

2025

# Dowód ubezpieczenia

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

New York H5992-007

Obowiązuje od 1 stycznia do 31 grudnia 2025 r.



**1 Stycznia – 31 grudnia 2025 r.**

## **Warunki ubezpieczenia:**

### **Świadczenia i usługi zdrowotne oraz refundacja leków na receptę w ramach Medicare dla członków Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Dokument ten zawiera szczegółowy opis świadczeń opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, świadczeń udzielanych w domu oraz świadczeń środowiskowych oraz refundacji leków na receptę w ramach Medicare oraz Medicaid w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2025 r. **Jest to ważny dokument prawny. Należy go przechowywać w bezpiecznym miejscu.**

**Jeśli mają Państwo pytania dotyczące tego dokumentu, prosimy o kontakt z Działem Obsługi Członków pod adresem (833) 671-0440. (Użytkownicy TTY powinni zadzwonić 711). Godziny otwarcia: od 1 października do 31 marca, od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego, 7 dni w tygodniu. Od 1 kwietnia do 30 września, od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00–20:00 czasu lokalnego. Połączenie jest bezpłatne.**

Ten plan, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), jest oferowany przez Senior Whole Health of New York, Inc. (Użyte w niniejszych Warunkach ubezpieczenia pojęcia „my”, „nas”, „nasz” itp., odnoszą się do Senior Whole Health of New York, Inc. Pojęcie „plan” albo „nasz plan” odnosi się do planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Niniejszy dokument jest dostępny bezpłatnie w języku hiszpańskim, chińskim, arabskim, koreańskim, rosyjskim, włoskim, francuskim, kreolskim francuskim, jidysz, polskim, tagalskim, bengalskim, albańskim, greckim i urdu.

Można go również otrzymać bezpłatnie w językach innych niż angielski lub innych formatach, np. wydrukowany dużą czcionką, w alfabecie Braille'a, czy w formacie audio. Należy zadzwonić pod numer (833) 671-0440 (TTY: 711). Połączenie jest bezpłatne.

Świadczenia mogą ulec zmianie 1 stycznia 2026 r.

Wykaz leków, sieć aptek i/lub świadczeniodawców mogą ulec zmianie w dowolnej chwili. W razie konieczności ubezpieczony zostanie o tym powiadomiony. Członkowie planu, których dotyczą zmiany zostaną o nich powiadomieni z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem.

Molina Healthcare to plan C-SNP, D-SNP i HMO z umową Medicare. Plany D-SNP mają umowę z państwowym programem Medicaid. Rejestracja zależy od przedłużenia umowy.

W dokumencie tym wyjaśniono świadczenia i prawa ubezpieczonych. Dokument pozwoli zrozumieć następujące kwestie:

- Składki i podział kosztów w planie;
- Świadczenia medyczne i na leki na receptę;
- Jak złożyć skargę w przypadku niezadowolenia z usługi lub leczenia;
- Jak skontaktować się z nami w przypadku, gdy potrzebna jest dalsza pomoc; oraz
- Inne zabezpieczenia wymagane w świetle przepisów o Medicare.

**Spis treści****2025 Warunki ubezpieczenia****Spis treści**

|                    |                                                                                                                                                                                |           |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ROZDZIAŁ 1:</b> | <b><i>Informacje dla nowych członków</i></b>                                                                                                                                   | <b>4</b>  |
| SEKCJA 1           | Wstęp                                                                                                                                                                          | 5         |
| SEKCJA 2           | Kto jest uprawniony, aby zostać członkiem planu?                                                                                                                               | 6         |
| SEKCJA 3           | Ważne materiały na temat członkostwa, które Państwo otrzymają                                                                                                                  | 9         |
| SEKCJA 4           | Miesięczne koszty udziału w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)                                                                                             | 10        |
| SEKCJA 5           | Więcej informacji na temat miesięcznej składki                                                                                                                                 | 13        |
| SEKCJA 6           | Dbanie o aktualność danych dotyczących członkostwa w planie                                                                                                                    | 13        |
| SEKCJA 7           | Jak inne ubezpieczenia współdziałają z naszym planem                                                                                                                           | 14        |
| <b>ROZDZIAŁ 2:</b> | <b><i>Ważne numery telefonów i źródła informacji</i></b>                                                                                                                       | <b>16</b> |
| SEKCJA 1           | Informacje kontaktowe Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (jak się z nami skontaktować, w tym jak skontaktować się z działem obsługi członków)                     | 17        |
| SEKCJA 2           | Medicare (jak otrzymać pomoc i informacje bezpośrednio z federalnego programu Medicare)                                                                                        | 21        |
| SEKCJA 3           | Stanowy Program Pomocy w Sprawach Ubezpieczeń Zdrowotnych (State Health Insurance Assistance Program) (bezpłatna pomoc, informacje i odpowiedzi na pytania dotyczące Medicare) | 22        |
| SEKCJA 4           | Organizacja Poprawy Jakości (Quality Improvement Organization)                                                                                                                 | 23        |
| SEKCJA 5           | Urząd Ubezpieczeń Społecznych (Social Security)                                                                                                                                | 24        |
| SEKCJA 6           | Medicaid                                                                                                                                                                       | 25        |
| SEKCJA 7           | Informacje o programach pomocy w opłatach za leki na receptę                                                                                                                   | 28        |
| SEKCJA 8           | Jak się skontaktować z Urzędem Emerytur Kolejowych (Railroad Retirement Board)                                                                                                 | 29        |
| SEKCJA 9           | Informacje dla osób posiadających ubezpieczenie grupowe lub inne ubezpieczenie zdrowotne zapewnione przez pracodawcę                                                           | 30        |
| <b>ROZDZIAŁ 3:</b> | <b><i>Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem</i></b>                                                                          | <b>31</b> |
| SEKCJA 1           | Ważne informacje na temat uzyskiwania przez członków planu opieki medycznej i innych usług przez członków naszego planu                                                        | 32        |
| SEKCJA 2           | Obowiązek uzyskiwania opieki medycznej i innych usług od świadczeniodawców należących do sieci planu                                                                           | 33        |
| SEKCJA 3           | Jak uzyskać usługi w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia, kiedy potrzebna jest pilna pomoc lub podczas klęski żywiołowej                                                       | 37        |
| SEKCJA 4           | Co zrobić w przypadku, gdy członek zostanie bezpośrednio obciążony pełnymi kosztami usług?                                                                                     | 39        |

**Spis treści**

|                    |                                                                                                                                                |            |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| SEKCJA 5           | W jaki sposób pokrywane są usługi medyczne w sytuacji, gdy członek bierze udział w badaniu klinicznym? .....                                   | 40         |
| SEKCJA 6           | Zasady uzyskiwania opieki w religijnej niemedyce instytucji opieki zdrowotnej .....                                                            | 41         |
| SEKCJA 7           | Zasady dotyczące własności trwałego sprzętu medycznego .....                                                                                   | 42         |
| <b>ROZDZIAŁ 4:</b> | <b><i>Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)</i></b> .....                                                                | <b>44</b>  |
| SEKCJA 1           | Wyjaśnienie usług objętych ubezpieczeniem .....                                                                                                | 45         |
| SEKCJA 2           | Sprawdź w <i>Tabeli świadczeń medycznych</i> , które świadczenia są objęte ubezpieczeniem .....                                                | 45         |
| SEKCJA 3           | Jakie usługi są objęte ubezpieczeniem poza planem Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)? .....                                       | 94         |
| SEKCJA 4           | Jakie usługi nie są objęte ubezpieczeniem przez plan? .....                                                                                    | 95         |
| <b>ROZDZIAŁ 5:</b> | <b><i>Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D</i></b> .....                                                     | <b>98</b>  |
| SEKCJA 1           | Wstęp .....                                                                                                                                    | 99         |
| SEKCJA 2           | Recepty należy realizować w aptekach należących do sieci planu lub w aptekach wysyłkowych planu .....                                          | 99         |
| SEKCJA 3           | Leki muszą znajdować się na „Liście leków“ planu .....                                                                                         | 102        |
| SEKCJA 4           | Refundacja niektórych leków objęta jest pewnymi ograniczeniami .....                                                                           | 103        |
| SEKCJA 5           | Co zrobić, jeśli jeden z leków nie jest refundowany tak, jakby sobie tego życzył ubezpieczony? .....                                           | 104        |
| SEKCJA 6           | Co zrobić, gdy zmieniają się zasady refundacji jednego z przyjmowanych leków? .....                                                            | 106        |
| SEKCJA 7           | Jakiego rodzaju leki <i>nie</i> są objęte ubezpieczeniem przez plan? .....                                                                     | 108        |
| SEKCJA 8           | Realizacja recepty .....                                                                                                                       | 109        |
| SEKCJA 9           | Refundacja leków w ramach Części D w szczególnych okolicznościach .....                                                                        | 110        |
| SEKCJA 10          | Programy dotyczące bezpieczeństwa leków i prawidłowego przyjmowania leków .....                                                                | 111        |
| SEKCJA 11          | Sprawozdania wysyłane do członków planu z wyjaśnieniem opłat za leki oraz informacjami o etapie płatności, na jakim znajduje się członek ..... | 113        |
| <b>ROZDZIAŁ 6:</b> | <b><i>Jak zwrócić się do planu o opłacenie otrzymanego rachunku za usługi medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem</i></b> .....                | <b>115</b> |
| SEKCJA 1           | Sytuacje, w których członek powinien zwrócić się do nas o zapłacenie za jego usługi lub leki objęte ubezpieczeniem .....                       | 116        |
| SEKCJA 2           | W jaki sposób zwrócić się do planu o zwrot kosztów lub opłacenie otrzymanego rachunku .....                                                    | 118        |
| SEKCJA 3           | Plan rozpatrzy wniosek o płatność i zaakceptuje go lub odrzuci .....                                                                           | 118        |
| <b>ROZDZIAŁ 7:</b> | <b><i>Prawa i obowiązki członków</i></b> .....                                                                                                 | <b>120</b> |
| SEKCJA 1           | Plan musi respektować prawa i wrażliwość kulturową swoich członków .....                                                                       | 121        |
| SEKCJA 2           | Członkowie planu mają pewne obowiązki .....                                                                                                    | 140        |

**Spis treści**

|                     |                                                                                                                                                                         |            |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ROZDZIAŁ 8:</b>  | <b><i>Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)</i></b>                                                                    | <b>142</b> |
| SEKCJA 1            | Wstęp                                                                                                                                                                   | 143        |
| SEKCJA 2            | Gdzie można uzyskać więcej informacji i indywidualną pomoc                                                                                                              | 143        |
| SEKCJA 3            | Wyjaśnienie procedury planu dotyczącej składania skarg i odwołań do Medicare i Medicaid                                                                                 | 146        |
| SEKCJA 4            | Decyzje refundacyjne i odwołania                                                                                                                                        | 146        |
| SEKCJA 5            | Poradnik z podstawowymi informacjami na temat decyzji refundacyjnych i odwołań                                                                                          | 147        |
| SEKCJA 6            | Opieka medyczna: Jak złożyć wniosek o decyzję refundacyjną lub odwołanie od takiej decyzji                                                                              | 150        |
| SEKCJA 7            | Leki na receptę w ramach Części D: Jak złożyć wniosek o decyzję refundacyjną lub odwołanie                                                                              | 159        |
| SEKCJA 8            | W jaki Metoda zwrócić się do planu o objęcie ubezpieczeniem dłuższego pobytu w szpitalu, jeśli ubezpieczony uważa, że jest wypisywany przedwcześnie                     | 167        |
| SEKCJA 9            | W jaki Metoda zwrócić się do planu o dalsze pokrywanie ubezpieczeniem określonych usług medycznych, jeżeli zdaniem ubezpieczonego ich refundacja kończy się za wcześnie | 171        |
| SEKCJA 10           | Przenieś swoją apelację na poziom 3 i wyżej                                                                                                                             | 174        |
| SEKCJA 11           | Jak złożyć skargę na jakość opieki, czas oczekiwania, obsługę klienta i inne kwestie                                                                                    | 176        |
| <b>ROZDZIAŁ 9:</b>  | <b><i>Zakończenie członkostwa w planie</i></b>                                                                                                                          | <b>180</b> |
| SEKCJA 1            | Wstęp do procedury zakończenia członkostwa w planie                                                                                                                     | 181        |
| SEKCJA 2            | Kiedy członek może zakończyć swoje członkostwo w planie?                                                                                                                | 181        |
| SEKCJA 3            | W jaki sposób można zakończyć członkostwo w planie?                                                                                                                     | 184        |
| SEKCJA 4            | Do chwili zakończenia członkostwa w planie członek musi nadal uzyskiwać produkty medyczne, usługi medyczne i leki za pośrednictwem naszego planu                        | 185        |
| SEKCJA 5            | W określonych sytuacjach plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) musi zakończyć członkostwo w planie                                                       | 185        |
| <b>ROZDZIAŁ 10:</b> | <b><i>Powiadomienia prawne</i></b>                                                                                                                                      | <b>188</b> |
| SEKCJA 1            | Powiadomienie o obowiązującym prawie                                                                                                                                    | 189        |
| SEKCJA 2            | Powiadomienie o zakazie dyskryminacji                                                                                                                                   | 189        |
| SEKCJA 3            | Powiadomienie o prawach subrogacji drugiego płatnika Medicare                                                                                                           | 189        |
| <b>ROZDZIAŁ 11:</b> | <b><i>Definicje ważnych słów</i></b>                                                                                                                                    | <b>190</b> |

# ROZDZIAŁ 1:

## *Informacje dla nowych członków*

**Rozdział 1 Informacje dla nowych członków****SEKCJA 1 Wstęp****Sekcja 1.1 Jest Pan(i) członkiem planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), który jest specjalistycznym planem Medicare Advantage (Plan dla osób o specjalnych potrzebach)**

Jest Pan(i) objęty ubezpieczeniem zarówno przez Medicare, jak i Medicaid:

- **Medicare** to federalny program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób w wieku od 65 lat, dla niektórych osób z niepełnosprawnościami w wieku poniżej 65 lat oraz dla osób ze schyłkową niewydolnością nerek.
- **Medicaid** to wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej osobom o ograniczonych dochodach i zasobach. Zakres ubezpieczenia Medicaid różni się w zależności od stanu i rodzaju posiadanego ubezpieczenia Medicaid. Niektóre osoby korzystające z Medicaid otrzymują pomoc w opłaceniu składek na Medicare i innych kosztów. W przypadku innych osób ubezpieczeniem objęte są również dodatkowe usługi i leki, które nie są pokrywane przez Medicare.

Zdecydował(a) Pan(i), że chce korzystać z ubezpieczenia opieki zdrowotnej i na leki na receptę oferowanego przez Medicare i Medicaid za pośrednictwem naszego planu, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Jesteśmy zobowiązani do objęcia ubezpieczeniem wszystkich usług w ramach Części A i Części B. Jednak podział kosztów i dostęp do świadczeniodawców w tym planie różni się od Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest specjalistycznym planem Medicare Advantage (Plan Medicare dla osób o specjalnych potrzebach), co oznacza, że jego świadczenia są przeznaczone dla osób o specjalnych potrzebach w zakresie opieki zdrowotnej. Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest przeznaczony dla osób korzystających z Medicare, które są również uprawnione do uzyskania pomocy z Medicaid.

Otrzymuje Pan(i) pomoc od Medicaid w zakresie udziału w kosztach Medicare Część A i B (udziały własne, dopłaty i współubezpieczenie), w związku z tym istnieje możliwość, że nie będzie Pan(i) musiał(a) płacić za usługi opieki zdrowotnej Medicare. Medicaid zapewnia również inne świadczenia, obejmując ubezpieczeniem usługi opieki zdrowotnej, takie jak usługi długoterminowej opieki w domu i środowisku, które zwykle nie są pokrywane przez Medicare. Członkowie planu będą również otrzymywać od Medicare „dodatkową pomoc” (Extra Help) w opłaceniu kosztów leków na receptę w ramach Medicare. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pomoże członkom w kontrolowaniu wszystkich świadczeń, tak aby mogli otrzymać usługi opieki zdrowotnej i pomoc w płatnościach, do których są uprawnieni.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest prowadzony przez prywatną firmę. Podobnie jak wszystkie plany Medicare Advantage, ten plan Medicare dla osób o specjalnych potrzebach został zatwierdzony przez Medicare. Plan zawarł również umowę z programem Medicaid w Nowym Jorku o koordynacji świadczeń Medicaid. Z przyjemnością zapewnimy Panu(-i) ubezpieczenie zdrowotne Medicare i Medicaid, w tym ubezpieczenie na leki na receptę.

**Ubezpieczenie w ramach naszego planu kwalifikuje się jako Kwalifikujące się ubezpieczenie zdrowotne (Qualifying Health Coverage, QHC) i spełnia wymagania indywidualnej wspólnej odpowiedzialności zgodnie z Ustawą o ochronie pacjentów i przystępnej opiece zdrowotnej (Affordable Care Act, ACA). Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej urzędu skarbowego Internal Revenue Service (IRS): [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).**

**Rozdział 1 Informacje dla nowych członków****Sekcja 1.2 Jakie informacje można znaleźć w dokumencie *Warunki ubezpieczenia*?**

Dokument *Evidence of Coverage (Warunki ubezpieczenia)* wyjaśnia, jak uzyskać opiekę medyczną w Medicare Medicaid, długoterminową opiekę oraz usługi zapewniane w domu członka i usługi środowiskowe oraz leki na receptę. Wyjaśniono w nim prawa i obowiązki członków planu, pokrywane świadczenia, opłaty wymagane od członków planu oraz procedurę składania skarg w sytuacji, gdy ubezpieczony nie jest zadowolony z decyzji lub leczenia.

Słowa „ubezpieczenie” i „usługi objęte ubezpieczeniem” (pokrywane usługi) odnoszą się do opieki medycznej, opieki długoterminowej, usług zapewnianych w domu członka i usług środowiskowych oraz leków na receptę dostępnych dla członków Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Członkowie powinni sprawdzić, jakie zasady obowiązują w planie i jakie usługi są dla nich dostępne. Zachęcamy do uważnego zapoznania się z dokumentem *Warunki ubezpieczenia*.

W razie niejasności, wątpliwości lub pytań należy skontaktować się z działem obsługi uczestników.

**Sekcja 1.3 Informacje prawne na temat *Warunków ubezpieczenia***

Dokument *Evidence of Coverage (Warunki ubezpieczenia)* stanowi część naszej umowy z członkami i opisuje, w jaki sposób plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) zapewnia im ubezpieczenie opieki zdrowotnej. Inne części umowy to formularz zapisu, Lista refundowanych leków List of Covered Drugs (Wykaz leków) oraz powiadomienia, jakie członkowie otrzymują od planu odnośnie zmian w zakresie ubezpieczenia lub warunków, mających wpływ na ubezpieczenie. Takie powiadomienia bywają określane jako „aneksy” lub „poprawki”.

Umowa obowiązuje w miesiącach, w których członek jest zapisany w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) od 1 stycznia 2025 do 31 grudnia 2025.

W każdym roku kalendarzowym Medicare pozwala nam na wprowadzanie zmian w oferowanych planach. Oznacza to, że po 31 grudnia 2025 możemy wprowadzić zmiany w kosztach i świadczeniach planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Po 31 grudnia 2025 możemy również zaprzestać oferowania planu w miejscu zamieszkania członka lub oferować go w innym obszarze objętym usługami planu.

Medicare (ośrodki usług Medicare i Medicaid) musi co roku zatwierdzać plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Członkowie mogą co roku kontynuować korzystanie z ubezpieczenia Medicare jako członkowie naszego planu, o ile zdecydujemy się w dalszym ciągu oferować plan, a Medicare ponownie go zatwierdzi.

**SEKCJA 2 Kto jest uprawniony, aby zostać członkiem planu?****Sekcja 2.1 Kryteria kwalifikacyjne**

*Do planu mogą się zapisać osoby, które spełniają następujące warunki:*

- Posiadają ubezpieczenie Medicare Część A i Medicare Część B

**Rozdział 1 Informacje dla nowych członków**

---

- --oraz -- Zamieszkują obszar geograficzny objęty naszymi świadczeniami (w części 2.3 poniżej opisano nasz obszar dostępności świadczeń). Osoby przebywające w więzieniu nie są uważane za mieszkające na obszarze dostępności świadczeń, nawet jeśli fizycznie się na nim znajdują.
- --oraz -- są obywatelami Stanów Zjednoczonych lub legalnie przebywają na terenie Stanów Zjednoczonych.
- -- oraz -- spełniają specjalne kryteria kwalifikacyjne opisane poniżej.

**Specjalne kryteria kwalifikacyjne określone dla naszego planu**

Plan został opracowany tak, aby spełniać potrzeby osób, które korzystają z określonych świadczeń Medicaid. (Medicaid to wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej osobom o ograniczonych dochodach i zasobach.) Do planu mogą zapisać się wyłącznie osoby, które kwalifikują się zarówno do Medicare, jak i do pełnych świadczeń Medicaid.

Uwaga: Jeśli przestaną się Państwo kwalifikować, ale można w uzasadniony sposób spodziewać się, że ponownie będą się Państwo kwalifikować w ciągu 6 miesięcy, wówczas nadal kwalifikują się Państwo do uczestnictwa w naszym planie (informacje na temat zakresu ubezpieczenia i podziału kosztów w okresie uznanej ciągłości uprawnień znajdują się w części 2.1 w Rozdziale 4).

**Dodatkowe kryteria kwalifikacyjne do planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Oprócz powyższych wymagań, program Senior Whole Health of New York NHC jest dobrowolnym programem opracowanym specjalnie dla osób posiadających Medicare i Medicaid, które potrzebują koordynowanych usług medycznych, aby móc bezpiecznie żyć w swoim domu i środowisku. Obowiązują zasady kwalifikacji medycznej i autoryzacji.

Do rejestracji w programie Senior Whole Health of New York NHC kwalifikują się osoby, które są ubezpieczone zarówno w Medicare, jak i Medicaid oraz:

1. W chwili rejestracji kwalifikują się ze względów medycznych do opieki na poziomie opieki zapewnianej w placówce opiekuńczej;
2. W chwili rejestracji są w stanie powrócić lub pozostać w swoim domu i środowisku bez zagrożenia dla swojego zdrowia i bezpieczeństwa;
3. Przeprowadzona ocena wykazała, że wymagają co najmniej jednej z następujących usług środowiskowej opieki długoterminowej i zarządzania opieką przez ponad 120 dni od daty rejestracji
  - a. Usługi pielęgniarstwa świadczone w domu
  - b. Terapie prowadzone w domu
  - c. Pomoc osoby zapewniającej domową opiekę zdrowotną
  - d. Usługi pomocy w opiece osobistej w domu
  - e. Dzienna opieka zdrowotna nad osobami dorosłymi
  - f. Prywatna opieka pielęgniarstwa
  - g. Usługi pomocy osobistej skierowanej do konsumenta oraz
4. Orzeczenie biura ds. Medicaid w Urzędzie ds. zasobów ludzkich w Nowym Jorku (New York City Human Resources Administration (HRA) lub lokalnego wydziału usług społecznych (Local Department of Social Services, LDSS) o uprawnieniach do korzystania ze świadczeń w programie Medicaid.

**Rozdział 1 Informacje dla nowych członków****Sekcja 2.2 Czym jest Medicaid?**

Medicaid to wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej i opieki długoterminowej określonym osobom o ograniczonych dochodach i zasobach. Każdy stan decyduje co wlicza się do dochodów i zasobów, kto się kwalifikuje, jakie usługi są objęte ubezpieczeniem i jaki jest koszt usług. Poszczególne stany mogą również decydować o sposobie prowadzenia swoich programów, o ile zachowują zgodność z wytycznymi federalnymi.

Ponadto istnieją programy oferowane przez Medicaid, które pomagają osobom, korzystającym z Medicare, w opłacaniu kosztów Medicare, takich jak składki. „Programy oszczędnościowe Medicare” co roku pomagają zaoszczędzić pieniądze osobom o ograniczonych dochodach i zasobach:

- **Osoby podwójnie uprawnione do pełnych świadczeń (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Osoba uprawniona do Medicare, nie spełniająca kryteriów określonych dla QMB+ lub SLMB+ w zakresie dochodów lub posiadanych zasobów, ale kwalifikująca się do pełnego ubezpieczenia w Medicaid kategorycznie (categorically) lub ze względu na przynależność do grup opcjonalnego ubezpieczenia w oparciu o status osoby potrzebującej opieki ze względów medycznych, specjalne poziomy dochodów dla osób przebywających w instytucji lub zwolnienia dotyczące usług domowych i środowiskowych.
- **Uprawniony beneficjent Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+):** Pomaga opłacać składki na Medicare Część A i Część B oraz inne udziały w kosztach (takie jak udziały własne, współubezpieczenia i dopłaty). Osoby te kwalifikują się również do pełnych świadczeń Medicaid.

**Sekcja 2.3 Obszar objęty usługami planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest dostępny wyłącznie dla osób, które zamieszkują na obszarze objętym usługami planu. Aby pozostać członkiem planu, należy stale mieszkać na obszarze objętym usługami planu. Poniżej opisano obszar objęty usługami planu.

Nasz obszar usług obejmuje następujące powiaty w stanie Nowy Jork: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland i Westchester.

Osoby, które planują przeprowadzkę do innego stanu powinny się również skontaktować z biurem Medicaid w swoim stanie i zapytać, w jaki sposób przeprowadzka wpłynie na ich świadczenia Medicaid. Numery telefonu do Medicaid podano w Rozdziale 2, Części 6 tego dokumentu.

Osoby planujące wyprowadzenie się z obszaru objętego usługami planu nie mogą nadal być członkiem planu. Prosimy zadzwonić do działu obsługi uczestników, aby sprawdzić, czy nasz plan jest również dostępny w tym nowym obszarze. W razie przeprowadzki członkowie korzystają ze specjalnego okresu rejestracji, który umożliwia przejście do Original Medicare lub zapisanie się do planu ubezpieczeń zdrowotnych i lekowych Medicare, dostępnego w nowym miejscu zamieszkania.

W razie przeprowadzki lub zmiany adresu do korespondencji należy koniecznie zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych (Social Security). Numery telefonów i dane kontaktowe Urzędu Ubezpieczeń Społecznych znajdują się w Rozdziale 2, Części 5.

**Rozdział 1 Informacje dla nowych członków****Sekcja 2.4 Obywatele amerykańscy lub osoby z prawem do legalnego pobytu**

Członkowie planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicare muszą być obywatelami Stanów Zjednoczonych lub legalnie przebywać na terenie Stanów Zjednoczonych. Medicare (ośrodki usług Medicare i Medicaid) zawiadomi Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), jeśli ubezpieczony nie będzie uprawniony do pozostania członkiem planu na tej podstawie. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) musi wyrejestrować członków, którzy nie spełniają tego wymogu.

**SEKCJA 3 Ważne materiały na temat członkostwa, które Państwo otrzymają****Sekcja 3.1 Karta członkowska planu**

Członkowie planu ubezpieczenia muszą okazywać kartę członkowską, kiedy korzystają z usług objętych przez ten plan i przy zakupie leków na receptę w aptekach należących do sieci. Świadczeniodawcy należy również okazać swoją kartę Medicaid. Oto przykładowa karta członkowska, podobna do tej, którą otrzyma członek:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Senior Whole Health</b><br>BY MOLINA HEALTHCARE<br><hr/> LOB<br><b>Member:</b> Your Name<br><b>Member #:</b> MemID<br><hr/> <b>PCP:</b> PCPNAM<br><b>PCP Tel:</b> xxx-xxx-xxxx<br><hr/> <b>RxBIN:</b> RxBIN<br><b>RxPCN:</b> RXPCN<br><b>RxGRP:</b> RXGROUP<br><b>RxID:</b> MemID<br><hr/> <b>MedicareRx</b><br>Prescription Drug Coverage<br>ContNum<br><hr/> <b>Issued Date:</b> ISSUDAT<br><div style="text-align: right;">Website</div> | <div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5; position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">SAMPLE</div> <b>Member Services:</b> xxx-xxx-xxxx<br>24-Hour Nurse Advice Line in English: xxx-xxx-xxxx or TTY: 711<br>24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: xxx-xxx-xxxx<br><b>Providers/Hospitals:</b> For prior authorization, eligibility and general information, please call Member Services (see above).<br><b>Submit Claims To:</b><br><b>Medical/Hospital:</b> PO Box 22811, Long Beach, CA 90801<br>Please call Member Services (see above).<br><b>Pharmacy:</b> 7050 Union Park Center, Suite 200, Midvale, UT 84047<br>Please call Member Services (see above).<br><div style="text-align: right;">Website</div> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Członkowie planu NIE powinni używać swojej czerwono-biało-niebieskiej karty Medicare, kiedy korzystają z usług medycznych objętych ubezpieczeniem. W przypadku użycia karty Medicare zamiast karty członkowskiej Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), członek może być zobowiązany do opłacenia pełnego kosztu usług medycznych. Kartę Medicare należy przechowywać w bezpiecznym miejscu. Członkowie mogą zostać poproszeni o okazanie swojej karty, kiedy będą potrzebowali usług szpitalnych, usług w hospicjum lub w przypadku udziału w zatwierdzonych przez Medicare klinicznych badaniach naukowych.

Jeżeli karta członkowska zostanie uszkodzona, zgubiona lub skradziona, należy niezwłocznie zadzwonić do działu obsługi członków, a plan przyśle Panu/Pani nową kartę.

**Sekcja 3.2 Katalog świadczeniodawców/aptek**

*Katalog świadczeniodawców/aptek* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) to lista naszych aktualnych świadczeniodawców należących do sieci oraz dostawców wyrobów medycznych przeznaczonych do długoterminowego użytku.

**Świadczeniodawcy należący do sieci** to lekarze i inni specjaliści opieki zdrowotnej, grupy medyczne, dostawcy trwałego sprzętu medycznego, szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej, które zawarły z planem umowę, na mocy której akceptują nasze płatności i udział w kosztach planu jako pełną płatność.

**Rozdział 1 Informacje dla nowych członków**

---

**Apteki należące do sieci** to wszystkie apteki, które zgodziły się realizować recepty na refundowane leki na receptę dla członków naszego planu. W *Katalogu świadczeniodawców/aptek* można znaleźć aptekę należącą do sieci, z której chcą Państwo korzystać. Informacje o sytuacjach, w których można korzystać z aptek nienależących do sieci planu podano w Części 2.5 w Rozdziale 5.

Członkowie planu muszą korzystać z usług świadczeniodawców z sieci, aby uzyskać opiekę i usługi medyczne. Jeśli udadzą się Państwo innego świadczeniodawcy bez odpowiedniej zgody, będą Państwo musieli zapłacić pełną kwotę. Jedynymi wyjątkami są nagłe przypadki zagrożenia zdrowia, sytuacje, gdy członek pilnie potrzebuje usług, gdy sieć nie jest dostępna (to znaczy sytuacje, kiedy niemożliwe lub nieuzasadnione jest uzyskanie usług od świadczeniodawców z sieci), usługi dializy poza obszarem objętym usługami planu i przypadki, kiedy plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) wyrazi zgodę na skorzystanie z usług świadczeniodawców spoza sieci.

Najbardziej aktualna lista świadczeniodawców, aptek i dostawców jest dostępna na naszej stronie internetowej [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Jeśli nie posiadają Państwo egzemplarza *Katalogu świadczeniodawców/aptek*, mogą go Państwo otrzymać (w wersji elektronicznej albo papierowej) w Dziale Obsługi Ubezpieczonych. Wersja papierowa Katalogu świadczeniodawców zostanie wysłana w ciągu trzech dni roboczych.

|                   |                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 3.3</b> | <b>Lista leków objętych planem (<i>Zbiór formułek</i>)</b> |
|-------------------|------------------------------------------------------------|

Plan posiada *List of Covered Drugs (Listę refundowanych leków) (Wykaz leków)*. W skrócie nazywamy ją „Listą leków”. Lista informuje, które leki na receptę zapewniane w Części D są objęte ubezpieczeniem jako świadczenie Części D dostępne w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Leki znajdujące na liście zostały wybrane przez plan z pomocą zespołu lekarzy i farmaceutów. Lista musi spełniać wymagania określone przez Medicare. Medicare zatwierdziła „Listę leków” planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Lista informuje również, czy obowiązują reguły ograniczające refundację poszczególnych leków.

Członkowie otrzymają od planu „Listę leków”. Najbardziej kompletne i aktualne informacje o tym, które leki są objęte ubezpieczeniem można uzyskać na stronie internetowej planu ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) lub dzwoniąc do działu obsługi członków.

---

## **SEKCJA 4 Miesięczne koszty udziału w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

---

Koszty uczestnika planu mogą obejmować:

- Składka w planie (Część 4.1)
- Miesięczna składka na Medicare Część B (Część 4.2)
- Kara za spóźnioną rejestrację w Części D (Część 4.4)
- Kwota miesięcznej korekty związanej z dochodami (Część 4.5)

**Rozdział 1 Informacje dla nowych członków****Sekcja 4.1 Składka na plan**

Członkowie nie płacą oddzielnej składki miesięcznej za przynależność do planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

**Sekcja 4.2 Miesięczna składka na Medicare Część B****Wielu członków jest zobowiązanych do opłacania innych składek na Medicare**

Część członków jest zobowiązanych do opłacania innych składek na Medicare. Jak wyjaśniono powyżej w Części 2, aby kwalifikować się do naszego planu, członkowie muszą utrzymać swoje uprawnienia do Medicaid oraz posiadać zarówno Medicare Część A, jak i Medicare Część B. W przypadku większości członków planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Medicaid opłaca składki na Część A (jeśli członek nie kwalifikuje się do tego automatycznie) i składki na Część B.

**Jeśli Medicaid nie opłaca za członka składek na Medicare, aby pozostać członkiem planu, musi on sam opłacać składki na Medicare.** Odnosi się to do składki na Część B. Może również odnosić się do składki na Część A, która dotyczy członków, którzy nie kwalifikują się do Części A niewymagającej opłacania składek.

**Sekcja 4.3 Kara za spóźnioną rejestrację do Części D**

Kara za spóźnioną rejestrację (LEP) nie dotyczy osób podwójnie uprawnionych tak długo, jak długo utrzymują status osoby podwójnie uprawnionej, jeśli jednak członek straci ten status, może być zobowiązany do opłacenia LEP. Kara za spóźnioną rejestrację do Części D to dodatkowa składka, którą ubezpieczony musi płacić za ubezpieczenie w Części D, jeśli w dowolnym czasie po zakończeniu wstępnego okresu zapisów, przez 63 dni z rzędu lub dłużej nie miał ubezpieczenia w ramach Części D lub innego wiarygodnego ubezpieczenia na leki na receptę. Kwalifikowalne ubezpieczenie na leki na receptę to ubezpieczenie, które spełnia minimalne standardy Medicare, ponieważ oczekuje się, że przeciętnie płaci przynajmniej tyle co standardowe ubezpieczenie leków na receptę Medicare. Wysokość kary za spóźnioną rejestrację zależy od tego, jak długo ubezpieczony nie zapisywał się do Części D lub nie posiadał innego wiarygodnego ubezpieczenia na leki na receptę. Ubezpieczony musi płacić tę karę przez cały okres ubezpieczenia w Części D.

Członek **nie będzie** musiał jej płacić, jeśli:

- Otrzymuje od Medicare „dodatkową pomoc” (Extra Help) w opłacaniu kosztów leków na receptę.
- Przez mniej niż 63 dni z rzędu nie posiadał wiarygodnego ubezpieczenia.
- Posiadali Państwo ubezpieczenie lekowe z innego źródła, na przykład byłego pracodawcy, związku zawodowego, TRICARE lub Administracji ds. Zdrowia Weteranów (Veterans Health Administration, VA). Co roku ubezpieczyciel lub dział kadr informuje, czy zapewniane ubezpieczenie lekowe jest kwalifikowalne. Informacje mogą zostać przysłane w liście albo zamieszczone w biuletynie planu. Należy je zachować, ponieważ mogą być potrzebne przy późniejszym zapisie do planu na leki Medicare.
  - **notatka:** Powiadomienie to musi stwierdzać, że ubezpieczony posiadał kwalifikowalne ubezpieczenie na leki na receptę, które refunduje leki na takim samym poziomie, co standardowy plan ubezpieczenia lekowego Medicare.
  - **notatka:** Następujące elementy *nie* stanowią uznawalnego ubezpieczenia lekowego: karty zniżkowe na leki na receptę, darmowe przychodnie oraz dyskontowe apteki internetowe.

## Rozdział 1 Informacje dla nowych członków

**Wysokość kary określa Medicare.** Obowiązują następujące zasady:

- Najpierw należy policzyć pełne miesiące spóźnionej rejestracji w planie lekowym Medicare po uzyskaniu uprawnień. Lub też należy policzyć pełne miesiące, w ciągu których ubezpieczony nie miał kwalifikowalnego ubezpieczenia lekowego, jeżeli przerwa ta trwała co najmniej 63 dni. Kara wynosi 1% za każdy miesiąc braku kwalifikowalnego ubezpieczenia. Na przykład, jeżeli ktoś pozostawał bez ubezpieczenia przez 14 miesięcy, kara wyniesie 14%.
- Następnie Medicare określa kwotę średniej składki miesięcznej w planach lekowych Medicare w całym kraju na podstawie poprzedniego roku. W 2025 średnia wysokość składki wynosi 36,78 \$.
- Aby obliczyć swoją miesięczną karę, należy pomnożyć procent kary przez przeciętną miesięczną składkę, a następnie zaokrąglić do najbliższych 10 centów. W tym przykładzie byłoby to 14% razy 36,78 USD, co równa się 5,15 USD. To zaokrągliła się do 5,20 USD. Kwota ta zostanie dodana **do miesięcznej składki jako kara za spóźnioną rejestrację w Części D.**

**Należy pamiętać o trzech ważnych kwestiach dotyczących miesięcznej kary za spóźnioną rejestrację w Części D:**

- Po pierwsze, **wysokość kary może się zmieniać co roku**, ponieważ przeciętna miesięczna składka może się zmieniać co roku.
- Po drugie, ubezpieczony **będzie stale co miesiąc płacił karę**, tak długo, jak długo będzie członkiem planu oferującego świadczenia lekowe Medicare Części D, nawet jeśli zmieni plan.
- Po trzecie, dla osób w wieku poniżej 65 lat i aktualnie korzystających ze świadczeń Medicare, kara za spóźnioną rejestrację w Części D zostanie zredukowana do zera po ukończeniu 65 lat. Po ukończeniu 65 roku życia wysokość kary za spóźnioną rejestrację w Części D będzie oparta jedynie na liczbie miesięcy, w ciągu których członek nie ma ubezpieczenia, licząc od momentu wstępnego okresu zapisów, dla osób uprawnionych do Medicare.

**Jeśli członek nie zgadza się z karą za spóźnioną rejestrację do Części D, on lub jego przedstawiciel mogą zażądać weryfikacji decyzji o karze.** Zasadniczo, weryfikacji decyzji o karze należy zażądać w ciągu 60 dni od daty podanej na piśmie informującym o karze za spóźnioną rejestrację. Jeśli członek płacił karę przed przystąpieniem do naszego planu, może nie przysługiwać mu kolejna możliwość zażądania weryfikacji decyzji o karze za spóźnioną rejestrację.

### **Sekcja 4.4 Kwota miesięcznej korekty związana z dochodami**

Niektórzy członkowie mogą być zobowiązani do uiszczenia dodatkowej opłaty, określanej jako kwota miesięcznej korekty związana z dochodami dotycząca Części D, w skrócie IRMAA. Dodatkowa opłata jest obliczana na podstawie zmodyfikowanego skorygowanego dochodu brutto zgłoszonego w zeznaniu podatkowym do IRS sprzed 2 lat. Jeśli kwota ta jest wyższa od określonej sumy, ubezpieczony zapłaci standardową kwotę składki i dodatkową IRMAA. Więcej informacji na temat dodatkowej kwoty, która może być wymagana na podstawie dochodu członka, można znaleźć na stronie <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Jeżeli wymagana jest dodatkowa kwota, pismo w sprawie jej wysokości przyśle ubezpieczonemu Social Security (Urząd Ubezpieczeń Społecznych), a nie plan Medicare. Dodatkowa kwota zostanie potrącona z czeku Social Security, Urzędu Emerytur Kolejowych (Railroad Retirement Board) lub Urzędu ds. Służby Cywilnej (Office of Personnel Management), niezależnie od tego, w jaki sposób członek zwykle opłaca składkę na plan, chyba że

## Rozdział 1 Informacje dla nowych członków

---

miesięczne świadczenie nie wystarcza na pokrycie dodatkowej należnej kwoty. Jeżeli kwota z czeku nie wystarcza na pokrycie dodatkowej kwoty, Medicare wyśle członkowi rachunek. **Ubezpieczony musi zapłacić dodatkową kwotę na rzecz administracji rządowej. Nie można jej opłacić razem z miesięczną składką na plan. Członkowie, którzy nie zapłacą dodatkowej kwoty, zostaną wypisani z planu i stracą ubezpieczenie na leki na receptę.**

Jeżeli ubezpieczony nie zgadza się z decyzją o konieczności uiszczenia dodatkowej kwoty, może się zwrócić do Social Security o weryfikację decyzji. Więcej informacji na ten temat można uzyskać w Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych pod numerem telefonu 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

---

## SEKCJA 5 Więcej informacji na temat miesięcznej składki

---

### Sekcja 5.1 Czy plan może zmienić w ciągu roku wysokość miesięcznej składki?

**Nie.** Nie wolno nam zmieniać wysokości miesięcznych składek ubezpieczeniowych w ciągu roku. Jeśli wysokość miesięcznej składki w planie na przyszły rok ulegnie zmianie, poinformujemy o tym we wrześniu, a zmiana zacznie obowiązywać 1. stycznia.

Jednak w niektórych przypadkach członek może przestać płacić karę za spóźnioną rejestrację, jeśli jest ona należna, lub może zacząć płacić taką karę. Może mieć to miejsce w przypadku, gdy w ciągu roku ubezpieczony uzyska lub utraci uprawnienia do programu „dodatkowej pomocy”:

- Osoby, które obecnie płacą karę za spóźnioną rejestrację w Części D i w ciągu roku nabędą uprawnienia do „dodatkowej pomocy”, będą mogły przestać płacić karę.
- Osoby, które stracą „dodatkową pomoc”, mogą być zobowiązane do opłacania kary za spóźnioną rejestrację, jeśli przez 63 dni z rzędu lub dłużej nie będą miały ubezpieczenia w ramach Części D lub innego wiarygodnego ubezpieczenia na leki na receptę.

Więcej informacji o programie „dodatkowej pomocy”, znajduje się w Części 7 Rozdziału 2.

---

## SEKCJA 6 Dbanie o aktualność danych dotyczących członkostwa w planie

---

W dokumentacji członkowskiej znajdują się informacje podane na formularzu rejestracyjnym, w tym adres i numer telefonu. Są tam informacje o konkretnym zakresie ubezpieczenia, w tym dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarze, szpitale, farmaceuci i inni świadczeniodawcy należący do sieci planu muszą mieć poprawne informacje na temat członków. **Na podstawie tych danych świadczeniodawcy należący do sieci mogą ustalić, jakie usługi i leki są objęte ubezpieczeniem, a także wysokość udziału członka w kosztach.** Dlatego też bardzo ważne jest dbanie o aktualność takich danych.

**Prosimy o poinformowanie nas o następujących zmianach:**

- Zmiany nazwiska, adresu lub numeru telefonu
- Zmiany we wszelkich innych ubezpieczeniach zdrowotnych (np. udzielanych przez pracodawcę, pracodawcę współmałżonka lub partnera, odszkodowania pracownicze lub Medicaid)

## Rozdział 1 Informacje dla nowych członków

---

- Złożenie wniosku o odszkodowanie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, np. z powodu wypadku samochodowego
- Przyjęcie do domu opieki
- Skorzystanie z opieki w szpitalu albo na oddziale ratunkowym znajdującym się poza obszarem usług planu lub nienależącym do sieci
- Zmiana wyznaczonej odpowiedzialnej strony (na przykład opiekuna)
- Udział ubezpieczonego w badaniu klinicznym (Uwaga: Ubezpieczony nie obowiązku informować planu o badaniach klinicznych, w których zamierza uczestniczyć, zachęcamy jednak do przekazania nam takich informacji)

W przypadku zmian w takich informacjach, prosimy o skontaktowanie się z działem obsługi członków w celu powiadomienia nas o tym. Członkowie mogą założyć konto My Senior Whole Health online i poprzez konto zmienić swojego lekarza, zaktualizować informacje kontaktowe, zażądać nowej karty identyfikacyjnej członka, otrzymywać powiadomienia o potrzebnych usługach zdrowotnych lub przeglądać historię korzystania z usług. Na stronie <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> można założyć konto lub uzyskać dostęp do swojego konta My Senior Whole Health.

W razie przeprowadzki lub zmiany adresu do korespondencji należy koniecznie skontaktować się z Social Security (Urzędem Ubezpieczeń Społecznych). Numery telefonów i dane kontaktowe Urzędu Ubezpieczeń Społecznych znajdują się w Rozdziale 2, Części 5.

---

## SEKCJA 7 Jak inne ubezpieczenia współdziałają z naszym planem

---

### Inne ubezpieczenie

Medicare wymaga od nas uzyskania od członków informacji na temat innych posiadanych przez nich ubezpieczeń medycznych i lekowych, ponieważ musimy skoordynować wszelkie inne ubezpieczenia ze świadczeniami w ramach naszego planu. Nazywa się to **koordynacją świadczeń**.

Raz w roku plan wyśle do członków pismo, w którym znajduje się lista wszelkich innych ubezpieczeń medycznych lub na leki członka, o których nam wiadomo. Proszę uważnie przeczytać te informacje. Jeżeli są one poprawne, nie trzeba podejmować żadnych działań. Jeśli informacje są niepoprawne lub jeśli członek posiada inne ubezpieczenie, którego nie wymieniono w piśmie, powinien zadzwonić do działu obsługi uczestników. Aby zapewnić należyte i terminowe płacenie rachunków, może być konieczne, aby członek podał swój numer identyfikacyjny członka innym ubezpieczycielom (po potwierdzeniu ich tożsamości).

W przypadku osób posiadających inne ubezpieczenie (np. ubezpieczenie grupowe w miejscu pracy) obowiązują ustanowione przez Medicare zasady określające, czy jako pierwszy płaci nasz plan, czy też inne ubezpieczenie. Ubezpieczenie, które płaci jako pierwsze, nazywa się „płatnikiem głównym” i płaci do wysokości limitów swojego ubezpieczenia. Ubezpieczenie, które płaci jako drugie, nazywa się „płatnikiem dodatkowym” i płaci tylko w sytuacji, gdy pewne koszty nie zostały pokryte przez płatnika głównego. Płatnik dodatkowy może nie zapłacić wszystkich nierefundowanych kosztów. Jeżeli członek posiada inne ubezpieczenie, powinien poinformować o tym swojego lekarza, szpital i aptekę.

Następujące reguły odnoszą się do grupowych ubezpieczeń zdrowotnych zapewnianych przez pracodawców lub związki:

- Jeżeli ubezpieczony jest emerytem, Medicare płaci jako pierwsze.

**Rozdział 1 Informacje dla nowych członków**

---

- Jeżeli grupowy plan ubezpieczenia jest oparty na zatrudnieniu członka planu lub członka jego rodziny, kwestia, kto płaci jako pierwszy, zależy od wieku członka, liczby osób zatrudnionych przez pracodawcę oraz od tego, czy członek posiada Medicare ze względu na wiek, niepełnosprawność lub schyłkową niewydolność nerek (End-stage Renal Disease, ESRD):
  - Jeżeli ubezpieczony nie skończył jeszcze 65 lat i jest osobą z niepełnosprawnością oraz on lub członek jego rodziny nadal pracuje, grupowy plan grupowego ubezpieczenia zdrowotnego płaci jako pierwszy, pod warunkiem, że pracodawca zatrudnia co najmniej 100 pracowników lub jeżeli co najmniej jeden pracodawca w planie skupiającym wielu pracodawców, zatrudnia więcej niż 100 pracowników.
  - Jeżeli ubezpieczony ma ponad 65 lat i on lub jego współmałżonek lub partner nadal pracuje, grupowy plan ubezpieczenia zdrowotnego płaci jako pierwszy, jeżeli pracodawca zatrudnia co najmniej 20 pracowników lub jeżeli co najmniej jeden pracodawca w planie skupiającym wielu pracodawców, zatrudnia więcej niż 20 pracowników.
- Jeżeli ubezpieczony korzysta z Medicare z powodu schyłkowej niewydolności nerek (ESRD), jego plan ubezpieczenia grupowego zapłaci jako pierwszy przez pierwszych 30 miesięcy po uzyskaniu uprawnień do Medicare.

Poniższe rodzaje ubezpieczeń zwykle płacą jako pierwsze za usługi odnoszące się do ich zakresu świadczeń:

- Ubezpieczenie pokrywające szkody bez ustalania winy (w tym ubezpieczenie komunikacyjne)
- Ubezpieczenie od odpowiedzialności (w tym ubezpieczenie komunikacyjne)
- Świadczenia dla osób chorych na pylicę
- Odszkodowania pracownicze

Medicaid i TRICARE nigdy nie płacą jako pierwsze za usługi objęte ubezpieczeniem Medicare. Płacą dopiero po Medicare i/lub planach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianych przez pracodawcę.

## ROZDZIAŁ 2:

### *Ważne numery telefonów i źródła informacji*

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji****SEKCJA 1 Informacje kontaktowe Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (jak się z nami skontaktować, w tym jak skontaktować się z działem obsługi członków)****Jak się skontaktować z działem obsługi uczestników planu**

Pomoc w sprawach roszczeń, rachunków lub kart członkowskich można uzyskać dzwoniąc lub pisząc do działu obsługi uczestników Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Chętnie pomożemy.

| Metoda                    | Dział obsługi uczestników - informacje kontaktowe                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (833) 671-0440<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Poniedziałek-piątek, 8 rano do 8 wieczorem czasu lokalnego.<br><br>Dział Obsługi Ubezpieczonych dysponuje także bezpłatnymi usługami tłumaczy ustnych dla osób niemówiących po angielsku.         |
| <b>TTY</b>                | 711<br><br>Numer ten wymaga specjalnego sprzętu telefonicznego i jest przeznaczony wyłącznie dla osób, które mają problemy ze słuchem lub mówieniem.<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Poniedziałek-piątek, 8 rano do 8 wieczorem czasu lokalnego. |
| <b>FAKS</b>               | (310) 507-6186                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Senior Whole Health of New York<br>Attn: Member Services<br>15 MetroTech Center, 11th Floor<br>Brooklyn, NY 11201                                                                                                                                              |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>                                                                                                                                                                                                                       |

**Jak skontaktować się z nami w sprawie decyzji refundacyjnej lub odwołania dotyczącego opieki medycznej lub leków na receptę w ramach Części D.**

Decyzja refundacyjna to decyzja, jaką podejmujemy w sprawie świadczeń i zakresu ubezpieczenia lub kwoty, jaką zapłacimy za usługi medyczne członka lub leki na receptę w ramach Części D. Odwołanie to formalny wniosek do planu o weryfikację i zmianę podjętej decyzji refundacyjnej. Więcej informacji na temat wniosków o decyzję refundacyjną lub w sprawie odwołań dotyczących opieki medycznej lub leków na receptę w ramach Części D można znaleźć w Rozdziale 8 (*Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje refundacyjne, odwołania, skargi)*).

| Metoda         | Decyzje refundacyjne dotyczące opieki medycznej – informacje kontaktowe |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b> | (833) 671-0440<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.            |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| <b>Metoda</b>             | <b>Decyzje refundacyjne dotyczące opieki medycznej – informacje kontaktowe</b>                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego.                                                                                                                                                                                                                |
| <b>TTY</b>                | 711<br><br>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszających lub z zaburzeniami mowy.<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego. |
| <b>FAKS</b>               | Zaawansowane badania obrazowe: (877) 731-7218;<br>Przeszczepy (877) 813-1206;<br>Ambulatorium usług medycznych/w zakresie zdrowia behawioralnego (844) 251-1450;<br>Usługi szpitalne (844) 834-2152;<br>Leki na receptę (RX)/Kody Jcodes (866) 290-1309         |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Senior Whole Health of New York<br>Attn: Coverage Request<br>200 Oceangate, Suite 100<br>Long Beach, CA 90802                                                                                                                                                   |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>                                                                                                                                                                                                                        |

| <b>Metoda</b>             | <b>Odwołania dotyczące opieki medycznej – informacje kontaktowe</b>                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (833) 671-0440<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego.                                                                                                                                     |
| <b>TTY</b>                | 711<br><br>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszających lub z zaburzeniami mowy.<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego. |
| <b>FAKS</b>               | (562) 499-0610                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Senior Whole Health of New York<br>Attn: Appeals & Grievances<br>P.O. Box 22816<br>Long Beach, CA 90801-9977                                                                                                                                             |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>                                                                                                                                                                                                                 |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| <b>Metoda</b>             | <b>Decyzje refundacyjne i odwołania dotyczące leków na receptę w ramach Części D - informacje kontaktowe</b>                                                                                                                                                  |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (800) 665-3086<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego.                                                                                                                                          |
| <b>TTY</b>                | 711<br><br>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego. |
| <b>FAKS</b>               | (866) 290-1309                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Senior Whole Health of New York<br>Attn: Pharmacy Department<br>7050 Union Park Center, Suite 600<br>Midvale, UT 84047                                                                                                                                        |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>                                                                                                                                                                                                                      |

**Jak się z nami skontaktować w sprawie skargi dotyczącej opieki medycznej lub leków na receptę w Części D**

Członkowie mogą złożyć skargę na nas lub na jednego ze świadczeniodawców lub aptek należących do naszej sieci, w tym skargi na jakość opieki. Ten rodzaj skargi nie wiąże się ze sporami dotyczącymi zakresu ubezpieczenia lub płatności. Więcej informacji na temat składania skarg w sprawie opieki medycznej można znaleźć w Rozdziale 8 (*Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje refundacyjne, odwołania, skargi)*).

| <b>Metoda</b>  | <b>Skargi dotyczące opieki medycznej lub leków na receptę w ramach Części D - informacje kontaktowe</b>                                                                                                                                                                  |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b> | (833) 671-0440<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego.                                                                                                                                                     |
| <b>TTY</b>     | 711<br><br>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Poniedziałek-piątek, 8 rano do 8 wieczorem czasu lokalnego. |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| Metoda                             | Skargi dotyczące opieki medycznej lub leków na receptę w ramach Części D - informacje kontaktowe                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FAKS</b>                        | (562) 499-0610                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>              | Senior Whole Health of New York<br>Attn: Appeals & Grievances<br>P.O. Box 22816<br>Long Beach, CA 90801-9977                                                                                                                                                                   |
| <b>STRONA INTERNETOWA MEDICARE</b> | Skargę na Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) można złożyć bezpośrednio do Medicare.<br>Skargi online do Medicare można złożyć na stronie <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> . |

**Gdzie wysłać wniosek o pokrycie przez plan kosztów opieki medycznej lub leków wykupionych przez ubezpieczonego.**

Jeśli ubezpieczony otrzymał rachunek lub zapłacił za usługi (np. za rachunek od świadczeniodawcy), za które jego zdaniem powinniśmy zapłacić, konieczne może być zwrócenie się do nas o zwrot kosztów lub opłacenie rachunku od świadczeniodawcy. Więcej informacji w Rozdziale 6 (*Jak zwrócić się do planu o opłacenie otrzymanego rachunku za usługi medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem*).

**Uwaga:** Jeżeli odrzucimy w całości lub w części wniosek o zapłatę, ubezpieczony może się odwołać od takiej decyzji. Więcej informacji znajduje się w Rozdziale 8 (*Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje refundacyjne, odwołania, skargi)*).

| Metoda                    | Wnioski o pokrycie kosztów opieki medycznej – informacje kontaktowe                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (833) 671-0440<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego.                                                                                                                                          |
| <b>TTY</b>                | 711<br><br>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego. |
| <b>FAKS</b>               | (310) 507-6186                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Senior Whole Health of New York<br>Attn: Medicare Member Services<br>200 Oceangate Ste. 100<br>Long Beach, CA 90802                                                                                                                                           |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>                                                                                                                                                                                                                      |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| Metoda                    | Wnioski o opłacenie kosztów leków na receptę w ramach Części D — informacje kontaktowe                                                                                                                                                            |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (833) 671-0440<br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego.                                                                                                                                      |
| <b>TTY</b>                | 711<br>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.<br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br>Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego. |
| <b>FAKS</b>               | (866) 290-1309                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Senior Whole Health of New York<br>Attn: Pharmacy Department<br>7050 Union Park Center, Suite 600<br>Midvale, UT 84047                                                                                                                            |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>                                                                                                                                                                                                          |

## SEKCJA 2 Medicare (jak otrzymać pomoc i informacje bezpośrednio z federalnego programu Medicare)

Medicare to federalny program ubezpieczeń zdrowotnych dla osób w wieku od 65 lat wzwyż, dla niektórych osób z niepełnosprawnościami w wieku poniżej 65 lat oraz dla osób ze schyłkową niewydolnością nerek (trwała niewydolność nerek wymagająca dializy lub przeszczepu nerki).

Agencją federalną, której podlega Medicare, jest Centers for Medicare & Medicaid Services (Ośrodki usług Medicare i Medicaid) (czasami nazywana „CMS”). Agencja zawiera umowy z organizacjami Medicare Advantage, w tym również z nami.

| Sposób         | Medicare - informacje kontaktowe                                                                                                                  |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b> | 1-800-MEDICARE lub 1-800-633-4227<br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br>24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.                              |
| <b>TTY</b>     | 1-877-486-2048<br>Ten numer wymaga specjalnego sprzętu telefonicznego i jest przeznaczony tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy. |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| Sposób                    | Medicare - informacje kontaktowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | Połączenia z tym numerem są bezpłatne.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <p data-bbox="347 352 602 388"><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <p data-bbox="347 405 1511 594">Jest to oficjalna rządowa strona internetowa Medicare. Znajdują się na niej aktualne informacje na temat Medicare i bieżących spraw związanych z Medicare. A także informacje na temat szpitali, domów opieki, lekarzy, agencji opieki domowej oraz placówek dializy. Dostępne są tam również dokumenty, które można wydrukować bezpośrednio z komputera. Można tam również znaleźć dane kontaktowe Medicare w danym stanie.</p> <p data-bbox="347 611 1511 726">Strona internetowa Medicare zawiera także szczegółowe informacje na temat uprawnień do Medicare oraz opcji rejestracji do planu, z którymi można się zapoznać korzystając z następujących narzędzi:</p> <ul data-bbox="396 743 1511 1052" style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicare Eligibility Tool(Narzędzie umożliwiające sprawdzanie uprawnień do Medicare):</b> Podaje informacje o aktualnym statusie uprawnień do Medicare.</li> <li>• <b>Medicare Plan Finder(Wyszukiwarka planów Medicare):</b> Zapewnia indywidualnie dostosowane informacje dotyczące dostępnych planów ubezpieczenia na leki na receptę Medicare, planów ubezpieczenia zdrowotnego Medicare oraz polis Medigap (Medicare Supplement Insurance [dodatkowe ubezpieczenie Medicare]) na danym obszarze. Narzędzia te pozwalają oszacować wysokość kosztów własnych w różnych planach Medicare.</li> </ul> <p data-bbox="347 1068 1511 1146">Za pośrednictwem strony internetowej można także złożyć do Medicare skargi dotyczące planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP):</p> <ul data-bbox="396 1163 1511 1352" style="list-style-type: none"> <li>• Jak powiadomić Medicare o skardze: Skargę na Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) można złożyć bezpośrednio do Medicare. Aby złożyć skargę do Medicare należy wejść na stronę <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare poważnie podchodzi do wszystkich skarg i wykorzysta otrzymane informacje do poprawienia jakości programu Medicare.</li> </ul> <p data-bbox="347 1369 1511 1560">Osoby nieposiadające komputera mogą odwiedzić tę stronę w lokalnej bibliotece lub ośrodku dla seniorów. Można też zadzwonić do Medicare i zapytać o potrzebne informacje. Zostaną one wyszukane na stronie internetowej i omówione z członkiem. (Można zadzwonić do Medicare pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048.)</p> |

### SEKCJA 3     **Stanowy Program Pomocy w Sprawach Ubezpieczeń Zdrowotnych (State Health Insurance Assistance Program)** (bezpłatna pomoc, informacje i odpowiedzi na pytania dotyczące Medicare)

Stanowy Program Pomocy w Sprawach Ubezpieczeń Zdrowotnych (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) to program rządowy, który zatrudnia przeszkolonych doradców we wszystkich stanach. W Nowym Jorku, program SHIP nosi nazwę Program informacyjny, doradztwa i pomocy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

Program informacyjny, doradztwa i pomocy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (HIICAP) to niezależny (niepowiązany z żadną firmą ubezpieczeniową ani planem ubezpieczenia zdrowotnego) program stanowy, który otrzymuje środki od rządu federalnego na udzielanie lokalnie osobom posiadającym Medicare bezpłatnych porad dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego.

Doradcy z Programu informacyjnego, doradztwa i pomocy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (HIICAP) mogą pomóc wyjaśnić prawa przysługujące członkom Medicare, złożyć skargę dotyczącą opieki medycznej lub leczenia oraz pomóc w rozwiązywaniu problemów dotyczących rachunków Medicare. Doradcy z Programu informacyjnego, doradztwa i pomocy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (HIICAP) mogą również udzielić odpowiedzi na pytania lub pomóc rozwiązać problemy dotyczące Medicare oraz pomóc zrozumieć opcje planów Medicare i odpowiedzieć na pytania dotyczące zmiany planu.

**JAK UZYSKAĆ DOSTĘP DO SHIP i INNYCH ŹRÓDEŁ INFORMACJI:**

- Wejść na stronę <https://www.shiphelp.org> (Kliknąć SHIP LOCATOR (Wyszukiwarka SHIP) na środku strony)
  - Wybrać z listy swój **STAN**. Nastąpi przekierowanie do strony z numerami telefonów i źródłami informacji właściwymi dla wybranego stanu.

| Sposób                    | Program informacyjny, doradztwa i pomocy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (HIICAP) (SHIP w Nowym Jorku) – informacje kontaktowe                                                                 |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (800) 701-0501                                                                                                                                                                                    |
| <b>TTY</b>                | New York State<br>Office for the Aging (Biuro ds. osób starszych)<br>2 Empire State Plaza<br>Albany, New York 12223-1251                                                                          |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-andassistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-andassistance-program-hiicap</a> |

**SEKCJA 4 Organizacja Poprawy Jakości (Quality Improvement Organization)**

W każdym stanie jest wyznaczona Organizacja Poprawy Jakości, która obsługuje świadczeniobiorców Medicare. Organizacja Poprawy Jakości w Nowym Jorku to Livanta.

Livanta posiada grupę lekarzy i innych specjalistów opieki zdrowotnej, którym Medicare płaci za sprawdzanie i pomoc w poprawie jakości opieki nad osobami korzystającymi z Medicare. Livanta jest niezależną organizacją. Nie jest związana z naszym planem.

Z Livanta należy się skontaktować w następujących sytuacjach:

- Ubezpieczony chce złożyć skargę na jakość zapewnionej mu opieki.
- Zdaniem ubezpieczonego ubezpieczenie pokrywa zbyt krótki okres pobytu w szpitalu.

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

- Zdaniem ubezpieczonego ubezpieczenie domowej opieki zdrowotnej, usług otrzymanych w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa lub usług w kompleksowej przychodni rehabilitacyjnej (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) kończy się zbyt szybko.

| Metoda                    | Livanta (Organizacja Poprawy Jakości w Nowym Jorku) – informacje kontaktowe                                                                       |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (866) 815-5440<br><br>Od poniedziałku do piątku od 9:00 do 17:00 czasu lokalnego; w weekendy i święta od 10:00 do 16:00 czasu lokalnego.          |
| <b>TTY</b>                | 711: Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy. |
| <b>ADRES POCZTOWY:</b>    | Livanta<br>BFCC-QIO Program<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701                                                     |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>                                                                             |

**SEKCJA 5 Urząd Ubezpieczeń Społecznych (Social Security)**

Urząd Ubezpieczeń Społecznych (Social Security) jest odpowiedzialny za ustalanie kwalifikowalności do Medicare i obsługuje zapisy do programu. Do korzystania z Medicare kwalifikują się obywatele amerykańscy i osoby z prawem stałego pobytu w wieku co najmniej 65 lat, lub osoby z niepełnosprawnością lub ze schyłkową niewydolnością nerek, które spełniają określone warunki. W przypadku osób, które już otrzymują czeki z ubezpieczenia społecznego, zapis do Medicare następuje automatycznie. Osoby, które nie otrzymują czeków z ubezpieczenia społecznego, muszą się zapisać do Medicare. Aby złożyć wniosek o Medicare, należy zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych lub odwiedzić lokalne biuro.

Urząd Ubezpieczeń Społecznych jest także odpowiedzialny za ustalanie, kto musi płacić dodatkową sumę na ubezpieczenie na leki w Części D, ze względu na wyższe dochody. Jeżeli ubezpieczony otrzymał pismo z Urzędu Ubezpieczeń Społecznych informujące o konieczności płacenia dodatkowej kwoty i ma wątpliwości dotyczące jej wysokości, albo jeśli z powodu okoliczności życiowych jego dochód się zmniejszył, może zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych i poprosić o ponowne rozpatrzenie sprawy.

W razie przeprowadzki lub zmiany adresu do korespondencji należy koniecznie skontaktować się z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych i poinformować o zmianach.

| Sposób         | Social Security (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) - informacje kontaktowe                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b> | 1-800-772-1213<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Dostępny od 08:00 do 19:00, od poniedziałku do piątku. |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| Sposób             | Social Security (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) - informacje kontaktowe                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | Można skorzystać z automatycznych usług telefonicznych ubezpieczenia społecznego, aby uzyskać nagrane informacje i załatwić niektóre sprawy przez całą dobę.                                                                                                      |
| TTY                | 1-800-325-0778<br><br>Ten numer wymaga specjalnego sprzętu telefonicznego i jest przeznaczony tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.<br><br>Dostępny od 08:00 do 19:00, od poniedziałku do piątku. |
| STRONA INTERNETOWA | <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>                                                                                                                                                                                                                      |

**SEKCJA 6 Medicaid**

Medicaid to wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej i opieki długoterminowej określonym osobom o ograniczonych dochodach i zasobach. Każdy stan decyduje o tym, co wlicza się do dochodów i zasobów, kto się kwalifikuje do programu, jakie usługi są objęte ubezpieczeniem i jaki jest koszt usług. Poszczególne stany mogą również decydować o sposobie prowadzenia swoich programów, o ile zachowują zgodność z wytycznymi federalnymi.

Ponadto istnieją programy oferowane przez Medicaid, które pomagają osobom, korzystającym z Medicare, w opłacaniu kosztów Medicare, takich jak składki. „Programy oszczędnościowe Medicare” co roku pomagają zaoszczędzić pieniądze osobom o ograniczonych dochodach i zasobach:

- **Osoby podwójnie uprawnione do pełnych świadczeń (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Osoba uprawniona do Medicare, nie spełniająca kryteriów określonych dla QMB+ lub SLMB+ w zakresie dochodów lub posiadanych zasobów, ale kwalifikująca się do pełnego ubezpieczenia w Medicaid kategorycznie (categorically) lub ze względu na przynależność do grup opcjonalnego ubezpieczenia w oparciu o status osoby potrzebującej opieki ze względów medycznych, specjalne poziomy dochodów dla osób przebywających w instytucji lub zwolnienia dotyczące usług domowych i środowiskowych.
- **Uprawniony świadczeniobiorca Medicare plus (Qualified Medicare Beneficiary-Plus, QMB+):** Pomaga opłacać składki na Medicare Część A i Część B oraz inne udziały w kosztach (takie jak udziały własne, współubezpieczenia i dopłaty). Osoby te kwalifikują się również do pełnych świadczeń Medicaid.

Członkami planu mogą zostać wyłącznie osoby jednocześnie zarejestrowane w Medicare i Medicaid oraz spełniające w momencie rejestracji wszystkie inne wymagania kwalifikacyjne planu.

Pytania dotyczące pomocy otrzymywanej od Medicaid należy kierować do Medicaid w Nowym Jorku.

| METODA  | Medicaid w Nowym Jorku – informacje kontaktowe                                 |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ZADZWOŃ | (800) 505-5678, od poniedziałku do piątku, od 8:00 do 20:00 czasu miejscowego. |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| <b>METODA</b>             | <b>Medicaid w Nowym Jorku – informacje kontaktowe</b>                                                           |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Human Resources Administration<br>505 Claremont Avenue, 7th Floor<br>New York, NY 11238                         |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml">http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml</a> |

Członkowie z powiatu Nassau mogą kontaktować się z lokalnym Wydziałem Usług Społecznych (Department of Social Services).

| <b>METODA</b>             | <b>Wydział Usług Społecznych w powiecie Nassau – informacje kontaktowe</b>                                                                    |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (516) 227-7474                                                                                                                                |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Nassau County DSS<br>60 Charles Lindbergh Blvd.<br>Uniondale, NY 11553-3656                                                                   |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a> |

Członkowie z powiatów Bronx, Kings, New York, Queens i Richmond mogą kontaktować się z Urzędem ds. zasobów ludzkich/Wydziałem Usług Społecznych w Nowym Jorku.

| <b>METODA</b>             | <b>Urząd ds. zasobów ludzkich/Wydział Usług Społecznych</b>                                                       |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | 718-557-1399                                                                                                      |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page">https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page</a> |

Członkowie z powiatu Orange mogą kontaktować się z lokalnym Wydziałem Usług Społecznych (Department of Social Services).

| <b>METODA</b>             | <b>Wydział Usług Społecznych w powiecie Orange</b>                                                                                                |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | 845-291-4000                                                                                                                                      |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Orange County DSS<br>Box Z, 11 Quarry Road<br>Goshen, New York 10924-0678                                                                         |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services">https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services</a> |

Członkowie z powiatu Rockland mogą kontaktować się z lokalnym Wydziałem Usług Społecznych (Department of Social Services).

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| <b>METODA</b>             | <b>Wydział Usług Społecznych w powiecie Rockland</b>                                                                                          |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | 845-364-3040                                                                                                                                  |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Rockland County DSS<br>Building L<br>Sanatorium Road<br>Pomona, New York 10970                                                                |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/">http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/</a> |

Członkowie z powiatu Westchester mogą kontaktować się z lokalnym Wydziałem Usług Społecznych (Department of Social Services).

| <b>METODA</b>             | <b>Wydział Usług Społecznych w powiecie Westchester – informacje kontaktowe</b>                                                                             |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (914-995-3333)                                                                                                                                              |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | White Plains District Office<br>85 Court Street<br>White Plains, NY 10601-4201                                                                              |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a> |

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich w Nowym Jorku pomaga osobom zarejestrowanym w Medicaid w rozwiązywaniu problemów związanych z usługami lub rachunkami. Członkowie mogą uzyskać tam pomoc w złożeniu zażalenia lub odwołania do planu.

| <b>Metoda</b>             | <b>Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich – informacje kontaktowe</b>                                           |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (888) 219-9818<br><br>Poniedziałek – piątek, 8:30 – 17:00.                                                  |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Office of the Ombudsman<br>52 Washington Street, 230N<br>Rensselaer, NY 12144                               |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php">https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php</a> |

Program rzecznika w zakresie opieki długoterminowej pomaga uzyskać informacje na temat domów opieki i rozwiązywać problemy istniejące między domami opieki a mieszkańcami lub ich rodzinami.

| <b>Metoda</b>  | <b>Program rzecznika w zakresie opieki długoterminowej – informacje kontaktowe</b> |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b> | (855) 582-6769<br><br>Poniedziałek – piątek, 8:30 – 17:00.                         |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| Metoda                    | Program rzecznika w zakresie opieki długoterminowej – informacje kontaktowe                                 |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | 2 Empire State Plaza,<br>5th Floor Albany,<br>NY 12223                                                      |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a> |

**SEKCJA 7 Informacje o programach pomocy w opłatach za leki na receptę**

Na stronie internetowej Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) dostępne są informacje, jak obniżyć koszty leków na receptę. Poniżej opisano inne programy zapewniające pomoc osobom o ograniczonych dochodach.

**Program „Dodatkowa pomoc” (Extra Help) Medicare**

Osoby kwalifikujące się do Medicaid, kwalifikują się i otrzymują „dodatkową pomoc” od Medicare w opłacaniu kosztów planu oferującego leki na receptę. Nie trzeba podejmować żadnych dalszych działań, aby otrzymać „dodatkową pomoc”.

W przypadku pytań dotyczących „dodatkowej pomocy” należy zadzwonić:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048 (wnioski), czynny 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu;
- Do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych pod numer 1-800-772-1213, w godzinach od 8:00 do 19:00, od poniedziałku do piątku. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-800-325-0778; lub
- Do stanowego biura Medicaid (wnioski) (Informacje kontaktowe podano w Części 6 w tym rozdziale).

Nasz plan ustalił procedurę pozwalającą osobom, które uważają, że wysokość ich udziału w kosztach za leki z apteki jest nieprawidłowa, na zwrócenie się o pomoc w uzyskaniu dowodu właściwego poziomu dopłat, lub, w przypadku osób, które taki dowód już posiadają, na złożenie go do nas.

- Procedura najlepszych dostępnych dowodów (Best Available Evidence, BAE) dostępna na stronie <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Na podstawie procedury BAE określana jest wysokość zapomogi dla osób o niskich dochodach. Nasz dział obsługi uczestników i dział apteczny ustalają przypadki, w których zastosowanie ma procedura BAE. W celu ustalenia kwalifikowalności, członkowie mogą przysłać dokumentację BAE do działu obsługi uczestników na adres podany w Rozdziale 2. Ponadto, w przypadku pytań członkowie mogą skontaktować się z działem obsługi uczestników. Dopuszczalne formy dowodów to:
  - Pismo o przyznaniu świadczeń z SSA
  - Orzeczenie o przyznaniu świadczeń
  - Uzupełniający zasiłek z ubezpieczenia społecznego (Supplemental Security Income)

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

- Po otrzymaniu dokumentacji wskazującej poziom dopłat ubezpieczonego, zaktualizujemy nasz system, aby następnym razem przy wykupie leków w aptece została naliczona właściwa dopłata. W przypadku nadpłaty zwrócimy nadwyżkę. Wyślemy czek na nadpłaconą kwotę lub odejmiemy tę kwotę od przyszłych dopłat. Jeśli apteka nie pobrała od członka dopłaty i wykazuje to jako dług członka, możemy dokonać płatności bezpośrednio na rzecz apteki. Jeżeli w imieniu ubezpieczonego płaci stan, możemy zapłacić bezpośrednio stanowi. Pytania prosimy kierować do działu obsługi uczestników.

**Co w przypadku, gdy członek jest objęty ubezpieczeniem w ramach Programu Pomocy w Uzyskaniu Dostępu do Leków na AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?****Na czym polega Program Pomocy w Uzyskaniu Dostępu do Leków na AIDS (ADAP)?**

Program Pomocy w Uzyskaniu Dostępu do Leków na AIDS (ADAP) pomaga w zapewnieniu dostępu do ratujących życie leków na HIV osobom kwalifikującym się do programu ADAP i zakażonym wirusem HIV/AIDS. Osoby kupujące leki na receptę w ramach Medicare Część D, które znajdują się również w wykazie leków programu ADAP, kwalifikują się do pomocy w udziale w kosztach za pośrednictwem Programu Opieki nad Osobami Nieubezpieczonymi w stanie Nowy Jork (ADAP).

**Uwaga!** Aby zakwalifikować się do programu ADAP działającego w danym stanie należy spełniać określone kryteria, które obejmują udokumentowane zamieszkanie na terenie stanu, status osoby z HIV, niskie dochody według norm stanowych oraz brak ubezpieczenia/niewystarczające ubezpieczenie. W przypadku zmiany planu, ubezpieczony powinien powiadomić lokalnego pracownika ds. rejestracji w ADAP, tak aby nadal mógł otrzymywać pomoc. Informacje o kryteriach kwalifikacyjnych, lekach objętych ubezpieczeniem i o procedurze rejestracji w programie można uzyskać dzwoniąc do Programu Opieki nad Osobami Nieubezpieczonymi w stanie Nowy Jork (ADAP) pod numer (800) 542-2437 lub (844) 685-4058.

---

**SEKCJA 8 Jak się skontaktować z Urzędem Emerytur Kolejowych (Railroad Retirement Board)**


---

Urząd Emerytur Kolejowych (Railroad Retirement Board, RRB) to niezależna agencja federalna zarządzająca kompleksowymi programami świadczeń dla pracowników kolei i ich rodzin w całym kraju. Osoby otrzymujące świadczenia Medicare za pośrednictwem Urzędu Emerytur Kolejowych powinny poinformować urząd o przeprowadzkach lub zmianach adresu do korespondencji. Wszelkie pytania dotyczące świadczeń z Urzędu Emerytur Kolejowych należy kierować do tej agencji.

| Metoda         | Urząd Emerytur Kolejowych - informacje kontaktowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b> | <p>1-877-772-5772</p> <p>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.</p> <p>Po naciśnięciu „0” można porozmawiać z przedstawicielem RRB w godzinach od 9:00 do 15:30 w poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek oraz od 9:00 do 12:00 w środę.</p> <p>Po naciśnięciu „1” można uzyskać dostęp do automatycznej linii pomocy RRB i nagranych informacji, przez całą dobę, w tym w weekendy i święta.</p> |
| <b>TTY</b>     | 1-312-751-4701                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**Rozdział 2 Ważne numery telefonów i źródła informacji**

| Metoda                        | Urząd Emerytur Kolejowych - informacje kontaktowe                                                                                                                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | Ten numer wymaga specjalnego sprzętu telefonicznego i jest przeznaczony tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.<br><br>Połączenia z tym numerem nie są bezpłatne. |
| <b>STRONA<br/>INTERNETOWA</b> | <a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>                                                                                                                                            |

**SEKCJA 9 Informacje dla osób posiadających ubezpieczenie grupowe lub inne ubezpieczenie zdrowotne zapewnione przez pracodawcę.**

Jeżeli ubezpieczony (lub współmałżonek lub partner) otrzymuje świadczenia od swojego pracodawcy lub grupy emerytalnej (lub pracodawcy/grupy emerytalnej współmałżonka lub partnera) w ramach tego planu, wszelkie pytania należy kierować do administratora świadczeń pracodawcy lub związku zawodowego lub do działu obsługi członków. Można poprosić o informacje o swoich (lub współmałżonka) świadczeniach zdrowotnych zapewnianych przez pracodawcę lub grupę emerytalną, o składkach lub okresie zapisów. (Numery telefonów do działu obsługi uczestników znajdują się na tylnej okładce tego dokumentu.) Można również zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) i zapytać o kwestie związane z ubezpieczeniem Medicare w ramach tego planu.

Osoby, które posiadają inne ubezpieczenie na leki na receptę poprzez swoje (lub współmałżonka lub partnera) ubezpieczenie udzielane przez pracodawcę lub grupę emerytalną, powinny kontaktować się z **administratorem świadczeń takiej grupy**. Administrator świadczeń pomoże określić, w jaki sposób posiadane ubezpieczenie na leki na receptę będzie współdziałać z naszym planem.

## ROZDZIAŁ 3:

*Korzystanie z planu w przypadku usług  
medycznych i innych usług objętych  
ubezpieczeniem*

## **SEKCJA 1 Ważne informacje na temat uzyskiwania opieki medycznej i innych usług przez członków naszego planu**

W rozdziale wyjaśniono ważne informacje na temat refundowania przez plan opieki medycznej i innych usług. Podano w nim definicje nazw i wyjaśniono zasady, których trzeba przestrzegać, aby uzyskać leczenie, usługi, sprzęt, leki na receptę i inne rodzaje opieki medycznej objętej ubezpieczeniem przez plan.

Szczegółowe informacje o opiece medycznej i innych usługach objętych ubezpieczeniem przez plan, podano w tabeli świadczeń w następnym rozdziale, Rozdziale 4 (*Medical Benefits Chart, what is covered (Tabela świadczeń medycznych, świadczenia objęte ubezpieczeniem)*).

### **Sekcja 1.1 Co oznaczają pojęcia świadczeniodawcy należący do sieci i usługi objęte ubezpieczeniem?**

- **Świadczeniodawcy** to lekarze i inni specjaliści opieki zdrowotnej, posiadający licencję od stanu na świadczenie usług medycznych i opieki zdrowotnej. Termin świadczeniodawcy obejmuje również szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej.
- **Świadczeniodawcy należący do sieci** to lekarze i inni specjaliści opieki zdrowotnej, grupy medyczne, szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej, które zawarły z nami umowę, na mocy której akceptują nasze płatności jako pełną płatność. Uzgodniliśmy, że świadczeniodawcy ci będą zapewniać członkom naszego planu usługi objęte ubezpieczeniem. Świadczeniodawcy należący do sieci obciążają nas bezpośrednio za opiekę świadczoną naszym członkom. Jeśli członek korzysta z usług świadczeniodawcy należącego do sieci, nie płaci za usługi objęte ubezpieczeniem.
- **Usługi objęte ubezpieczeniem** obejmują całą opiekę medyczną, usługi opieki zdrowotnej, materiały, sprzęt i leki na receptę pokrywane przez plan. Objęte ubezpieczeniem usługi opieki medycznej są wymienione w tabeli świadczeń w Rozdziale 4. Objęte ubezpieczeniem usługi dotyczące leków na receptę omówiono w Rozdziale 5.

### **Sekcja 1.2 Podstawowe zasady uzyskiwania opieki medycznej i innych usług objętych ubezpieczeniem w ramach planu**

Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), jako plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare i Medicaid, musi pokrywać wszystkie usługi pokrywane przez Original Medicare i może zaoferować inne usługi oprócz tych objętych ubezpieczeniem przez Original Medicare.

Zasadniczo, plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) obejmie ubezpieczeniem opiekę medyczną, jeśli:

- **Opieka zapewniana członkowi jest uwzględniona w Tabeli świadczeń medycznych planu** (tabela znajduje się w Rozdziale 4 w tym dokumencie).
- **Opieka zapewniana członkowi jest uważana za konieczną ze względów medycznych.** Opieka konieczna ze względów medycznych oznacza usługi, materiały, sprzęt lub leki potrzebne do zapobiegania, zdiagnozowania lub leczenia schorzenia medycznego i spełnia przyjęte standardy praktyki medycznej.
- **Członek ma lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) należącego do sieci, który zapewnia mu opiekę i nadzoruje ją.** Członkowie naszego planu muszą wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) należącego do sieci (więcej informacji na ten temat podano w Części 2.1 w tym rozdziale).

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

- **Członek musi otrzymywać opiekę od świadczeniodawcy z sieci** (więcej informacji na ten temat podano w Części 2 w tym rozdziale). W większości przypadków, opieka zapewniana przez świadczeniodawcę spoza sieci (świadczeniodawcę, który nie należy do sieci planu) nie zostanie objęta ubezpieczeniem. Oznacza to, że członek będzie musiał zapłacić świadczeniodawcy pełną kwotę za zapewnione usługi. *Istnieją trzy wyjątki:*
  - Plan pokrywa opiekę w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub pilnie potrzebne usługi zapewniane przez świadczeniodawcę spoza sieci. Więcej informacji na ten temat oraz opis usług świadczonych w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia i pilnie potrzebnych usług można znaleźć w Części 3 w tym rozdziale.
  - Jeśli ubezpieczony potrzebuje opieki medycznej, którą zgodnie z wymaganiami Medicare lub Medicaid nasz plan musi pokryć, jednak w naszej sieci nie ma specjalistów, którzy mogliby zapewnić taką opiekę, ubezpieczony może uzyskać ją u świadczeniodawcy spoza sieci przy takim samym udziale w kosztach, jaki normalnie obowiązuje w sieci. W takim przypadku wymagana jest uprzednia zgoda. W celu uzyskania pomocy należy skontaktować się z działem obsługi uczestników. W takiej sytuacji plan pokryje usługi, a członek nie będzie musiał ponosić żadnych kosztów. Informacje, w jaki sposób uzyskać zgodę na skorzystanie z usług lekarza spoza sieci, znajdują się w Części 2.4 w tym rozdziale.
  - Plan obejmuje ubezpieczeniem dializę nerek zapewnianą członkowi w stacji dializ zatwierdzonej przez Medicare, kiedy członek przebywa czasowo poza obszarem objętym usługami planu lub kiedy świadczeniodawca zapewniający członkowi taką usługę jest czasowo niedostępny. Udział w kosztach ponoszony przez członka za dializy w ramach planu, nie może przekroczyć udziału w kosztach obowiązującego w Original Medicare. Jeśli członek przebywa poza obszarem objętym usługami planu i korzysta z dializy u świadczeniodawcy spoza sieci planu, jego udział w kosztach nie może przekroczyć udziału w kosztach płaconego w sieci. Jeśli jednak zwykły świadczeniodawca usług dializy należący do sieci jest tymczasowo niedostępny, a członek zdecyduje się skorzystać z usług w obszarze usług zapewnianych przez świadczeniodawcę spoza sieci planu, udział w kosztach dializy może być wyższy.

---

## **SEKCJA 2 Obowiązek uzyskiwania opieki medycznej i innych usług od świadczeniodawców należących do sieci planu**

---

|                   |                                                                                                                                                    |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 2.1</b> | <b>Członkowie muszą wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), który będzie udzielał i nadzorował opiekę medyczną zapewnianą członkom</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **Kim jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i jaką opiekę zapewnia członkom?**

Członkowie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) muszą wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (primary care provider, PCP). PCP to licencjonowany świadczeniodawca, który spełnia wymagania stanowe i przeszedł szkolenie w zakresie udzielania podstawowej opieki medycznej.

PCP jest lekarzem medycyny rodzinnej, internistą, geriatrą, lekarzem zajmującym się opieką zdrowotną dla dorosłych lub lekarzem rodzinnym bądź pielęgniarzką geriatryczną w stanie Nowy Jork. PCP będzie zapewniał członkowi regularną lub podstawową opiekę. Będzie również koordynował pozostałe pokrywane usługi zapewniane członkom planu. Obejmuje to badania RTG, badania laboratoryjne, terapie, opiekę zapewnianą przez specjalistów, przyjęcia do szpitala i dalszą opiekę. „Koordynacja” usług obejmuje również kontakty lub konsultacje z innymi świadczeniodawcami planu odnośnie opieki nad członkiem. W określonych przypadkach, PCP musi również uzyskać od planu wcześniejszą autoryzację (wcześniejszą zgodę). W tabeli świadczeń w Rozdziale 4 można sprawdzić, które usługi wymagają wcześniejszej autoryzacji od planu. PCP członka skontaktuje się z Senior Whole

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

Health of New York NHC (HMO D-SNP) w celu uzyskania koniecznej autoryzacji. W związku z tym, że PCP będzie zapewniał lub koordynował opiekę medyczną nad członkiem, członek powinien zadbać o przesłanie do gabinetu PCP całej swojej wcześniejszej dokumentacji medycznej.

**Wybór PCP**

W chwili zapisu do planu członek zostanie poproszony o wybranie PCP. Dotychczasowy PCP członka może już należeć do sieci planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). W chwili ubiegania się o członkostwo w planie, sprawdzimy, czy PCP członka należy do naszego planu. Jeśli okaże się, że lekarz członka nie należy do Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), trzeba będzie wybrać nowego świadczeniodawcę z naszej sieci i jak najszybciej umówić się do niego na wizytę.

W chwili zapisu do Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), członek może wybrać PCP z Katalogu świadczeniodawców i aptek. Najbardziej aktualny wykaz świadczeniodawców dostępny jest na naszej stronie internetowej, a świadczeniodawcę można znaleźć korzystając z narzędzia wyszukiwania Znajdź świadczeniodawcę. Można również skontaktować się z działem obsługi członków, dzwoniąc pod bezpłatny numer podany na odwrocie tego informatora. Razem z członkiem przejrzymy nazwiska PCP przyjmujących w jego okolicy, zapytamy o innych lekarzy członka i o szpitale, z których korzysta. Członek zostanie poproszony o wpisanie nazwiska swojego PCP na wniosku o rejestrację w planie. PCP można zmienić w dowolnym momencie.

**Zmiana PCP**

PCP można zmienić z dowolnego powodu i w każdej chwili. PCP może również zrezygnować z udziału w sieci świadczeniodawców naszego planu i w takiej sytuacji trzeba będzie znaleźć nowego PCP.

Informacje, jak zmienić PCP można otrzymać kontaktując się z działem obsługi uczestników. Dzwoniąc do planu członek powinien poinformować, czy korzysta z usług specjalistów i czy otrzymuje inne pokrywane usługi, które wymagały zgody PCP (np. usługi opieki zdrowotnej w domu i trwałe sprzęt medyczny). Dział obsługi uczestników dopilnuje, aby członek w dalszym ciągu mógł korzystać ze specjalistycznej opieki i innych usług, z których korzystał w chwili zmiany PCP. Przedstawiciel działu sprawdzi, czy PCP, do którego członek chce się zapisać, przyjmuje nowych pacjentów. Dział obsługi członków wprowadzi odpowiednie zmiany w dokumentacji członkowskiej i poda nazwisko nowego PCP. Zmiana PCP wejdzie w życie z pierwszym dniem kolejnego miesiąca.

Członek otrzyma również nową kartę członkowską, na której podane będzie nazwisko i numer telefonu nowego PCP.

**Sekcja 2.2 Jaką opiekę medyczną i inne usługi można uzyskać bez skierowania od PCP?**

Wymienione niżej usługi są dostępne bez konieczności uzyskania wcześniejszej zgody PCP.

- Regularna opieka zdrowotna dla kobiet, obejmująca badania piersi, przesiewowe badania mammograficzne (prześwietlenie piersi), badania cytologiczne i ginekologiczne.
- Szczepienia przeciw grypie, szczepienia przeciw COVID-19, wirusowi zapalenia wątroby typu B i zapaleniu płuc.
- Usługi w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia zapewniane przez świadczeniodawców z sieci lub spoza sieci.

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

- Pilnie potrzebne usługi (pomoc doraźna) to usługi objęte ubezpieczeniem, które nie są usługami świadczonymi w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia i są zapewniane w sytuacji, gdy świadczeniodawcy z sieci są tymczasowo niedostępni lub gdy członek przebywa poza obszarem objętym usługami planu. Może to być na przykład sytuacja, gdy członek potrzebuje natychmiastowej opieki w czasie weekendu. Usługi muszą być potrzebne natychmiast i niezbędne ze względów medycznych.
- Dializa nerek w stacji dializ zatwierdzonej przez Medicare, w sytuacji gdy członek przebywa czasowo poza obszarem objętym usługami planu. Jeśli to możliwe, członek powinien zadzwonić do działu obsługi członków przed opuszczeniem obszaru objętego usługami planu, tak aby plan mógł pomóc w zorganizowaniu dializy podtrzymującej podczas wyjazdu.

**Sekcja 2.3 Jak uzyskać opiekę od specjalistów i innych świadczeniodawców należących do sieci**

Specjalista to lekarz, który świadczy usługi medyczne w zakresie określonych chorób lub części ciała. Istnieje wiele rodzajów specjalistów. Poniżej podano kilka przykładów:

- Onkolodzy leczą pacjentów chorych na raka.
- Kardiolodzy leczą pacjentów z dolegliwościami serca.
- Ortopedzi leczą pacjentów z określonymi problemami związanymi z kośćmi, stawami i mięśniami.

PCP odpowiada za koordynację usług, w tym za kierowanie członków do specjalistów i innych świadczeniodawców z sieci. Wizyty w gabinecie specjalisty z sieci nie wymagają uzyskania wcześniejszej zgody. Jeśli członek potrzebuje zabiegu lub usługi, na które potrzebna jest uprzednia zgoda, PCP członka lub specjalista skontaktuje się z nami w celu uzyskania wcześniej niezbędnej zgody. Usługi wymagające uprzedniej zgody planu wymieniono w Rozdziale 4, Części 2.1 w tym dokumencie. Przykładowe usługi wymagające uprzedniej zgody planu obejmują planowaną (inną niż w nagłym przypadku) opiekę szpitalną dla pacjentów hospitalizowanych, przyjęcia do ośrodka wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa i domową opiekę zdrowotną.

W sprawie opieki potrzebnej poza normalnymi godzinami pracy należy skontaktować się ze swoim PCP. Jego dane kontaktowe podane są na karcie członkowskiej Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). W nagłym przypadku zagrożenia zdrowia należy natychmiast zgłosić się do lekarza. Więcej informacji podano w Części 3, (Jak uzyskać pokrywane usługi w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub kiedy potrzeba jest pilna pomoc).

**Co zrobić w sytuacji, gdy specjalista lub inny świadczeniodawca należący do sieci opuści plan?**

Plan może w ciągu roku wprowadzać zmiany w sieci szpitali, lekarzy i specjalistów (świadczeniodawcy) należących do planu. Członkowi, którego lekarz lub specjalista odejdzie z naszego planu, przysługują określone, opisane poniżej prawa i ochrona:

- Mimo, że sieć świadczeniodawców może ulec zmianie w ciągu roku, Medicare wymaga od nas zapewnienia członkom nieprzerwanego dostępu do wykwalifikowanych lekarzy i specjalistów.
- Poinformujemy członków o tym, że ich świadczeniodawca odchodzi z naszego planu, tak aby mieli odpowiednio dużo czasu na wybór nowego.
  - Jeśli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeniodawca opieki behawioralnej opuści nasz plan, powiadomimy o tym członków, którzy odbywali wizyty u takich lekarzy w ciągu ostatnich trzech lat.

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

- Jeśli dowolny z innych świadczeniodawców członka opuści nasz plan, powiadomimy go o tym, jeśli jest przypisany do tego świadczeniodawcy, obecnie korzysta z jego opieki lub odbywał u niego wizyty w ciągu ostatnich trzech miesięcy.
- Pomożemy w znalezieniu nowego wykwalifikowanego świadczeniodawcy z sieci, który będzie zapewniał członkowi dalszą opiekę.
- Osoby będące w trakcie leczenia lub poddawane terapiom u obecnego świadczeniodawcy, mają prawo do zażądania dalszego nieprzerwanego leczenia lub terapii niezbędnych ze względów medycznych, a my wspólnie z ubezpieczonym postaramy się to zapewnić.
- Poinformujemy członków o różnych, dostępnych dla nich okresach rejestracji i opcjach zmiany planów.
- W sytuacji, gdy świadczeniodawca lub świadczenie w ramach sieci jest niedostępne lub nieodpowiednie do potrzeb zdrowotnych członka, plan zapewni wszelkie niezbędne ze względów medycznych świadczenia objęte ubezpieczeniem poza naszą siecią świadczeniodawców, ale przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci. Wymagana może być uprzednia zgoda.
- Jeśli członek dowie się, że jego lekarz lub specjalista odchodzi z planu, powinien skontaktować się z nami, a my pomożemy mu w znalezieniu nowego świadczeniodawcy, który zajmie się opieką nad członkiem.
- Jeśli zdaniem członka nie zapewniliśmy mu wykwalifikowanego świadczeniodawcy, który zastąpiłby poprzedniego świadczeniodawcę lub jego opieka nie jest odpowiednio sprawowana, ma on prawo złożyć skargę do organizacji poprawy jakości (QIO) dotyczącą jakości opieki, zażalenie na jakość opieki do planu lub obie te skargi. Więcej informacji podano w Rozdziale 9.

**Sekcja 2.4 Jak uzyskać opiekę od świadczeniodawców spoza sieci**

Jeśli ubezpieczony potrzebuje specjalistycznej opieki medycznej, którą zgodnie z wymaganiami Medicare lub Medicaid nasz plan musi pokryć, a w naszej sieci nie ma świadczeniodawców, którzy mogliby zapewnić taką opiekę, ubezpieczony może uzyskać ją u świadczeniodawcy spoza sieci. Dotyczy to usług świadczeniodawcy, który ma wyjątkowe kwalifikacje do świadczenia określonej usługi potrzebnej ubezpieczonemu, a także usług zapewnianych w specjalistycznym ośrodku lub centrum doskonałości (np. usługi związane ze schyłkową niewydolnością nerek). Nie obowiązują żadne dodatkowe ograniczenia świadczeń, które mają zastosowanie poza naszą siecią lub obszarem usług.

Przed uzyskaniem opieki u świadczeniodawców spoza sieci, ubezpieczony lub jego PCP musi skontaktować się z planem, aby uzyskać wcześniejszą autoryzację. W celu uzyskania pomocy można zadzwonić do działu obsługi członków. Jeśli plan udzieli wuprzedniej zgody na uzyskanie opieki od świadczeniodawcy spoza sieci, pokryje takie usługi na zasadach, jakie obowiązują w przypadku usług otrzymywanych od świadczeniodawcy należącego do sieci.

Przed wizytą u świadczeniodawcy spoza sieci należy koniecznie uzyskać uprzednią zgodę od planu. Jeśli plan nie wyda wcześniej zgody na usługi, może nie objąć ich ubezpieczeniem. Jeśli świadczeniodawca zaleci ubezpieczonemu kontynuację opieki w swoim gabinecie, ubezpieczony powinien najpierw sprawdzić, czy zgoda planu obejmuje więcej niż jedną wizytę u świadczeniodawcy spoza sieci.

**Uwaga!** Członkowie mają prawo do korzystania z usług świadczeniodawców spoza sieci w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia lub w przypadku pilnie potrzebnych usług. Dodatkowo, plan musi objąć ubezpieczeniem usługi dializy u członków ze schyłkową niewydolnością nerek (ESRD), którzy przebywają poza obszarem objętym

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

usługami planu i nie są w stanie skorzystać z usług zakontraktowanych świadczeniodawców usług związanych z ESRD.

**SEKCJA 3 Jak uzyskać usługi w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia, kiedy potrzebna jest pilna pomoc lub podczas klęski żywiołowej****Sekcja 3.1 Uzyskanie opieki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia****Czym jest stan nagłego zagrożenia zdrowia i co ubezpieczony powinien wtedy zrobić?**

**Stan nagłego zagrożenia zdrowia** ma miejsce wtedy, gdy ubezpieczony lub inna rozsądna osoba bez wykształcenia medycznego i posiadająca przeciętną znajomość zagadnień zdrowia i medycyny, uważa, że ubezpieczony ma objawy wymagające natychmiastowej pomocy medycznej, aby zapobiec utracie życia (a w przypadku kobiet w ciąży stracie nienarodzonego dziecka), części ciała lub funkcji części ciała bądź utracie lub poważnemu uszkodzeniu funkcji organizmu. Do tego typu objawów zalicza się chorobę, uraz, ostry ból lub stan zdrowia, który ulega szybkiemu pogorszeniu.

W stanie nagłego zagrożenia zdrowia należy:

- **Jak najszybciej uzyskać pomoc.** Zadzwoń na 911 albo udaj się na najbliższy oddział ratunkowy lub do szpitala. W razie potrzeby wezwaj karetkę. Nie ma obowiązku uzyskania wcześniejszej zgody lub skierowania od swojego PCP. Ubezpieczony nie musi korzystać z usług lekarza z sieci planu. Z objętej ubezpieczeniem opieki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia można skorzystać zawsze wtedy, gdy jest taka potrzeba, w dowolnym miejscu w Stanach Zjednoczonych lub na ich terytoriach oraz u dowolnego świadczeniodawcy posiadającego odpowiednią licencję stanową, nawet jeśli nie należy on do sieci planu.
- **Należy możliwie jak najszybciej poinformować plan o zaistniałym stanie nagłego zagrożenia zdrowia.** Musimy być informowani o udzieleniu pomocy w nagłym przypadku. Członek lub inna osoba powinna, zwykle w ciągu 48 godzin, poinformować plan o tym, że członek skorzystał z pomocy w stanie nagłego zagrożenia zdrowia. Należy zadzwonić do działu obsługi uczestników pod numer podany na odwrocie karty członkowskiej planu.

**Jakie usługi udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia są objęte ubezpieczeniem?**

Plan pokrywa transport karetką w sytuacji, gdy dostanie się na oddział ratunkowy w inny sposób mogłoby zagrażać zdrowiu ubezpieczonego. Pokrywamy również usługi medyczne udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia.

Lekarze zapewniający ubezpieczonemu opiekę w takim stanie zdecydują, kiedy stan ubezpieczonego ustabilizuje się, a zagrożenie zdrowia minie.

Po ustąpieniu nagłego zagrożenia zdrowia członek jest uprawniony do uzyskania dalszej opieki, która pozwoli zapewnić dalszą stabilizację jego stanu. Lekarze będą kontynuować leczenie do czasu skontaktowania się z nami i ustalenia planów dodatkowej opieki. Dalsza opieka będzie refundowana przez nasz plan. W sytuacji, gdy członek korzysta z opieki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia u świadczeniodawców spoza sieci, plan postara się, aby opiekę przejęli świadczeniodawcy z sieci, gdy tylko stan zdrowia członka i okoliczności na to pozwolą.

**Co się stanie, jeżeli okaże się, że nie był to stan nagłego zagrożenia zdrowia?**

Czasami trudno jest zdecydować, czy członek jest w stanie nagłego zagrożenia zdrowia. Na przykład członek może udać się po opiekę w nagłym przypadku – myśląc, że jego zdrowie jest poważnie zagrożone – a lekarz może

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

stwierdzić, że nie był to stan nagłego zagrożenia. Jeśli okaże się, że nie był to nagły przypadek, pokryjemy koszty opieki, o ile można było w sposób uzasadniony sądzić, że zdrowie członka było w poważnym niebezpieczeństwie.

Jednak po tym, jak lekarz stwierdzi, że nie był to nagły przypadek, plan pokryje dodatkową opiekę tylko wtedy, gdy członek uzyska ją w jeden z następujących dwóch sposobów:

- Ubezpieczony skorzysta z dodatkowej opieki u świadczeniodawcy z sieci.
- – lub – Dodatkowa opieka zapewniana członkowi zostanie uznana za pilnie potrzebną opiekę, a członek będzie przestrzegał zasad dotyczących uzyskania takiej opieki (więcej informacji na ten temat podano w Części 3.2 poniżej).

**Sekcja 3.2 Uzyskanie opieki w sytuacji, gdy potrzebna jest pilna pomoc****Czym są pilnie potrzebne usługi (pomoc doraźna)?**

Świadczenie objęte planem wymagające natychmiastowej pomocy medycznej, które nie stanowi sytuacji nagłej, można uznać za pilnie potrzebne świadczenie pod warunkiem, że tymczasowo znajdują się Państwo poza obszarem dostępności świadczeń w ramach planu albo uzyskanie takiej opieki od świadczeniodawców należących do sieci, z którymi plan zawarł umowę, jest nieuzasadnione, biorąc pod uwagę Państwa czas, miejsce i okoliczności. Przykładami pilnie potrzebnych świadczeń są nieprzewidziane choroby i urazy albo nieoczekiwane zaostrzenia istniejących schorzeń. Jednakże, niezbędne z medycznego punktu widzenia rutynowe wizyty u świadczeniodawcy, takie jak coroczne badania kontrolne, nie są uważane za pilnie potrzebne, nawet jeśli znajdują się Państwo poza obszarem dostępności świadczeń w ramach planu albo sieć planu jest tymczasowo niedostępna.

W sytuacji gdy świadczeniodawcy z sieci są czasowo niedostępni, pilnie potrzebne usługi można uzyskać w dowolnym ośrodku pomocy doraźnej. W dowolnym momencie mogą Państwo również zadzwonić na Infolinię porad pielęgniarskich pod numer (877) 353-0185. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod numer 711.

Nasz plan obejmuje sytuacje nagłe na całym świecie i świadczenia związane z pilną pomocą medyczną poza Stanami Zjednoczonymi na niżej określonych warunkach.

- W każdym roku kalendarzowym członkom przysługuje limit w wysokości \$10 000 na pokrycie kosztów leczenia w nagłych przypadkach na całym świecie, który można wykorzystać na transport w nagłych przypadkach, pilną opiekę, opiekę w nagłych przypadkach oraz opiekę po ustabilizowaniu się stanu zdrowia.
- Świadczenie ogranicza się do usług, które zostałyby sklasyfikowane jako opieka w nagłym przypadku, gdyby były udzielane w Stanach Zjednoczonych.
- Jeśli otrzymasz pomoc w nagłych wypadkach poza Stanami Zjednoczonymi i będziesz potrzebować opieki szpitalnej po ustabilizowaniu stanu zdrowia, musisz wrócić do szpitala w sieci, aby Twoja opieka była nadal objęta ubezpieczeniem LUB musisz uzyskać autoryzację planu na opiekę szpitalną w szpitalu spoza sieci. Koszt ponoszony przez ubezpieczonego to udział w kosztach, jaki zapłaciłby w szpitalu należącym do sieci. Obowiązuje kwota maksymalna planu.
- Konieczne może być opłacenie usług z własnej kieszeni i złożenie wniosku o zwrot kosztów.
- Plan nie pokrywa zagranicznych podatków i opłat (w tym między innymi za przewalutowanie i opłaty za transakcje). Ubezpieczenie nie pokrywa transportu do Stanów Zjednoczonych z innego kraju.
- Nie jest również pokrywana rutynowa opieka ani zabiegi z wcześniej wyznaczonym terminem lub planowane.

W przypadku wątpliwości, czy plan pokryje określone usługi, przed skorzystaniem z nich członek ma prawo zwrócić się do planu z takim pytaniem. Członek ma prawo przedstawić swoje pytania w formie pisemnej. Jeśli

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

plan stwierdzi, że nie pokryje kosztów usług, członek ma prawo odwołać się od decyzji planu o odmowie pokrycia lub zwrotu kosztów opieki.

**Sekcja 3.3 Uzyskanie opieki podczas klęski żywiołowej**

Jeśli gubernator stanu, sekretarz Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w USA lub prezydent Stanów Zjednoczonych ogłosi stan klęski żywiołowej lub stan zagrożenia na danym obszarze geograficznym, członkowie są nadal uprawnieni do uzyskania opieki w ramach planu.

Na stronie internetowej [SWHNY.com](http://SWHNY.com) wyjaśniono, jak uzyskać potrzebną opiekę w czasie obowiązywania stanu klęski żywiołowej.

Jeśli w czasie klęski żywiołowej członek nie będzie mógł skorzystać z usług świadczeniodawcy z sieci, plan pozwoli mu korzystać z opieki świadczeniodawców spoza sieci z zachowaniem udziału w kosztach obowiązujących w sieci. Jeśli w czasie klęski żywiołowej członek nie będzie w stanie skorzystać z apteki sieciowej, będzie mógł zrealizować swoje recepty w aptece nienależącej do sieci. Więcej informacji można znaleźć w Rozdziale 5, Części 2.5.

**SEKCJA 4 Co zrobić w przypadku, gdy członek zostanie bezpośrednio obciążony pełnymi kosztami usług?****Sekcja 4.1 Członek może zwrócić się do planu o pokrycie kosztu usług objętych ubezpieczeniem**

Informacje o tym, co należy zrobić w przypadku gdy członek zapłacił za usługi objęte ubezpieczeniem lub otrzymał rachunek za usługi objęte ubezpieczeniem, podano w Rozdziale 6 (*Jak zwrócić się do planu o opłacenie otrzymanego rachunku za usługi medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem*).

**Sekcja 4.2 Co należy zrobić w przypadku, gdy usługi nie są objęte ubezpieczeniem przez plan?**

**Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)** obejmuje ubezpieczeniem wszystkie usługi niezbędne ze względów medycznych, wyszczególnione w tabeli świadczeń medycznych w Rozdziale 4 tego dokumentu. Ubezpieczony odpowiada za opłacenie pełnego kosztu usług nieobjętych ubezpieczeniem przez plan oraz usług uzyskanych poza siecią planu, na które nie została wydana przez plan zgoda.

W przypadku usług objętych ubezpieczeniem, do których odnosi się limit świadczeń, ubezpieczony również ponosi pełny koszt usług, z których korzysta po wykorzystaniu świadczenia dla danego rodzaju usługi objętej ubezpieczeniem. Koszty usług opłacane po wykorzystaniu limitu świadczeń, nie są wliczane do kwoty maksymalnych wydatków własnych ubezpieczonego.

## **SEKCJA 5 W jaki sposób pokrywane są usługi medyczne w sytuacji, gdy członek bierze udział w badaniu klinicznym?**

### **Sekcja 5.1 Co to jest naukowe badanie kliniczne?**

Kliniczne badanie naukowe (określane również jako *badanie kliniczne*) pozwala lekarzom i naukowcom na testowanie nowych rodzajów opieki zdrowotnej, na przykład pozwala ocenić skuteczność nowego leku przeciwnowotworowego. Określone badania kliniczne są zatwierdzone przez Medicare. Do udziału w klinicznych badaniach naukowych zatwierdzonych przez Medicare zazwyczaj zapraszani są ochotnicy.

Po tym, jak Medicare zatwierdzi badanie, a członek wyrazi zainteresowanie udziałem w nim, przedstawiciel zespołu prowadzącego badanie skontaktuje się z członkiem, aby bardziej szczegółowo wyjaśnić jego charakter i sprawdzić, czy członek spełnia wymagania określone przez badaczy prowadzących badanie. Członek może uczestniczyć w badaniu, jeśli spełnia określone wymagania *oraz* w pełni rozumie i zgadza się na warunki udziału w badaniu.

W czasie udziału w badaniu zatwierdzonym przez Medicare, Original Medicare płaci większość kosztów usług objętych ubezpieczeniem, jakie członek otrzymuje w ramach badania. Jeśli członek poinformuje plan, że bierzesz udział w zatwierdzonym badaniu klinicznym, będzie odpowiedzialny tylko za udział w kosztach obowiązujący w sieci za usługi otrzymywane w ramach badania. W sytuacji, gdy członek zapłacił więcej, na przykład, jeśli zapłacił już kwotę udziału w kosztach Original Medicare, plan zwróci różnicę między zapłaconą kwotą, a udziałem w kosztach w sieci. Konieczne będzie jednak przedstawienie dokumentacji potwierdzającej wysokość wniesionej opłaty. W trakcie udziału w badaniu klinicznym, członek może pozostać w planie i nadal otrzymywać pozostałą opiekę (opieka niezwiązana z udziałem w badaniu) za pośrednictwem planu.

Udział w badaniu klinicznym zatwierdzonym przez Medicare nie wymaga od członka poinformowania o tym planu ani uzyskania zgody planu lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy zapewniający opiekę w ramach badania klinicznego nie muszą należeć do sieci świadczeniodawców planu. Należy pamiętać, że nie obejmuje to świadczeń, za które odpowiada nasz plan, które obejmują, jako składnik, badanie kliniczne lub rejestr w celu oceny świadczenia. Obejmuje to pewne świadczenia określone w krajowych ustaleniach o zakresie ubezpieczenia (national coverage determination, NCD) i badaniach dotyczących badanych wyrobów (investigational device trial, IDE), które mogą podlegać obowiązkowi uzyskania wcześniejszej autoryzacji i innym zasadom planu.

Chociaż członkowie nie muszą uzyskać zgody planu na udział w badaniu klinicznym, objętym ubezpieczeniem dla osób zapisanych do Medicare Advantage przez Original Medicare, zachęcamy do powiadomienia planu z wyprzedzeniem o decyzji o udziale w badaniu klinicznym zatwierdzonym przez Medicare.

Jeżeli członek planu uczestniczy w badaniu *niezatwierdzonym* przez Medicare, *będzie musiał ponieść wszystkie koszty uczestnictwa*.

### **Sekcja 5.2 Jak wygląda podział opłat w przypadku udziału członka w badaniu klinicznym?**

Po przystąpieniu do badania klinicznego zatwierdzonego przez Medicare, Original Medicare pokrywa koszt zwykłych artykułów i usług zapewnianych w ramach badania, w tym:

- Pobyt i wyżywienie w czasie pobytu w szpitalu, za które zapłaciłby Medicare, nawet w przypadku, gdyby członek nie uczestniczył w badaniu.
- Operacja lub inny zabieg medyczny wykonywany w ramach badania.

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

- Leczenie skutków ubocznych i powikłań związanych z nową metodą leczenia.

Po tym, jak Medicare pokryje swoją część kosztów takich usług, plan zapłaci pozostałą część. Podobnie jak w przypadku wszystkich usług objętych ubezpieczeniem, członek nie będzie ponosił żadnych kosztów za pokrywane usługi zapewniane w ramach badania klinicznego.

W czasie udziału w badaniu klinicznym, **ani Medicare ani plan nie będą płacić za następujące usługi:**

- Ogólnie rzecz biorąc, Medicare nie zapłaci za nowy artykuł lub usługę ocenianą podczas badania, chyba że Medicare pokryłby koszty takiego artykułu lub usługi, nawet gdyby członek nie uczestniczył w badaniu.
- Artykuły lub usługi zapewniane wyłącznie w celu gromadzenia danych i nie wykorzystywane bezpośrednio w opiece zdrowotnej nad członkiem. Na przykład, Medicare nie zapłaci za comiesięczne badania TK wykonywane w ramach udziału w badaniu, jeśli stan zdrowia członka normalnie wymagałby tylko jednego badania TK.

**Chcesz dowiedzieć się więcej?**

Więcej informacji na temat udziału w badaniach klinicznych można przeczytać na stronie internetowej Medicare lub pobrać tam publikację Medicare i badania kliniczne (Medicare and Clinical Research Studies). (Publikacja jest dostępna na stronie: [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).) Można też zadzwonić pod nr 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynny całą dobę, 7 dni w tygodniu. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

## **SEKCJA 6 Zasady uzyskiwania opieki w religijnej niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej**

### **Sekcja 6.1 Co to jest religijna niemedyczna instytucja opieki zdrowotnej?**

Religijna niemedyczna instytucja opieki zdrowotnej to placówka zapewniająca opiekę w przypadku schorzeń, które zwykle są leczone w szpitalu lub w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarskiej. Jeżeli korzystanie z opieki w szpitalu lub ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarskiej jest sprzeczne z przekonaniami religijnymi członka, plan zamiast tego obejmie ubezpieczeniem opiekę w religijnej, niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej. Świadczenie to jest zapewniane tylko w odniesieniu do usług szpitalnych w ramach Części A (niemedyczne usługi opieki zdrowotnej).

### **Sekcja 6.2 Opieka w religijnej niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej**

Warunkiem uzyskania opieki w religijnej, niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej jest podpisanie przez członka dokumentu o charakterze prawnym, w który stwierdza się, że członek zgodnie ze swoim sumieniem nie zgadza się na leczenie o charakterze dobrowolnym (non-excepted).

- Opieka medyczna lub leczenie o charakterze **dobrowolnym** to opieka lub leczenie, które jest dobrowolne i nie jest wymagane przez przepisy prawa federalnego, stanowego lub lokalnego.
- Leczenie **przymusowe** (excepted) to opieka medyczna lub leczenie, które nie jest dobrowolne lub jest wymagane przez przepisy prawa federalnego, stanowego lub lokalnego.

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

Warunkiem objęcia ubezpieczeniem opieki zapewnianej w religijnej, niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej jest spełnienie następujących warunków:

- Placówka zapewniająca opiekę musi być certyfikowana przez Medicare.
- Plan pokrywa ubezpieczeniem usługi ograniczające się do niereligijnych aspektów opieki.
- W przypadku korzystania z usług świadczonych przez tę instytucję w placówce, obowiązują następujące warunki:
  - Członek musi mieć schorzenie, które umożliwiłoby mu skorzystanie z objętych ubezpieczeniem usług opieki szpitalnej lub opieki w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa.
  - – oraz – Przed przyjęciem do placówki członek musi uzyskać zgodę od planu, w przeciwnym razie pobyt w niej nie zostanie objęty ubezpieczeniem.
  - – oraz – Medicare pokrywa do 90 dni pobytu na okres świadczeń. Medicaid pokrywa koszty pobytu w szpitalu powyżej 90-dniowego limitu Medicare, jeśli jest to konieczne ze względów medycznych. Ograniczenia w zakresie ubezpieczenia opisano w tabeli świadczeń w Rozdziale 4 w części „Opieka szpitalna dla pacjentów hospitalizowanych”.

Ponadto, aby lepiej zrozumieć wszystkie opcje ubezpieczenia warto zapoznać się z bardziej szczegółowymi informacjami na temat usług pokrywanych przez Medicaid, kontaktując się z działem obsługi uczestników lub ze stanowym biurem Medicaid (informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2, Części 6).

---

## **SEKCJA 7 Zasady dotyczące własności trwałego sprzętu medycznego**

---

|                   |                                                                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 7.1</b> | <b>Kto będzie właścicielem trwałego sprzętu medycznego po dokonaniu określonej liczby płatności w ramach planu?</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Do trwałego sprzętu medycznego (durable medical equipment, DME) zalicza się artykuły takie jak sprzęt i materiały do podawania tlenu, wózki inwalidzkie, balkoniki, zasilane systemy materacy, kule, materiały dla diabetyków, generatory mowy, pompy infuzyjne, nebulizatory i łóżka szpitalne zamawiane przez świadczeniodawcę do użytku domowego. Część produktów, np. protezy, zawsze jest własnością członka. W tej części omówimy inne rodzaje trwałego sprzętu medycznego, który trzeba wypożyczać.

W ramach Original Medicare osoby, które wypożyczają określone rodzaje sprzętu DME, zostają ich właścicielami po dokonaniu dopłat za sprzęt za trzynaście miesięcy. Członkowie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) zazwyczaj nie stają się właścicielami wypożyczonego sprzętu DME, bez względu na liczbę dopłat wniesionych za dany artykuł w okresie członkostwa w planie, nawet jeśli dokonali do 12 kolejnych opłat za sprzęt DME w ramach Original Medicare przed przystąpieniem do naszego planu. W określonych i ograniczonych okolicznościach, plan przeniesienie prawo własności trwałego sprzętu medycznego na członka. Więcej informacji można uzyskać w dziale obsługi członków.

### **Co się stanie z dokonanymi płatnościami za trwały sprzęt medyczny, jeśli członek przejdzie do Original Medicare?**

Jeśli w czasie członkostwa w planie członek nie uzyskał prawa własności do sprzętu DME, aby stać się właścicielem danego artykułu po przejściu do Original Medicare, będzie musiał dokonać 13 nowych, kolejnych płatności. Płatności dokonane w trakcie członkostwa w planie nie są wliczane.

**Rozdział 3 Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem**

Przykład 1: Członek dokonał 12 lub mniej kolejnych płatności za dany produkt w Original Medicare, a następnie przystąpił do naszego planu. Płatności dokonane w Original Medicare nie są wliczane. Zanim członek będzie mógł zostać właścicielem danego artykułu, będzie musiał dokonać 13 płatności na rzecz naszego planu.

Przykład 2: Członek dokonał 12 lub mniej kolejnych płatności za dany produkt w Original Medicare, a następnie przystąpił do naszego planu. W czasie członkostwa w naszym planie, członek nie uzyskał prawa własności do sprzętu. Następnie wrócił do Original Medicare. Po ponownym przystąpieniu do Original Medicare będzie musiał dokonać 13 kolejnych, nowych płatności, aby zostać właścicielem sprzętu. Wszystkie poprzednie płatności (na rzecz naszego planu lub na Original Medicare) nie są wliczane.

**Sekcja 7.2 Zasady dotyczące sprzętu do podawania tlenu, materiałów oraz konserwacji****Do jakich świadczeń w zakresie podawania tlenu uprawnieni są członkowie?**

W przypadku członków kwalifikujących się do objęcia ubezpieczeniem Medicare sprzętu do podawania tlenu, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pokryje:

- Wypożyczenie sprzętu do podawania tlenu
- Dostawę tlenu i tlen
- Rurki i akcesoria potrzebne do dostarczenia tlenu i jego podania
- Konserwacja i naprawy sprzętu do podawania tlenu

Jeśli członek zrezygnuje z planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) lub nie będzie już potrzebował sprzętu do podawania tlenu ze względów medycznych, musi zwrócić sprzęt.

**Co się stanie w przypadku, gdy członek zrezygnuje z planu i wróci do Original Medicare?**

Original Medicare wymaga od dostawcy tlenu świadczenia usług przez pięć lat. Przez pierwszych 36 miesięcy członek wypożycza sprzęt. Przez pozostałe 24 miesiące dostawca zapewnia sprzęt i jego konserwację (członek nadal odpowiada za dopłaty za tlen). Po pięciu latach członek może wybrać, czy chce korzystać z usług tej samej firmy, czy przejść do innej. W tym momencie rozpoczyna się od nowa kolejny pięcioletni cykl, w którym trzeba dokonywać dopłat przez pierwszych 36 miesięcy, nawet jeśli członek korzysta z usług tej samej firmy. W chwili przystąpienia lub odejścia z naszego planu, pięcioletni cykl rozpoczyna się od nowa.

## ROZDZIAŁ 4:

*Tabela świadczeń medycznych (co jest  
objęte ubezpieczeniem)*

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)****SEKCJA 1 Wyjaśnienie usług objętych ubezpieczeniem**

W rozdziale znajduje się Tabela świadczeń medycznych, wyszczególniająca usługi objęte ubezpieczeniem dla członków planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). W dalszej części rozdziału podano informacje na temat usług medycznych, które nie są objęte ubezpieczeniem. Wyjaśniono tu również ograniczenia dotyczące niektórych usług.

**Sekcja 1.1 Członek nie ponosi żadnych kosztów usług objętych ubezpieczeniem.**

Członkowie planu otrzymują pomoc od Medicaid i w związku z tym nie płacą za usługi objęte ubezpieczeniem, o ile przestrzegają zasad planu dotyczących uzyskiwania opieki (Więcej informacji na temat zasad planu dotyczących uzyskiwania opieki podano w Rozdziale 3.)

**Sekcja 1.2 Ile wynosi maksymalna opłata członka za usługi medyczne objęte ubezpieczeniem w ramach Medicare Część A i Część B?**

**Uwaga!** Nasi członkowie otrzymują również pomoc z Medicaid i w związku z tym bardzo niewielu z nich osiąga maksymalną kwotę wydatków własnych. Członkowie nie odpowiadają za opłacenie kosztów własnych na poczet maksymalnej kwoty wydatków własnych za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B.

W związku z tym, że członkowie są zarejestrowani w planie Medicare Advantage, obowiązuje ich limit kwoty, jaką muszą co roku zapłacić z własnej kieszeni za usługi medyczne objęte ubezpieczeniem w ramach Medicare Część A i Część B. Limit ten określa się jako maksymalną kwotę wydatków własnych (maximum out-of-pocket, MOOP) za usługi medyczne. W roku kalendarzowym 2024 kwota ta wynosi \$8,850.

Kwoty płacone za usługi objęte ubezpieczeniem wliczają się do maksymalnej kwoty wydatków własnych. Kwoty płacone za leki na receptę w ramach Części D nie wliczają się do maksymalnej kwoty wydatków własnych. Ponadto, kwoty płacone za niektóre usługi nie wliczają się do maksymalnej kwoty wydatków własnych. W tabeli świadczeń medycznych usługi te są oznaczone gwiazdką (\*). Po osiągnięciu przez członka maksymalnej kwoty wydatków własnych w wysokości \$8,850, przez pozostałą część roku nie będzie on musiał ponosić żadnych kosztów z własnej kieszeni za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B. Musi on jednak nadal opłacać składkę na Medicare Część B (chyba że składka jest opłacana przez Medicaid lub inną stronę trzecią).

**SEKCJA 2 Sprawdź w Tabeli świadczeń medycznych, które świadczenia są objęte ubezpieczeniem****Sekcja 2.1 Opieka medyczna, długoterminowa lub usługi zapewniane w domu i usługi środowiskowe dla członków planu**

Na kolejnych stronach znajduje się wykres korzyści medycznych, który przedstawia usługi objęte przez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Warunki ubezpieczenia leków na receptę w ramach Części D opisano w Rozdziale 5. Usługi wymienione w tabeli świadczeń medycznych są objęte ubezpieczeniem tylko wtedy, gdy spełnione są następujące warunki:

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

---

- Usługi pokrywane przez Medicare i Medicaid muszą być świadczone zgodnie z wytycznymi dla ubezpieczenia ustalonymi przez Medicare i Medicaid.
- Twoje usługi (w tym opieka medyczna, usługi, materiały, sprzęt i leki na receptę z części B) *musieć* być konieczne ze względów medycznych. Usługi niezbędne ze względów medycznych to usługi, materiały lub leki potrzebne do zapobiegania, zdiagnozowania lub leczenia schorzenia medycznego i spełniające przyjęte standardy praktyki medycznej.
- W przypadku nowych zapisanych osób skoordynowany plan opieki MA musi zapewniać co najmniej 90-dniowy okres przejściowy, podczas którego nowy plan MA może nie wymagać uprzedniej zgody na jakiegokolwiek aktywny przebieg leczenia, nawet jeśli przebieg leczenia dotyczył usługi, która została rozpoczęta u dostawcy spoza sieci.
- Opieka medyczna musi być zapewniana przez świadczeniodawcę należącego do sieci. W większości przypadków, opieka zapewniana przez świadczeniodawcę spoza sieci nie zostanie objęta ubezpieczeniem, chyba że jest to opieka udzielana w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia lub pilnie potrzebna opieka (doraźna) lub plan bądź świadczeniodawca z sieci wystawił członkowi skierowanie. Oznacza to, że członek będzie musiał zapłacić świadczeniodawcy pełną kwotę za zapewnione usługi.
- Członek ma lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), który zapewnia mu opiekę i nadzoruje ją.
- Niektóre z usług wymienionych w Tabeli świadczeń medycznych są objęte ubezpieczeniem *tylko* jeśli Twój lekarz lub inny dostawca usług sieciowych uzyska od nas wcześniejszą zgodę (czasami nazywaną wstępną autoryzacją). Usługi objęte ubezpieczeniem, które wymagają uzyskania wcześniejszej zgody są oznaczone w tabeli świadczeń medycznych **tlustym drukiem**.
- Jeśli Twój skoordynowany plan opieki zapewnia zatwierdzenie wniosku o uprzednią zgodę na przebieg leczenia, zgoda musi być ważna tak długo, jak jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia i konieczne, aby uniknąć zakłóceń w opiece zgodnie z obowiązującymi kryteriami objęcia opieką, Twoją historią medyczną i zaleceniem lekarza.

**Inne ważne kwestie na temat ubezpieczenia:**

- Członkowie naszego planu są objęci ubezpieczeniem zarówno przez Medicare, jak i Medicaid. Medicare pokrywa opiekę zdrowotną i leki na receptę. Medicaid pokrywa udział członka w kosztach usług Medicare, w tym za usługi szpitalne dla pacjentów hospitalizowanych i usługi szpitalne dla pacjentów ambulatoryjnych. Medicaid pokrywa również usługi, których nie pokrywa Medicare, w tym opieka długoterminowa, leki sprzedawane bez recepty, usługi zapewniane w domu i usługi środowiskowe lub inne usługi zapewniane tylko przez Medicaid.
- Podobnie jak wszystkie plany Medicare, nasz plan obejmuje ubezpieczeniem wszystkie usługi pokrywane przez Original Medicare. (Jeśli chcesz dowiedzieć się więcej o zakresie i kosztach oryginalnego ubezpieczenia Medicare, sprawdź w swoim *Medicare i Ty 2025* podręcznik. Można się z nią zapoznać online na stronie [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) lub uzyskać egzemplarz dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynny całą dobę, siedem dni w tygodniu. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048.)
- Wszystkie pokrywane usługi profilaktyczne w Original Medicare, za które członek nie płaci, w naszym planie są również objęte ubezpieczeniem i zapewniane członkowi bezpłatnie.
- Jeśli Medicare w 2025 roku doda pokrycie dla nowych usług, zarówno Medicare, jak i nasz plan będą obejmować te usługi.

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

---

- Jako, że członkowie planu otrzymują pomoc od Medicaid nie płacą za pokrywane usługi, o ile przestrzegają obowiązujących w planie zasad dotyczących uzyskiwania opieki. Oznacza to, że nie będą musieli ponosić udziału w kosztach usług objętych ubezpieczeniem (brak dopłat lub udziałów własnych). Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) koordynuje dla swoich członków objęte ubezpieczeniem usługi Medicare oraz usługi Medicaid, ponieważ są one pokrywane przez nasz plan. Podane poniżej informacje o świadczeniach obejmują usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Medicare i Medicaid.
- W sześciomiesięcznym okresie uznanej ciągłości uprawnień w ramach naszego planu będziemy nadal zapewniać wszystkie świadczenia Medicare objęte planem Medicare Advantage. Jednak w tym okresie nie będziemy kontynuować pokrywania świadczeń Medicaid, które są zawarte w obowiązującym planie Medicaid, ani nie zapłacimy składek na Medicare lub kosztów, za które stan byłby odpowiedzialny, gdybyś nie utracił uprawnień do Medicaid. Kwota, którą płacisz za świadczenia pokrywane przez Medicare, może wzrosnąć w tym okresie.

Członek nie płaci za usługi wymienione w tabeli świadczeń pod warunkiem, że spełnia opisane poniżej warunki.

**Ważne informacje o świadczeniach dla członków kwalifikujących się do „dodatkowej pomocy”:**

- Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) uczestniczy w Modelu Projektowania Ubezpieczeń Oparty na Wartościach (VBID). Dzięki modelowi VBID Medicare może wypróbować nowe sposoby udoskonalania planów Medicare Advantage. W ramach Modelu VBID, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) oferuje zniesienie udziału w kosztach dla leków z części D. Członkowie korzystający z „dodatkowej pomocy” będą mieli obniżony udział w kosztach (\$0) na wszystkie leki zapewniane w Części D na wszystkich etapach ubezpieczenia. Odpowiedzi na pytania dotyczące tego świadczenia i wynikających z niego korzyści, można uzyskać dzwoniąc do działu obsługi uczestników.

**Ważne informacje o świadczeniach dla członków z chorobami przewlekłymi**

- Osoby z rozpoznaniem podanych poniżej chorób przewlekłych i spełniające określone kryteria, mogą kwalifikować się do specjalnych świadczeń uzupełniających dla osób przewlekle chorych:
  - przewlekłe uzależnienie od alkoholu i innych narkotyków;
  - zaburzenia autoimmunologiczne;
  - nowotwór;
  - zaburzenia układu krążenia;
  - przewlekła niewydolność serca;
  - demencja;
  - cukrzyca;
  - schyłkowa niewydolność wątroby;
  - schyłkowa niewydolność nerek (ESRD);
  - ciężkie zaburzenia hematologiczne;
  - HIV/AIDS;
  - przewlekłe choroby płuc;
  - przewlekłe i upośledzające funkcjonowanie choroby psychiczne;
  - zaburzenia neurologiczne; oraz
  - udar.

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

Plan pomoże członkom w uzyskaniu dostępu do takich świadczeń. W celu złożenia wniosku o takie świadczenia lub uzyskania dodatkowych informacji można zadzwonić do działu obsługi uczestników lub do koordynatora opieki.

Uwaga: Ubiegając się o to świadczenie członek upoważnia przedstawicieli Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do kontaktowania się z nim telefonicznie, pocztą lub innymi metodami komunikacji wyraźnie określonymi we wniosku członka.

- Dalsze szczegóły można znaleźć w części *Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób przewlekle chorych* w tabeli świadczeń medycznych poniżej.
- Członkowie powinni skontaktować się z planem, aby dowiedzieć się dokładnie do jakich świadczeń mogą być uprawnieni.



Ikona jabłka przy usłudze w tabeli oznacza usługi profilaktyczne.

**Tabela świadczeń medycznych**

|                                                                                   | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Badanie tętniaka aorty brzusznej*</b></p> <p>Jednorazowe przesiewowe badanie USG dla osób z grupy ryzyka. Plan pokrywa to badanie tylko u członków z określonymi czynnikami ryzyka oraz u członków, którzy mają na nie skierowanie wystawione przez lekarza, asystenta lekarza, pielęgniarkę lub pielęgniarkę kliniczną.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Członkowie kwalifikujący się do tego profilaktycznego badania przesiewowego nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych. |
|                                                                                   | <p><b>Akupunktura na przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <p>W przypadku beneficjentów Medicare ubezpieczeniem objętych jest do 12 wizyt w ciągu 90 dni w następujących okolicznościach:</p> <p>Dla celów tego świadczenia przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa definiuje się jako:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• trwający 12 tygodni lub dłużej;</li> <li>• nieswoisty, to znaczy nie ma możliwości zidentyfikowania przyczyny ogólnoustrojowej (np. nie jest związany z chorobą przerzutową, zapalną, zakaźną itp.);</li> <li>• niezwiązany z operacją; i</li> <li>• niezwiązany z ciążą.</li> </ul> <p>W przypadku pacjentów, u których nastąpi poprawa plan pokryje osiem dodatkowych sesji. Nie można wykonać więcej niż 20 zabiegów akupunktury rocznie.</p> <p>Leczenie należy przerwać, jeśli pacjent nie wykazuje poprawy lub następuje regresja.</p> | Za usługi akupunktury objęte ubezpieczeniem przez Medicare nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.                |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                              |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Akupunktura w leczeniu przewlekłego bólu dolnej części pleców (ciąg dalszy)</b></p> <p>Wymagania dotyczące świadczeniodawcy:</p> <p>Lekarze (zgodnie z definicją podaną w 1861(r)(1) Ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Ustawa)) mogą wykonywać zabiegi akupunktury zgodnie z obowiązującymi wymaganiami stanowymi.</p> <p>Asystenci lekarza (PA), pielęgniarki (NP)/pielęgniarki ze specjalizacją kliniczną (CNS) (zgodnie z definicją podaną w 1861(aa) (5) Ustawy) oraz personel pomocniczy mogą wykonywać zabiegi akupunktury, jeśli spełniają wszystkie obowiązujące wymagania stanowe i posiadają:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tytuł magistra lub doktora w dziedzinie akupunktury lub medycyny chińskiej uzyskany na uczelni akredytowanej przez Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); i</li> <li>• aktualną, pełną, aktywną i nieograniczoną licencję na praktykowanie akupunktury w stanie, na terytorium lub we wspólnocie (tzn. Portoryko) Stanów Zjednoczonych lub Dystrykcie Kolumbia.</li> </ul> <p>Personel pomocniczy wykonujący zabiegi akupunktury musi być objęty odpowiednim poziomem nadzoru przez lekarza, PA lub NP/CNS wymagany w świetle naszych regulacji określonych w 42 CFR §§ 410.26 i 410.27</p> |                                                                              |
|  | <p><b>Usługi akupunktury (uzupełniające)*</b></p> <p>Ponadto, plan Senior Whole Health of New York NHC oferuje 30 dodatkowych zabiegów akupunktury rocznie.</p> <p>Uzupełniające usługi akupunktury są objęte ubezpieczeniem, jeśli zostaną uznane za akceptowany medycznie standard opieki w związku z następującymi dolegliwościami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ ból głowy; ból w stawie biodrowym lub kolanowym związany z chorobą zwyrodnieniową stawów (OA); lub przewlekły i niereagujący na standardowe leczenie ból w stawie innej kończyny; zespoły bólowe obejmujące stawy i powiazaną tkankę miękką; ból mięśniowo-szkieletowy szyi i pleców; nudności związane z chemioterapią; nudności po operacji; i nudności związane z ciążą</li> <li>◦ Pokrywane zabiegi akupunktury nie obejmują usług leczenia astmy lub uzależnienia (w tym bez ograniczeń rzucenia palenia)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nie ma współubezpieczenia, opłaty własnej ani udziału własnego za te usługi. |
|  | <p><b>Transport karetką</b></p> <p>Objęte ubezpieczeniem usługi transportu karetką, w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia i w sytuacjach niebędących stanem nagłego zagrożenia,</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Za takie usługi nie obowiązuje                                               |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | <p>obejmują transport samolotem, śmigłowcem i transport naziemny do najbliższej odpowiedniej placówki, która może zapewnić opiekę, tylko wtedy, gdy są one zapewniane członkowi, którego stan zdrowia powoduje, że inne środki transportu mogłyby zagrozić jego zdrowiu lub jeśli uzyskano zgodę od planu. Jeśli objęty ubezpieczeniem transport karetką odbywa się w sytuacji niebędącej stanem nagłego zagrożenia, należy udokumentować, że stan członka powoduje, że inne środki transportu mogłyby zagrozić jego zdrowiu i że transport karetką jest wymagany ze względów medycznych.</p>                                                                                                                                                             | <p>współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Wcześniejsza zgoda jest wymagana tylko w przypadku transportu karetką w sytuacjach innych niż nagle.</b></p> <p>Osoby wymagające pomocy w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia powinny zadzwonić na 911 i wezwać karetkę.</p> |
|    | <p><b>Coroczna wizyta oceniająca ogólny stan zdrowia*</b></p> <p>Członkowie korzystający z Części B dłużej niż 12 miesięcy, mogą skorzystać z corocznej wizyty oceniającej ogólny stan zdrowia, aby opracować lub zaktualizować spersonalizowany plan profilaktyki w oparciu o obecny stan zdrowia i czynniki ryzyka. Usługa ta jest objęta ubezpieczeniem raz na 12 miesięcy.</p> <p><b>Uwaga:</b> Pierwsza coroczna wizyta oceniająca ogólny stan zdrowia nie może odbyć się w ciągu 12 miesięcy od wizyty profilaktycznej „Witamy w Medicare”. Jednak odbycie wizyty „Witamy w Medicare” nie jest warunkiem objęcia ubezpieczeniem corocznych wizyt oceniających ogólny stan zdrowia po upływie 12 miesięcy od rozpoczęcia korzystania z Części B.</p> | <p>Za coroczną wizytę oceniającą ogólny stan zdrowia nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                                                                                                                   |
|  | <p><b>Pomiar gęstości kości*</b></p> <p>Osoby kwalifikujące się (z reguły oznacza to osoby zagrożone utratą masy kostnej lub zagrożone osteoporozą) mogą co 24 miesiące lub częściej korzystać z następujących usług objętych ubezpieczeniem, jeśli są one niezbędne ze względów medycznych: zabiegi pomiaru gęstości kości, w celu wykrycia utraty masy kostnej lub ustalenia jakości kości, w tym opis wyników przez lekarza.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Za usługi pomiaru gęstości kości objęte ubezpieczeniem przez Medicare nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                                                                                               |
|  | <p><b>Badania przesiewowe pod kątem raka piersi (mammografia)*</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jedno początkowe badanie mammograficzne dla kobiet w wieku od 35 do 39 lat</li> <li>• jedno przesiewowe badanie mammograficzne co 12 miesięcy dla kobiet w wieku co najmniej 40 lat</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Za przesiewowe badania mammograficzne objęte ubezpieczeniem nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                                                                                                         |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• kliniczne badanie piersi raz na 24 miesiące</li> </ul> <p>Mammografia przesiewowa pozwala na wczesne wykrycie raka piersi. Po zebraniu wywiadu na temat raka piersi i dopóki nie wystąpią objawy raka piersi, regularne badania mammograficzne są traktowane jako badania diagnostyczne i są objęte ubezpieczeniem i znajdują się w części tabeli zatytułowanej "Testy diagnostyczne, usługi terapeutyczne i środki zapewniane w warunkach ambulatoryjnych". Coroczna mammografia przesiewowa nie jest dostępna dla uczestników, u których występują objawy raka piersi.</p> |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                     | <p><b>Rehabilitacja kardiologiczna</b></p> <p>Kompleksowe programy rehabilitacji kardiologicznej obejmujące ćwiczenia, edukację i poradnictwo, są objęte ubezpieczeniem dla członków spełniających określone warunki i na zlecenie lekarza. Plan obejmuje również ubezpieczeniem programy intensywnej rehabilitacji kardiologicznej, które są zazwyczaj bardziej rygorystyczne lub bardziej intensywne niż programy rehabilitacji kardiologicznej.</p>                                                                                                                                                                | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p>                              |
|  | <p><b>Wizyta w celu obniżenia ryzyka chorób układu krążenia (leczenie choroby układu krążenia)*</b></p> <p>Plan obejmuje ubezpieczeniem jedną wizytę w roku u lekarza podstawowej opieki, poświęconą obniżeniu ryzyka wystąpienia choroby serca. Podczas wizyty, lekarz może omówić stosowanie aspiryny (jeśli będzie to właściwe), zmierzyć ciśnienie krwi i udzielić wskazówek na temat zdrowego odżywiania.</p>                                                                                                                                                                                                    | <p>Za profilaktyczne świadczenie intensywnej terapii behawioralną w zakresie chorób układu krążenia nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> |
|  | <p><b>Badania w kierunku chorób układu krążenia*</b></p> <p>Badania krwi w kierunku chorób układu krążenia (lub nieprawidłowości związanych z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia) raz na 5 lat (60 miesięcy).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Za badania w kierunku chorób układu krążenia objęte ubezpieczeniem raz na 5 lat, nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                 |
|  | <p><b>Badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy i pochwy*</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wszystkie kobiety: Badania cytologiczne i ginekologiczne są pokrywane co 24 miesiące</li> <li>• Kobiety z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy lub pochwy lub w wieku rozrodczym i z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat: jedno badanie cytologiczne co 12 miesięcy</li> </ul>                                                                                                               | <p>Za profilaktyczne badanie cytologiczne i ginekologiczne objęte ubezpieczeniem przez Medicare nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>     |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

---

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                         | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                               |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Usługi chiropraktyka (pokrywane przez Medicare)</b><br>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują: <ul style="list-style-type: none"><li>• Terapię manualną kręgosłupa wykonywaną w celu skorygowania podwichnięcia</li></ul> | Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny. |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                   | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego*</b></p> <p>Ubezpieczenie obejmuje następujące badania przesiewowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• W przypadku kolonoskopii nie obowiązuje ograniczenie co do minimalnego ani maksymalnego wieku, badanie jest pokrywane raz na 120 miesięcy (10 lat) u pacjentów, którzy nie są w grupie wysokiego ryzyka, lub 48 miesięcy po poprzedniej sigmoidoskopii u pacjentów, którzy nie są w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, oraz raz na 24 miesiące u pacjentów, którzy są w grupie wysokiego ryzyka po poprzedniej kolonoskopii przesiewowej lub wlewie doodbytniczym z barytu.</li> <li>• Sigmoidoskopia u pacjentów w wieku 45 lat i starszych. Raz na 120 miesięcy u pacjentów niebędących w grupie wysokiego ryzyka, po wcześniejszym wykonaniu kolonoskopii przesiewowej. Raz na 48 miesięcy u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka od ostatniej sigmoidoskopii lub wlewu doodbytniczego z barytu.</li> <li>• Badania przesiewowe na krew utajoną w kale u pacjentów w wieku 45 lat i starszych. Raz na 12 miesięcy.</li> <li>• Wielokierunkowe badanie DNA izolowanego z kału u pacjentów w wieku od 45 do 85 lat, którzy nie spełniają kryteriów wysokiego ryzyka. Raz na 3 lata.</li> <li>• Badania biomarkerów z krwi u pacjentów w wieku od 45 do 85 lat, którzy nie spełniają kryteriów wysokiego ryzyka. Raz na 3 lata.</li> <li>• Wlew doodbytniczy z barytu jako alternatywa dla kolonoskopii u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka i 24 miesiące od ostatniego przesiewowego doodbytniczego wlewu z barytu lub ostatniej przesiewowej kolonoskopii.</li> <li>• Wlew doodbytniczy z barytu jako alternatywa dla sigmoidoskopii u pacjentów, którzy nie są w grupie wysokiego ryzyka i mają 45 lat lub więcej. Raz na co najmniej 48 miesięcy od ostatniego przesiewowego wlewu doodbytniczego z barytu lub przesiewowej sigmoidoskopii.</li> </ul> <p>Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego obejmują kolejną kolonoskopię przesiewową po uzyskaniu dodatniego wyniku nieinwazyjnego badania przesiewowego z kału w kierunku raka jelita grubego objętego ubezpieczeniem przez Medicare.</p> | <p>Nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłacenie ani udział własny za badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego objęte ubezpieczeniem Medicare, z wyjątkiem wlewów kontrastowych, do których stosuje się współubezpieczenie. Jeśli lekarz znajdzie i usunie polipa lub inną tkankę podczas kolonoskopii lub elastycznej sigmoidoskopii, badanie przesiewowe staje się badaniem diagnostycznym.</p> |
|                                                                                   | <p><b>Usługi stomatologiczne</b></p> <p>Na ogół, profilaktyczne usługi stomatologiczne (takie jak czyszczenie, rutynowe badania stomatologiczne i stomatologiczne prześwietlenia RTG) nie są objęte ubezpieczeniem przez Original Medicare. Jednakże Medicare</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Członkowie kwalifikujący się do takich usług nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | obecnie pokrywa koszty usług stomatologicznych w ograniczonej liczbie przypadków, w szczególności wtedy, gdy usługa ta jest integralną częścią konkretnego leczenia podstawowego stanu zdrowotnego beneficjenta. Jest to na przykład rekonstrukcja szczęki po złamaniu lub urazie, ekstrakcje zębów wykonywane w ramach przygotowań do radioterapii nowotworów obejmujących szczękę lub badania jamy ustnej poprzedzające przeszczepienie nerki.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>W przypadku kompleksowych usług stomatologicznych może być wymagana uprzednia zgoda.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                     | <p><b>Usługi stomatologiczne (uzupełniające)*</b></p> <p>Nawiązaliśmy współpracę z dostawcą, aby zapewnić kompleksową ochronę stomatologiczną, która jest zgodna z usługami oferowanymi przez New York State Medicaid. Usługi będą objęte ubezpieczeniem, gdy zostaną otrzymane od powiązanego dostawcy za pośrednictwem naszej sieci dostawców.</p> <p>Twoje świadczenia stomatologiczne obejmują diagnostykę, profilaktykę, usługi naprawcze, endodoncję, periodontologię, protetykę (ruchomą), protetykę (stałą), protetykę szczękowo-twarzową, usługi implantologiczne, chirurgię szczękowo-twarzową i usługi dodatkowe ogólne.</p> <p>Pełną listę usług można znaleźć na stronie <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> i wybrać opcję Zaktualizowany harmonogram opłat</p> <p>Kody wymienione w powyższym linku do harmonogramu świadczeń mogą być aktualizowane przez American Dental Association (Ada) w ciągu roku. Jeśli masz pytania dotyczące kodu ADA w stomatologii, DZWONIĆ do Działu Obsługi Członków. Jego numer DZWONIĆu znajduje się na odwrocie identyfikatora członka planu. Niektóre usługi stomatologiczne mogą wymagać uprzedniej zgody i muszą być niezbędne z medycznego punktu widzenia. Twój dostawca zajmie się wszelkimi autoryzacjami wymaganymi w ramach planu.</p> <p>Uwaga: Powyższe ubezpieczenie dotyczy Uzupełniającego Świadczenia Stomatologicznego Medicare. Świadczenie Stomatologiczne Medicaid w Nowym Jorku jest również zarządzane przez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących tego świadczenia Medicaid prosimy o kontakt z Planem.</p> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p>Członek może być zobowiązany do pokrycia kosztów usługi nieobjętej ubezpieczeniem lub jeśli przekroczy maksymalną kwotę świadczenia.</p> <p>Mogą obowiązywać ograniczenia i wyłączenia.</p> <p>Usługi są dostępne tylko wtedy, gdy są świadczone przez zakontraktowanych stomatologów z sieci. Osoby korzystające z opieki świadczeniodawcy usług stomatologicznych spoza sieci, muszą same pokryć koszty opieki.</p> |
|  | <p><b>Badanie przesiewowe w kierunku depresji *</b></p> <p>Plan pokrywa jedno badanie przesiewowe w kierunku depresji w roku. Badanie musi zostać przeprowadzone w placówce podstawowej opieki, która może zapewnić dalsze leczenie i/lub skierowania.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Za coroczną wizytę przesiewową w kierunku depresji nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                   | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy*</b></p> <p>Badanie przesiewowe (w tym badania poziomu glukozy na czczo) jest objęte ubezpieczeniem, jeśli u członka występują dowolne z następujących czynników ryzyka: wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie), w wywiadzie nieprawidłowe stężenie cholesterolu i trójglicerydów (dyslipidemia), otyłość lub w wywiadzie wysoki poziom cukru we krwi (glukozy). Badania mogą także podlegać ubezpieczeniu, jeżeli obecne są inne czynniki, np. nadwaga i cukrzyca w rodzinie.</p> <p>Możesz kwalifikować się do maksymalnie dwóch badań przesiewowych w kierunku cukrzycy co 12 miesięcy od daty ostatniego badania przesiewowego w kierunku cukrzycy.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Za badania przesiewowe w kierunku cukrzycy pokrywane przez Medicare nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|  | <p><b>Szkolenie w zakresie samodzielnego kontrolowania cukrzycy, usługi i materiały stosowane w cukrzycy*</b></p> <p>Wszystkie osoby z cukrzycą (przyjmujące insulinę lub nie). Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiały do monitorowania poziomu cukru we krwi: Glukometr, paski testowe do glukometru, nakłuwacz i lancety oraz roztwory kontrolne z glukozą do sprawdzania, czy paski i glukometr działają poprawnie. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Glukometry <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Objęte ubezpieczeniem, jeśli zlecone przez lekarza do stosowania w domu.</li> <li>◦ Glukometry preferowanej marki nie wymagają wcześniejszej autoryzacji.</li> </ul> </li> <li>◦ Paski do glukometru <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Paski do glukometru preferowanej marki nie wymagają wcześniejszej autoryzacji.</li> <li>◦ Może obowiązywać ograniczenie do 30-dniowego zapasu przy jednym zakupie.</li> </ul> </li> <li>◦ Insulina <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Nie jest pokrywana w ramach Medicare Część B. Może być pokrywana w ramach Medicare Część D.</li> <li>◦ W przypadku zewnętrznej pompy insulinowej, insulina i pompa mogą być objęte ubezpieczeniem jako trwałe sprzęt medyczny (DME). Jednak dostawcy pomp insulinowych mogą nie zapewniać insuliny.</li> </ul> </li> <li>◦ Nakłuwacz i lancety</li> </ul> </li> </ul> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p>Materiały są pokrywane, jeśli zostały zlecone na receptę i jest ona realizowana w sieciowej aptece detalicznej lub w ramach programu apteki wysyłkowej.</p> <p>Informacje o usługach lekarskich w zakresie badania wzroku pod kątem retinopatii cukrzycowej lub badania przesiewowego w kierunku jaskry, podano w części „Opieka okulistyczna” w tej tabeli.</p> <p>Osoby chore na cukrzycę i wymagające badania stóp powinny zapoznać się z częścią „Usługi podiatryczne” w tej tabeli.</p> <p>Osoby chore na cukrzycę i wymagające usług w zakresie żywienia</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Roztwory kontrolne z glukozą do sprawdzania, czy paski i glukometr działają poprawnie.</li> <li>• Osoby chore na cukrzycę i z poważnym zespołem stopy cukrzycowej: Jedna para leczniczych butów na miarę (w tym wkładki dostarczane razem z butami) w roku kalendarzowym i dwie dodatkowe pary wkładek, lub jedna para głębokich butów i trzy pary wkładek (nie obejmuje wyjmowanych wkładek standardowych dostarczanych z butami). Ubezpieczenie obejmuje dopasowanie.</li> <li>• Szkolenie z samodzielnego kontrolowania cukrzycy jest objęte ubezpieczeniem w określonych warunkach.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>medycznego (MNT), powinni zapoznać się z częścią „Żywnienie medyczne” w tej tabeli.</p> <p><b>Materiały, obuwie i wkładki do butów dla diabetyków mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji.</b></p> <p><b>Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana w przypadku preferowanych producentów.</b></p> <p><b>Pokrywane przez Medicare szkolenie z samodzielnego kontrolowania cukrzycy nie wymaga wcześniejszej autoryzacji.</b></p> |
|  | <p><b>Trwały sprzęt medyczny (DME) i powiązane materiały</b><br/>(Definicję trwałego sprzętu medycznego podano w Rozdziale 12, a także Rozdziale 3, Części 7 w tym dokumencie.)</p> <p><b>Sprzęt medyczny trwałego użytku (DME) i powiązane materiały (ciąg dalszy)</b></p> <p>Artykuły objęte ubezpieczeniem to między innymi: wózki inwalidzkie, kule, zasilane systemy materacy, materiały dla diabetyków, łóżka szpitalne zamawiane przez świadczeniodawcę do użytku domowego, pompy infuzyjne, generatory mowy, sprzęt do podawania tlenu, nebulizatory i balkoniki.</p> <p>Pokrywamy każdy niezbędny ze względów medycznych trwały sprzęt medyczny (DME) pokrywany przez Original Medicare. Jeżeli nasz dostawca na danym terenie nie ma na stanie towarów konkretnej marki lub producenta, można poprosić o ich zamówienie. Najbardziej aktualna lista dostawców jest dostępna na naszej stronie internetowej <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>Zasadniczo Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) obejmuje wszelkie DME objęte Original Medicare od marek i producentów z tej listy. Nie obejmujemy ochroną innych marek i producentów, chyba że lekarz lub inny dostawca</p> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> <p><b>Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana w przypadku preferowanych producentów.</b></p>                                                                                                                                                                                       |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>poinformuje nas, że marka jest odpowiednia dla Twoich potrzeb medycznych.</p> <p>Jeśli jesteś nowym członkiem Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) i używasz marki sprzętu medycznego (DME), która nie znajduje się na naszej liście, będziemy nadal pokrywać koszty tej marki przez okres do 90 dni. W tym czasie należy porozmawiać z lekarzem, aby zdecydować, jaka marka jest dla Ciebie odpowiednia z medycznego punktu widzenia po upływie tego 90-dniowego okresu. (Jeśli nie zgadzasz się ze swoim lekarzem, możesz poprosić go o skierowanie na drugą opinię.)</p> <p>Jeśli Ty (lub Twój dostawca) nie zgadzacie się z decyzją ubezpieczenia dotyczącą pokrycia, Ty lub Twój dostawca możecie złożyć odwołanie. Możesz również złożyć odwołanie, jeśli nie zgadzasz się z decyzją dostawcy dotyczącą tego, który produkt lub marka są odpowiednie dla Twojego stanu zdrowia. (Więcej informacji na temat odwołań można znaleźć w rozdziale 8, <i>Co zrobić w przypadku wystąpienia problemu lub skargi (decyzje dotyczące pokrycia kosztów, odwołania, skargi).</i>)</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|  | <p><b>Opieka w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia</b></p> <p>Opieka w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia odnosi się do usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zapewnianych przez świadczeniodawcę z uprawnieniami do świadczenia usług w nagłych przypadkach oraz</li> <li>• potrzebnych do oceny lub ustabilizowania stanu nagłego zagrożenia zdrowia.</li> </ul> <p>Stan nagłego zagrożenia zdrowia ma miejsce wtedy, gdy ubezpieczony lub inna rozsądna osoba bez wykształcenia medycznego i posiadająca przeciętną znajomość zagadnień zdrowia i medycyny, uważa, że ubezpieczony ma objawy wymagające natychmiastowej pomocy medycznej, aby zapobiec utracie życia (a w przypadku kobiet w ciąży, stracie nienarodzonego dziecka), części ciała lub funkcji części ciała. Do tego typu objawów zalicza się chorobę, uraz, ostry ból lub stan zdrowia, który ulega szybkiemu pogorszeniu.</p> <p>Za niezbędne usługi w stanie nagłego zagrożenia zdrowia zapewniane poza siecią, obowiązuje taki sam udział w kosztach jak za takie usługi zapewniane w sieci.</p>           | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p>Po przyjęciu do szpitala, członek zapłaci udział w kosztach zgodnie z informacjami podanymi w części „Opieka szpitalna dla pacjentów hospitalizowanych”.</p> <p>Udział członka w kosztach jest taki sam zarówno w przypadku usług w nagłym przypadku zapewnianych w sieci, jak i poza siecią.</p> <p>Jeśli otrzymasz opiekę doraźną w szpitalu spoza sieci i po ustabilizowaniu się stanu nagłego będziesz potrzebować opieki stacjonarnej, musisz wrócić do szpitala sieciowego, aby</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | Opieka w nagłym przypadku poza Stanami Zjednoczonymi (USA) może zostać objęta ubezpieczeniem w ramach ogólnoswiatowego świadczenia opieki w nagłym przypadku. W każdym roku kalendarzowym członkom przysługuje ogólnoswiatowe świadczenie opieki w nagłym przypadku w wysokości do \$10,000 na pokrycie opieki w nagłym przypadku i opieki po ustabilizowaniu się stanu zdrowia. Więcej informacji podano w części tabeli zatytułowanej „Ogólnoswiatowe świadczenie opieki w nagłym przypadku/pilnej opieki”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Twoja opieka była nadal objęta ubezpieczeniem <i>LUB</i> Twoja hospitalizacja musi odbywać się w szpitalu spoza sieci zatwierdzonym przez plan, a koszt będzie najwyższym kosztem współpłacenia, jaki musiałbyś ponieść w szpitalu należącym do sieci. |
|                                                                                     | <p><b>Program fitness (świadczenie uzupełniające)*</b></p> <p>Członkowie mogą korzystać z członkostwa w klubie fitness w klubach uczestniczących w programie. Osoby, które nie są w stanie korzystać z klubu fitness lub wolą również ćwiczyć w domu, mogą wybrać zestaw do fitnessu w domu. Dzięki zestawowi będą mogły zadbać o aktywność fizyczną w zaciszu własnego domu. Opcje Home Fitness obejmują wybór monitora aktywności fizycznej, zestawów do ćwiczeń siłowych lub do jogi.</p> <p>Osoby, które zdecydują się ćwiczyć w klubie fitness, mogą wejść na stronę internetową i wybrać uczestniczącą placówkę lub udać się bezpośrednio do klubu fitness uczestniczącego w programie. Uczestniczące kluby i sieci klubów fitness mogą się różnić w zależności od lokalizacji i mogą ulegać zmianom. Zestawy mogą ulec zmianie.</p> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p>Przed rozpoczęciem lub zmianą rodzaju ćwiczeń zawsze należy najpierw porozmawiać ze swoim lekarzem.</p>                                                    |
|  | <p><b>Programy edukacyjne dotyczące zdrowia i dobrej kondycji fizycznej i psychicznej*</b></p> <p><b>Programy zarządzania zdrowiem</b></p> <p>Plan oferuje programy pomocne w kontrolowaniu zdiagnozowanych schorzeń zdrowotnych. Programy obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrolowanie astmy.</li> <li>• Kontrolowanie depresji.</li> <li>• Kontrolowanie cukrzycy.</li> <li>• Kontrolowanie nadciśnienia.</li> <li>• Kontrolowanie chorób układu krążenia (CVD).</li> <li>• Kontrolowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).</li> </ul> <p><b>Programy edukacyjne dotyczące zdrowia i dobrego samopoczucia* (ciąg dalszy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Program dla kobiet w ciąży.</li> </ul>                                                                                    | Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.                                                                                                                                                                          |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | <p>Dostępne są materiały edukacyjne i porady w zakresie opieki. Możemy również pomóc we współpracy ze świadczeniodawcą.</p> <p>Rejestracja w programach zarządzania zdrowiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• W oparciu o dane dotyczące roszczeń medycznych lub farmaceutycznych, członek jest automatycznie rejestrowany w programie(-ach), który najlepiej spełnia jego potrzeby.</li> <li>• Można również zapisać się za pośrednictwem swojego świadczeniodawcy lub samemu zgłaszając się do programu.</li> </ul> <p>Obowiązują określone wymagania co do rejestracji.</p> <p>Wyrejestrowanie się z programów zarządzania zdrowiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udział w programach jest dobrowolny i w każdej chwili można się z nich wyrejestrować.</li> </ul> <p>Aby uzyskać więcej informacji lub zapisać się w dowolnym z powyższych programów, należy zadzwonić do naszego działu zarządzania zdrowiem (Health Management Department) pod numer (866) 891-2320 (TTY: 711), od poniedziałku do piątku, od 8:00 do 20:00 (czasu wschodniego).</p> <p><b>Programy prozdrowotne</b></p> <p>W planie dostępne są również inne programy, których celem jest wzbogacanie zdrowia i stylu życia członków. Są to między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Program wspomagający rzucenie palenia.</li> <li>• Program kontroli wagi.</li> </ul> <p>Informacje i/lub materiały dotyczące rzucenia palenia lub kontrolowania wagi można uzyskać pod numerem (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), od poniedziałku do piątku, od 8:00 do 20:00 (czasu wschodniego).</p> <p><b>Infolinia porad pielęgniarskich</b></p> <p>W przypadku problemów zdrowotnych wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej, pytań na temat schorzeń lub chęci uzyskania ogólnych informacji na temat dostępnych zasobów w zakresie zdrowia, zachęcamy do skorzystania z infolinii porad pielęgniarskich, czynnej przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.</p> <p>Dyplomowana pielęgniarka pomoże zdecydować, czy w danym stanie wystarczy opieka w domu, czy też trzeba się zgłosić po pomoc lekarską.</p> <p>Na infolinię można zadzwonić w każdej chwili w ciągu dnia lub w nocy, aby porozmawiać z dyplomowaną pielęgniarką na temat chorób lub urazów.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nie jest wymagane skierowanie ani wcześniejsza autoryzacja.</li> </ul> |                                                 |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                          |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Usługa nie jest skierowana do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowia. W nagłym przypadku należy natychmiast dzwonić pod numer 911.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |
|  | <p><b>Karta Healthy You</b></p> <p>Kartą Healthy You można płacić za wybrane dodatkowe świadczenia w ramach planu, takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leki sprzedawane bez recepty (OTC)</li> <li>• Żywność i produkty*</li> <li>• Transport</li> </ul> <p>Przedpłacona karta debetowa nie jest kartą kredytową. Nie można zamienić jej na gotówkę ani pożyczać innym osobom. Kartą nie można płacić za zabiegi kosmetyczne. Środki są ładowane na kartę co miesiąc. Pod koniec każdego miesiąca wszelkie niewykorzystane przydzielone pieniądze nie zostaną przeniesione na następny miesiąc lub następny rok planu. W przypadku rezygnacji z planu, przydzielone i niewykorzystane środki wracają do planu w dniu wyrejestrowania się z niego.</p> <p>Aby uzyskać więcej informacji na temat tego, jak zakwalifikować się do specjalnych dodatkowych świadczeń dla osób z przewlekłymi chorobami, świadczenia na żywność i produkty, prosimy o kontakt z Biurem Obsługi Klienta Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p> <p>Świadczenie SSBCI dostępne jest wyłącznie dla członków z kwalifikującą się chorobą przewlekłą; ważną oceną HRA przeprowadzoną w związku z aktualną rejestracją w Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP); którzy przedstawią zgodę lekarza w połączeniu z zarządzaniem przypadkiem w Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób przewlekle chorych”.</p> | Członkowie korzystający z karty Healthy You nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.                                  |
|  | <p><b>Usługi związane ze słuchem</b></p> <p>Diagnostyczne badania słuchu i równowagi, przeprowadzane przez świadczeniodawcę członka w celu ustalenia, czy członek wymaga leczenia, są objęte ubezpieczeniem jako opieka ambulatoryjna, w przypadku gdy są zapewniane przez lekarza, audiologa lub innego wykwalifikowanego świadczeniodawcę.</p> <p>Pokrywane w ramach Medicare diagnostyczne badania słuchu i równowagi pozwalają zdecydować, czy członek wymaga leczenia.</p> <p>Badanie opiera się wyłącznie na potrzebie medycznej, takiej jak utrata słuchu spowodowana chorobą, urazem lub operacją.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                   | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   | <p>Plan pokrywa następujące usługi w ramach świadczenia Medicaid, jeśli są one niezbędne ze względów medycznych w celu złagodzenia niepełnosprawności spowodowanej utratą słuchu lub niedosłuchem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Wybór, dopasowanie i wydanie aparatu słuchowego</li> <li>◦ Kontrole aparatu słuchowego, oceny dopasowania i naprawy</li> <li>◦ Produkty do aparatów słuchowych, takie jak wkładki uszne, specjalne akcesoria i części zamienne.</li> </ul> <p><b>Usługi związane ze słuchem (ciąg dalszy)</b></p> <p>Usługi audiologiczne, w tym badania i testy, oceny aparatu słuchowego i przepisanie aparatu.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                       |
|  | <p><b>Badanie przesiewowe w kierunku HIV*</b></p> <p>W przypadku osób, które poproszą o wykonanie testu przesiewowego w kierunku HIV lub które są narażone na zwiększone ryzyko zakażenia wirusem HIV, plan pokrywa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jedno badanie przesiewowe co 12 miesięcy</li> </ul> <p>Dla kobiet w ciąży zajmujemy się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Do trzech badań przesiewowych w trakcie ciąży</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Członkowie kwalifikujący się do pokrywanego przez Medicare, profilaktycznego badania przesiewowego w kierunku HIV, nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.</p> |
|                                                                                   | <p><b>Opieka agencji domowej opieki zdrowotnej</b></p> <p>Przed zapewnieniem członkowi usług medycznych w warunkach domowych, lekarz musi potwierdzić, że członek wymaga takich usług i że będzie zlecał świadczenie usług domowej opieki zdrowotnej przez agencję domowej opieki zdrowotnej. Członek musi być osobą niewychodzącą z domu, to znaczy że opuszczenie domu wymaga od niego bardzo dużego wysiłku.</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wspecjalizowane usługi pielęgniarские i pracowników domowej opieki zdrowotnej w niepełnym wymiarze godzin lub okresowe (aby podlegać ubezpieczeniu, łączny czas wyspecjalizowanych usług pielęgniarских i pracowników domowej opieki zdrowotnej nie może przekraczać 8 godzin dziennie i 35 godzin tygodniowo)</li> <li>• Fizykoterapia, terapia mowy i terapia zajęciowa</li> <li>• Usługi medyczne i społeczne</li> <li>• Sprzęt i materiały medyczne</li> </ul> | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p>                                              |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Terapia infuzyjna w warunkach domowych</b></p> <p>Terapia infuzyjna w warunkach domowych polega na dożylnym lub podskórnym podawaniu leków lub leków biologicznych pacjentowi w domu. Do podania terapii infuzyjnej w domu potrzebny jest lek (na przykład leki przeciwwirusowe, immunoglobulina), sprzęt (na przykład pompa) i materiały (na przykład rurki i cewniki).</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usługi specjalistyczne, w tym pielęgniarstwo, zapewniane zgodnie z planem opieki.</li> <li>• Szkolenia i edukacja pacjenta nieobjęte ubezpieczeniem w ramach świadczenia trwałego sprzętu medycznego.</li> <li>• Monitorowanie zdalne.</li> <li>• Usługi monitorowania domowej terapii infuzyjnej i leków podawanych we wlewie w domu pacjenta świadczone przez wykwalifikowanego świadczeniodawcę domowej terapii infuzyjnej.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  | <p><b>Opieka hospicyjna*</b></p> <p>Członek kwalifikuje się do opieki hospicyjnej, jeśli jego lekarz i dyrektor medyczny hospicjum postawili rozpoznanie choroby w fazie terminalnej, potwierdzając, że pacjent jest nieuleczalnie chory i jeśli choroba będzie miała typowy przebieg, pozostało mu 6 miesięcy życia lub mniej. Członkowie mogą korzystać z opieki dowolnego programu hospicyjnego certyfikowanego przez Medicare. Plan jest zobowiązany pomóc w znalezieniu programów hospicyjnych certyfikowanych przez Medicare w obszarze usług planu, w tym tych, których organizacja MA jest właścicielem, kontroluje lub ma w nich udział finansowy. Lekarz hospicjum może być świadczeniodawcą z sieci lub spoza sieci.</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leki pozwalające kontrolować objawy choroby i łagodzące ból</li> <li>• Krótkoterminowa opieka zastępcza</li> <li>• Opieka domowa</li> </ul> <p><u>W przypadku usług hospicyjnych oraz usług pokrywanych przez Medicare Część A lub B, które są związane z rozpoznaniem choroby w fazie terminalnej:</u> Original Medicare (a nie nasz plan) zapłaci świadczeniodawcy usług hospicyjnych za usługi związane z rozpoznaniem choroby w stanie terminalnym. Podczas udziału w programie hospicyjnym, świadczeniodawca usług hospicyjnych wystawi rachunek Original Medicare za usługi, za które płaci Original Medicare. Członek otrzyma rachunek za udział w kosztach w Original Medicare.</p> | <p>Jeśli zapiszesz się do programu hospicyjnego certyfikowanego przez Medicare, Twoje usługi hospicyjne oraz usługi części A i części B związane z Twoją prognozą terminalną są opłacane przez Original Medicare, a nie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p> <p>Nasz plan pokrywa usługi konsultacji w hospicjum (tylko jednorazowo) dla osób nieuleczalnie chorych, które nie wybrały świadczeń hospicyjnych.</p> <p>Członkowie kwalifikujący się do tego świadczenia nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | <p><u>W przypadku usług pokrywanych przez Medicare Część A lub B, które nie są związane z rozpoznaniem choroby w fazie terminalnej:</u> Jeśli członek wymaga usług innych niż w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, nie są to pilnie potrzebne usługi, są objęte ubezpieczeniem w ramach Medicare Część A lub B i nie są związane z rozpoznaniem choroby w fazie terminalnym, koszt, jaki ponosi on za takie usługi zależy od tego, czy korzysta ze świadczeniodawcy w sieci naszego planu i czy przestrzega zasad planu (takich jak wymóg uzyskania wcześniejszej autoryzacji).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeśli pokrywane usługi zapewnia świadczeniodawca należący do sieci i członek przestrzega zasad planu dotyczących korzystania z usług, płaci tylko udział w kosztach obowiązujący w planie za usługi w sieci.</li> <li>• Jeśli pokrywane usługi zapewnia świadczeniodawca spoza sieci, członek płaci udział w kosztach obowiązujący w programie opłat za usługę (Fee-for-Service) Medicare (Original Medicare).</li> </ul> <p><b>Opieka hospicyjna* (ciąg dalszy)</b></p> <p><u>W przypadku usług, które są objęte, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ale nie są objęte częścią A lub B Medicare: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)</u> Będzie nadal pokrywać usługi objęte planem, które nie są objęte częścią A ani B, niezależnie od tego, czy są one związane z Twoją prognozą terminalną. Członek płaci obowiązujący w planie udział w kosztach takich usług.</p> <p><u>W przypadku leków, które mogą być pokrywane w ramach świadczenia Części B planu:</u> Jeśli leki nie są związane z rozpoznaniem choroby w fazie terminalnej, ze względu na którą członek korzysta z hospicjum, płaci on udział w kosztach leków. Jeśli leki są związane z rozpoznaniem choroby w fazie terminalnej, ze względu na którą członek korzysta z hospicjum, płaci on udział w kosztach obowiązujący w Original Medicare. Leki nigdy nie są pokrywane jednocześnie przez hospicjum, jak i przez nasz plan. Więcej informacji można znaleźć w Rozdziale 5, Części 9.4 (<i>Co w sytuacji, gdy ubezpieczony przebywa w hospicjum certyfikowanym przez Medicare</i>).</p> <p><b>Uwaga:</b> Członkowie, którzy wymagają opieki innej niż w hospicjum (opieki niezwiązanej z rozpoznaniem choroby w stanie terminalnym), powinni skontaktować się z nami w celu zorganizowania takich usług.</p> <p>Nasz plan pokrywa usługi konsultacji w hospicjum (tylko jednorazowo) dla osób nieuleczalnie chorych, które nie wybrały świadczeń hospicyjnych.</p> |                                                                      |
|  | <p><b>Szczepienia*</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem Medicare Część B obejmują:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nie ma współpłaty, opłat za wizytę ani wkładu własnego dla szczepień |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Szczepionki przeciwko zapaleniu płuc</li> <li>• Szczepionki przeciwko grypie (lub szczepionki) raz na sezon grypowy jesienią i zimą, z dodatkowymi szczepionkami przeciwko grypie (lub szczepionkami) w razie konieczności medycznej</li> <li>• Szczepionkę przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B dla osób z grupy wysokiego lub średniego ryzyka zachorowania na WZW typu B</li> <li>• Szczepienia przeciw COVID-19</li> <li>• Inne szczepionki dla osób o z grupy ryzyka, które spełniają kryteria refundacji Medicare Części B.</li> </ul> <p>W ramach naszego ubezpieczenia na leki na receptę w ramach części D pokrywamy również większość innych szczepionek dla dorosłych. Zobacz rozdział 6, sekcja 8, aby uzyskać dodatkowe informacje.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | przeciwko pneumonii, grypie, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i COVID-19.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  | <p><b>Opieka szpitalna dla pacjentów hospitalizowanych</b></p> <p>Obejmuje szpitalną opiekę w przypadkach nagłych, rehabilitację szpitalną, długoterminową opiekę szpitalną i inne rodzaje usług szpitalnych. Opieka szpitalna dla pacjentów hospitalizowanych zaczyna się w dniu formalnego przyjęcia do szpitala na zlecenie lekarza. Dzień przed wypisaniem ze szpitala jest ostatnim dniem pobytu w szpitalu.</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pokój dwuosobowy (lub jednoosobowy, jeżeli jest to medycznie uzasadnione)</li> <li>• Posiłki, w tym diety specjalne</li> <li>• Regularne usługi pielęgniarские</li> <li>• Koszty pobytu na oddziale specjalnym (np. intensywnej opieki czy intensywnego nadzoru kardiologicznego)</li> <li>• Leki i środki farmaceutyczne</li> <li>• Badania laboratoryjne</li> <li>• Prześwietlenia rentgenowskie i inne usługi radiologiczne</li> <li>• Niezbędne materiały chirurgiczne i medyczne</li> <li>• Korzystanie ze sprzętu, np. wózka inwalidzkiego</li> <li>• Koszty pobytu na sali operacyjnej i pooperacyjnej</li> <li>• Fizjoterapia, terapia zajęciowa i logopedyczna</li> <li>• Usługi stacjonarne dla osób z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych</li> </ul> | <p>Członek płaci \$0 za 1-90 dni pobytu w szpitalu w danym okresie świadczeń.</p> <p>Plan pokrywa 60 „dni rezerwy do końca życia”. Są do „dodatkowe” dni pokrywane przez plan. Jeśli pobyt w szpitalu przekracza 90 dni w danym okresie świadczeń, można wykorzystać takie dodatkowe 60 dni, ubezpieczenie za pobyt w szpitalu będzie ograniczone do 90 dni na okres świadczeń.</p> <p>Dodatkowe usługi mogą być porywane zgodnie ze świadczeniami i wytycznymi Medicaid.</p> <p>Jeśli ubezpieczony uzyska zatwierdzoną opiekę szpitalną w szpitalu spoza siecią po ustabilizowaniu się</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | Usługi objęte ubezpieczeniem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Opłata członka w chwili uzyskania usługi                                                                                                                                                           |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Opieka szpitalna stacjonarna (ciąg dalszy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• W pewnych przypadkach ubezpieczeniem objęte są następujące przeszczepy: rogowka, nerka, nerka/trzustka, serce, wątroba, płuco, serce/płuco, szpik kostny, komórki macierzyste, jelita/przeszczepy wielonarządowe. W przypadku konieczności wykonania przeszczepu, ośrodek zatwierdzony przez Medicare zapozna się z przypadkiem członka i zdecyduje, czy jest on odpowiednim kandydatem do przeszczepu. Przeszczepienie może zostać wykonane w placówce lokalnej lub poza obszarem planu. Jeśli nasze sieciowe usługi transplantacji są oferowane w placówce poza system opieki środowiskowej członka, może on udać się do placówki lokalnej, o ile lokalni świadczeniodawcy są skłonni zaakceptować stawkę Original Medicare. Jeśli Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) świadczy usługi transplantacji w placówce znajdującej się poza systemem transplantologicznym w środowisku członka i członek zdecyduje się na przeszczepienie w takim odległym ośrodku, zorganizujemy lub opłacimy odpowiednie zakwaterowanie i koszty transportu dla członka i osoby towarzyszącej. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) zapewni zwrot kosztów zakwaterowania i posiłków podczas pobytu w odległym miejscu w związku z leczeniem transplantacyjnym, z maksymalnym dziennym limitem do 150 dolarów dziennie. Ponadto można ubiegać się o zwrot kosztów za przebieg w wysokości odpowiadającej standardowym stawkom za przebieg dla podatników opisanym przez Urząd Skarbowy (IRS), które są korygowane i publikowane publicznie. Maksymalna kwota do zapłaty za wszystkie podróże, zakwaterowanie, posiłki i zwrot kosztów przejazdu wynosi pięć tysięcy dolarów (5000 USD) za przeszczep zgodnie z wytycznymi planu.</li> <li>• Krew - w tym przechowywanie i podawanie. Pokrycie kosztów krwi pełnej i koncentratu krwinek czerwonych rozpoczyna się dopiero od drugiego litra krwi podawanej członkowi - musi on zapłacić za pierwsze 1,5 litra krwi, które otrzyma w danym roku kalendarzowym, albo może otrzymać krew od siebie lub innego dawcy. Wszystkie pozostałe składniki krwi są objęte ubezpieczeniem od pierwszego podanego litra.</li> <li>• Usługi lekarza</li> </ul> <p><b>Uwaga:</b> Pacjenci hospitalizowani to pacjenci ze skierowaniem od lekarza, zlecającym formalne przyjęcie do szpitala. Nawet w przypadku pozostania w szpitalu na noc, pacjenci nadal mogą być uznawani za pacjentów ambulatoryjnych. W razie wątpliwości, czy jest się pacjentem</p> | <p>stanu nagłego zagrożenia zdrowia, koszt, jaki będzie musiał pokryć to udział w kosztach, jaki zapłaciłby w szpitalu należącym do sieci.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>ambulatoryjnym czy hospitalizowanym, należy zwrócić się o wyjaśnienie do personelu szpitala.</p> <p>Więcej informacji można również znaleźć w arkuszu informacyjnym Medicare zatytułowanym <i>Czy ubezpieczony jest pacjentem szpitalnym czy leczonym w warunkach ambulatoryjnych? Osoby posiadające Medicare powinny o to zapytać!</i> Niniejszy arkusz informacyjny jest dostępny w Internecie pod adresem <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> lub pod numerem telefonu 1-800-MEDICARE</p> <p><b>Opieka szpitalna stacjonarna (ciąg dalszy)</b></p> <p>1-800-633-4227). Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048. Połączenia z tymi numerami są bezpłatne, dostępne przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|  | <p><b>Usługi szpitalne w szpitalu psychiatrycznym</b></p> <p>Ubezpieczeniem objęte są usługi opieki w zakresie zdrowia psychicznego, które wymagają pobytu w szpitalu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Można z nich skorzystać z szpitalu ogólnym lub w szpitalu psychiatrycznym, który zajmuje się wyłącznie osobami z zaburzeniami zdrowia psychicznego.</li> <li>• W przypadku pobytu w szpitalu psychiatrycznym (zamiast w ogólnym), Medicare płaci tylko za maksymalnie 190 dni pobytu w szpitalu psychiatrycznym (pacjent hospitalizowany), w ciągu całego życia.</li> <li>• W przypadku wykorzystania części 190-dniowego dożywotniego limitu przed przystąpieniem do naszego planu, liczba objętych ubezpieczeniem dożywotnich dni pobytu w szpitalu jest pomniejszana o liczbę dni pobytu w szpitalu psychiatrycznym w związku z leczeniem psychiatrycznym, pokrytych wcześniej w ramach ubezpieczenia Medicare.</li> <li>• Limit 190 dni nie dotyczy usług w zakresie zdrowia psychicznego świadczonych na oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym.</li> <li>• Nie ma ograniczeń co do liczby okresów świadczeń w przypadku korzystania z opieki psychiatrycznej w szpitalu ogólnym. W przypadku opieki w szpitalu psychiatrycznym można również wykorzystać wiele okresów świadczeń, ale dożywotni limit wynosi 190 dni.</li> <li>• Medicaid pokrywa pobyty w szpitalu po wykorzystaniu limitu 190 dni. Nie obowiązuje ograniczenie co do liczby okresów świadczeń ani limit dożywotni.</li> </ul> | <p>Członek płaci \$0 za 1 - 90 dni pobytu w szpitalu w danym okresie świadczeń.</p> <p>Plan pokrywa również 60 „dni rezerwy do końca życia”. Są do „dodatkowe” dni pokrywane przez plan. Dni te można wykorzystać w przypadku dłuższego niż 90-dniowy pobytu w szpitalu. Jednak po wykorzystaniu 60 dodatkowych dni, ubezpieczenie pobytu w szpitalu będzie ograniczone do 90 dni w danym okresie świadczeń.</p> <p>Jeśli ubezpieczony uzyska zatwierdzoną opiekę szpitalną w szpitalu spoza sieci po ustabilizowaniu się stanu nagłego zagrożenia zdrowia, koszt, jaki będzie musiał pokryć to udział w kosztach, jaki zapłaciłby w szpitalu należącym do sieci.</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                               |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Członek musi korzystać z usług zakontraktowanych świadczeniodawców usług w zakresie zdrowia behawioralnego. Wykaz świadczeniodawców usług w zakresie zdrowia behawioralnego należących do sieci, można uzyskać dzwoniąc do działu obsługi uczestników.</li> </ul> <p>Medicare nie pokrywa następujących usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prywatna opieka pielęgniarstwa</li> <li>• DZWONIĆ lub telewizor w sali</li> <li>• Prywatny pokój (chyba że jest uzasadnione medycznie)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b> Z wyjątkiem nagłych przypadków, lekarz członka musi poinformować plan o planowanym przyjęciu do szpitala.</p> |
|  | <p><b>Pobyt w szpitalu: Usługi objęte ubezpieczeniem otrzymywane w szpitalu lub SNF w czasie pobytu w szpitalu nieobjętego ubezpieczeniem</b></p> <p>W przypadku wyczerpania limitu świadczeń szpitalnych lub gdy pobyt w szpitalu nie jest uzasadniony ani niezbędny, plan nie pokryje takiego pobytu. Jednak w niektórych przypadkach plan pokryje określone usługi otrzymywane podczas pobytu w szpitalu lub ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa (SNF). Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usługi lekarza</li> </ul> <p><b>Pobyt w szpitalu: Usługi objęte ubezpieczeniem otrzymane w szpitalu lub ośrodku opieki długoterminowej w trakcie pobytu w szpitalu nieobjętego ubezpieczeniem (ciąg dalszy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Badania diagnostyczne (np. badania laboratoryjne).</li> <li>• Prześwietlenia RTG, terapia z zastosowaniem radu i izotopów, w tym materiały i usługi technika.</li> <li>• Opatrunki chirurgiczne.</li> <li>• Szyny, opatrunki gipsowe i inne przyrządy do stabilizacji złamań i przemieszczeń kostnych.</li> <li>• Protezy i urządzenia ortopedyczne (poza stomatologicznymi), które zastępują w całości lub części narząd wewnętrzny (w tym przyległą tkankę) lub zastępują, całkowicie lub częściowo, funkcję trwale niedziałającego lub upośledzonego narządu wewnętrznego, w tym wymiana lub naprawa takich urządzeń.</li> <li>• Szyny na nogę, rękę lub szyję, gorset ortopedyczny; pasy przepuklinowe; i protezy kończyn i oczu, w tym dopasowanie, naprawy i wymiany wymagane z powodu uszkodzeń, zużycia, utraty lub zmiany stanu fizycznego pacjenta.</li> <li>• Fizykoterapia, terapia mowy i terapia zajęciowa.</li> </ul> | <p>Za takie świadczenia nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p>                 |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                   | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Terapia żywieniowa medyczna*</b></p> <p>Świadczenie przeznaczone dla osób z cukrzycą, chorobą nerek (ale nie dializowanych), lub po przeszczepieniu nerki na zlecenie lekarza.</p> <p>Pokrywamy 3 godziny indywidualnych usług doradczych w pierwszym roku korzystania z żywienia medycznego w ramach Medicare (obejmuje to nasz plan, każdy inny plan Medicare Advantage lub Original Medicare), a następnie 2 godziny każdego roku. Jeżeli stan członka, leczenie lub diagnoza ulegnie zmianie, może on uzyskać więcej godzin leczenia na zlecenie lekarza. Lekarz musi przepisać te usługi i odnawiać zlecenie co roku, jeżeli leczenie jest potrzebne w kolejnym roku kalendarzowym.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Członkowie kwalifikujący się do usług żywienia medycznego pokrywanych przez Medicare nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.                                                                                                                                                              |
|  | <p><b>Program zapobiegania cukrzycy Medicare (MDPP)*</b></p> <p>Usługi zapewniane w ramach programu zapobiegania cukrzycy Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) będą pokrywane dla kwalifikujących się beneficjentów Medicare we wszystkich planach ubezpieczenia zdrowotnego Medicare.</p> <p>MDPP jest ustrukturyzowaną interwencją w zakresie zmiany zachowań zdrowotnych, która zapewnia praktyczne szkolenie dotyczące długoterminowej zmiany diety, zwiększonej aktywności fizycznej i strategii rozwiązywania problemów w zakresie przewycięzania wyzwań związanych z utrzymaniem niższej wagi i zdrowego stylu życia.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Za świadczenie MDPP nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   | <p><b>Leki na receptę w ramach Medicare Część B</b></p> <p>Leki te są objęte ubezpieczeniem w ramach Części B Original Medicare. W przypadku członków naszego planu leki te są objęte ubezpieczeniem przez nasz plan. Leki objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leki, których pacjent zazwyczaj nie podaje sobie sam i są zwykle podawane w postaci zastrzyków lub wlewów w gabinecie lekarskim, poradni przyszpitalnej lub ambulatorium chirurgicznym.</li> <li>• Insulina zapewniana jako artykuł w ramach trwałego sprzętu medycznego (np. pompa insulinowa niezbędna ze względów medycznych).</li> <li>• Inne leki zatwierdzone przez plan, przyjmowane podczas używania trwałego sprzętu medycznego (np. nebulizator).</li> <li>• Lek przeciw chorobie Alzheimera, Leqembi® (nazwa generyczna lecanemab), jest podawany dożylnie. Oprócz kosztów leków mogą być potrzebne dodatkowe skany i badania przed i/lub w trakcie leczenia, które mogą zwiększyć ogólne koszty. Porozmawiaj z lekarzem o tym, jakie skany i badania mogą być potrzebne w ramach leczenia</li> </ul> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p>W przypadku insuliny nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Leki w ramach Części B mogą podlegać terapii stopniowej.</b></p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | Usługi objęte ubezpieczeniem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Opłata członka w chwili uzyskania usługi |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wstrzykiwane samodzielnie czynniki krzepnięcia krwi u pacjentów z hemofilią.</li> <li>• Leki do przeszczepów/immunosupresyjne: Medicare obejmuje farmakoterapię przeszczepów, jeśli Medicare zapłacił za przeszczep narządu. Musisz mieć część A w momencie objętego nią przeszczepu i część B w momencie otrzymania leków immunosupresyjnych. Należy pamiętać, że zakres leków Medicare (część D) obejmuje leki immunosupresyjne, jeśli część B ich nie obejmuje</li> <li>• Leki na osteoporozę podawane w postaci zastrzyków w przypadku pacjentów niezdolnych do opuszczenia domu, ze złamaniem kości, które wg zaświadczenia lekarza było związane z osteoporozą po menopauzalną, a pacjent nie może samodzielnie podać sobie leku.</li> <li>• Niektóre antygeny: Medicare pokrywa antygeny, jeśli lekarz je przygotowuje, a odpowiednio przeszkolona osoba (którą możesz być Ty, pacjent) poda je pod odpowiednim nadzorem.</li> <li>• Niektóre doustne leki przeciwnowotworowe: Medicare obejmuje niektóre doustne leki przeciwnowotworowe przyjmowane doustnie, jeśli ten sam lek jest dostępny w postaci do wstrzykiwań lub lek jest prolekiem (doustną postacią leku, który po spożyciu rozpada się na tę samą substancję czynną znajdującą się w leku do wstrzykiwań) leku do wstrzykiwań. W miarę jak nowe doustne leki przeciwnowotworowe stają się dostępne, część B może je obejmować. Jeśli Część B ich nie obejmuje, Część D</li> </ul> <p><b>Leki na receptę objęte programem Medicare Część B (ciąg dalszy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doustne leki przeciwwymiotne: Medicare obejmuje doustne leki przeciwwymiotne stosowane jako część chemioterapii przeciwnowotworowej, jeśli są podawane przed, w czasie lub w ciągu 48 godzin od chemioterapii lub są stosowane jako pełny zamiennik terapeutyczny dożylnego leku przeciwwymiotnego</li> <li>• Niektóre doustne leki dla pacjentów z końcową niewydolnością nerek (ESRD), jeśli ten sam lek jest dostępny w formie iniekcyjnej i jest objęty świadczeniem Part B ESRD.</li> <li>• Leki kalcymimetyczne w ramach systemu płatności ESRD, w tym lek dożylny Parsabiv® i lek doustny Sensipar®</li> <li>• Niektóre leki do dializ w domu, w tym heparyna, antidotum na heparynę, gdy jest to medycznie konieczne, oraz znieczulenia miejscowe.</li> </ul> |                                          |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Środki stymulujące erytropoezę: Medicare obejmuje erytropoetynę poprzez wstrzyknięcie, jeśli masz schyłkową niewydolność nerek (ESRD) lub potrzebujesz tego leku do leczenia niedokrwistości związanej z niektórymi innymi schorzeniami (takimi jak Procrit®)</li> <li>• Podawana dożylnie immunoglobulina do domowego leczenia pierwotnego upośledzenia odporności.</li> <li>• Żywienie pozajelitowe i dojelitowe (żywienie dożylne i przez zgłębnik)</li> </ul> <p>W niektórych przypadkach nasz plan wymaga, aby najpierw wypróbować określone leki stosowane w leczeniu danej dolegliwości, zanim zrefunduje inny lek stosowany w leczeniu tej dolegliwości. Na przykład, jeżeli lek A i lek B leczą dane schorzenie, a lek A kosztuje mniej niż lek B, plan może wymagać, aby najpierw wypróbować lek A. Jeśli Lek A nie działa, pokryjemy wtedy Lek B.</p> <p>Poniższy link przeniesie Cię do listy leków z części B, które mogą podlegać terapii stopniowanej <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>Pokrywamy również niektóre szczepionki w ramach naszego świadczenia z zakresu leków na receptę części B i D.</p> <p>Rozdział 5 wyjaśnia świadczenie z zakresu leków na receptę części D, w tym zasady, które musisz przestrzegać, aby mieć pokryte recepty.</p> |                                                                                                                                                                                                                                            |
|  | <p><b>Badania przesiewowe i terapia otyłości w celu promowania trwałej utraty wagi*</b></p> <p>W przypadku osób o wskaźniku masy ciała wynoszącym 30 lub wyższym, plan pokrywa intensywne usługi poradnictwa wspomagające odchudzanie. Usługi są pokrywane, jeśli są zapewniane w placówce podstawowej opieki, gdzie mogą być koordynowane z kompleksowym planem profilaktycznym. Więcej informacji można uzyskać u swojego lekarza lub innego pracownika podstawowej opieki.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Za profilaktyczne badanie przesiewowe pod kątem otyłości i terapię nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                                                    |
|                                                                                     | <p><b>Usługi programu leczenia zaburzeń używania opioidów</b></p> <p>Członkowie naszego planu z zaburzeniem używania opioidów (opioid use disorder, OUD) mogą skorzystać z ubezpieczenia usług leczenia OUD w ramach Programu leczenia zaburzeń używania opioidów (Opioid Treatment Program, OTP), który obejmuje następujące usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zatwierdzone przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) leki będące agonistami i antagonistami receptorów opioidowych, stosowane w leczeniu wspomaganym farmakologicznie (medication-assisted treatment, MAT).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Za ambulatoryjne usługi programu leczenia zaburzeń używania opioidów pokrywane przez Medicare, nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Ambulatoryjne usługi programu leczenia zaburzeń używania</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wydawanie i podawanie leków stosowanych w leczeniu MAT (w stosownych przypadkach).</li> <li>• Poradnictwo w zakresie zaburzeń związanych z używaniem substancji</li> <li>• Terapia indywidualna i grupowa</li> <li>• Badania toksykologiczne</li> <li>• Czynności związane z przyjęciem</li> <li>• Okresowe oceny</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>opiodów pokrywane przez Medicare nie wymagają wcześniejszej autoryzacji, chyba że członek wymaga leków stosowanych w leczeniu zaburzeń używania opiodów.</b>                                                                                                                                                          |
|  | <p><b>Testy diagnostyczne, usługi terapeutyczne i środki zapewniane w warunkach ambulatoryjnych</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Badania RTG.</li> <li>• Radioterapia (radem i izotopami), w tym materiały technika.</li> <li>• Środki chirurgiczne, na przykład opatrunki.</li> <li>• Szyny, opatrunki gipsowe i inne przyrządy do stabilizacji złamań i przemieszczeń kostnych.</li> <li>• Badania laboratoryjne.</li> <li>• Krew - w tym przechowywanie i podawanie. Pokrycie kosztów krwi pełnej i koncentratu krwinek czerwonych rozpoczyna się dopiero od drugiego litra krwi podawanej członkowi - musi on zapłacić za pierwsze 1,5 litra krwi, które otrzyma w danym roku kalendarzowym, albo może otrzymać krew od siebie lub innego dawcy. Wszystkie pozostałe składniki krwi są objęte ubezpieczeniem od pierwszego podanego litra.</li> <li>• Inne ambulatoryjne badania diagnostyczne – badania diagnostyczne inne niż radiologiczne, takie jak EKG, EEG, badania czynnościowe płuc, badania snu i testy wysiłkowe.</li> <li>• Diagnostyczne badania radiologiczne (złożone i niezłożone), takie jak specjalistyczne badania obrazowe, TK, SPECT, PET, MRI, MRA, badania medycyny nuklearnej, ultrasonograficzne, mammografia diagnostyczna i interwencyjne zabiegi radiologiczne (mielogram, cystografia, angiogram i badania z użyciem barytu).</li> <li>• Ambulatoryjne badania laboratoryjne i prześwietlenia RTG nie wymagają wcześniejszej autoryzacji.</li> </ul> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> <p><b>W przypadku ambulatoryjnych usług laboratoryjnych nie jest wymagana zgoda.</b></p> <p><b>Laboratoryjne badania genetyczne wymagają wcześniejszej autoryzacji.</b></p> |
|  | <p><b>Ambulatoryjne usługi obserwacyjne świadczone w szpitalu</b></p> <p>Usługi obserwacyjne to świadczone w szpitalu usługi ambulatoryjne, które pomogą zdecydować, czy członek musi zostać przyjęty do szpitala lub czy może pójść do domu.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                                                                                                                                                                                     |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Ambulatoryjne usługi obserwacyjne świadczone w szpitalu są pokrywane tylko wtedy, gdy spełniają kryteria Medicare i są uważane za uzasadnione i niezbędne. Usługi obserwacyjne są pokrywane tylko wtedy, gdy są zlecone przez lekarza lub inną osobę upoważnioną na mocy stanowych przepisów o uprawnieniach zawodowych i regulaminu pracowników szpitala, do przyjmowania pacjentów do szpitala lub zlecenia testów w warunkach ambulatoryjnych.</p> <p><b>Uwaga:</b> O ile świadczeniodawca nie wydał skierowania do przyjęcia pacjenta do szpitala, pacjent jest pacjentem ambulatoryjnym i płaci kwoty udziału w kosztach obowiązujące za ambulatoryjne usługi szpitalne. Nawet jeśli pozostaniesz w szpitalu na noc, możesz zostać uznany za pacjenta ambulatoryjnego. W razie wątpliwości, czy jest się pacjentem ambulatoryjnym, należy zwrócić się o wyjaśnienie do personelu szpitala.</p> <p>Więcej informacji można również znaleźć w arkuszu informacyjnym Medicare zatytułowanym <i>Czy ubezpieczony jest pacjentem szpitalnym czy leczonym w warunkach ambulatoryjnych? Osoby posiadające Medicare powinny o to zapytać!</i> Niniejsza karta informacyjna jest dostępna w Internecie pod adresem <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> lub dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048. Połączenia z tymi numerami są bezpłatne, dostępne przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.</p> | <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  | <p><b>Usługi szpitalne świadczone w warunkach ambulatoryjnych</b></p> <p>Plan pokrywa usługi niezbędne ze względów medycznych udzielone w ambulatorium przyszpitalnym w celu diagnozy lub leczenia choroby lub urazu.</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• usługi na oddziale ratunkowym lub w przychodni, na przykład obserwacja lub ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne</li> <li>• Badania laboratoryjne i diagnostyczne, za które szpital wystawia rachunek.</li> <li>• Opieka w zakresie zdrowia psychicznego, w tym w programie częściowej hospitalizacji, jeżeli lekarz potwierdzi, że inaczej potrzebne byłoby leczenie szpitalne.</li> <li>• Prześwietlenia RTG i inne usługi radiologiczne, za które szpital wystawia rachunek.</li> <li>• Materiały medyczne, takie jak szyny i opatrunki gipsowe.</li> <li>• Określone leki i leki biologiczne, których pacjent nie może sobie sam podać.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> <p><b>Ambulatoryjne badania laboratoryjne i prześwietlenia RTG nie wymagają wcześniejszej autoryzacji. Laboratoryjne badania genetyczne wymagają wcześniejszej autoryzacji.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Uwaga:</b> O ile świadczeniodawca nie wydał skierowania do przyjęcia pacjenta do szpitala, pacjent jest pacjentem ambulatoryjnym i płaci kwoty udziału w kosztach obowiązujące za ambulatoryjne usługi szpitalne. Nawet jeśli zostaniesz w szpitalu na noc,</p> <p><b>Usługi szpitalne ambulatoryjne (ciąg dalszy)</b></p> <p>może być nadal uważany za pacjenta ambulatoryjnego. W razie wątpliwości, czy jest się pacjentem ambulatoryjnym, należy zwrócić się o wyjaśnienie do personelu szpitala.</p> <p>Więcej informacji można również znaleźć w arkuszu informacyjnym Medicare zatytułowanym <i>Czy ubezpieczony jest pacjentem szpitalnym czy leczonym w warunkach ambulatoryjnych? Osoby posiadające Medicare powinny o to zapytać!</i> Niniejsza karta informacyjna jest dostępna w Internecie pod adresem <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> lub dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048. Połączenia z tymi numerami są bezpłatne, dostępne przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.</p>                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  | <p><b>Ambulatoryjna opieka psychiatryczna</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <p>Usługi w zakresie zdrowia psychicznego świadczone przez posiadającego licencję stanową psychiatrę lub lekarza, psychologa klinicznego, klinicznego pracownika socjalnego, pielęgniarkę kliniczną, licencjonowanego psychoterapeutę (LPC), licencjonowanego terapeutę małżeństw i rodziny (LMFT), pielęgniarkę (NP), asystenta lekarza (PA) lub innego profesjonalistę w zakresie zdrowia psychicznego upoważnionego przez Medicare, zgodnie ze stosownymi przepisami stanowymi.</p> <p>W ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej ubezpieczeniem objęte są następujące usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jedno badanie przesiewowe w kierunku depresji w roku kalendarzowym. Badanie musi zostać przeprowadzone w gabinecie lekarza podstawowej opieki lub w placówce podstawowej opieki, która może zapewnić dalsze leczenie i skierowania.</li> <li>• Psychoterapia indywidualna i grupowa u lekarzy lub określonych uprawnionych specjalistów upoważnionych w świetle przepisów stanowych, obowiązujących w miejscu świadczenia usług.</li> <li>• Poradnictwo rodzinne, jeśli głównym celem jest pomoc w leczeniu.</li> <li>• Badania w celu sprawdzenia, czy członek otrzymuje potrzebne usługi i czy obecne leczenie jest skuteczne.</li> </ul> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p>Informacje o corocznym badaniu przesiewowym w kierunku depresji podano w części tabeli zatytułowanej „Badania przesiewowe w kierunku depresji”.</p> <p>Patrz „Częściowa hospitalizacja” w tej tabeli, jeśli potrzebujesz tego leczenia ambulatoryjnego w ramach opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego objętego programem Medicare.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                              |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ocena psychiatryczna.</li> <li>Zarządzanie farmakoterapią.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|  | <p><b>Ambulatoryjne usługi rehabilitacyjne</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują: fizjoterapię, terapię zajęciową i terapię logopedyczną.</p> <p>Ambulatoryjne usługi rehabilitacyjne są świadczone w różnych placówkach ambulatoryjnych, takich jak ambulatoria przyszpitalne, gabinety niezależnych terapeutów oraz kompleksowe ambulatoryjne ośrodki rehabilitacyjne (CORF).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                         |
|  | <p><b>Usługi ambulatoryjne w zakresie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatoryjne usługi leczenia uzależnień pokrywane przez Medicare.</li> <li>Ponadto, Medicaid pokrywa wizyty terapii indywidualnej i grupowej. Członek musi być w stanie samodzielnie zgłosić się na jedną ocenę u świadczeniodawcy z sieci w okresie dwunastu (12) miesięcy.</li> </ul> <p>Członkowie muszą korzystać z usług świadczeniodawców Senior Whole Health w zakresie zdrowia behawioralnego.</p> <p>W celu uzyskania dalszych informacji należy skontaktować się z działem obsługi uczestników.</p> | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p>     |
|  | <p><b>Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne, w tym usługi świadczone w przychodniach szpitalnych i ambulatoryjnych ośrodkach chirurgicznych</b></p> <p><b>Uwaga:</b> Osoby przechodzące operację w placówce szpitalnej powinny skontaktować się ze swoim świadczeniodawcą, aby dowiedzieć się, czy będą pacjentami hospitalizowanymi czy ambulatoryjnymi. O ile świadczeniodawca nie wydał skierowania do przyjęcia pacjenta do szpitala, pacjent jest pacjentem ambulatoryjnym i płaci kwoty udziału w kosztach obowiązujące za ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne. Nawet w przypadku pozostania w szpitalu na noc, pacjenci nadal mogą być uznawani za pacjentów ambulatoryjnych.</p>                         | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> |
|  | <p><b>Artykuły sprzedawane bez recepty (OTC) (uzupełniające)*</b></p> <p>Co miesiąc otrzymujesz 100 USD na wydatki na zatwierdzone przez plan produkty, artykuły i leki OTC, korzystając z karty Healthy You. Ten miesięczny dodatek jest dzielony z dodatkiem za usługi transportowe inne</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Członkowie korzystający z karty Healthy You nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.</p>                               |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                        |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>niż awaryjne (dodatkowe). Możesz wykorzystać ten zasiłek na artykuły OTC, usługi transportowe lub połączenie obu, korzystając z karta Healthy You. Jeżeli nie wykorzystasz całego miesięcznego limitu, pozostałe saldo straci ważność i nie zostanie przeniesione na kolejny miesiąc</p> <p>Ubezpieczeniem objęte są artykuły zdrowotne i pielęgnacyjne sprzedawane bez recepty, takie jak witaminy, filtry przeciwsłoneczne, środki przeciwbólowe, leki na kaszel i przeziębienie oraz bandaże.</p> <p>Można zamówić:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Online – odwiedź stronę NationsOTC.com/Molina</li> <li>• DZWONIĆicznie – 877-208-9243, aby porozmawiać z Doradcą ds. Doświadczeń Członków NationsOTC pod numerem (TTY 711), 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, 365 dni w roku.</li> <li>• Poczta – Wypełnij i zwróć formularz zamówienia w katalogu produktów.</li> <li>• Poprzez uczestniczące placówki detaliczne.</li> </ul> <p><b>Produkty dostępne bez recepty (suplement)* (ciąg dalszy)</b></p> <p>Odwołaj się do swojego Katalogu Produktów OTC na rok 2025, aby uzyskać pełną listę zatwierdzonych przez plan produktów OTC lub zadzwoń do osoby wsparcia OTC, aby uzyskać więcej informacji. Znajdziesz ważne informacje (wytyczne dotyczące zamówień) w Katalogu Produktów OTC na rok 2025.</p> <p>Więcej informacji można uzyskać kontaktując się z działem obsługi uczestników.</p> | <p>Możesz ponieść koszty, jeśli przekroczysz swój maksymalny miesięczny limit. Mogą obowiązywać ograniczenia i wyłączenia.</p>                                                         |
|  | <p><b>Usługi częściowej hospitalizacji i intensywne usługi w warunkach ambulatoryjnych</b></p> <p><i>Częściowa hospitalizacja</i> jest to ustrukturyzowany program aktywnego leczenia psychiatrycznego świadczonego w ramach ambulatoryjnej opieki szpitalnej lub przez lokalny ośrodek zdrowia psychicznego, który jest bardziej intensywny niż opieka otrzymywana w gabinecie lekarza, terapeuty, licencjonowanego terapeuty małżeńskiego i rodzinnego (LMFT) lub licencjonowanego doradcy zawodowego i stanowi alternatywę dla hospitalizacji stacjonarnej.</p> <p><i>Intensywna opieka ambulatoryjna</i> Jest to strukturalny program aktywnej terapii zdrowia psychicznego, świadczony w szpitalnym oddziale ambulatoryjnym, ośrodku zdrowia psychicznego w społeczności, kwalifikowanym centrum zdrowia federalnego lub wiejskiej klinice zdrowia, który jest bardziej intensywny niż opieka otrzymywana w gabinecie lekarza, terapeuty, licencjonowanego terapeuty małżeńskiego i</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Za usługi częściowej hospitalizacji pokrywane przez Medicare, nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                      |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  | rodzinnego (LMFT) lub licencjonowanego doradcy zawodowego, ale mniej intensywny niż częściowa hospitalizacja.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
|  | <p><b>Usługi lekarzy/świadczeniodawców, w tym wizyty w gabinecie lekarskim</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medycznie niezbędna opieka medyczna lub usługi chirurgiczne świadczone w gabinecie lekarskim, certyfikowanym centrum chirurgii ambulatoryjnej, szpitalnym oddziale ambulatoryjnym lub w innym miejscu.</li> <li>• Konsultacje, diagnozy i leczenie przez specjalistę.</li> <li>• Podstawowe badania słuchu i równowagi wykonywane przez lekarza podstawowej opieki, jeżeli zostały zlecone przez lekarza, aby ustalić, czy potrzebne jest leczenie.</li> <li>• Niektóre usługi telezdrowia, w tym usługi podstawowej opieki zdrowotnej.</li> </ul> <p><b>Usługi lekarza/praktykanta, w tym wizyty w gabinecie lekarskim (ciąg dalszy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Członek może skorzystać z tych usług umawiając się na wizytę osobistą lub teleporadę. Jeśli zdecyduje się skorzystać z teleporady musi wybrać świadczeniodawcę z sieci, który oferuje taką usługę. Jeśli zdecyduje się skorzystać z teleporady musi wybrać świadczeniodawcę z sieci, który oferuje taką usługę. Świadczeniodawcę należącego do sieci można znaleźć na stronie <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</li> <li>◦ Wirtualne wizyty lekarskie to wizyty, które są świadczone poza placówką medyczną przez wirtualnych świadczeniodawców korzystających z technologii online i opcji audio/wideo na żywo.</li> <li>◦ Uwaga: Nie wszystkie schorzenia mogą być konsultowane podczas wizyt wirtualnych. Lekarz prowadzący wizytę wirtualną zdecyduje, czy pacjent wymaga zwykłej wizyty u lekarza.</li> <li>• Teleporady w związku z comiesięcznymi wizytami dla osób ze schyłkową niewydolnością nerek, dla członków korzystających z dializy w domu, odbywające się w ośrodku dializy w szpitalu lub w szpitalu zapewniającym krytyczny dostęp, w stacji dializ lub w domu członka. Wymagana może być uprzednia zgoda.</li> <li>• Teleporady w celu zdiagnozowania, oceny, leczenia objawów udaru, niezależnie od lokalizacji członka. Wymagana może być wcześniejsza autoryzacja.</li> </ul> | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

---

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>Teleporady dla członków z zaburzeniem używania substancji psychoaktywnych lub współwystępującym zaburzeniem zdrowia psychicznego, niezależnie od ich lokalizacji. Wymagana może być uprzednia zgoda.</li></ul> |                                                 |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | Usługi objęte ubezpieczeniem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Opłata członka w chwili uzyskania usługi |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|  | <p><b>Usługi lekarza/praktykanta, w tym wizyty w gabinecie lekarskim (ciąg dalszy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teleporady w celu diagnozowania, oceny i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego, jeśli: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Członek odbędzie osobistą wizytę w ciągu 6 miesięcy przed pierwszą teleporadą.</li> <li>◦ W trakcie korzystania z teleporad członek odbywa wizyty osobiste co 12 miesięcy.</li> <li>◦ W określonych okolicznościach możliwe jest odstępianie od powyższych warunków.</li> </ul> </li> <li>• Teleporady w związku ze zdrowiem psychicznym zapewniane przez wiejskie ośrodki zdrowia (Rural Health Clinics) i zarejestrowane federalnie ośrodki zdrowia (Federally Qualified Health Center).</li> <li>• Konsultacje wirtualne (na przykład przez telefon lub czat wideo) z lekarzem trwające 5-10 minut, <b>jeśli</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Członek nie jest nowym pacjentem <b>i</b></li> <li>◦ Konsultacja nie jest związana z wizytą w gabinecie, która odbyła się w ciągu ostatnich 7 dni <b>i</b></li> <li>◦ Konsultacja nie skutkuje wizytą w gabinecie w ciągu 24 godzin lub w najbliższym dostępnym terminie.</li> </ul> </li> <li>• Ocena materiału wideo i/lub obrazów przesłanych przez Ciebie lekarzowi oraz interpretacja i dalsza wizyta u lekarza w ciągu 24 godzin <b>Jeśli</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Członek nie jest nowym pacjentem <b>i</b></li> <li>◦ Ocena nie skutkuje wizytą w gabinecie w ciągu 24 godzin lub w najbliższym dostępnym terminie.</li> </ul> </li> <li>• Konsultacje lekarza z innymi lekarzami przez DZWONIĆ, internet lub elektroniczną dokumentację zdrowotną.</li> <li>• Zasięgnięcie opinii drugiego lekarza przed operacją.</li> <li>• Nierutynowa opieka stomatologiczna (usługi objęte ubezpieczeniem ograniczają się do chirurgii szczękowej i przyszczękowej, nastawiania złamań kości szczękowych lub twarzowych, ekstrakcji zębów w celu przygotowania szczęki do radioterapii w przypadku choroby nowotworowej lub usług, które zostałyby pokryte, gdyby były świadczone przez lekarza).</li> <li>• Usługi monitorowania w gabinecie lekarskim lub w szpitalu ambulatoryjnym, jeśli przyjmujesz leki przeciwzakrzepowe, takie jak Coumadin, Heparyna lub Warfaryna.</li> </ul> |                                          |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | <b>Usługi podiatryczne (pokrywane przez Medicare)</b><br>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnozę i leczenie medyczne lub chirurgiczne urazów i chorób stóp (np. palec młotowaty lub ostroga piętowa).</li> <li>• Rutynowa pielęgnacja stóp dla członków z określonymi schorzeniami medycznymi wpływającymi na kończyny dolne.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Za usługi podiatryczne pokrywane przez Medicare nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.<br><br><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b> |
|    | <b>Badania przesiewowe w kierunku raka prostaty*</b><br>W przypadku mężczyzn w wieku od 50 lat, pokrywane są następujące usługi - co 12 miesięcy: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpacyjne badanie przez odbyt</li> <li>• Badanie w kierunku swoistego antygenu sterczowego (PSA)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Za coroczne badanie PSA nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.                                                                             |
|                                                                                     | <b>Urządzenia protetyczne i ortopedyczne oraz powiązane materiały</b><br>Urządzenia (poza dentystycznymi) zastępujące cały lub część narządu/części ciała lub jego funkcję. Obejmuje to, między innymi, testowanie, dopasowywanie lub szkolenie w zakresie korzystania z urządzeń protetycznych i ortopedycznych; a także: worki stomijne i materiały bezpośrednio związane z opieką nad stomią, rozruszniki serca, ortezy, protezy obuwia, sztuczne kończyny oraz protezy piersi (w tym biustonosz chirurgiczny po mastektomii). Obejmuje niektóre materiały związane z protezami i urządzeniami ortopedycznymi oraz naprawą i/lub wymianą protez i urządzeń ortopedycznych. Świadczenie obejmuje również częściową refundację po usunięciu lub operacji zaćmy – więcej informacji podano w dalszej części w punkcie <b>Opieka okulistyczna</b> . | Członkowie kwalifikujący się do tego świadczenia nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.<br><br><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b>  |
|                                                                                     | <b>Rehabilitacja układu oddechowego</b><br>Kompleksowe programy rehabilitacji układu oddechowego są objęte ubezpieczeniem dla członków z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) o nasileniu od umiarkowanego do bardzo ciężkiego, którzy mają skierowanie na rehabilitację układu oddechowego od lekarza zajmującego się przewlekłą chorobą układu oddechowego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Członkowie kwalifikujący się do tego świadczenia nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.<br><br><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b>  |
|  | <b>Badania przesiewowe i doradztwo mające na celu ograniczenie nadużywania alkoholu*</b><br>Plan pokrywa jedno badanie przesiewowe w kierunku nadużywania alkoholu dla osób dorosłych korzystających z Medicare (w tym kobiet w ciąży), nadużywających, ale nie uzależnionych od alkoholu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Za pokrywane przez Medicare profilaktyczne badania przesiewowe i poradnictwo w zakresie ograniczenia nadużywania alkoholu, nie obowiązuje                         |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | Członkowie z dodatnim wynikiem testu w kierunku nadużywania alkoholu, mogą skorzystać z maksymalnie 4 krótkich, indywidualnych sesji poradnictwa w roku (pod warunkiem, że członek jest świadomy i przytomny w trakcie konsultacji), prowadzonych przez wykwalifikowanego lekarza podstawowej opieki lub innego świadczeniodawcę w przychodni podstawowej opieki.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.                                                                                                                                                                    |
|    | <p><b>Badanie przesiewowe w kierunku raka płuc przy użyciu tomografii komputerowej o niskiej dawce promieniowania (LDCT)*</b></p> <p>W przypadku osób kwalifikujących się, badanie LDCT jest pokrywane co 12 miesięcy.</p> <p><b>Kwalifikujący się członkowie to:</b> osoby w wieku od 50 do 77 lat, bez objawów raka płuca, z co najmniej 20 „paczko latami” w wywiadzie dotyczącym palenia i palące obecnie lub które rzuciły palenie w ciągu ostatnich 15 lat, które otrzymały pisemne skierowanie na LDCT podczas wizyty doradczej obejmującej badanie przesiewowe w kierunku raka płuca i wspólne podejmowanie decyzji, spełniającej kryteria Medicare określone dla takiej wizyty i zapewnianej przez lekarza lub wykwalifikowanego świadczeniodawcę innego niż lekarz.</p> <p><i>Przesiewowe badanie LDCT w kierunku raka płuca po pierwszym przesiewowym badaniu LDCT:</i> Członek musi otrzymać zlecenie na badanie przesiewowe w kierunku raka płuca LDCT, które może być zrealizowane podczas każdej odpowiedniej wizyty u lekarza lub wykwalifikowanego praktyka niebędącego lekarzem. Jeśli lekarz lub wykwalifikowany świadczeniodawca inny niż lekarz zdecyduje o przeprowadzeniu wizyty doradczej obejmującej badanie przesiewowe w kierunku raka płuca i wspólne podejmowanie decyzji przy kolejnych badaniach przesiewowych w kierunku raka płuca za pomocą LDCT, wizyta musi spełniać kryteria Medicare określone dla takich wizyt.</p> | Za pokrywaną przez Medicare wizytę doradczą obejmującą wspólne podejmowanie decyzji i za LDCT nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.                                                       |
|  | <p><b>Badanie przesiewowe w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową (STI) i poradnictwo w zakresie zapobiegania STI *</b></p> <p>Plan pokryje badania przesiewowe w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową w kierunku chłamydii, rzeżączki, syfilisu i zapalenia wątroby typu B. Badania te są pokrywane w przypadku kobiet w ciąży i określonych osób z podwyższonym ryzykiem zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową, jeśli badania zostaną zlecone przez świadczeniodawcę podstawowej opieki. Badania są pokrywane raz na 12 miesięcy albo na określonych etapach ciąży.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Za pokrywane przez Medicare badanie przesiewowe w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową i poradnictwo w zakresie zapobiegania takim chorobom, nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny. |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Plan pokryje również do dwóch indywidualnych, 20-30-minutowych, intensywnych behawioralnych sesji doradczych w roku, dla seksualnie aktywnych osób dorosłych z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową. Sesje doradcze są pokrywane wyłącznie jako usługa profilaktyczna, jeśli są zapewniane przez świadczeniodawcę podstawowej opieki i odbywają się w placówce podstawowej opieki, np. w gabinecie lekarza.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  | <p><b>Leczenie choroby nerek</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usługi edukacyjne w zakresie choroby nerek, które pomagają członkom w pielęgnacji i podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących opieki. W przypadku członków z IV stadium przewlekłej niewydolności nerek i posiadających skierowanie od swojego lekarza, plan pokryje do sześciu sesji edukacji w zakresie choroby nerek w ciągu całego życia.</li> </ul> <p><b>Usługi leczenia chorób nerek (ciąg dalszy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dializy w warunkach ambulatoryjnych (w tym dializy w czasie tymczasowej nieobecności na obszarze objętym usługami planu, jak wyjaśniono w Rozdziale 3, lub kiedy świadczeniodawca zapewniający taką usługę jest czasowo niedostępny).</li> <li>• Dializy w szpitalu (u pacjenta hospitalizowanego w celu udzielenia specjalnej opieki).</li> <li>• Szkolenie w zakresie samodzielnej dializy (w tym szkolenie pacjenta i osoby pomagającej mu w przeprowadzaniu dializy w domu).</li> <li>• Sprzęt i środki do dializy domowej.</li> <li>• Niektóre domowe usługi pomocnicze (np. w razie potrzeby, wizyty osób po odpowiednim szkoleniu w celu sprawdzenia dializy domowej, udzielenia doraźnej pomocy, sprawdzenia sprzętu do dializy i dopływu wody).</li> </ul> <p>Niektóre leki do dializy są pokrywane w ramach świadczenia lekowego Medicare Część B. Więcej informacji na temat refundacji leków w Części B można znaleźć w części <b>Leki na receptę w ramach Medicare Część B</b>.</p> | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Dializy w szpitalu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Opieka szpitalna dla pacjentów hospitalizowanych“.</li> </ul> <p><b>Sprzęt i materiały do dializy domowej</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Trwały sprzęt medyczny i powiązane materiały”.</li> </ul> <p><b>Usługi wsparcia w domu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Opieka agencji domowej opieki zdrowotnej”.</li> </ul> <p><b>Leki do dializy zapewniane w ramach Medicare Część B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Leki na receptę w ramach Medicare Część B”.</li> </ul> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Opieka zapewniana w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwiej (SNF)</b></p> <p>(Definicję opieki zapewnianej w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwiej, można znaleźć w Rozdziale 12 tego dokumentu. Ośrodki wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwiej są czasami określane w skrócie jako SNF (ang. skilled nursing facility).</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pokój dwuosobowy (lub jednoosobowy, jeżeli jest to medycznie uzasadnione).</li> <li>• Posiłki, w tym diety specjalne.</li> <li>• Wyspecjalizowane usługi pielęgniarstwiej</li> <li>• Fizykoterapia, terapia mowy i terapia zajęciowa</li> <li>• Leki podawane członkowi w ramach planu opieki (obejmuje to substancje naturalnie występujące w organizmie, np. czynniki krzepnięcia krwi.)</li> <li>• Krew - w tym przechowywanie i podawanie. Pokrycie kosztów krwi pełnej i koncentratu krwinek czerwonych rozpoczyna się dopiero od drugiego litra krwi podawanej członkowi - musi on zapłacić za pierwsze 1,5 litra krwi, które otrzyma w danym roku kalendarzowym, albo może otrzymać krew od siebie lub innego dawcy. Wszystkie pozostałe składniki krwi są objęte ubezpieczeniem od pierwszego podanego litra.</li> <li>• Materiały medyczne i chirurgiczne zwykle zapewniane przez ośrodki SNF.</li> <li>• Badania laboratoryjne zwykle zapewniane przez ośrodki SNF.</li> <li>• Prześwietlenia RTG i inne usługi radiologiczne zwykle zapewniane przez ośrodki SNF.</li> <li>• Korzystanie ze sprzętu zwykle zapewnianego przez ośrodki SNF, takiego jak wózki inwalidzkie.</li> <li>• Usługi lekarza/świadczeniodawcy</li> </ul> <p><b>Opieka w ośrodku pielęgniarstwiej (SNF) (ciąg dalszy)</b></p> <p>Na ogół, członkowie korzystają z opieki w ośrodkach SNF należących do sieci. Jednak w określonych, wymienionych niżej okolicznościach, członek może uzyskać opiekę w placówce nienależącej do sieci, jeśli akceptuje ona kwoty płacone przez nasz plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dom opieki lub placówka środowiskowa dla seniorów ze stałą opieką, w której pacjent mieszkał przed przyjęciem do szpitala (o ile świadczy on usługi wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwiej).</li> </ul> | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b> Z wyjątkiem nagłych przypadków, lekarz członka musi poinformować plan o planowanym przyjęciu do ośrodka SNF. Nie jest wymagany wcześniejszy pobyt w szpitalu.</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                   | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ośrodek SNF, w którym mieszka współmałżonek lub partner życiowy w chwili wypisania członka ze szpitala.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                       |
|  | <p><b>Zaprzestanie palenia i używania tytoniu (poradnictwo w zakresie zaprzestania palenia lub używania tytoniu)*</b></p> <p><u>W przypadku osób używających tytoniu, lecz bez objawów chorób związanych z tytoniem:</u> Plan pokrywa dwie sesje doradcze w zakresie rzucenia palenia lub używania tytoniu w ciągu 12 miesięcy, jako bezpłatną usługę profilaktyczną. Każda sesja doradcza w zakresie rzucenia palenia obejmuje maksymalnie cztery indywidualne wizyty.</p> <p><u>W przypadku osób używających tytoniu, u których stwierdzono chorobę związaną z tytoniem lub przyjmujących leki, na działanie których tytoń może mieć wpływ:</u> Plan pokrywa usługi doradcze w zakresie rzucenia palenia. Plan pokrywa dwie sesje doradcze w zakresie rzucenia palenia w ciągu 12 miesięcy, jednak członek musi zapłacić obowiązujący udział w kosztach. Każda sesja doradcza w zakresie rzucenia palenia obejmuje maksymalnie cztery indywidualne wizyty.</p> | <p>Za pokrywane przez Medicare profilaktyczne świadczenia dotyczące rzucenia palenia i tytoniu, nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                     |
|                                                                                   | <p><b>Usługi w zakresie rzucenia palenia i używania tytoniu (uzupełniające)*</b></p> <p>Osoby, które chcą rzucić palenie, powinny porozmawiać ze swoim lekarzem podstawowej opieki lub zadzwonić do naszego działu edukacji zdrowotnej.</p> <p>Oprócz świadczeń oferowanych w ramach programu Medicare dotyczącego zaprzestania palenia tytoniu i używania go, plan pokrywa 8 dodatkowych poradnictw.</p> <p>w każdym roku kalendarzowym, aby pomóc Ci rzucić palenie lub używanie wyrobów tytoniowych.</p> <p>Członek musi najpierw wykorzystać całe świadczenie w zakresie rzucenia używania tytoniu pokrywane przez Medicare, zanim plan zapłaci za to świadczenie.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                                                                                                  |
|                                                                                   | <p><b>Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób przewlekle chorych</b></p> <p>Osoby z rozpoznaniem podanych poniżej chorób przewlekłych i spełniające określone kryteria, mogą kwalifikować się do specjalnych świadczeń uzupełniających dla osób przewlekle chorych.</p> <p><b>Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób przewlekle chorych (ciąg dalszy)</b></p> <p>Członek będzie musiał przedłożyć formularz oceny zagrożeń dla zdrowia, stwierdzający, że choruje on na jedno z wymienionych schorzeń, które</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Członkowie korzystający z karty Healthy You nie płacą współubezpieczenia, dopłat ani udziałów własnych.</p> <p><b>Wymagany jest udział w programie zarządzania opieką.</b></p> <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>może ulec pogorszeniu bez dostępu do jednego z wymienionych niżej specjalnych świadczeń uzupełniających.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przewlekłe uzależnienie od alkoholu i innych narkotyków;</li> <li>• zaburzenia autoimmunologiczne;</li> <li>• nowotwór;</li> <li>• zaburzenia układu krążenia;</li> <li>• przewlekła niewydolność serca;</li> <li>• demencja;</li> <li>• cukrzyca;</li> <li>• schyłkowa niewydolność wątroby;</li> <li>• schyłkowa niewydolność nerek (ESRD);</li> <li>• ciężkie zaburzenia hematologiczne;</li> <li>• HIV/AIDS;</li> <li>• przewlekłe choroby płuc;</li> <li>• przewlekłe i upośledzające funkcjonowanie choroby psychiczne;</li> <li>• zaburzenia neurologiczne; oraz</li> <li>• udar.</li> </ul> <p>Plan pomoże członkom w uzyskaniu dostępu do takich świadczeń. W celu złożenia wniosku o takie świadczenia lub uzyskania dodatkowych informacji można zadzwonić do działu obsługi uczestników lub do koordynatora opieki.</p> <p><b>Uwaga:</b> Ubiegając się o to świadczenie członek upoważnia przedstawicieli Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do kontaktowania się z nim telefonicznie, pocztą lub innymi metodami komunikacji wyraźnie określonymi we wniosku członka.</p> <p>Po zatwierdzeniu, twoja wstępnie załadowana karta Healthy You zostanie automatycznie załadowana do 73 dolarów co miesiąc, które można wykorzystać na korzyści SSBCI. Niewykorzystane środki na koniec każdego miesiąca nie będą przenoszone na następny miesiąc.</p> <p><b>Żywność i produkty rolne</b></p> <p>Jeśli jesteś uprawniony, otrzymujesz 73 dolary każdego miesiąca do wydania na żywność i produkty spożywcze.</p> |                                                                                          |
|  | <p><b>Nadzorowana terapia aktywnością fizyczną (SET)</b></p> <p>Terapia SET jest objęta ubezpieczeniem dla członków z objawową chorobą tętnic obwodowych (peripheral artery disease, PAD).</p> <p><b>Nadzorowana terapia ćwiczeniami (SET) (ciąg dalszy)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Po spełnieniu wymagań programu SET, ubezpieczenie obejmuje do 36 sesji w ciągu 12 tygodni.</p> <p>Program SET musi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Składać się z sesji trwających od 30 do 60 minut, obejmujących program szkoleniowy z ćwiczeń terapeutycznych dla osób z chromaniem chorych na PAD.</li> <li>• Być prowadzony w warunkach ambulatoryjnych przy szpitalu lub w gabinecie lekarza.</li> <li>• Być zapewniany przez wykwalifikowany personel pomocniczy, przeszkolony w zakresie terapii ruchowej w PAD, który zagwarantuje, że korzyści będą przewyższały szkody.</li> <li>• Być bezpośrednio nadzorowany przez lekarza, asystenta lekarza lub pielęgniarkę/pielęgniarkę kliniczną, po szkoleniu z podstawowych i zaawansowanych procedur resuscytacji.</li> </ul> <p>Ubezpieczenie może objąć w ramach programu SET więcej niż 36 sesji w ciągu 12 tygodni, a członek może skorzystać z dodatkowych 36 sesji w dłuższym okresie czasu, jeśli świadczeniodawca opieki zdrowotnej uzna, że jest to niezbędne ze względów medycznych.</p>                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  | <p><b>Transport w sytuacjach niebędących nagłymi (dodatkowy)</b></p> <p>Co miesiąc masz do dyspozycji 100 dolarów na wydatki na transport do miejsca związanym z opieką zdrowotną, które możesz swobodnie wydawać za pomocą swojej karty Healthy You. Kwota ta nie odpowiada określonej liczbie „przejazdów”, ale może być wykorzystana do zakupu transportu innego niż awaryjny do limitu korzyści. Kwota ta jest połączona z miesięcznym limitem pozagiełdowym (OTC). Jeśli nie wykorzystasz całej kwoty miesięcznego świadczenia, pozostałe saldo straci ważność i nie zostanie przeniesione na następny miesiąc.</p> <p>Możesz używać swojej przedpłaconej karty Healthy You do zakupu przejazdów w aplikacjach do zamawiania przejazdów, usług taksówkarskich lub na inne formy transportu niealarmowego, takie jak bilety autobusowe, karty kolejowe lub inne formy transportu publicznego. Zachęcamy członków do zmaksymalizowania liczby przejazdów dostępnych w ramach tego limitu. W przypadku często zamawianych miejsc docelowych, takich jak stacje dializ lub placówki fizjoterapeutyczne, skontaktuj się bezpośrednio z placówką świadczącą usługi, aby sprawdzić, czy dostępny jest bardziej ekonomiczny transport, zanim zaplanujesz przejazd lub usługę transportu detalicznego.</p> | <p>Nie ma współpłatności ani opłat własnych za te usługi, jeśli korzystasz ze swojej karty Healthy You</p> <p>Możesz być odpowiedzialny za koszty, jeśli przekroczysz swój maksymalny roczny limit.</p> <p>Mogą obowiązywać ograniczenia i wyłączenia. Osoby wymagające pomocy w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia powinny zadzwonić na 911 i wezwać karetkę.</p> <p>Odwołaj się do „Usług ambulatoryjnych” w tej tabeli, aby dowiedzieć się więcej o transporcie w nagłych wypadkach.</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | <p><b>Pilnie potrzebne usługi (pomoc doraźna)</b></p> <p>vŚwiadczenie objęte planem wymagające natychmiastowej pomocy medycznej, które nie stanowi sytuacji nagłej, można uznać za pilnie potrzebne świadczenie pod warunkiem, że tymczasowo znajdują się Państwo poza obszarem dostępności świadczeń w ramach planu albo uzyskanie takiej świadczenia od świadczeniodawców należących do sieci, z którymi plan zawarł umowę, jest nieuzasadnione, biorąc pod uwagę Państwa czas, miejsce i okoliczności.</p> <p><b>Usługi pilnie potrzebne (ciąg dalszy)</b></p> <p>aby uzyskać tę usługę od dostawców sieci, z którymi plan zawiera umowę. Twój plan musi obejmować pilnie potrzebne usługi i pobierać opłaty tylko za podział kosztów w sieci. Przykładami pilnie potrzebnych świadczeń są nieprzewidziane choroby i urazy albo nieoczekiwane zaostrzenia istniejących schorzeń. Jednakże, niezbędne z medycznego punktu widzenia rutynowe wizyty u świadczeniodawcy, takie jak coroczne badania kontrolne, nie są uważane za pilnie potrzebne, nawet jeśli znajdują się Państwo poza obszarem dostępności świadczeń w ramach planu albo sieć planu jest tymczasowo niedostępna. Poza Stanami Zjednoczonymi, patrz „Ogólnoświatowe świadczenie opieki w nagłym przypadku/pilnej opieki”.</p> | <p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p>                                                                                                                                |
|  | <p><b>Opieka okulistyczna</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatoryjne usługi lekarza w celu zdiagnozowania i leczenia chorób i urazów oczu, w tym leczenie zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem. Original Medicare nie pokrywa rutynowych badań wzroku (refrakcja oka) potrzebnych do doboru okularów/szkieł kontaktowych.</li> <li>W przypadku osób z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na jaskrę, plan pokrywa jedno badanie przesiewowe w kierunku jaskry w roku. Osoby z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na jaskrę to między innymi: osoby z jaskrą w wywiadzie rodzinnym, osoby z cukrzycą, Afroamerykanie w wieku od 50 lat oraz osoby pochodzenia hiszpańskiego w wieku od 65 lat.</li> <li>W przypadku osób z cukrzycą, ubezpieczenie obejmuje badanie przesiewowe w kierunku retinopatii cukrzycowej raz w roku.</li> <li>Jedna para okularów lub szkieł kontaktowych po każdej operacji zaćmy z wszczepieniem soczewek wewnątrz gałkowych (osoby przechodzące dwie oddzielne operacje zaćmy nie mogą zarezerwować sobie tego świadczenia po pierwszej operacji i kupić dwóch par okularów po drugiej operacji.)</li> </ul>                                                                                   | <p>Za usługi okulistyczne pokrywane przez Medicare nie obowiązuje współubezpieczenie, dopłata ani udział własny.</p> <p><b>W przypadku artykułów okulistycznych może być wymagana wcześniejsza autoryzacja.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|                                                                                     | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | <p><b>Opieka okulistyczna (uzupełniająca)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jedno rutynowe badanie wzroku co roku</li> <li>Okulary/szklą kontaktowe, limit do \$350 w roku.</li> </ul> <p>Usługi pokrywane przez Medicaid obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usługi optometrystów, okulistów i farmaceutów okulistycznych, w tym okulary, niezbędne ze względów medycznych szklą kontaktowe i soczewki poliwęglanowe, protezy oczu (standardowe lub indywidualnie dopasowane), pomoce i usługi dla osób niedowidzących. Ubezpieczenie obejmuje naprawę lub wymianę części.</li> </ul> <p><b>Opieka okulistyczna (ciąg dalszy)</b></p> <p>Badania w celu zdiagnozowania i leczenia wad wzroku i/lub chorób oczu. Badania refrakcji mogą być wykonywane tylko co dwa lata, chyba że są niezbędne ze względów medycznych. Członek musi korzystać z usług świadczeniodawcy z sieci. Wykaz świadczeniodawców można sprawdzić w Katalogu świadczeniodawców i aptek lub dzwoniąc do działu obsługi uczestników.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  | <p><b>Witamy na wizycie profilaktycznej Medicare</b></p> <p>Plan pokrywa jednorazową wizytę profilaktyczną <i>Witamy w Medicare</i>. Wizyta obejmuje ocenę stanu zdrowia, a także edukację i</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ważny: Pokrywamy wizytę profilaktyczną <i>Witamy w Medicare</i> tylko w pierwszych 12 miesiącach od przystąpienia do Medicare Część B. Umawiając się na wizytę należy poinformować gabinet lekarza, że chodzi o wizytę profilaktyczną <i>Witamy w Medicare</i>.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Nie obowiązuje żadne współubezpieczenie, dopłata ani odliczenie <i>Witamy w Medicare</i> wizyta profilaktyczna</p>                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                     | <p><b>Ogólnoświatowe ubezpieczenie w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia/w pilnych przypadkach (uzupełniające)*</b></p> <p>Ubezpieczenie oferuje, jako dodatkowe świadczenie, do \$10,000 w każdym roku kalendarzowym na opiekę w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia na całym świecie poza Stanami Zjednoczonymi (USA).</p> <p>Ochrona ta jest ograniczona do świadczeń, które zostałyby sklasyfikowane jako opieka w nagłym przypadku albo pilna opieka, gdyby były udzielane w Stanach Zjednoczonych. Ogólnoświatowe ubezpieczenie w nagłych przypadkach obejmuje opiekę w sytuacjach nagłych i pilną opiekę medyczną oraz transport karetką pogotowia z miejsca zdarzenia do najbliższej placówki medycznej albo placówki świadczącej opiekę po ustabilizowaniu stanu.</p>                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p>Jeśli otrzymasz pomoc w nagłych wypadkach poza Stanami Zjednoczonymi i będziesz potrzebować opieki szpitalnej po ustabilizowaniu stanu zdrowia, musisz wrócić do szpitala w sieci, aby Twoja opieka była nadal objęta ubezpieczeniem LUB</p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

|  | <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Świadczenia pogotowia ratunkowego są objęte ubezpieczeniem w sytuacji, gdy dostanie się na oddział ratunkowy w inny sposób mogłoby zagrażać zdrowiu ubezpieczonego.</p> <p>Prosimy, aby w takich przypadkach ubezpieczony lub jego opiekun skontaktowali się DZWONIĆCIE z planem. Plan postara się, aby opiekę przejęli świadczeniodawcy z sieci, gdy tylko stan zdrowia członka i okoliczności na to pozwolą.</p> <p>Ubezpieczenie nie pokrywa transportu do Stanów Zjednoczonych z innego kraju. Nie jest również pokrywana rutynowa opieka ani zabiegi z wcześniej wyznaczonym terminem lub planowane.</p> <p>Plan nie pokrywa zagranicznych podatków i opłat (w tym między innymi za przewalutowanie i opłaty za transakcje).</p> <p>USA oznacza 50 stanów, Dystrykt Kolumbia, Portoryko, Wyspy Dziewicze, Guam, wyspy Marynary Północne i Samoa Amerykańskie.</p> <p><b>Globalne pokrycie kosztów nagłych wypadków (dodatkowe)* (ciąg dalszy)</b></p> | <p>musisz uzyskać autoryzację planu na opiekę szpitalną w szpitalu spoza sieci.</p> <p>Koszt ponoszony przez ubezpieczonego to udział w kosztach, jaki zapłaciłby w szpitalu należącym do sieci. Obowiązuje kwota maksymalna planu.</p> <p>Konieczne może być złożenie wniosku o zwrot kosztów opieki w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia/pilnej opieki otrzymanej poza Stanami Zjednoczonymi.</p> <p>Do świadczenia zastosowanie ma kwota maksymalna planu, wynosząca \$10,000 w każdym roku kalendarzowym.</p> |

|                   |                                                                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 2.2</b> | <b>Dodatkowe świadczenia dla członków Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pokrywane przez Medicaid</b> |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest planem dla osób ze specjalnymi potrzebami uprawnionych podwójnie, który łączy ochronę ubezpieczeniową w ramach Medicare ze świadczeniami Medicaid, w tym dodatkowe usługi opieki długoterminowej, specjalnie opracowane dla członków wymagających opieki na poziomie opieki zapewnianej w placówce opiekuńczej. W poniższej tabeli wymieniono dodatkowe świadczenia i usługi Medicaid dostępne dla członków Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

| <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Dzienna opieka zdrowotna nad osobami dorosłymi</b></p> <p>Opieka i usługi zapewniane w ośrodku opieki całodobowej lub zatwierdzonej placówce dodatkowej. Musi być zapewniana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pod nadzorem lekarza</li> </ul> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być wcześniejsza autoryzacja.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

| Usługi objęte ubezpieczeniem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Opłata członka w chwili uzyskania usługi                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Przez personel ośrodka dziennej opieki zdrowotnej nad osobami dorosłymi</li> <li>• W oparciu o kompleksową ocenę potrzeb członka i plan opieki</li> <li>• Przy stałej koordynacji planu opieki zdrowotnej.</li> </ul> <p>Obejmuje transport.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Określone usługi w zakresie zdrowia psychicznego</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programy intensywnej rehabilitacji psychiatrycznej,</li> <li>• Leczenie w trybie dziennym,</li> <li>• Kontynuacja leczenia w trybie dziennym,</li> <li>• Zarządzanie przypadkiem dla osób z poważną i uporczywą chorobą psychiczną (finansowane przez stanowe i lokalne kliniki zdrowia psychicznego),</li> <li>• Częściowa hospitalizacja,</li> <li>• Asertywne leczenie środowiskowe (Assertive Community Treatment, ACT),</li> <li>• Spersonalizowane usługi ukierunkowane na powrót do zdrowia (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)</li> </ul> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>                                                                           |
| <p><b>Usługi pomocy osobistej skierowanej do konsumenta (CDPAS)</b></p> <p>Usługi dla członków z przewlekłymi chorobami lub niepełnosprawnością fizyczną, którzy wymagają pomocy medycznej w czynnościach życia codziennego (activities of daily living, ADL) lub wykwalifikowanych usług pielęgniarских. Obejmuje wszelkie usługi świadczone przez opiekuna osobistego (pomocnika domowego), domowego opiekuna medycznego lub pielęgniarkę.</p> <p><b>Członkowie mogą samodzielnie wybrać opiekunów. Członek lub osoba działająca w jego imieniu odpowiadają za zatrudnienie, zwolnienie, szkolenie, nadzór i ewentualne zakończenie współpracy z opiekunami.</b></p>                                              | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>                                                                           |
| <p><b>Usługi stomatologiczne</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem to między innymi regularne i standardowe usługi stomatologiczne, takie jak profilaktyczne kontrole stomatologiczne, czyszczenie, prześwietlenia RTG, wypełnienia i inne usługi pozwalające skontrolować zmiany lub nieprawidłowości, które mogą wymagać leczenia i/lub dalszej opieki.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>W przypadku niektórych usług, np. wstawienia implantów stomatologicznych, może być wymagana uprzednia zgoda.</b></p> |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

| Usługi objęte ubezpieczeniem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Opłata członka w chwili uzyskania usługi                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Obejmuje również niezbędne ze względów medycznych implanty dentystyczne. Członek musi mieć ZARÓWNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zaświadczenie od lekarza wyjaśniające, w jaki sposób implanty pomogą członkowi w leczeniu jego schorzenia</li> <li>• Zaświadczenie od stomatologa wyjaśniające, dlaczego inne sposoby leczenia nie poprawią stanu członka i dlaczego wymaga on implantów</li> </ul> <p><b>Na wizytę u stomatologa nie jest wymagane skierowanie od PCP.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                     |
| <p><b>Trwały sprzęt medyczny (DME)</b></p> <p>Obejmuje trwały sprzęt medyczny (durable medical, equipment, DME) zapewniany poza Medicare i pokrywany przez Medicaid, np. wyroby i sprzęt inny niż materiały medyczne/chirurgiczne, stołki prysznicowe i poręcze oraz urządzenia protetyczne i ortopedyczne.</p> <p>Sprzęt DME jest pokrywany, jeśli spełnione są następujące kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DME może wytrzymać wielokrotne użycie przez dłuższy okres czasu</li> <li>• Jest głównie i zwykle używany do celów medycznych</li> <li>• Na ogół nie jest używany przez osoby, które nie są chore lub nie doznały urazu</li> <li>• Zazwyczaj jest dopasowany, zaprojektowany lub stworzony do użytku przez konkretną osobę</li> <li>• Jest zlecany przez wykwalifikowanego specjalistę</li> </ul> <p>Pacjent nie musi być osobą niewychodzącą z domu.</p> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Część sprzętu może wymagać uprzedniej zgody.</b></p> |
| <p><b>Usługi związane ze słuchem</b></p> <p>Usługi i produkty mające na celu złagodzenie niepełnosprawności spowodowanej utratą lub upośledzeniem słuchu. Muszą być konieczne ze względów medycznych. Świadczenie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wybór, dopasowanie i wydanie aparatu słuchowego</li> <li>• Sprawdzenie aparatu słuchowego po wydaniu</li> <li>• Oceny dopasowania aparatu słuchowego i naprawy</li> <li>• Usługi audiologiczne, w tym badania i testy, oceny aparatu słuchowego i przepisanie aparatu</li> <li>• Aparaty słuchowe, wkładki uszne, specjalne akcesoria i części zamienne</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>           |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

| <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Usługi opieki domowej (wykwalifikowane)</b></p> <p>Świadczenie obejmuje wykwalifikowane usługi niepokrywane przez Medicare, np. usługi fizjoterapeutów w celu nadzorowania programów pozwalających utrzymać osiągnięte rezultaty u pacjentów, którzy osiągnęli maksymalne możliwości rehabilitacyjne, lub usługi pielęgniarek, które zajmują się napełnianiem strzykawek dla osób z niepełnosprawnością chorych na cukrzycę.</p> <p>Obejmuje usługi domowego opiekunka medycznego, zgodnie z zatwierdzonym planem opieki opracowanym przez certyfikowaną agencję domowej opieki zdrowotnej.</p> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>                             |
| <p><b>Posiłki dostarczane do domu i placówek opieki zbiorowej</b></p> <p>Posiłki dostarczane do domu lub placówek opieki zbiorowej, takich jak ośrodki dla seniorów, dla osób które nie są w stanie samodzielnie przygotowywać posiłków lub zlecić ich przygotowania.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>                             |
| <p><b>Opieka szpitalna dla pacjentów hospitalizowanych, w tym opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych</b></p> <p>Opieka niezbędna ze względów medycznych, w tym przez dni przekraczające ustalony przez Medicare 190-dniowy maksymalny okres w ciągu całego życia dotyczący hospitalizacji psychiatrycznej.</p> <p>Plan pokrywa 365 dni w roku (366 w roku przestępnym)</p>                                                                                                                                                                 | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana jest uprzednia zgoda, z wyjątkiem nagłych przypadków.</b></p> |
| <p><b>Medyczne usługi społeczne</b></p> <p>Ocena, organizacja i zapewnienie pomocy w przypadku problemów społecznych związanych z utrzymaniem członka w domu.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>                             |
| <p><b>Materiały medyczne/chirurgiczne</b></p> <p>Świadczeniem objęte są materiały medyczne lub chirurgiczne oraz preparaty do żywienia dojelitowego/pozajelitowego i suplementy - wyroby ogólnie uważane za jednorazowe i/lub zużywalne.</p> <p>Preparaty do żywienia dojelitowego i suplementy diety są ograniczone do osób, które nie mogą być odżywiane w inny sposób oraz do osób spełniających następujące warunki:</p>                                                                                                                                                                          | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>                             |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

| Usługi objęte ubezpieczeniem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Opłata członka w chwili uzyskania usługi                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoby karmione przez sondę pokarmową, które nie są w stanie żuć ani połykać pokarmu i muszą być odżywiane preparatem podawanym przez sondę; oraz</li> <li>• Osoby z rzadkimi, wrodzonymi zaburzeniami metabolicznymi, wymagające specjalnych preparatów medycznych w celu zapewnienia niezbędnych składników odżywczych.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |
| <p><b>Transport medyczny (rutynowy/nie w nagłych przypadkach)</b></p> <p>Transport w jedną stronę i w obie strony karetką pogotowia, karetką transportową, śmigłowcem lub samolotem, furgonetką dla osób na wózkach inwalidzkich, taksówką, transportem publicznym lub innymi środkami odpowiednimi do stanu zdrowia członka. W razie potrzeby obejmuje opiekuna na czas transportu, który towarzyszy członkowi. Może obejmować wyżywienie, zakwaterowanie i wynagrodzenie opiekuna na czas transportu. (Wynagrodzenie nie będzie wypłacane opiekunowi, który jest członkiem rodziny).</p> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>          |
| <p><b>Odżywianie</b></p> <p>Obejmuje ocenę potrzeb żywieniowych, opracowanie i ocenę planów leczenia, edukację i doradztwo w zakresie odżywiania, szkolenie doskonalące. Uwzględnia kwestie kulturowe.</p> <p>Świadczenie obejmuje zmodyfikowane pokarmy stałe, które są niskobiałkowe lub zawierają zmodyfikowane białko dla osób z określonymi dziedzicznymi chorobami związanymi z nieprawidłowościami w obrębie metabolizmu aminokwasów i kwasów organicznych.</p>                                                                                                                     | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>          |
| <p><b>Ambulatoryjne leczenie psychiatryczne</b></p> <p>Wizyty terapii indywidualnej i grupowej.</p> <p>Członek może samodzielnie zgłosić się na jedną ocenę u świadczeniodawcy z sieci w okresie 12 miesięcy.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być wcześniejsza autoryzacja.</b></p> |
| <p><b>Leczenie ambulatoryjne w związku z zaburzeniem używania substancji psychoaktywnych</b></p> <p>Wizyty indywidualne i grupowe.</p> <p>Członek musi być w stanie samodzielnie zgłosić się na jedną ocenę u świadczeniodawcy z sieci w okresie 12 miesięcy.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>          |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

| <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Usługi pomocy w opiece osobistej (PCS)</b></p> <p>Świadczenie obejmuje zapewnienie niezbędnej ze względów medycznych pomocy w czynnościach takich jak higiena osobista, ubieranie się i karmienie, wsparcie żywieniowe i środowiskowe, takie jak przygotowywanie posiłków i sprzątanie.</p> <p>Usługi muszą być niezbędne do utrzymania zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa członka we własnym domu.</p>                                                                                            | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>          |
| <p><b>Osobisty system bezpieczeństwa i pomocy medycznej (PERS)</b></p> <p>PERS to urządzenie elektroniczne, które umożliwia uzyskanie pomocy w sytuacji zagrożenia fizycznego, emocjonalnego lub środowiskowego.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być wcześniejsza autoryzacja.</b></p> |
| <p><b>Prywatna opieka pielęgnarska</b></p> <p>Musi być świadczona przez dyplomowaną pielęgniarkę (registered nurse, RN) lub pielęgniarkę licencjonowaną (licensed practical nurse, LPN) posiadającą licencję i aktualnie zarejestrowaną w Departamencie Edukacji stanu Nowy Jork. Usługi może zapewniać zatwierdzona certyfikowana agencja domowej opieki zdrowotnej, licencjonowana agencja opieki domowej lub prywatny specjalista.</p>                                                                  | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>          |
| <p><b>Protezy i urządzenia ortopedyczne</b></p> <p>Urządzenia (poza dentystycznymi) zastępujące cały lub część narządu/części ciała lub jego funkcję. Są to między innymi: worki kolostomijne i materiały bezpośrednio związane z pielęgnacją kolostomii, rozruszniki serca, szyny/gorsety ortopedyczne, buty ortopedyczne, protezy kończyn i piersi (w tym biustonosz chirurgiczny dla kobiet po mastektomii).</p> <p>Świadczenie obejmuje określone materiały związane z urządzeniami protetycznymi.</p> | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>          |
| <p><b>Ambulatoryjne usługi rehabilitacyjne</b></p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <p>Fizjoterapia i terapia zajęciowa</p> <p>Terapia logopedyczna</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p> <p><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b></p>          |
| <p><b>Dzienna opieka społeczna</b></p> <p>Ustrukturyzowany, kompleksowy program zapewniający socjalizację, nadzór, monitorowanie, opiekę osobistą i żywienie w bezpiecznych</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.</p>                                                           |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

| <b>Usługi objęte ubezpieczeniem</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>Oplata członka w chwili uzyskania usługi</b>                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| warunkach w dowolnej części dnia. Może obejmować pomoc w czynnościach życia codziennego, zarządzanie przypadkiem i transport. Zakres ubezpieczenia zależy od potrzeb medycznych.                                                                                  | <b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b>                                                                                      |
| <b>Wsparcie społeczne i środowiskowe</b><br>Świadczenie obejmuje usługi i artykuły wspierające potrzeby medyczne. Może obejmować czynności konserwacji w domu, usługi pomocy domowej/pomoc w pracach wykonywanych w domu, modernizacje w domu i opiekę zastępczą. | Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, dopłat ani udziału własnego.<br><b>Wymagana może być uprzednia zgoda.</b> |

**SEKCJA 3 Jakie usługi są objęte ubezpieczeniem poza planem Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?****Sekcja 3.1 Usługi, które *nie* są pokrywane przez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nie obejmuje ubezpieczeniem niektórych usług pokrywanych przez Medicaid. Ubezpieczony może uzyskać takie usługi od dowolnego świadczeniodawcy, który akceptuje Medicaid, korzystając ze swojej karty świadczeń Medicaid. W razie wątpliwości, czy dane świadczenie jest pokrywane przez Senior Whole Health of New York NHC czy Medicaid, należy zadzwonić do działu obsługi uczestników pod numer 1-833-671-0440 (TTY 711).

Wymienione niżej usługi nie są objęte ubezpieczeniem przez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), są jednak dostępne za pośrednictwem Medicaid:

- Zapewniane poza siecią planu usługi planowania rodziny w ramach przepisów o bezpośrednim dostępie,
- Świadczenia apteczne Medicaid zgodnie z prawem stanowym (wybrane kategorie leków wyłączone ze świadczenia Medicare Część D),
- Programy leczenia podtrzymującego metadonem,
- Usługi rehabilitacji zapewniane osobom mieszkającym w licencjonowanych przez OMH (Urząd zdrowia psychicznego) domach środowiskowych (Community Residences, CR) i uczestniczącym w programach leczenia rodzinnego,
- Usługi świadczone przez Urząd ds. osób z niepełnosprawnościami rozwojowymi,
- Program Medicaid dotyczący kompleksowego zarządzania przypadkami,
- Bezpośrednio nadzorowane leczenie (directly observed therapy, DOT) gruźlicy.

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)****SEKCJA 4 Jakie usługi nie są objęte ubezpieczeniem przez plan?****Sekcja 4.1 Usługi, które *nie* są pokrywane przez plan**

W tej części omówiono usługi, które są wyłączone z ubezpieczenia.

W poniższej tabeli opisano niektóre usługi i produkty, które nie są objęte ubezpieczeniem przez plan w żadnych okolicznościach lub są objęte ubezpieczeniem tylko w określonych okolicznościach.

Korzystając z wyłączonych usług (nie pokrywanych przez plan), członek musi sam za nie zapłacić, z wyjątkiem wymienionych poniżej szczególnych warunków. Nawet jeśli członek skorzysta z wyłączonych usług w placówce zapewniającej opiekę w nagłych przypadkach, są to nadal usługi wyłączone i plan za nie nie zapłaci. Jedynym wyjątkiem jest sytuacja, w której członek złoży odwołanie od decyzji o nieobjęciu usługi ubezpieczeniem i zostanie podjęta decyzja, że jest to usługa medyczna, za którą plan powinien był zapłacić lub którą powinien był pokryć ze względu na szczególną sytuację członka. (Informacje na temat odwołania od decyzji o nieobjęciu ubezpieczeniem usługi medycznej, znajdują się w Rozdziale 9, Część 6.3 tego dokumentu).

| Usługi niepokrywane przez Medicare                                                                                                                                                                                                                         | Niepokrywane w żadnych okolicznościach | Pokrywane tylko w określonych okolicznościach                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Operacja lub zabiegi kosmetyczne                                                                                                                                                                                                                           |                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pokrywane w przypadkach przypadkowego urazu lub w celu poprawy funkcjonowania zniekształconej części ciała.</li> <li>Pokrywane na każdym etapie rekonstrukcji piersi po mastektomii, a także w przypadku zabiegu na piersi niedotkniętej mastektomią w celu uzyskania symetrycznego wyglądu.</li> </ul> |
| Usługi opiekuńcze<br>Usługi opiekuńcze oznaczają opiekę osobistą nad osobą, która nie wymaga stałej uwagi przeszkolonego personelu medycznego lub paramedycznego, na przykład pomoc w czynnościach życia codziennego, takich jak kąpiel lub ubieranie się. | Niepokrywane w żadnych okolicznościach |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Zabiegi medyczne i chirurgiczne, sprzęt i leki o charakterze eksperymentalnym.<br>Zabiegi i produkty eksperymentalne to takie, które według Original Medicare nie są powszechnie                                                                           |                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mogą być pokrywane przez Original Medicare w ramach badania klinicznego zatwierdzonego przez Medicare lub przez nasz plan.</li> </ul> (Więcej informacji na temat badań klinicznych znajduje się w Rozdziale 3, Części 5).                                                                              |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

| <b>Usługi niepokrywane przez Medicare</b>                                                                                                | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> | <b>Pokrywane tylko w określonych okolicznościach</b>                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| akceptowane przez środowisko medyczne.                                                                                                   |                                               |                                                                                                                                                                                                               |
| Opłaty pobierane za opiekę nad członkiem przez członków najbliższej rodziny lub gospodarstwa domowego.                                   | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> |                                                                                                                                                                                                               |
| Opieka pielęgniarstwa w pełnym wymiarze czasu w domu członka.                                                                            | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> |                                                                                                                                                                                                               |
| Posiłki dostarczane do domu                                                                                                              |                                               | <b>Pokrywane w ramach Medicaid.</b>                                                                                                                                                                           |
| Usługi pomocy domowej obejmujące pomoc w podstawowych obowiązkach domowych, np. lekkie prace domowe lub przygotowanie prostych posiłków. |                                               | <b>Pokrywane w ramach Medicaid.</b>                                                                                                                                                                           |
| Usługi medycyny naturalnej (stosowanie naturalnych lub alternatywnych metod leczenia).                                                   | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> |                                                                                                                                                                                                               |
| Buty ortopedyczne lub inne artykuły do stóp                                                                                              |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Buty będące elementem stabilizatora nogi i uwzględnione w koszcie stabilizatora. Buty ortopedyczne lub terapeutyczne dla osób z zespołem stopy cukrzycowej.</li> </ul> |
| Przedmioty osobiste w pokoju szpitalnym lub w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa, takie jak telefon lub telewizor.          | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> |                                                                                                                                                                                                               |
| Pokój jednoosobowy w szpitalu.                                                                                                           |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pokrywany tylko w przypadkach, gdy jest to niezbędne ze względów medycznych.</li> </ul>                                                                                |
| Zabiegi w celu odwrócenia sterylizacji i/lub środki antykoncepcyjne bez recepty.                                                         | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> |                                                                                                                                                                                                               |
| Regularna opieka chiropraktyka                                                                                                           |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia manualna kręgosłupa wykonywana w celu skorygowania podwichnięcia jest pokrywana.</li> </ul>                                                                    |
| Regularna opieka stomatologiczna, np. czyszczenie, wypełnienia lub protezy.                                                              | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> |                                                                                                                                                                                                               |

**Rozdział 4 Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**

| <b>Usługi niepokrywane przez Medicare</b>                                                      | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> | <b>Pokrywane tylko w określonych okolicznościach</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Keratotomia radialna, zabiegi LASIK oraz inne pomoce dla osób niedowidzących.                  |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>W przypadku osób po operacji zaćmy, pokrywane jest badanie wzroku i jedna para okularów (lub szkieł kontaktowych).</li> <li>Plan oferuje dodatkowe ubezpieczenie usług okulistycznych. Więcej informacji można znaleźć w punkcie „Opieka okulistyczna” w tabeli świadczeń, Części 2.1 w tym rozdziale.</li> </ul> |
| Rutynowa pielęgnacja stóp                                                                      |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ograniczone ubezpieczenie zapewniane zgodnie z wytycznymi Medicare (np. w przypadku osób z cukrzycą).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  |
| Rutynowe badania słuchu, aparaty słuchowe lub badania w celu dopasowania aparatu.              |                                               | Pokrywane w ramach Medicaid.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Usługi, które zgodnie z normami Original Medicare są uważane za nieuzasadnione i niekonieczne. | <b>Niepokrywane w żadnych okolicznościach</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

# ROZDZIAŁ 5:

*Korzystanie z ubezpieczenia planu na  
leki na receptę w ramach Części D*

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D****Jak otrzymać informacje o kosztach leków?**

Osoby kwalifikujące się do Medicaid, kwalifikują się i otrzymują „dodatkową pomoc” od Medicare w opłacaniu kosztów planu oferującego leki na receptę. **Niektóre informacje podane w *Warunkach ubezpieczenia* na temat kosztów leków na receptę w ramach Części D mogą nie dotyczyć naszych członków**, ponieważ korzystają oni z programu „dodatkowej pomocy”.

**SEKCJA 1 Wstęp**

W tym rozdziale **wyjaśniono zasady korzystania z ubezpieczenia na leki w ramach Części D**. W Rozdziale 4 można znaleźć informacje na temat świadczeń dotyczących leków uzyskiwanych w ramach Medicare Część B i w hospicjum.

Oprócz leków objętych ubezpieczeniem przez Medicare, niektóre leki na receptę są pokrywane w ramach świadczeń Medicaid.

Więcej informacji na temat leków objętych ubezpieczeniem Medicaid można uzyskać kontaktując się z działem obsługi uczestników lub stanowym biurem Medicaid (informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2, Części 6).

**Sekcja 1.1 Podstawowe zasady refundowania przez plan leków w ramach Części D**

Plan zasadniczo będzie pokrywał (refundował) leki przyjmowane przez członka, o ile przestrzega on następujących podstawowych zasad:

- Świadczeniodawca (lekarz, dentysta lub inna osoba upoważniona do wystawiania recept) musi wystawić receptę, która jest ważna w świetle obowiązujących przepisów stanowych.
- Osoba wystawiająca receptę nie może znajdować się na listach wykluczonych świadczeniodawców Medicare.
- Z reguły członek musi realizować recepty w aptece należącej do sieci. (Patrz Część 2, *Recepty należy realizować w aptekach należących do sieci planu lub w aptekach wysyłkowych planu*).
- Lek musi się znajdować na *List of Covered Drugs (Liście refundowanych leków planu) (Wykaz leków)* (w skrócie nazywanej „Spisem leków”). (Patrz Część 3, *Leki muszą znajdować się w „Spisie leków” planu*).
- Lek musi być stosowany w medycznie akceptowanym wskazaniu. Medycznie akceptowane wskazanie to zastosowanie leku zatwierdzone przez Urząd ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) lub poparte określonymi materiałami źródłowymi. (Więcej informacji na temat medycznie akceptowanych wskazań można znaleźć w Części 3).

**SEKCJA 2 Recepty należy realizować w aptekach należących do sieci planu lub w aptekach wysyłkowych planu****Sekcja 2.1 Korzystanie z usług apteki należącej do sieci**

W większości przypadków leki na receptę są objęte ubezpieczeniem (refundowane) *tylko* wtedy, gdy są kupowane w aptekach należących do sieci planu. (Przypadki, w których plan zrefunduje leki na receptę kupowane w aptece nienależącej do sieci, opisano w Części 2.5).

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

Apteka należąca do sieci to apteka, która ma umowę z planem na wydawanie leków na receptę refundowanych przez plan. Termin „leki refundowane” oznacza wszystkie leki na receptę w ramach Części D, ujęte w „Spisie leków planu”.

**Sekcja 2.2 Apteki należące do sieci****Jak znaleźć w swojej okolicy aptekę należącą do sieci?**

Aby znaleźć aptekę sieciową, możesz poszukać w swojej *Katalog dostawców/aptek*, odwiedź naszą stronę internetową ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)), i/lub zadzwoń do Działu Obsługi Klienta.

Członkowie mogą korzystać z usług dowolnej apteki należącej do sieci.

**Co zrobić, gdy apteka, z której członek dotychczas korzystał, opuszcza sieć planu?**

Jeżeli apteka, z której korzysta ubezpieczony opuszcza sieć planu, trzeba będzie znaleźć nową aptekę należącą do sieci. Pomoc w znalezieniu innej apteki w swojej okolicy, można uzyskać w dziale obsługi uczestników lub korzystając z *Katalogu świadczeniodawców/aptek*. Informacje można znaleźć również na naszej stronie internetowej pod adresem [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

**Co zrobić, gdy potrzebna jest apteka specjalistyczna?**

Niektóre recepty muszą być realizowane w aptece specjalistycznej. Do takich aptek należą:

- Apteki dostarczające leki do terapii infuzyjnej w warunkach domowych.
- Apteki dostarczające leki dla osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej (ang. long-term care facility, LTC). Zwykle takie placówki (na przykład domy opieki) mają swoje własne apteki. W razie trudności z otrzymaniem świadczeń w ramach Części D w placówce LTC, należy skontaktować się z działem obsługi uczestników.
- Apteki obsługujące program Indian Health Service (Opieka zdrowotna dla Indian) / Tribal (plemion) / Urban Indian Health Program (Indian zamieszkujących obszary miejskie) (nie dostępne w Portoryko). Z wyjątkiem nagłych przypadków, dostęp do takich aptek w ramach naszej sieci mają tylko rdzenni mieszkańcy Ameryki i Alaski.
- Apteki wydające niektóre leki ograniczone przez FDA do wydawania w określonych miejscach lub wymagające szczególnego traktowania, koordynacji przez świadczeniodawcę lub edukacji w zakresie ich stosowania. Aby znaleźć specjalistyczną aptekę, poszukaj w swojej *Katalog dostawców/aptek* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) lub zadzwoń do Działu Obsługi Klienta.

**Sekcja 2.3 Korzystanie z aptek wysyłkowych planu**

Niektóre rodzaje leków można wykupić w należącej do sieci planu aptece wysyłkowej. W ten sposób można zwykle uzyskać leki, które członek przyjmuje regularnie, na schorzenie przewlekłe lub długotrwałe. Leki, które *nie są* dostępne w ramach sprzedaży wysyłkowej planu, są oznaczone jako „NM w naszym Wykazie leków.

Apteki wysyłkowe planu umożliwiają członkom zamówienie **zapasu leków na okres do 100 dni**.

Aby otrzymać formularze zamówienia i informacje na temat realizacji recept pocztą należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych albo odwiedzić naszą stronę internetową pod adresem [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

Zazwyczaj zamówienie z apteki wysyłkowej zostanie dostarczone do Państwa w ciągu maksymalnie 14 dni. W przypadku, gdy lek jest pilnie potrzebny lub w przypadku opóźnienia w realizacji recepty, prosimy o kontakt telefoniczny z Działem Obsługi Ubezpieczonych, aby dowiedzieć się, jak uzyskać tymczasowy zapas leku.

**Nowe recepty przekazywane do apteki bezpośrednio z gabinetu lekarza.**

Po otrzymaniu recepty od świadczeniodawcy, apteka skontaktuje się z członkiem, aby sprawdzić, czy chce on zrealizować receptę natychmiast czy w późniejszym terminie. Członek powinien koniecznie odpowiedzieć na każde zapytanie ze strony apteki i poinformować, czy chce, aby apteka wysłała nowy lek, opóźniła realizację recepty lub wstrzymała jej realizację.

**Powtórzenie recepty realizowanej w aptece wysyłkowej.** Członek może zapisać się do programu automatycznego uzupełniania leków, aby powtórzyć receptę. W ramach tego programu plan zacznie automatycznie realizować kolejną receptę, gdy dokumentacja planu wskaże, że członkowi wkrótce skończy się zapas leku. Przed każdą kolejną wysyłką uzupełnienia leku, apteka skontaktuje się z członkiem, aby sprawdzić, czy potrzebuje on więcej leku, a członek będzie mógł anulować planowe uzupełnienie leku, jeśli będzie jeszcze miał wystarczający zapas leku lub jeśli zmienił lek.

Jeśli członek nie zdecyduje się korzystać z naszego programu automatycznego uzupełniania leków, ale nadal chce, aby apteka wysyłkowa wysłała mu lek, powinien skontaktować się z apteką 14 dni przed wyczerpaniem się bieżącego zapasu leku. Zapewni to terminową wysyłkę zamówienia.

Aby zrezygnować z naszego programu, który automatycznie przygotowuje odnowienia wysyłkowe, proszę skontaktować się z nami, dzwoniąc do swojej apteki wysyłkowej:

**Sekcja 2.4 Jak uzyskać zapas leków na dłuższy okres?**

Plan oferuje dwa sposoby uzyskania długoterminowego zapasu leków (zwanego również rozszerzonym zapasem leków) przyjmowanych długotrwale z listy leków naszego planu. (Leki podtrzymujące to leki, które pacjent przyjmuje regularnie na dolegliwości chroniczne albo długoterminowe).

1. Niektóre apteki detaliczne w naszej sieci pozwalają na wykupienie długoterminowego zapasu leków podtrzymujących. W *Katalogu świadczeniodawców/aptek* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) zaznaczono, które apteki należące do naszej sieci mogą wydać leki podtrzymujące w ilościach wystarczających na dłuższy okres. Więcej informacji można również uzyskać kontaktując się telefonicznie z Działem Obsługi Ubezpieczonych.
2. Leki podtrzymujące można również uzyskać za pośrednictwem naszego programu aptek wysyłkowych. Więcej informacji można znaleźć w Części 2.3.

**Sekcja 2.5 Kiedy można korzystać z apteki nienależącej do sieci planu?****Leki na receptę mogą być refundowane w określonych sytuacjach.**

Zasadniczo refundujemy leki wykupione w aptece spoza sieci *tylko* wtedy, gdy członek nie może skorzystać z apteki należącej do sieci. Dla wygody naszych członków posiadamy apteki sieciowe poza obszarem naszych usług, gdzie można realizować swoje recepty. **Najpierw należy skontaktować się z działem obsługi uczestników**, aby sprawdzić, czy w okolicy znajduje się apteka należąca do sieci.

**Plan zrefunduje leki na receptę wykupywane w aptece nienależącej do sieci w następujących okolicznościach:**

- Recepta dotyczy pilnie potrzebnej opieki

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

- Recepty dotyczą opieki związanej ze stanem nagłego zagrożenia zdrowia
- Refundacja będzie ograniczona do zapasu na 31 dni, chyba że recepta będzie wystawiona na krótszy okres.

**W jaki sposób można zażądać od planu zwrotu poniesionych kosztów?**

Jeżeli członek musi skorzystać z apteki poza siecią, zwykle będzie musiał zapłacić pełny koszt leku w chwili realizowania recepty. Można zwrócić się do planu o zwrot kosztów. (W Części 2 Rozdziału 7 wyjaśniono, jak zwrócić się do planu o zwrot poniesionych kosztów).

**SEKCJA 3 Leki muszą znajdować się na „Liście leków” planu****Sekcja 3.1 „Spis leków” informuje, które leki z Części D są refundowane**

Plan posiada *Listę refundowanych leków (Wykaz leków)*. W niniejszych *Warunkach ubezpieczenia* lista ta w skrócie nazywana jest **Wykazem leków**.

Leki znajdujące się w tym wykazie są wybierane przez plan z pomocą zespołu lekarzy i farmaceutów. Spis spełnia wymagania Medicare i został zatwierdzony przez Medicare.

Wykaz leków obejmuje leki objęte programem Medicare Part D. Oprócz leków pokrywanych przez Medicare, niektóre leki na receptę są pokrywane w ramach świadczeń Medicaid w stanie Nowy Jork. Więcej informacji na temat leków objętych ubezpieczeniem Medicaid można uzyskać kontaktując się ze stanowym biurem Medicaid (dane kontaktowe podano w części 6 w Rozdziale 2).

Zasadniczo pokryjemy koszty leku znajdującego się w Wykazie leków w ramach planu, o ile przestrzegają Państwo innych zasad pokrycia kosztów wyjaśnionych w tym rozdziale, a lek jest stosowany w medycznie uzasadnionym wskazaniu. „Medycznie uzasadnione wskazanie” stanowi wykorzystanie leku, które jest:

- Dopuszczone przez Agencję ds. Żywności i Leków w przypadku diagnozy albo schorzenia, w ramach którego lek jest przepisywany albo
- Wspierane przez określone źródła, takie jak American Hospital Formulary Service Drug Information i system informacji Micromedex DRUGDEX.

Wykaz leków obejmuje leki markowe, leki generyczne i produkty biologiczne (które mogą obejmować leki biopodobne).

Lek markowy to lek wydawany na receptę, sprzedawany pod zastrzeżoną nazwą markową należącą do producenta leku. Produkty biologiczne to leki, które są bardziej złożone niż typowe leki. W Wykazie leków, kiedy mówimy o lekach, może to oznaczać lek lub produkt biologiczny.

Lek generyczny to lek na receptę, który zawiera te same aktywne składniki co lek markowy. Produkty biologiczne mają alternatywy, które nazywane są lekami biopodobnymi. Ogólnie rzecz biorąc, leki generyczne i biopodobne działają tak samo dobrze jak leki markowe lub oryginalne produkty biologiczne i zazwyczaj kosztują mniej. Dostępne są generyczne zamienniki dla wielu leków markowych oraz biopodobne alternatywy dla niektórych oryginalnych produktów biologicznych. Niektóre leki biopodobne są wymiennymi lekami biopodobnymi i, w zależności od prawa stanowego, mogą zastąpić oryginalny produkt biologiczny w aptece bez konieczności uzyskania nowej recepty, podobnie jak leki generyczne mogą zastępować leki markowe.

Definicje rodzajów narkotyków, które mogą znaleźć się na Liście Narkotyków, można znaleźć w rozdziale 11.

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D****Leki dostępne bez recepty**

Plan pokrywa również określone leki dostępne bez recepty. Niektóre leki dostępne bez recepty są tańsze niż leki na receptę, a są równie skuteczne. Więcej informacji można uzyskać, dzwoniąc do Działu Obsługi Ubezpieczonych.

**Czego *nie* ma w Wykazie leków?**

Plan nie obejmuje ubezpieczeniem wszystkich leków na receptę.

- W niektórych przypadkach prawo nie zezwala żadnemu planowi refundacji leków Medicare na pokrycie niektórych rodzajów leków. (Aby uzyskać więcej informacji na ten temat, proszę zapoznać się z częścią 7.1 tego rozdziału.)
- W innych przypadkach zdecydowaliśmy się nie umieszczać danego leku w Wykazie leków. W niektórych przypadkach mogą Państwo uzyskać lek, który nie znajduje się w Wykazie leków. (Więcej informacji można znaleźć w rozdziale 8.)

**Sekcja 3.2 W jaki sposób można sprawdzić, czy dany lek znajduje się w „Spisie leków”?**

Są na to 4 sposoby. Można:

1. Sprawdzić w najnowszym Wykazie leków, który udostępniamy w formacie elektronicznym.
2. Odwiedzić stronę internetową planu ([www.myAARPMedicare.com](http://www.myAARPMedicare.com)). Wykaz leków na stronie internetowej jest zawsze najbardziej aktualny.
3. Proszę zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych, aby dowiedzieć się, czy dany lek znajduje się w Wykazie leków planu lub poprosić o kopię wykazu.
4. Proszę skorzystać z narzędzia Real-Time Benefit Tool ([www.wellcare.com/fidelisNY](http://www.wellcare.com/fidelisNY)) lub dzwoniąc do Działu Obsługi Ubezpieczonych). Dzięki temu narzędziu mogą Państwo wyszukać leki w Wykazie leków, aby zobaczyć szacunkową kwotę, jaką Państwo zapłacą oraz czy istnieją alternatywne leki w Wykazie leków, które mogą leczyć tę samą chorobę.

**SEKCJA 4 Refundacja niektórych leków objęta jest pewnymi ograniczeniami****Sekcja 4.1 Dlaczego niektóre leki są objęte ograniczeniami?**

W przypadku niektórych leków na receptę obowiązują specjalne zasady ograniczające to, w jaki sposób i kiedy plan je refunduje. Zostały one opracowane przez zespół lekarzy i farmaceutów, aby zachęcić członków i świadczeniodawców do korzystania z leków w jak najbardziej efektywny sposób. W „Spisie leków” można sprawdzić, czy zasady te dotyczą leku, który członek przyjmuje lub chce przyjmować. Jeżeli bezpieczny, tańszy lek jest równie skuteczny medycznie jak lek droższy, zasady planu są tak pomyślane, aby zachęcić pacjentów i świadczeniodawców do korzystania z tańszych opcji.

Należy zauważyć, że czasami dany lek może pojawić się w „Spisie leków” więcej niż jeden raz. Wynika to z faktu, że ten sam lek może różnić się w zależności od dawki, ilości lub postaci przepisanej przez lekarza, a do różnych form leku (np. 10 mg a 100 mg; jeden raz na dobę a dwa razy na dobę; tabletki a płyn) mogą odnosić się inne ograniczenia lub udział w kosztach.

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D****Sekcja 4.2 Jakiego rodzaju ograniczeń?**

Poniższe części zawierają więcej informacji na temat rodzajów ograniczeń, jakie mają zastosowanie w przypadku określonych leków.

**Ograniczenie dotyczące danego leku zwykle oznacza, że członek albo świadczeniodawca musi podjąć dodatkowe działania, abyśmy objęli lek refundacją.** Aby dowiedzieć się, jakie działania musi podjąć członek albo świadczeniodawca w celu uzyskania refundacji danego leku, należy skontaktować się z działem obsługi członków. W celu uzyskania zniesienia ograniczenia w konkretnym przypadku członek musi skorzystać z procedury decyzji refundacyjnej i zawnioskować do nas o odstąpienie. Możemy, ale nie musimy wyrazić zgody na zniesienie ograniczenia w danym przypadku. (Patrz rozdział 8.)

**Uzyskiwanie wcześniejszego zatwierdzenia w ramach planu**

W przypadku określonych leków członek albo świadczeniodawca musi uzyskać zatwierdzenie w ramach planu zanim zgodzimy się objąć lek refundacją. Nazywa się to „**wcześniejszą zgodą**”. Ma to na celu zapewnienie bezpieczeństwa stosowania leku i wsparcie w zakresie odpowiedniego stosowania określonych leków. W przypadku nieuzyskania takiego zatwierdzenia lek może nie zostać objęty planem.

**Wypróbowanie innego leku**

Ten wymóg ma na celu zachęcenie członka do wypróbowania mniej kosztownych, ale zwykle równie skutecznych leków przed objęciem danego leku refundacją. Przykładowo, jeśli lek A i lek B stosuje się w leczeniu tego samego schorzenia, ale lek A jest tańszy, plan może wymagać od członka wypróbowania najpierw leku A. Jeśli lek A okaże się nieodpowiedni, wówczas plan obejmie refundacją lek B. Ten wymóg uprzedniego wypróbowania innego leku to tak zwane **leczenie stopniowane**.

**Ograniczenie ilościowe**

W przypadku określonych leków wprowadzamy ograniczenie dotyczące ilości leku, jaką członek może każdorazowo uzyskać przy realizacji recepty. Przykładowo, jeśli w przypadku danego leku standardowo uznaje się, że bezpieczne jest przyjmowanie jednej tabletki dziennie, możemy ograniczyć refundację recepty do nie więcej niż jednej tabletki dziennie.

**SEKCJA 5 Co zrobić, jeśli jeden z leków nie jest refundowany tak, jakby sobie tego życzył ubezpieczony?****Sekcja 5.1 Co może zrobić członek, jeżeli lek nie jest refundowany zgodnie z jego oczekiwaniami.**

Zdarzają się sytuacje, w których przyjmowanego leku na receptę lub leku, który zdaniem członka i jego lekarza powinien być przyjmowany, nie ma w naszym wykazie leków lub jest w wykazie, ale jest objęty ograniczeniami. Na przykład:

- Lek może w ogóle nie podlegać refundacji. Albo wersja generyczna leku podlega refundacji, lecz żądana przez członka wersja markowa nie jest refundowana.
- Lek jest refundowany, ale obowiązują dodatkowe zasady lub ograniczenia refundacji, wyjaśnione w Części 4.

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

- Jeżeli lek nie jest refundowany zgodnie z oczekiwaniami ubezpieczonego, może on podjąć pewne działania.
- Jeżeli danego leku nie ma w „Spisie leków” lub jeżeli dotyczą go pewne ograniczenia, instrukcje dotyczące dalszego postępowania można znaleźć w Części 5.2.

|                   |                                                                                                    |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 5.2</b> | <b>Co można zrobić, jeśli danego leku nie ma w „Spisie leków” lub jeśli podlega ograniczeniom?</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

Jeżeli danego leku nie ma w „Spisie leków” lub dotyczą go pewne ograniczenia, istnieją pewne opcje:

- Istnieje możliwość uzyskania tymczasowego zapasu leku.
- Członek może zmienić lek na inny.
- Członek może złożyć wniosek o zastosowanie wyjątku i refundację leku lub usunięcie ograniczenia dotyczącego leku.

**Istnieje możliwość otrzymania tymczasowego zapasu leku**

W określonych okolicznościach plan musi zapewnić tymczasowy zapas leku, który członek już przyjmuje. Taki zapas daje członkowi czas na omówienie ze swoim lekarzem zmiany w refundacji i podjęcie decyzji co do dalszego postępowania.

Aby uzyskać tymczasowy zapas, lek który pacjent przyjmuje **nie może już znajdować się w „Spisie leków” planu LUB jego obecna refundacja musi być w pewien sposób ograniczona.**

- **W przypadku nowych członków**, plan będzie pokrywał tymczasowy zapas leku w ciągu pierwszych **90 dni** członkostwa w planie.
- **W przypadku osób, które należały do planu w zeszłym roku**, plan będzie pokrywał tymczasowy zapas leku w ciągu pierwszych **90 dni** roku kalendarzowego.
- Tymczasowy zapas leku wystarczy maksymalnie na 31 dni. Jeżeli recepta jest wystawiona na mniejszą liczbę dni, plan pozwoli na wielokrotną realizację recepty tak, aby zapewnić zapas leku na maksymalnie 31 dni. Recepta musi zostać zrealizowana w aptece należącej do sieci. (Proszę zauważyć, że apteka w placówce opieki długoterminowej może każdorazowo dostarczyć lek w mniejszych ilościach, aby zapobiec jego marnowaniu).
- **W przypadku członków, którzy należą do planu dłużej niż 90 dni i przebywają w placówce opieki długoterminowej oraz pilnie potrzebują leku:**

Plan zrefunduje jeden raz zapas określonego leku w nagłym przypadku na 31 dni lub krócej, jeżeli recepta jest wystawiona na krótszy okres. Jest to dodatkowa ilość leku, oprócz wyżej wspomnianego zapasu tymczasowego.

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

---

- W przypadku nowych rezydentów ośrodka opieki długoterminowej, zarejestrowanych w naszym planie od ponad 90 dni, którzy potrzebują leku, którego nie ma w wykazie leków lub który podlega innym ograniczeniom, takim jak terapia stopniowa lub limity ilościowe (limity dawki), plan pokryje tymczasowy zapas leku w nagłym przypadku na 31 dni (chyba że recepta jest wystawiona krótszy okres), podczas gdy członek będzie ubiegał się o wyjątek od wykazu. Wyjątki są dostępne w sytuacjach, kiedy następuje zmiana w poziomie zapewnianej członkowi opieki, która wymaga również przejścia z jednej placówki lub ośrodka do innego. W takiej sytuacji, członek będzie kwalifikował się do wyjątku w zakresie tymczasowej, jednorazowej realizacji recepty, nawet jeśli należy do planu dłużej niż 90 dni. Należy zauważyć, że nasza polityka przejściowa dotyczy tylko tych leków, które należą do Części D i są kupowane w aptece sieciowej. Polityka przejściowa nie ma zastosowania do zakupu leku spoza Części D lub leku poza siecią, chyba że członek kwalifikuje się do dostępu poza siecią.

Pytania dotyczące tymczasowego zapasu leku należy kierować do działu obsługi uczestników.

W okresie korzystania z tymczasowego zapasu leku należy porozmawiać ze świadczeniodawcą, aby zdecydować, co zrobić, kiedy tymczasowy zapas się wyczerpie. Członek ma dwie opcje:

**1) Może zmienić lek na inny.**

Należy zapytać świadczeniodawcę, czy dostępny jest inny lek refundowany przez plan, który może być równie skuteczny. Można zadzwonić do działu obsługi członków i poprosić o listę refundowanych leków na tę samą dolegliwość. Lista pomoże lekarzowi znaleźć refundowany lek, który może być skuteczny.

**2) Może złożyć wniosek o zastosowanie wyjątku.**

Członek razem ze swoim świadczeniodawcą może zwrócić się do planu o zastosowanie wyjątku i refundację leku w pożądanym sposób. Świadczeniodawca może pomóc w złożeniu odpowiedniego wniosku o wyjątek, jeżeli stwierdzi, że istnieją powody medyczne uzasadniające taki wniosek. Można na przykład zwrócić się do planu o refundację leku nawet, jeżeli nie ma go w „Spisie leków”. Można też poprosić plan o zastosowanie wyjątku i refundację leku bez ograniczeń.

Jeśli w kolejnym roku lek, który przyjmuje obecny członek planu, zostanie usunięty z wykazu leków lub w jakiś sposób ograniczony, plan poinformuje o członka o wszelkich zmianach przed nowym rokiem. Członek może złożyć wniosek o wyjątek przed nowym rokiem i uzyskać odpowiedź w ciągu 72 godzin od otrzymania wniosku członka (albo oświadczenia wyjaśniającego od osoby przepisującej lek) przez plan. Jeśli wniosek zostanie rozpatrzony pozytywnie, plan wyda zgodę na refundację zanim zmiana wejdzie w życie.

Jeśli członek lub jego świadczeniodawca zechce złożyć wniosek o zastosowanie wyjątku, powinien zapoznać się z Częścią 7.4 w Rozdziale 8. Wyjaśniono w niej procedury i terminy określone przez Medicare i gwarantujące niezwłoczne i uczciwe rozpatrzenie wniosku.

---

**SEKCJA 6 Co zrobić, gdy zmieniają się zasady refundacji jednego z przyjmowanych leków?**

---

**Sekcja 6.1 „Spis leków” może się zmieniać w ciągu roku**

Większość zmian w refundacji leków ma miejsce na początku każdego roku (1 stycznia). Jednak plan może wprowadzać pewne zmiany w „Spisie leków” również w ciągu roku. Na przykład plan może:

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

- **Dodać lub usunąć leki ze „Spisu leków”.**
- **Dodać lub usunąć ograniczenie dotyczące refundacji leku.**
- **Zastąpić lek markowy jego wersją generyczną.**
- Zastąpić oryginalny produkt biologiczny zamienną wersją biopodobną produktu biologicznego.

Wprowadzając zmiany w „Spisie leków” plan musi przestrzegać wymagań Medicare.

|                   |                                                                                                         |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 6.2</b> | <b>Co się stanie w przypadku, gdy zmieniają się zasady refundacji leku przyjmowanego przez członka?</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Informacje o zmianach w refundacji leków**

Informacje o zmianach wprowadzanych w Wykazie leków zamieścimy na naszej stronie internetowej. Regularnie aktualizujemy również nasz internetowy Wykaz leków. W tej części opisano rodzaje zmian, jakie możemy wprowadzić w Wykazie leków oraz kiedy otrzymają Państwo bezpośrednie powiadomienie o wprowadzeniu zmian w odniesieniu do przyjmowanego przez Państwa leku.

**Zmiany, które możemy wprowadzić w Wykazie Leków, a które mają wpływ na Państwa w bieżącym roku obowiązywania planu.**

- **Dodawanie nowych leków do Wykazu leków i natychmiastowe usuwanie lub wprowadzanie zmian w podobnym leku w Wykazie leków.**
  - Dodając nową wersję leku do Wykazu leków, możemy natychmiast usunąć podobny lek z Wykazu leków, przenieść podobny lek do innego poziomu udziału w kosztach, dodać nowe ograniczenia albo jedno i drugie. Nowa wersja leku będzie na tym samym lub niższym poziomie udziału w kosztach i będzie objęta tymi samymi lub mniejszymi ograniczeniami.
  - Dokonamy tych natychmiastowych zmian tylko wtedy, gdy dodamy nową generyczną wersję leku markowego albo dodamy pewne nowe biopodobne wersje oryginalnego produktu biologicznego, który był już w Wykazie leków.
  - Możemy wprowadzić te zmiany natychmiast i poinformować Państwa później, nawet jeśli przyjmują Państwo lek, który usuwamy lub do którego wprowadzamy zmiany. Ubezpieczeni, którzy przyjmują podobny lek w momencie dokonywania przez nas zmiany, otrzymają szczegółowe powiadomienie o wprowadzonych zmianach.
- **Dodawanie leków do Listy Leków i usuwanie lub wprowadzanie zmian w podobnych lekach na Liście Leków z wyprzedzeniem.**
  - Dodając nową wersję leku do Wykazu leków, możemy usunąć podobny lek z Wykazu leków, przenieść go do innego poziomu udziału w kosztach, dodać nowe ograniczenia albo jedno i drugie. Wprowadzona wersja leku będzie na tym samym albo niższym poziomie udziału w kosztach i będzie objęta tymi samymi albo mniejszymi ograniczeniami.
  - Wprowadzimy te zmiany wyłącznie w przypadku dodania nowej wersji generycznej leku markowego lub dodania pewnych nowych wersji biopodobnych oryginalnego produktu biologicznego, który już znajdował się na Liście Leków.
  - Poinformujemy Państwa co najmniej 30 dni przed wprowadzeniem tych zmian albo poinformujemy Państwa o zmianie i pokryjemy koszt 31-dniowego zapasu przyjmowanej przez Państwa wersji leku.
- **Usuwanie niebezpiecznych leków i innych leków zawartych w Wykazie leków, które zostały wycofane z obrotu**

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

---

- Czasami lek może zostać uznany za niebezpieczny lub wycofany z rynku z innego powodu. W takich przypadkach możemy niezwłocznie usunąć lek z Wykazu leków. Jeżeli ubezpieczony przyjmuje ten lek, poinformujemy go po wprowadzeniu zmiany.
- **Inne zmiany w lekach w Wykazie leków**
  - Plan może w ciągu roku wprowadzać inne zmiany dotyczące leków przyjmowanych przez członków. Zmiany możemy wprowadzić też w oparciu o oznakowanie FDA dotyczące bezpieczeństwa leku albo nowe kliniczne wytyczne uznawane przez Medicare.
  - Poinformujemy Państwa co najmniej 30 dni przed wprowadzeniem tych zmian lub poinformujemy Państwa o zmianie i pokryjemy koszt dodatkowego 31-dniowego zapasu przyjmowanego przez Państwa leku.

Jeśli wprowadzimy którąkolwiek z tych zmian w odniesieniu do któregośkolwiek z przyjmowanych przez Państwa leków, proszę porozmawiać z osobą wystawiającą receptę o możliwościach, które byłyby dla Państwa najlepsze, w tym o zmianie na inny lek w celu leczenia Państwa schorzenia lub o złożeniu wniosku o decyzję w sprawie pokrycia kosztów w celu spełnienia wszelkich nowych ograniczeń dotyczących przyjmowanego przez Państwa leku. Państwo lub osoba wystawiająca receptę mogą zwrócić się do nas z wnioskiem o odstępstwo w celu dalszego objęcia ubezpieczeniem leku lub wersji leku, którą Państwo przyjmowali. Więcej informacji na temat składania wniosków o decyzję w sprawie pokrycia kosztów, w tym o odstępstwo zamieszczono w Rozdziale 9.

**Zmiany w Wykazie Leków, które nie dotyczą Państwa w bieżącym roku obowiązywania planu.**

Możemy wprowadzić pewne zmiany w Wykazie Leków, które nie zostały opisane powyżej. W takich przypadkach, zmiana nie będzie dotyczyła członka, jeśli przyjmuje lek w chwili wprowadzenia zmiany; jednak zmiany prawdopodobnie będą miały zastosowanie od 1 stycznia następnego roku w planie, jeśli członek zostanie w tym samym planie.

Zasadniczo, w bieżącym roku planu nie będą miały zastosowania następujące zmiany:

- Plan wprowadzi nowe ograniczenie dotyczące stosowania leku przyjmowanego przez członka.
- Usunięcie Państwa leku z Wykazu leków.

W przypadku ubezpieczonych, którzy już taki lek przyjmują, powyższe zmiany (chyba że są rezultatem wycofania ze sprzedaży, zastąpienia leku markowego lekiem generycznym albo inną sytuacją, opisaną w części powyżej) nie będą miały wpływu na korzystanie z leku ani na wysokość udziału w kosztach przed 1 stycznia następnego roku.

Plan nie będzie bezpośrednio informował członka o takich zmianach w ciągu bieżącego roku planu. Konieczne będzie sprawdzenie Wykazu leków na kolejny rok obowiązywania planu (gdy wykaz będzie dostępny podczas otwartego okresu rejestracji), aby sprawdzić, czy nastąpiły jakiekolwiek zmiany w przyjmowanych lekach, które będą miały wpływ na Państwa w kolejnym roku obowiązywania planu.

---

**SEKCJA 7 Jakiego rodzaju leki *nie* są objęte ubezpieczeniem przez plan?**

---

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 7.1 Rodzaje leków nierefundowanych przez plan</b> |
|-------------------------------------------------------------|

W tej części omawiamy rodzaje leków na receptę, które zostały „wyłączone” z ubezpieczenia. Oznacza to, że Medicare nie płaci za takie leki.

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

---

Jeśli członek odwoła się i żądany lek zostanie uznany za lek niewyłączony z Części D, plan zapłaci lub zrefunduje lek. (Informacje na temat odwołania się od decyzji planu podano w Części 8.) Jeśli lek wyłączony przez plan jest również wyłączony przez Medicaid, członek musi sam za niego zapłacić.

Obowiązują trzy ogólne zasady dotyczące leków, których plany lekowe Medicare nie zrefundują w ramach Części D:

- Refundacja przez nasz plan leków w ramach Części D nie może obejmować leku, który byłby zrefundowany w ramach Medicare Części A lub Części B.
- Plan nie może zrefundować leku zakupionego poza Stanami Zjednoczonymi i ich terytoriami.
- Plan zwykle nie refunduje leków stosowanych poza wskazaniami rejestracyjnymi. „Stosowanie poza wskazaniami rejestracyjnymi” to wykorzystanie leku inne niż wskazane na jego etykiecie i zatwierdzone przez Agencję ds. Żywności i Leków.
- Refundacja leków stosowanych poza wskazaniami rejestracyjnymi jest dozwolona wyłącznie w sytuacji, gdy takie stosowanie jest poparte w określonych źródłach, na przykład przez American Hospital Formulary Service Drug Information i system informacji DRUGDEX.

Ponadto na mocy prawa, wymienione niżej kategorie leków nie są refundowane przez Medicare. Jednak niektóre z tych leków mogą być refundowane w ramach ubezpieczenia lekowego Medicaid. Więcej informacji na temat leków objętych ubezpieczeniem Medicaid można uzyskać kontaktując się z działem obsługi uczestników lub stanowym biurem Medicaid (informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2, Części 6).

- Leki sprzedawane bez recepty (określane również jako leki OTC [over-the-counter])
  - Leki stosowane do wspomagania płodności
  - Leki stosowane na kaszel lub objawy przeziębienia
  - Leki stosowane do celów kosmetycznych lub na porost włosów
  - Witaminy i produkty mineralne, oprócz witamin dla kobiet w ciąży i preparatów fluorowych
  - Leki stosowane w leczeniu zaburzeń seksualnych lub wzdrodu
  - Leki stosowane w leczeniu anoreksji, spadku lub zwiększenia wagi
  - Leki w opiece ambulatoryjnej, dla których producent jako warunek sprzedaży stawia wymaganie, aby związane z nimi testy lub usługi monitorowania były kupowane wyłącznie od tego producenta.

---

**SEKCJA 8 Realizacja recepty**

---

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 8.1 Należy podać informacje o członkostwie w planie</b> |
|-------------------------------------------------------------------|

Realizując receptę w wybranej aptece w sieci należy podać informacje dotyczące członkostwa w planie, które znajdują się na karcie członkowskiej. Apteka należąca do sieci automatycznie obciąży plan rachunkiem za lek.

Aby wykupić leki refundowane przez Medicaid, członek musi okazać swoją New York kartę identyfikacyjną członka Medicaid.

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D****Sekcja 8.2 Co zrobić, gdy członek nie ma przy sobie dokumentu potwierdzającego członkostwo w planie?**

Jeśli realizując receptę członek nie ma przy sobie informacji potwierdzających jego członkostwo w planie, on sam lub apteka może zadzwonić do planu w celu uzyskania potrzebnych informacji lub członek może poprosić farmaceutę w aptece o sprawdzenie informacji na temat jego rejestracji w planie.

Jeżeli apteka nie jest w stanie uzyskać potrzebnych informacji, **odbierając lek członek może być zmuszony do opłacenia pełnego kosztu**. (Następnie może zwrócić się do planu o zwrot poniesionych kosztów. Informacje o tym, jak zwrócić się do planu o refundację można znaleźć w Rozdziale 6 Część 2).

**SEKCJA 9 Refundacja leków w ramach Części D w szczególnych okolicznościach****Sekcja 9.1 Refundacja leków podczas pobytu w szpitalu lub ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa, objętego ubezpieczeniem przez plan.**

W przypadku przyjęcia do szpitala lub ośrodka wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa na pobyt objęty ubezpieczeniem przez plan, plan zazwyczaj pokryje koszty leków na receptę zapewnianych podczas pobytu. Po wypisaniu ze szpitala lub ośrodka wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa plan będzie pokrywał leki na receptę, jeśli będą one spełniały zasady refundacji opisane w tym Rozdziale.

**Sekcja 9.2 Refundacja leków w przypadku osób przebywających w placówce opieki długoterminowej (LTC).**

Zazwyczaj zakład opieki długoterminowej (np. dom opieki) posiada własną aptekę lub korzysta z apteki, która dostarcza leki dla wszystkich jego mieszkańców. Osoby przebywające w placówce LTC mogą otrzymywać leki na receptę z apteki w placówce lub z apteki, z której korzysta placówka, o ile należy ona do sieci planu.

Sprawdź swoje *Katalog dostawców/aptek* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) aby dowiedzieć się, czy apteka w Twojej placówce opieki długoterminowej lub ta, z której ona korzysta, należy do naszej sieci. Jeśli nie, lub jeśli potrzebujesz więcej informacji lub pomocy, skontaktuj się z Działem Obsługi Klienta. *Osobom przebywającym w placówce LTC plan musi zapewnić możliwość rutynowego otrzymywania świadczeń w ramach Części D za pośrednictwem sieci aptek LTC.*

**Co zrobić, jeśli są Państwo rezydentami w placówce opieki długoterminowej (LTC) i potrzebują Państwo leku, który nie znajduje się na naszej liście leków lub jest w jakiś Metoda ograniczony?**

Proszę zapoznać się z Częścią 5.2, gdzie podano informacje o tymczasowym zapasie leków i zapasie leków w nagłym przypadku.

**Sekcja 9.3 Część 9.3 Co zrobić, jeśli otrzymują Państwo również ubezpieczenie lekowe od pracodawcy lub w ramach grupowego planu emerytalnego?**

Jeśli obecnie posiadasz inne ubezpieczenie na leki na receptę za pośrednictwem swojego pracodawcy (lub pracodawcy swojego małżonka lub partnera) lub grupy emerytów, skontaktuj się z **administratorem świadczeń tej**

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

---

**grupy.** Mogą oni pomóc Państwu ustalić, w jaki Metoda Państwa obecne ubezpieczenie leków na receptę będzie współpracować z naszym planem.

Ogólnie, jeżeli posiadają Państwo grupowe ubezpieczenie pracownicze albo emerytalne, zapewniane przez nas ubezpieczenie lekowe będzie miało charakter *uzupełniający* w stosunku do ubezpieczenia grupowego. Oznacza to, że Państwa ubezpieczenie grupowe będzie opłacać należności w pierwszej kolejności.

**Specjalna notatka dotycząca uznawalnej ochrony:**

Każdego roku pracodawca albo grupa emerytów powinna przesłać Państwu powiadomienie informujące o tym, czy Państwa ubezpieczenie leków na receptę na następny rok kalendarzowy jest uznawalne.

Jeśli ubezpieczenie z grupowego planu jest wiarygodne, oznacza to, że plan ma pokrycie leków, które, według oczekiwań, będzie płacić średnio co najmniej tyle, co standardowe ubezpieczenie na leki Medicare.

**Powiadomienie o uznawalnych ubezpieczeniach należy przechowywać,** ponieważ może się okazać potrzebne w przyszłości. Jeśli zapiszesz się do planu Medicare, który obejmuje pokrycie leków części D, możesz potrzebować tego powiadomienia, aby pokazać, że zachowałeś wiarygodne ubezpieczenie. Jeśli nie otrzymali Państwo powiadomienia o uznawalnej ochronie ubezpieczeniowej, należy poprosić o kopię od administratora świadczeń pracodawcy albo programu emerytalnego, pracodawcy albo związku zawodowego.

**Sekcja 9.4 Refundacja leków podczas pobytu w hospicjum certyfikowanym przez Medicare.**

Hospicjum i plan nie pokrywają jednocześnie tego samego leku. W przypadku osób przebywających w hospicjum Medicare i wymagających określonych leków (np. leków przeciwwymiotnych, środków przeczyszczających, leków przeciwbólowych lub przeciwlękowych), które nie są pokrywane przez hospicjum, ponieważ nie są powiązane z chorobą terminalną ubezpieczonego i powiązanymi schorzeniami, zanim plan będzie mógł pokryć koszt takich leków musi najpierw otrzymać powiadomienie od lekarza zlecającego lek lub świadczeniodawcy z hospicjum, z informacją że lek nie jest związany z chorobą ubezpieczonego. W celu uniknięcia opóźnienia w zapewnieniu leku, który powinien być pokryty przez plan, członek powinien poprosić świadczeniodawcę z hospicjum lub osobę zlecającą lek o powiadomienie planu, zanim lek zostanie wykupiony.

Z chwilą anulowania wyboru hospicjum lub wypisania z niego, plan powinien pokrywać leki członka w sposób opisany w tym dokumencie. Aby zapobiec opóźnieniom w wydawaniu leku przez aptekę z chwilą zakończenia świadczeń hospicyjnych Medicare, ubezpieczony powinien przedstawić w aptecę dokumentację potwierdzającą anulowanie wyboru lub wypisanie z hospicjum.

---

**SEKCJA 10 Programy dotyczące bezpieczeństwa leków i prawidłowego przyjmowania leków**

---

**Sekcja 10.1 Programy pomagające członkom w bezpiecznym stosowaniu leków**

Plan przeprowadza przegląd leków stosowanych przez członków, aby zapewnić im bezpieczną i odpowiednią opiekę.

Taki przegląd odbywa się przy realizacji każdej recepty. Plan kontroluje również regularnie swoją dokumentację. Podczas przeglądów zwraca się uwagę na ewentualne problemy, takie jak:

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

- Możliwe błędy w podawaniu leków
- Leki, które mogą nie być niezbędne, ponieważ pacjent przyjmuje inny lek na tę samą dolegliwość
- Leki, które mogą nie być bezpieczne lub odpowiednie ze względu na wiek lub płeć pacjenta
- Kombinacje leków, które mogą być szkodliwe, gdy są przyjmowane jednocześnie
- Recepty na leki zawierające składniki, na które pacjent jest uczulony
- Możliwe błędy w ilości (dawce) przyjmowanych leków
- Niebezpieczne ilości przeciwbólowych leków opioidowych

W przypadku wykrycia problemu ze stosowaniem leków, plan postara się go rozwiązać wspólnie ze świadczeniodawcą członka.

|                    |                                                                                                         |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 10.2</b> | <b>Program zarządzania lekami (DMP), pomagający członkom w bezpiecznym stosowaniu leków opioidowych</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Plan posiada program, którego celem jest pomóc członkom bezpiecznie używać przepisanych im leków opioidowych i innych często nadużywanych leków. Jest to Program zarządzania lekami (Drug Management Program, DMP). Jeżeli otrzymują Państwo leki opioidowe od różnych przepisujących je lekarzy albo z różnych aptek, albo jeśli przedawkowali Państwo niedawno opioidy, możemy skontaktować się z lekarzami przepisującymi Państwu leki, aby upewnić się, że stosowanie tych leków jest odpowiednie i niezbędne ze względów medycznych. Współpracując z osobą wystawiającymi Państwu recepty, jeśli uznamy, że stosowanie przez Państwa opioidów lub benzodiazepin wydawanych na receptę może nie być bezpieczne, możemy ograniczyć Metodą, w jaki mogą Państwo otrzymywać te leki. W przypadku osób zapisanych przez plan do programu DMP, mogą obowiązywać następujące ograniczenia:

- Wymóg realizowania wszystkich recept na leki opioidowe lub benzodiazepinowe w określonej aptece (aptekach)
- Wymóg uzyskiwania wszystkich recept na leki opioidowe albo benzodiazepiny od określonych osób przepisujących
- Ograniczenie ilości leków opioidowych lub benzodiazepinowych refundowanych przez plan

Plan z wyprzedzeniem poinformuje członka pisemnie o planowanym ograniczeniu sposobu uzyskania takich leków lub ich ilości. W piśmie tym informujemy Państwa, czy ograniczymy dla Państwa ubezpieczenie tych leków lub czy będą Państwo zobowiązani do uzyskania recept na te leki wyłącznie od określonej osoby wystawiającej receptę lub apteki. Będziesz mieć możliwość poinformowania nas, z których lekarzy lub aptek wolisz korzystać, oraz o wszelkich innych informacjach, które Twoim zdaniem powinny być dla nas ważne. Jeśli plan, po uwzględnieniu informacji podanych przez członka, zdecyduje się ograniczyć refundację takich leków, wyśle do członka kolejne pismo potwierdzające ograniczenie. Jeśli członek uważa, że plan popełnił błąd lub nie zgadza się z decyzją lub ograniczeniem planu, członek lub osoba przepisująca lek mają prawo do odwołania. Plan rozpatrzy odwołanie i wyda nową decyzję. Jeśli plan odrzuci dowolną część wniosku związaną z ograniczeniami dostępu do leków, automatycznie prześle sprawę do niezależnego podmiotu weryfikującego spoza planu. Informacje jak złożyć odwołanie znajdują się w Rozdziale 9.

Nie zostaniesz umieszczony w naszym DMP, jeśli masz pewne schorzenia medyczne, takie jak ból związany z rakiem lub choroba sierpowata, otrzymujesz opiekę hospicyjną, paliatywną lub opiekę w ostatnich dniach życia, lub mieszkasz w placówce długoterminowej.

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D****Sekcja 10.3 Program zarządzania farmakoterapią (MTM), pomagający członkom w zarządzaniu lekami**

Plan prowadzi program, który może pomóc członkom ze złożonymi potrzebami zdrowotnymi. Jest to program zarządzania farmakoterapią (Medication Therapy Management, MTM). Udział w nim jest dobrowolny i bezpłatny. Program został opracowany przez zespół farmaceutów i lekarzy, a jego celem jest zapewnić członkom jak najwięcej korzyści z przyjmowanych leków.

Z usług programu MTM mogą korzystać niektórzy członkowie przyjmujący leki na różne schorzenia i ponoszący w związku z tym wysokie koszty lub członkowie należący do programu DMP, w którym otrzymują pomoc w bezpiecznym stosowaniu leków opioidowych. Farmaceuta lub inny pracownik opieki zdrowotnej kompleksowo omówi z kwalifikującym się członkiem wszystkie przyjmowane przez niego leki. W czasie przeglądu leków członek może porozmawiać o lekach, swoich kosztach i o wszelkich problemach lub wątpliwościach dotyczących leków na receptę i sprzedawanych bez recepty. Członek otrzyma pisemne podsumowanie z listą zalecanych działań, obejmującą kroki, które należy podjąć, aby uzyskać jak najlepsze wyniki leczenia. Otrzyma również listę leków, na której znajdują się wszystkie przyjmowane leki, ich dawka, informacje o tym kiedy i dlaczego je przyjmuje. Członkowie programu MTM otrzymają również dodatkowo informacje o bezpiecznej utylizacji swoich leków na receptę, które są substancjami kontrolowanymi.

Warto porozmawiać ze swoim lekarzem o liście zalecanych działań i liście leków. Na wizytę lub inną rozmowę z lekarzem, farmaceutą i innymi świadczeniodawcami należy przynieść swoje podsumowanie. Należy również dbać o to, aby lista leków była aktualna i warto mieć ją przy sobie (np. razem z kartą identyfikacyjną członka) na wypadek przyjęcia do szpitala lub wizyty na oddziale ratunkowym.

Jeżeli mamy program, który odpowiada potrzebom ubezpieczonego, automatycznie zapiszemy go do programu i wyślemy mu o tym informację. Osoby, które nie zdecydują się na udział w programie powinny poinformować o tym plan, tak aby można było wycofać je z programu. W razie pytań dotyczących programu należy skontaktować się z działem obsługi członków.

**SEKCJA 11 Sprawozdania wysyłane do członków planu z wyjaśnieniem opłat za leki oraz informacjami o etapie płatności, na jakim znajduje się członek****Sekcja 11.1 Wysyłamy Ci miesięczne podsumowanie zwane Część D Wyjaśnienie korzyści (część D EOB)**

Plan prowadzi ewidencję kosztów leków na receptę oraz opłat wniesionych przez członka przy pierwszej i kolejnej realizacji recepty w aptece. Dzięki temu plan może poinformować członka, kiedy przechodzi z jednego etapu opłat do następnego. W szczególności, plan śledzi dwa rodzaje kosztów:

- Informacje o tym, ile członek zapłacił za leki. Są to tzw. **wydatki własne**.
- Informacje o **całkowitych kosztach leków**. Jest to suma wydatków własnych, kwot wpłaconych przez inne osoby na rzecz ubezpieczonego i kwot zapłaconych przez plan.

Jeśli członek w poprzednim miesiącu zrealizował w planie co najmniej jedną receptę, plan wyśle do niego zestawienie EOB w Części D. Zestawienie EOB w Części D zawiera:

**Rozdział 5 Korzystanie z ubezpieczenia planu na leki na receptę w ramach Części D**

- **Informacje za dany miesiąc.** W sprawozdaniu znajdują się szczegóły opłat za recepty zrealizowane w ubiegłym miesiącu. Podaje ono łączny koszt leków, ile zapłacił plan, a ile zapłacił ubezpieczony i inne osoby na jego rzecz.
- **Kwoty łączne za rok bieżący od 1 stycznia.** Są to dane „od początku roku”. Pokazują łączny koszt leków oraz łączne płatności za leki od początku roku.
- **Informacje o cenach leków.** Będą tu podane dane o łącznej cenie leku oraz informacje o wzroście ceny od pierwszej realizacji recepty dla każdej recepty na tę samą ilość leku.
- **Dostępne alternatywne leki na receptę o niższym udziale w kosztach.** Będą tu podane informacje o innych dostępnych lekach z niższym udziałem w kosztach dla każdego wniosku o refundację recepty.

**Sekcja 11.2 Członkowie powinni dbać o aktualność przechowywanych przez plan informacji o swoich płatnościach za leki**

W celu śledzenia kosztów leków i wydatków członków na leki, korzystamy z informacji dostarczanych przez apteki. Członkowie mogą pomóc planowi zapewnić poprawność i aktualność takich informacji:

- **Realizując receptę należy za każdym razem okazać swoją kartę członkowską.** W ten sposób plan jest na bieżąco informowany o lekach wykupywanych przez członka i jego opłatach.
- **Członek powinien przekazywać planowi wszystkie potrzebne informacje.** Może się zdarzyć, że członek będzie musiał zapłacić pełny koszt leku na receptę. W takich przypadkach, plan nie otrzyma automatycznie informacji niezbędnych do śledzenia wydatków własnych ubezpieczonego. Aby mu w tym pomóc, członek powinien przekazać planowi kopie swoich rachunków. Przykładowe sytuacje, kiedy należy przekazać do planu kopie rachunków:
  - Członek kupuje refundowany lek w aptece sieciowej po specjalnej cenie lub korzystając z karty rabatowej, która nie jest częścią świadczeń w planie.
  - Członek wnosi dopłatę za leki dostarczane w ramach programu pomocy dla pacjentów oferowanego przez producenta leku.
  - Za każdym razem po zakupie refundowanych leków w aptekach poza siecią lub po zapłaceniu w szczególnych okolicznościach pełnej ceny za refundowany lek.

Jeśli członek został obciążony płatnością za refundowany lek, może zwrócić się do planu, aby zapłacił swój udział w kosztach. Instrukcje na ten temat podano w Części 2 Rozdziału 6.

- **Członek powinien wysłać do planu informacje o opłatach wniesionych na jego rzecz przez inne osoby.** Opłaty dokonane przez niektóre inne osoby i organizacje również są zaliczane do wydatków własnych członka. Na przykład, płatności dokonane przez program pomocy w leczeniu AIDS (ADAP), Służbę Zdrowia Indian oraz organizacje charytatywne wliczają się do kosztów ponoszonych z własnej kieszeni. Należy przechowywać dowody takich opłat i przysyłać je do planu, tak aby można było śledzić koszty poniesione przez członka.
- **Członek powinien zapoznać się z pisemnym zestawieniem wysyłanym przez plan.** Po otrzymaniu zestawienia EOB w Części D, należy sprawdzić czy zawiera pełne i poprawne informacje. Jeśli zdaniem członka w dokumencie brakuje pewnych informacji lub jeśli członek będzie miał jakiegokolwiek pytania, należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych. Członkowie planu mogą uzyskać dostęp do swojego EOB online pod adresem [Caremark.com](http://Caremark.com). Prosimy przechowywać te zestawienia.

## ROZDZIAŁ 6:

*Jak zwrócić się do planu o opłacenie  
otrzymanego rachunku za usługi  
medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem*

**Rozdział 6 Jak zwrócić się do planu o opłacenie otrzymanego rachunku za usługi medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem****SEKCJA 1 Sytuacje, w których członek powinien zwrócić się do nas o zapłacenie za jego usługi lub leki objęte ubezpieczeniem**

Świadczeniodawcy z sieci, za usługi i leki objęte ubezpieczeniem obciążają rachunkami bezpośrednio plan – członek nie powinien otrzymywać rachunków za refundowane usługi lub leki. W razie otrzymania rachunku za zapewnioną opiekę medyczną lub leki, członek powinien przesłać go do planu. Gdy prześlą nam Państwo rachunek, sprawdzimy go i zdecydujemy, czy świadczenia i leki powinny zostać zrefundowane. Jeżeli zdecyduje, że tak, zapłaci za nie bezpośrednio świadczeniodawcy.

**W przypadku, gdy członek zapłacił już za usługę lub artykuł Medicare objęty ubezpieczeniem przez plan,** może zwrócić się do planu o **zwrot poniesionych kosztów**. Członek ma prawo do otrzymania od planu zwrotu kosztów, za każdym razem, gdy zapłacił za usługi medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem przez plan. Mogą obowiązywać pewne terminy, których należy dotrzymać, aby otrzymać zwrot. Informacje podano w Części 2 tego rozdziału. Po otrzymaniu od członka opłaconego rachunku, plan sprawdzi go i zdecyduje, czy dane usługi lub leki powinny być objęte ubezpieczeniem. Jeżeli plan zdecyduje, że tak, zwróci członkowi poniesione koszty usług lub leku.

Mogą nastąpić sytuacje, gdy otrzymają Państwo rachunek od świadczeniodawcy na pełen koszt otrzymanej opieki medycznej lub ewentualnie na więcej niż Państwa udział w kosztach, o którym mowa w tym dokumencie. Na początku należy spróbować rozwiązać kwestię takiego rachunku ze świadczeniodawcą. Jeśli to się nie uda, zamiast opłacać rachunek należy wysłać go do planu. Plan sprawdzi rachunek i zdecyduje, czy usługi powinny zostać zrefundowane. Jeżeli zdecyduje, że tak, zapłaci za nie bezpośrednio świadczeniodawcy. Jeśli plan zdecyduje, że nie opłaci rachunku, poinformuje o tym świadczeniodawcę. Członek nigdy nie powinien płacić wyższego udziału w kosztach niż dozwolony przez plan. Jeśli ten świadczeniodawca zawarł umowę z planem, członek nadal ma prawo do otrzymania leczenia.

Poniżej podano przykłady sytuacji, w których może zajść potrzeba zwrócenia się do planu o zwrot poniesionych kosztów lub opłacenia otrzymanego rachunku:

**1. Członek otrzymał opiekę medyczną w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia lub pilnie potrzebną opiekę od świadczeniodawcy, który nie należy do sieci planu**

Członkowie planu mogą korzystać z opieki w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia lub pilnie potrzebnej opieki u dowolnego świadczeniodawcy, niezależnie od tego, czy należy on do sieci planu. W takiej sytuacji należy poprosić świadczeniodawcę o obciążenie rachunkiem planu.

- Jeśli w chwili uzyskania opieki członek sam zapłaci za nią całą kwotę, powinien zwrócić się do planu o jej zwrot. Do planu należy wysłać rachunek wraz z dokumentacją dokonanych płatności.
- Członek może otrzymać rachunek od świadczeniodawcy na kwotę, która wydaje się być nienależna. Taki rachunek należy wysłać do planu wraz z dokumentacją dokonanych już płatności.
  - Jeżeli świadczeniodawcy należy się zapłata, plan zapłaci mu bezpośrednio.
  - Jeśli członek zapłacił już za usługę, plan zwróci mu poniesione koszty.

**2. Członek otrzymuje rachunek od świadczeniodawcy z sieci i uważa, że nie powinien go opłacać**

Świadczeniodawcy z sieci zawsze powinni obciążać rachunkami bezpośrednio plan. Czasami jednak popełniają błędy i zwracają się do członków o zapłacenie za usługi.

## **Rozdział 6 Jak zwrócić się do planu o opłaceniu otrzymanego rachunku za usługi medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem**

---

- Jeśli członek otrzyma rachunek od świadczeniodawcy z sieci, powinien przesłać go do planu. Plan skontaktuje się bezpośrednio ze świadczeniodawcą i rozwiąże problem rachunku.
- Jeśli członek opłacił już rachunek otrzymany od świadczeniodawcy z sieci, powinien przysłać go do planu razem z dokumentacją potwierdzającą dokonane opłaty. Członek powinien zwrócić się do planu o zwrot wydatków poniesionych na usługi objęte ubezpieczeniem.

### **3. Zapisanie do planu ze wsteczną datą**

Zdarza się, że członkowie są zapisywani do planu ze wsteczną datą. (Oznacza to, że minął już pierwszy dzień zapisania do planu. Data zapisania do planu może nawet przypadać w poprzednim roku).

Jeśli zostałeś retroaktywnie zapisany do naszego planu i płaciłeś z własnej kieszeni za jakiegokolwiek objęte usługi lub leki po dacie zapisu, możesz poprosić nas o zwrot pieniędzy. Będzie musiała przedstawić dokumentację, na przykład pokwitowania i rachunki, na podstawie której plan dokona zwrotu kosztów.

### **4. Członek realizuje receptę w aptece poza siecią**

Jeśli członek realizuje receptę w aptece spoza sieci, apteka może nie być w stanie wysłać roszczenia bezpośrednio do planu. W takim przypadku członek będzie musiał zapłacić na miejscu całkowity koszt recepty.

Należy zachować pokwitowanie i wysłać kopię do planu wraz z wnioskiem o zwrot kosztów. Należy pamiętać, że koszty ponoszone w aptekach poza siecią są pokrywane tylko w ograniczonych okolicznościach. Takie sytuacje omówiono w Rozdziale 5, Części 2.5. Możemy nie zwrócić Państwu różnicy między kwotą zapłaconą przez Państwa za lek w aptece nienależącej do sieci a kwotą, którą zapłacilibyśmy w aptece należącej do sieci.

### **5. Członek pokrywa pełny koszt leku na receptę, ponieważ nie ma przy sobie karty członkowskiej planu**

Jeżeli członek nie ma przy sobie karty członkowskiej planu, może się zwrócić do apteki, aby zatelefonowała do planu lub aby sprawdziła informacje na temat rejestracji w planie. Jednak jeżeli apteka nie będzie mogła natychmiast uzyskać takich informacji, członek może być zmuszony do zapłacenia pełnego kosztu recepty. Należy zachować pokwitowanie i wysłać kopię do planu wraz z wnioskiem o zwrot kosztów. Możemy nie zwrócić Państwu pełnej zapłaconej kwoty, jeśli zapłacona przez Państwa cena gotówkowa jest wyższa niż wynegocjowana przez nas cena recepty.

### **6. Członek pokrywa pełny koszt leku na receptę w innych sytuacjach**

Członek może być zmuszony do pokrycia pełnego kosztu leku na receptę, ponieważ okazuje się, że z jakiegoś powodu nie podlega on refundacji.

- Lek może na przykład nie figurować w Wykazie leków planu albo podlegać wymogom albo ograniczeniom, o których ubezpieczony nie wiedział albo nie uważał, że powinny go dotyczyć. Jeżeli członek zdecyduje się natychmiast uzyskać lek, może być zmuszony do zapłacenia za niego pełnej ceny.
- Należy zachować pokwitowanie i wysłać kopię do planu wraz z wnioskiem o zwrot kosztów. W niektórych sytuacjach plan może potrzebować więcej informacji od lekarza, aby zwrócić członkowi poniesione koszty leku. Możemy nie zwrócić Państwu pełnej zapłaconej kwoty, jeśli zapłacona przez Państwa cena gotówkowa jest wyższa niż wynegocjowana przez nas cena recepty.

Po otrzymaniu od członka prośby o zwrot poniesionych kosztów, plan przeanalizuje wniosek i zdecyduje, czy dana usługa lub lek powinny być refundowane. Nazywa się to „decyzją refundacyjną”. Jeżeli plan zdecyduje, że usług lub lek powinny podlegać refundacji, zapłaci za nie członkowi. Jeśli wniosek o refundację zostanie odrzucony,

**Rozdział 6 Jak zwrócić się do planu o opłacenie otrzymanego rachunku za usługi medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem**

członek może odwołać się od takiej decyzji. Rozdział 8 niniejszego dokumentu zawiera informacje o tym, jak złożyć odwołanie.

---

**SEKCJA 2 W jaki sposób zwrócić się do planu o zwrot kosztów lub opłacenie otrzymanego rachunku**

---

Członek może zwrócić się do planu o zwrot kosztów, wysyłając wniosek w formie pisemnej. Do wniosku należy dołączyć rachunek i dokumentację potwierdzającą dokonane płatności. Warto zrobić kopię rachunku i pokwitowań do zachowania w swojej dokumentacji. **Roszczenie należy przekazać do planu w ciągu jednego (1) roku kalendarzowego** od daty otrzymania usługi, produktu lub leku.

Aby mieć pewność, że członek przekazuje wszystkie informacje potrzebne do podjęcia decyzji, żądanie zapłaty można zgłosić na formularzu roszczenia planu.

- Korzystanie z tego formularza nie jest obowiązkowe, lecz pomoże w szybszym rozpatrzeniu wniosku.
- Proszę pobrać kopię formularza z naszej strony internetowej ([www.wellcare.com/fidelisNY](http://www.wellcare.com/fidelisNY)) lub proszę zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych i poprosić o formularz.

Wniosek o zapłatę wraz z rachunkami i pokwitowaniami opłat należy przysłać pocztą na adres:

**Zwrot kosztów za usługi medyczne:**

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

**Zwrot kosztów za leki na receptę:**

Molina Healthcare Inc Dział Farmacji  
7050 Union Park Center, Suite 600  
Midvale, UT 84047

---

**SEKCJA 3 Plan rozpatrzy wniosek o płatność i zaakceptuje go lub odrzuci**

---

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 3.1 Plan sprawdza, czy powinien pokryć usługę lub lek</b> |
|---------------------------------------------------------------------|

Jeśli po otrzymaniu wniosku o zapłatę potrzebne będą dodatkowe informacje, plan poinformuje o tym członka. W przeciwnym razie plan rozpatrzy wniosek i podejmie decyzję dotyczącą refundacji.

- Jeżeli plan uzna, że opieka medyczna lub lek podlega refundacji, a członek przestrzegał wszystkich zasad, plan zapłaci za usługę. Jeżeli członek zapłacił już za usługę lub lek, otrzyma zwrot kosztów. Jeżeli członek nie zapłacił jeszcze za usługę lub lek, plan wyśle płatność bezpośrednio do świadczeniodawcy.
- Jeżeli plan uzna, że opieka medyczna lub lek nie podlega refundacji ponieważ członek nie przestrzegał wszystkich zasad, to nie zapłaci za opiekę lub lek. Członek otrzyma pismo z wyjaśnieniem powodów odmowy, zawierające informacje o prawach członka do odwołania się od decyzji.

**Rozdział 6 Jak zwrócić się do planu o opłacenie otrzymanego rachunku za usługi medyczne lub leki objęte ubezpieczeniem**

---

|                   |                                                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 3.2</b> | <b>Członek może się odwołać od decyzji planu o odmowie zapłaty za opiekę medyczną lub lek</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

Jeżeli zdaniem członka plan popełnił błąd odrzucając jego wniosek o zapłatę lub jeżeli nie zgadza się z wysokością kwoty wypłacanej przez plan, może złożyć odwołanie. Złożenie odwołania oznacza, że ubezpieczony zwraca się do planu o zmianę decyzji o odrzuceniu wniosku o zapłatę. Proces odwołania jest formalnym postępowaniem administracyjnym, w którym obowiązują szczegółowe procedury i ważne nieprzekraczalne terminy. Szczegółowe informacje, jak złożyć odwołanie podano w Rozdziale 8 tego dokumentu.

# ROZDZIAŁ 7:

## *Prawa i obowiązki członków*

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków****SEKCJA 1 Plan musi respektować prawa i wrażliwość kulturową swoich członków**

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 1.1</b> | <b>Plan musi udzielić informacji w sposób zrozumiały dla członków i z poszanowaniem ich wrażliwości kulturowej (w językach innych niż angielski, alfabetem Braille'a, wydrukowane dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach). Debemos proporcionar información de una manera que sea útil para usted y acorde a su cultura (en otros idiomas que no sean inglés, en sistema braille, en letra grande, u otros formatos alternativos, etc.) 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> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Plan jest zobowiązany do zapewnienia, aby wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i niekliniczne, były świadczone w Metoda 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 możemy również bezpłatnie przekazać Państwu informacje w wersji audio, alfabetem Braille'a, dużym drukiem 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 Ubezpieczonych.

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 pokryliby potrzebną mu usługę, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci.

Jeśli mają Państwo jakiekolwiek problemy z uzyskaniem informacji z naszego planu w formacie, który jest dla Państwa dostępny i odpowiedni, prosimy zadzwonić, aby złożyć zażalenie do Działu Obsługi Ubezpieczonych(833) 671-0440. 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.

|                    |                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.1</b> | <b>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.)</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

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

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>Sekcja 1.1</b> | <b>Musimy przekazywać Ci informacje w Metoda odpowiedni dla Ciebie i zgodny z Twoją wrażliwością kulturową (wersja inna niż angielska, alfabet Braille'a, duża czcionka lub inne alternatywne formaty itp.)</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。

## Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków

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

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

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, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) عن طريق الاتصال بالرقم 711. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-537-7697 TTY. أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو 1-800-537-7697 TTY.

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

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

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

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

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

당사 플랜에서 귀하에게 접근할 수 있고 적합한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 현지 시간으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

**Раздел 1.1 Мы должны предоставлять вам информацию в доступной для вас форме, а также в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах 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) lub bezpośrednio do Biura ds. Praw Obywatelskich (Office for Civil Rights) (telefon: 1-800-368-1019 lub TTY: 1-800-537-7697).

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

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

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

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

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

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

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

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

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

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

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

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

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 nesè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezo a. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w ka jwenn enfòmasyon konsènan kote pou w ale pou w ka jwenn sèvis sa a nan pataj depans ki nan rezo a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon 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 שפּראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאז"ו.)**

אייער פֿלאַן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַלע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַלע ענראַ וואָ, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט לייענען סקילז, געהער ומפֿאַ סיק, אַדער יענע מיט פאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפילן פון ווי אַ פֿלאַן קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פאדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ רייטערז אַדער TTY (טעקסט טעלעפאן אַדער טעלעטייפֿ רייטער טעלעפאן) פֿאַר רבינדונג.

אונזער פֿלאַן האט פריי יבערזעצער סערוויסעס פאראנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פון ניט-ענגליש בייטןעדט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען און קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פארלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

דעם בענעפיטן פון דעם פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַר אַ סיק פֿאַר אַיך. צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אַיך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

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

אויב פֿאַר אַ וויידערזיין אין דעם פֿלאַן נעץ פֿאַר אַ ספֿעציאַליסט זענען נישט פאַראַנען, עס איז די פֿאַר אַ נטוואָרטלעכקייט פֿון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאַליסט פֿאַר אַ וויידערזיין אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אַיך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿלאַן, אַיך וועט בלויז באַצאָלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וואָס זענען קיין ספֿעציאַליסט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אַיך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאַרמאַציע אויף וואָס צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפֿליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פאַרלייגן אַ קלאַ וואָס טור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 1-800-671-0440 (833), מאַנטיק-פֿרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פאַרלייגן אַ קלאַ מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) אַ דער גלייך מיט די אַפֿפֿיסע 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 Metoda 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 Metoda 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 informacje od planu 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 dla nich formacie, mogą złożyć zażalenie w Dziale Obsługi Ubezpieczonych, 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.

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków****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 বকল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)**

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

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

আমাদের প্ল্যানের, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে বরহেল, 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 উপায়ে আমাদের থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাদিতে কল করুন।

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

কোনো বিশেষত্বের জন্য প্ল্যানের নটেওয়ারকরে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকরে বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানের নটেওয়ারকরে এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নাই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরিষেবাটি পতে কোনোয় যতে 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 পরিষেবা অভ্যোগ 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 কাছ থেকে অভ্যোগ দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সভিল রাইটস অফিসে অভ্যোগ দায়ের করতে পারেন।

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

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

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

Plani ynë duhet t'ju japë grupe të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë 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.

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

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

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

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

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

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

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

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

|                   |                                                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 1.2</b> | <b>Plan musi zapewnić członkom terminowy dostęp do usług i leków objętych ubezpieczeniem.</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

Członkowie planu mają prawo wybrać lekarza podstawowej opieki (PCP) w sieci planu, który będzie zapewniał i organizował usługi objęte ubezpieczeniem. Mają również prawo do wizyty u specjalisty ds. zdrowia kobiet (np. ginekologa) bez konieczności uzyskania skierowania.

Członkowie mają prawo do wizyt i uzyskania refundowanych usług od świadczeniodawców należących do sieci planu w rozsądnych ramach czasowych. Obejmuje to prawo do uzyskania terminowych usług od specjalistów, wtedy gdy są potrzebne. Członkom przysługuje również prawo do realizowania i powtarzania recept w dowolnej aptece należącej do sieci planu bez większych opóźnień.

Jeżeli członek uważa, że opieka medyczna lub leki w ramach Części D nie są mu zapewniane w rozsądnym terminie, powinien zapoznać się z Rozdziałem 8, gdzie wyjaśniono, co w takiej sytuacji należy zrobić.

|                   |                                                                            |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 1.3</b> | <b>Plan musi chronić prywatność osobistych danych zdrowotnych członków</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|

Przepisy federalne i stanowe chronią prywatność dokumentacji medycznej członków i ich osobistych informacji zdrowotnych. Chronimy osobiste informacje zdrowotne członków zgodnie z takimi wymaganiami prawa.

- Osobiste informacje zdrowotne obejmują **informacje osobowe** podane nam podczas rejestracji w planie oraz dokumentację medyczną i inne informacje medyczne oraz dotyczące zdrowia.

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

---

- Członkom przysługują określone prawa dotyczące ich informacji i kontrolowania sposobu ich wykorzystywania. Przekazujemy Państwu pisemne powiadomienie, zwane *Powiadomieniem o praktyce w zakresie ochrony prywatności*, które informuje o tych prawach i wyjaśnia, w jaki sposób chronimy prywatność Państwa danych osobowych dotyczących stanu zdrowia.

**W jaki sposób plan chroni prywatność informacji zdrowotnych członków?**

- Dbamy o to, aby osoby nieuprawnione nie mogły zapoznawać się z dokumentacją członków ani jej zmieniać.
- Z wyjątkiem opisanych niżej okoliczności, jeśli plan zamierza udostępnić informacje o zdrowiu członka osobom, które nie zapewniają mu opieki ani nie płacą za jego opiekę, *ma obowiązek najpierw uzyskać pisemną zgodę członka lub osoby, której członek udzielił pełnomocnictwa do podejmowania decyzji w swoim imieniu*.
- Istnieją pewne wyjątki, które zwalniają nas z obowiązku uzyskania wcześniej od członka pisemnej zgody. Wyjątki te są dopuszczalne lub wymagane w świetle prawa.
  - Plan musi udostępnić informacje zdrowotne agencjom rządowym, które sprawdzają jakość opieki.
  - Członkowie naszego planu należą do Medicare i w związku z tym mamy obowiązek udzielać Medicare informacji o ich zdrowiu, w tym informacji o lekach na receptę w ramach Części D. Udostępniając informacje członków do celów badawczych lub innych, Medicare będzie przestrzegać federalnych ustaw i przepisów; zazwyczaj wymagają one, aby informacje jednoznacznie identyfikujące członków, nie były udostępniane.

**Członek może się zapoznać z zawartością swojej dokumentacji oraz dowiedzieć się, w jaki sposób jest ona udostępniana innym osobom**

Członek ma prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej prowadzonej przez plan oraz do otrzymania jej kopii. Wolno nam pobierać opłaty za wykonanie kopii. Uczestnicy planu mają również prawo do zażądania uzupełnienia lub skorygowania niepoprawnej lub niepełnej dokumentacji. W takim przypadku, wspólnie ze świadczeniodawcą członka zdecydujemy, czy należy wprowadzić zmiany.

Członek ma prawo wiedzieć, jakie informacje o jego zdrowiu zostały udostępnione do celów innych niż rutynowe.

W razie pytań lub wątpliwości dotyczących ochrony prywatności osobistych informacji zdrowotnych, należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych.

**POLITYKA OCHRONY PRYWATNOŚCI SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.****POLITYKA OPISUJE, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE MEDYCZNE CZŁONKÓW PLANU MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE ORAZ W JAKI SPOSÓB CZŁONEK MOŻE UZYSKAĆ DO NICH DOSTĘP. PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z INFORMACJAMI.**

Senior Whole Health of New York, Inc. działająca pod nazwą „Senior Whole Health by Molina Healthcare” („Senior Whole Health”, „my” lub „nasz”), wykorzystuje i udostępnia chronione informacje zdrowotne na temat członków planu w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych członkom Senior Whole Health. Informacje są wykorzystywane i udostępniane w celu zapewnienia leczenia, dokonania płatności oraz do innej działalności związanej z opieką zdrowotną. Plan wykorzystuje i udostępnia informacje członków również w innych celach dozwolonych i wymaganych w świetle prawa. Jesteśmy zobowiązani do zapewnienia prywatności informacji zdrowotnych członków i przestrzegania warunków niniejszej Polityki. Polityka wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 roku.

## Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków

---

Skrót **PHI** oznacza chronione informacje zdrowotne (od ang. protected health information). PHI to informacje o zdrowiu członka, które zawierają jego imię i nazwisko, numer członkowski lub inne identyfikatory i są wykorzystywane lub udostępniane przez Senior Whole Health.

### **Dlaczego Senior Whole Health wykorzystuje lub udostępnia PHI?**

Plan wykorzystuje lub udostępnia PHI w celu zapewnienia członkom świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej. PHI są wykorzystywane do zapewnienia leczenia, dokonania płatności lub do innej działalności związanej z opieką zdrowotną.

### **Leczenie**

Senior Whole Health może wykorzystywać lub udostępniać PHI do zapewnienia lub zorganizowania członkom opieki medycznej. Leczenie obejmuje również skierowania do lekarzy lub innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Plan może na przykład udostępnić informacje na temat stanu zdrowia członka specjalście. Dzięki temu specjaliście będzie łatwiej porozmawiać z lekarzem członka planu na temat leczenia.

### **Płatności**

Senior Whole Health może wykorzystywać lub udostępniać PHI do podjęcia decyzji o płatnościach. Może to obejmować roszczenia, zgody na leczenie i decyzje dotyczące potrzeb medycznych. Na rachunku może znajdować się imię i nazwisko członka planu, jego schorzenie, leczenie i zapewnione mu środki. Możemy na przykład poinformować lekarza, że dana osoba korzysta z naszych świadczeń. Poinformujemy również lekarza o wysokości rachunku, który zapłacimy.

### **Działalność związana z opieką zdrowotną**

Senior Whole Health może wykorzystywać lub udostępniać PHI do celów związanych z prowadzeniem planu ubezpieczenia zdrowotnego. Plan może na przykład wykorzystać informacje z roszczenia, aby poinformować członka o programie zdrowotnym, który mógłby mu pomóc. PHI mogą być również wykorzystywane do rozwiązywania problemów członków planu, A także do sprawdzenia, czy roszczenia są odpowiednio wypłacane.

Działalność związana z opieką zdrowotną obejmuje wiele codziennych potrzeb biznesowych. Są to między innymi:

- Poprawa jakości;
- Działania w ramach programów zdrowotnych mające na celu pomoc członkom z określonymi schorzeniami (np. z astmą);
- Przeprowadzenie lub zorganizowanie konsultacji medycznej;
- Usługi prawne, w tym wykrywanie oszustw i nadużyć oraz programy postępowań sądowych;
- Działania pomagające nam przestrzegać prawa;
- Zaspokajanie potrzeb członków planu, w tym rozpatrywanie skarg i zażaleń.

Plan będzie udostępniał PHI swoich członków innym firmom („współpracownikom biznesowym”), które wykonują różne działania na rzecz naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego. Plan może również wykorzystywać PHI do wysyłania członkom powiadomień o zbliżających się wizytach, A także do przekazania im informacji na temat innego leczenia lub innych świadczeń i usług związanych ze zdrowiem.

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

---

**Kiedy Senior Whole Health może wykorzystać lub udostępnić PHI bez uzyskania pisemnego upoważnienia (zgody) od członka planu?**

Oprócz wykorzystywania PHI do zapewnienia leczenia, dokonania płatności i do innej działalności związanej z opieką zdrowotną, prawo pozwala lub wymaga od Senior Whole Health wykorzystania i udostępnienia PHI w kilku innych celach, w tym:

**Wymagane w świetle prawa**

Plan będzie wykorzystywał i udostępniał informacje o swoich członkach zgodnie z wymogami prawa. Plan udostępni PHI członków, gdy będzie to wymagane przez ministra w Departamencie Zdrowia i Usług Społecznych (Department of Health and Human Services, HHS). Może to dotyczyć sprawy sądowej, innej kontroli prawnej lub sytuacji, gdy jest to wymagane do celów egzekwowania prawa.

**Zdrowie publiczne**

PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane do działań związanych ze zdrowiem publicznym. Mogą one dotyczyć zapewnienia pomocy agencjom ds. zdrowia publicznego w celu zapobiegania lub kontrolowania zachorowaniom.

**Nadzór nad systemem opieki zdrowotnej**

PHI mogą być wykorzystywane przez lub udostępniane agencjom rządowym. Agencje mogą potrzebować takich danych w celu przeprowadzenia audytów.

**Badania**

PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane w celach badawczych w określonych przypadkach, na przykład w sytuacji gdy wyda na to zgodę komisja ds. ochrony prywatności lub niezależna komisja bioetyczna.

**Postępowania sądowe lub administracyjne**

PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane w celu prowadzenia postępowań sądowych, na przykład w odpowiedzi na nakaz sądowy.

**Egzekwowanie prawa**

PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane policji w celu umożliwienia egzekwowania prawa, na przykład aby pomóc w znalezieniu podejrzanego, świadka lub osoby zaginionej.

**Zdrowie i bezpieczeństwo**

PHI mogą być udostępniane w celu zapobiegania poważnemu zagrożeniu dla zdrowia lub bezpieczeństwa publicznego.

**Funkcje rządowe**

PHI mogą być udostępniane agencjom rządowym w związku ze specjalnymi funkcjami. Może to być na przykład ochrona prezydenta.

**Ofiary nadużyć, zaniedbania lub przemocy domowej**

PHI mogą zostać udostępnione organom wymiaru sprawiedliwości w przypadku podejrzenia nadużycia lub zaniedbania.

**Odszkodowania pracownicze**

PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane w celu zapewnienia zgodności z przepisami o odszkodowaniach pracowniczych.

**Inne ujawnienia**

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

---

PHI mogą być udostępniane dyrektorom zakładów pogrzebowych i koronerom, aby ułatwić im wykonywanie ich obowiązków.

**Kiedy Senior Whole Health potrzebuje pisemnego upoważnienia (zgody) członka planu do wykorzystywania lub udostępniania jego PHI?**

Senior Whole Health potrzebuje pisemnej zgody członka planu na wykorzystywanie lub udostępnianie jego PHI do celów innych niż wymienione w tej Polityce. Senior Whole Health musi uzyskać zgodę członka zanim ujawni jego PHI w następujących celach: (1) większość przypadków wykorzystania i ujawnienia notatek z psychoterapii; (2) wykorzystanie i ujawnienie informacji do celów marketingowych; oraz (3) wykorzystanie i ujawnienie związane ze sprzedażą PHI. Członek planu może cofnąć swoją pisemną zgodę. Anulowanie zgody nie będzie miało zastosowania w stosunku do działań podjętych już przez plan na podstawie zgody wyrażonej przez członka.

**Jakie prawa przysługują członkom planu w odniesieniu do ich danych zdrowotnych?**

Członek planu ma prawo do:

- **Zażądania ograniczenia wykorzystywania lub ujawniania PHI (udostępniania PHI)**

Członek planu może poprosić nas o nieudostępnianie jego PHI w celu zapewnienia leczenia, dokonania płatności lub przeprowadzenia innych czynności związanych z opieką zdrowotną. Może również poprosić o nieudostępniania PHI rodzinie, znajomym lub innym wymienionym przez niego osobom zaangażowanym w opiekę nad nim. Plan nie musi jednak wyrazić zgody na takie żądanie. Członek powinien przekazać swoje żądanie w formie pisemnej. W tym celu można skorzystać z formularza Senior Whole Health.

- **Zażądania poufnego przekazywania PHI**

Członek może zażądać od Senior Whole Health przekazywania PHI w określony sposób lub w określonym miejscu, tak aby zapewnić ochronę prywatności PHI. Plan spełni uzasadnione żądania, jeśli członek poinformuje, że udostępnienie całości lub części PHI mogłoby zagrozić jego życiu. Członek powinien przekazać swoje żądanie w formie pisemnej. W tym celu można skorzystać z formularza Senior Whole Health.

- **Zapoznania się i kopiowania PHI**

Członek ma prawo do zapoznania się i uzyskania kopii swoich PHI przechowywanych przez plan. Może to obejmować dokumentację wykorzystywaną do podejmowania decyzji refundacyjnych, dotyczących roszczeń i innych decyzji dotyczących członka Senior Whole Health. Członek powinien przekazać swoje żądanie w formie pisemnej. W tym celu można skorzystać z formularza Senior Whole Health. Za wykonanie kopii i wysłanie dokumentacji może obowiązywać uzasadniona opłata. W niektórych przypadkach plan może odrzucić żądanie członka. Ważna uwaga! Nie posiadamy kompletnych kopii dokumentacji medycznej członków planu. Jeśli członek zechce przejrzeć, uzyskać kopię lub wprowadzić zmiany w swojej dokumentacji medycznej powinien skontaktować się ze swoim lekarzem lub kliniką.

- **Zmiany swoich PHI**

Członek planu może zwrócić się do nas o wprowadzenie zmian w jego PHI. Dotyczy to wyłącznie dokumentacji przechowywanej przez nas jako dokumentacji o członkach planu. Członek powinien przekazać swoje żądanie w formie pisemnej. W tym celu można skorzystać z formularza Senior Whole Health. W przypadku odrzucenia żądania przez plan, członek może złożyć pismo, w którym nie zgodzi się z naszą decyzją.

- **Otrzymania wykazu ujawnień PHI (udostępnienia PHI)**

Członek może poprosić o podanie wykazu określonych stron, którym udostępniliśmy jego PHI w ciągu sześciu lat poprzedzających datę złożenia wniosku. Wykaz nie będzie obejmować PHI udostępnianych w następujący sposób:

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

---

- w celu zapewnienia leczenia, dokonania płatności lub przeprowadzenia innych czynności związanych z opieką zdrowotną;
- osobom, których dotyczą PHI;
- udostępnienie za zgodą osoby, której dane dotyczą;
- w związku z wykorzystaniem lub ujawnieniem w inny sposób dozwolonym lub wymaganym na mocy obowiązującego prawa;
- PHI ujawnione w interesie bezpieczeństwa narodowego lub do celów wywiadowczych; lub
- w ramach ograniczonego zbioru danych zgodnie z obowiązującym prawem.

Jeśli członek poprosi o taki wykaz więcej niż raz w okresie 12 miesięcy, naliczona zostanie uzasadniona opłata za każdy wykaz. Członek powinien przekazać swoje żądanie w formie pisemnej. W tym celu można skorzystać z formularza Senior Whole Health.

Członek może złożyć dowolny z wymienionych wyżej wniosków lub otrzymać papierową kopię niniejszej Polityki. Prosimy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych Senior Whole Health pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie członkowskiej Senior Whole Health, czynny 7 dni w tygodniu, od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711.

**Co może zrobić członek, jeśli jego prawa nie są respektowane?**

Jeśli zdaniem członka jego prawa zostały naruszone, może złożyć skargę do Senior Whole Health i do Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych. Plan nie podejmie żadnych działań przeciwko osobom, które złożą skargę. W żaden sposób nie wpłynie to na ich opiekę ani świadczenia.

Skargi można składać:

**Telefonicznie:**

W tym celu należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych Senior Whole Health pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie członkowskiej Senior Whole Health, czynny 7 dni w tygodniu, od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711.

**Pisemnie:**

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

Skargę można także złożyć do ministra w Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej:

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 (FAKS)

**Jakie obowiązki ma Senior Whole Health?**

Plan Senior Whole Health jest zobowiązany do:

- Zachowania poufności informacji PHI;

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

---

- Przekazania swoim członkom informacji w formie pisemnej dotyczących swoich obowiązków i praktyk w zakresie ochrony prywatności PHI;
- Powiadomienia członka planu o naruszeniu jego niezabezpieczonych PHI;
- Niewykorzystywania ani nieujawniania informacji genetycznych członków do celów ubezpieczenia;
- Przestrzegania warunków tej Polityki.

**Polityka może ulec zmianie**

**Senior Whole Health zastrzega sobie prawo do zmiany w dowolnym czasie swoich praktyk w zakresie ochrony informacji oraz warunków tej Polityki. W takim przypadku, nowe warunki i praktyki będą miały zastosowanie do wszystkich przechowywanych PHI. W przypadku wprowadzenia istotnych zmian, Senior Whole Health zamieści zmienioną wersję Polityki na swojej stronie internetowej i wyśle zmienioną Politykę, lub informacje na temat istotnej zmiany i możliwości uzyskania zmienionej Polityki, razem z następnymi wysyłanymi co roku materiałami dla członków objętych wówczas ubezpieczeniem przez Senior Whole Health.**

**Informacje kontaktowe**

W razie dalszych pytań można skontaktować się:

**Telefonicznie:**

W tym celu należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych Senior Whole Health pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie członkowskiej Senior Whole Health, czynny 7 dni w tygodniu, od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711.

Niniejszy dokument można otrzymać bezpłatnie w innych formatach, np. wydrukowany alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w formacie audio. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych Senior Whole Health pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie członkowskiej Senior Whole Health, czynny 7 dni w tygodniu, od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711. Połączenie jest bezpłatne.

**Sekcja 1.4      Plan musi udzielić członkowi informacji na temat planu, sieci świadczeniodawców oraz usług objętych ubezpieczeniem**

Członkowie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mają prawo do uzyskania od nas różnego rodzaju informacji.

W celu uzyskania dowolnych z poniższych informacji należy zadzwonić do działu obsługi członków:

- **Informacje na temat planu.** Obejmują one np. informacje na temat stanu finansowego planu.
- **Informacje o świadczeniodawcach i aptekach należących do sieci.** Członkowie mają prawo do uzyskania informacji o kwalifikacjach świadczeniodawców i aptek należących do naszej sieci oraz o sposobie wynagradzania świadczeniodawców z sieci.
- **Informacje na temat zakresu ubezpieczenia oraz zasad, których trzeba przestrzegać korzystając z ubezpieczenia.** W Rozdziałach 3 i 4 podano informacje dotyczące usług medycznych. Rozdział 5 zawiera informacje na temat refundacji leków na receptę w ramach Części D.

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

- **Informacje wyjaśniające dlaczego niektóre leki/usługi nie są objęte ubezpieczeniem i co można wtedy zrobić.** Rozdział 8 informuje, jak zwrócić się o pisemne wyjaśnienie, dlaczego dana usługa medyczna lub lek z Części D nie są objęte ubezpieczeniem lub czy zakres ubezpieczenia jest ograniczony. W Rozdziale 8 podano również informacje, jak zwrócić się do planu o zmianę wydanej decyzji, czyli jak złożyć odwołanie.

**Sekcja 1.5 Plan musi wspierać prawo członka do decydowania o własnej opiece****Członek ma prawo znać dostępne opcje leczenia i uczestniczyć w decyzjach dotyczących opieki zdrowotnej**

Członek ma również prawo do uzyskania pełnych informacji od lekarzy i innych świadczeniodawców opieki. Świadczeniodawcy muszą *w zrozumiały sposób* wyjaśnić pacjentowi jego stan oraz dostępne możliwości leczenia.

Członek ma również prawo w pełni uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Aby pomóc pacjentowi w podejmowaniu wspólnie z lekarzem decyzji o tym, jakie leczenie jest dla niego najlepsze, przysługują mu następujące prawa:

- **Prawo do informacji o wszystkich dostępnych opcjach leczenia.** Pacjent ma prawo do informacji o wszystkich dostępnych opcjach leczenia zalecanych w jego stanie, bez względu na ich koszt i na to, czy są pokrywane przez plan. Dotyczy to również informacji o programach oferowanych przez plan, które mają pomóc jego członkom w lepszym zarządzaniu lekami i bezpiecznym ich stosowaniu.
- **Prawo do bycia poinformowanym o zagrożeniach.** Członek ma prawo do uzyskania informacji o wszystkich zagrożeniach związanych z opieką. Musi zostać wcześniej poinformowany, czy proponowane świadczenie lub leczenie stanowi część eksperymentu naukowego. Ma prawo nie zgodzić się na leczenie o charakterze terapii eksperymentalnym.
- **Prawo do odmowy.** Członek ma prawo odmówić poddania się dowolnej zalecanej terapii. Obejmuje to prawo do opuszczenia szpitala lub innej placówki medycznej, nawet jeżeli lekarz doradza, aby w niej pozostać. Członek ma również prawo zaprzestać przyjmowania leków. Jeśli jednak członek odmówi leczenia lub przestanie przyjmować leki, przyjmuje pełną odpowiedzialność za konsekwencje takiego postępowania dla swojego organizmu.

**Członek ma prawo do wydania instrukcji co do postępowania w sytuacji, gdy nie będzie mógł samodzielnie podejmować decyzji w kwestiach medycznych**

Czasami z powodu wypadku lub ciężkiej choroby tracimy zdolność samodzielnego podejmowania decyzji o opiece zdrowotnej. Członek ma prawo zadecydować, jak chciałby aby postąpiono w takiej sytuacji. Oznacza to, że *na własne życzenie* można:

- Wypełnić formularz, aby udzielić **innej osobie prawnego pełnomocnictwa do podejmowania decyzji medycznych w swoim imieniu** w przypadku, gdy samodzielne ich podjęcie nie będzie możliwe.
- **Udzielić lekarzom pisemnych instrukcji**, jak ma wyglądać opieka medyczna w sytuacji, gdy pacjent sam nie będzie mógł podejmować decyzji.

Dokumenty prawne, w których można z wyprzedzeniem podać instrukcje co do postępowania w takich sytuacjach są nazywane **oświadczeniami woli**. Istnieją różne rodzaje oświadczeń woli i mają one różne nazwy. Przykładowe oświadczenia woli to **testament życia** (living will) i **pełnomocnictwo w sprawach opieki zdrowotnej** (power of attorney for health care).

Aby udzielić instrukcji w postaci „oświadczenia woli”, należy:

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

- **Uzyskać formularz.** Formularz, na którym można sporządzić oświadczenie woli, można uzyskać od prawnika, pracownika socjalnego albo kupić w sklepie z materiałami biurowymi. Można go również otrzymać od organizacji udzielających informacji na temat Medicare. Formularze można również uzyskać kontaktując się z działem obsługi członków.
- Są również dostępne poprzez link do Caring Connections na naszej stronie internetowej i na <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/>
- **Wypełnić i podpisać formularz.** Niezależnie od tego skąd pochodzi formularz, należy pamiętać, że dokument ma moc prawną. Przy jego wypełnianiu warto skorzystać z pomocy prawnika.
- **Przekazać kopie odpowiednim osobom.** Kopię formularza należy przekazać swojemu lekarzowi oraz osobie wskazanej na formularzu jako uprawnionej do podejmowania decyzji w imieniu pacjenta, w sytuacji gdy on sam nie będzie mógł ich podejmować. Kopie można również przekazać przyjaciołom lub członkom rodziny. Jeden egzemplarz formularza należy przechowywać w domu.

Jeżeli pacjent ma zaplanowany pobyt w szpitalu i podpisał oświadczenie woli, **udając się do szpitala powinien zabrać ze sobą jego egzemplarz.**

- Przy przyjęciu do szpitala członek zostanie zapytany, czy podpisał formularz oświadczenia woli i czy ma go przy sobie.
- Jeżeli nie podpisał oświadczenia woli, szpital udostępni formularz i zapyta, czy chce go podpisać.

**Należy pamiętać, że wypełnienie oświadczenia woli jest dobrowolne** (dotyczy to również podpisywania oświadczenia woli w szpitalu). Zgodnie z prawem nikt nie może odmówić opieki ani dyskryminować nikogo w zależności od tego, czy podpisał oświadczenie woli.

**Co zrobić, jeżeli instrukcje pacjenta nie zostaną wykonane?**

Jeśli pacjent podpisał oświadczenie woli i uważa, że lekarz lub szpital nie wykonał zawartych w nim instrukcji, może złożyć skargę na infolinię ds. skarg Departamentu Zdrowia w Stanie Nowy Jork, dzwoniąc pod numer 1-800-206-8125 (TTY 711).

|                   |                                                                                                   |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 1.6</b> | <b>Członek ma prawo złożyć skargę i zażądać od planu ponownego rozpatrzenia podjętych decyzji</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

Jeśli masz jakiegokolwiek problemy, obawy lub skargi i musisz poprosić o pokrycie lub złożyć odwołanie, rozdział 8 tego dokumentu mówi, co możesz zrobić. Cokolwiek robisz, poproś o decyzję o pokryciu, złóż odwołanie lub złóż skargę **jesteśmy zobowiązani traktować Cię uczciwie.**

|                   |                                                                                                                             |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 1.7</b> | <b>Co może zrobić członek, jeżeli uważa, że został potraktowany niesprawiedliwie lub że jego prawa nie są respektowane?</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Sprawy dotyczące dyskryminacji należy zgłaszać do Biura Praw Obywatelskich (Office for Civil Rights).**

Jeżeli członek uważa, że został potraktowany niesprawiedliwie lub że jego prawa nie były szanowane ze względu na rasę, niepełnosprawność, religię, płeć, stan zdrowia, pochodzenie etniczne, przekonania, wiek, orientację seksualną lub narodowość, powinien to zgłosić telefonicznie do **Office for Civil Rights (Biura Praw Obywatelskich)** przy Departamencie Zdrowia i Usług Społecznych (Department of Health and Human Services)

## Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków

---

Office for Civil Rights), pod numer 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697, lub do lokalnego Biura Praw Obywatelskich.

### Inne kwestie

Jeżeli członek uważa, że został potraktowany niesprawiedliwie lub że jego prawa zostały naruszone i nie dotyczy to dyskryminacji, może uzyskać pomoc:

- Może **zadzwoić do działu obsługi członków**.
- Może **zadzwoić do SHIP**. Szczegółowe informacje podano w Rozdziale 2, Części 3.
- Lub **może zadzwonić do Medicare** pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynny przez całą dobę, 7 dni w tygodniu (TTY 1-877-486-2048).

|                   |                                                        |
|-------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 1.8</b> | <b>Jak uzyskać więcej informacji o prawach członka</b> |
|-------------------|--------------------------------------------------------|

Jest wiele źródeł, w których członkowie mogą uzyskać więcej informacji o swoich prawach:

- Można **zadzwoić do działu obsługi członków**.
- Można **zadzwoić do SHIP**. Szczegółowe informacje podano w Rozdziale 2, Części 3.
- Można skontaktować się z **Medicare**.
  - Można odwiedzić stronę internetową Medicare, aby przeczytać lub pobrać publikację pt. *Prawa i ochrona w Medicare* (Medicare Rights & Protections). (Publikacja dostępna jest na stronie: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
  - Lub można zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynny przez całą dobę, 7 dni w tygodniu (TTY 1-877-486-2048).

---

## SEKCJA 2 Członkowie planu mają pewne obowiązki

---

Poniżej wymieniono obowiązki członków planu. W razie pytań należy zadzwonić do działu obsługi członków.

- **Członkowie powinni zapoznać się z usługami objętymi ubezpieczeniem i zasadami, których powinni przestrzegać, aby z nich skorzystać.** Informacje o zakresie ubezpieczenia i zasadach, których należy przestrzegać, aby skorzystać z usług, można znaleźć w Warunkach ubezpieczenia.
  - W Rozdziałach 3 i 4 znajdują się szczegółowe informacje o usługach medycznych.
  - W Rozdziale 5 znajdują się szczegóły dotyczące refundacji leków w ramach Części D.
- **Członkowie, którzy oprócz naszego planu mają inne ubezpieczenie zdrowotne lub na leki na receptę, muszą powiadomić o tym plan.** W Rozdziale 1 znajdują się informacje o koordynacji takich świadczeń.
- **Członek musi poinformować swojego lekarza i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej o członkostwie w naszym planie.** Korzystając z opieki medycznej lub kupując leki na receptę w ramach Części D, należy okazywać swoją kartę członkowską planu.
- **Należy udzielać lekarzom i innym świadczeniodawcom informacji, zadawać pytania i udzielać dodatkowych wyjaśnień, aby uzyskać jak najlepszą opiekę.**

**Rozdział 7 Prawa i obowiązki członków**

---

- Aby uzyskać jak najlepszą opiekę, należy poinformować lekarzy i innych świadczeniodawców o swoich problemach zdrowotnych. Należy przestrzegać planów leczenia i zaleceń uzgodnionych wspólnie z lekarzem.
- Lekarze muszą wiedzieć o wszystkich przyjmowanych lekach, w tym dostępnych bez recepty, witaminach i suplementach.
- W przypadku wątpliwości, należy zwrócić się do lekarza, a on powinien udzielić zrozumiałych odpowiedzi.
- **Należy być uważnym i uprzejmym.** Oczekujemy, że nasi członkowie będą szanować prawa innych pacjentów. Oczekujemy również, że będą zachowywać się w sposób, który pomoże w sprawnym funkcjonowaniu gabinetu lekarskiego, szpitali i innych biur.
- **Należy opłacać należności.** Członkowie planu odpowiadają za następujące płatności:
  - Aby pozostać członkiem planu należy nadal opłacać składki na Medicare.
  - Jeżeli ubezpieczony musi płacić dodatkową kwotę na Część D ze względu na wyższe dochody (zgłoszone w ostatnim zeznaniu podatkowym), aby pozostać członkiem planu musi nadal opłacać tę dodatkową kwotę bezpośrednio na rzecz rządu.
- **Jeżeli członek przeprowadza się w granicach obszaru objętego usługami planu, musimy o tym wiedzieć,** aby można było zaktualizować dokumentację dotyczącą członkostwa w planie i dane kontaktowe.
- **W razie przeprowadzki poza obszar usług planu, nie można nadal być członkiem planu.**
- O swojej przeprowadzce należy również powiadomić Urząd Ubezpieczeń Społecznych (Social Security) (lub Urząd Emerytur Kolejowych [Railroad Retirement Board]).

## ROZDZIAŁ 8:

*Jak zgłosić problem lub skargę(decyzje  
w sprawie pokrycia kosztów, odwołania,  
skargi)*

---

## **SEKCJA 1    Wstęp**

---

### **Sekcja 1.1      Jak zgłosić problem lub wątpliwości**

W tym rozdziale wyjaśniono procedury postępowania w przypadku problemów i wątpliwości. Sposób postępowania w przypadku problemu zależy od jego rodzaju:

- W przypadku niektórych problemów należy skorzystać z **procedury właściwej dla decyzji refundacyjnych i odwołań**.
- W przypadku innych, należy skorzystać z **procedury składania skarg**; nazywanych również zażaleniami.

Każdy proces ma swoje zasady, procedury i terminy, których musi przestrzegać plan i członek.

**Część 3** pomoże zdecydować, jaką procedurę wybrać i co zrobić.

### **Sekcja 1.2      Terminologia prawnicza**

W tym rozdziale wyjaśnione zostały sformułowania prawnicze dotyczące niektórych zasad, procedur, a także odnoszące się do nieprzekraczalnych terminów. Sformułowania te są dla wielu osób nowe i mogą być niezrozumiałe. W celu ułatwienia, w tym rozdziale:

- Zamiast określonych sformułowań prawniczych używa się prostszych słów. Na przykład w tym rozdziale zwykle mówi się o „składaniu skargi”, a nie o „wnoszeniu zażalenia”, mówimy o „decyzji refundacyjnej” zamiast o „zintegrowanym rozstrzygnięciu urzędowym” lub „rozstrzygnięciu refundacyjnym” lub „ustaleniu ryzyka”, a także o „niezależnych organizacjach odwoławczych” zamiast o „niezależnych podmiotach odwoławczych”.
- Staramy się także w miarę możliwości ograniczyć stosowanie skrótów.

Jednak znajomość właściwych sformułowań prawnych może być pomocna, a czasami dość ważna. Wiedza o tym, jakich terminów używać, pomoże komunikować się bardziej precyzyjnie, aby uzyskać właściwą pomoc lub informacje w danej sytuacji. Aby pomóc w posługiwaniu się właściwą terminologią, opisując szczegółowo postępowanie w różnych sytuacjach podajemy również sformułowania prawnicze.

---

## **SEKCJA 2    Gdzie można uzyskać więcej informacji i indywidualną pomoc**

---

Zawsze chętnie służymy pomocą. Plan jest zobowiązany szanować prawo członka do złożenia skargi, nawet jeśli dotyczy ona sposobu traktowania go przez plan. Z tego względu zawsze powinieneś skontaktować się z obsługą klienta w celu uzyskania pomocy. Jednak w niektórych sytuacjach członkowie mogą chcieć zwrócić się po pomoc lub wskazówki do instytucji, które nie są z nami związane. Poniżej wymieniono podmioty, które mogą udzielić członkom pomocy.

### **Stanowy program pomocy w sprawach ubezpieczeń zdrowotnych (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**

Każdy stan ma swój własny rządowy program, w którym pracują przeszkoleni doradcy. Program nie jest związany z nami, ani z żadną firmą ubezpieczeniową czy planem ubezpieczeń zdrowotnych. Doradcy zatrudnieni w programie

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

mogą pomóc zrozumieć, z której procedury należy skorzystać, aby rozwiązać swój problem. Mogą również odpowiedzieć na pytania, udzielić więcej informacji i wskazówek co do dalszego postępowania.

Usługi doradców SHIP są bezpłatne. W Rozdziale 2, Części 3 tego dokumentu podano numery telefonu i adresy URL stron internetowych programów.

**Medicare**

W celu uzyskania pomocy można również skontaktować się z Medicare. Kontakt z Medicare:

- Można zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynny całą dobę, 7 dni w tygodniu. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048.
- Można również odwiedzić stronę internetową Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

**Pomoc i informacje można uzyskać od Medicaid**

| <b>Metoda</b>         | <b>Medicaid stanu Nowy Jork, Administracja Zasobów Ludzkich Miasta Nowy Jork i inne lokalne okręgi pomocy społecznej Usługi obejmujące hrabstwa Nassau, Orange, Rockland i Westchester – Informacje kontaktowe</b>                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dzwonić</b>        | <p>Medicaid stanu Nowy Jork (800) 505-5678</p> <p>Departament pomocy społecznej<br/>(718) 557-1399</p> <p>Hrabstwo Nassau: (516) 227-7474</p> <p>Hrabstwo Orange: (845) 291-4000</p> <p>Hrabstwo Rockland: (845) 364-3040</p> <p>Powiat Westchester: (914) 995-3333</p> <p>Poniedziałek - piątek, 8:30 – 20:00, sobota 10:00 – 18:00.</p>                                                                                                                    |
| <b>ADRES POCZTOWY</b> | <p>Human Resources Administration<br/>505 Claremont Avenue, 7th Floor<br/>New York, NY 11238</p> <p>Nassau County DSS<br/>60 Charles Lindbergh Blvd.<br/>Uniondale, NY 11553-3656</p> <p>Orange County DSS<br/>Box Z, 11 Quarry Road<br/>Goshen, New York 10924-0678</p> <p>Rockland County DSS<br/>Building L<br/>50 Sanatorium Road<br/>Pomona, New York 10970</p> <p>White Plains District Office<br/>85 Court Street<br/>White Plains, NY 10601-4201</p> |

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

| <b>Metoda</b>             | <b>Medicaid stanu Nowy Jork, Administracja Zasobów Ludzkich Miasta Nowy Jork i inne lokalne okręgi pomocy społecznej Usługi obejmujące hrabstwa Nassau, Orange, Rockland i Westchester – Informacje kontaktowe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Strona internetowa</b> | <p>Nowy Jork:<br/> <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:<br/> <a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a></p> <p>Orange:<br/> <a href="https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services">https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services</a></p> <p>Rockland:<br/> <a href="http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/">http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/</a></p> <p>Westchester:<br/> <a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a></p> |

| <b>Metoda</b>             | <b>Office of the Ombudsman (Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich) – informacje kontaktowe</b>                                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | <p>(888) 219-9818</p> <p>Od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 czasu miejscowego.</p>                                                         |
| <b>TTY</b>                | <p>711</p> <p>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.</p> |
| <b>STRONA INTERNETOWA</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>Metoda</b>             | <b>Program rzecznika w zakresie opieki długoterminowej – informacje kontaktowe</b>                                                                             |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | <p>(855) 582-6769</p> <p>Od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 czasu miejscowego.</p>                                                         |
| <b>TTY</b>                | <p>711</p> <p>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.</p> |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>                                                      |

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

| Metoda                    | Livanta (Organizacja Poprawy Jakości w Nowym Jorku) – informacje kontaktowe                                                                          |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (866) 815-5440<br>Od 9.00 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego, od poniedziałku do piątku oraz od 11.00 a.m. do 4 p.m. czasu lokalnego w weekendy i święta |
| <b>TTY</b>                | 711<br>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.  |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Livanta<br>BFCC-QIO Program<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701                                                        |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>                                                                                |

**SEKCJA 3 Wyjaśnienie procedury planu dotyczącej składania skarg i odwołań do Medicare i Medicaid**

Osoby posiadające Medicare i korzystające z pomocy Medicaid. Informacje zawarte w tym rozdziale dotyczą: **Wszystko** Twojego Medicare i **bardzo** Twoich świadczeń Medicaid. W przypadku większości świadczeń, członek będzie korzystał z jednego procesu dla świadczeń Medicare i Medicaid. Niekiedy określa się to jako „zintegrowany proces”, ponieważ łączy on, lub integruje, procesy Medicare i Medicaid.

Zdarza się również, że procesy Medicare i Medicaid nie są połączone. W takich sytuacjach, członek korzysta z procesu Medicare dla świadczenia pokrywanego przez Medicare i z procesu Medicaid dla świadczenia pokrywanego przez Medicaid. Sytuacje te są wyjaśnione w **Rozdział 6.4** tego rozdziału „Krok po kroku: Jak przebiega odwołanie drugiego stopnia.”

**PROBLEMY ZE ŚWIADCZENIAMI****SEKCJA 4 Decyzje refundacyjne i odwołania**

Aby rozwiązać problem lub wątpliwości, wystarczy przeczytać tylko te części rozdziału, które odnoszą się do danej sytuacji. Podane niżej informacje pomogą znaleźć odpowiednią część w tym rozdziale odnoszącą się do problemów lub skarg dotyczących **świadczeń pokrywanych przez Medicare lub Medicaid**.

**Czy problem lub wątpliwości dotyczą świadczeń lub refundacji?**

Na przykład, czy opieka medyczna (artykuły medyczne, usługi i/lub leki na receptę w ramach Części B) jest refundowana czy nie, sposób refundacji i problemy związane z opłatami za opiekę zdrowotną.

**Tak.**

Przejdź do następnej części tego rozdziału, **Część 5, „Poradnik z podstawowymi informacjami o decyzjach refundacyjnych i odwołaniach”**.

**Nie.**

Przejdź do **Części 11** na końcu tego rozdziału, **„Jak złożyć skargę na jakość opieki, czas oczekiwania, obsługę klienta i inne kwestie.”**

---

## **SEKCJA 5    Poradnik z podstawowymi informacjami na temat decyzji refundacyjnych i odwołań**

---

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 5.1    Składanie wniosków o decyzję refundacyjną i odwołań: informacje ogólne</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|

Decyzje refundacyjne i odwołania pozwalają rozwiązać problemy związane ze świadczeniami oraz objęciem ubezpieczeniem opieki medycznej (usług, artykułów i leków na receptę w Części B, w tym płatności). Dla uproszczenia, ogólnie artykuły medyczne, usługi i leki na receptę w Medicare Część B określamy jako **opiekę medyczną**. Członek korzysta z procedury decyzji refundacyjnych i odwołań. Jest to procedura, z której należy skorzystać, aby wyjaśnić, czy dana usługa jest refundowana czy nie, a jeżeli tak, to na jakich zasadach.

### **Złożenie wniosku o decyzję refundacyjną przed skorzystaniem ze świadczeń**

Decyzja refundacyjna to decyzja, jaką plan podejmuje w sprawie świadczeń i refundacji lub kwoty jaką zapłaci za opiekę medyczną. Na przykład, jeśli lekarz z sieci planu skieruje członka do specjalisty spoza sieci, takie skierowanie zostanie uznane za korzystną decyzję refundacyjną, chyba że lekarz z sieci może wykazać, że członek otrzymał standardowe powiadomienie o odmowie przyjęcia do takiego specjalisty lub Warunki ubezpieczenia wyraźnie wskazują, że usługa, na jaką skierowano członka nie jest objęta ubezpieczeniem pod żadnym warunkiem. Członek planu lub jego lekarz może również zwrócić się do nas o decyzję refundacyjną, jeśli lekarz nie jest pewny, czy plan pokryje określoną usługę medyczną lub odmawia zapewnienia opieki medycznej, która zdaniem członka jest mu potrzebna. Innymi słowy, członek może zwrócić się do planu o wydanie decyzji refundacyjnej, jeśli przed skorzystaniem z opieki chce wiedzieć, czy plan pokryje jej koszt.

W ograniczonych okolicznościach, wniosek o decyzję refundacyjną może zostać oddalony i oznacza to, że plan nie rozpatrzy wniosku. Wniosek zostanie oddalony na przykład w sytuacji, gdy będzie niekompletny, jeśli zostanie złożony w imieniu członka przez osobę, która nie jest do tego upoważniona lub jeśli członek zwróci się o wycofanie wniosku. Jeśli wniosek o decyzję refundacyjną zostanie oddalony, plan wyśle do członka zawiadomienie z wyjaśnieniem powodów oddalenia i poinformuje, jak zwrócić się o ponowne rozpatrzenie decyzji o oddaleniu.

Decyzje refundacyjne są podejmowane za każdym razem, gdy plan decyduje, co jest objęte ubezpieczeniem i ile płaci za daną usługę. W niektórych przypadkach plan może zdecydować, że opieka nie podlega refundacji albo że nie jest już refundowana przez Medicare w przypadku danego członka. Jeśli członek nie zgadza się z taką decyzją, może złożyć odwołanie.

### **Odwołanie od decyzji**

Jeśli członek nie jest zadowolony z decyzji refundacyjnej podjętej przez plan (niezależnie od tego, czy otrzymał już świadczenie, czy nie), może się od niej odwołać. Odwołanie to formalny wniosek do planu o weryfikację i zmianę podjętej decyzji refundacyjnej. W pewnych okolicznościach, które zostaną omówione w dalszej części

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

dokumentu, członek może zażądać podjęcia przyspieszonego odwołania lub odwołania w „trybie pilnym” od decyzji refundacyjnej. Odwołanie jest rozpatrywane przez innych weryfikatorów niż ci, którzy podjęli pierwotną decyzję.

Złożenie odwołania po raz pierwszy nazywa się odwołaniem pierwszego stopnia. W procedurze odwołania dokonujemy przeglądu podjętej decyzji refundacyjnej, aby sprawdzić, czy należycie przestrzegano wszystkich zasad. Po zakończeniu przeglądu, plan informuje członka o swojej decyzji.

W ograniczonych okolicznościach, wniosek o decyzję refundacyjną pierwszego stopnia może zostać oddalony i oznacza to, że plan nie rozpatrzy wniosku. Wniosek zostanie oddalony na przykład w sytuacji, gdy będzie niekompletny, jeśli zostanie złożony w imieniu członka przez osobę, która nie jest do tego upoważniona lub jeśli członek zwróci się o wycofanie wniosku. Jeśli wniosek o decyzję refundacyjną pierwszego stopnia zostanie oddalony, plan wyśle do członka zawiadomienie z wyjaśnieniem powodów oddalenia i poinformuje, jak zwrócić się o ponowne rozpatrzenie decyzji o oddaleniu.

Jeśli plan rozpatrzy negatywnie całość lub część odwołania pierwszego stopnia dotyczącego opieki medycznej, odwołanie zostanie automatycznie przekazane do rozpatrzenia w ramach procedury drugiego stopnia. Odwołanie drugiego stopnia prowadzone jest przez Biuro ds. rozpraw administracyjnych (Office of Administrative Hearings). Urząd ten nie jest w żaden sposób związany z naszym planem.

- Sprawa zostanie automatycznie przekazana do Biura ds. rozpraw administracyjnych do rozpatrzenia w ramach odwołania drugiego stopnia – członek nie musi podejmować żadnych działań. Biuro ds. rozpraw administracyjnych wyśle członkowi powiadomienie potwierdzające otrzymanie wniosku o odwołanie drugiego stopnia.
- Widzieć **Rozdział 6.4** Więcej informacji na temat odwołań poziomu 2 w sprawie opieki medycznej można znaleźć w tym rozdziale.
- Odwołania dotyczące Części D omówiono bardziej szczegółowo w Części 7 tego rozdziału.

Jeżeli członek będzie niezadowolony z decyzji podjętej w ramach odwołania drugiego stopnia, może się odwoływać do szeregu kolejnych instancji odwoławczych (W Części 10 tego rozdziału wyjaśniono procedurę odwoławczą trzeciego, czwartego i piątego stopnia).

|                   |                                                                                       |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 5.2</b> | <b>Jak uzyskać pomoc zwracając się o decyzję refundacyjną lub składając odwołanie</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

Poniżej przedstawiamy źródła pomocy, z których można skorzystać składając wniosek o decyzję refundacyjną lub odwołanie od decyzji:

- Można **zadzwoić do Działu Obsługi Ubezpieczonych**.
- Można **uzyskać bezpłatną pomoc** ze stanowego programu pomocy w sprawach ubezpieczeń zdrowotnych.
- **Lekarz lub inny świadczeniodawca opieki zdrowotnej może złożyć wniosek w imieniu członka.** Jeśli lekarz pomaga w odwołaniu wyższego niż 2 stopnia, będzie musiał zostać wyznaczony na przedstawiciela członka. Należy zadzwonić do działu obsługi uczestników i poprosić o formularz „Wyznaczenie przedstawiciela”. (Formularz jest również dostępny na stronie internetowej Medicare na [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).)

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- W przypadkach dotyczących opieki medycznej, lekarz lub inny świadczeniodawca opieki zdrowotnej może wystąpić w imieniu uczestnika z wnioskiem o wydanie decyzji refundacyjnej lub z odwołaniem pierwszego stopnia. Jeśli odwołanie pierwszego stopnia zostanie odrzucone, zostanie ono automatycznie przekazane na drugi poziom procedury odwoławczej.
- Jeżeli w trakcie składania odwołania lekarz lub inny pracownik służby zdrowia poprosi o kontynuowanie świadczenia lub świadczenia, z którego już korzystasz, **móc** musisz wskazać swojego lekarza lub inną osobę przepisującą receptę jako swojego przedstawiciela, który będzie działał w Twoim imieniu.
- W przypadkach dotyczących leków na receptę w ramach Części D, lekarz albo inna osoba przepisująca lek może w imieniu członka złożyć wniosek o decyzję refundacyjną lub odwołanie pierwszego stopnia. Jeśli odwołanie pierwszego stopnia zostanie odrzucone, lekarz lub osoba przepisująca członkowi lek może zażądać odwołania drugiego stopnia.
- **Członek może poprosić kogoś, aby występował w jego imieniu.** Można wyznaczyć inną osobę jako „przedstawiciela”, który może składać w imieniu ubezpieczonego wnioski o wydanie decyzji refundacyjnej lub odwołania od takich decyzji.
  - Aby na swojego przedstawiciela wyznaczyć przyjaciela, krewnego lub inną osobę, należy zadzwonić do działu obsługi uczestników i poprosić o formularz „Wyznaczenie przedstawiciela”. (Formularz jest również dostępny na stronie internetowej Medicare na [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).) Wypełniając formularz członek udziela wybranej osobie zgody na działanie w jego imieniu. Członek i osoba, która ma działać w jego imieniu muszą podpisać się na formularzu. Kopię podpisanego formularza należy przekazać do planu.
  - Chociaż możemy przyjąć wniosek o odwołanie bez formularza, nie możemy rozpocząć ani zakończyć jego rozpatrywania, dopóki nie otrzymamy formularza. Jeśli nie otrzymamy formularza w ciągu 44 dni kalendarzowych od otrzymania Państwa wniosku o odwołanie (nasz termin na podjęcie decyzji w sprawie odwołania), Państwa wniosek o odwołanie zostanie odrzucony. W takiej sytuacji wyślemy do członka pisemne powiadomienie, wyjaśniające przysługujące mu prawo do zwrócenia się do Biura ds. rozpraw administracyjnych (Office of Administrative Hearings) o weryfikację naszej decyzji o odrzuceniu odwołania.
- **Członek ma także prawo wynająć prawnika.** Można się zwrócić do swojego prawnika, znaleźć prawnika w lokalnym stowarzyszeniu prawników lub w inny sposób uzyskać rekomendację. Istnieją także grupy udzielające osobom uprawnionym bezpłatnych porad prawnych. **Nie ma jednak obowiązku korzystania z usług prawnika**, aby zwrócić się do planu o wydanie decyzji refundacyjnej lub odwołać się od decyzji.

**Sekcja 5.3      W której części tego rozdziału podano szczegółowe informacje dotyczące sytuacji członka planu?**

Istnieją cztery różne sytuacje, których dotyczą decyzje refundacyjne i odwołania. W każdej z tych sytuacji obowiązują odmienne zasady i terminy, dlatego szczegółowe informacje o każdej z nich podane są w osobnych częściach rozdziału:

- **Część 6** tego rozdziału: „Opieka medyczna: Jak złożyć wniosek o decyzję refundacyjną lub odwołanie”
- **Część 7** tego rozdziału: „Leki na receptę w Części D: Jak złożyć wniosek o decyzję refundacyjną lub odwołanie”
- **Część 8** tego rozdziału: „W jaki sposób zwrócić się do planu o objęcie ubezpieczeniem dłuższego pobytu w szpitalu, gdy zdaniem członka lekarz wypisuje go przedwcześnie ze szpitala”

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- **Sekcja 9** tego rozdziału „Jak poprosić nas o dalsze pokrywanie kosztów niektórych usług medycznych, jeśli uważasz, że Twoje ubezpieczenie kończy się zbyt wcześnie” (Dotyczy wyłącznie następujących usług: opieki domowej, opieki w wykwalifikowanym ośrodku pielęgniarstwa i usług w kompleksowym ośrodku rehabilitacji ambulatoryjnej (CORF))

W przypadku wątpliwości, do której części należy się odnieść, prosimy o kontakt z Działem Obsługi Ubezpieczonych. Pomoc lub informacje można również uzyskać od organizacji rządowych, na przykład SHIP.

---

**SEKCJA 6 Opieka medyczna: Jak złożyć wniosek o decyzję refundacyjną lub odwołanie od takiej decyzji**

---

|                   |                                                                                                                                                                              |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 6.1</b> | <b>W tej części wyjaśniamy, jak postępować w przypadku problemów z uzyskaniem refundacji opieki medycznej lub aby zażądać od planu zwrotu kosztów poniesionych za opiekę</b> |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ta część dotyczy świadczeń opieki medycznej członka. Te świadczenia opisano w Rozdziale 4 dokumentu: *Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte)*. W niektórych przypadkach do wniosków dotyczących leków na receptę z Części B odnoszą się inne zasady. W takiej sytuacji wyjaśnimy, w jaki Metoda zasady dotyczące leków na receptę z Części B różnią się od zasad dotyczących artykułów i usług medycznych.

W tej części wyjaśniono, co można zrobić w każdej z pięciu następujących sytuacji:

1. Członek nie otrzymuje żądanej opieki i uważa, że plan obejmuje ubezpieczeniem tego rodzaju opiekę. **Należy zwrócić się o decyzję refundacyjną. Część 6.2.**
  2. Plan nie chce wyrazić zgody na opiekę medyczną, jaką lekarz lub inny świadczeniodawca członka chce mu zapewnić, a członek uważa, że plan obejmuje ubezpieczeniem tego rodzaju opiekę. **Należy zwrócić się o decyzję refundacyjną. Część 6.2.**
  3. Członkowi zapewniono opiekę medyczną, która jego zdaniem powinna być objęta ubezpieczeniem przez plan, jednak plan odmówił pokrycia jej kosztów. **Należy złożyć odwołanie. Część 6.3.**
  4. Członek otrzymał i zapłacił za opiekę medyczną, którą jego zdaniem plan powinien objąć ubezpieczeniem i chce zwrócić się do planu o zwrot kosztów opieki. **Należy wysłać rachunek do planu. Część 6.5.**
  5. Członek został poinformowany, że refundacja opieki medycznej, z której korzystał (którą plan wcześniej zatwierdził), zostanie ograniczona lub wstrzymana, a zdaniem członka ograniczenie lub wstrzymanie opieki może zaszkodzić jego zdrowiu. **Należy złożyć odwołanie. Część 6.3.**
- **notatka:** Jeżeli refundacja, która ma zostać wstrzymana dotyczy opieki szpitalnej, domowej opieki zdrowotnej, pobytu w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa lub usług zapewnianych w kompleksowej przychodni rehabilitacyjnej (CORF), należy zapoznać się z Częścią 8 i 9 tego rozdziału. Tego rodzaju opieka podlega innym regułom.

|                   |                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 6.2</b> | <b>Krok po kroku: Jak złożyć wniosek decyzję refundacyjną</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|

|                       |
|-----------------------|
| <b>Pojęcia prawne</b> |
|-----------------------|

|                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Jeśli decyzja refundacyjna dotyczy opieki medycznej, określa się ją jako „<b>zintegrowane rozstrzygnięcie urzędowe</b>.”</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>„Decyzja refundacyjna w trybie pilnym” jest określana jako „<b>orzeczenie w trybie przyspieszonym</b>.”</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Krok 1: Zdecyduj, czy potrzebujesz „standardowej decyzji o pokryciu” czy „szybkiej decyzji o pokryciu”.**

„Standardowa decyzja refundacyjna” jest zazwyczaj podejmowana w ciągu 14 dni lub 72 godzin w odniesieniu do leków z Części B. „Decyzja refundacyjna w trybie pilnym” jest zazwyczaj podejmowana w ciągu 72 godzin w odniesieniu do usług medycznych, 24 godzin w odniesieniu do leków z Części B. Aby otrzymać decyzję refundacyjną w trybie pilnym, członek musi spełnić dwa wymagania:

- Może zwrócić się o decyzję refundacyjną *wyłącznie* w odniesieniu do artykułów i/lub usług medycznych (nie można złożyć wniosku o płatność za artykuły i/lub usługi już otrzymane).
- Można uzyskać przyspieszoną decyzję refundacyjną *tylko* wtedy, gdy standardowe terminy mogłyby spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu albo znacząco ograniczyć zdolność ubezpieczonego do funkcjonowania.
- Jeśli lekarz poinformuje nas, że Państwa stan zdrowia wymaga wydania „przyspieszonej decyzji refundacyjnej”, automatycznie zgodzimy się wydać przyspieszoną decyzję refundacyjną.
- Jeżeli ubezpieczony zwraca się o decyzję w trybie pilnym samodzielnie (bez poparcia ze strony lekarza), plan zadecyduje, czy jego stan zdrowia wymaga wydania decyzji w takim trybie. W przypadku odrzucenia wniosku o decyzję refundacyjną w trybie pilnym, plan wyśle do członka pismo, w którym:
  - Wyjaśni, że zastosowane zostaną standardowe terminy.
  - Wyjaśni, że jeżeli wniosek o decyzję refundacyjną w trybie pilnym złoży lekarz, plan automatycznie wyda decyzję w takim trybie.
  - Wyjaśni, że członek może złożyć „skargę w trybie pilnym” na decyzję planu o wydaniu decyzji w terminie standardowym zamiast w żądanym trybie pilnym.

**Krok 2: Członek powinien zwrócić się do planu o wydanie decyzji refundacyjnej lub decyzji refundacyjnej w trybie pilnym.**

- Najpierw należy skontaktować się z planem telefonicznie, napisać lub przefaksować wniosek o wydanie zgody lub pokrycie kosztów potrzebnej opieki medycznej. Może to zrobić sam ubezpieczony, jego lekarz lub przedstawiciel. Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2.

**Krok 3: Rozważamy Twoją prośbę o pokrycie kosztów opieki medycznej i udzielamy Ci odpowiedzi.**

*Standardowe decyzje refundacyjne są wydawane w standardowych terminach.*

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

Oznacza to, że plan udzieli odpowiedzi w ciągu 14 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku o decyzję w sprawie artykułu lub usługi. W przypadku wniosków dotyczących leku na receptę z Medicare Część B, plan udzieli odpowiedzi w ciągu 72 godzin od otrzymania wniosku.

- **Jeśli jednak** członek zażąda więcej czasu lub plan będzie potrzebował dodatkowych informacji, które mogą być korzystne dla członka, **plan może odpowiedzieć na wniosek w terminie dłuższym o 14 dni**, o ile dotyczy on artykułu lub usługi medycznej. Jeżeli wydanie decyzji potrwa dłużej, poinformujemy o tym na piśmie. Plan nie może wydłużyć terminu wydawania decyzji, jeśli wniosek dotyczy leku na receptę z Medicare Część B.
- Jeżeli członek uważa, że plan *nie* powinien przedłużać terminu wydawania decyzji, może złożyć „skargę w trybie pilnym”. Plan odpowie na skargę niezwłocznie po podjęciu decyzji. (Procedura składania skargi jest odmienna od procedury ubiegania się o decyzje refundacyjne i składanie odwołań. Informacje o skargach można znaleźć w Części 11 tego rozdziału).

*W celu szybkiego podejmowania decyzji dotyczących ubezpieczenia stosujemy przyspieszone ramy czasowe*

W przypadku decyzji refundacyjnej w trybie pilnym plan udzieli odpowiedzi w ciągu 72 godzin, jeśli wniosek dotyczy artykułu lub usługi medycznej. W przypadku wniosków dotyczących leku na receptę z Medicare Część B, plan udzieli odpowiedzi w ciągu 24 godzin.

- **Jeśli jednak** ubezpieczony poprosi o więcej czasu lub jeśli plan będzie potrzebował dodatkowych informacji, które mogą być korzystne dla członka, **plan może odpowiedzieć na wniosek w terminie dłuższym o 14 dni**. Jeżeli wydanie decyzji potrwa dłużej, poinformujemy o tym na piśmie. Plan nie może wydłużyć terminu wydawania decyzji, jeśli wniosek dotyczy leku na receptę z Medicare Część B.
- Jeśli uważasz, że powinniśmy *nie* jeśli potrzebujesz dodatkowych dni, możesz złożyć „szybką skargę”. (Informacje o skargach można znaleźć w Części 11 tego rozdziału). Plan skontaktuje się z członkiem telefonicznie niezwłocznie po podjęciu decyzji.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony odmownie**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy.

**Krok 4: Jeżeli odmówimy pokrycia kosztów opieki medycznej, możesz się odwołać.**

- Jeżeli plan odrzuci wniosek członka, ma on prawo zwrócić się do planu o ponowne rozpatrzenie wniosku – w drodze odwołania. Oznacza to, że członek ponownie zwraca się do planu o refundację opieki medycznej. Złożenie odwołania oznacza rozpoczęcie procedury odwołanie pierwszego stopnia.

|                   |                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 6.3</b> | <b>Krok po kroku: Jak złożyć odwołanie pierwszego stopnia</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|

|                       |
|-----------------------|
| <b>Pojęcia prawne</b> |
|-----------------------|

Odwołanie do planu od decyzji refundacyjnej dotyczącej opieki medycznej jest nazywane „**zintegrowanym ponownym rozpatrzeniem sprawy**.”

„Odwołanie w trybie pilnym” określa się również jako „**przyspieszone ponowne rozpatrzenie sprawy**.”

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

---

**Krok 1: Członek powinien zdecydować, czy potrzebuje „standardowego odwołania” czy „odwołania w trybie pilnym”.**

„Standardowe odwołanie” jest zazwyczaj rozpatrywane w ciągu 30 dni lub 7 dni w odniesieniu do leków z Części B. „Odwołanie w trybie pilnym” jest zazwyczaj rozpatrywane w ciągu 72 godzin.

- W przypadku odwołań od decyzji planu odnośnie refundacji opieki, której członek jeszcze nie otrzymał, członek i/lub jego lekarz musi zdecydować, czy konieczne jest złożenie „odwołania w trybie pilnym”. Jeżeli lekarz poinformuje plan, że zdrowie członka wymaga „odwołania w trybie pilnym”, zgodzimy się na taki tryb.
- Wymogi dotyczące „odwołania w trybie pilnym” są takie same jak te podane w Części 6.2 tego rozdziału dla „decyzji refundacyjnej w trybie pilnym”.

**Krok 2: Członek powinien złożyć do planu odwołanie lub odwołanie w trybie pilnym**

- **Wnioski o standardowe odwołania należy składać w formie pisemnej.** Odwołanie można również złożyć telefonicznie. Rozdział 2 zawiera dane kontaktowe.
- **Wnioski o odwołanie w trybie pilnym można złożyć w formie pisemnej lub telefonicznie.** Rozdział 2 zawiera dane kontaktowe.
- **Odwołanie trzeba złożyć w ciągu 65 dni kalendarzowych** od daty na pisemnym zawiadomieniu, które wysłaliśmy, aby poinformować o naszej odpowiedzi dotyczącej decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Jeśli członek nie dotrzymał tego terminu i istniał ku temu uzasadniony powód, składając odwołanie należy wyjaśnić przyczynę spóźnienia. Plan może zapewnić członkowi więcej czasu na złożenie odwołania. Uzasadnione powody niedotrzymania terminu mogą na przykład obejmować poważną chorobę, z powodu której ubezpieczony nie mógł się z nami skontaktować lub udzielenie przez nas błędnych lub niekompletnych informacji w sprawie terminu złożenia odwołania.
- **Członek może poprosić o bezpłatną kopię informacji dotyczących decyzji medycznej.** Członek i jego lekarz mogą przekazać dodatkowe informacje uzasadniające odwołanie.

*Jeśli plan poinformował członka, że zamierza wstrzymać lub ograniczyć zapewniane dotychczas członkowi usługi lub artykuły, członek może nadal z nich korzystać podczas procedury odwołania*

- Jeśli plan zdecyduje się zmienić lub zakończyć refundację usługi lub artykułu, jaki członek obecnie otrzymuje, powiadomi o tym pisemnie przed podjęciem proponowanego działania.
- Osoby, które nie zgodzą się z taką decyzją, mogą złożyć odwołanie pierwszego stopnia. Plan będzie nadal refundować usługę lub artykuł, jeśli członek złoży odwołanie pierwszego stopnia w ciągu 10 dni kalendarzowych od daty stempla pocztowego na piśmie od planu lub przed planowaną datą wejścia w życie działania, w zależności od tego, która z tych dat jest późniejsza.
- W przypadku dotrzymania tego terminu, w czasie trwania odwołania pierwszego stopnia członek będzie mógł nadal korzystać z usługi lub artykułu bez żadnych zmian. Wszystkie pozostałe usługi lub artykuły (których nie dotyczy odwołanie) nadal będą zapewniane bez żadnych zmian.

**Krok 3: Plan rozpatruje odwołanie i udziela członkowi odpowiedzi. Plan rozpatruje odwołanie i udziela członkowi odpowiedzi.**

- Rozpatrując odwołanie plan uważnie analizuje wszystkie informacje. Sprawdza, czy decyzja odmowna została wydana zgodnie ze wszystkimi zasadami.
- W razie potrzeby, plan uzyska dodatkowe informacje kontaktując się z członkiem lub jego lekarzem.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

---

***Terminy „odwołania w trybie pilnym”***

- W przypadku odwołań w trybie pilnym, plan musi udzielić odpowiedzi **w ciągu 72 godzin od otrzymania odwołania**. Jeżeli wymaga tego stan zdrowia członka, udzielimy odpowiedzi szybciej.
  - Jeśli jednak członek zażąda więcej czasu lub plan będzie potrzebował dodatkowych informacji, które mogą być korzystne dla członka, **plan może odpowiedzieć na wniosek w terminie dłuższym o 14 dni kalendarzowych**, o ile dotyczy on artykułu lub usługi medycznej. Jeżeli wydanie decyzji potrwa dłużej, poinformujemy o tym na piśmie. Plan nie może wydłużyć terminu, jeśli wniosek dotyczy leku na receptę z Medicare Część B.
  - Jeżeli plan nie udzieli odpowiedzi w ciągu 72 godzin (lub do końca wydłużonego okresu, jeśli termin został przedłużony), ma obowiązek automatycznie wysłać wniosek na drugi stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą. Procedurę odwoławczą drugiego stopnia wyjaśniono w Części 6.4.
- **Jeżeli plan wyda pozytywną odpowiedź odnośnie całości lub części wniosku**, musi autoryzować lub udzielić refundacji, na którą wyraził zgodę, w ciągu 72 godzin od otrzymania odwołania.
- **Jeżeli plan wyda odpowiedź odmowną odnośnie części lub całości wniosku**, wyśle decyzję na piśmie i automatycznie skieruje odwołanie do Biura ds. rozpraw administracyjnych do rozpatrzenia w ramach odwołania drugiego stopnia. Po otrzymaniu odwołania Biuro ds. rozpraw administracyjnych wyznaczy termin przesłuchania i poinformuje członka o dacie i godzinie w formie pisemnej.

***Terminy „standardowego” odwołania***

- W przypadku odwołań standardowych musimy dać Państwu odpowiedź **w ciągu 30 dni kalendarzowych** po otrzymaniu Państwa odwołania. Jeśli wniosek dotyczy leku na receptę z Medicare Część B, którego członek jeszcze nie otrzymał, plan udzieli odpowiedzi **w ciągu 7 dni kalendarzowych** od otrzymania odwołania. Jeżeli wymaga tego stan zdrowia członka, udzielimy odpowiedzi wcześniej.
  - Jeśli jednak członek zażąda więcej czasu lub plan będzie potrzebował dodatkowych informacji, które mogą być korzystne dla członka, **plan może odpowiedzieć w terminie dłuższym o 14 dni kalendarzowych**, o ile odwołanie dotyczy artykułu lub usługi medycznej. Jeżeli wydanie decyzji potrwa dłużej, poinformujemy o tym na piśmie. Plan nie może wydłużyć terminu wydawania decyzji, jeśli wniosek dotyczy leku na receptę z Medicare Część B.
  - Jeżeli członek uważa, że plan **nie** powinien przedłużać terminu wydawania decyzji, może złożyć „skargę w trybie pilnym”. Odpowiedzi na skargę złożoną w trybie pilnym są udzielane w ciągu 24 godzin. (Więcej informacji na temat procedury składania skarg, w tym skarg w trybie pilnym, można znaleźć w **Części 11** w tym rozdziale.)
  - Jeżeli plan nie udzieli odpowiedzi w wyznaczonym terminie (lub do końca wydłużonego terminu), skieruje odwołanie członka na drugi stopień procesu odwoławczego, w którym Biuro ds. rozpraw administracyjnych zorganizuje przesłuchanie w sprawie członka. Procedurę odwoławczą drugiego stopnia wyjaśniono w Części 6.4.
- **Jeżeli plan wyda pozytywną odpowiedź odnośnie całości lub części wniosku**, musi zatwierdzić lub zapewnić ubezpieczenie w ciągu **30 dni kalendarzowych** lub w **ciągu 7 dni kalendarzowych** jeśli wniosek dotyczy leku na receptę z Medicare Część B, od otrzymania odwołania.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- Jeżeli plan odrzuci część lub całość odwołania, członkowi przysługują dodatkowe prawa dotyczące odwołania. Automatycznie skierujemy odwołanie członka na drugi stopień procesu odwoławczego, w którym Biuro ds. rozpraw administracyjnych zorganizuje przesłuchanie w sprawie odwołania, aby sprawdzić czy zgadza się z decyzją planu.
- Jeśli odwołanie zostanie w całości lub w części rozpatrzone odmownie, plan powiadomi o tym członka pisemnie.

**Sekcja 6.4      Krok po kroku: Jak przebiega odwołanie drugiego stopnia**

Biuro ds. rozpraw administracyjnych **jest niezależną organizacją zatrudnioną przez Medicare i Medicaid**. Nie jest związane z planem i nie jest agencją rządową. Organizacja ta decyduje, czy decyzje podjęte przez plan są prawidłowe lub czy trzeba je zmienić. Jej pracę nadzoruje Medicare i Medicaid.

Po zakończeniu procedury odwoławczej pierwszego stopnia, automatycznie prześlemy odwołanie członka na drugi stopień procesu. Biuro ds. rozpraw administracyjnych wyznaczy termin przesłuchania i poinformuje członka o jego dacie i godzinie. W razie potrzeby członek może poprosić o przełożenie terminu na inny dzień.

Jeśli członek zakwalifikował się do kontynuacji świadczeń podczas odwołania pierwszego stopnia, jego świadczenia w zakresie usługi, artykułu lub leku, którego dotyczy odwołanie, mogą być również kontynuowane podczas procedury drugiego stopnia. Informacje na temat kontynuowania pobierania świadczeń podczas odwołań z poziomu 1 znajdują się na stronie 138.

**Procedura odwołania drugiego stopnia:****Krok 1: Plan prześle odwołanie członka do Biura ds. rozpraw administracyjnych (Office of Administrative Hearings). Biuro ds. rozpraw administracyjnych zorganizuje przesłuchanie.**

- Plan prześle organizacji informacje na temat odwołania. Zbiór takich informacji nazywa się „aktami sprawy” lub „pakietem dowodowym”. **Plan wyśle członkowi bezpłatny egzemplarz pakietu dowodowego.**
- Członek ma prawo udzielić przedstawicielom Biura ds. rozpraw administracyjnych dodatkowych informacji na poparcie odwołania.
- Podczas przesłuchania, urzędnik prowadzący rozprawę w Biurze ds. rozpraw administracyjnych uważnie przeanalizuje wszystkie informacje związane z odwołaniem i wysłucha, co członek i personel planu mają do powiedzenia na temat wniosku o odwołanie.

***Jeżeli odwołanie było „szybkie” na poziomie 1, MOŻESZ również mieć „szybkie” odwołanie na poziomie 2.***

- W przypadku odwołania w trybie „pilnym”, organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie drugiego stopnia **w ciągu 72 godzin** od otrzymania wniosku z odwołaniem. W niektórych przypadkach, nawet jeśli odwołanie pierwszego stopnia zostało rozpatrzone w trybie pilnym, odwołanie drugiego stopnia nie będzie automatycznie rozpatrywane w trybie pilnym. Odwołanie zostanie rozpatrzone w trybie pilnym, jeśli standardowe terminy mogłyby spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu lub znacząco zaszkodzić zdolności odzyskania maksymalnego funkcjonowania przez członka.
- Jeśli wniosek dotyczy artykułu lub usługi medycznej, a Biuro ds. rozpraw administracyjnych potrzebuje dodatkowych informacji, które mogą być korzystne dla członka, **odwołanie może zostać rozpatrzone w terminie dłuższym o 14 dni kalendarzowych**. Biuro ds. rozpraw administracyjnych nie może wydłużyć terminu wydania decyzji, jeśli wniosek dotyczy leku na receptę z Medicare Część B.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

*Jeśli złożyłeś „standardowe” odwołanie na Poziomie 1, będziesz je również składał na Poziomie 2.*

- Jeśli odwołanie w trybie „standardowym” dotyczy artykułu lub usługi medycznej, organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie drugiego stopnia **w ciągu 60 dni kalendarzowych** od otrzymania wniosku z odwołaniem.
- Jeśli odwołanie dotyczy leku na receptę z Medicare Część B, organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie drugiego stopnia **w ciągu 7 dni kalendarzowych** od otrzymania wniosku z odwołaniem.
- Jeśli jednak wniosek dotyczy artykułu lub usługi medycznej, a Biuro ds. rozpraw administracyjnych potrzebuje dodatkowych informacji, które mogą być korzystne dla członka, **odwołanie może zostać rozpatrzone w terminie dłuższym o 14 dni kalendarzowych**. Biuro ds. rozpraw administracyjnych nie może wydłużyć terminu wydania decyzji, jeśli wniosek dotyczy leku na receptę z Medicare Część B.

**Krok 2: Biuro ds. rozpraw administracyjnych udziela odpowiedzi.**

Biuro ds. rozpraw administracyjnych poinformuje członka o swojej decyzji i jej uzasadnieniu na piśmie.

- **Jeśli Biuro ds. rozpraw administracyjnych wyda pozytywną odpowiedź odnośnie części lub całości wniosku**, plan musi autoryzować refundację opieki medycznej **w ciągu 1 dnia roboczego**.
- **Jeśli organizacja odrzuci część lub całość odwołania**, będzie to oznaczało, że zgadza się z planem, że wniosek członka (lub część wniosku) o refundację opieki medycznej nie powinien zostać zatwierdzony. (Jest to tak zwane „utrzymanie decyzji w mocy” lub „odrzućcie odwołania”.) W takim przypadku, Biuro ds. rozpraw administracyjnych wyśle do członka pismo:
  - Z wyjaśnieniem swojej decyzji.
  - Informujące o prawie członka do odwołania trzeciego stopnia, jeśli wartość refundacji opieki medycznej spełnia określoną kwotę minimalną. W pisemnym powiadomieniu od Biura ds. rozpraw administracyjnych podana będzie kwota wymagana do kontynuowania procesu odwoławczego.
  - Wyjaśniające, jak złożyć odwołanie trzeciego stopnia.
- Jeśli odwołanie drugiego stopnia zostanie odrzucone, członek musi zdecydować, czy chce złożyć odwołanie trzeciego stopnia. Szczegółowe informacje na ten temat podano w pisemnym powiadomieniu wysłanym po zakończeniu odwołania drugiego stopnia.
  - Odwołanie trzeciego stopnia jest rozpatrywane przez Radę odwoławczą Medicare. **Część 10** w tym rozdziale wyjaśnia procedury odwoławcze na poziomie 3, 4 i 5.

**Czy w przypadku decyzji odmownej odnośnie całości lub części wniosku, członek może złożyć kolejne odwołanie?**

Po wydaniu przez Biuro ds. rozpraw administracyjnych decyzji odmownej odnośnie całości lub części wniosku, członkowi przysługują **dodatkowe prawa do odwołania**.

W piśmie otrzymanym od Biura ds. rozpraw administracyjnych wyjaśnione będą kolejne opcje odwołania.

W **Części 10** tego rozdziału przedstawiono więcej informacji o prawach członka do kolejnego odwołania po zakończeniu odwołania drugiego stopnia.

|                   |                                                                                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 6.5</b> | <b>Wniosek do planu o zwrot kosztów otrzymanego rachunku za opiekę medyczną</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

**Nie możemy bezpośrednio zwracać członkom kosztów usług albo artykułów objętych ubezpieczeniem Medicaid. Jeśli członek otrzyma rachunek za usługi i artykuły objęte ubezpieczeniem Medicaid, należy przesłać**

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

---

go do nas. **Nie powinieneś płacić rachunku sam.** Plan skontaktuje się bezpośrednio ze świadczeniodawcą i rozwiąże problem. Jeśli jednak członek zapłaci rachunek, może otrzymać zwrot kosztów od tego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, jeśli przestrzegał zasad dotyczących korzystania z usług lub uzyskiwania artykułów.

**Zwracanie się o zwrot już poniesionych kosztów:**

Jeśli członek wysłał do planu dokumentację z żądaniem zwrotu poniesionych kosztów, zwraca się z prośbą o decyzję refundacyjną. Nie możemy dokonać bezpośredniego zwrotu kosztów **Medicaid** usług lub przedmiot. Jeśli członek otrzyma rachunek za usługi i artykuły objęte ubezpieczeniem Medicaid, należy przesłać go do nas. **Nie powinieneś płacić rachunku sam.** Plan skontaktuje się bezpośrednio ze świadczeniodawcą opieki zdrowotnej i rozwiąże problem. Jeśli jednak członek zapłaci rachunek, może otrzymać zwrot kosztów od tego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, jeśli przestrzegał zasad dotyczących korzystania z usług lub uzyskiwania artykułów.

Jeśli członek chce, aby plan zwrócił mu koszty usługi lub artykułu **Medicare** lub jeśli chce, aby plan zapłacił świadczeniodawcy opieki zdrowotnej za usługę lub artykuł Medicaid, za który członek już zapłacił, zwróci się do planu o podjęcie decyzji refundacyjnej. Plan sprawdzi, czy opłacona opieka medyczna jest usługą objętą ubezpieczeniem. Sprawdzi również, czy członek przestrzegał wszystkich zasad dotyczących korzystania z refundacji opieki medycznej.

- **Jeśli plan rozpatrzy wniosek pozytywnie:** Jeśli opieka medyczna jest objęta programem Medicare, wyślemy Ci należność w ciągu 60 dni kalendarzowych od otrzymania Twojego wniosku.
  - Jeśli opieka w ramach Medicaid, za którą członek zapłacił świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, jest objęta ubezpieczeniem i członek uważa, że to plan powinien zapłacić świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, prześlemy świadczeniodawcy opieki zdrowotnej płatność w ciągu 60 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku.
  - Wówczas członek będzie musiał skontaktować się ze świadczeniodawcą opieki zdrowotnej w celu uzyskania zwrotu kosztów. Jeśli nie zapłacili Państwo za opiekę medyczną, wyślemy płatność bezpośrednio do świadczeniodawcy.
- **Jeśli plan rozpatrzy wniosek odmownie:** Jeżeli opieka medyczna *nie* jest refundowana albo ubezpieczony nie przestrzegał wszystkich zasad, nie wyślemy zapłaty. Wyśle natomiast pismo, w którym poinformuje, że nie zapłaci za usługi i wyjaśni powody.

Jeżeli ubezpieczony nie zgadza się z naszą decyzją odmowną, **może złożyć odwołanie**. Złożenie odwołania oznacza, że ubezpieczony zwraca się do planu o zmianę podjętej decyzji refundacyjnej o odrzuceniu wniosku o zapłatę.

**Procedurę składania odwołania opisano w Części 6.3.** Należy zauważyć, że w przypadku odwołań dotyczących zwrotu kosztów:

- Plan musi udzielić odpowiedzi w ciągu 30 dni kalendarzowych od otrzymania odwołania. Jeżeli wniosek dotyczy zwrotu kosztów za opiekę medyczną, którą członek już otrzymał i za którą zapłacił, nie można zażądać odwołania w trybie pilnym.
- Jeśli Biuro ds. rozpraw administracyjnych zdecyduje, że plan powinien zapłacić, musimy wysłać płatność członkowi lub świadczeniodawcy w ciągu 30 dni kalendarzowych. Jeżeli odwołanie zostanie rozpatrzone pozytywnie na dowolnym etapie procesu odwoławczego powyżej drugiego stopnia, plan musi wysłać żadaną zapłatę do członka lub świadczeniodawcy opieki zdrowotnej w ciągu 60 dni kalendarzowych.

**Sekcja 6.6 Odwołania zewnętrzne wyłącznie dotyczące Medicaid**

Członek lub jego lekarz może zwrócić się o odwołanie zewnętrzne dotyczące **tylko świadczeń pokrywanych przez Medicaid**.

Członek może poprosić stan Nowy Jork o niezależne **odwołanie zewnętrzne**, jeśli plan odmówi refundacji kosztów usługi medycznej, o którą prosił członek i jego lekarz, ponieważ:

- nie jest ona niezbędna ze względów medycznych lub
- ma charakter eksperymentalny lub badawczy lub
- nie różni się od opieki, którą członek może uzyskać w sieci planu lub
- jest dostępna u uczestniczącego świadczeniodawcy, który ma odpowiednie szkolenie i doświadczenie do spełnienia potrzeb członka.

Nazywa się to odwołaniem zewnętrznym, ponieważ decyzję podejmują recenzenci, którzy nie pracują dla planu ubezpieczenia zdrowotnego lub dla stanu. Recenzentami są wykwalifikowane osoby, zatwierdzone przez stan Nowy Jork. Usługa musi być znajdować się w pakiecie świadczeń planu lub być terapią eksperymentalną. Uczestnik nie musi płacić za odwołanie zewnętrzne.

**Przed** złożeniem odwołania do stanu:

- Członek musi złożyć do planu odwołanie pierwszego stopnia i uzyskać ostateczne niekorzystne orzeczenie; **lub**
- Członek może jednocześnie zwrócić się o przyspieszone odwołanie zewnętrzne, jeśli nie otrzymał usługi i zwraca się o odwołanie w trybie pilnym. (Lekarz musi stwierdzić, że przyspieszone odwołanie jest niezbędne); **lub**
- Członek może wspólnie z planem uzgodnić pominięcie procedury odwoławczej planu i przejść bezpośrednio do odwołania zewnętrznego; **lub**
- Członek może udowodnić, że w czasie rozpatrywania odwołania pierwszego stopnia plan nie przestrzegał odpowiednio zasad.

Po otrzymaniu ostatecznego niekorzystnego orzeczenia od planu, członek ma **4 miesiące** na złożenie wniosku o odwołanie zewnętrzne. Jeśli członek wspólnie z planem uzgodnił pominięcie procedury odwoławczej planu, wniosek o odwołanie zewnętrzne musi zostać złożony w ciągu 4 miesięcy od daty uzgodnienia.

Aby zwrócić się o odwołanie zewnętrzne członek powinien wypełnić wniosek i wysłać go do Departamentu Usług Finansowych (Department of Financial Services).

- Pomoc w złożeniu odwołania można uzyskać w dziale obsługi uczestników pod numerem (833) 671-0440.
- Zarówno członek, jak i jego lekarze będą musieli udzielić informacji o problemie zdrowotnym członka.
- We wniosku o odwołanie zewnętrzne podano, jakie informacje będą potrzebne.

Wniosek można uzyskać w następujący sposób:

- Dzwoniąc do Departamentu Usług Finansowych pod numer 1-800-400-8882
- Na stronie internetowej Departamentu Usług Finansowych [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Kontaktując się z planem ubezpieczenia zdrowotnego pod numerem (833) 671-0440

Weryfikator podejmie decyzję w sprawie odwołania zewnętrznego w ciągu 30 dni. Jeśli weryfikator ds. odwołania zewnętrznego poprosi o dodatkowe informacje, konieczne może być wydłużenie terminu (do pięciu dni roboczych). Weryfikator poinformuje uczestnika i plan o ostatecznej decyzji w ciągu dwóch dni od podjęcia decyzji.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

Decyzja może zostać wydana szybciej, jeśli lekarz poinformuje, że opóźnienie spowoduje poważny uszczerbek na zdrowiu. Taką decyzję określa się jako **przyspieszone odwołanie zewnętrzne**. W przypadku przyspieszonego odwołania zewnętrznego weryfikator wyda decyzję w ciągu 72 godzin lub w krótszym czasie. Weryfikator niezwłocznie powiadomi o swojej decyzji członka i plan, telefonicznie lub faksem. W późniejszym terminie weryfikator wyśle pismo z informacją o decyzji.

**Na dowolnym etapie procedury, członek lub jego zaufana osoba może również złożyć skargę na czas rozpatrywania wniosku do Departamentu Zdrowia w stanie Nowy Jork (New York State Department of Health), dzwoniąc pod numer 1-866-712-7197.**

## **SEKCJA 7 Lek na receptę w ramach Części D: Jak złożyć wniosek o decyzję refundacyjną lub odwołanie**

**Sekcja 7.1 W tej części wyjaśniono, co należy zrobić w przypadku problemów z uzyskaniem leku w ramach Części D lub jeżeli członek chce, aby plan zwrócił mu poniesione koszty leku w ramach Części D**

Świadczenia członków planu obejmują refundację wielu leków na receptę. Lek musi być wykorzystywany zgodnie z medycznie akceptowanym wskazaniem, żeby można go było zrefundować. (Więcej informacji na temat medycznie akceptowanego wskazania można znaleźć w Rozdziale 5). Szczegółowe informacje o lekach zapewnianych w ramach Części D, zasadach, ograniczeniach i kosztach podano w Rozdziale 5 i 6. **Ta część dotyczy wyłącznie leków uzyskiwanych w ramach Części D.** Aby uprościć sprawę, zazwyczaj mówimy *lek* w pozostałej części tej sekcji zamiast powtarzać *lek na receptę objęty ubezpieczeniem ambulatoryjnym* lub *Część D narkotyków* za każdym razem. Używamy również określenia „Spis leków” zamiast *Lista refundowanych leków* lub *Wykaz leków*.

- W razie wątpliwości, czy lek jest refundowany lub czy członek spełnia zasady, należy zwrócić się do planu. Zanim plan zrefunduje niektóre leki, członek musi wcześniej uzyskać zgodę planu.
- Jeżeli apteka stwierdzi, że recepta nie może zostać zrealizowana w przedłożonej postaci, wyda pisemne wyjaśnienie, w jaki sposób skontaktować się z nami, aby zażądać decyzji refundacyjnej.

### **Decyzje refundacyjne i odwołania dotyczące Części D**

#### **Pojęcia prawne**

Wstępna decyzja refundacyjna w sprawie leków w ramach Części D jest określana jako „**rozstrzygnięcie refundacyjne**”.

Decyzja refundacyjna to decyzja, jaką plan podejmuje w sprawie świadczeń i refundacji lub kwoty, jaką plan zapłaci za leki. W tej części wyjaśniono, co można zrobić w każdej z następujących sytuacji:

- Członek zwraca się o refundację leku z Części D, którego nie ma na *Liście refundowanych leków* planu. **Należy złożyć wniosek o wyjątek. Część 7.2.**
- Prośba o zniesienie ograniczeń w pokryciu kosztów leku w ramach planu (takich jak limity ilości leku, który możesz otrzymać, wcześniejsza autoryzacja lub wymóg wypróbowania najpierw innego leku). **Należy złożyć wniosek o wyjątek. Część 7.2.**
- Członek zwraca się o wstępne zatwierdzenie leku. **Należy zwrócić się o decyzję refundacyjną. Część 7.4.**

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- Członek zwraca się o zapłatę za już kupiony lek na receptę. **Należy zwrócić się do planu o zwrot poniesionych kosztów. Część 7.4.**

Jeżeli członek nie zgadza się z naszą decyzją refundacyjną, może złożyć od niej odwołanie.

W tej części wyjaśniamy, jak złożyć wniosek o decyzję refundacyjną i odwołanie.

**Sekcja 7.2 Na czym polega wyjątek?****Sformułowania prawnicze**

Zwrócenie się do planu o refundację leku, którego nie ma w Spisie leków, określa się niekiedy jako wniosek o „**wyjątek z poza wykazu leków**”.

Wniosek o usunięcie ograniczenia refundacji leku nazywa się czasem wnioskiem o „**wyjątek z poza wykazu leków**”.

Wniosek o zapłatę niższej ceny za refundowany lek niepreferowany nazywa się czasami wnioskiem o „**wyjątek od kategorii poziomu dopłat**”.

Jeżeli lek nie jest refundowany w Metoda pożądaną przez członka, można zwrócić się do planu o „wyjątek”. Odstępstwo to rodzaj decyzji w sprawie pokrycia kosztów.

Aby plan mógł rozpatrzyć wniosek o odstępstwo, lekarz lub inna osoba przepisująca lek będzie musiała wyjaśnić dlaczego ze względów medycznych niezbędne jest zatwierdzenie wniosku o odstępstwo. Podajemy dwa przykłady wyjątku, o które członek, lekarz lub inna osoba przepisująca lek, może się do nas zwrócić:

- 1. Pokrycie kosztów leku z Części D, którego nie ma na naszej „Liście leków”.**
- 2. Zniesienie ograniczenia dotyczącego refundowanego leku.** Rozdział 5 opisuje dodatkowe zasady lub ograniczenia dotyczące niektórych leków znajdujących się na naszej „Liście Leków”.

**Sekcja 7.3 O czym należy pamiętać składając wniosek o wyjątek****Lekarz musi poinformować plan o względach medycznych**

Lekarz lub inna osoba wystawiająca receptę musi złożyć oświadczenie wyjaśniające medyczne powody wnioskowania o odstępstwo. Dołączenie do wniosku o odstępstwo takich informacji od lekarza lub innej osoby zlecającej lek, pozwoli przyspieszyć wydanie decyzji.

Nasza „Lista Leków” zazwyczaj zawiera więcej niż jeden lek do leczenia określonego schorzenia. Te inne opcje są określane jako „leki zamiennie”. Jeżeli lek zamienny byłby równie skuteczny, jak lek którego żąda pacjent i nie powodowałby więcej skutków ubocznych ani innych problemów zdrowotnych, zazwyczaj plan nie zatwierdzi wniosku o wyjątek.

**Wniosek może zostać rozpatrzony pozytywnie lub odmownie.**

- Zatwierdzony wniosek o odstępstwo zazwyczaj pozostaje ważny do końca roku planu. Obowiązuje on dopóki lekarz przepisuje lek oraz lek nadal bezpiecznie i skutecznie leczy dolegliwość pacjenta.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- Jeżeli wniosek zostanie odrzucony, można zwrócić o zmianę decyzji składając odwołanie.

**Sekcja 7.4 Krok po kroku: Jak złożyć wniosek o decyzję refundacyjną, w tym o wyjątek****Pojęcia prawne**

„Decyzja refundacyjna w trybie pilnym” jest określana również jako „orzeczenie w trybie przyspieszonym”.

**Krok 1: Członek powinien zdecydować, czy potrzebuje „standardowej decyzji refundacyjnej” czy „decyzji refundacyjnej w trybie pilnym”.**

„Standardowe decyzje refundacyjne” są podejmowane w ciągu **72 godzin** od otrzymania oświadczenia lekarza. „Decyzje refundacyjne w trybie pilnym” są podejmowane w ciągu **24 godzin** od otrzymania oświadczenia lekarza.

***Jeżeli stan zdrowia członka tego wymaga, członek może zwrócić się do nas o wydanie „decyzji refundacyjnej w trybie pilnym.” Aby otrzymać decyzję refundacyjną w trybie pilnym, członek musi spełnić dwa wymogi:***

- Musisz o to prosić *lek, którego jeszcze nie otrzymałeś*. (Nie można złożyć wniosku o decyzję refundacyjną w trybie pilnym w sprawie zwrotu pieniędzy za już zakupiony lek.)
- Rozpatrzenie wniosku w standardowym terminie *mogłoby spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu lub znacząco zaszkodzić zdolności funkcjonowania uczestnika*.
- Jeżeli lekarz lub inny wystawca recepty poinformuje plan, że zdrowie członka wymaga „decyzji refundacyjnej w trybie pilnym”, automatycznie wydamy taką decyzję.
- Jeżeli członek zwraca się o decyzję w trybie pilnym samodzielnie (bez poparcia ze strony lekarza lub innej osoby wystawiającej receptę), plan zadecyduje, czy jego stan zdrowia wymaga wydania decyzji w takim trybie. W przypadku odrzucenia wniosku o decyzję refundacyjną w trybie pilnym, plan wyśle do członka pismo, w którym:
  - Wyjaśni, że zastosowane zostaną standardowe terminy.
  - Wyjaśni, że jeżeli wniosek o decyzję refundacyjną w trybie pilnym złoży lekarz lub inna osoba przepisująca lek, plan automatycznie wyda decyzję w takim trybie.
  - Wyjaśni, w jaki sposób członek może złożyć „skargę w trybie pilnym” na decyzję planu o wydaniu decyzji w terminie standardowym zamiast w żądanym trybie pilnym. Odpowiedź na skargę zostanie udzielona w ciągu 24 godzin od jej otrzymania.

**Krok 2: Członek składa wniosek o „standardową decyzję refundacyjną” lub „decyzję refundacyjną w trybie pilnym”.**

Najpierw należy skontaktować się z planem telefonicznie, napisać lub przefaksować wniosek o wydanie zgody lub pokrycie kosztów potrzebnej opieki medycznej. Procedurę decyzji refundacyjnej można również rozpocząć na stronie internetowej planu. Musimy zaakceptować każde żądanie pisemne, w tym żądanie złożone na *Wniosek o ustalenie zasięgu modelu CMS* formularza, który jest dostępny na naszej stronie internetowej. Rozdział 2 zawiera dane kontaktowe. W celu zapewnienia sprawniejszego rozpatrzenia wniosku, należy w nim podać imię i nazwisko, informacje kontaktowe i informacje o odrzuconym roszczeniu, którego dotyczy odwołanie.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

---

Może to zrobić sam ubezpieczony, jego lekarz (lub inna osoba przepisująca lek) lub przedstawiciel. Można również wynająć w tym celu prawnika. W części 4 tego rozdziału wyjaśniono, w jaki Metoda członek może upoważnić pisemnie inną osobę do występowania w jego imieniu.

- **Jeżeli ubezpieczony składa wniosek o udzielenie odstępstwa, powinien załączyć oświadczenie popierające takie stanowisko**, które wskazuje medyczne uzasadnienie odstępstwa. Lekarz lub inna osoba przepisująca lek może wysłać do planu takie oświadczenie pocztą albo faksem, lub może przekazać uzasadnienie telefonicznie, a następnie, w razie konieczności potwierdzić je wysyłając pocztą lub faksem pisemne oświadczenie.

**Krok 3: Plan rozpatruje wniosek i udziela członkowi odpowiedzi.*****Terminy decyzji refundacyjnych wydanych „w trybie pilnym”***

- Na ogół plan musi udzielić odpowiedzi **w ciągu 24 godzin** od otrzymania wniosku.
  - W przypadku wniosków o odstępstwo, odpowiedź zostanie udzielona **w ciągu 24 godzin** od otrzymania oświadczenia uzasadniającego od lekarza. Jeżeli wymaga tego stan zdrowia członka, udzielimy odpowiedzi szybciej.
  - Jeżeli nie dotrzemy tego terminu, mamy obowiązek wysłać wniosek na drugi stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony pozytywnie**, musimy udzielić refundacji, na którą wyraziliśmy zgodę, w ciągu 24 godzin od otrzymania wniosku lub oświadczenia uzasadniającego od lekarza.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony odmownie**, wyślemy do członka pisemne wyjaśnienie powodów odmowy oraz poinformujemy, jak można się odwołać od takiej decyzji.

***Terminy „standardowej” decyzji refundacyjnej dotyczącej leku, którego członek jeszcze nie otrzymał***

- Plan musi udzielić odpowiedzi **w ciągu 72 godzin** od otrzymania wniosku.
  - W przypadku wniosków o odstępstwo, odpowiedź zostanie udzielona w ciągu 72 godzin od otrzymania oświadczenia uzasadniającego od lekarza. Jeżeli wymaga tego stan zdrowia członka, udzielimy odpowiedzi szybciej.
  - Jeżeli nie dotrzemy tego terminu, mamy obowiązek wysłać wniosek na drugi stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony pozytywnie**, musimy **udzielić refundacji**, na którą wyraziliśmy zgodę, **w ciągu 72 godzin** od otrzymania wniosku lub oświadczenia uzasadniającego od lekarza.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony odmownie**, wyślemy do członka pisemne wyjaśnienie powodów odmowy oraz poinformujemy, jak można się odwołać od takiej decyzji.

***Terminy „standardowej” decyzji refundacyjnej dotyczącej płatności za lek, który członek już kupił***

- Plan musi udzielić odpowiedzi **w ciągu 14 dni kalendarzowych** od otrzymania wniosku.
  - Jeżeli nie dotrzemy tego terminu, mamy obowiązek wysłać wniosek na drugi stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony pozytywnie**, musimy także zapłacić członkowi w ciągu 14 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony odmownie**, wyślemy do członka pisemne wyjaśnienie powodów odmowy oraz poinformujemy, jak można się odwołać od takiej decyzji.

**Krok 4: Jeśli odrzucimy Twój wniosek o pokrycie kosztów, możesz się odwołać.**

- Jeżeli plan odrzuci wniosek członka, ma on prawo zwrócić się do planu o ponowne rozpatrzenie wniosku – w drodze odwołania. Oznacza to, że członek ponownie zwraca się do planu o refundację leku. Złożenie odwołania oznacza rozpoczęcie procedury odwołanie pierwszego stopnia.

**Sekcja 7.5 Krok po kroku: Jak złożyć odwołanie pierwszego stopnia****Pojęcia prawne**

Odwołanie do planu od decyzji refundacyjnej dotyczącej leku w ramach Części D jest nazywane „**ponownym rozpatrzeniem sprawy**” przez plan.

„Odwołanie w trybie pilnym” określa się również jako „**przyspieszone ponowne rozpatrzenie sprawy**”.

**Krok 1: Członek powinien zdecydować, czy potrzebuje „standardowego odwołania” czy „odwołania w trybie pilnym”.**

*„Standardowe odwołanie” jest zazwyczaj rozpatrywane w ciągu 7 dni. „Odwołanie w trybie pilnym” jest zazwyczaj rozpatrywane w ciągu 72 godzin. Jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga, należy zażądać „odwołania w trybie pilnym”*

- W przypadku odwołań od decyzji planu dotyczących leku, którego członek jeszcze nie otrzymał, członek musi wraz z lekarzem lub inną osobą przepisującą lek zdecydować, czy konieczne jest złożenie „odwołania w trybie pilnym”.
- „Wymagania dotyczące uzyskania „szybkiego odwołania” są takie same jak te dotyczące uzyskania „szybkiej decyzji o pokryciu” w sekcji 6.2 tego rozdziału.

**Krok 2: Członek, jego przedstawiciel, lekarz lub inna osoba przepisująca lek musi skontaktować się z planem i złożyć odwołanie pierwszego stopnia. Jeżeli stan zdrowia członka wymaga szybkiego działania, należy zażądać „odwołania w trybie pilnym”.**

- **Wniosek o standardowe odwołanie należy złożyć w formie pisemnej.** Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2.
- **Wniosek o odwołanie w trybie pilnym można złożyć w formie pisemnej lub telefonicznie pod numerem (833) 671-0440, TTY: 711.** Rozdział 2 zawiera dane kontaktowe.
- **Musimy przyjmować wszelkie pisemne wnioski**, w tym wniosek złożony na formularzu CMS „Wzór wniosku o ponowną decyzję w sprawie refundacji” (Model Coverage Redetermination Request Form), który jest dostępny na naszej stronie internetowej [www.fideliscare.org/WellcareMedicare/Prescription-Drug-Information](http://www.fideliscare.org/WellcareMedicare/Prescription-Drug-Information). W celu zapewnienia sprawniejszego rozpatrzenia wniosku, należy w nim podać imię i nazwisko, informacje kontaktowe i informacje o roszczeniu.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

---

- **Odwołanie trzeba złożyć w ciągu 65 dni kalendarzowych** od daty na pisemnym zawiadomieniu, które wysłaliśmy, aby poinformować o naszej odpowiedzi dotyczącej decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Jeśli członek nie dotrzymał tego terminu i istniał ku temu uzasadniony powód, składając odwołanie należy wyjaśnić przyczynę spóźnienia. Plan może zapewnić członkowi więcej czasu na złożenie odwołania. Uzasadnione powody niedotrzymania terminu mogą na przykład obejmować poważną chorobę, z powodu której ubezpieczony nie mógł się z nami skontaktować lub udzielenie przez nas błędnych lub niekompletnych informacji w sprawie terminu złożenia odwołania.
- **Członek może się zwrócić o kopię informacji podanych w odwołaniu i dodać więcej danych.** Członek i jego lekarz mogą przekazać dodatkowe informacje uzasadniające odwołania.

**Krok 3: Rozpatrzymy Twoje odwołanie i udzielimy Ci odpowiedzi.**

- Rozpatrując odwołanie plan uwzględni ponownie wszystkie informacje dotyczące wniosku o refundację. Sprawdza, czy decyzja odmowna została wydana zgodnie ze wszystkimi zasadami. Możemy się zwrócić do członka, jego lekarza lub innej osoby przepisującej lek o więcej informacji.

***Terminy „odwołania w trybie pilnym”***

- W przypadku odwołań w trybie pilnym, plan musi udzielić odpowiedzi **w ciągu 72 godzin od otrzymania odwołania**. Jeżeli wymaga tego stan zdrowia członka, udzielimy odpowiedzi szybciej.
  - Jeżeli nie udzielimy odpowiedzi w ciągu 72 godzin, mamy obowiązek wysłać wniosek członka na drugi stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą. Procedurę odwoławczą drugiego stopnia wyjaśniono w **Części 7.6**.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony pozytywnie**, musimy udzielić refundacji, na którą wyraziliśmy zgodę, w ciągu 72 godzin od otrzymania odwołania.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony odmownie**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy oraz poinformujemy, jak złożyć odwołanie od naszej decyzji.

***Terminy „standardowego” odwołania dotyczącego leku, którego członek jeszcze nie otrzymał***

- W przypadku odwołań standardowych musimy dać Państwu odpowiedź **w ciągu 7 dni kalendarzowych** po otrzymaniu Państwa odwołania. Udzielimy odpowiedzi wcześniej, jeżeli ubezpieczony jeszcze nie otrzymał leku, a stan jego zdrowia tego wymaga.
  - Jeżeli nie wydamy decyzji w ciągu 7 dni kalendarzowych, mamy obowiązek wysłać wniosek na drugi stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą. Procedurę odwoławczą drugiego stopnia wyjaśniono w **Części 7.6**.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony pozytywnie**, musimy udzielić refundacji tak szybko, jak tego wymaga stan zdrowia członka, lecz nie później niż **7 dni kalendarzowych** od otrzymania odwołania.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony odmownie**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy oraz poinformujemy, jak złożyć odwołanie od naszej decyzji.

***Terminy „standardowego odwołania” dotyczącego płatności za lek, który członek już kupił***

- Plan musi udzielić odpowiedzi **w ciągu 14 dni kalendarzowych** od otrzymania wniosku.
  - Jeżeli nie dotrzymamy tego terminu, mamy obowiązek wysłać wniosek na drugi stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony pozytywnie**, musimy także zapłacić w ciągu 30 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku.
- **Jeżeli wniosek zostanie w całości lub w części rozpatrzony odmownie**, wyślemy do członka pisemne wyjaśnienie powodów odmowy oraz poinformujemy, jak można się odwołać od takiej decyzji.

**Krok 4: Jeśli odrzucimy twoje odwołanie, sam zdecydujesz, czy chcesz kontynuować proces odwoławczy i złożyć kolejne odwołanie.**

- Jeśli członek zdecyduje się złożyć kolejne odwołanie, oznacza to, że składa odwołanie drugiego stopnia.

**Sekcja 7.6 Krok po kroku: Jak złożyć odwołanie drugiego stopnia****Pojęcia prawne**

„Niezależna organizacja odwoławcza” nazywana jest oficjalnie „**niezależnym podmiotem odwoławczym**”, w skrócie „**IRE**”.

**Niezależna organizacja odwoławcza jest niezależną organizacją, zatrudnioną przez Medicare.** Nie jest związane z planem i nie jest agencją rządową. Organizacja ta decyduje, czy decyzje podjęte przez plan są prawidłowe lub czy trzeba je zmienić. Działania organizacji są nadzorowane przez Medicare.

**Krok 1: Członek (jego przedstawiciel, lekarz lub inna osoba przepisująca lek) musi skontaktować się z niezależną organizacją odwoławczą i poprosić o ponowne rozpatrzenie (weryfikację) swojej sprawy.**

- Jeżeli plan odmownie rozpatrzy odwołanie pierwszego stopnia, do członka zostanie wysłane pisemne zawiadomienie zawierające **instrukcje, jak złożyć odwołanie drugiego stopnia** do niezależnej organizacji odwoławczej. W instrukcjach wyjaśnione będzie, kto może złożyć odwołanie drugiego stopnia, jakie nieprzekraczalne terminy obowiązują członka oraz jak się skontaktować z organizacją odwoławczą. Jeśli jednak plan nie przeprowadził weryfikacji w obowiązujących ramach czasowych lub podjął niekorzystną decyzję odnośnie „ustalenia ryzyka” w ramach programu zarządzania lekami, automatycznie prześle roszczenie członka do IRE.
- Plan prześle organizacji informacje na temat odwołania. Zbiór tych informacji nazywa się „aktami sprawy”. **Członek ma prawo zwrócić się do nas o kopię akt swojej sprawy.**
- Członek ma prawo udzielić niezależnej organizacji odwoławczej dodatkowych informacji na poparcie odwołania.

**Krok 2: Niezależna organizacja odwoławcza dokonuje przeglądu odwołania.**

Weryfikatorzy niezależnej organizacji odwoławczej uważnie rozpatrzą wszystkie informacje związane z odwołaniem.

***Terminy „odwołania w trybie pilnym”***

- Jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga, należy zwrócić się do niezależnej organizacji odwoławczej o rozpatrzenie „odwołania w trybie pilnym”.
- Jeżeli organizacja zgodzi się na rozpatrzenie „odwołanie w trybie pilnym”, musi udzielić odpowiedzi na odwołanie drugiego stopnia **w ciągu 72 godzin** od otrzymania wniosku o odwołanie.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

---

***Terminy „standardowego odwołania”***

- W przypadku standardowych odwołań, niezależna organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie drugiego stopnia **w ciągu 7 dni kalendarzowych** od otrzymania odwołania, jeśli dotyczy ono leku, którego członek jeszcze nie otrzymał. W przypadku wniosków o zwrot kosztów wykupionego już leku, organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie drugiego stopnia **w ciągu 14 dni kalendarzowych** od otrzymania wniosku.

**Krok 3: Niezależna organizacja odwoławcza udziela odpowiedzi.*****W przypadku „odwołania w trybie pilnym”:***

- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza wyda pozytywną opinię co do całości lub części wniosku członka**, musimy przyznać refundację leku zatwierdzoną przez organizację odwoławczą **w ciągu 24 godzin** od otrzymania jej decyzji.

***W przypadku „standardowego odwołania”:***

- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza wyda pozytywną opinię co do całości lub części wniosku o refundację**, musimy **zapewnić refundację leku** zatwierdzoną przez organizację **w ciągu 72 godzin** od otrzymania decyzji organizacji.
- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza wyda pozytywną opinię co do całości lub części wniosku o zwrot kosztów** leku wykupionego przez członka, musimy **wysłać płatność w ciągu 30 dni kalendarzowych** od otrzymania decyzji organizacji.

**Co w sytuacji, gdy niezależna organizacja odwoławcza odrzuci odwołanie?**

**Jeśli organizacja odrzuci część lub całość odwołania**, będzie to oznaczało, że zgadza się z naszą decyzją o niezatwierdzeniu wniosku członka (lub części wniosku) o refundację. (Jest to tak zwane „utrzymanie decyzji w mocy” lub „odrzucenie odwołania”.) W takim przypadku, niezależna organizacja odwoławcza wyśle do członka pismo:

- Z wyjaśnieniem swojej decyzji.
- Informujące o prawie członka do odwołania trzeciego stopnia, jeśli wartość żądanej refundacji leku spełnia określoną kwotę minimalną. Jeżeli wartość żądanej refundacji leku jest zbyt niska, nie można się odwołać wyżej i decyzja drugiego stopnia jest ostateczna.
- Informujące o wartości, która musi być przedmiotem sporu, aby kontynuować procedurę odwoławczą.

**Krok 4: Jeśli przypadek spełnia takie wymagania, członek decyduje, czy chce odwoływać się dalej.**

- Istnieją trzy dodatkowe stopnie procedury odwoławczej powyżej drugiego stopnia (łącznie pięć poziomów odwołań). Szczegółowe informacje o odwołaniu trzeciego stopnia podano w pisemnym powiadomieniu wysłanym po wydaniu decyzji w sprawie odwołania drugiego stopnia.
- Odwołaniem trzeciego stopnia zajmuje się sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem. W **Części 10** tego rozdziału wyjaśniono bardziej szczegółowo procedurę odwołania trzeciego, czwartego i piątego stopnia.

## SEKCJA 8 W jaki Metoda zwrócić się do planu o objęcie ubezpieczeniem dłuższego pobytu w szpitalu, jeśli ubezpieczony uważa, że jest wypisywany przedwcześnie

Po przyjęciu do szpitala członek ma prawo do uzyskania wszystkich objętych ubezpieczeniem usług szpitalnych, niezbędnych do zdiagnozowania i leczenia choroby lub urazu.

Podczas pobytu w szpitalu lekarz i personel szpitalny będą współpracowali z pacjentem, aby przygotować go do wypisania ze szpitala. Pomogą zapewnić opiekę, której pacjent może potrzebować po wypisaniu ze szpitala.

- Dzień opuszczenia szpitala nazywa się „**terminem wypisu**”.
- Po podjęciu decyzji o terminie wypisu, lekarz lub personel szpitala poinformuje o tym pacjenta.
- Jeżeli zdaniem pacjenta jest on wypisywany ze szpitala przedwcześnie, może się zwrócić z wnioskiem o przedłużenie pobytu w szpitalu, a jego wniosek zostanie rozpatrzony.

### Sekcja 8.1 W czasie pobytu w szpitalu pacjent otrzyma pisemne powiadomienie od Medicare informujące o jego prawach

W ciągu dwóch dni od przyjęcia do szpitala, członek otrzyma pisemne powiadomienie zatytułowane *Ważny komunikat od Medicare dotyczący praw członków planu*. Powiadomienie jest przekazywane każdej osobie korzystającej z Medicare.

W razie nieotrzymania powiadomienia w szpitalu (na przykład od pracownika socjalnego lub pielęgniarki), należy poprosić dowolnego pracownika szpitala o jego egzemplarz. Osoby potrzebujące pomocy powinny zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych lub pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynny przez całą dobę, 7 dni w tygodniu (TTY 1-877-486-2048).

1. **Należy uważnie przeczytać powiadomienie, a w razie wątpliwości poprosić o wyjaśnienie. Powiadomienie informuje o:**
  - Prawie do korzystania z usług pokrywanych przez Medicare w czasie i po zakończeniu pobytu w szpitalu, zgodnie z zaleceniami lekarza. Obejmuje to prawo do informacji, jakie to są usługi, kto za nie zapłaci i gdzie można je uzyskać.
  - Prawie do uczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących pobytu w szpitalu.
  - Prawie do informacji o tym, gdzie należy zgłaszać wszelkie problemy dotyczące jakości opieki szpitalnej.
  - Prawie do **zażądania natychmiastowej weryfikacji** decyzji o wypisie ze szpitala, jeżeli członek uważa, że jest wypisywany przedwcześnie. Jest to formalny, zgodny z prawem Metoda zwrócenia się o opóźnienie daty wypisu ze szpitala, tak aby plan pokrył koszty opieki szpitalnej przez dłuższy czas.
2. **Członek zostanie poproszony o podpisanie pisemnego powiadomienia w celu potwierdzenia, że je otrzymał i rozumie przysługujące mu prawa.**
  - Członek lub osoba występująca w jego imieniu zostanie poproszony o podpisanie powiadomienia.
  - Podpisanie powiadomienia potwierdza **tylko** to, że ubezpieczony otrzymał informację o przysługujących mu prawach. Dokument nie zawiera daty wypisu ze szpitala. Podpisanie powiadomienia **nie oznacza zgody** na datę wypisu.
3. **Kopię powiadomienia należy zachować, aby w razie potrzeby móc skorzystać z podanych w nim informacji o składaniu odwołania (lub zgłaszaniu problemów związanych z jakością opieki).**

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- W przypadku podpisania powiadomienia więcej niż dwa dni przed datą wypisu, pacjent otrzyma kolejną kopię przed planowanym wypisem.
- Osoby, które chcą wcześniej zapoznać się z kopią powiadomienia mogą zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych lub pod numer 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), czynny przez całą dobę, 7 dni w tygodniu. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod numer 1-877-486-2048. Z powiadomieniem można również zapoznać się online na stronie [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

**Sekcja 8.2      Krok po kroku: Jak złożyć odwołanie pierwszego stopnia w sprawie zmiany terminu wypisu ze szpitala**

Osoby, które chcą zwrócić się o pokrycie kosztów usług związanych z pobytem w szpitalu przez dłuższy okres, będą musiały skorzystać z procedury odwoławczej. Przed rozpoczęciem procedury odwołania należy zrozumieć, co trzeba zrobić i jakie obowiązują terminy.

- **Należy przestrzegać procedury.**
- **Należy przestrzegać terminów.**
- **W razie potrzeby należy zwrócić się po pomoc.** W razie pytań lub konieczności uzyskania pomocy na dowolnym etapie, należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych. Lub zadzwonić do swojego stanowego programu pomocy w sprawach ubezpieczeń zdrowotnych (State Health Insurance Assistance Program), czyli organizacji rządowej zapewniającej spersonalizowaną pomoc.

**Podczas odwołania pierwszego stopnia, Organizacja Poprawy Jakości dokonuje przeglądu odwołania.** Sprawdza, czy planowana data wypisu jest uzasadniona ze względów medycznych.

**Organizacja Poprawy Jakości** to grupa lekarzy i innych specjalistów w zakresie opieki zdrowotnej, opłacanych przez rząd federalny, która zajmuje się sprawdzaniem i ulepszaniem jakości opieki udzielanej osobom korzystającym z Medicare. Obejmuje to również weryfikację terminów wypisu ze szpitala osób korzystających z Medicare. Eksperci ci nie należą do naszego planu.

**Krok 1: Należy skontaktować się z Organizacją Poprawy Jakości właściwą dla danego stanu i poprosić o niezwłoczną weryfikację terminu wypisania ze szpitala. Należy działać szybko.**

*Jak można skontaktować się z organizacją?*

- Informacje o tym, jak skontaktować się z organizacją podano w przekazanym członkowi pisemnym powiadomieniu (*Ważny komunikat od Medicare dotyczący praw uczestników planu*). Nazwę, adres i numer telefonu do Organizacji Poprawy Jakości w danym stanie można również sprawdzić w Rozdziale 2.

*Należy działać szybko:*

- Aby złożyć odwołanie, należy skontaktować się z Organizacją Doskonalenia Jakości **zanim** opuszczasz szpital i **nie później niż do północy w dniu wypisu**.
  - Jeżeli dotrzymasz tego terminu, możesz pozostać w szpitalu **Po** data wypisu **bez płacenia za to** podczas oczekiwania na decyzję Organizacji Doskonalenia Jakości.
  - Jeżeli członek **nie** dotrzyma tego terminu i zdecyduje się zostać w szpitalu po planowanym terminie wypisu, **może być zmuszony do opłacenia wszystkich kosztów** opieki zapewnionej w szpitalu po tym terminie.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

---

Po zwróceniu się przez członka o niezwłoczną weryfikację daty wypisu ze szpitala, Organizacja Poprawy Jakości skontaktuje się z nami. Do południa następnego dnia po skontaktowaniu się z nami prześlemy członkowi **Szczegółowe powiadomienie o wypisie**. W powiadomieniu podana będzie planowana data wypisu i szczegółowe wyjaśnienie powodów, dla których lekarz, szpital i plan uważają, że członek powinien (że jest to uzasadnione ze względów medycznych) opuścić szpital w tym dniu.

Osoby, które chcą zapoznać się z przykładowym **Szczegółowym powiadomieniem o wypisie** mogą zadzwonić do działu obsługi uczestników lub pod numer 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), czynny przez całą dobę, 7 dni w tygodniu. (Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048). Z przykładowym powiadomieniem można również zapoznać się online na stronie [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

**Krok 2: Organizacja Poprawy Jakości przeprowadza niezależną weryfikację sprawy.**

- Specjaliści w zakresie opieki zdrowotnej w Organizacji Poprawy Jakości („weryfikatorzy”) zapytają członka (lub jego przedstawiciela), dlaczego uważa, że usługi powinny być nadal refundowane. Członek nie musi przygotowywać żadnego pisma, może to jednak zrobić.
- Weryfikatorzy zapoznają się również z dokumentacją medyczną, porozmawiają z lekarzem i przejrzą informacje uzyskane od szpitala i naszego planu.
- Do południa następnego dnia po poinformowaniu planu przez weryfikatorów o odwołaniu, członek otrzyma pisemne powiadomienie z planowaną datą wypisu ze szpitala. Powiadomienie wyjaśnia również szczegółowo powody, dla których lekarz, szpital i plan uważają, że członek powinien (że jest to uzasadnione ze względów medycznych) opuścić szpital w tym dniu.

**Krok 3: W ciągu jednego pełnego dnia od uzyskania wszystkich potrzebnych informacji, Organizacja Poprawy Jakości udzieli odpowiedzi na odwołanie.***Co w przypadku decyzji pozytywnej?*

- W przypadku, gdy organizacja odwoławcza wyda decyzję pozytywną, **plan musi nadal zapewniać refundowane usługi związane z pobytem w szpitalu tak długo, jak będą one niezbędne ze względów medycznych**.
- Członek będzie nadal musiał pokrywać swój udział w kosztach (udziały własne lub dopłaty, o ile mają zastosowanie). Ponadto, mogą obowiązywać pewne ograniczenia refundowanych usług szpitalnych.

*Co w przypadku decyzji odmownej?*

- Decyzja odmowna Organizacja Poprawy Jakości oznacza, że planowana data wypisu jest medycznie uzasadniona. W takim przypadku, **refundacja usług szpitalnych przez plan zakończy się w południe następnego dnia**, po tym, gdy Organizacja Poprawy Jakości przekaże członkowi swoją odpowiedź na odwołanie.
- Jeśli organizacja odrzuci odwołanie, a członek zdecyduje się zostać w szpitalu, **może być zobowiązany do opłacenia pełnego kosztu** opieki szpitalnej zapewnianej od południa następnego dnia po przekazaniu członkowi odpowiedzi Organizacji Poprawy Jakości na odwołanie.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)****Krok 4: Jeśli odpowiedź na Twoje odwołanie na poziomie 1 brzmi „nie”, możesz podjąć decyzję, czy chcesz złożyć kolejne odwołanie.**

- Jeżeli Organizacja Poprawy Jakości wyda decyzję odmowną, a pacjent pozostanie w szpitalu po planowanej dacie wypisu, może złożyć kolejne odwołanie. Złożenie kolejnego odwołania oznacza rozpoczęcie procedury odwołania drugiego stopnia.

|                   |                                                                                                         |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 8.3</b> | <b>Krok po kroku: Jak złożyć odwołanie drugiego stopnia w sprawie zmiany terminu wypisu ze szpitala</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Podczas odwołania drugiego stopnia, członek zwraca się do Organizacji Poprawy Jakości o ponowne przeanalizowanie jej decyzji w sprawie pierwszego odwołania. Jeżeli Organizacja Poprawy Jakości odrzuci odwołanie drugiego stopnia, członek może być zobowiązany do opłacenia pełnego kosztu pobytu w szpitalu po planowanej dacie wypisu.

**Krok 1: Członek powinien ponownie zwrócić się do Organizacji Poprawy Jakości o ponowne rozpatrzenie sprawy.**

- Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy trzeba złożyć **w ciągu 60 dni kalendarzowych** od dnia, w którym Organizacja Poprawy Jakości odpowiedziała odmownie na odwołanie pierwszego stopnia. O ponowne rozpatrzenie sprawy w tej procedurze można się zwrócić tylko wtedy, gdy pacjent pozostanie w szpitalu po dniu, w którym refundacja opieki dobiegła końca.

**Krok 2: Organizacja Poprawy Jakości po raz drugi rozpatruje sytuację członka.**

- Weryfikatorzy Organizacji Poprawy Jakości po raz kolejny dokonają uważnego przeglądu wszystkich informacji związane z odwołaniem.

**Krok 3: W ciągu 14 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku o odwołanie drugiego stopnia, weryfikatorzy podejmą decyzję w sprawie odwołania i poinformują o niej ubezpieczonego.*****Jeżeli organizacja odwoławcza udzieli pozytywnej odpowiedzi:***

- **Plan musi zwrócić ubezpieczonemu jego udział w kosztach opieki szpitalnej, którą zapewniono mu od południa następnego dnia po odrzuceniu pierwszego odwołania przez Organizację Poprawy Jakości. Plan musi nadal zapewniać refundację opieki szpitalnej dopóki jest ona niezbędna ze względów medycznych.**
- Członek musi nadal płacić swój udział w kosztach, mogą również obowiązywać ograniczenia refundacji.

***Jeżeli organizacja odwoławcza udzieli negatywnej odpowiedzi:***

- Oznacza to, że organizacja zgadza się z decyzją podjętą w ramach odwołania pierwszego stopnia.
- Członek otrzyma powiadomienie z pisemnym wyjaśnieniem, co należy zrobić, aby kontynuować proces odwołania.

**Krok 4: W przypadku odpowiedzi odmownej, członek będzie musiał zdecydować, czy chce składać kolejne odwołanie, czyli odwołanie trzeciego stopnia.**

- Istnieją trzy dodatkowe stopnie procedury odwoławczej powyżej drugiego stopnia (w sumie pięć poziomów odwołań). Szczegółowe informacje o odwołaniu trzeciego stopnia podano w pisemnym powiadomieniu wysłanym po wydaniu decyzji w sprawie odwołania drugiego stopnia.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- Odwołaniem trzeciego stopnia zajmuje się sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem. W **Części 10** tego rozdziału znajduje się więcej informacji na temat procesu odwoławczego trzeciego, czwartego i piątego stopnia.

**SEKCJA 9 W jaki Metoda zwrócić się do planu o dalsze pokrywanie ubezpieczeniem określonych usług medycznych, jeżeli zdaniem ubezpieczonego ich refundacja kończy się za wcześnie**

**Sekcja 9.1** Ta część dotyczy wyłącznie trzech usług: domowej opieki zdrowotnej, usług w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarskiej i usług zapewnianych w kompleksowej przychodni rehabilitacyjnej (CORF)

Osoby korzystające z refundacji **domowej opieki zdrowotnej, usług w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarskiej lub opieki rehabilitacyjnej (w kompleksowej przychodni rehabilitacyjnej (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))**, mają prawo do korzystania z tego rodzaju usług tak długo, jak jest to konieczne do zdiagnozowania i leczenia choroby lub urazu.

Gdy plan zdecyduje, że należy zakończyć refundację dowolnego z tych trzech rodzajów opieki, jest zobowiązany do poinformowania o tym członka z wyprzedzeniem. Gdy refundacja tego rodzaju opieki dobiega końca, **przestaniemy płacić dla Twojej opieki**.

Jeżeli ubezpieczony uważa, że przedwcześnie zaprzestajemy refundacji świadczonej opieki, **może złożyć odwołanie od tej decyzji**. W tej części opisano, jak złożyć odwołanie.

**Sekcja 9.2 Plan uprzedzi, kiedy nastąpi zakończenie refundacji****Pojęcia prawne**

**„Powiadomienie o zaprzestaniu refundacji przez Medicare”**. Informuje, jak zwrócić się o „**odwołanie w trybie pilnym**”. Zwrócenie się o odwołanie w trybie pilnym to formalny, zgodny z prawem Metoda zażądania zmiany decyzji refundacyjnej planu dotyczącej terminu zakończenia opieki.

1. Co najmniej dwa dni przed planowanym zakończeniem refundacji opieki przez plan, **członek otrzyma pisemne powiadomienie**. Powiadomienie:
  - Podaje datę zakończenia refundacji opieki.
  - Wyjaśnia, jak zwrócić się o „odwołanie w trybie pilnym” w sprawie pokrywania opieki przez dłuższy okres.
2. Członek lub osoba występująca w jego imieniu zostanie poproszony o podpisanie **pisemnego powiadomienia w celu potwierdzenia jego odebrania**. Podpisanie powiadomienia potwierdza *tylko* to, że ubezpieczony otrzymał informację o tym, kiedy refundacja ustanie. **Podpisanie dokumentu nie oznacza, że członek zgadza się z decyzją planu o zakończeniu opieki.**

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)****Sekcja 9.3      Krok po kroku: Jak złożyć odwołanie pierwszego stopnia dotyczące refundowania opieki przez dłuższy okres**

Osoby, które chcą zwrócić się o refundację opieki przez dłuższy okres, będą musiały skorzystać z procedury odwoławczej. Przed rozpoczęciem procedury odwołania należy zrozumieć, co trzeba zrobić i jakie obowiązują terminy.

- **Należy przestrzegać procedury.**
- **Należy przestrzegać terminów.**
- **W razie potrzeby należy zwrócić się po pomoc.** W razie pytań lub konieczności uzyskania pomocy na dowolnym etapie, należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych. Lub zadzwonić do swojego stanowego programu pomocy w sprawach ubezpieczeń zdrowotnych (State Health Insurance Assistance Program), czyli organizacji rządowej zapewniającej spersonalizowaną pomoc.

**Podczas odwołania pierwszego stopnia, Organizacja Poprawy Jakości dokonuje przeglądu odwołania.** Decyduje, czy data zakończenia refundacji opieki jest uzasadniona ze względów medycznych.

**Organizacja Poprawy Jakości** to grupa lekarzy i innych ekspertów w zakresie opieki zdrowotnej, opłacanych przez rząd federalny, która zajmuje się sprawdzaniem i ulepszaniem jakości opieki udzielanej osobom korzystającym z Medicare. Obejmuje to weryfikację decyzji planu dotyczących terminu zakończenia refundacji określonych rodzajów opieki medycznej. Eksperti ci nie należą do naszego planu.

**Krok 1: Złóż odwołanie na poziomie 1: skontaktuj się z Organizacją Doskonalenia Jakości i poproś o przyspieszenie procedury odwołania. Należy działać szybko.**

*Jak można skontaktować się z organizacją?*

- Otrzymane przez Ciebie pisemne powiadomienie (*Zawiadomienie o braku pokrycia kosztów leczenia w ramach Medicare*) powie Ci jak skontaktować się z tą organizacją. Nazwę, adres i numer telefonu do Organizacji Poprawy Jakości w danym stanie można również sprawdzić w Rozdziale 2.
  - Jak można skontaktować się z tą organizacją
- **Działaj szybko:**
- Aby rozpocząć procedurę odwoławczą, należy skontaktować się z Organizacją Poprawy Jakości **do południa dnia poprzedzającego datę wejścia w życie** podaną na Powiadomieniu o zaprzestaniu refundacji przez Medicare.

**Krok 2: Organizacja Poprawy Jakości przeprowadza niezależną weryfikację sprawy.**

**Pojęcia prawne**

**„Szczegółowe uzasadnienie zaprzestania refundacji”.** Powiadomienie zawierające szczegółowe informacje na temat powodów zakończenia refundacji.

*Jak przebiega weryfikacja?*

- Specjaliści w zakresie opieki zdrowotnej w Organizacji Poprawy Jakości („weryfikatorzy”) zapytają członka (lub jego przedstawiciela), dlaczego uważa, że usługi powinny być nadal refundowane. Członek nie musi przygotowywać żadnego pisma, może to jednak zrobić.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- Organizacja odwoławcza zapozna się również z dokumentacją medyczną, porozmawia z lekarzem i przejrzy informacje uzyskane od naszego planu.
- Do końca dnia, w którym weryfikatorzy poinformują plan o odwołaniu, członek otrzyma od planu **Szczegółowe uzasadnienie zaprzestania refundacji**, wyjaśniające szczegółowo powody zakończenia refundacji usług.

**Krok 3: W ciągu jednego dnia, po zebraniu wszystkich niezbędnych informacji, recenzenci poinformują Cię o swojej decyzji.**

*Co się stanie w przypadku, gdy weryfikatorzy pozytywnie rozpatrzą odwołanie?*

- Jeżeli weryfikatorzy rozpatrzą odwołanie *pozytywnie*, wówczas **plan musi refundować usługi dopóki będą one niezbędne ze względów medycznych**.
- Członek będzie nadal musiał pokrywać swój udział w kosztach (udziały własne lub dopłaty, o ile mają zastosowanie). Mogą obowiązywać pewne ograniczenia refundowanych usług.

*Co się stanie w przypadku, gdy weryfikatorzy odrzucą odwołanie?*

- Jeżeli weryfikatorzy *odrzucą* odwołanie, wówczas **refundacja zakończy się w zapowiedzianym przez plan terminie**.
- Jeśli zdecydujesz się na dalsze korzystanie z usług opieki domowej, opieki w ośrodku pielęgniarstwa lub kompleksowych usług rehabilitacji ambulatoryjnej (CORF) **Po** ta data, kiedy kończy się Twoje ubezpieczenie, **będziesz musiał zapłacić pełną kwotę** tej opieki samodzielnie.

**Krok 4: Jeśli odpowiedź na Twoje odwołanie na poziomie 1 brzmi „nie”, możesz podjąć decyzję, czy chcesz złożyć kolejne odwołanie.**

- Jeżeli weryfikatorzy odrzucą odwołanie pierwszego stopnia, **a** członek postanowi nadal korzystać z opieki po ustaniu jej refundacji, będzie mógł złożyć odwołanie drugiego stopnia.

|                   |                                                                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 9.4</b> | <b>Krok po kroku: Jak złożyć odwołanie drugiego stopnia dotyczące refundowania opieki przez dłuższy okres</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Podczas odwołania drugiego stopnia, członek zwraca się do Organizacji Poprawy Jakości o ponowne przeanalizowanie jej decyzji w sprawie pierwszego odwołania. Jeśli Organizacja ds. Poprawy Jakości odrzuci Twoje odwołanie poziomu 2, możesz zostać zobowiązany do pokrycia pełnego kosztu opieki domowej, opieki w wykwalifikowanym ośrodku pielęgniarstwa lub kompleksowych usług rehabilitacji ambulatoryjnej (CORF) **Po** zapowiedzianym przez plan terminie ustania refundacji.

**Krok 1: Członek powinien ponownie zwrócić się do Organizacji Poprawy Jakości o ponowne rozpatrzenie sprawy.**

- Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy trzeba złożyć **w ciągu 60 dni** od dnia, w którym Organizacja Poprawy Jakości *odrzuciła* odwołanie pierwszego stopnia. Można zwrócić się o zmianę decyzji tylko, jeżeli pacjent uzyskiwał opiekę po dniu, w którym refundacja dobiegła końca.

**Krok 2: Organizacja Poprawy Jakości po raz drugi rozpatruje sytuację członka.**

- Organizacja poprawy jakości jeszcze raz dokładnie przyjrzy się wszystkim informacjom związanym z Państwem odwołaniem.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

**Krok 3: Weryfikatorzy, w ciągu 14 dni od otrzymania wniosku o odwołanie, podejmą decyzję w sprawie odwołania i poinformują o niej ubezpieczonego.**

*Co się stanie w przypadku, gdy organizacja odwoławcza pozytywnie rozpatrzy odwołanie?*

- **Plan musi zwrócić członkowi** swój udział w kosztach opieki, uzyskanej po zapowiedzianym przez plan terminie ustania refundacji. **Plan musi nadal zapewniać refundację** opieki dopóki będzie ona niezbędna ze względów medycznych.
- Członek musi nadal płacić swój udział w kosztach, mogą również obowiązywać ograniczenia refundacji.

*Co się stanie w przypadku, gdy organizacja odwoławcza odrzuci odwołanie?*

- Oznacza to, że organizacja zgadza się z decyzją podjętą w ramach odwołania pierwszego stopnia.
- Członek otrzyma powiadomienie z pisemnym wyjaśnieniem, co należy zrobić, aby kontynuować proces odwołania. Będzie ono zawierać szczegółowe wyjaśnienie, w jaki Metoda odwołać się do kolejnej instancji, w której sprawą zajmie się sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem.

**Krok 4: W przypadku odpowiedzi odmownej, członek będzie musiał zdecydować, czy chce składać kolejne odwołanie. W przypadku odpowiedzi odmownej, członek będzie musiał zdecydować, czy chce składać kolejne odwołanie.**

- Istnieją trzy dodatkowe stopnie procedury odwoławczej powyżej drugiego stopnia, w sumie pięć poziomów odwołań. Szczegółowe informacje o odwołaniu trzeciego stopnia podano w pisemnym powiadomieniu wysłanym po wydaniu decyzji w sprawie odwołania drugiego stopnia.
- Odwołaniem trzeciego stopnia zajmuje się sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem. **W Części 10** tego rozdziału wyjaśniono bardziej szczegółowo procedurę odwołania trzeciego, czwartego i piątego stopnia.

## **SEKCJA 10 Przenieś swoją apelację na poziom 3 i wyżej**

### **Sekcja 10.1 Odwołania trzeciego i czwartego stopnia dotyczące wniosków o usługi medyczne**

Ta część może być istotna dla osób, które złożyły odwołanie pierwszego oraz drugiego stopnia i obydwa odwołania zostały odrzucone. W piśmie wysłanym przez Zintegrowane Biuro ds. Rozpraw Administracyjnych (Integrated Administrative Hearings Office, IAHO) wyjaśniono, co członek może zrobić, jeżeli chce kontynuować proces odwoławczy.

**Osoby potrzebujące pomocy na dowolnym etapie procedury odwoławczej, mogą skontaktować się z Niezależną Siecią Działającą na rzecz Konsumentów (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN). Numer telefonu: 1-844-614-8800.**

**Odwołanie trzeciego stopnia** Rada odwoławcza Medicare (Medicare Appeals Council) rozpatrzy odwołanie i udzieli odpowiedzi. Rada jest częścią rządu federalnego. Rada jest częścią rządu federalnego.

- **Proces odwoławczy może, ale nie musi się zakończyć, jeżeli odwołanie zostanie rozpatrzone pozytywnie lub jeśli Rada odrzuci wniosek planu o weryfikację korzystnej decyzji wydanej w sprawie odwołania trzeciego stopnia.** W przeciwieństwie do decyzji podjętej w ramach odwołania drugiego stopnia, plan ma

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

prawo odwołać się od korzystnej dla ubezpieczonego decyzji dotyczącej odwołania trzeciego stopnia. Plan zdecyduje, czy będzie się odwoływał od tej decyzji w procedurze odwołania czwartego stopnia.

- Jeżeli się *nie* odwołamy od tej decyzji, musimy wyrazić zgodę na udzielenie opieki medycznej albo udzielić jej w ciągu 60 dni kalendarzowych od otrzymania decyzji Rady.
- Jeżeli plan zdecyduje się odwołać od decyzji, poinformujemy o tym na piśmie.
- **Proces odwoławczy może, ale nie musi się zakończyć, jeżeli odwołanie zostanie rozpatrzone negatywnie lub jeśli Rada odrzuci wniosek planu o weryfikację.**
  - Jeżeli członek przyjmie odmowną decyzję w sprawie swojego odwołania, proces odwoławczy na tym się kończy.
  - Jeżeli członek nie zechce zaakceptować decyzji, może istnieć możliwość dalszej weryfikacji decyzji. Jeżeli Rada odrzuci odwołanie, członek otrzyma powiadomienie informujące, czy zgodnie z zasadami może skorzystać z odwołania czwartego stopnia i jak przebiega procedura odwołania czwartego stopnia.

**Odwołanie czwartego stopnia** Odwołanie rozpatrzy sędzia w **Federalnym Sądzie Okręgowym**.

- Sędzia przeanalizuje wszystkie informacje i podejmie decyzję o *pozytywnym* albo *negatywnym* rozpatrzeniu Państwa wniosku. Jest to ostateczna odpowiedź. Po rozpatrzeniu odwołania przez Federalny Sąd Okręgowy nie ma możliwości dalszego odwołania.

**Sekcja 10.2      Dodatkowe odwołania dotyczące Medicaid**

Jeżeli odwołanie dotyczy usług lub artykułów zazwyczaj objętych ubezpieczeniem przez Medicare, członkom przysługują również inne prawa do odwołania. Pismo od urzędu ds. przesłuchań administracyjnych wyjaśni, co należy zrobić, aby kontynuować procedurę odwoławczą.

**Sekcja 10.3      Odwołania trzeciego, czwartego i piątego stopnia dotyczące wniosków o leki w ramach Części D**

Ta część może być istotna dla osób, które złożyły odwołanie pierwszego oraz drugiego stopnia i obydwa odwołania zostały odrzucone.

Jeżeli wartość leku będącego przedmiotem odwołania spełnia określoną kwotę, członek może składać odwołania kolejnego stopnia. Jeżeli wartość leku jest niższa od określonej kwoty, proces odwoławczy kończy się na tym etapie. Odpowiedź na piśmie udzielona w odpowiedzi na odwołanie drugiego stopnia wyjaśnia, do kogo się zwrócić i co zrobić, aby zażądać odwołania trzeciego stopnia.

W większości sytuacji dotyczących odwołań, trzy najwyższe stopnie polegają mniej więcej na tym samym. Poniżej wyjaśniono, kto rozpatruje odwołanie każdego z tych stopni.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

**Odwołanie trzeciego stopnia** Sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem, pracujący dla rządu federalnego, rozpatrzy odwołanie i powiadomi o swojej decyzji.

- **Jeżeli odwołanie zostanie rozpatrzone pozytywnie, procedura odwoławcza na tym się kończy.** Musimy autoryzować lub zapewnić refundację leku, który został zatwierdzony przez sędziego sądu administracyjnego lub prawnika będącego orzecznikiem, w ciągu 72 godzin (24 godzin w trybie przyspieszonym) lub zapłacić najpóźniej w ciągu 30 dni kalendarzowych od otrzymania decyzji.
- **Jeżeli odwołanie zostanie odrzucone, procedura odwoławcza może, lecz nie musi się zakończyć.**
  - Jeżeli członek przyjmie odmowną decyzję w sprawie swojego odwołania, proces odwoławczy na tym się kończy.
  - Jeżeli członek nie zechce zaakceptować decyzji odmownej, może się odwoływać dalej. Członek otrzyma powiadomienie wyjaśniające, jak złożyć odwołanie czwartego stopnia.

**Odwołanie czwartego stopnia** Rada odwoławcza Medicare (Rada) rozpatrzy odwołanie i powiadomi o swojej decyzji. Rada jest częścią rządu federalnego.

- **Jeżeli odwołanie zostanie rozpatrzone pozytywnie, procedura odwoławcza na tym się kończy.** Musimy autoryzować lub zapewnić refundację leku, który został zatwierdzony przez Radę w ciągu 72 godzin (24 godzin w trybie przyspieszonym) lub zapłacić najpóźniej w ciągu 30 dni kalendarzowych od otrzymania decyzji.
- **Jeżeli odwołanie zostanie odrzucone, procedura odwoławcza może, lecz nie musi się zakończyć.**
  - Jeżeli członek przyjmie odmowną decyzję w sprawie swojego odwołania, proces odwoławczy na tym się kończy.
  - Jeżeli członek nie zechce zaakceptować decyzji, może istnieć możliwość dalszej weryfikacji decyzji. Jeżeli Rada odrzuci odwołanie lub odmówi jego weryfikacji, wyśle do członka powiadomienie, w którym poinformuje go, czy przysługuje mu prawo złożenia odwołania piątego stopnia. Wyjaśni również, z kim należy się skontaktować i co zrobić, jeżeli członek zdecyduje się kontynuować procedurę odwoławczą.

**Odwołanie piątego stopnia** Odwołanie rozpatrzy sędzia Federalnego Sądu Okręgowego.

- Sędzia zapozna się ze wszystkimi informacjami i zatwierdzi lub odrzuci odwołanie. Jest to ostateczna odpowiedź. Po rozpatrzeniu odwołania przez Federalny Sąd Okręgowy nie ma możliwości dalszego odwołania.

## **SEKCJA 11 Jak złożyć skargę na jakość opieki, czas oczekiwania, obsługę klienta i inne kwestie**

### **Sekcja 11.1 Jakiego rodzaju problemy są rozpatrywane w ramach procedury składania skarg?**

Procedura skarg dotyczy *tylko* określonych rodzajów problemów. Obejmuje to problemy związane z jakością opieki, zbyt długim czasem oczekiwania i obsługą członków. Poniżej przedstawiono przykłady problemów rozpatrywanych w procedurze skarg.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

| <b>Skarga</b>                                                                                                                                             | <b>Przykład</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Jakość opieki medycznej</b>                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jakość zapewnionej opieki nie jest satysfakcjonująca (w tym opieka w szpitalu).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Poszanowanie prywatności</b>                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prawo do ochrony prywatności nie zostało uszanowane lub udostępniono informacje poufne członka planu.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nieuprzejmość, niska jakość obsługi klienta lub inne negatywne zachowania</b>                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Członek został potraktowany niegrzecznie lub lekceważąco.</li> <li>Są Państwo niezadowoleni z Działu Obsługi Ubezpieczonych?</li> <li>Członek czuje, że jest zachęcany do rezygnacji z planu.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Czas oczekiwania</b>                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Członek ma trudności z umówieniem się na wizytę lub termin jest zbyt odległy.</li> <li>Członek musiał zbyt długo czekać na lekarza, farmaceutę lub innego specjalistę. Lub na przedstawiciela Działu Obsługi Ubezpieczonych lub innych pracowników planu? <ul style="list-style-type: none"> <li>Na przykład, zbyt długie oczekiwanie na obsługę telefoniczną, w poczekalni lub w gabinecie lub na receptę.</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Czystość</b>                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Członek jest niezadowolony z czystości lub stanu fizycznego przychodni, szpitala czy gabinetu lekarza.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Informacje udzielane przez plan</b>                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan nie przekazał wymaganego powiadomienia.</li> <li>Pisemne informacje są trudne do zrozumienia.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Terminowość</b><br>(Skargi tego rodzaju dotyczą <b>terminowości</b> naszych działań związanych z decyzjami w sprawie refundacji i odwołaniami od nich) | <p>Jeżeli zdaniem członka plan nie reaguje wystarczająco szybko na wnioski o decyzję refundacyjną lub odwołanie, można złożyć skargę na opieszałość planu. Oto przykłady:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jeżeli członek zwrócił się do planu o „decyzję refundacyjną w trybie pilnym” lub „odwołanie w trybie pilnym”, a plan odmówił rozpatrzenia w takim trybie, można złożyć skargę.</li> <li>Jeżeli członek uważa, że plan nie dotrzymuje terminu wydania decyzji refundacyjnej lub odpowiedzi na odwołanie, może złożyć skargę.</li> <li>Jeśli członek uważa, że plan nie dotrzymuje terminów refundacji lub zwrotu kosztów określonych zatwierdzonych artykułów lub usług medycznych bądź leków, może złożyć skargę.</li> <li>Jeśli członek uważa, że plan nie dotrzymał wymaganych terminów przekazania sprawy do niezależnej organizacji odwoławczej, może złożyć skargę.</li> </ul> |

**Sekcja 11.2 Jak złożyć skargę****Sformułowania prawnicze**

- „Skarga” jest również nazywana „zażaleniem.”
- „Składanie skargi” jest również określane jako „wnoszenie zażalenia”.
- „Korzystanie z procedury składania skarg” jest również określane jako „korzystanie z procedury wnoszenia zażalenia.”
- Złożenie „skargi w trybie pilnym” jest również określane jako wnoszenie „zażalenia w trybie przyspieszonym”.

**Sekcja 11.3 Krok po kroku: Składanie skargi****Krok 1: Należy niezwłocznie skontaktować się z planem – telefonicznie lub listownie.**

- **Zwykle pierwszy krok, to kontakt telefoniczny z działem obsługi członków.** Jeżeli konieczne są dalsze kroki, dział obsługi członków poinformuje o tym.
- Jeżeli członek nie chce skontaktować się z planem telefonicznie (albo już to zrobił i nie był z tego zadowolony), może wysłać skargę na piśmie. Na skargę na piśmie, odpowiemy również w formie pisemnej.
- Plan postara się rozwiązać skargę przez telefon. Jeśli członek planu poprosi o odpowiedź pisemną,łoży pisemne zażalenie lub skarga dotyczy jakości opieki, plan odpowie na piśmie. Jeżeli skargi nie uda się rozwiązać przez telefon, należy skorzystać z formalnej procedury rozpatrywania skarg. Procedura ta nazywana jest Procedurą rozpatrywania zażaleń członków.
- Członek lub jego upoważniony przedstawiciel, jest uprawniony do złożenia zażalenia w trybie przyspieszonym, w sytuacji gdy Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) wydłuży termin wydania rozstrzygnięcia urzędowego lub decyzji w ramach ponownego rozpatrzenia sprawy, lub odrzuci wniosek o przyspieszenie rozstrzygnięcia urzędowego lub ponownego rozpatrzenia sprawy. (Plan nie może wydłużyć terminu wydawania decyzji refundacyjnej lub rozpatrywania odwołania dotyczącego leku z Części B lub Części D.) Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) odpowie na zażalenia w trybie przyspieszonym w ciągu (24) godzin od ich otrzymania.
- Plan musi odpowiedzieć na zażalenie tak szybko, jak tego wymaga dana sprawa, z uwzględnieniem stanu zdrowia członka, jednak nie później niż 30 dni po otrzymaniu skargi. Plan może wydłużyć ramy czasowe o okres do 14 dni, jeżeli członek zwróci się o wydłużenie albo jeżeli plan uzasadni potrzebę uzyskania dodatkowych informacji, a zwłoka leży w najlepszym interesie ubezpieczonego.
- **Z działem obsługi członków należy się kontaktować niezwłocznie, czy to telefonicznie, czy na piśmie.** Skargę można złożyć w dowolnym czasie po wystąpieniu problemu, którego ona dotyczy.

**Krok 2: Plan rozpatrujemy skargę i udziela odpowiedzi.**

- **W miarę możliwości, plan niezwłocznie odpowie na skargę.** W przypadku skarg składanych przez telefon, plan może być w stanie udzielić odpowiedzi już w trakcie rozmowy telefonicznej.
- **Odpowiedzi na większość skarg są udzielane w ciągu 30 dni kalendarzowych.** Jeżeli plan będzie potrzebował więcej informacji, a opóźnienie będzie leżało w najlepszym interesie członka albo jeżeli członek zażąda więcej czasu, plan może odpowiedzieć na skargę w czasie dłuższym o 14 dni kalendarzowych (łącznie 44 dni kalendarzowe). Jeżeli wydanie decyzji potrwa dłużej, plan poinformuje o tym na piśmie.

**Rozdział 8 Jak zgłosić problem lub skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**

- W przypadku skarg związanych z odmownym rozpatrzeniem wniosku o „decyzję refundacyjną w trybie pilnym” lub „odwołanie w trybie pilnym”, plan automatycznie potraktujemy taką skargę jako „pilną”. Odpowiedzi na „skargi w trybie pilnym” zostaną udzielone w ciągu 24 godzin.
- Jeżeli plan nie zgadza się z częścią lub całością skargi lub nie przyjmuje odpowiedzialności za problem, którego skarga dotyczy, w odpowiedzi do członka poinformuje o swoich powodach.

**Sekcja 11.4 Można również złożyć skargę na jakość opieki do Organizacji Poprawy Jakości**

Składając skargę na **jakość opieki** można skorzystać z dwóch dodatkowych opcji:

- **Skargę można złożyć bezpośrednio do Organizacji Poprawy Jakości.** Organizacja poprawy jakości to grupa praktykujących lekarzy i innych ekspertów w zakresie opieki zdrowotnej, opłacanych przez rząd federalny, która zajmuje się sprawdzaniem i ulepszaniem poziomu opieki zapewnianej pacjentom Medicare. Rozdział 2 zawiera dane kontaktowe.
- *Lub*
- **Skargę można złożyć jednocześnie do Organizacji Poprawy Jakości i do naszego planu.**

**Sekcja 11.5 O skardze można również poinformować Medicare**

Skargę na Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) można złożyć bezpośrednio do Medicare. Aby złożyć skargę do Medicare należy wejść na stronę [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Można również zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY/TDD mogą zadzwonić pod numer 1-877-486-2048.

# ROZDZIAŁ 9:

## *Zakończenie członkostwa w planie*

**Rozdział 9 Zakończenie członkostwa w planie****SEKCJA 1 Wstęp do procedury zakończenia członkostwa w planie**

Zakończenie członkostwa w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) może mieć charakter **dobrowolny** (wybór członka) lub **przymusowy** (nie z własnego wyboru):

- Członek może opuścić plan na własne życzenie. W Części 2 i 3 podano informacje na temat dobrowolnego zakończenia członkostwa.
- Istnieją również ograniczone sytuacje, w których członkostwo nie kończy się z wyboru członka, ale plan jest zobowiązany do jego zakończenia. W Części 5 opisano sytuacje, w których plan musi zakończyć członkostwo.

W przypadku rezygnacji z planu, do momentu wygaśnięcia członkostwa plan musi zapewniać członkowi opiekę medyczną i leki na receptę, a członek musi nadal opłacać swój udział w kosztach.

**SEKCJA 2 Kiedy członek może zakończyć swoje członkostwo w planie?****Sekcja 2.1 Członek może być w stanie zakończyć członkostwo w planie ze względu na posiadanie Medicare i Medicaid**

- Większość osób posiadających Medicare może zakończyć swoje członkostwo tylko w określonych okresach w roku. Ponieważ posiadają Państwo ubezpieczenie Medicaid, mogą Państwo zakończyć członkostwo w naszym planie w dowolnym miesiącu w roku. Mają Państwo również możliwość zapisania się do innego planu Medicare w dowolnym miesiącu, w tym:
  - Do Original Medicare z oddzielnym ubezpieczeniem lekowym Medicare
  - Do Original Medicare bez przystąpienia do oddzielnego planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare (jeśli wybiorą Państwo tę opcję, Medicare może włączyć Państwa do planu ubezpieczenia leków, chyba że wycofali się Państwo z automatycznego włączania) albo
  - Jeśli kwalifikują się Państwo, do zintegrowanego planu D-SNP, który zapewnia Państwu Medicare i większość lub wszystkie usługi i świadczenia Medicaid w ramach jednego planu.

**notatka:** Jeżeli ubezpieczony wypisze się z ubezpieczenia leków na receptę Medicare i nie przystąpi do żadnego uznawalnego planu ubezpieczenia leków na receptę przez okres przynajmniej 63 kolejnych dni, może narazić się na konieczność płacenia kary za późną rejestrację do Części D, jeżeli później ponownie nie uzyska ubezpieczenia lekowego Medicare.

Proszę skontaktować się ze stanowym biurem Medicaid, aby dowiedzieć się o opcjach planu Medicaid (numery telefonów znajdują się w części 6 rozdziału 2 niniejszego dokumentu).

- Inne opcje planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicare są dostępne w Corocznym okresie zapisów. W części 2.2 dowiedzą się Państwo więcej na temat corocznego okresu zapisów.
- **Kiedy kończy się członkostwo w planie?** Członkostwo zazwyczaj kończy się pierwszego dnia kolejnego miesiąca po otrzymaniu przez plan wniosku o zmianę planu. Rejestracja w nowym planie również zacznie obowiązywać w tym dniu.

**Rozdział 9 Zakończenie członkostwa w planie****Sekcja 2.2 Członkostwo w planie można zakończyć podczas corocznego okresu zapisów**

Członkostwo w planie można zakończyć w **corocznym okresie zapisów** (określanym również jako coroczny okres otwartych zapisów). W tym czasie warto przeanalizować swoje ubezpieczenie zdrowotne i na leki oraz zdecydować o ubezpieczeniu na przyszły rok.

- **Coroczny okres zapisów** trwa od **15 października do 7 grudnia**.
- **Można zachować dotychczasowe ubezpieczenie lub wprowadzić zmiany w ubezpieczeniu na nadchodzący rok.** Osoby, które zdecydują się przejść do nowego planu, mogą wybrać dowolny spośród następujących planów:
  - Inny plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare, z refundacją leków na receptę lub bez takiej opcji.
  - Original Medicare z oddzielnym planem refundacji leków na receptę Medicare

*LUB*

- Original Medicare *bez* oddzielnego planu lekowego Medicare.
- **Członkostwo w naszym planie zakończy się** z chwilą rozpoczęcia obowiązywania ubezpieczenia w ramach nowego planu, to znaczy w dniu 1 stycznia.

**Osoby otrzymujące od Medicare dodatkową pomoc („Extra Help”) w opłacaniu kosztów leków na receptę:** Osoby przechodzące do Original Medicare, które nie zapisują się do oddzielnego planu refundacji leków na receptę Medicare, mogą zostać zapisane przez Medicare do planu lekowego, chyba że zrezygnowały z automatycznej rejestracji.

**notatka:** Osoby, które wypiszą się z planu refundacji leków na receptę Medicare i nie będą miały żadnego wiarygodnego planu ubezpieczenia leków na receptę przez nieprzerwany okres co najmniej 63 dni, mogą narazić się na karę za spóźnioną rejestrację do Części D, jeżeli później zapiszą się do planu lekowego Medicare.

**Sekcja 2.3 Członkostwo w planie można zakończyć w okresie otwartych zapisów do Medicare Advantage**

Członek ma możliwość dokonania jednej zmiany w swoim ubezpieczeniu zdrowotnym w okresie otwartych zapisów do Medicare Advantage.

- **Coroczny okres otwartych zapisów do Medicare Advantage** trwa od 1 stycznia do 31 marca.
- **W corocznym okresie otwartych zapisów do Medicare Advantage** można:
  - Zmienić plan na inny plan Medicare Advantage, z refundacją leków na receptę lub bez takiej opcji
  - Wypisać się z naszego planu i uzyskać ubezpieczenie za pośrednictwem Original Medicare. Osoby, które zdecydują się w tym czasie przejść do Original Medicare, mogą również w tym samym czasie przystąpić do oddzielnego planu refundacji leków na receptę Medicare.
- **Członkostwo w planie zakończy się** pierwszego dnia kolejnego miesiąca po zapisaniu się do innego planu Medicare Advantage lub otrzymaniu przez plan wniosku o przejście do Original Medicare. W przypadku osób, które zdecydują się również zapisać do planu refundacji leków na receptę Medicare, członkostwo w planie lekowym rozpocznie się pierwszego dnia kolejnego miesiąca po otrzymaniu przez plan lekowy wniosku o rejestrację.

**Rozdział 9 Zakończenie członkostwa w planie****Sekcja 2.4 W określonych sytuacjach członkostwo w planie można zakończyć podczas specjalnego okresu zapisów**

W pewnych sytuacjach członkostwo w planie można zakończyć w innym czasie. Taki okres nazywa się **specjalnym okresem zapisów**.

**Do zakończenia członkostwa w specjalnym okresie zapisów mogą kwalifikować się osoby**, których dotyczą dowolne z następujących sytuacji. Są to tylko przykładowe sytuacje, pełną listę można uzyskać kontaktując się z planem, dzwoniąc do Medicare lub wchodząc na stronę internetową Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

- Zazwyczaj, w przypadku przeprowadzki.
- Osoby posiadające New York Medicaid.
- Jeżeli członek jest uprawniony do korzystania z dodatkowej pomocy („Extra Help”) w opłacaniu kosztów leków na receptę w ramach Medicare.
- Jeżeli plan naruszy umowę z członkiem.
- Jeżeli członek otrzymuje opiekę w instytucji, takiej jak dom opieki lub szpital udzielający opieki długoterminowej (LTC).
- Jeżeli członek zapisze się do Programu kompleksowej opieki nad osobami starszymi (Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **notatka:** Osoby zapisane do programu zarządzania lekami, mogą nie kwalifikować się do zmiany planów. W Części 10 w Rozdziale 5 podano więcej informacji na temat programów zarządzania lekami.
- **notatka:** W Części 2.1 podano więcej informacji na temat specjalnego okresu zapisów dla osób z Medicaid.

**Okresy zapisów zależą od** określonej sytuacji członka.

**Swoje uprawnienia do specjalnego okresu zapisów można sprawdzić** dzwoniąc do Medicare pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynny całą dobę, przez 7 dni w tygodniu. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048. Osoby uprawnione do zakończenia członkostwa z powodu szczególnej sytuacji, mogą zmienić zarówno swoje ubezpieczenie zdrowotne Medicare, jak i ubezpieczenie na leki. Mogą one wybrać:

- Inny plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare obejmujące ubezpieczenie leków na receptę albo nieobejmujące takiego ubezpieczenia.
- Do Original Medicare z oddzielnym ubezpieczeniem lekowym Medicare
- - *albo* - Oryginalny Medicare *bezoddzielnym* plan refundacji leków na receptę Medicare.

**notatka:** Osoby, które wypiszą się z planu refundacji leków na receptę Medicare i nie będą miały żadnego wiarygodnego planu ubezpieczenia leków na receptę przez nieprzerwany okres co najmniej 63 dni, mogą narazić się na karę za spóźnioną rejestrację do Części D, jeżeli później zapiszą się do planu lekowego Medicare.

**Osoby otrzymujące od Medicare dodatkową pomoc („Extra Help”) w opłacaniu kosztów leków na receptę:** Osoby przechodzące do Original Medicare, które nie zapisują się do oddzielnego planu refundacji leków na receptę Medicare, mogą zostać zapisane przez Medicare do planu lekowego, chyba że zrezygnowały z automatycznej rejestracji.

**Członkostwo zazwyczaj kończy się** pierwszego dnia kolejnego miesiąca po otrzymaniu przez plan wniosku o zmianę planu.

**Rozdział 9 Zakończenie członkostwa w planie**

**notatka:** W rozdziałach 2.1 i 2.2 znajdziesz więcej informacji na temat specjalnego okresu zapisów dla osób korzystających z programu Medicaid i „dodatkowej pomocy”.

|                   |                                                                                                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 2.5</b> | <b>Gdzie można uzyskać więcej informacji o tym, kiedy można zakończyć członkostwo w planie?</b> |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

W przypadku pytań dotyczących zakończenia członkostwa w planie można:

- **Zadzwoń do działu obsługi uczestników.**
- Zapoznać się z informacjami w publikacji *Medicare & You 2024*.
- Skontaktować się z **Medicare** pod numerem 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynnym przez całą dobę, 7 dni w tygodniu. (TTY 1-877-486-2048).

### **SEKCJA 3 W jaki sposób można zakończyć członkostwo w planie?**

W poniższej tabeli wyjaśniono, w jaki Metoda można zakończyć członkostwo w naszym planie.

| <b>Członek chce zamienić nasz plan na:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Co należy zrobić:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inny plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapisać się do nowego planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicare. Nowe ubezpieczenie zaczyna obowiązywać pierwszego dnia następnego miesiąca.</li> <li>• Członek zostanie automatycznie wypisany z planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), w chwili gdy zacznie obowiązywać ubezpieczenie w nowym planie.</li> </ul>                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare z oddzielnym planem refundacji leków na receptę Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapisać się do nowego planu ubezpieczenia na leki Medicare. Nowe ubezpieczenie zaczyna obowiązywać pierwszego dnia następnego miesiąca.</li> <li>• Członek zostanie automatycznie wypisany z planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), w chwili gdy zacznie obowiązywać ubezpieczenie w nowym planie.</li> </ul>                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>bez</i> oddzielnego planu refundacji leków na receptę Medicare.               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Osoby przechodzące do Original Medicare, które nie zapisują się do oddzielnego planu refundacji leków na receptę Medicare, mogą zostać zapisane przez Medicare do planu lekowego, chyba że zrezygnowały z automatycznej rejestracji.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wysłać do planu pisemny wniosek o wypisanie z planu</b> Skontaktować się z Działem Obsługi Ubezpieczonych, aby uzyskać więcej informacji na ten temat.</li> <li>• Można również skontaktować się z <b>Medicare</b> pod numerem 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynnym przez całą dobę, 7 dni w tygodniu i poprosić o wypisanie z planu. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer: 1-877-486-2048.</li> </ul> |

**Rozdział 9 Zakończenie członkostwa w planie**

| <b>Członek chce zamienić nasz plan na:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Co należy zrobić:</b>                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Osoby, które wypiszą się z planu lekowego Medicare i przez 63 dni z rzędu lub dłużej nie będą miały wiarygodnego ubezpieczenia na leki na receptę, mogą narazić się na karę za spóźnioną rejestrację, jeżeli później zapiszą się do planu lekowego Medicare.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Członek zostanie wypisany z planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), w chwili gdy zacznie obowiązywać ubezpieczenie w Original Medicare.</li> </ul> |

**notatka:** Osoby, które wypiszą się z planu refundacji leków na receptę Medicare i nie będą miały żadnego wiarygodnego planu ubezpieczenia leków na receptę przez nieprzerwany okres co najmniej 63 dni, mogą narazić się na karę za spóźnioną rejestrację do Części D, jeżeli później zapiszą się do planu lekowego Medicare.

W przypadku pytań dotyczących świadczeń Medicaid skontaktuj się z New York Medicaid pod numerem (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 lub Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, od poniedziałku do piątku w godzinach 8:30–20:00, w soboty w godzinach 10:00–18:00. Zapytaj, w jaki sposób dołączenie do innego planu lub powrót do Original Medicare wpływa na sposób uzyskania ubezpieczenia Medicaid.

## **SEKCJA 4 Do chwili zakończenia członkostwa w planie członek musi nadal uzyskiwać produkty medyczne, usługi medyczne i leki za pośrednictwem naszego planu**

Do czasu zakończenia członkostwa w Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) i rozpoczęcia nowego ubezpieczenia Medicare należy nadal otrzymywać artykuły medyczne, usługi i leki na receptę za pośrednictwem naszego planu.

- Po opiekę medyczną należy w dalszym ciągu zgłaszać się do świadczeniodawców z sieci.
- Recepty należy w dalszym ciągu realizować w aptekach należących do sieci.
- W przypadku osób, które w dniu zakończenia członkostwa są hospitalizowane, plan będzie pokrywał ich pobyt w szpitalu do czasu wypisania (nawet jeśli zostaną wypisane po wejściu w życie nowe ubezpieczenia zdrowotnego).

## **SEKCJA 5 W określonych sytuacjach plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) musi zakończyć członkostwo w planie**

### **Sekcja 5.1 Kiedy plan musi zakończyć członkostwo ubezpieczonego w planie?**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) musi zakończyć członkostwo członka w planie w następujących sytuacjach:

**Rozdział 9 Zakończenie członkostwa w planie**

- Jeśli nie posiadają Państwo już ubezpieczenia w ramach Medicare Part A i Part B.

Członek nie kwalifikuje się już do Medicaid. Zgodnie z informacjami przekazanymi w Rozdziale 1, Części 2.1, plan jest przeznaczony dla osób kwalifikujących się zarówno do Medicare, jak i Medicaid. Po ustaleniu przez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), że członek nie spełnia już kryteriów kwalifikacyjnych, plan wyśle do niego powiadomienie wyjaśniające powody ewentualnego wypisania z planu. Następnie będą mieli Państwo sześć miesięcy (180 dni) od daty sporządzenia pisma na udzielenie na nie odpowiedzi, aby ubiegać się o ponowne rozpatrzenie spełnienia przez Państwa kryteriów kwalifikacyjnych planu.

- Jeśli wyprowadzą się Państwo z naszego obszaru dostępności świadczeń.
- Jeśli przebywają Państwo poza obszarem dostępności naszych świadczeń przez okres dłuższy niż sześć miesięcy
  - Osoby wyprowadzające się lub wyjeżdżające w dłuższą podróż, powinny zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych, aby się dowiedzieć, czy miejsce, do którego się przeprowadzają lub wyjeżdżają znajduje się w obszarze usług planu.
- Jeśli zostaną Państwo osadzeni w więzieniu.
- Jeśli nie są Państwo już obywatelami Stanów Zjednoczonych albo nie przebywają legalnie na terenie Stanów Zjednoczonych.
- Jeśli skłamięcie Państwo albo zataicie informacje na temat innego posiadanego ubezpieczenia, które zapewnia ubezpieczenie leków na receptę
- Członek umyślnie podaje nieprawdziwe informacje podczas zapisu do planu, a informacje te wpływają na jego uprawnienia do zapisania się do planu. (Nie możemy z tego powodu usunąć nikogo z planu bez uprzedniej zgody Medicare.)
- Członek regularnie zachowuje się w Metoda niestosowny, utrudniając planowi udzielanie opieki sobie i innym członkom planu. (Nie możemy z tego powodu usunąć nikogo z planu bez uprzedniej zgody Medicare.)
- Członek pozwala innej osobie korzystać ze swojej karty członkowskiej w celu uzyskania opieki medycznej. (Nie możemy z tego powodu usunąć nikogo z planu bez uprzedniej zgody Medicare.)
  - Przypadki osób, które zostaną usunięte z planu z tego powodu, mogą zostać przekazane przez Medicare do zbadania przez inspektora generalnego.
- Jeśli są Państwo zobowiązani do zapłaty dodatkowej kwoty z tytułu Części D ze względu na swoje dochody, a Państwo jej nie zapłacą, Medicare wyrejestruje Państwa z naszego planu.

**Gdzie mogą Państwo uzyskać więcej informacji?**

W razie pytań lub chęci uzyskania bardziej szczegółowych informacji o tym, kiedy możemy zakończyć członkostwo w planie, należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych.

**Sekcja 5.2 Plan nie może zażądać od członka rezygnacji z planu ze względów zdrowotnych**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nie ma prawa żądać od członków rezygnacji z planu ze względów zdrowotnych.

**Rozdział 9 Zakończenie członkostwa w planie**

---

***Co należy zrobić, gdyby tak się stało?***

Osoby, które uważają, że zostały poproszone o zrezygnowanie z członkostwa w planie ze względów zdrowotnych, powinny zadzwonić do Medicare pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), czynny przez całą dobę, 7 dni w tygodniu (TTY 1-877-486-2048).

|                   |                                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Sekcja 5.3</b> | <b>Prawo do złożenia skargi na zakończenie członkostwa przez plan</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|

Jeżeli plan zakończy członkostwo ubezpieczonego w planie, musi zawiadomić go na piśmie o przyczynach. Musi również wyjaśnić, w jaki sposób można złożyć zażalenie lub skargę na decyzję planu o zakończeniu członkostwa.

# ROZDZIAŁ 10:

## *Powiadomienia prawne*

**Rozdział 10 Powiadomienia prawne**

---

---

**SEKCJA 1 Powiadomienie o obowiązującym prawie**

---

Główną ustawą mającą zastosowanie do niniejszego dokumentu „Warunki ubezpieczenia” (Evidence of Coverage) jest Tytuł XVIII Ustawy o ubezpieczeniu społecznym oraz przepisy stworzone na mocy Ustawy o ubezpieczeniu społecznym przez ośrodki usług Medicare i Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, w skrócie CMS). Ponadto, zastosowanie mogą mieć inne przepisy federalne, a w określonych okolicznościach, przepisy stanowe obowiązujące w miejscu zamieszkania członków planu. Może to wpłynąć na prawa i obowiązki członków, nawet jeżeli przepisy te nie są włączone lub wyjaśnione w tym dokumencie.

---

**SEKCJA 2 Powiadomienie o zakazie dyskryminacji**

---

**Plan nie dyskryminuje nikogo** ze względu na rasę, pochodzenie etniczne lub narodowe, kolor skóry, religię, płeć, wiek, orientację seksualną, niepełnosprawność umysłową lub fizyczną, stan zdrowia, poprzednio zgłaszane roszczenia, historię zdrowia, informacje genetyczne, dowody uprawnień do ubezpieczenia oraz położenie geograficzne w obszarze objętym usługami planu. Wszystkie organizacje zapewniające plany Medicare Advantage, takie jak nasz plan, muszą przestrzegać przepisów federalnych dotyczących przeciwdziałania dyskryminacji, w tym tytułu VI ustawy o prawach obywatelskich z roku 1964, ustawy o rehabilitacji z roku 1973, ustawy o przeciwdziałaniu dyskryminacji ze względu na wiek z roku 1975, amerykańskiej ustawy o osobach z niepełnosprawnościami, ustępu 1557 ustawy o przystępnej opiece zdrowotnej, wszystkich innych przepisów odnoszących się do organizacji korzystających z funduszy federalnych oraz innych przepisów prawnych i zasad odnoszących się z dowolnego powodu.

Jeśli chcesz uzyskać więcej informacji lub masz wątpliwości dotyczące dyskryminacji lub niesprawiedliwego traktowania, zadzwoń do Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej **Biuro Praw Obywatelskich** pod numerem 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) lub w lokalnym Biurze ds. Praw Obywatelskich. Z informacjami Biura Praw Obywatelskich przy Departamencie Zdrowia i Usług Społecznych można również zapoznać się na stronie <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Osoby z niepełnosprawnościami potrzebujące pomocy w uzyskaniu dostępu do opieki, powinny zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych. Skargi, takie jak problemy z dostępem dla wózków inwalidzkich, należy również kierować do Działu Obsługi Ubezpieczonych.

---

**SEKCJA 3 Powiadomienie o prawach subrogacji drugiego płatnika Medicare**

---

Plan ma prawo i obowiązek ściągania należności za objęte ubezpieczeniem usługi Medicare, w przypadku których Medicare nie jest głównym płatnikiem. Zgodnie z przepisami CMS w tytule 42 CFR, ustępy 422.108 i 423.462, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), jako organizacja Medicare Advantage, będzie korzystała z tych samych praw do odzyskiwania należności, z jakich korzysta Minister na mocy przepisów CMS w podczęściach od B do D części 411 tytułu 42 CFR, a zasady ustanowione w tym ustępie zastępują wszelkie przepisy stanowe.

# ROZDZIAŁ 11:

## *Definicje ważnych słów*

## Rozdział 11 Definicje ważnych słów

---

**Ambulatoryjny ośrodek chirurgiczny** – Ambulatoryjny ośrodek chirurgiczny to podmiot działający wyłącznie w celu świadczenia ambulatoryjnych usług chirurgicznych pacjentom niewymagającym hospitalizacji, których przewidywany pobyt w ośrodku nie przekracza 24 godzin.

**Odwołanie** – Odwołanie to środek, z którego członkowie mogą skorzystać, jeśli nie zgadzają się z naszą decyzją o odrzuceniu wniosku o refundację usług opieki zdrowotnej lub leków na receptę bądź płatność za zapewnione już usługi lub leki. Odwołanie można również złożyć w przypadku, gdy członek nie zgadza się z decyzją planu o zakończeniu świadczenia dotychczas otrzymywanych usług.

**Okres świadczeń** – Metoda, w jaki plan i Original Medicare mierzą korzystanie przez członków z usług szpitalnych i w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa (SNF). Okres świadczeń zaczyna się w dniu przyjęcia do szpitala lub ośrodka wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa i kończy się, kiedy ubezpieczony nie otrzymuje opieki szpitalnej (lub wykwalifikowanej opieki w ośrodku SNF) przez 60 dni z rzędu. W przypadku przyjęcia do szpitala lub ośrodka wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa po zakończeniu jednego okresu świadczeń, rozpoczyna się nowy okres świadczeń. Nie ma ograniczeń co do liczby okresów świadczeń, z których można korzystać.

**Produkt biologiczny** – Lek na receptę wytwarzany z naturalnych i żywych źródeł, takich jak komórki zwierzęce, roślinne, bakterie lub drożdże. Produkty biologiczne są bardziej złożone niż inne leki i nie można ich dokładnie odtworzyć, dostępne są więc ich formy zamiennne, określane jako leki biopodobne. (Patrz również definicje „**Oryginalny produkt biologiczny**” oraz „**Produkt biopodobny**”).

**Produkt biopodobny** – produkt biologiczny, który jest bardzo podobny, ale nie identyczny z oryginalnym produktem biologicznym. Produkty biopodobne są tak samo bezpieczne i skuteczne jak oryginalny produkt biologiczny. Niektóre produkty biopodobne można zastąpić oryginalnym produktem biologicznym w aptece bez konieczności uzyskania nowej recepty. (Patrz **Zamienny produkt biopodobny**).

**Lek markowy** – lek wydawany na receptę, wytwarzany i sprzedawany przez firmę farmaceutyczną, która go wynalazła i opracowała. Leki markowe zawierają takie same składniki czynne, co ich wersje generyczne. Jednak leki generyczne są wytwarzane i sprzedawane przez innych producentów i zwykle są dostępne dopiero po wygaśnięciu patentu na lek markowy.

**Etap ubezpieczenia katastrofalnego** – etap świadczeń lekowych w ramach Części D, który zaczyna się w chwili, gdy ubezpieczony (lub inne uprawnione osoby/strony w jego imieniu) zapłaci \$2,000 za leki na receptę pokrywane w ramach Części D w danym roku ubezpieczeniowym. **Ośrodki usług Medicare i Medicaid** – Federalna agencja zarządzająca programem Medicare.

**Współubezpieczenie** – kwota, wyrażona jak wartość procentowa (na przykład 20%), jaką członek może być zobowiązany zapłacić, jako swój udział w kosztach za usługi lub leki na receptę.

**Skarga** — formalne określenie na składanie skargi to „wnoszenie zażalenia”. Procedura skargi służy do rozwiązywania tylko określonych rodzajów problemów. Obejmuje to problemy związane z jakością opieki, zbyt długim czasem oczekiwania i jakością obsługi. Dotyczy również skarg na nieprzestrzeganie przez plan terminów w procedurze odwoławczej.

**Kompleksowa przychodnia rehabilitacyjna** (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – placówka zapewniająca głównie usługi rehabilitacji po chorobie lub urazie, w tym fizjoterapię, usługi socjalne lub psychologiczne, terapię oddechową, terapię zajęciową, terapię logopedyczną oraz usługi oceny środowiska domowego.

## Rozdział 11 Definicje ważnych słów

---

**Dopłata** – kwota, jaką członek może być zobowiązany zapłacić, jako swój udział w kosztach za usługę medyczną lub artykuł, np. wizytę u lekarza, ambulatoryjną wizytę szpitalną lub lek na receptę. Dopłata stanowi określoną kwotę (np. \$10), a nie procent.

**Udział w kosztach** – udział w kosztach to kwota, jaką członek musi zapłacić za zapewnianą usługę lub lek. Udział w kosztach obejmuje dowolne kombinacje następujących trzech rodzajów płatności: (1) udziały własne, jakich plan może wymagać zanim zrefunduje usługi lub leki; (2) stałe dopłaty, których plan wymaga w chwili zapewniania określonej usługi lub leku; lub (3) kwota współubebezpieczenia, stanowiąca procent całej kwoty zapłaconej za usługę lub lek, której plan wymaga w chwili otrzymania określonej usługi lub leku.

**Rozstrzygnięcie refundacyjne** – decyzja, czy przepisany lek jest refundowany przez plan oraz czy i ile ubezpieczony musi zapłacić za realizację recepty. Zasadniczo, jeżeli członek przynosi receptę do apteki i dowiaduje się, że nasz plan nie refunduje danego leku, nie stanowi to rozstrzygnięcia refundacyjnego. Należy zadzwonić lub napisać do planu i zażądać formalnej decyzji dotyczącej refundacji. Rozstrzygnięcia refundacyjne są w tym dokumencie określane jako decyzje refundacyjne.

**Leki refundowane** (inaczej leki objęte ubezpieczeniem, leki pokrywane) – termin obejmuje wszystkie leki na receptę refundowane przez plan.

**Usługi refundowane** (inaczej usługi objęte ubezpieczeniem, usługi pokrywane) – termin obejmuje wszystkie usługi opieki zdrowotnej i środki refundowane przez plan.

**Wiarygodne ubezpieczenie na leki na receptę** – ubezpieczenie na leki na receptę (lekowe) (np. opłacone przez pracodawcę lub związek zawodowy), które przeciętnie refunduje leki co najmniej na takim samym poziomie, jak standardowe ubezpieczenie leków na receptę Medicare. Osoby posiadające tego rodzaju ubezpieczenie w chwili, gdy nabywają uprawnienia do Medicare mogą zwykle zachować je nie płacąc kary, jeżeli postanowią zapisać się później do planu ubezpieczenia na leki Medicare.

**Usługi opiekuńcze** – Usługi opiekuńcze to opieka osobista świadczona w domu opieki, hospicjum lub innej placówce, w sytuacji gdy pacjent nie wymaga wykwalifikowanej opieki medycznej ani wykwalifikowanej opieki pielęgniarstwa. Usługi opiekuńcze, zapewniane przez osoby bez profesjonalnych umiejętności lub szkolenia, obejmują pomoc w czynnościach życia codziennego, takich jak kąpiel, ubieranie się, jedzenie, kładzenie się/siadanie lub wstawanie z łóżka lub krzesła, poruszanie się i korzystanie z łazienki. Mogą również obejmować elementy opieki zdrowotnej, jaką większość osób jest w stanie wykonać samodzielnie, na przykład zakraplanie kropli do oczu. Medicare nie płaci za usługi opiekuńcze.

**Dzienna stawka udziału w kosztach** – dzienna stawka udziału w kosztach może mieć zastosowanie w przypadku, gdy lekarz przepisze członkowi zapas określonych leków na okres krótszy niż pełny miesiąc, a członek jest zobowiązany do opłacenia dopłaty. Dzienna stawka udziału w kosztach to kwota dopłaty podzielona przez liczbę dni w miesięcznym zapasie leków. Spójrzmy na przykład: Jeśli dopłata za zapas leku na jeden miesiąc wynosi \$30, a zapas na jeden miesiąc to zapas na 30 dni, wówczas „dzienna stawka udziału w kosztach” wynosi \$1 dziennie.

**Wypisanie lub wyrejestrowanie** – procedura zakończenia członkostwa w planie.

**Plan dla osób podwójnie uprawnionych o specjalnych potrzebach (Dual Eligible Special Needs Plans; D-SNP)** – rodzaj planu, który obejmuje osoby uprawnione zarówno do Medicare (Tytuł XVIII Ustawy o ubezpieczeniach społecznych), jak i pomocy medycznej z planu stanowego w ramach Medicaid (Tytuł XIX). Państwa pokrywają część lub całość kosztów Medicare, w zależności od stanu i uprawnień danej osoby.

**Osoby podwójnie uprawnione** – osoba, która kwalifikuje się do ubezpieczenia Medicare i Medicaid.

## Rozdział 11 Definicje ważnych słów

---

**Trwały sprzęt medyczny** (Durable Medical Equipment, DME) – określony sprzęt medyczny zamawiany przez lekarza ze względów medycznych. Są to między innymi balkoniki (chodziki), wózki inwalidzkie, kule, zasilane systemy materacy, materiały dla diabetyków, pompy infuzyjne, generatory mowy, sprzęt do podawania tlenu, nebulizatory lub łóżka szpitalne zamawiane przez lekarza do użytku w domu.

**Stan nagłego zagrożenia zdrowia** – stan nagłego zagrożenia zdrowia ma miejsce wtedy, gdy ubezpieczony lub inna rozsądna osoba bez wykształcenia medycznego i posiadająca przeciętną znajomość zagadnień zdrowia i medycyny, uważa, że ubezpieczony ma objawy wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, aby zapobiec utracie życia (a w przypadku kobiet w ciąży stracie nienarodzonego dziecka), części ciała lub funkcji części ciała bądź utracie lub poważnemu uszkodzeniu funkcji organizmu. Do tego typu objawów zalicza się chorobę, uraz, ostry ból lub stan zdrowia, który ulega szybkiemu pogorszeniu.

**Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia** – usługi objęte ubezpieczeniem i: (1) zapewniane przez świadczeniodawcę z uprawnieniami do świadczenia usług w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia; oraz (2) potrzebne do leczenia, oceny lub ustabilizowania stanu nagłego zagrożenia zdrowia.

**Warunki ubezpieczenia i ujawnianie informacji** (Evidence of Coverage [EOC] and Disclosure Information) – dokument ten wraz z formularzem zapisu i innymi załącznikami, aneksami i innymi wybranymi dodatkowymi opcjami ubezpieczenia, wyjaśnia zakres ubezpieczenia, obowiązki planu oraz prawa i obowiązki członków planu.

**Odstępstwo**(Exception) – rodzaj decyzji w sprawie pokrycia kosztów, która, o ile zostanie wydana, pozwala uzyskać lek, który nie figuruje w spisie leków planu (odstępstwo od spisu leków) albo uzyskać lek niepreferowany przy niższym udziale w kosztach (odstępstwo od kategorii udziału w kosztach). Możesz również złożyć wniosek o odstępstwo, jeśli nasz plan wymaga, abyś spróbował innego leku przed otrzymaniem tego, o który prosisz, jeśli nasz plan wymaga uprzedniej autoryzacji na lek i chcesz, abyśmy zrezygnowali z kryterium ograniczenia, lub jeśli nasz plan ogranicza ilość lub dawkę leku, o który prosisz (wyjątek od formularza).

**Dodatkowa pomoc** – Program Medicare mający na celu pomóc osobom o ograniczonych dochodach i zasobach w pokryciu kosztów programu leków na receptę Medicare, takich jak składki, odliczenia i współubezpieczenie.

**Lek generyczny** – lek na receptę zatwierdzony przez Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) jako lek zawierający te same składniki czynne co lek markowy. Lek generyczny działa tak samo jak lek markowy, lecz zwykle jest tańszy.

**Zażalenie** – rodzaj skargi na plan, świadczeniodawców lub apteki, w tym skargi na jakość zapewnianej opieki. Ten rodzaj skargi nie obejmuje sporów dotyczących refundacji ani płatności.

**Domowy opiekun medyczny** – Osoba zapewniająca usługi niewymagające umiejętności dyplomowanej pielęgniarki lub terapeuty, np. pomoc w higienie osobistej (np. pomoc przy kąpieli, korzystaniu z toalety, ubieraniu się, czy wykonywaniu zaleconych ćwiczeń).

**Hospicjum** – świadczenie zapewniające specjalne leczenie członkom, u których zdiagnozowano nieuleczalną chorobę, co oznacza, że oczekiwana długość życia wynosi 6 miesięcy lub mniej. Plan musi zapewnić członkom wykaz hospicjów w danym obszarze geograficznym. Osoby, które zdecydują się korzystać z usług hospicjum i będą nadal opłacały składki, pozostaną członkami planu. Nadal będą mogły uzyskać wszystkie usługi niezbędne ze względów medycznych, a także świadczenia uzupełniające oferowane przez plan.

**Pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu po formalnym przyjęciu do szpitala w celu zapewnienia członkowi wyspecjalizowanej opieki medycznej. Nawet w przypadku pozostania w szpitalu na noc, pacjenci nadal mogą być uznawani za pacjentów ambulatoryjnych.

**Rozdział 11 Definicje ważnych słów**

---

**Kwota miesięcznej korekty związana z dochodami** (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – jeżeli zmodyfikowany, skorygowany dochód brutto zgłoszony w zeznaniu podatkowym IRS sprzed 2 lat, wynosi więcej niż określona kwota, ubezpieczony zapłaci standardową składkę oraz dodatkową kwotę miesięcznej korekty związaną z dochodami, tzw. IRMAA. IRMAA to dodatkowa opłata doliczana do składki. Sytuacja ta dotyczy mniej niż 5% osób korzystających z Medicare, tak więc większość członków nie będzie płacić wyższej składki.

**Etap wyjściowego ubezpieczenia** – jest to etap przed osiągnięciem progu kosztów własnych na dany rok.

**Wstępny okres zapisów** – okres, w którym członek nabywa po raz pierwszy uprawnień do Medicare i może się zapisać do Medicare Część A i Część B. W przypadku osób uprawnionych do Medicare w chwili ukończenia 65 lat, wstępny okres zapisów to 7-miesięczny okres, który zaczyna się na 3 miesiące przed miesiącem 65. urodzin, obejmuje miesiąc 65. urodzin i kończy się 3 miesiące po miesiącu ukończenia 65. roku życia.

**Zintegrowany D-SNP - D-SNP**, który obejmuje Medicare i większość lub wszystkie świadczenia Medicaid w ramach jednego planu ubezpieczenia zdrowotnego dla niektórych grup osób kwalifikujących się zarówno do Medicare, jak i Medicaid. Osoby te są również określane jako podwójnie uprawnione osoby o pełnych uprawnieniach do świadczeń.

**Zamienny produkt biopodobny** – produkt biopodobny, który może być stosowany jako zamiennik oryginalnego produktu biopodobnego w aptece bez konieczności wystawiania nowej recepty, ponieważ spełnia dodatkowe wymagania związane z możliwością automatycznej zamiany. Automatyczna zamiana w aptece podlega prawu stanowemu.

**Lista refundowanych leków (Wykaz leków lub „Spis leków”)** – spis leków na receptę objętych ubezpieczeniem (refundowanych) przez plan.

**Zapomoga dla osób o niskich dochodach** (Low Income Subsidy, LIS) – patrz „Dodatkowa pomoc”.

**Program rabatów producentów** – program, w ramach którego producenci leków płacą część pełnego kosztu uwzględnionego w planie za refundowane leki markowe i leki biologiczne w ramach Części D. Zniżki opierają się na umowach między rządem federalnym a producentami leków.

**Maksymalna kwota wydatków własnych** – Maksymalna kwota, jaką ubezpieczony w roku kalendarzowym płaci z własnej kieszeni za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B. Kwoty płacone za składki za Medicare Część A i Część B i za leki na receptę w ramach Części D nie wliczają się do maksymalnej kwoty wydatków własnych. Osoby kwalifikujące się do pomocy Medicaid w udziale w kosztach za usługi Medicare, nie odpowiadają za opłacenie żadnych kosztów własnych na poczet maksymalnej kwoty wydatków własnych za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B. (notatka: Nasi członkowie otrzymują również pomoc z Medicaid i w związku z tym bardzo niewielu z nich osiąga maksymalną kwotę wydatków własnych.)

**Medicaid (lub Medical Assistance)** – wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej osobom o niskich dochodach i ograniczonych środkach materialnych. Programy Medicaid różnią się w zależności od stanu, jednak w przypadku osób kwalifikujących się zarówno do Medicare jak i Medicaid, większość kosztów opieki zdrowotnej jest objęta ubezpieczeniem.

**Medycznie uzasadnione wskazanie** – zastosowanie leku dopuszczone przez Agencję ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) lub wspierane przez określone źródła, takie jak American Hospital Formulary Service Drug Information i system informacji Micromedex DRUGDEX.

**Niezbędne ze względów medycznych** – usługi, środki lub leki potrzebne do zapobiegania, zdiagnozowania lub leczenia schorzenia medycznego i spełniające przyjęte standardy praktyki medycznej.

## Rozdział 11 Definicje ważnych słów

---

**Medicare** – federalny program ubezpieczeń zdrowotnych dla osób w wieku od 65 lat, dla niektórych osób z określonymi niepełnosprawnościami w wieku poniżej 65 lat oraz dla osób ze schyłkową niewydolnością nerek (zwykle z przewlekłą niewydolnością nerek wymagającą dializy lub przeszczepienia nerki).

**Okres otwartych zapisów do Medicare Advantage** – okres od 1 stycznia do 31 marca, w którym członkowie planu Medicare Advantage mogą anulować rejestrację w planie i przejść do innego planu Medicare Advantage lub uzyskać ubezpieczenie za pośrednictwem Original Medicare. Osoby, które zdecydują się w tym czasie przejść do Original Medicare, mogą również w tym samym czasie przystąpić do oddzielnego planu refundacji leków na receptę Medicare. Okres otwartych zapisów do Medicare Advantage jest również dostępny przez 3 miesiące, po tym, jak dana osoba po raz pierwszy nabędzie uprawnienia do Medicare.

**Plan Medicare Advantage (MA)** – czasami nazywany Medicare Część C. Plan oferowany przez prywatną firmę w ramach kontraktu z Medicare na udzielanie członkom wszystkich świadczeń Medicare Części A i B. Plan Medicare Advantage może być (i) planem HMO, (ii) planem PPO, (iii) planem Private Fee-for-Service (PFFS) lub (iv) planem Medicare Medical Savings Account (MSA). Oprócz wymienionych wyżej opcji planów, plan Medicare Advantage HMO lub PPO może również być planem dla osób ze specjalnymi potrzebami (SNP). W większości przypadków plany Medicare Advantage oferują również plan Medicare Część D (refundacja leków na receptę). Plany te określane są jako plany Medicare Advantage z refundacją leków na receptę.

**Usługi objęte ubezpieczeniem przez Medicare** – usługi objęte ubezpieczeniem (inaczej pokrywane lub refundowane) przez Medicare Część A i Część B. Wszystkie plany ubezpieczenia zdrowotnego Medicare muszą pokrywać usługi objęte ubezpieczeniem przez Medicare Część A i Część B. Termin usługi objęte ubezpieczeniem przez Medicare nie obejmuje dodatkowych świadczeń takich jak usługi okulistyczne, stomatologiczne lub związane ze słuchem, które mogą być oferowane przez plan Medicare Advantage.

**Plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare** – plan oferowany przez prywatną spółkę, która zawarła umowę z Medicare na udzielanie świadczeń w Części A i B osobom korzystającym z Medicare i zapisanym do planu. Termin obejmuje wszystkie plany Medicare Advantage, Medicare Cost Plan, plany dla osób ze specjalnymi potrzebami (Special Needs Plan), programy demonstracyjne/pilotażowe oraz programy kompleksowej opieki dla osób starszych (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Ubezpieczenie leków na receptę Medicare (Medicare Część D)** – ubezpieczenie, które pomaga w opłatach ze stosowane w warunkach ambulatoryjnych leki na receptę, szczepionki, produkty biologiczne oraz niektóre środki niepokrywane przez Medicare Część A lub Część B.

**Polisa Medigap (Uzupełniające ubezpieczenie Medicare)** – uzupełniające ubezpieczenie Medicare sprzedawane przez prywatne firmy ubezpieczeniowe, aby wypełnić „luki” w ubezpieczeniu Original Medicare. Polisy Medigap działają tylko łącznie z Original Medicare. (Plan Medicare Advantage nie jest polisą Medigap.)

**Członek (członek naszego planu lub członek planu, członek)** – osoba posiadająca ubezpieczenie Medicare, której przysługują refundowane usługi i która zapisała się do naszego planu oraz której zapis został potwierdzony przez ośrodki usług Medicare i Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Dział Obsługi Ubezpieczonych** – dział naszego planu odpowiedzialny za udzielanie członkom informacji na temat członkostwa, świadczeń, zażaleń i odwołań.

**Apteka należąca do sieci** – apteka, która zawarła umowę z planem, w której członkowie planu mogą realizować świadczenia związane z lekami na receptę. W większości przypadków leki na receptę są refundowane tylko wtedy, gdy są wykupywane w aptekach sieciowych.

**Rozdział 11 Definicje ważnych słów**

---

**Świadczeniodawca należący do sieci** – świadczeniodawca to ogólny termin obejmujący lekarzy, innych specjalistów opieki zdrowotnej, szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej, licencjonowane lub certyfikowane przez Medicare i przez stan do świadczenia usług opieki zdrowotnej. **Świadczeniodawcy należący do sieci** zawarli z planem umowę, w której zgadzają zaakceptować nasze płatności jako pełną zapłatę, a w niektórych przypadkach koordynować i świadczyć usługi objęte ubezpieczeniem na rzecz członków naszego planu. Świadczeniodawcy należący do sieci są również określani jako „świadczeniodawcy planu.”

**Rozstrzygnięcie urzędowe** – Decyzja podejmowana przez plan dotycząca tego, czy artykuły lub usługi są objęte ubezpieczeniem lub ile trzeba zapłacić artykuły lub usługi objęte ubezpieczeniem przedmioty lub usługi. Rozstrzygnięcia urzędowe są w tym dokumencie nazywane „decyzjami refundacyjnymi”.

**Oryginalny produkt biologiczny** – produkt biologiczny, który został dopuszczony do obrotu przez Agencję Żywności i Leków (FDA) i służy jako produkt porównawczy dla producentów wytwarzających wersję biopodobną. Jest on również nazywany produktem porównawczym.

**Original Medicare (Traditional Medicare lub „plan opłat za usługi Medicare”)** – Original Medicare jest programem rządowym, a nie prywatnym planem ubezpieczenia zdrowotnego takim jak plan Medicare Advantage oraz plany refundacji leków na receptę. Usługi Medicare zapewniane w ramach Original Medicare są refundowane poprzez płatności na rzecz lekarzy, szpitali i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej, według cennika ustalonego przez Kongres. Członkowie mogą udać się do dowolnego lekarza, szpitala lub innego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, który akceptuje Medicare. Członków obowiązuje udział własny. Medicare płaci swój udział w kwocie zatwierdzonej przez Medicare, a pacjent płaci swoją część. Original Medicare składa się z dwóch części: Część A (ubezpieczenie szpitalne) oraz Część B (ubezpieczenie medyczne) i jest dostępna na terenie całych Stanów Zjednoczonych.

**Apteka nienależąca do sieci** – apteka niezwiązana z naszym planem umową na koordynowanie lub zapewniania członkom planu refundowanych leków. Większość leków wykupywanych w aptekach nienależących do sieci nie podlega refundacji przez plan, jeżeli nie zachodzą szczególne okoliczności.

**Świadczeniodawca nienależący do sieci lub placówka nienależąca do sieci** – świadczeniodawca lub placówka niezwiązana z naszym planem umową na koordynowanie lub świadczenie członkom planu refundowanych usług. Świadczeniodawcy nienależący do sieci nie są zatrudnieni, nie należą ani nie są prowadzeni przez nasz plan.

**Koszty własne** – patrz wyżej, definicja „udziału w kosztach”. Wymóg, aby członkowie płacili swój udział w kosztach otrzymanych usług lub leków, określa się również jako wymóg „kosztów własnych” członka.

**Próg kosztów własnych** – maksymalna kwota, jaką płacą Państwo z własnej kieszeni za leki z Części D.

**Plan PACE** – Plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly), czyli Program kompleksowej opieki nad osobami starszymi łączy w sobie usługi medyczne, socjalne i długoterminowej opieki i wsparcia (LTSS) dla osób osłabionych fizycznie, aby pomóc im jak najdłużej pozostać niezależnymi i żyć w swojej społeczności (zamiast przenosić się do domu opieki). Osoby zapisane w planach PACE otrzymują z pośrednictwem planu zarówno swoje świadczenia Medicare, jak i Medicaid.

**Część C** – patrz plan Medicare Advantage (MA).

**Część D** – dobrowolny program refundacji leków na receptę Medicare.

**Leki w ramach Części D** – leki, które mogą być refundowane w ramach Części D. Możemy, ale nie musimy oferować wszystkich leków objętych Częścią D. Określone kategorie leków zostały wyłączone przez Kongres z refundacji w ramach Części D. Każdy plan musi obejmować ubezpieczeniem określone kategorie leków z Części D.

## Rozdział 11 Definicje ważnych słów

---

**Kara za spóźnioną rejestrację w Części D** – kwota dodawana co miesiąc do składki na ubezpieczenie na leki Medicare, jeżeli ubezpieczony pozostawał bez wiarygodnego ubezpieczenia (to jest takiego, które płaci przeciętnie co najmniej tyle, ile standardowe ubezpieczenie na leki na receptę Medicare) przez nieprzerwany okres co najmniej 63 dni, po nabyciu po raz pierwszy uprawnień do przystąpienia do planu z Częścią D. Jeśli utracą Państwo możliwość korzystania z programu „Dodatkowa pomoc”, mogą Państwo podlegać karze za późną rejestrację, jeśli przez co najmniej 63 dni z rzędu nie będą Państwo posiadać ubezpieczenia w ramach Części D albo innego uznawalnego ubezpieczenia leków na receptę.

**Składka** – okresowa płatność na rzecz Medicare, firmy ubezpieczeniowej, lub planu ubezpieczenia zdrowotnego, za ubezpieczenie zdrowotne lub leków na receptę.

**Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej** (Primary Care Provider, PCP) to lekarz lub inny świadczeniodawca, do którego pacjent zwraca się najpierw z większością swoich problemów zdrowotnych. W wielu planach ubezpieczeniowych Medicare, zanim będzie można zwrócić się do innego świadczeniodawcy opieki, najpierw trzeba udać się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

**Uprzednia zgoda** – wcześniejsza zgoda na uzyskanie usług lub określonych leków. Usługi objęte ubezpieczeniem, które wymagają uzyskania wcześniejszej autoryzacji są oznaczone w tabeli świadczeń medycznych znajdującej się w Rozdziale 4. Leki objęte ubezpieczeniem, które wymagają wcześniejszej zgody są oznaczone w spisie leków, a stosowane przez nas kryteria są opublikowane na naszej stronie internetowej.

**Protezy i urządzenia ortopedyczne** – urządzenia medyczne obejmujące między innymi szyny na rękę, gorsety na plecy lub szyję; protezy kończyn; protezy oczu; oraz wyroby potrzebne do zastąpienia wewnętrznej części ciała lub jej funkcji, w tym materiały stomijne i do żywienia dojelitowego i pozajelitowego.

**Organizacja Poprawy Jakości** (Quality Improvement Organization, QIO) – grupa praktykujących lekarzy i innych ekspertów w zakresie opieki zdrowotnej opłacanych przez rząd federalny, których zadaniem jest sprawdzanie i ulepszanie poziomu opieki udzielanej pacjentom Medicare.

**Ograniczenia ilościowe** – narzędzie zarządzania, którego celem jest ograniczenie zażywania wybranych leków z powodów jakości, bezpieczeństwa lub wykorzystania. Ograniczenia mogą dotyczyć ilości leku refundowanego na jedną receptę lub określonego przedziału czasowego.

**Narzędzie do wyszukiwania informacji o świadczeniach w czasie rzeczywistym** – portal lub aplikacja komputerowa, w której uczestnicy planu mogą wyszukać kompletne, dokładne, terminowe, poprawne ze względów klinicznych i właściwe dla członka informacje o wykazie leków i świadczeniach. Obejmuje to kwoty udziału w kosztach, zamienne leki dostępne w wykazie, które można stosować w leczeniu tego samego schorzenia co dany lek oraz ograniczenia w refundacji (wcześniejsza autoryzacja, terapia stopniowa, limity ilościowe), które dotyczą leków zamiennych.

**Usługi rehabilitacji** – usługi obejmują fizjoterapię, terapię logopedyczną i terapię zajęciową.

**Obszar dostępności świadczeń** – obszar geograficzny, na którym muszą Państwo mieszkać, aby przystąpić do danego planu ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku planów, które ograniczają wybór lekarzy i szpitali, z których mogą korzystać członkowie, jest to przeważnie obszar, na którym można skorzystać z usług rutynowych (nie dotyczy to nagłych przypadków). Plan musi wyrejestrować Państwa, jeśli na stałe wyprowadzą się Państwo z obszaru dostępności świadczeń.

**Opieka zapewniana w ośrodku wyspecjalizowanej opieki pielęgniarskiej** – (Skilled Nursing Facility, SNF) Specjalistyczna opieka pielęgniarska i usługi rehabilitacyjne świadczone w Metoda ciągły i codziennie w ośrodku

**Rozdział 11 Definicje ważnych słów**

---

wyspecjalizowanej opieki pielęgniarstwa. Jest to na przykład fizjoterapia lub zastrzyki dożylnie, które mogą być wykonywane wyłącznie przez pielęgniarkę dyplomowaną lub lekarza.

**Plan dla osób o specjalnych potrzebach** – Specjalny rodzaj planu Medicare Advantage, który zapewnia bardziej ukierunkowaną opiekę zdrowotną dla określonych grup osób, takich jak osoby posiadające zarówno Medicare, jak i Medicaid, przebywające w domu opieki lub cierpiące na określone schorzenia przewlekłe.

**Terapia stopniowa** – narzędzie w zakresie wykorzystania leków, które wymaga, aby zanim zrefundujemy lek zapisany początkowo przez lekarza na daną dolegliwość, najpierw wypróbować inny lek stosowany w tej samej chorobie.

**Dochód uzupełniający z ubezpieczenia społecznego** (Supplemental Security Income, SSI) – miesięczne świadczenie wypłacane przez Urząd Ubezpieczeń Społecznych osobom o ograniczonych dochodach i zasobach, które są osobami z niepełnosprawnościami, niewidome lub mają co najmniej 65 lat. Świadczenia SSI różnią się od świadczeń ubezpieczenia społecznego.

**Pilnie potrzebne świadczenia** – Świadczenie objęte planem wymagające natychmiastowej pomocy medycznej, które nie stanowi sytuacji nagłej, można uznać za pilnie potrzebne świadczenie pod warunkiem, że tymczasowo znajdują się Państwo poza obszarem dostępności świadczeń w ramach planu albo uzyskanie takiej usługi od świadczeniodawców należących do sieci, z którymi plan zawarł umowę, jest nieuzasadnione, biorąc pod uwagę Państwa czas, miejsce i okoliczności. Przykładami pilnie potrzebnych świadczeń są nieprzewidziane choroby i urazy albo nieoczekiwane zaostrzenia istniejących schorzeń. Jednakże, niezbędne z medycznego punktu widzenia rutynowe wizyty u świadczeniodawcy, takie jak coroczne badania kontrolne, nie są uważane za pilnie potrzebne, nawet jeśli znajdują się Państwo poza obszarem dostępności świadczeń w ramach planu albo sieć planu jest tymczasowo niedostępna.

# **Usługi pomocy językowej Medicare**



## Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (TTY: 711).

### English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-671-0440. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

### Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

### Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

### Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-833-671-0440 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

### Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

### French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

### Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:**

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:**

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:**

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास नःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-833-671-0440 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक नःशुल्क सेवा है।

**Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:**

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-671-0440. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:**

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:**

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:**

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Bengali:**

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে দো-ভাষীর পরামর্শ রয়েছে। কোনও দো-ভাষী পতে, আমাদের 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কউে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরামর্শ।

**Yiddish:**

מיר האבן פריי יבערזעצער בא דינונגס צו ענטפערן אלע פראגן וואס איר קען האבן וועגן אונזער געזונט אדער מעדיצין פלאן. צו באקומען א יבערזעצער, נאר רופן אונז אויף 1-833-671-0440. איינער וואס רעדט יידיש קען דיר העלפן. דאס איז א פריי סערוויס.

**Urdu:**

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

**Greek:**

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνεία, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.

**Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Dział Obsługi Ubezpieczonych**

| Metoda                    | Dział obsługi uczestników - informacje kontaktowe                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (833) 671-0440<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego.<br><br>Dział Obsługi Ubezpieczonych dysponuje także bezpłatnymi usługami tłumaczy ustnych dla osób niemówiących po angielsku.            |
| <b>TTY</b>                | 711<br><br>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedosłyszących lub z zaburzeniami mowy.<br><br>Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Poniedziałek-piątek, 8:00-20:00 czasu lokalnego. |
| <b>FAKS</b>               | (310) 507-6186                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | Senior Whole Health of New York<br>Attn: Member Services<br>15 MetroTech Center, 11th Floor<br>Brooklyn, NY 11201                                                                                                                                      |
| <b>STRONA INTERNETOWA</b> | <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>                                                                                                                                                                                                               |

Program informacyjny, doradztwa i pomocy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) (program SHIP w Nowym Jorku) to program stanowy, który otrzymuje od rządu federalnego środki na udzielanie lokalnie osobom ubezpieczonym w Medicare bezpłatnych porad w sprawie ubezpieczeń zdrowotnych.

| Metoda                    | Informacje kontaktowe                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZADZWOŃ</b>            | (800) 701-0501<br>Od poniedziałku do piątku w godz. 8:30–17:00 czasu lokalnego.                                                                                                                     |
| <b>ADRES POCZTOWY</b>     | New York State Office for the Aging (Biuro ds. osób starszych)<br>2 Empire State Plaza, 5 piętro<br>Albany, New York 12223-1251                                                                     |
| <b>STRONA INTERNETOWA</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> |

**PRA Oświadczenie informacyjne** Zgodnie z ustawą o ograniczaniu dokumentacji z 1995 r. nikt nie ma obowiązku odpowiadać na zbiór informacji, jeśli nie zawiera on prawidłowego numeru kontrolnego OMB. Prawidłowy numer kontrolny OMB dla tego zbioru informacji to 0938-1051. Jeśli masz uwagi lub sugestie dotyczące ulepszenia tego formularza, napisz do nas: CMS, 7500 Security Boulevard, z dopiskiem: PRA informuje urzędnika ds. kontroli, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland