponderemo negativamente alla Sua richiesta, può chiedere un'altra revisione presentando ricorso.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Sezione 7.4 Passo a passo: Come chiedere una decisione di copertura, inclusa un'eccezione****Termini legali**

Una decisione di copertura rapida è chiamata **determinazione di copertura accelerata**.

**Passaggio 1: Decidere se è necessaria una decisione standard sulla copertura o una decisione rapida sulla copertura.**

Le **decisioni standard sulla copertura** vengono prese entro **72 ore** dalla ricezione della dichiarazione del medico. Le **decisioni rapide sulla copertura** vengono prese entro **24 ore** dal ricevimento della dichiarazione del Suo medico.

***Se la Sua salute lo richiede, ci chiedi di fornirle una decisione rapida sulla copertura. Per ottenere una rapida decisione sulla copertura, è necessario soddisfare due requisiti:***

- Deve chiedere un *farmaco che non ha ancora ricevuto*. (Non può chiedere che una decisione di copertura rapida venga rimborsata per un farmaco che ha già acquistato.)
- L'utilizzo delle scadenze standard potrebbe *causare gravi danni alla salute o danneggiare le Sue funzioni vitali*.
- **Se il Suo medico o altro medico prescrittore ci dice che la Sua salute richiede una decisione rapida sulla copertura, Le forniremo automaticamente una decisione rapida sulla copertura.**
- **Se chiede una decisione rapida sulla copertura da solo, senza il supporto del Suo medico o del Suo medico prescrittore, decideremo se la Sua salute richiede che le forniamo una decisione rapida sulla copertura.** Se non approviamo una decisione rapida sulla copertura, le invieremo una lettera che:
  - Spiega che useremo le scadenze standard.
  - Spiega che se il Suo medico o altro prescrittore chiede la decisione rapida sulla copertura, le forniremo automaticamente una decisione rapida sulla copertura.
  - Spiega come può presentare un reclamo rapido sulla nostra decisione di fornirle una decisione di copertura standard invece della decisione di copertura rapida che ha richiesto. Risponderemo al Suo ricorso entro 24 ore dal ricevimento.

**Passaggio 2: Richiedere una decisione standard di copertura o una decisione rapida di copertura.**

Iniziare chiamando, scrivendo o inviando via fax il nostro piano per presentare la Sua richiesta di autorizzazione o copertura per le cure mediche che desidera. È inoltre possibile accedere al processo decisionale sulla copertura attraverso il nostro sito web. Siamo tenuti a accettare qualsiasi richiesta scritta, inclusa una richiesta presentata sul *modulo di richiesta di determinazione della copertura del modello CMS*, disponibile sul nostro sito web. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto. Per assisterci nell'elaborazione della Sua richiesta, si assicuri di includere il Suo nome, le informazioni di contatto e le informazioni che identificano quale reclamo con risposta negativa è oggetto di ricorso.

Lei, il Suo medico (o altro medico prescrittore) o il Suo rappresentante potete farlo. Può anche far intervenire un avvocato per Suo conto. La sezione 4 di questo capitolo spiega come può dare il permesso scritto a qualcun altro di agire come Suo rappresentante.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

- **Se richiede un'eccezione, fornisca la dichiarazione a supporto**, che sono i motivi medici per l'eccezione. Il medico o altro medico prescrittore può inviarci via fax o per posta la dichiarazione. Oppure il medico o un altro medico prescrittore può comunicarcelo al telefono e seguire inviandoci via fax o per posta una dichiarazione scritta, se necessario.

**Passaggio 3: Consideriamo la Sua richiesta e Le diamo la nostra risposta.*****Scadenze per una decisione rapida sulla copertura***

- In generale, dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 24 ore** dal ricevimento della Sua richiesta.
  - Per eccezioni, le forniremo la nostra risposta **entro 24 ore** dal ricevimento della dichiarazione di supporto del Suo medico. Le daremo la nostra risposta prima se la Sua salute lo richiede.
  - Se non rispettassimo questa scadenza, saremo tenuti a passare la Sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, saremo tenuti a fornire la copertura che abbiamo accettato di fornire entro 24 ore dal ricevimento della Sua richiesta o della dichiarazione del medico a sostegno della Sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente. Le diremo anche come può presentare ricorso.

***Scadenze per una decisione di copertura standard su un farmaco che non ha ancora ricevuto***

- Siamo tenuti a fornirle la nostra risposta **entro 72 ore** dal ricevimento della Sua richiesta.
  - Per le eccezioni, Le forniremo la nostra risposta entro 72 ore dal ricevimento della dichiarazione di supporto del Suo medico. Le daremo la nostra risposta prima se la Sua salute lo richiede.
  - Se non rispettassimo questa scadenza, saremo tenuti a inviare la Sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, dobbiamo **fornire la copertura** che abbiamo accettato di fornire **entro 72 ore** dal ricevimento della Sua richiesta o della dichiarazione del medico a sostegno della Sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente. Le diremo anche come può presentare ricorso.

***Scadenze per una decisione di copertura standard sul pagamento di un farmaco che ha già acquistato***

- Siamo tenuti a fornirle la nostra risposta **entro 14 giorni di calendario** dal ricevimento della Sua richiesta.
  - Se non rispettassimo questa scadenza, saremo tenuti a passare la Sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo anche tenuti a effettuare il pagamento entro 14 giorni di calendario dal ricevimento della Sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente. Le diremo anche come può presentare ricorso.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Passaggio 4: Se dovessimo rifiutare la Sua richiesta di copertura, potrà presentare ricorso.**

- Se rispondestimo negativamente, avrà diritto di chiederci di riconsiderare questa decisione presentando ricorso. Ciò significa chiedere di nuovo di ottenere la copertura farmacologica desiderata. Se presenta ricorso, significa che sta passando al Livello 1 del processo di ricorso.

**Sezione 7.5 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 1****Termini legali**

Un ricorso al piano su una decisione di copertura farmacologica della Parte D è chiamato piano di **rideterminazione**.

Un ricorso rapido è anche chiamato **rideterminazione accelerata**.

**Passaggio 1: Decidere se è necessario un ricorso standard o un ricorso rapido.**

*Un ricorso standard viene solitamente presentato entro 7 giorni. Un ricorso rapido viene generalmente presentato entro 72 ore. Se la Sua salute lo richiede, chiedi un ricorso rapido*

- Se intende presentare ricorso contro una decisione che abbiamo preso in merito a un farmaco che non hai ancora ricevuto, lei e il Suo medico o altro medico prescrittore dovreste decidere se è necessario un ricorso rapido.
- I requisiti per ottenere un ricorso rapido sono gli stessi di quelli per ottenere una decisione di copertura rapida nella Sezione 6.2 di questo capitolo.

**Passaggio 2: Lei, il Suo rappresentante, il medico o altro prescrittore dovrà contattarci e presentare il Suo ricorso di livello 1. Se la Sua salute richiede una risposta rapida, deve chiedere un ricorso rapido.**

- **Per i ricorsi standard, presentare una richiesta scritta.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Per i ricorsi rapidi, presentare il ricorso per iscritto o chiamarci al numero (833) 671-0440, TTY: 711.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Siamo tenuti ad accettare qualsiasi richiesta scritta**, inclusa una richiesta presentata sul modulo di richiesta di rideterminazione del modello CMS, disponibile sul nostro sito web [SWHNY.com](http://SWHNY.com). Si assicuri di includere il Suo nome, le informazioni di contatto e le informazioni relative al Suo reclamo per assisterci nell'elaborazione della Sua richiesta.
- **È necessario presentare la richiesta di ricorso entro 65 giorni di calendario** dalla data della comunicazione scritta inviata per comunicarle la nostra risposta sulla decisione di copertura. Se non rispetta questa scadenza e ha una buona ragione per non rispettarla, spieghi il motivo per cui il Suo ricorso è in ritardo quando lo presenta. Potremmo darle più tempo per presentare il Suo ricorso. Esempi di buona causa possono includere una malattia grave che Le ha impedito di contattarci o se Le abbiamo fornito informazioni errate o incomplete sul termine per la richiesta di un ricorso.
- **Può chiedere una copia delle informazioni contenute nel Suo ricorso e aggiungere ulteriori informazioni.** Lei e il Suo medico potete aggiungere ulteriori informazioni a sostegno del Suo ricorso.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

**Passaggio 3: Consideriamo il Suo ricorso e Le diamo la nostra risposta.**

- Quando esaminiamo il Suo ricorso, esaminiamo attentamente tutte le informazioni relative alla Sua richiesta di copertura. Controlliamo se stavamo seguendo tutte le regole quando abbiamo risposto negativamente alla Sua richiesta. Potremmo contattare Lei, il Suo medico o un altro medico prescrittore per ottenere maggiori informazioni.

***Scadenze per un ricorso rapido***

- Per i ricorsi rapidi, siamo tenuti a fornirle la nostra risposta **entro 72 ore dalla ricezione del Suo ricorso**. Le daremo la nostra risposta prima se la Sua salute lo richiedesse.
  - Se non Le dessimo una risposta entro 72 ore, saremo tenuti a inviare la Sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente. **La sezione 7.6** spiega il processo di ricorso di livello 2.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, saremo tenuti a fornire la copertura che abbiamo accettato di fornire entro 72 ore dal ricevimento del Suo ricorso.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, Le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente e come può impugnare la nostra decisione.

***Scadenze per un ricorso standard per un farmaco che non ha ancora ricevuto***

- Per i ricorsi standard, siamo tenuti a fornirle la nostra risposta **entro 7 giorni di calendario** dalla ricezione del Suo ricorso. Le daremo la nostra decisione prima se non ha ancora ricevuto il farmaco e le Sue condizioni di salute lo richiedono.
  - Se non Le diamo una decisione entro 7 giorni di calendario, siamo tenuti a inviare la Sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente. **La sezione 7.6** spiega il processo di ricorso di livello 2.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo tenuti a fornire la copertura il più rapidamente possibile, ma non oltre **7 giorni di calendario** dalla ricezione del Suo ricorso.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, Le invieremo una dichiarazione scritta che spiega perché abbiamo detto di no e come può impugnare la nostra decisione.

***Scadenze per un ricorso standard sul pagamento di un farmaco che ha già acquistato***

- Siamo tenuti a fornirle la nostra risposta **entro 14 giorni di calendario** dalla ricezione della Sua richiesta.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la tua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo anche tenuti a effettuare il pagamento entro 30 giorni di calendario dalla ricezione della Sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, Le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo detto no. Le diremo anche come può presentare ricorso.

**Passaggio 4: Se rispondiamo negativamente al Suo ricorso, decidi se vuole continuare con il processo di ricorso e presentare un altro ricorso.**

- Se Lei decide di presentare un altro ricorso, significa che si passa al livello 2 del processo di ricorso.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Sezione 7.6 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 2****Termini legali**

Il nome formale per l'"organizzazione di revisione indipendente" è l'"**Ente di revisione indipendente**". A volte viene chiamato "**IRE**".

L'**organizzazione di revisione indipendente** è un'**organizzazione indipendente assunta da Medicare**. Non è collegata a noi e non è un'agenzia governativa. Questa organizzazione decide se la decisione che abbiamo preso è corretta o se deve essere modificata. Medicare supervisiona il suo operato.

**Passo 1: Lei (o il suo rappresentante o il suo medico o altro medico prescrittore) deve contattare l'organizzazione di revisione indipendente e chiedere una revisione del suo caso.**

- Se diciamo di no al suo ricorso di livello 1, l'avviso scritto che Le invieremo includerà **le istruzioni su come presentare un ricorso di livello 2** con l'organizzazione di revisione indipendente. Queste istruzioni indicheranno chi può presentare questo ricorso di livello 2, quali scadenze è necessario rispettare e come raggiungere l'organizzazione di revisione. Se, tuttavia, non abbiamo completato la nostra revisione entro il periodo di tempo applicabile o preso una decisione sfavorevole in merito alla determinazione "a rischio" nell'ambito del nostro programma di gestione dei farmaci, inoltreremo automaticamente la sua richiesta all'IRE.
- Invieremo le informazioni sul suo ricorso a questa organizzazione. Queste informazioni sono chiamate "fascicolo del caso". **Ha il diritto di chiederci una copia del suo fascicolo.**
- Ha il diritto di fornire all'organizzazione indipendente di revisione ulteriori informazioni a sostegno del suo ricorso.

**Passaggio 2: L'organizzazione di revisione indipendente esamina il suo ricorso.**

I revisori dell'organizzazione di revisione indipendente esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso.

***Scadenze per il "ricorso rapido"***

- Se la sua salute lo richiede, chiedi all'organizzazione di revisione indipendente un "ricorso rapido".
- Se l'organizzazione accetta di fornire un "ricorso rapido", deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 72 ore** dalla ricezione della sua richiesta di ricorso.

***Termini per il "ricorso standard"***

- Per i ricorsi standard, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 7 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso, se si tratta di un farmaco che non ha ancora ricevuto. Se richiede il rimborso di un farmaco già acquistato, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 14 giorni di calendario** dalla ricezione della sua richiesta.

**Passaggio 3: L'organizzazione di revisione indipendente le dà la risposta.**

***Per "ricorsi rapidi":***

---

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**


---

- **Se l'organizzazione di revisione indipendente dice di sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, dobbiamo fornire la copertura del farmaco che è stata approvata dall'organizzazione di revisione **entro 24 ore** dalla ricezione della decisione da parte dell'organizzazione di revisione.

**Per i "ricorsi standard":**

- **Se l'organizzazione di revisione indipendente dice di sì a una parte o a tutta la sua richiesta di copertura**, dobbiamo **fornire la copertura del farmaco** che è stata approvata dall'organizzazione di revisione **entro 72 ore** dalla ricezione della decisione da parte dell'organizzazione di revisione.
- **Se l'organizzazione di revisione indipendente dice di sì a una parte o a tutta la sua richiesta di rimborso** di un farmaco già acquistato, siamo tenuti a **inviarle il pagamento entro 30 giorni di calendario** dalla ricezione della decisione da parte dell'organizzazione di revisione.

**Cosa succede se l'organizzazione di revisione dice di no al suo ricorso?**

**Se questa organizzazione dice di no a tutto o parte del suo ricorso**, significa che è d'accordo con la nostra decisione di non approvare la sua richiesta (o parte della sua richiesta). (Questa operazione viene chiamata "confermare la decisione" o "rifiutare il ricorso"). In questo caso, l'organizzazione di revisione indipendente le invierà una lettera:

- Spiegando la sua decisione.
- Notificandole il diritto a un ricorso di livello 3 se il valore in dollari della copertura farmacologica che sta richiedendo soddisfa un certo minimo. Se il valore in dollari della copertura farmacologica richiesta è troppo basso, non è possibile presentare un altro ricorso e la decisione al livello 2 è definitiva.
- Indicare il valore in dollari che deve essere contestato per continuare con il processo di ricorso.

**Passaggio 4: Se il suo caso soddisfa i requisiti, può scegliere se portare avanti il ricorso.**

- Ci sono tre livelli aggiuntivi nel processo di ricorso dopo il Livello 2 (per un totale di cinque livelli di ricorso). Se desidera passare a un ricorso di livello 3, i dettagli su come farlo sono nella comunicazione scritta che riceve dopo la decisione del ricorso di livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato. **La sezione 10** di questo capitolo contiene ulteriori informazioni sul processo per i ricorsi di livello 3, 4 e 5.

---

**SEZIONE 8 Come chiederci di coprire una degenza ospedaliera più lunga se pensi di essere dimesso troppo presto**


---

Quando è ricoverato/a in un ospedale, ha il diritto di ottenere tutti i servizi ospedalieri coperti che sono necessari per diagnosticare e curare la Sua malattia o infortunio.

Durante la Sua degenza ospedaliera coperta, il medico e il personale ospedaliero lavoreranno con Lei per prepararsi al giorno in cui lascerà l'ospedale. L'aiuteranno a organizzare le cure di cui potrebbe aver bisogno dopo la partenza.

- Il giorno in cui lascia l'ospedale si chiama **“data di dimissione”**.
- Quando viene decisa la data di dimissione, il medico o il personale ospedaliero glielo comunicheranno.
- Se ritiene che le venga chiesto di lasciare l'ospedale troppo presto, può richiedere una degenza ospedaliera più lunga e la Sua richiesta sarà presa in considerazione.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Sezione 8.1 Durante la sua degenza ospedaliera, riceverà una comunicazione scritta da Medicare che illustra i suoi diritti**

Entro due giorni dall'ammissione in ospedale, le verrà consegnato un avviso scritto dal titolo *Un messaggio importante da parte di Medicare sui suoi diritti*. Tutti con Medicare ricevono una copia di questo avviso.

Se non si riceve l'avviso da qualcuno in ospedale (ad esempio, un assistente sociale o un infermiere), chiederlo a qualsiasi dipendente dell'ospedale. Se ha bisogno di aiuto, chiami il Servizio clienti o il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (TTY 1-877-486-2048).

**1. Legga attentamente questo avviso e faccia domande se non lo capisce. Le comunica:**

- Il diritto di ricevere servizi coperti da Medicare durante e dopo la degenza ospedaliera, come ordinato dal medico. Ciò include il diritto di sapere quali sono questi servizi, chi li pagherà e dove è possibile ottenerli.
- Il suo diritto di essere coinvolto in qualsiasi decisione relativa alla sua degenza ospedaliera.
- Dove segnalare eventuali dubbi sulla qualità delle cure ospedaliere.
- Il suo diritto di **richiedere una revisione immediata** della decisione di dimetterla se ritiene di essere stato dimesso dall'ospedale troppo presto. Questo è un modo formale e legale per chiedere un ritardo nella data di dimissione in modo da coprire le cure ospedaliere per un periodo più lungo.

**2. Le verrà chiesto di firmare l'avviso scritto per dimostrare di averlo ricevuto e di comprendere i suoi diritti.**

- Lei o qualcuno che agisce per suo conto sarà invitato a firmare l'avviso.
- La firma dell'avviso mostra **solo** che ha ricevuto le informazioni sui suoi diritti. L'avviso non indica la data di dimissione. La firma dell'avviso **non significa** che si sta concordando una data di dimissione.

**3. Tenga la Sua copia dell'avviso a portata di mano in modo da avere le informazioni su come presentare ricorso (o segnalare una preoccupazione sulla qualità dell'assistenza) se ne avesse bisogno.**

- Se firma l'avviso più di due giorni prima della data di dimissione, riceverà un'altra copia prima della data prevista per la dimissione.
- Per consultare una copia di questo avviso in anticipo, può chiamare il Servizio clienti o il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. È inoltre possibile consultare l'avviso online all'indirizzo [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

**Sezione 8.2 Passo a passo: Come presentare un ricorso di livello 1 per modificare la data di dimissione dall'ospedale**

Se desidera chiedere che i suoi servizi di ricovero ospedaliero siano coperti da noi per un periodo più lungo, dovrà utilizzare la procedura di ricorso per presentare questa richiesta. Prima di iniziare, capire cosa è necessario fare e quali sono le scadenze.

- **Seguire il processo.**
- **Rispettare le scadenze.**
- **Chiedere aiuto se ne ha bisogno.** In caso di domande o se ha bisogno di aiuto in qualsiasi momento, chiami il Servizio clienti. Oppure chiami il Suo programma di assistenza sanitaria statale, un'organizzazione governativa che fornisce assistenza personalizzata.

**Capitolo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

**Durante un ricorso di livello 1, l'organizzazione per il miglioramento della qualità esamina il Suo ricorso.** Verifica se la data di dimissione programmata è appropriata dal punto di vista medico.

L'**Organizzazione per il miglioramento della qualità** è un gruppo di medici e altri operatori sanitari pagati dal governo federale per controllare e contribuire a migliorare la qualità delle cure per le persone con Medicare. Ciò include la revisione delle date di dimissione ospedaliera per le persone con Medicare. Questi esperti non fanno parte del nostro piano.

**Passaggio 1: Contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il proprio stato e chiedere una revisione immediata della dimissione ospedaliera. È necessario agire in fretta.**

*Come è possibile contattare questa organizzazione?*

- L'avviso scritto che ha ricevuto (*Un messaggio importante da Medicare sui suoi diritti*) le spiega come contattare questa organizzazione. Oppure trovi il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il Suo stato nel Capitolo 2.

*Agisca rapidamente:*

- Per presentare ricorso, è necessario contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità **prima** di lasciare l'ospedale entro e **non oltre la mezzanotte del giorno della dimissione**.
  - Se rispetta questa scadenza, può rimanere in ospedale **dopo** la data di dimissione **senza pagarla** mentre aspetta di ottenere la decisione dall'Organizzazione per il miglioramento della qualità.
  - Se **non** rispetta questa scadenza e decide di rimanere in ospedale dopo la data di dimissione pianificata, **potrebbe dover pagare tutti i costi** per le cure ospedaliere che riceverà dopo la data di dimissione pianificata.

Una volta richiesta una revisione immediata della dimissione ospedaliera, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità ci contatterà. Entro le ore 12:00 del giorno successivo a quello in cui siamo stati contattati, Le forniremo un **Avviso di Dimissione dettagliato**. Questo avviso indica la data di dimissione programmata e spiega in dettaglio i motivi per cui il medico, l'ospedale e riteniamo che sia giusto (dal punto di vista medico) che lei venga dimesso in quella data.

È possibile ottenere un campione dell'**avviso dettagliato di dimissione** chiamando il Servizio Soci o il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. (Gli utenti TTY devono chiamare il numero 1-877-486-2048.) Oppure è possibile visualizzare un avviso di esempio online all'indirizzo [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

**Passaggio 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità conduce una revisione indipendente del Suo caso.**

- Gli operatori sanitari dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità (“i revisori”) chiederanno a lei (o al suo rappresentante) perché ritiene che la copertura per i servizi debba continuare. Non è tenuto a preparare nulla di scritto, ma può farlo se lo desidera.
- I revisori esamineranno anche le Sue informazioni mediche, parleranno con il Suo medico e esamineranno le informazioni che l'ospedale e noi abbiamo fornito loro.
- Entro le ore 12:00 del giorno successivo a quello in cui i revisori ci hanno comunicato il Suo ricorso, riceverà una comunicazione scritta da parte nostra che indica la data di dimissione prevista. Questo avviso spiega anche in dettaglio i motivi per cui il medico, l'ospedale e noi riteniamo che sia giusto (dal punto di vista medico) che lei venga dimesso in quella data.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

**Passaggio 3: Entro un giorno intero dal ricevimento di tutte le informazioni necessarie, l'organizzazione per il miglioramento della qualità Le darà risposta al Suo ricorso.**

*Cosa succede se la risposta è positiva?*

- Se l'organizzazione di revisione dice di sì, **dobbiamo continuare a fornire i servizi di ricovero ospedaliero per tutto il tempo in cui questi servizi sono necessari dal punto di vista medico.**
- Dovrà continuare a pagare la Sua quota dei costi (come franchigie o copagamenti, se applicabili). Inoltre, potrebbero esserci limitazioni ai servizi ospedalieri coperti.

*Cosa succede se la risposta è no?*

- Se l'organizzazione di revisione dice di no, sta dicendo che la data di dimissione programmata è appropriata dal punto di vista medico. In tal caso, **la nostra copertura per i suoi servizi di ricovero ospedaliero terminerà** a mezzogiorno del giorno **successivo** alla risposta dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità al suo ricorso.
- Se l'organizzazione di revisione dice di no al Suo ricorso e decide di rimanere in ospedale, allora **potrebbe dover pagare l'intero costo** delle cure ospedaliere che riceve dopo mezzogiorno del giorno dopo che l'organizzazione per il miglioramento della qualità ha risposto al Suo ricorso.

**Passaggio 4: Se la risposta al suo ricorso di livello 1 è negativa, sta a lei decidere se vuole presentare un altro ricorso.**

- Se l'organizzazione per il miglioramento della qualità ha risposto negativamente al Suo ricorso e rimane in ospedale dopo la data di dimissione pianificata, può presentare un altro ricorso. Presentare un altro ricorso significa passare al Livello 2 del processo di ricorso.

**Sezione 8.3      Passo a passo: Come presentare un ricorso di livello 2 per modificare la data di dimissione dall'ospedale**

Durante un ricorso di livello 2, chiedi all'organizzazione per il miglioramento della qualità di dare un'altra occhiata alla sua decisione sul Suo primo ricorso. Se l'Organizzazione per il miglioramento della qualità rifiuta il Suo ricorso di livello 2, potrebbe dover pagare l'intero costo del soggiorno dopo la data di dimissione prevista.

**Passo 1: Contattare nuovamente l'Organizzazione per il miglioramento della qualità e chiedere un'altra revisione.**

- Deve chiedere questa revisione **entro 60 giorni di calendario** dal giorno in cui l'organizzazione per il miglioramento della qualità ha detto di no al Suo ricorso di livello 1. Può chiedere questa revisione solo se rimane in ospedale dopo la data in cui è terminata la copertura per l'assistenza.

**Passo 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità fa una seconda revisione della Sua situazione.**

- I revisori dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al Suo ricorso.

**Passo 3: Entro 14 giorni di calendario dal ricevimento della Sua richiesta di ricorso di livello 2, i revisori decideranno sul Suo ricorso e Le comunicheranno la loro decisione.**

*Se l'organizzazione di revisione dice di sì:*

**Capitolo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

- **Dobbiamo rimborsarLe** la nostra quota dei costi delle cure ospedaliere che ha ricevuto da mezzogiorno del giorno successivo alla data in cui il Suo primo ricorso è stato respinto dall'Organizzazione per il miglioramento della qualità. **Dobbiamo continuare a fornire copertura per l'assistenza ospedaliera ospedaliera per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico.**
- È necessario continuare a pagare la propria quota dei costi e potrebbero essere applicate limitazioni di copertura.

**Se l'organizzazione di revisione dice di no:**

- Significa che sono d'accordo con la decisione che hanno preso sul Suo ricorso di livello 1.
- L'avviso che riceve Le dirà per iscritto cosa può fare se desidera continuare con il processo di revisione.

**Passo 4: Se la risposta è no, dovrà decidere se vuole portare avanti il suo ricorso passando al Livello 3.**

- Ci sono tre livelli aggiuntivi nel processo di ricorso dopo il Livello 2 (per un totale di cinque livelli di ricorso). Se desidera passare a un ricorso di livello 3, i dettagli su come farlo sono nella comunicazione scritta che riceve dopo la decisione del ricorso di livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato. **La sezione 10** di questo capitolo dice di più sui livelli 3, 4 e 5 del processo di ricorso.

**SEZIONE 9 Come chiederci di continuare a coprire determinati servizi medici se ritiene che la Sua copertura stia finendo troppo presto**

<b>Sezione 9.1</b>	<b>Questa sezione riguarda solo tre servizi: Assistenza sanitaria a domicilio, assistenza infermieristica qualificata e servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)</b>
--------------------	---

Qualora ricevesse **servizi sanitari a domicilio coperti, assistenza infermieristica qualificata o assistenza riabilitativa (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, ha il diritto di continuare a ricevere i Suoi servizi per quel tipo di assistenza per tutto il tempo necessario per diagnosticare e trattare la Sua malattia o infortunio.

Qualora decidessimo che è il momento di smettere di coprire uno dei tre tipi di assistenza per Lei, saremo tenuti a comunicarglielo in anticipo. Quando la Sua copertura per tale assistenza terminerà, **smetteremo di pagare per le Sue cure.**

Se ritiene che stiamo interrompendo la copertura delle Sue cure troppo presto, **può presentare ricorso contro la nostra decisione.** Questa sezione spiega come presentare ricorso.

<b>Sezione 9.2</b>	<b>Le comunicheremo in anticipo quando terminerà la copertura</b>
--------------------	---

**Termini legali**

<p><b>Avviso di non copertura Medicare.</b> Le dice come può richiedere un <b>ricorso rapido</b>. Richiedere un ricorso rapido è un modo formale e legale per richiedere una modifica alla nostra decisione di copertura su quando interrompere la Sua assistenza.</p>
--

## Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)

1. **Riceverà un avviso scritto** almeno due giorni prima che il nostro piano smetta di coprire le Sue cure. L'avviso Le dice:
  - La data in cui smetteremo di occuparci di lei.
  - Come richiedere un ricorso rapido per richiederci di continuare a coprire la Sua assistenza per un periodo di tempo più lungo.
2. **Lei, o qualcuno che agisca per Suo conto, sarà invitato a firmare la comunicazione scritta per dimostrare di averla ricevuta.** La firma dell'avviso dimostra *solo* che ha ricevuto le informazioni su quando terminerà la copertura. **Firmarlo non significa essere d'accordo** con la decisione del piano di interrompere l'assistenza.

### Sezione 9.3 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 1 per far sì che il nostro piano copra la Sua assistenza per un tempo più lungo

Se desidera chiederci di coprire la sua assistenza per un periodo di tempo più lungo, dovrà utilizzare la procedura di ricorso per presentare questa richiesta. Prima di iniziare, capire cosa è necessario fare e quali sono le scadenze.

- **Seguire il processo.**
- **Rispettare le scadenze.**
- **Chiedere aiuto se ne ha bisogno.** In caso di domande o se avesse bisogno di aiuto in qualsiasi momento, chiami il Servizio clienti. Oppure chiami il Suo programma di assistenza sanitaria statale, un'organizzazione governativa che fornisce assistenza personalizzata.

**Durante un ricorso di livello 1, l'organizzazione per il miglioramento della qualità esamina il Suo ricorso.** Decide se la data di fine delle cure è appropriata dal punto di vista medico.

La **Quality Improvement Organization (Organizzazione per il miglioramento della qualità)** è un gruppo di medici e altri esperti sanitari pagati dal governo federale per controllare e contribuire a migliorare la qualità delle cure per le persone con Medicare. Ciò include la revisione delle decisioni del piano su quando è il momento di smettere di coprire determinati tipi di assistenza medica. Questi esperti non fanno parte del nostro piano.

**Passaggio 1: presenti il Suo ricorso di livello 1: contatti l'organizzazione per il miglioramento della qualità e chiedi un ricorso rapido. È necessario agire in fretta.**

*Come è possibile contattare questa organizzazione?*

- L'avviso scritto che ha ricevuto (*Avviso di non copertura Medicare*) le dice come raggiungere questa organizzazione. Oppure trovi il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il Suo stato nel Capitolo 2.
- Come è possibile contattare questa organizzazione?

*Agisca rapidamente:*

- È necessario contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità per avviare il ricorso **entro le ore 12:00 del giorno precedente la data di entrata in vigore** dell'Avviso di non copertura Medicare.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Passaggio 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità conduce una revisione indipendente del Suo caso.****Termini legali**

**"Spiegazione dettagliata della non copertura".** Avviso che fornisce dettagli sui motivi della cessazione della copertura.

***Cosa succede durante questa revisione?***

- Gli operatori sanitari dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità ("i revisori") chiederanno a lei o al suo rappresentante perché ritiene che la copertura per i servizi debba continuare. Non deve preparare nulla per iscritto, ma può farlo se lo desidera.
- L'organizzazione di revisione esaminerà anche le sue informazioni mediche, parlerà con il suo medico e esaminerà le informazioni che il nostro piano ha fornito loro.
- Entro la fine della giornata i revisori ci hanno comunicato il Suo ricorso, riceverà da noi la **Spiegazione dettagliata della noncopertura** che spiega in dettaglio le nostre ragioni per terminare la nostra copertura per i Suoi servizi.

**Passaggio 3: Entro un giorno intero dal ricevimento di tutte le informazioni di cui hanno bisogno, i revisori Le comunicheranno la loro decisione.*****Cosa succede se i revisori rispondono positivamente?***

- Se i revisori dicono di *sì* al Suo ricorso, allora **dobbiamo continuare a fornire i servizi coperti per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico.**
- Dovrà continuare a pagare la Sua quota dei costi (come franchigie o contributi al pagamento, se applicabili). Potrebbero esserci limitazioni sui servizi coperti.

***Cosa accade se i revisori rispondono negativamente?***

- Se i revisori dicono di *no*, **la Sua copertura terminerà nella data che le abbiamo comunicato.**
- Se decide di continuare a ricevere l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza infermieristica qualificata o i servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) **dopo** questa data al termine della copertura, allora **dovrà pagare l'intero costo** di questa assistenza.

**Passaggio 4: Se la risposta al suo ricorso di livello 1 è no, decide se vuole presentare un altro ricorso.**

- Se i revisori rispondono negativamente al suo ricorso di livello 1 e lei sceglie di continuare a ricevere assistenza dopo che la copertura per l'assistenza è terminata, può presentare un ricorso di livello 2.

<b>Sezione 9.4</b>	<b>Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 2 per far sì che il nostro piano copra la Sua assistenza per un tempo più lungo</b>
--------------------	---

Durante un ricorso di livello 2, chiedi all'organizzazione per il miglioramento della qualità di rivedere la decisione sul Suo primo ricorso. Se l'organizzazione per il miglioramento della qualità rifiuta il Suo ricorso di livello 2, potrebbe dover pagare l'intero costo per l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza infermieristica qualificata o

**Capitolo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

i servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) **dopo** la data in cui abbiamo dichiarato che la Sua copertura sarebbe terminata.

**Passaggio 1: Contattare nuovamente l'Organizzazione per il miglioramento della qualità e chiedere un'altra revisione.**

- Deve chiedere questa revisione **entro 60 giorni** dal giorno in cui l'organizzazione per il miglioramento della qualità ha risposto di *no* al Suo ricorso di livello 1. Può richiedere questa revisione solo se ha continuato a ricevere assistenza dopo la data in cui è terminata la copertura per l'assistenza.

**Passaggio 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità effettua una seconda revisione della Sua situazione.**

- I revisori dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al Suo ricorso.

**Passaggio 3: Entro 14 giorni dal ricevimento della Sua richiesta di ricorso, i revisori decideranno sul Suo ricorso e Le comunicheranno la loro decisione.*****Cosa succede se l'organizzazione di revisione risponde positivamente?***

- **Dobbiamo rimborsarle** la nostra quota dei costi di assistenza che ha ricevuto dalla data in cui abbiamo dichiarato che la Sua copertura sarebbe terminata. **Dobbiamo continuare a fornire copertura** per l'assistenza per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico.
- È necessario continuare a pagare la propria quota dei costi e potrebbero essere applicate limitazioni di copertura.

***Cosa succede se l'organizzazione di revisione risponde negativamente?***

- Significa che sono d'accordo con la decisione presa sul Suo ricorso di livello 1.
- L'avviso che riceve le dirà per iscritto cosa può fare se desidera continuare con il processo di revisione. Le fornirà i dettagli su come passare al livello successivo di ricorso, che viene gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un giudice avvocato.

**Passaggio 4: Se la risposta è no, dovrà decidere se vuole portare avanti il Suo ricorso.**

- Ci sono tre livelli aggiuntivi di ricorso dopo il Livello 2, per un totale di cinque livelli di ricorso. Se desidera passare a un ricorso di livello 3, i dettagli su come farlo sono contenuti nella comunicazione scritta che riceverà dopo la decisione del ricorso di livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato. **La sezione 10** di questo capitolo contiene ulteriori dettagli sul processo per i ricorsi di livello 3, 4 e 5.

---

**SEZIONE 10 Porta il Suo appello al livello 3 e oltre**

---

**Sezione 10.1 Livelli di ricorso 3 e 4 per Richieste di Servizio Medico**

Questa sezione potrebbe essere appropriata per Lei se ha presentato un ricorso di livello 1 e un ricorso di livello 2 ed entrambi i Suoi ricorsi sono stati respinti. La lettera che riceve dall'Ufficio dell'Udienza Amministrativa Integrata (IAHO) Le dirà cosa fare se desidera continuare il processo di ricorso.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

**Se ha bisogno di assistenza in qualsiasi fase del processo di ricorso, può contattare l'Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). Il numero di telefono è 1-844-614-8800.**

**Ricorso di livello 3** Il Medicare Appeals Council (Consiglio) esaminerà il Suo ricorso e Le darà una risposta. Il Consiglio fa parte del Governo federale.

- **Se la risposta è sì, o se il Consiglio nega la nostra richiesta di rivedere una decisione favorevole di ricorso di livello 3, il processo di ricorso può essere o non essere concluso.** A differenza di una decisione di livello 2, abbiamo il diritto di appellarci a una decisione di livello 3 che Le è favorevole. Decideremo se appellarci a questa decisione al Livello 4.
  - Se decidiamo di *non* presentare ricorso contro tale decisione, dobbiamo autorizzare o fornire le cure mediche entro 60 giorni di calendario dalla ricezione della decisione del Consiglio.
  - Se decidiamo di presentare ricorso contro tale decisione, Le faremo sapere per iscritto.
- **Se la risposta è no o se il Consiglio nega la richiesta di revisione, il processo di ricorso può essere o non essere concluso.**
  - Se si decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, potrebbe poter passare al livello del processo di revisione successivo. Se il Consiglio dice di no al Suo ricorso, l'avviso che riceve Le dirà se le regole Le consentono di passare a un ricorso di livello 4 e come continuare con un ricorso di livello 4.

**Appello di livello 4** Un giudice della Corte distrettuale federale esaminerà il Suo ricorso.

- Un giudice esaminerà tutte le informazioni e deciderà se *accettare* o *meno* la Sua richiesta. Questa è una risposta definitiva. Non ci sono ulteriori livelli di ricorso dopo la Corte Distrettuale Federale.

### **Sezione 10.2 Ulteriori ricorsi Medicaid**

Ha anche altri diritti di ricorso se il suo ricorso riguarda servizi o articoli che di solito Medicaid copre. La lettera che riceve dall'ufficio Fair Hearing Le dirà cosa fare se desidera continuare il processo di ricorso.

### **Sezione 10.3 Livelli di ricorso 3, 4 e 5 per le richieste di farmaci della Parte D**

Questa sezione potrebbe essere appropriata per lei se ha presentato un ricorso di livello 1 e un ricorso di livello 2 ed entrambi i suoi ricorsi sono stati respinti.

Se il valore del farmaco che ha presentato ricorso soddisfa un certo importo in dollari, potrebbe essere in grado di passare a ulteriori livelli di ricorso. Se l'importo in dollari è inferiore, non è più possibile presentare ricorso. La risposta scritta che riceve al suo ricorso di livello 2 le spiegherà chi contattare e cosa fare per chiedere un ricorso di livello 3.

Per la maggior parte delle situazioni che comportano ricorsi, gli ultimi tre livelli di appello funzionano più o meno allo stesso modo. Ecco chi gestisce la revisione del suo ricorso a ciascuno di questi livelli.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

**Appello di livello 3** Un giudice di diritto amministrativo o un avvocato che lavora per il governo federale esaminerà il suo ricorso e le darà una risposta.

- **Se la risposta è sì, la procedura di ricorso è terminata.** Dobbiamo **autorizzare o fornire la copertura del farmaco** che è stata approvata dal giudice di diritto amministrativo o dall'avvocato **entro 72 ore (24 ore per i ricorsi accelerati) o effettuare il pagamento entro e non oltre 30 giorni di calendario** dalla ricezione della decisione.
- **Se la risposta è no, il processo di ricorso può essere o non essere terminato.**
  - Se si decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, può passare al livello successivo del processo di revisione. L'avviso che riceve le dirà cosa fare per un ricorso di livello 4.

**Ricorso di livello 4** Il **Medicare Appeals Council** (Consiglio) esaminerà il suo ricorso e le fornirà una risposta. Il Consiglio fa parte del governo federale.

- **Se la risposta è sì, la procedura di ricorso è terminata.** Dobbiamo **autorizzare o fornire la copertura del farmaco** che è stata approvata dal Consiglio **entro 72 ore (24 ore per i ricorsi accelerati) o effettuare il pagamento entro e non oltre 30 giorni di calendario** dalla ricezione della decisione.
- **Se la risposta è no, il processo di ricorso può essere o non essere terminato.**
  - Se si decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, potrebbe essere in grado di passare al livello successivo del processo di revisione. Se il Consiglio dice di no al suo ricorso o rifiuta la sua richiesta di riesame del ricorso, l'avviso le dirà se le regole le consentono di passare a un ricorso di livello 5. Ti dirà anche chi contattare e cosa fare dopo se si sceglie di continuare con il ricorso.

**Appello di livello 5** Un giudice della **Corte distrettuale federale** esaminerà il suo ricorso.

- Un giudice esaminerà tutte le informazioni e deciderà se accettare o meno la sua richiesta. Questa è una risposta definitiva. Non ci sono più livelli di ricorso dopo la Corte Distrettuale Federale.

## **SEZIONE 11 Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni**

### **Sezione 11.1 Che tipo di problemi vengono gestiti dal processo di reclamo?**

Il processo di reclamo viene utilizzato *solo* per determinati tipi di problemi. Ciò include problemi relativi alla qualità dell'assistenza, ai tempi di attesa e al servizio clienti. Ecco alcuni esempi dei tipi di problemi gestiti dal processo di reclamo.

<b>Reclamo</b>	<b>Esempio</b>
<b>Qualità delle cure mediche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non è soddisfatto della qualità delle cure ricevute (comprese le cure in ospedale)?</li> </ul>

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

<b>Reclamo</b>	<b>Esempio</b>
<b>Rispetto della privacy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualcuno non ha rispettato il Suo diritto alla privacy o condiviso informazioni riservate?</li> </ul>
<b>Mancanza di rispetto, servizio clienti scadente o altri comportamenti negativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualcuno è stato scortese o irrispettoso nei Suoi confronti?</li> <li>Non è soddisfatto del nostro Servizio per i Soci?</li> <li>Si sente incoraggiato/a a lasciare il piano?</li> </ul>
<b>Tempi di attesa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha problemi a ottenere un appuntamento o sta aspettando troppo a lungo per ottenerlo?</li> <li>È stato tenuto in attesa troppo a lungo da medici, farmacisti o altri operatori sanitari? Dal nostro Servizio per i Soci o da altro personale del piano? <ul style="list-style-type: none"> <li>Gli esempi includono l'attesa troppo lunga al telefono, nella sala d'attesa o d'esame o l'ottenimento di una prescrizione.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pulizia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non è soddisfatto/a della pulizia o delle condizioni di una clinica, di un ospedale o di uno studio medico?</li> </ul>
<b>Informazioni che riceve da noi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non Le abbiamo dato il preavviso richiesto?</li> <li>Le nostre informazioni scritte sono difficili da comprendere?</li> </ul>
<b>Tempestività</b> (questi tipi di reclami sono tutti correlati alla tempestività delle nostre azioni relativamente alle decisioni di copertura e ai ricorsi)	<p>Se ha chiesto una decisione sulla copertura o ha presentato ricorso e ritiene che non stiamo rispondendo abbastanza rapidamente, può presentare un reclamo sulla nostra lentezza. Ecco alcuni esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ci ha chiesto una decisione rapida sulla copertura o un ricorso rapido e abbiamo risposto negativamente; può presentare un reclamo.</li> <li>Ritiene che non stiamo rispettando le scadenze per le decisioni o i ricorsi sulla copertura; può presentare un reclamo.</li> <li>Ritiene che non stiamo rispettando le scadenze per la copertura o il rimborso di determinati articoli o servizi medici o farmaci che sono stati approvati; può presentare un reclamo.</li> <li>Ritiene che non abbiamo rispettato le scadenze richieste per l'inoltro del Suo caso all'organizzazione di revisione indipendente; può presentare un reclamo.</li> </ul>

**Sezione 11.2 Come presentare un reclamo****Termini legali**

- Un **reclamo** è anche chiamato **vertenza**.
- **Presentare un reclamo** è anche definito come **presentare una vertenza**.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)****Termini legali**

- **Utilizzare il processo per i reclami** è anche definito come **utilizzare il processo per presentare una vertenza**.
- **Un reclamo rapido** è anche chiamato **vertenza accelerata**.

**Sezione 11.3 Passo a passo: Presentare un reclamo****Passaggio 1: Ci contatti tempestivamente, telefonicamente o per iscritto.**

- **Di solito, chiamare il Servizio per i Soci è il primo passo da compiere.** Se c'è qualcos'altro che deve fare, il Servizio per i Soci glielo farà sapere.
- Se non desidera chiamare (o ha chiamato e non è soddisfatto), può presentare il Suo reclamo per iscritto e inviarcelo. Se presenta il Suo reclamo per iscritto, risponderemo per iscritto.
- Cercheremo di risolvere il Suo reclamo al telefono. Se chiede una risposta scritta, presenta un reclamo scritto o il Suo reclamo è relativo alla qualità dell'assistenza, Le risponderemo per iscritto. Se non siamo in grado di risolvere il Suo reclamo per telefono, abbiamo una procedura formale per esaminare i Suoi reclami. Lo chiamiamo il nostro processo di reclamo dei Soci.
- Lei, o il Suo rappresentante autorizzato, ha il diritto di presentare un reclamo accelerato ogni volta che Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prende una proroga nel prendere una decisione di determinazione o riconsiderazione dell'organizzazione, o quando rifiutiamo una richiesta di accelerare una determinazione o riconsiderazione dell'organizzazione. (Non possiamo accettare una proroga quando si prende una decisione sulla copertura o si decide che un ricorso coinvolge un farmaco della Parte B o della Parte D.) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) risponderà a tali reclami entro (24) ore dal ricevimento.
- Dobbiamo affrontare il Suo reclamo il più rapidamente possibile in base al Suo stato di salute, ma non oltre 30 giorni dalla ricezione del Suo reclamo. Possiamo estendere il periodo di tempo fino a 14 giorni se ci chiede la proroga o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo è nel Suo interesse.
- **Sia che chiama o scriva, deve contattare immediatamente il Servizio Soci.** Può presentare il reclamo in qualsiasi momento dopo aver esposto il Suo reclamo.

**Passaggio 2: Esaminiamo il Suo reclamo e Le diamo la nostra risposta.**

- **Se possibile, Le risponderemo subito.** Se ci chiama con un reclamo, potremmo essere in grado di darle una risposta nell'ambito della stessa telefonata.
- **La maggior parte dei reclami riceve risposta entro 30 giorni di calendario.** Se avessimo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo fosse nel Suo interesse o se ci chiedesse più tempo, potremmo impiegare fino a 14 giorni di calendario in più (44 giorni di calendario in totale) per rispondere al Suo reclamo. Se decidessimo di prenderci giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto.
- **Se sta presentando un reclamo perché abbiamo rifiutato la Sua richiesta di una decisione rapida sulla copertura o un ricorso rapido, Le invieremo automaticamente un reclamo rapido.** Se ha un reclamo rapido, significa che le daremo **una risposta entro 24 ore**.

**Capítulo 8 Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)**

---

- **Se non fossimo d'accordo** con alcuni o tutti i Suoi reclami o non ci assumessimo la responsabilità per il problema oggetto del Suo reclamo, includeremo le nostre ragioni nella nostra risposta.

**Sezione 11.4 È inoltre possibile presentare reclami sulla qualità dell'assistenza all'Organizzazione per il miglioramento della qualità**

Se il SDuo reclamo riguarda **la qualità dell'assistenza**, ha anche due opzioni aggiuntive:

- **Può presentare il Suo reclamo direttamente all'Organizzazione per il miglioramento della qualità.**  
L'Organizzazione per il miglioramento della qualità è un gruppo di medici praticanti e altri esperti sanitari pagati dal Governo federale per controllare e migliorare l'assistenza fornita ai pazienti Medicare. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- *O*
- **Può presentare il Suo reclamo sia all'Organizzazione per il miglioramento della qualità che a noi allo stesso tempo.**

**Sezione 11.5 Può anche informare Medicare e Medicaid del Suo reclamo**

È possibile presentare un reclamo su Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) direttamente a Medicare. Per presentare un reclamo a Medicare, visitare il sito [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Può chiamare anche il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY/TDD possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 9:

*Cessazione dell'abbonamento al piano*

## Capítulo 9 Cessazione dell'abbonamento al piano

### SEZIONE 1 Introduzione alla disdetta dell'abbonamento al nostro piano

La cessazione della Sua iscrizione a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) può essere **volontaria** (a Sua scelta) o **involontaria** (non a Sua scelta):

- Potrebbe abbandonare il nostro piano perché ha deciso che vuole andarsene. Le sezioni 2 e 3 forniscono informazioni sulla cessazione volontaria dell'iscrizione.
- Ci sono anche situazioni limitate in cui non sceglie di andarsene, ma siamo tenuti a terminare il Suo abbonamento. La sezione 5 Le spiega le situazioni in cui dobbiamo terminare la Sua iscrizione.

Se sta abbandonando il nostro piano, il nostro piano deve continuare a fornire le Sue cure mediche e i farmaci soggetti a prescrizione medica e continuerà a pagare la Sua quota di costi fino al termine della Sua iscrizione.

### SEZIONE 2 Quando può terminare la Sua iscrizione al nostro piano?

#### Sezione 2.1 Potrebbe essere in grado di disdire la Sua iscrizione perché dispone di Medicare e Medicaid

- La maggior parte delle persone con Medicare può terminare la propria iscrizione solo in determinati periodi dell'anno. Poiché ha Medicaid, può terminare la Sua iscrizione al nostro programma in qualsiasi mese dell'anno. Inoltre, ha la possibilità di iscriversi a un altro piano Medicare in qualsiasi mese, tra cui:
  - Original Medicare con un piano per farmaci con prescrizione Medicare separato,
  - Original Medicare senza un un piano per farmaci con prescrizione Medicare separato (se sceglie questa opzione, Medicare può iscriverla a un piano per farmaci, a meno che abbia scelto di non iscriversi automaticamente), o
  - Se idoneo, un D-SNP integrato che fornisce le prestazioni e i servizi Medicare e la maggior parte o tutti i servizi Medicaid in un unico piano.

**Nota:** Se Lei annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e rimane senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione per un periodo di 63 giorni o più di seguito, potrebbe dover pagare una penalità di iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.

Contatti il Suo Ufficio Medicaid statale per conoscere le opzioni del Suo piano Medicaid (i numeri di telefono sono nel Capitolo 2, Sezione 6 del presente documento).

- Altre opzioni di piani sanitari Medicare sono disponibili durante il Periodo di iscrizione annuale. La Sezione 2.2 fornisce ulteriori informazioni sul Periodo di iscrizione annuale.
- **Quando terminerà la Sua iscrizione?** La Sua iscrizione di solito termina il primo giorno del mese successivo alla ricezione della Sua richiesta di modificare i Suoi piani. Anche la Sua iscrizione al Suo nuovo piano inizierà in tale giorno.

#### Sezione 2.2 È possibile disdire l'iscrizione durante il periodo di iscrizione annuale

Può terminare la Sua iscrizione durante il **Periodo di Iscrizione Annuale** (noto anche come Periodo di Iscrizione Annuale Aperto). Durante questo periodo, riveda la Sua copertura sanitaria e farmacologica e decida in merito alla copertura per l'anno successivo.

## Capítulo 9 Cessazione dell'abbonamento al piano

- Il **Periodo di Iscrizione Annuale** va dal **15 ottobre al 7 dicembre**.
- **Scegliere di mantenere la copertura attuale o apportare modifiche alla copertura per l'anno successivo.** Se si decide di passare a un nuovo piano, è possibile scegliere uno dei seguenti tipi di piani:
  - Un altro piano sanitario Medicare, con o senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica.
  - Original Medicare *con* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato

### OPPURE

- Original Medicare *senza* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato.
- **La Sua iscrizione terminerà con il nostro piano** quando la copertura del Suo nuovo piano inizierà il 1° gennaio.

**Se riceve Extra help da Medicare per pagare i Suoi farmaci soggetti a prescrizione medica:** Se passa a Original Medicare e non si iscrivi a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato, Medicare può iscriverti a un piano farmacologico, a meno che Lei non abbia rinunciato all'iscrizione automatica.

**Nota:** Se Lei annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e rimane senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione per 63 giorni o più di seguito, potrebbe dover pagare una penalità di iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.

### Sezione 2.3 Può disdire l'iscrizione durante il Periodo di Iscrizione Aperta di Medicare Advantage

Ha l'opportunità di apportare una modifica alla sua copertura sanitaria durante il **Periodo di iscrizione aperta Medicare Advantage**.

- Il **periodo annuale di iscrizione aperta a Medicare Advantage** è dal 1° gennaio al 31 marzo e anche per i nuovi beneficiari di Medicare che sono iscritti a un piano MA, dal mese in cui hanno diritto alla Parte A e alla Parte B fino all'ultimo giorno del 3° mese di diritto.
- **Durante il Periodo di Iscrizione Aperta Medicare Advantage annuale** è possibile:
  - Passare a un altro piano Medicare Advantage con o senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica.
  - Disiscriversi dal nostro piano e ottenere la copertura tramite Medicare originale. Se si sceglie di passare a Original Medicare durante questo periodo, è possibile anche aderire a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato in quel momento.
- **La sua iscrizione terminerà** il primo giorno del mese dopo l'iscrizione a un piano Medicare Advantage diverso o dopo aver ricevuto la sua richiesta di passare a Original Medicare. Se si sceglie anche di iscriversi a un piano di prescrizione di farmaci Medicare, l'adesione al piano farmacologico inizierà il primo giorno del mese successivo alla ricezione della richiesta di iscrizione.

### Sezione 2.4 In determinate situazioni, è possibile disdire l'iscrizione durante un periodo di iscrizione speciale

In determinate situazioni, potrebbe avere diritto a terminare la Sua iscrizione in altri periodi dell'anno. Questo è noto come **Periodo di Iscrizione Speciale**.

## Capítulo 9 Cessazione dell'abbonamento al piano

**Potrebbe essere idoneo a disdire l'iscrizione durante un periodo di iscrizione speciale** se si verifica una delle seguenti situazioni. Questi sono solo esempi, per l'elenco completo è possibile contattare il piano, chiamare Medicare o visitare il sito Web Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

- Di solito, quando si è trasferito.
- Se ha New York Medicaid.
- Se ha diritto ad Extra Help per il pagamento delle Sue prescrizioni Medicare.
- Se violiamo il nostro contratto con lei.
- Se riceve assistenza in un istituto, come una casa di cura o un ospedale di assistenza a lungo termine (LTC).
- Se si iscrive al Programma di assistenza onnicomprensiva per gli anziani (PACE).
- **Nota:** Se fa parte di un programma di gestione dei farmaci, potrebbe non essere in grado di cambiare i piani. Il Capitolo 5, Sezione 10 Le dice di più sui programmi di gestione dei farmaci.
- **Nota:** La sezione 2.1 fornisce ulteriori informazioni sul periodo di iscrizione speciale per le persone con Medicaid.

**I periodi di iscrizione variano** a seconda della situazione.

**Per sapere se è idoneo per un periodo di iscrizione speciale**, chiami Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Se ha diritto a terminare la Sua iscrizione a causa di una situazione speciale, può scegliere di modificare sia la copertura sanitaria Medicare che la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica. È possibile scegliere:

- Un altro piano sanitario Medicare con o senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica,
- Original Medicare *con* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato,
- - *oppure* - Original Medicare *senza* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato

**Nota:** Se annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e rimane senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione per 63 giorni o più di fila, potrebbe dover pagare una penalità di iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.

**Se riceve Extra Help da Medicare per pagare i Suoi farmaci soggetti a prescrizione medica:** Se passa a Original Medicare e non si iscrive a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato, Medicare può iscrivere a un piano farmacologico, a meno che Lei non abbia rinunciato all'iscrizione automatica.

**La Sua iscrizione di solito termina** il primo giorno del mese successivo al ricevimento della Sua richiesta di modifica del piano.

**Nota:** Le sezioni 2.1 e 2.2 forniscono ulteriori informazioni sul periodo di iscrizione speciale per le persone con Medicaid ed Extra Help.

### Sezione 2.5 Dove può ottenere maggiori informazioni su quando può disdire l'iscrizione?

In caso di domande sulla disdetta dell'iscrizione, può:

- **Chiamare il Servizio per i Membri.**
- Trova le informazioni nel manuale *Medicare & You 2025*.

**Capítulo 9 Cessazione dell'abbonamento al piano**

- Contattare **Medicare** al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. (TTY 1-877-486-2048).

**SEZIONE 3 Come termina la Sua iscrizione al nostro piano?**

La tabella seguente spiega come terminare l'iscrizione al nostro piano.

<b>Se desidera passare dal nostro piano a:</b>	<b>Ecco cosa deve fare:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un altro piano sanitario Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscrivere al nuovo piano sanitario Medicare. La Sua nuova copertura inizierà il primo giorno del mese successivo.</li> <li>• Sarà automaticamente cancellato da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) quando inizierà la copertura del Suo nuovo piano.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>con</i> un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscrivere al nuovo piano di prescrizione di farmaci Medicare. La Sua nuova copertura inizierà il primo giorno del mese successivo.</li> <li>• Sarà automaticamente cancellato da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) quando inizierà la copertura del Suo nuovo piano.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>senza</i> un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Se passa a Original Medicare e non si iscrive a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato, Medicare può iscriverla a un piano farmacologico, a meno che lei non abbia rinunciato all'iscrizione automatica.</li> <li>◦ Se si annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e si trascorrono 63 giorni o più di fila senza una copertura dei farmaci soggetti a prescrizione accreditabile, potrebbe essere necessario pagare una penalità di iscrizione tardiva se si aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ci invii una richiesta scritta per annullare la registrazione</b> Contatti i Servizi per i Soci se ha bisogno di ulteriori informazioni su come farlo.</li> <li>• È inoltre possibile contattare <b>Medicare</b> al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e chiedere di essere cancellati. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.</li> <li>• All'inizio della copertura in Original Medicare, sarà escluso da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</li> </ul>

**Nota:** Se si annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e si rimane senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione per 63 giorni o più di seguito, potrebbe essere necessario pagare una penalità di iscrizione tardiva alla Parte D se si aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.

## Capitolo 9 Cessazione dell'abbonamento al piano

Per domande sui Suoi sussidi Medicaid, contatti New York Medicaid al numero (800) 505-5678, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 o Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 alle 20:00, sabato dalle 10 alle 18:00. Chieda in che modo l'adesione a un altro piano o il ritorno a Original Medicare influisce sulla Sua copertura Medicaid.

### SEZIONE 4 Fino al termine del Suo abbonamento, deve continuare a ricevere i Suoi articoli medici, servizi e farmaci attraverso il nostro piano

Fino al termine della Sua iscrizione a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) e all'inizio della Sua nuova copertura Medicare, deve continuare a ricevere i Suoi articoli medici, servizi e farmaci da prescrizione attraverso il nostro piano.

- **Continui a utilizzare i nostri fornitori di rete per ricevere assistenza medica.**
- **Continui a utilizzare le nostre farmacie di rete per ottenere le Sue prescrizioni.**
- **Se viene ricoverato in ospedale il giorno in cui termina la sua iscrizione, la sua degenza ospedaliera sarà coperta dal nostro piano fino alla sua dimissione** (anche se viene dimesso dopo l'inizio della sua nuova copertura sanitaria).

### SEZIONE 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) deve terminare la Sua adesione al piano in determinate situazioni

#### Sezione 5.1 Quando dobbiamo terminare la Sua adesione al piano?

**Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dovrà terminare la sua iscrizione al piano se si verifica una delle seguenti condizioni:**

- Se non avesse più Medicare Parte A e Parte B

Se non fosse più persona idonea per Medicaid. Come indicato nel Capitolo 1, Sezione 2.1, il nostro piano è rivolto a persone idonee sia per Medicare che per Medicaid. Se Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) stabilisce che lei non soddisfa più i requisiti di idoneità, riceverà una lettera di notifica che indica il motivo dell'eventuale annullamento dell'iscrizione. Avrà quindi a disposizione 6 mesi (180 giorni) dalla data della lettera per chiedere una riconsiderazione della sua idoneità all'adesione al Piano.

- Se esce dalla nostra area di servizio.
- Se si allontana dalla nostra area di servizio per più di sei mesi.
  - Se si trasferisce o fa un lungo viaggio, chiami il Servizio clienti per scoprire se la meta del suo trasferimento o viaggio si trova nell'area di competenza del nostro piano.
- Se venisse arrestato (andasse in carcere).
- Se non fosse più cittadino/a degli Stati Uniti o legalmente presenti negli Stati Uniti.

## Capitolo 9 Cessazione dell'abbonamento al piano

- Se mentisse o nascondesse informazioni su un'altra assicurazione che ha e che fornisce una copertura dei farmaci da prescrizione.
- Se ci fornisse intenzionalmente informazioni errate quando si iscrive al nostro piano e tali informazioni influiscono sulla Sua idoneità al nostro piano. (Non possiamo farle abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)
- Se si comportasse continuamente in un modo incongruo e rendesse difficile per noi fornire assistenza medica a lei e agli altri membri del nostro piano. (Non possiamo farle abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)
- Se consentisse a qualcun altro di utilizzare la sua tessera associativa per ricevere assistenza medica. (Non possiamo farle abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)
  - Se interrompiamo la sua iscrizione per questo motivo, Medicare potrebbe far indagare il suo caso dall'Ispettore Generale.
- Se le venisse richiesto di pagare l'importo extra della Parte D a causa del Suo reddito e non lo pagasse, Medicare La cancellerà dal nostro piano.

### Dove è possibile ottenere ulteriori informazioni?

Se ha domande o desidera maggiori informazioni su quando è possibile terminare la sua iscrizione, chiami il Servizio clienti.

#### **Sezione 5.2 Non possiamo chiederle di abbandonare il nostro piano per motivi di salute**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) non è autorizzata a chiederle di abbandonare il nostro piano per motivi di salute.

#### ***Che cosa si deve fare in tal caso?***

Se ritiene che Le venga chiesto di lasciare il nostro piano per motivi di salute, chiami Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (TTY 1-877-486-2048).

#### **Sezione 5.3 Ha il diritto di presentare un reclamo se interrompiamo la Sua iscrizione al nostro piano**

Se interrompiamo la Sua iscrizione al nostro piano, dobbiamo comunicarLe per iscritto le nostre ragioni per terminare la Sua iscrizione. Dobbiamo anche spiegare come può presentare un reclamo o presentare un reclamo sulla nostra decisione di terminare la Sua iscrizione.

# CAPÍTULO 10:

## *Avvisi legali*

**Capítulo 10 Avvisi legali**

---

---

**SEZIONE 1 Informativa sul diritto applicabile**

---

La legge principale che si applica a questo documento di prova della copertura è il titolo XVIII della legge sulla sicurezza sociale e le normative create ai sensi della legge sulla sicurezza sociale dai Centri per i servizi Medicare e Medicaid, o CMS. Inoltre, potrebbero applicarsi altre leggi federali e, in determinate circostanze, le leggi dello stato in cui vivi. Ciò potrebbe influire sui Suoi diritti e responsabilità anche se le leggi non sono incluse o spiegate in questo documento.

---

**SEZIONE 2 Informativa sulla non discriminazione**

---

**Non discriminiamo** in base a razza, etnia, origine nazionale, colore, religione, sesso, genere, età, orientamento sessuale, disabilità mentale o fisica, stato di salute, esperienza nei sinistri, anamnesi, informazioni genetiche, prove di assicurabilità o posizione geografica all'interno dell'area di servizio. Tutte le organizzazioni che forniscono piani Medicare Advantage, come il nostro piano, devono rispettare le leggi federali contro la discriminazione, incluso il Titolo VI del Civil Rights Act del 1964, il Rehabilitation Act del 1973, l'Age Discrimination Act del 1975, l'Americans with Disabilities Act, la Sezione 1557 dell'Affordable Care Act, tutte le altre leggi che si applicano alle organizzazioni che ricevono finanziamenti federali e qualsiasi altra legge e regola che si applica per qualsiasi altro motivo.

Se desidera ulteriori informazioni o ha dubbi sulla discriminazione o sul trattamento ingiusto, La preghiamo di chiamare l'Ufficio per i diritti civili del Dipartimento della salute e dei servizi umani al numero 1-800-368-1019 (tty 1-800-537-7697) o l'**Ufficio locale per i diritti civili**. Può anche consultare le informazioni dell'Ufficio per i diritti civili del Dipartimento di salute e servizi umani all' indirizzo <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

In caso di disabilità e se ha bisogno di aiuto per accedere alle cure, ci chiami al Servizio per i Soci. In caso di reclami, ad esempio, problemi con l'accesso in sedia a rotelle, il Servizio per i Soci possono aiutarla.

---

**SEZIONE 3 Informativa sui diritti di surrogazione del Pagatore Secondario Medicare**

---

Abbiamo il diritto e la responsabilità di riscuotere per i servizi Medicare coperti per i quali Medicare non è il principale pagatore. Secondo i regolamenti CMS di 42 cfr sezioni 422.108 e 423.462, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), in qualità di Medicare Advantage Organization, eserciterà gli stessi diritti di recupero che il Segretario esercita ai sensi dei regolamenti CMS nelle sottoparti da B a D della parte 411 di 42 cfr e le regole stabilite in questa sezione sostituiscono qualsiasi legge statale.

# CAPÍTULO 11:

*Definizioni di parole importanti*

**Capítulo 11 Definizioni di parole importanti**

---

**Centro chirurgico ambulatoriale:** un centro chirurgico ambulatoriale è un'entità che opera esclusivamente allo scopo di fornire servizi chirurgici ambulatoriali a pazienti che non necessitano di ricovero e la cui permanenza prevista nel centro non supera le 24 ore.

**Ricorso:** un ricorso è una misura a cui ricorre se non è d'accordo con la nostra decisione di rifiutare una richiesta di copertura di servizi di assistenza sanitaria o farmaci da prescrizione o di pagamento per servizi o farmaci che ha già ricevuto. Può inoltre presentare ricorso se non è d'accordo con la nostra decisione di interrompere i servizi che sta ricevendo.

**Periodo di sussidio:** il modo in cui sia il nostro piano che Original Medicare misurano il Suo utilizzo dei servizi ospedalieri e delle strutture infermieristiche qualificate (SNF). Un periodo di sussidio inizia il giorno in cui si entra in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata. Il periodo di sussidio termina quando non ha ricevuto alcuna assistenza ospedaliera (o assistenza qualificata in una struttura infermieristica qualificata) per 60 giorni consecutivi. Se si va in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata dopo la fine di un periodo di sussidio, inizia un nuovo periodo di sussidio. Non ci sono limiti al numero di periodi di sussidio.

**Prodotto biologico:** un farmaco da prescrizione ottenuto da fonti naturali e viventi come cellule animali, cellule vegetali, batteri o lieviti. I prodotti biologici sono più complessi di altri farmaci e non possono essere copiati esattamente, quindi le forme alternative sono chiamate biosimilari. (Vedere anche **Prodotto biologico originale e Biosimilare**).

**Biosimilare:** un prodotto biologico molto simile, ma non identico, al prodotto biologico originale. I biosimilari sono sicuri ed efficaci quanto il prodotto biologico originale. Alcuni biosimilari possono essere sostituiti al prodotto biologico originale in farmacia senza bisogno di una nuova prescrizione. (Vedere **Biosimilare intercambiabile**).

**Farmaco di marca:** un farmaco soggetto a prescrizione che viene prodotto e venduto dalla società farmaceutica che lo ha originariamente studiato e sviluppato. I farmaci di marca hanno la stessa formula dell'ingrediente attivo della versione generica del farmaco. Tuttavia, i farmaci generici sono prodotti e venduti da altri produttori di farmaci e non sono generalmente disponibili fino alla scadenza del brevetto sul farmaco di marca.

**Fase di copertura catastrofica:** la fase del sussidio Parte D per i farmaci che inizia quando Lei (o altre parti qualificate per Suo conto) ha speso \$2.000 per i farmaci coperti dalla Parte D durante l'anno coperto. **Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS):** l'agenzia federale che amministra Medicare.

**Franchigia assicurativa:** Un importo che potrebbe essere tenuto a pagare, espresso in percentuale (ad esempio il 20%) come quota del costo per servizi o farmaci soggetti a prescrizione medica.

**Reclamo:** il nome formale per presentare un reclamo è presentare una vertenza. Il processo di reclamo viene utilizzato solo per determinati tipi di problemi. Ciò include problemi relativi alla qualità dell'assistenza, ai tempi di attesa e al servizio clienti che riceve. Include anche i reclami se il Suo piano non osserva il periodo di tempo nel processo di ricorso.

**Struttura di riabilitazione ambulatoriale completa (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** una struttura che fornisce principalmente servizi di riabilitazione dopo una malattia o un infortunio, tra cui terapia fisica, servizi sociali o psicologici, terapia respiratoria, terapia occupazionale e servizi di patologia del linguaggio e servizi di valutazione dell'ambiente domestico.

**Contributo al pagamento:** un importo che potrebbe essere richiesto di pagare come quota del costo per un servizio o una fornitura medica, come una visita medica, una visita ambulatoriale in ospedale o un farmaco soggetto a prescrizione medica. Un contributo al pagamento è un importo fisso (ad esempio \$10), piuttosto che una percentuale.

**Capítulo 11 Definizioni di parole importanti**

---

**Ripartizione dei costi:** la ripartizione dei costi si riferisce agli importi che un membro deve pagare quando riceve servizi o farmaci. La ripartizione dei costi include qualsiasi combinazione dei seguenti tre tipi di pagamenti: (1) qualsiasi importo deducibile che un piano può imporre prima che i servizi o i farmaci siano coperti; (2) qualsiasi importo fisso di contributo al pagamento che un piano richiede quando viene ricevuto un servizio o un farmaco specifico; o (3) qualsiasi importo di franchigia assicurativa, una percentuale dell'importo totale pagato per un servizio o un farmaco che un piano richiede quando viene ricevuto un servizio o un farmaco specifico.

**Determinazione della copertura:** una decisione sul fatto che un farmaco prescritto per Lei sia coperto dal piano e l'importo, se del caso, che deve pagare per la prescrizione. In generale, se porta la Sua prescrizione in una farmacia e quest'ultima le dice che la prescrizione non è coperta dal Suo piano, non si tratta di una determinazione della copertura. Deve chiamare o scrivere al Suo piano per chiedere una decisione formale sulla copertura. Le determinazioni di copertura sono chiamate decisioni di copertura nel presente documento.

**Farmaci coperti:** il termine che usiamo per indicare tutti i farmaci da prescrizione coperti dal nostro piano.

**Servizi coperti:** il termine che usiamo per indicare tutti i servizi e le forniture di assistenza sanitaria coperti dal nostro piano.

**Copertura dei farmaci soggetti a prescrizione accreditabile:** copertura dei farmaci soggetti a prescrizione (ad esempio, da un datore di lavoro o da un sindacato) che dovrebbe pagare, in media, almeno quanto la copertura standard dei farmaci soggetti a prescrizione di Medicare. Le persone che hanno questo tipo di copertura quando diventano idonee per Medicare possono generalmente mantenere tale copertura senza pagare una penale se decidono di iscriversi alla copertura dei farmaci da prescrizione Medicare in un secondo momento.

**Assistenza personale:** è la cura personale fornita in una casa di cura, in un hospice o in un'altra struttura quando non si ha bisogno di cure mediche qualificate o assistenza infermieristica qualificata. L'assistenza personale, fornita da persone che non hanno competenze o formazione professionale, comprende l'aiuto nelle attività della vita quotidiana, come lavarsi, vestirsi, mangiare, salire o scendere da un letto o da una sedia, spostarsi e usare il bagno. Può anche includere il tipo di assistenza sanitaria che la maggior parte delle persone fa da sé, come l'uso di colliri. Medicare non rimborsa l'assistenza personale.

**Tariffa giornaliera di condivisione dei costi:** una tariffa giornaliera di condivisione dei costi può essere applicata quando il medico prescrive meno di un mese di fornitura di determinati farmaci per Lei e deve versare un contributo al pagamento. Una tariffa giornaliera di condivisione dei costi è il contributo al pagamento diviso per il numero di giorni nella fornitura di un mese. Ecco un esempio: Se il Suo contributo al pagamento per la fornitura di un mese di un farmaco è di \$30 e la fornitura di un mese nel Suo piano è di 30 giorni, la Sua tariffa giornaliera di condivisione dei costi è di \$1 al giorno.

**Cancellazione o Annullamento dell'iscrizione:** il processo di cessazione della Sua iscrizione al nostro piano.

**Piani per esigenze speciali a doppia idoneità (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP):** un tipo di piano che iscrive individui che hanno diritto sia a Medicare (titolo XVIII della legge sulla sicurezza sociale) che all'assistenza medica da un piano statale nell'ambito di Medicaid (titolo XIX). Gli stati coprono alcuni o tutti i costi Medicare, a seconda dello stato e dell'idoneità dell'individuo.

**Individui doppiamente idonee:** una persona che ha diritto alla copertura Medicare e Medicaid.

**Apparecchiature mediche durevoli (DME):** alcune apparecchiature mediche che vengono ordinate dal medico per motivi medici. Esempi includono deambulatori, sedie a rotelle, stampelle, sistemi di materassi elettrici, forniture per diabetici, pompe per infusione endovenosa, dispositivi di generazione del linguaggio, apparecchiature per l'ossigeno, nebulizzatori o letti d'ospedale ordinati da un fornitore per l'uso in casa.

**Capítulo 11 Definizioni di parole importanti**

---

**Emergenza medica:** un'emergenza medica è quando Lei, o qualsiasi altro soggetto non esperto, con una conoscenza media della salute e della medicina, ritiene di avere sintomi medici che richiedono un'attenzione medica immediata per evitare la perdita della vita (e, se si tratta di una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora nato), la perdita di un arto, o la perdita della funzione di un arto, o la perdita o la grave compromissione di una funzione corporea. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando.

**Assistenza di emergenza:** servizi coperti che sono: (1) forniti da un fornitore qualificato per fornire servizi di emergenza; e (2) necessari per trattare, valutare o stabilizzare una condizione medica di emergenza.

**Prova della copertura (EOC) e informazioni sulla divulgazione:** questo documento, insieme al modulo di iscrizione e a qualsiasi altro allegato, utente o altra copertura facoltativa selezionata, spiega la copertura, i nostri obblighi, i Suoi diritti e cosa deve fare come membro del nostro piano.

**Deroga:** un tipo di decisione di copertura che, se approvata, consente di ottenere un farmaco che non è nel nostro prontuario (una deroga al prontuario) o di ottenere un farmaco non preferenziale a un livello di condivisione dei costi inferiore (una deroga al sistema di classificazione dei farmaci). Può anche richiedere un'eccezione se il nostro piano richiede di provare un altro farmaco prima di ricevere il farmaco che sta richiedendo, nel caso in cui il piano richieda un'autorizzazione preventiva per un farmaco e desideri rinunciare alla restrizione dei criteri, o se il nostro piano limita la quantità o il dosaggio del farmaco che stai richiedendo (un'eccezione del prontuario).

**Extra Help:** un programma Medicare per aiutare le persone con reddito e risorse limitati a pagare i costi del programma di prescrizione di farmaci Medicare, come premi, franchigie e coassicurazioni.

**Farmaco generico:** un farmaco soggetto a prescrizione approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) come avente lo stesso principio attivo del farmaco di marca. Generalmente, un farmaco generico funziona allo stesso modo di un farmaco di marca e di solito costa meno.

**Vertenza:** un tipo di reclamo da Lei presentato in merito al nostro piano, ai nostri fornitori o alle nostre farmacie, incluso un reclamo relativo alla qualità della Sua assistenza. Ciò non comporta controversie di copertura o di pagamento.

**Assistente sanitario domiciliare:** una persona che fornisce servizi che non richiedono le competenze di un infermiere o terapeuta autorizzato, come l'aiuto per la cura personale (ad esempio, fare il bagno, usare il bagno, vestirsi o eseguire gli esercizi prescritti).

**Hospice:** un sussidio che prevede un trattamento speciale per un membro che è stato certificato dal punto di vista medico come malato terminale, il che significa avere un'aspettativa di vita di 6 mesi o meno. Noi, il Suo piano, dobbiamo fornirle un elenco di hospice nella Sua area geografica. Se sceglie l'hospice e continua a pagare i premi, è ancora membro del nostro piano. Può comunque ottenere tutti i servizi medici necessari e i benefici supplementari che offriamo.

**Degenza ospedaliera:** una degenza ospedaliera quando è stato formalmente ricoverato in ospedale per servizi medici qualificati. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale.

**Importo di rettifica mensile relativo al reddito (IRMAA):** se il reddito lordo rettificato modificato come riportato nella dichiarazione dei redditi dell'IRS di 2 anni fa è superiore a un determinato importo, pagherà l'importo del premio standard e un importo di rettifica mensile relativo al reddito, noto anche come IRMAA. L'IRMAA è un costo aggiuntivo aggiunto al Suo premio. Meno del 5% delle persone con Medicare ne sono interessate, quindi la maggior parte delle persone non pagherà un premio più elevato.

**Capítulo 11 Definizioni di parole importanti**

---

**Fase della copertura iniziale:** è la fase che precede il raggiungimento della soglia di spesa per l'anno.

**Periodo di iscrizione iniziale:** quando si è idonei per la prima volta a Medicare, il periodo di tempo in cui è possibile iscriversi a Medicare Parte A e Parte B. Se si è idonei a Medicare quando si compiono 65 anni, il Periodo di iscrizione iniziale è il periodo di 7 mesi che inizia 3 mesi prima del mese in cui si compiono 65 anni, include il mese in cui si compiono 65 anni e termina 3 mesi dopo il mese in cui si compiono 65 anni.

**D-SNP integrato:** un D-SNP che copre Medicare e la maggior parte o tutti i servizi Medicaid nell'ambito di un unico piano sanitario per alcuni gruppi di persone che hanno diritto sia a Medicare che a Medicaid. Queste persone sono note anche come persone con diritto a prestazioni complete.

**Biosimilare intercambiabile:** un biosimilare che può essere utilizzato in farmacia come sostituto di un prodotto biosimilare originale senza bisogno di una nuova prescrizione perché soddisfa requisiti aggiuntivi relativi alla possibilità di sostituzione automatica. La sostituzione automatica in farmacia è soggetta alla legge statale.

**Prontuario o Elenco dei farmaci coperti:** un elenco dei farmaci soggetti a prescrizione coperti dal piano.

**Sovvenzione a basso reddito (LIS):** vedere Extra Help.

**Programma di sconti del produttore:** un programma in base al quale i produttori di farmaci pagano una parte del costo totale del piano per i farmaci di marca e i farmaci biologici coperti dalla Parte D. Gli sconti si basano su accordi tra il governo federale e i produttori di farmaci.

**Importo massimo di spesa:** l'importo massimo che paga di tasca propria durante l'anno solare per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. Gli importi pagati per i premi della Parte A e della Parte B di Medicare e per i farmaci da prescrizione non vengono conteggiati ai fini del massimale di spesa. Se ha diritto all'assistenza per la compartecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. (Nota: poiché i nostri membri ricevono anche l'assistenza di Medicaid, sono pochissimi quelli che raggiungono questo tetto massimale di spesa viva.)

**Medicaid (o assistenza medica):** un programma federale e statale congiunto che aiuta con le spese mediche per alcune persone con redditi bassi e risorse limitate. I programmi Medicaid statali variano, ma la maggior parte dei costi sanitari sono coperti se si è idonei sia per Medicare che per Medicaid.

**Indicazione accettata dal punto di vista medico:** un uso di un farmaco approvato dalla Food and Drug Administration o supportato da determinati riferimenti, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il sistema informativo Micromedex DRUGDEX.

**Necessario dal punto di vista medico:** servizi, forniture o farmaci necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della Sua condizione medica e che soddisfano gli standard accettati della pratica medica.

**Medicare:** il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore a 65 anni, alcune persone di età inferiore ai 65 anni con determinate disabilità e le persone con malattia renale allo stadio terminale (generalmente quelle con insufficienza renale permanente che necessitano di dialisi o di un trapianto di rene).

**Periodo di iscrizione aperto a Medicare Advantage :** il periodo di tempo dal 1° gennaio al 31 marzo in cui i Soci di un piano Medicare Advantage possono annullare l'iscrizione al piano e passare a un altro piano Medicare Advantage o ottenere la copertura tramite Original Medicare. Se si sceglie di passare a Original Medicare durante questo periodo, è possibile anche aderire a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato in quel momento. Il Periodo di iscrizione aperta Medicare Advantage è disponibile anche per un periodo di 3 mesi dopo che un individuo è idoneo per Medicare.

**Capítulo 11 Definizioni di parole importanti**

---

**Piano Medicare Advantage (MA):** a volte chiamato Medicare Parte C. Un piano offerto da una società privata che stipula un contratto con Medicare per fornire tutti i sussidi Medicare Parte A e Parte B. Un piano Medicare Advantage può essere i) un HMO, ii) un PPO, iii) un piano Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un piano Medicare Medical Savings Account (MSA). Oltre a scegliere tra questi tipi di piani, un piano Medicare Advantage HMO o PPO può anche essere uno Special Needs Plan (SNP). Nella maggior parte dei casi, i piani Medicare Advantage offrono anche Medicare Parte D (copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica). Questi piani sono chiamati Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage.

**Servizi coperti da Medicare:** servizi coperti da Medicare Parte A e Parte B. Tutti i piani sanitari Medicare devono coprire tutti i servizi coperti da Medicare Parte A e B. Il termine Servizi coperti da Medicare non include i sussidi aggiuntivi, come la vista, i denti o l'udito, che un piano Medicare Advantage può offrire.

**Piano sanitario Medicare:** un piano sanitario Medicare è offerto da una società privata che stipula contratti con Medicare per fornire benefici di Parte A e Parte B alle persone con Medicare che si iscrivono al piano. Questo termine include tutti i piani Medicare Advantage, i piani di costo Medicare, i piani per esigenze speciali, i programmi dimostrativi/pilota e i programmi di assistenza onnicomprensiva per gli anziani (PACE).

**Medicare Prescription Drug Coverage (Medicare Parte D):** assicurazione per aiutare a pagare farmaci da prescrizione ambulatoriali, vaccini, prodotti biologici e alcune forniture non coperte da Medicare Parte A o Parte B.

**Polizza Medigap (Medicare Supplement Insurance):** assicurazione integrativa Medicare venduta da compagnie di assicurazione private per colmare le lacune in Medicare originale. Le politiche Medigap funzionano solo con Medicare originale. (Un piano Medicare Advantage non è una polizza Medigap.)

**Membro (membro del nostro piano o membro del piano) :** una persona con Medicare che ha diritto a ottenere servizi coperti, che si è iscritta al nostro piano e la cui iscrizione è stata confermata dai Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

**Servizio per i Soci:** un dipartimento all'interno del nostro piano responsabile di rispondere alle Sue domande sulla Sua iscrizione, sui sussidi, sulle vertenze e sui ricorsi.

**Farmacia di rete:** una farmacia onvenzionata con il nostro piano, presso la quale i Soci del nostro piano possono ottenere le prestazioni di prescrizione di farmaci. Nella maggior parte dei casi, le prescrizioni sono coperte solo se vengono ritirate presso una delle farmacie della nostra rete.

**Fornitore di rete – Fornitore** è il termine generale per medici, altri operatori sanitari, ospedali e altre strutture sanitarie autorizzate o certificate da Medicare e dallo Stato per fornire servizi di assistenza sanitaria. **I fornitori di rete** hanno un accordo con il nostro piano per accettare il nostro pagamento come pagamento completo e, in alcuni casi, per coordinare e fornire servizi coperti ai Soci del nostro piano. I fornitori di rete sono anche chiamati fornitori di piani.

**Determinazione dell'organizzazione:** una decisione presa dal nostro piano in merito alla copertura di articoli o servizi o a quanto deve pagare per gli articoli o i servizi coperti. Le determinazioni dell'organizzazione sono chiamate decisioni di copertura in questo documento.

**Prodotto biologico originale:** un prodotto biologico che è stato approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) e che serve da termine di paragone per i produttori che realizzano una versione biosimilare. È anche chiamato prodotto di riferimento.

**Original Medicare (Medicare tradizionale o Medicare Fee-for-Service):** Original Medicare è un servizio offerto dal governo e non è un piano sanitario privato come i piani Medicare Advantage e i piani di prescrizione medica. Nell'ambito di Medicare originale, i servizi Medicare sono coperti pagando a medici, ospedali e altri fornitori di

**Capítulo 11 Definizioni di parole importanti**

---

assistenza sanitaria gli importi di pagamento stabiliti dal Congresso. È possibile consultare qualsiasi medico, ospedale o altro fornitore di assistenza sanitaria che accetti Medicare. È necessario pagare la franchigia. Medicare paga la Sua quota dell'importo approvato da Medicare e Lei paga la Sua quota. Original Medicare è composto da due parti: La Parte A (Assicurazione ospedaliera) e la Parte B (Assicurazione medica) sono disponibili in tutti gli Stati Uniti.

**Farmacia fuori rete:** una farmacia che non ha un contratto con il nostro piano per coordinare o fornire farmaci coperti ai Soci del nostro piano. La maggior parte dei farmaci che riceve da farmacie esterne alla rete non sono coperti dal nostro piano a meno che non si applichino determinate condizioni.

**Fornitore fuori rete o struttura fuori rete:** un fornitore o una struttura che non ha un contratto con il nostro piano per coordinare o fornire servizi coperti ai Soci del nostro piano. I fornitori fuori rete sono fornitori che non sono dipendenti, di proprietà o gestiti dal nostro piano.

**Spese vive:** vedere la definizione per la condivisione dei costi di cui sopra. Il requisito di condivisione dei costi di un membro per pagare una parte dei servizi o dei farmaci ricevuti è anche indicato come requisito di spese vive del membro.

**Soglia di spesa viva:** l'importo massimo che Lei paga di tasca propria per i farmaci della Parte D.

**Piano PACE – Un piano PACE** (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina servizi e supporti medici, sociali e a lungo termine (LTSS) per le persone fragili per aiutare le persone a rimanere indipendenti e a vivere nella loro comunità (invece di trasferirsi in una casa di cura) il più a lungo possibile. Le persone iscritte ai piani PACE ricevono sia i loro benefici Medicare che Medicaid attraverso il piano.

**Parte C:** vedere Piano Medicare Advantage (MA).

**Parte D:** il programma volontario Medicare Prescription Drug Benefit.

**Parte D Farmaci:** Farmaci che possono essere coperti dalla Parte D. Possiamo offrire o meno tutti i farmaci della Parte D. Alcune categorie di farmaci sono state escluse dalla copertura della Parte D da parte del Congresso. Alcune categorie di farmaci della Parte D devono essere coperte da ogni piano.

**Parte D Penalità di iscrizione tardiva:** un importo aggiunto al premio mensile per la copertura farmacologica Medicare se non si dispone di una copertura credibile (copertura che dovrebbe pagare, in media, almeno quanto la copertura farmacologica standard Medicare) per un periodo continuo di 63 giorni o più dopo aver avuto diritto a partecipare a un piano Parte D. Se perde “Extra Help”, potrebbe essere soggetto alla penale di iscrizione tardiva se trascorre 63 giorni o più di fila senza la Parte D o altra copertura di farmaci soggetti a prescrizione medica.

**Premio:** il pagamento periodico a Medicare, a una compagnia assicurativa o a un piano di assistenza sanitaria per la copertura sanitaria o dei farmaci soggetti a prescrizione medica.

**Fornitore di cure primarie (PCP):** il medico o altro fornitore che vedi per primo per la maggior parte dei problemi di salute. In molti piani sanitari Medicare, è necessario consultare il proprio fornitore di cure primarie prima di consultare qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria.

**Autorizzazione preventiva:** approvazione in anticipo per ottenere servizi o determinati farmaci. I servizi coperti che necessitano di un'autorizzazione preventiva sono contrassegnati nella Tabella delle prestazioni mediche nel Capítulo 4. I farmaci coperti che necessitano di autorizzazione preventiva sono indicati nel formulario e i nostri criteri sono pubblicati sul nostro sito web.

## Capítulo 11 Definizioni di parole importanti

---

**Protesi e ortottica:** dispositivi medici tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, tutori per braccia, schiena e collo; arti artificiali; occhi artificiali; e dispositivi necessari per sostituire una parte o una funzione interna del corpo, tra cui forniture per stomia e terapia nutrizionale enterale e parenterale.

**Organizzazione per il miglioramento della qualità(QIO):** un gruppo di medici praticanti e altri esperti sanitari pagati dal governo federale per controllare e migliorare l'assistenza fornita ai pazienti Medicare.

**Limiti di quantità:** uno strumento di gestione progettato per limitare l'uso di farmaci selezionati per motivi di qualità, sicurezza o utilizzo. I limiti possono riguardare la quantità del farmaco che copriamo per prescrizione o per un periodo di tempo definito.

**“Strumento di sussidi in tempo reale”:** un portale o un'applicazione informatica in cui gli iscritti possono cercare informazioni complete, accurate, tempestive, clinicamente appropriate e specifiche per l'iscritto. Ciò include importi di condivisione dei costi, farmaci del prontuario alternativi che possono essere utilizzati per la stessa condizione di salute di un determinato farmaco e restrizioni di copertura (autorizzazione preventiva, terapia a fasi, limiti di quantità) che si applicano ai farmaci alternativi.

**Servizi di riabilitazione:** questi servizi includono terapia fisica, logopedia e terapia del linguaggio e terapia occupazionale.

**Area di servizio:** un'area geografica in cui è necessario vivere per aderire a un particolare piano sanitario. Per i piani che limitano quali medici e ospedali è possibile utilizzare, è anche generalmente l'area in cui è possibile ottenere servizi di routine (non di emergenza). Il piano dovrà cancellare la Sua iscrizione se esce definitivamente dall'area di servizio del piano.

**Assistenza in struttura infermieristica qualificata (SNF):** servizi di assistenza infermieristica e riabilitazione qualificati forniti su base continua e quotidiana, in una struttura infermieristica qualificata. Esempi di assistenza includono terapia fisica o iniezioni endovenose che possono essere somministrate solo da un infermiere o un medico registrato.

**Piano per esigenze speciali:** un tipo speciale di piano Medicare Advantage che fornisce un'assistenza sanitaria più mirata a gruppi specifici di persone, come coloro che hanno sia Medicare che Medicaid, che risiedono in una casa di cura o che hanno determinate condizioni mediche croniche.

**Terapia a fasi:** uno strumento di utilizzo che richiede di provare un altro farmaco per trattare la Sua condizione medica prima di coprire il farmaco che il Suo medico potrebbe aver inizialmente prescritto.

**Reddito di sicurezza supplementare (SSI):** un sussidio mensile pagato dalla previdenza sociale a persone con reddito e risorse limitati che sono disabili, ciechi o di età pari o superiore a 65 anni. Le prestazioni SSI non sono le stesse delle prestazioni di Previdenza Sociale.

**Servizi urgentemente necessari:** un servizio coperto dal piano che richiede un'attenzione medica immediata e che non è un'emergenza è un servizio urgente se Lei si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o se non è ragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere questo servizio da fornitori di rete con cui il piano ha stipulato un contratto. Esempi di servizi urgenti sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile.

# **Servizi di assistenza linguistica Medicare**



## Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (TTY: 711).

### English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-671-0440. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

### Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

### Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

### Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-833-671-0440 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

### Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

### French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

### Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:**

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:**

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:**

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क 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 निःशुल्क सेवा है।

**Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:**

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-671-0440. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:**

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:**

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:**

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Bengali:**

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে 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.



## Servizio per i Soci Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Metodo	Servizio per i Soci – Informazioni di contatto
<b>CHIAMARE</b>	(833) 671-0440  Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00 ora locale.  Il Servizio per i Soci ha anche servizi di interpretazione linguistica gratuiti disponibili per i non anglofoni.
<b>TTY</b>	711  Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.  Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00 ora locale.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>SCRIVERE</b>	Senior Whole Health of New York All'attenzione di: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

Il programma di informazione, consulenza e assistenza per l'assicurazione sanitaria (HIICAP) (NAVE di New York) è un programma statale che riceve denaro dal governo federale per fornire consulenza gratuita sull'assicurazione sanitaria locale alle persone con Medicare.

Metodo	Informazioni di contatto
<b>CHIAMARE</b>	(800) 701-0501 dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 a.m. alle 5:00 p.m., ora locale.
<b>SCRIVERE</b>	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
<b>SITO 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>

**Dichiarazione di divulgazione PRA** Secondo il Paperwork Reduction Act del 1995, nessuno è tenuto a rispondere a una raccolta di informazioni a meno che non disponga di un numero di controllo OMB valido. Il numero di controllo OMB valido per questa raccolta di informazioni è 0938-1051. In caso di commenti o suggerimenti per migliorare questo modulo, scrivere a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland