

2025

Справочник участника плана

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

New York H5992-007

Действует с 1 января по 31 декабря 2025 г.

1 января – 31 декабря 2025 г.

Справочник участника плана:

медицинская помощь, обслуживание и лекарства по рецепту — что план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает своим участникам

Здесь приведены подробности страхового покрытия, которое вы получаете с 1 января по 31 декабря 2025 г. по программам Medicare и Medicaid: медицинская помощь, длительное обслуживание, обслуживание на дому и по месту жительства, лекарства по рецепту. **Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

С вопросами об этом документе обращайтесь в наш отдел обслуживания, телефон (833) 671-0440 (TTY: 711). Часы работы: с 1 октября по 31 марта, ежедневно с 8:00 до 20:00 по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября, с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному времени Звонки бесплатные.

План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) вам предлагает Senior Whole Health of New York, Inc. (В этой брошюре слова «мы», «нас» и другие формы этого местоимения означают Senior Whole Health of New York, Inc. Когда мы говорим «план» или «наш план», это значит Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Этот документ доступен бесплатно на испанском, китайском, арабском, корейском, русском, итальянском, французском, французском креольском, польском, тагальском, бенгальском, албанском и греческом языке, а также на идиш и урду.

Этот документ можно бесплатно получить в другом виде, например в переводе на другой язык, в виде аудиозаписи, напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Позвоните по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711). Звонки бесплатные.

Особенности покрытия плана могут измениться 1 января 2026 г.

Фармакологический справочник и сотрудничающие с планом медики, учреждения и аптеки могут меняться в любое время. Если эти изменения коснутся вас, мы вам об этом сообщим. Участников плана, которых затронут эти изменения, мы будем о них извещать не менее чем за 30 дней.

Molina Healthcare предлагает планы C-SNP, D-SNP и HMO по договору с Medicare. По планам D-SNP также заключен договор с программой Medicaid штата. Регистрация в программе зависит от продления договора.

Здесь объясняется, что и как покрывает наш план и какие права есть у участников плана. Справочник поможет вам понять следующее:

- Что вы платите: какие предусмотрены страховые взносы и сколько вам нужно платить за покрываемое обслуживание.
- Какую медицинскую помощь и какие лекарства по рецепту мы покрываем.
- Как подать жалобу, если вы недовольны обслуживанием или лечением.
- Как связаться с нами, когда вам требуется помощь.
- Как еще защищает ваши права закон о программе Medicare.

Содержание**Справочник участника плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) на 2025 г.****Содержание**

ГЛАВА 1:	<i>Информация для новых участников</i>	4
РАЗДЕЛ 1	Введение	5
РАЗДЕЛ 2	Какие требования для участия в плане страхования	7
РАЗДЕЛ 3	Важные материалы, которые мы присылаем участникам плана	9
РАЗДЕЛ 4	Ежемесячный взнос, который нужно платить плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	11
РАЗДЕЛ 5	Подробнее о ежемесячном страховом взносе	14
РАЗДЕЛ 6	Своевременно сообщайте плану о любых изменениях	14
РАЗДЕЛ 7	Как другие страховки сотрудничают с нашим планом	15
ГЛАВА 2:	<i>Важные телефоны. Куда обращаться</i>	17
РАЗДЕЛ 1	Контактная информация плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (как с нами связаться, в том числе с нашим отделом обслуживания)	18
РАЗДЕЛ 2	Программа Medicare (как получить помощь и информацию непосредственно от федеральной программы Medicare)	22
РАЗДЕЛ 3	«Программа штата по содействию участникам программы Medicare» (бесплатная помощь, информация, ответы на вопросы о Medicare)	24
РАЗДЕЛ 4	Организация повышения качества обслуживания	25
РАЗДЕЛ 5	Управление социального обеспечения	25
РАЗДЕЛ 6	Программа Medicaid	26
РАЗДЕЛ 7	Программы, помогающие платить за лекарства по рецепту	29
РАЗДЕЛ 8	Как связаться с Советом по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта	30
РАЗДЕЛ 9	У вас есть коллективная или другая медицинская страховка от работодателя?	31
ГЛАВА 3:	<i>Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания</i>	32
РАЗДЕЛ 1	Что нужно знать о получении страхового покрытия медицинской помощи и другого обслуживания участниками нашего плана	33
РАЗДЕЛ 2	За медицинской помощью и другим обслуживанием следует обращаться к медикам и в учреждения, которые сотрудничают с нашим планом	34
РАЗДЕЛ 3	Как получать помощь в экстренных и неотложных ситуациях и во время стихийных бедствий	38
РАЗДЕЛ 4	Что делать, если вы получили от врача или из медицинского учреждения счет на полную стоимость покрываемой нами помощи/обслуживания?	41
РАЗДЕЛ 5	Какое страховое покрытие вам полагается, когда вы участвуете в клиническом исследовании?	41

Содержание

РАЗДЕЛ 6	Правила получения помощи в «религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных»	43
РАЗДЕЛ 7	Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования	44
ГЛАВА 4:	<i>Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)</i>	46
РАЗДЕЛ 1	Как разобраться в покрываемом нашим планом обслуживании	47
РАЗДЕЛ 2	<i>Таблица покрываемого обслуживания</i> — что мы вам покрываем	47
РАЗДЕЛ 3	Обслуживание, покрываемое помимо плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	104
РАЗДЕЛ 4	Что наш план не покрывает	105
ГЛАВА 5:	<i>Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D</i>	108
РАЗДЕЛ 1	Введение	109
РАЗДЕЛ 2	Получайте лекарства по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке или через действующую в нашем плане службу почтовой доставки лекарств	110
РАЗДЕЛ 3	Ваши лекарства должны быть из принятого в нашем плане «Перечня покрываемых лекарств»	113
РАЗДЕЛ 4	Ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств	114
РАЗДЕЛ 5	Что делать, если для какого-нибудь из ваших лекарств нет такого страхового покрытия, которое вы хотели бы	115
РАЗДЕЛ 6	Что произойдет, если страховое покрытие одного из ваших лекарств изменится	118
РАЗДЕЛ 7	Какие типы лекарств наш план <i>не</i> покрывает	120
РАЗДЕЛ 8	Получение лекарства по рецепту	121
РАЗДЕЛ 9	Страховое покрытие лекарств, покрываемых по программе Part D, в особых ситуациях	121
РАЗДЕЛ 10	Программы по обеспечению безопасности лекарственного лечения и совместимости лекарств	123
РАЗДЕЛ 11	Мы присылаем вам отчеты о платежах, сделанных за лекарства, и о текущем периоде страхового покрытия лекарств	125
ГЛАВА 6:	<i>Как попросить, чтобы мы уплатили по счету, полученному за покрываемую планом медицинскую помощь или за лекарства</i>	127
РАЗДЕЛ 1	В каких ситуациях нужно просить, чтобы мы уплатили за покрываемое обслуживание или лекарства	128
РАЗДЕЛ 2	Как попросить, чтобы мы возместили ваши расходы или оплатили полученный вами счет	130
РАЗДЕЛ 3	Мы рассматриваем вашу просьбу об оплате и отвечаем «нет» или «да»	131

Содержание

ГЛАВА 7:	<i>Ваши права и обязанности</i>	132
РАЗДЕЛ 1	Наш план должен уважать права своих участников и их культурные особенности	133
РАЗДЕЛ 2	Обязанности участника плана	153
ГЛАВА 8:	<i>Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (страховые решения, апелляции, жалобы)</i>	155
РАЗДЕЛ 1	Введение	156
РАЗДЕЛ 2	Где можно получить информацию и содействие	156
РАЗДЕЛ 3	Как подавать претензии и апелляции по программам Medicare и Medicaid в рамках вашего плана	159
РАЗДЕЛ 4	Страховые решения и апелляции	160
РАЗДЕЛ 5	Основные сведения о страховых решениях и апелляциях	160
РАЗДЕЛ 6	Медицинская помощь: как попросить о страховом решении и как подать апелляцию	163
РАЗДЕЛ 7	Лекарства по рецепту, покрываемые по программе Часть D: как попросить о страховом решении и как подать апелляцию	173
РАЗДЕЛ 8	Как попросить нас продлить страховое покрытие стационарного лечения в больнице, если вас выписывают слишком рано	181
РАЗДЕЛ 9	Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинской помощи, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано	186
РАЗДЕЛ 10	Апелляции уровней 3 и выше	189
РАЗДЕЛ 11	Как подавать жалобы на качество помощи, время ожидания, обслуживание и т.д.	192
ГЛАВА 9:	<i>Выход из нашего страхового плана</i>	196
РАЗДЕЛ 1	Введение: выход из нашего плана	197
РАЗДЕЛ 2	Когда вы можете выйти из нашего плана	197
РАЗДЕЛ 3	Как выйти из нашего плана	200
РАЗДЕЛ 4	Пока вы остаетесь участником нашего плана, нужно пользоваться страховым покрытием обслуживания и лекарств по нашему плану	202
РАЗДЕЛ 5	В определенных ситуациях план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) должен исключить вас из числа своих участников	202
ГЛАВА 10:	<i>Юридические уведомления</i>	204
РАЗДЕЛ 1	Уведомление о применимом законодательстве	205
РАЗДЕЛ 2	Уведомление о недопущении дискриминации	205
РАЗДЕЛ 3	Уведомление о праве программы Medicare на суброгацию	205
ГЛАВА 11:	<i>Определения важных терминов</i>	207

ГЛАВА 1:

Информация для новых участников

РАЗДЕЛ 1 Введение

Раздел 1.1	План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) — это специализированный план, действующий по программе Medicare Advantage (план для людей, нуждающихся в особом обслуживании, Special Needs Plan, SNP)
-------------------	---

Вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно.

- **Medicare** — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; людей младше 65 лет, имеющих некоторые виды инвалидности; людей в конечной стадии почечной недостаточности (необратимая потеря функции почек, при которой требуется проведение диализа или пересадка почки).
- **Medicaid** — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинскую помощь и обслуживание. Покрытие по программе Medicaid различается в зависимости от штата и от того, в какого рода программу Medicaid вы включены. Некоторым людям, включенным в программу Medicaid, она помогает платить страховые взносы по программе Medicare и оплачивать другие расходы. Другие получают покрытие дополнительного обслуживания и лекарств, не покрываемых по программе Medicare.

Вы решили, что страховое покрытие медицинской помощи и лекарств по рецепту, которое предоставляется по программам Medicare и Medicaid, вы будете получать по нашему плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Наш план платит за обслуживание, покрываемое по программам Medicare Part A и Part B (части A и B), однако доступность медиков и ваше участие в оплате покрываемого обслуживания отличаются от того, которое предусмотрено в программе Original Medicare (работает без участия страховых планов).

Наш план — это специализированный план, действующий по программе Medicare Advantage. Он предназначен для людей, которым требуется специальное обслуживание (Medicare Special Needs Plan). Участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) может стать тот, кто включен в программы Medicare и Medicaid одновременно.

Поскольку платить за обслуживание и лекарства, покрываемые по программе Medicare Part A и B, вам помогает программа Medicaid, вы, скорее всего, не платите за обслуживание, покрываемое по программе Medicare, ничего (ни безусловные франшизы, ни доплаты, ни доли стоимости обслуживания). Кроме того, программа Medicaid покрывает ряд других видов медицинского обслуживания, например длительное обслуживание на дому и обслуживание по месту жительства (программа Medicare это обычно не покрывает). По программе Medicare вы можете получать также дополнительную помощь (Extra Help): она помогает вам платить за лекарства по рецепту, покрываемые по программе Medicare. План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) занимается координацией всего этого страхового покрытия. Он помогает вам получать медицинскую помощь и положенную вам помощь в оплате лечения.

План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) — это частный страховой план. Подобно всем страховым планам, действующим по программе Medicare Advantage, наш план для людей, которым требуется особое обслуживание (Medicare Special Needs Plan), утвержден программой Medicare. Кроме того, наш план заключил с программой New York Medicaid договор на координацию страхового покрытия по

Глава 1 Информация для новых участников

программе Medicaid. Мы рады тому, что можем предоставлять вам страховое покрытие медицинской помощи и лекарств по программам Medicare и Medicaid.

Страховое покрытие по нашему плану отвечает минимальным требованиям к страховому покрытию (Qualifying Health Coverage, QHC) и требованиям «Закона о защите пациентов и о доступной медицинской помощи» (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Подробности есть на сайте налоговой службы (Internal Revenue Service, IRS): www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Раздел 1.2 О чем этот «Справочник участника плана»?

Этот «Справочник участника плана» (*Evidence of Coverage*, иногда переводится «Объем страховой ответственности») объясняет вам, как получить медицинскую помощь, покрываемую по программам Medicare и Medicaid, лекарства по рецепту и длительное обслуживание на дому и по месту жительства. В Справочнике приведены ваши права и обязанности; говорится о том, что наш план покрывает, а что нет; что платит участник нашего плана и как подать жалобу, если вы недовольны лечением или нашим решением.

Под словами *страховое покрытие* и *покрываемое обслуживание* мы подразумеваем медицинскую помощь, длительное обслуживание на дому и по месту жительства и лекарства по рецепту — все это план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает своим участникам.

Изучите принятые в плане правила и выясните, какое обслуживание мы вам покрываем. Мы советуем потратить некоторое время на изучение этого «Справочника участника плана».

Если вы запутались или у вас есть вопросы, обратитесь в наш отдел обслуживания.

Раздел 1.3 Юридическая информация о «Справочнике участника плана»

«Справочник участника плана» (*Evidence of Coverage*) — это часть нашего с вами договора. В нем говорится о том, как наш план покрывает нужную вам помощь. Этот договор содержит также форму заявки на включение в план, «Перечень покрываемых лекарств» (List of Covered Drugs, или Formulary) и все сообщения, которые вы получаете относительно изменений в страховом покрытии и условий, на него влияющих. Эти сообщения иногда называются «дополнения» или «изменения».

Этот договор действует, пока вы остаетесь участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) с 1 января 2025 г. до 31 декабря 2025 г.

Программа Medicare разрешает нам каждый календарный год вносить изменения в свои страховые планы. Это значит, что после 31 декабря 2025 г. мы можем изменить расценки и бенефиты (покрываемую помощь/обслуживание и объем покрытия) плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Кроме того, с 31 декабря 2025 г. мы можем перестать предлагать этот план в той зоне обслуживания, где вы живете, или предлагать его в других зонах обслуживания.

Плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) каждый год нужно получать у программы Medicare (Центры служб программ Medicare и Medicaid Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) разрешение на свою деятельность. Участник нашего плана получает страховое покрытие по программе Medicare, пока наш план работает и пока программа Medicare разрешает его работу.

РАЗДЕЛ 2 Какие требования для участия в плане страхования

Раздел 2.1 Требования, которым должны отвечать участники плана

Вы можете стать участником нашего плана, если выполняются следующие условия:

- Вы включены в программы Часть А и Часть В Medicare.
- —И— Вы проживаете в нашей зоне обслуживания (сведения о нашей зоне обслуживания см. в разделе 2.3). Люди, находящиеся в тюремном заключении, не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ее пределах.
- —И— Вы гражданин США или находитесь в США на законных основаниях.
- —И— Вы отвечаете особым критериям, которые приведены в этом документе.

Особые критерии

Наш план предназначен для людей, получающих определенное обслуживание, покрываемое по программе Medicaid. (Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая оплачивать медицинское обслуживание некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами.) Чтобы стать участником плана, вы должны быть включены в программу Medicare и в полную программу Medicaid одновременно.

Обратите внимание! Если вы теряете право на участие в нашем плане, но есть достаточное основание полагать, что вы можете восстановить это право в течение 6 месяцев, то можете оставаться участником нашего плана (правила страхового покрытия и ваши расходы в таком периоде «условно продленных прав» объясняются в разделе 2.1 главы 4).

Дополнительные требования к участнику плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

План Senior Whole Health of New York NHC — это план для людей, которые включены в программы Medicare и Medicaid и которым требуется координация медицинского обслуживания, для того чтобы жить у себя дома и в привычном обществе. Участие в этом плане добровольное. Участник плана должен отвечать определенным медицинским критериям. Также может требоваться предварительное разрешение от плана на покрытие услуг.

Стать участником плана Senior Whole health of New York NHC можно, если вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно и отвечаете следующим критериям:

1. Во время включения в план вы по медицинским показаниям имеете право на уровень обслуживания, который обычно предоставляется в центре сестринского ухода (nursing home).
2. Во время включения в план вы можете вести самостоятельную жизнь или вернуться к себе домой или оставаться у себя дома, не создавая опасности для себя и своего здоровья.

Глава 1 Информация для новых участников

3. По результатам обследования вам после включения в план потребуется не менее 120 дней координации обслуживания и не менее одного из следующих видов долгосрочного ухода по месту жительства:
 - a. Помощь патронажной медсестры.
 - b. Помощь специалиста среднего звена (лечебная физкультура, восстановление двигательных навыков, речевая терапия и т.п.) на дому.
 - c. Медицинская сиделка на дому.
 - d. Услуги персонального ухода на дому.
 - e. Помощь в медицинском центре дневного пребывания для взрослых.
 - f. Услуги персональных медицинских сестер.
 - g. Уход на дому под управлением получателя помощи.
4. Нужно, чтобы управление программы Medicaid при Управлении трудовых ресурсов или отделе социальных служб города New York (New York City Human Resources Administration Medicaid office, HRA) или местный отдел социальных служб (Local Department of Social Services, LDSS) признал ваше право на страховое покрытие по программе Medicaid.

Раздел 2.2	Что такое программа Medicaid
-------------------	-------------------------------------

Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинскую помощь и длительное обслуживание. Каждый штат самостоятельно решает, что считать доходом и средствами, кто имеет право на программу, какие виды обслуживания программа покрывает и сколько участник программы платит за обслуживание. Кроме того, в рамках федеральных правил штаты могут сами решать, каким образом программа будет работать.

Наконец, по программе Medicaid действуют некоторые программы, помогающие участникам программы Medicare платить связанные с этой программой расходы, например ежемесячные страховые взносы по программе Medicare. Эти программы финансовой помощи участникам программы Medicare (Medicare Savings Programs) помогают людям с ограниченным доходом экономить деньги:

- **Полное покрытие для людей, включенных в программы Medicaid и Medicare (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Полное покрытие по программе Medicaid имеют те, кто включен в программу Medicare и отвечает определенным требованиям к доходам и средствам. Это покрытие предоставляется программами QMB+ или SLMB+. Тем не менее, даже если вы не отвечаете требованиям к финансовой ситуации, вы можете иметь полное покрытие по программе Medicaid. Это определяется вашим статусом или принадлежностью к группам лиц, имеющих право на такое покрытие в случае недостатка средств на медицинскую помощь (Medically Needy); кроме того, предельный уровень дохода меняется в случае людей, проживающих в медицинском учреждении; наконец, существуют альтернативные требования в случае ухода на дому или по месту жительства.
- **Для некоторых участников программы Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB +):** Помогает платить страховые взносы по программам Medicare Part A и Part B и делать другие платежи (безусловная франшиза, доплаты, доли вашего участия в оплате лечения т. п.). Эти люди тоже имеют право на полное покрытие по программе Medicaid.

Раздел 2.3 Зона обслуживания плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) может стать только человек, проживающий в зоне обслуживания плана. Чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны проживать в нашей зоне обслуживания. Нашу зону обслуживания определена ниже.

Наша зона обслуживания охватывает следующие округа штата New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland и Westchester.

Если вы собираетесь переехать в другой штат, вам следует обратиться в управление программы Medicaid вашего штата и спросить, как этот переезд отразится на страховке по программе Medicaid. Телефоны программы Medicaid см. в разделе 6 главы 2 этого Справочника.

Если вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания, то не можете оставаться участником нашего плана. Мы можем вам сообщить, есть ли у нас план, действующий по вашему новому месту жительства. Для этого позвоните в наш отдел обслуживания. После того как вы поменяете место жительства, у вас начнется специальный период включения в специальный период включения в страховые планы (Special Enrollment Period). За это время вы можете перейти в программу Original Medicare (действует без участия планов) или стать участником медицинского и/или фармацевтического плана, действующего по программе Medicare там, куда вы переехали.

Если вы переезжаете или меняете свой почтовый адрес, обязательно сообщите об этом также в «Управление социального обеспечения» (Social Security). Номера телефонов и другую контактную информацию «Управления социального обеспечения» (Social Security) см. в этом справочнике, глава 2, раздел 5.

Раздел 2.4 Граждане США и лица, проживающие в США на законном основании

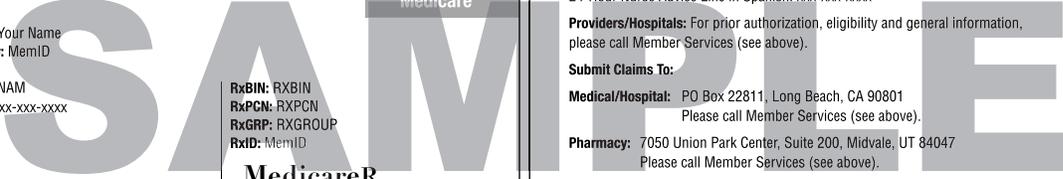
Участниками плана, действующего по программе Medicare, могут быть только граждане США и лица, проживающие в США на законных основаниях. Если выяснится, что вы не отвечаете этому требованию, нам об этом сообщат Центры служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services). В определенных ситуациях план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) должен исключить вас из числа своих участников.

РАЗДЕЛ 3 Важные материалы, которые мы присылаем участникам плана

Раздел 3.1 Карточка участника плана

Пока вы остаетесь участником нашего плана, вам нужно использовать свою карточку участника плана, получая покрываемую помощь, обслуживание и лекарства по рецепту (в аптеке, сотрудничающей с планом). Кроме того, в этих случаях нужно предъявлять карточку участника программы Medicaid. Вот как выглядит карточка участника нашего плана:

Глава 1 Информация для новых участников

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

Пока вы остаетесь участником нашего плана, НЕ используйте свою красно-бело-синюю карточку участника программы Medicare, получая покрываемую медицинскую помощь. Если вы используете свою карточку участника программы Medicare вместо карточки участника плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), вам, возможно, придется полностью оплатить полученную медицинскую помощь. Храните свою карточку участника программы Medicare. Вас могут попросить, чтобы вы ее предъявили в больнице, при получении хосписного обслуживания или при участии в клиническом исследовании, утвержденном программой Medicare.

Если ваша карточка участника плана повреждена, если вы ее потеряли или у вас ее украли, позвоните в наш отдел обслуживания. Мы пришлем вам новую карточку.

Раздел 3.2 Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек

В *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек* SWHNY.com приведены сотрудничающие с нами медики, учреждения и продавцы медицинского оборудования.

Медики и учреждения, сотрудничающие с нашим планом, — это врачи и другие медики, медицинские группы, больницы и другие медицинские учреждения. У этих медиков и учреждений есть с нашим планом договор, по которому нашу и вашу часть в оплате обслуживания они принимают как полную оплату своего труда.

Аптеки, сотрудничающие с нашим планом, согласились выдавать лекарства по рецепту участникам нашего плана. Найти аптеку, которая сотрудничает с нашим планом, можно в нашем *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек*. В главе 5, раздел 2.5, объясняется, в каких случаях можно пользоваться аптекой, которая с нашим планом не сотрудничает.

За медицинской помощью и обслуживанием вам нужно обращаться к медикам и в учреждения, которые сотрудничают с нашим планом. Если вы, не получив разрешения от нашего плана, обращаетесь к медикам или в учреждения, которые с нами не сотрудничают, то полностью оплачиваете полученную помощь / обслуживание. Исключения возможны только в следующих случаях: экстренная помощь или неотложная помощь в ситуациях, когда невозможно обратиться в сотрудничающие с планом учреждения, диализ за пределами нашей зоны обслуживания и случаи, когда план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) разрешил обращаться к медикам/в учреждения, которые с ним не сотрудничают.

Самый последний перечень медиков, учреждений, аптек и поставщиков есть на нашем сайте SWHNY.com.

Глава 1 Информация для новых участников

Если у вас нет *Каталога поставщиков медицинских услуг и аптек*, попросите Отдел обслуживания участников прислать вам электронный файл или бумажный экземпляр. По вашему запросу бумажную версию Указателя вам вышлют по почте в течение трех рабочих дней.

Раздел 3.3 Список покрываемых планом лекарственных препаратов (Фармакологический справочник)

В нашем плане предусмотрен *Перечень покрываемых лекарств (List of Covered Drugs, или Formulary)*. Краткое название — «Перечень лекарств» (иногда переводится «Список препаратов»). В нем приведены лекарства по рецепту, которые план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает по программе Part D. Составлять этот перечень плану помогала группа врачей и фармацевтов. Перечень должен отвечать требованиям, установленным программой Medicare. Программа Medicare утвердила «Перечень покрываемых лекарств», принятый в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Из Перечня можно узнать, существуют ли какие-то правила, ограничивающие страховое покрытие нужных вам лекарств.

Экземпляр Перечня мы вам пришлем. Самые полные и последние сведения о том, какие лекарства мы покрываем, можно найти на нашем сайте (SWHNY.com) или узнать в нашем отделе обслуживания.

РАЗДЕЛ 4 Ежемесячный взнос, который нужно платить плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Ваши расходы могут включать следующее:

- Страховой взнос по нашему плану (Раздел 4.1)
- Ежемесячный страховой взнос по программе Part B (часть B) Medicare (Раздел 4.2)
- Штраф за позднее получение страховки на лекарства, покрываемые по программе Part D (часть D) (Раздел 4.4)
- Корректировка ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода (Раздел 4.5)

Раздел 4.1 Страховой взнос по нашему плану

Отдельный ежемесячный страховой взнос за участие в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) вы не платите.

Раздел 4.2 Ежемесячный страховой взнос по части Part B программы Medicare**Многие участники нашего плана должны платить страховые взносы по программе Medicare**

Некоторые участники нашего плана должны платить страховые взносы по программе Medicare. В разделе 2 (см. выше) объясняется, что для того чтобы вы смогли стать участником нашего плана, вам нужно быть участником программ Medicaid, Medicare Part B и Medicare Part A. За большинство участников плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) программа Medicaid платит страховые взносы по программе Part A (если вы не получили на нее право автоматически) и программе Part B.

Если программа Medicaid не платит за вас страховые взносы по программе Medicare, то для того чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны платить их сами. Это относится к страховым взносам по программе Part B и к взносам по программе Part A в случае, если вы не имеете права на бесплатную программу Part A.

Раздел 4.3	Штраф за позднее получение страховки на лекарства, покрываемые по программе Part D
-------------------	---

Пока вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно, штраф за позднее включение в страховку, покрывающую лекарства по рецепту по программе Часть D, вам платить не нужно, но если вы теряете право на включение в обе указанные программы, вам, возможно, придется оплатить такой штраф. Штраф за позднее включение может быть назначен, если после окончания периода первичной регистрации в планах, действующих по программе Medicare, вы в течение не менее 63 дней подряд либо не имели страховки с покрытием рецептурных лекарств по программе Часть D, либо не имели другой учитываемой страховки на лекарства по рецепту. Этот штраф добавляется к страховому взносу по страховке, покрывающей лекарства по программе Часть D. «Учитываемая страховка на лекарства по рецепту» (Creditable prescription drug coverage) — это страховка, которая отвечает требованиям программы Medicare, то есть в среднем платит за лекарства не меньше, чем стандартная страховка на лекарства по программе Medicare. Размер штрафа зависит от того, сколько времени у вас не было страховки на лекарства, действующей по программе Часть D, или другой учитываемой страховки. Этот штраф будет вам начисляться всегда, пока у вас есть страховка по программе Часть D.

Платить его **не нужно** в следующих случаях:

- Если по программе Medicare вы получаете Extra Help (Дополнительную помощь) для оплаты рецептурных препаратов.
- Учитываемой страховки на лекарства у вас не было менее 63 дней подряд.
- У вас была другая учитываемая страховка на лекарства, например предоставленная бывшим работодателем, профсоюзом, программой TRICARE или Управлением по медицинскому обслуживанию ветеранов (Veterans Health Administration, VA). Ваш страховщик или отдел кадров каждый год сообщает вам, считается ли ваша страховка на лекарства учитываемой. Эти сведения вам могут прислать письмом или в составе информационного бюллетеня вашего плана. Храните эти документы: они могут вам понадобиться в будущем, при включении в фармацевтический план по программе Medicare.
 - **Примечание.** В полученном вами письме должно быть написано, что у вас «учитываемая» (creditable) страховка на лекарства, т. е. которая платит за лекарства не меньше, чем стандартный фармацевтический план, действующий по программе Medicare.
 - **Примечание.** Следующее покрытие лекарств по рецепту *не* учитывается: дисконтные карты на лекарства по рецепту; бесплатные клиники; сайты, продающие лекарства со скидками.

Глава 1 Информация для новых участников

Размер штрафа устанавливает программа Medicare. Вот как это делается:

- Вначале рассчитывается, на сколько полных месяцев вы задержались с регистрацией в фармацевтическом плане Medicare, после того как получили право стать его участником. Иногда программа рассчитывает, сколько полных месяцев у вас не было учитываемой (creditable) фармацевтической страховки, если перерыв составил не менее 63 дней. За каждый месяц без учитываемой страховки штраф увеличивается на 1%. Например, если у вас не было страховки в течение 14 месяцев, штраф составит 14%.
- Затем программа Medicare определяет, сколько в предшествующем году составлял ежемесячный страховой взнос по фармацевтическими планами, действующим по программе Medicare. В 2025 г. средний взнос составил \$36,78.
- Для того чтобы узнать размер штрафа, умножьте процент штрафа на среднюю стоимость страховки за месяц и округлите полученное значение до ближайших 10 центов. В приведенном примере это будет 14% от \$36,78, то есть \$5,15. Округляем и получаем \$5,20. Эта сумма будет добавлена к **ежемесячному страховому взносу по страховке на рецептурные лекарства, действующей по программе Часть D.**

Когда речь идет о штрафе за позднее включение в фармацевтический план, покрывающий лекарства по программе Часть D, нужно понимать три важные вещи:

- Во-первых, **штраф может меняться каждый год.** Это связано с изменением среднего ежемесячного страхового взноса.
- Во-вторых, **вы платите штраф все время,** то есть ежемесячно, пока остаетесь участником плана, покрывающего лекарства по программе Часть D. Штраф нужно платить, даже если вы поменяли план.
- В-третьих, если вы младше 65 лет и в настоящее время получаете страховое покрытие по программе Medicare, ваш нынешний штраф будет аннулирован, когда вам исполнится 65 лет. После того как вам исполнится 65 лет, ваш штраф за позднее включение в план, покрывающий лекарства по программе Часть D, будет определяться только числом месяцев, которые вы прожили без страховки после окончания того периода первичной регистрации в плане Medicare, который предусмотрен для пожилых людей.

Если вы не согласны с назначенным вам штрафом, вы или ваш представитель можете попросить, чтобы ваше дело было пересмотрено. Обычно это нужно делать **не позднее чем через 60 дней** со дня, которым датировано письмо, сообщающее о назначенном вам штрафе за позднее включение в план. Однако если вы уже платите штраф до включения в наш план, у вас, возможно, не будет другой возможности попросить о пересмотре этого штрафа.

Раздел 4.4 **Корректировка ежемесячных взносов на основании уровня дохода**

Некоторым участникам плана нужно платить за страховку на лекарства по программе Part D дополнительную сумму. Она называется корректировкой ежемесячных взносов на основании уровня дохода (Part D Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Корректировка производится на основании скорректированного общего дохода (modified adjusted gross income, MAGI), указанного в налоговой декларации два года назад. Если такая корректировка нужна, платить нужно стандартный страховой взнос и дополнительно сумму IRMAA. Подробнее по этому вопросу см. на сайте <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Глава 1 Информация для новых участников

Если вам нужно платить дополнительную сумму, «Управление социального обеспечения» (Social Security) (не ваш план, действующий по программе Medicare), пришлет вам письмо, сообщающее о том, сколько вы должны платить дополнительно. Эта дополнительная сумма может удерживаться из чеков, которые вы получаете от «Управления социального обеспечения» (Social Security), «Совета по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта» (Railroad Retirement Board) или из «Управления кадровой службы» (Office of Personnel Management), если сумма по такому чеку достаточна для уплаты этой дополнительной суммы. Такие вычеты делаются независимо от того, как вы обычно платите за страховку. Если сумм по таким чекам недостаточно, вы будете получать счета от программы Medicare. **Эту дополнительную сумму вы должны платить государству. Ее нельзя платить вместе со стандартными ежемесячными страховыми взносами. Если платить эту сумму вы не будете, вас исключат из нашего плана и вы потеряете страховое покрытие на лекарства по рецепту.**

Если вы не согласны платить дополнительную сумму, назначенную вам по причине высокого дохода, то можете попросить, чтобы «Управление социального обеспечения» (Social Security) пересмотрело это решение. С вопросами о том, как это сделать, обращайтесь в «Управление социального обеспечения», телефон 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

РАЗДЕЛ 5 Подробнее о ежемесячном страховом взносе

Раздел 5.1 Можем ли мы менять размер ежемесячного страхового взноса в течение года

Нет. Менять размер ежемесячного страхового взноса в течение года мы не можем. Если размер взноса изменится в следующем году, мы сообщим вам об этом в сентябре, а изменения вступят в силу 1 января.

Тем не менее в некоторых случаях вы можете перестать платить штраф за позднее включение в план, покрывающий лекарства по рецепту. Или же может понадобиться начать платить этот штраф. Это может произойти, если в течение года вы получите или потеряете право на программу «Дополнительной помощи» (Extra Help). Ниже приведены примеры таких ситуаций.

- Вы платите штраф за позднее включение в фармацевтический план, но в течение года получаете право на программу Extra Help. В этом случае вы перестаете платить штраф.
- Вы теряете право на дополнительную помощь (Extra Help). В этом случае вам, возможно, придется начать платить штраф за позднее включение в фармацевтический план, если вы провели не менее 63 дней подряд без страховки, покрывающей лекарства по рецепту по программе Part D, или другой учитываемой (creditable) страховки на лекарства.

О программе «Дополнительной помощи» (Extra Help) см. в этом справочнике, глава 2, раздел 7.

РАЗДЕЛ 6 Своевременно сообщайте плану о любых изменениях

Ваше дело участника плана включает сведения, взятые из формы заявки на включение в план, в том числе ваш адрес, номер телефона, предоставляемое вам страховое покрытие и имя вашего основного врача (Primary Care Provider, PCP).

Глава 1 Информация для новых участников

Врачам, больницам, аптекам другим медикам и учреждениям, сотрудничающим с нашим планом, нужно иметь о вас точные сведения. **Имеющиеся у нас сведения им нужны для того, чтобы знать, какие виды помощи и какие лекарства покрывает страховка и сколько платите вы.** Вот почему очень важно, чтобы вы своевременно сообщали нам о приведенных ниже изменениях.

Сообщайте нам о следующем:

- Если изменились ваше имя (фамилия), адрес или телефон.
- Если произошли изменения, касающиеся любой другой вашей медицинской страховки (например, страховка, предоставляемая вашим работодателем или работодателем супруга, страховка для пострадавших на рабочем месте (workers' compensation), страховка по программе Medicaid).
- Любые страховые требования по страхованию ответственности, например, в результате автомобильной аварии.
- Если вы были приняты в центр сестринского ухода.
- Если вы получаете помощь в отделении экстренной помощи или в больнице, расположенной за пределами нашей зоны обслуживания или не сотрудничающей с нами.
- Если отвечающее за вас лицо (например, ухаживающий за вами человек) поменялось.
- Если вы участвуете в клиническом исследовании (**Примечание:** вы не обязаны сообщать нам о клиническом исследовании, в котором собираетесь участвовать, но мы настоятельно рекомендуем вам это делать.)

Если указанные выше сведения изменились, сообщите нам об этом: позвоните в наш отдел обслуживания. Участник плана может создать свою учетную запись на портале My Senior Whole Health. Это позволяет через Интернет менять своего врача, редактировать контактную информацию, запрашивать новую идентификационную карточку участника плана, получать напоминания о необходимой вам помощи и смотреть историю обслуживания. Для того чтобы создать свою учетную запись на портале My Senior Whole Health или ею пользоваться, посетите сайт <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY>.

Кроме того, при переезде или изменении почтового адреса обязательно сообщайте об этом с «Управлением социального обеспечения» (Social Security). Номера телефонов и другую контактную информацию «Управления социального обеспечения» (Social Security) см. в этом справочнике, глава 2, раздел 5.

РАЗДЕЛ 7 Как другие страховки сотрудничают с нашим планом

Другие страховки

Программа Medicare требует, чтобы мы узнавали у вас обо всех ваших медицинских и фармацевтических страховках. Эти сведения нам нужны для того, чтобы координировать наше страховое покрытие с работой других страховок. Это называется **координация бенефитов (coordination of benefits, COB)**.

Раз в год мы присылаем вам письмо с перечнем ваших медицинских и фармацевтических страховок, о которых нам известно. Читайте эти письма внимательно. Если приведенные в письме сведения правильные, делать ничего не нужно. Если сведения не верны или если у вас есть страховка, отсутствующая в списке, позвоните в наш отдел обслуживания. Вам может понадобиться сообщить другим своим страховщикам свой идентификационный номер участника нашего плана (вначале убедитесь, что они те, за кого себя выдают). Это позволит им вовремя и правильно оплачивать ваши счета.

Глава 1 Информация для новых участников

Если у вас есть еще какая-нибудь страховка (например, коллективная страховка, предоставленная работодателем), то решение о том, какой план платит первым, принимается на основании правил, установленных программой Medicare. Страховка, которая платит первой, называется «первичный плательщик» и платит в объеме своей страховой ответственности. Та, которая платит второй, называется «вторичный плательщик»; она платит, только если первичный плательщик не выплатил всю сумму. Вторичный плательщик может выплатить не всю оставшуюся сумму. Если у вас есть еще одна страховка, сообщайте об этом в больнице, врачу и в аптеке.

В случае коллективной страховки, предоставленной работодателем или профсоюзом, действуют следующие правила:

- Вы получили страховку как пенсионер. — Первой платит программа Medicare.
- У вас коллективная страховка, предоставленная вашим работодателем или работодателем работающего члена семьи. — Решение о том, какой план платит первым, принимается с учетом вашего возраста, размера компании и того, получили ли вы программу Medicare по возрасту, в связи с инвалидностью или потому что у вас конечная стадия почечной недостаточности (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Вы инвалид младше 65 лет; кроме того, вы или член вашей семьи все еще работаете. — Ваш коллективный страховой план платит первым, если в компании работодателя заняты не менее 100 человек или если хотя бы у одного работодателя, предоставляющего рассчитанный на многих работодателей план, работает не менее 100 человек.
 - Вы старше 65 лет; вы или ваш супруг по-прежнему работаете. — Ваш коллективный страховой план платит первым, если в компании работодателя заняты не менее 20 человек или если хотя бы у одного работодателя, предоставляющего план, рассчитанный на нескольких работодателей, работает не менее 20 человек.
- Вы включены в программу Medicare, потому что у вас конечная стадия почечной недостаточности (ESRD). — Ваш коллективный страховой план платит первым первые 30 месяцев с того дня, когда вы получили право на программу Medicare.

Следующие страховки за покрываемые ими страховые случаи обычно платят первыми:

- Страхование «без вины» (включая страховку на автомобиль).
- Страхование ответственности (включая страховку на автомобиль).
- Страхование шахтеров от антракоза (Black lung benefits).
- Компенсация пострадавшим на рабочем месте (Workers' compensation).

За обслуживание, покрываемое программой Medicare, программы Medicaid и TRICARE не платят первыми никогда. Они платят только после программы Medicare и/или коллективного страхового плана, предоставленного работодателем.

ГЛАВА 2:

Важные телефоны. Куда обращаться.

РАЗДЕЛ 1 Контактная информация плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (как с нами связаться, в том числе с нашим отделом обслуживания)

Как связаться с нашим отделом обслуживания

С вопросами о страховых требованиях, счетах или карточке участника плана обращайтесь по телефону или письменно в отдел обслуживания участников плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Мы будем рады вам помочь.

Как связаться	Отдел обслуживания участников — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(833) 671-0440 Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени. Отдел обслуживания участников также предоставляет бесплатные услуги переводчика людям, которые не говорят по-английски.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
ФАКС	(310) 507-6186
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
ВЕБ-САЙТ	SWHNY.com

Как связаться с нами, чтобы получить наше решение о покрытии по поводу рецептурных лекарств, покрываемых по программе Часть D, или подать апелляцию на наше решение.

Страховое решение — это решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за полученное вами медицинское обслуживание или лекарство по рецепту, покрываемое по программе Часть D. Апелляция — это способ официально попросить нас пересмотреть и изменить принятое страховое решение. Подробнее о том, как попросить, чтобы мы приняли решение о страховом покрытии медицинской помощи или лекарства, покрываемого по программе Часть D, или как подать апелляцию на наше решение, см. в главе 8 («Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (страховые решения, апелляции, жалобы)»).

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

Как связаться	Решения о страховом покрытии медицинской помощи — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(833) 671-0440 Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
ФАКС	Высокотехнологичная лучевая диагностика: (877) 731-7218; Трансплантация (877) 813-1206; Амбулаторное лечение физических /психических нарушений (844) 251-1450; Лечение в стационаре (844) 834-2152; Рецепты на лекарства / коды лекарств (J-codes) (866) 290-1309.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Senior Whole Health of New York Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
ВЕБ-САЙТ	SWHNY.com

Как связаться	Апелляции по поводу медицинской помощи — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(833) 671-0440 Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
ФАКС	(562) 499-0610
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

Как связаться	Апелляции по поводу медицинской помощи — контактная информация
ВЕБ-САЙТ	SWHNY.com

Как связаться	Страховые решения и апелляции по поводу лекарств, покрываемых по программе Часть D — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(800) 665-3086 Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
ФАКС	(866) 290-1309
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
ВЕБ-САЙТ	SWHNY.com

Как связаться с нами, если вы подаете жалобу по поводу медицинской помощи или лекарств по рецепту, покрываемых по программе Часть D

Вы можете подать жалобу на нас или на сотрудничающего с нами поставщика услуг (учреждение, аптеку), в частности, на качество полученной вами помощи. Такая жалоба не имеет отношения к страховому покрытию и к разногласиям по поводу оплаты медицинской помощи / лекарства. Подробнее о том, как подать жалобу, см. в главе 8 («Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (страховые решения, апелляции, жалобы)»).

Как связаться	Жалобы по поводу медицинской помощи или лекарств по рецепту, покрываемых по программе Часть D — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(833) 671-0440 Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

Как связаться	Жалобы по поводу медицинской помощи или лекарств по рецепту, покрываемых по программе Часть D — контактная информация
	Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
ФАКС	(562) 499-0610
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
ВЕБ-САЙТ ПРОГРАММЫ MEDICARE	Жалобу на план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) можно подать непосредственно в Medicare. Подать жалобу в Medicare через Интернет можно на странице www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Куда направлять запрос о том, чтобы мы оплатили уже полученные медицинские услуги или лекарства.

Если вы получили счет (например, от врача) или сами оплатили помощь, но думаете, что платить должен наш план, можете попросить нас возместить ваши расходы или уплатить по счету. См. главу 6 (*Как попросить, чтобы мы оплатили счет, полученный за покрываемую планом медицинскую помощь или лекарства*).

Обратите внимание: Если вы попросите нас оплатить счет, а мы отклоним какую-либо часть вашей просьбы, вы можете обжаловать наше решение. Подробнее см. в главе 8 (*«Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (страховые решения, апелляции, жалобы)»*).

Как связаться	Просьба об оплате покрываемой медицинской помощи — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(833) 671-0440 Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
ФАКС	(310) 507-6186

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

Как связаться	Просьба об оплате покрываемой медицинской помощи — контактная информация
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
ВЕБ-САЙТ	SWHNY.com

Как связаться	Просьбы оплатить лекарства, покрываемые по программе Часть D — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(833) 671-0440 Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.
ФАКС	(866) 290-1309
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
ВЕБ-САЙТ	SWHNY.com

РАЗДЕЛ 2 Программа Medicare (как получить помощь и информацию непосредственно от федеральной программы Medicare)

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; людей младше 65 лет, имеющих некоторые виды инвалидности; людей в последней стадии почечной недостаточности (необратимая потеря функции почек, при которой требуется проведение диализа или пересадка почки).

Работой программы Medicare руководит федеральное агентство «Центры служб программ Medicare и Medicaid» (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). У этого агентства заключены договоры с организациями, действующими по программе Medicare Advantage и в том числе с нами.

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

Как связаться	Программа Medicare — контактная информация
ТЕЛЕФОН	<p>1-800-MEDICARE, или 1-800-633-4227</p> <p>Звонки бесплатные.</p> <p>Линия работает круглосуточно и без выходных.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей, страдающих нарушениями слуха или речи.</p> <p>Звонки бесплатные.</p>
САЙТ	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Это официальный сайт программы Medicare. Он содержит последнюю информацию о программе Medicare и о ее текущей деятельности. Кроме того, здесь вы найдете сведения о больницах; центрах сестринского ухода; врачах; агентствах, предоставляющих помощь на дому; и о диализных центрах. На сайте есть материалы, которые можно распечатать со своего компьютера. Там же вы найдете контактную информацию программы Medicare для вашего штата.</p> <p>Кроме того, сайт программы Medicare содержит подробную информацию о ваших правах на эту программу и о вариантах включения в программу Medicare. Для того чтобы выяснить свои права и возможности, воспользуйтесь следующими инструментами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определение прав на программу Medicare (Medicare Eligibility Tool): Позволяет узнать, можете ли вы стать участником программы Medicare. • Поиск планов по программе Medicare (Medicare Plan Finder): Позволяет найти сведения о действующих по месту вашего жительства медицинских и фармацевтических планах по программе Medicare и о частных планах, предоставляющих дополнительное к программе Medicare страхование (Medigap, или Medicare Supplement Insurance). Этот инструмент позволяет вам <i>оценить</i> свои собственные расходы в зависимости от выбранного плана, действующего по программе Medicare. <p>Кроме того, через сайт программы Medicare можно пожаловаться на план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщите программе Medicare о своей жалобе. Жалобу на план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) можно подать непосредственно в программу Medicare. Для того чтобы подать жалобу в программу Medicare, воспользуйтесь сайтом www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам. Сообщенные вами сведения используются для повышения качества работы программы. <p>Если у вас нет компьютера, воспользуйтесь библиотечным компьютером или компьютером, установленным в вашем социальном центре для престарелых. Кроме того, вы можете позвонить в программу Medicare и сказать, какая информация вам</p>

Как связаться Программа Medicare — контактная информация

нужна. Сотрудники программы найдут на сайте нужную вам информацию, распечатают ее и пришлют обычной почтой. (Телефон программы Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY: 1-877-486-2048); линия работает круглосуточно и без выходных.)

РАЗДЕЛ 3 «Программа штата по содействию участникам программы Medicare» (бесплатная помощь, информация, ответы на вопросы о Medicare)

Программа штата по содействию участникам программы Medicare (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) — это государственная программа, в которой работают опытные консультанты. Такая программа есть в каждом штате. В штате Нью-Йорк программа SHIP называется «Программой консультирования, информирования и содействия участникам медицинских страховых планов» (Health Insurance Information, Counseling, and Assistance Program, HICAP).

Программа HICAP никак не связана ни с какими страховыми компаниями и планами. Это программа штата, получающая федеральное финансирование. Ее сотрудники бесплатно консультируют людей, имеющих программу Medicare, по вопросам медицинского страхования.

Они объяснят вам, какие у участника программы Medicare есть права, помогут подать жалобу на медицинскую помощь или лечение, окажут содействие в разрешении затруднений с оплатой счетов по программе Medicare. Консультанты из программы Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) могут, кроме того, помочь в вопросах, возникших в связи с программой Medicare, помочь выбрать страховой план, действующий по программе Medicare, и ответить на вопросы об изменении плана.

КАК СВЯЗАТЬСЯ С ПРОГРАММОЙ SHIP СВОЕГО ШТАТА:

- Зайдите на сайт <https://www.shiphelp.org> (Нажмите на кнопку SHIP LOCATOR посередине страницы)
 - Из выпадающего списка выберите свой **ШТАТ**. Вы будете перенаправлены на страницу с номерами телефонов программы вашего штата.

Как связаться Программа Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) (программа SHIP в штате Нью-Йорк) – контактная информация**ТЕЛЕФОН** (800) 701-0501**ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** New York State
Office for the Aging
2 Empire State Plaza
Albany, New York 12223-1251

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

Как связаться	Программа Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (НИСАР) (программа SHIP в штате Нью-Йорк) – контактная информация
САЙТ	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания

Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) есть в каждом штате. Она помогает людям, включенным в программу Medicare. В штате New York организация повышения качества обслуживания называется Livanta.

Организация повышения качества обслуживания представляет собой группу врачей и других медиков. Работу этой организации оплачивает программа Medicare. Задача организации состоит в контроле и повышении качества медицинской помощи людям, имеющим программу Medicare. Программа Livanta — это независимая организация. Она не связана с нашим планом.

В организацию Livanta обращайтесь в следующих случаях:

- Вы хотите пожаловаться на качество полученной помощи.
- Вы считаете, что страховое покрытие пребывания в больнице заканчивается слишком скоро.
- Вы считаете, что страховое покрытие медицинского обслуживания на дому, обслуживания в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается слишком скоро.

Как связаться	Livanta (организация повышения качества обслуживания в штате New York) — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(866) 815-5440 С понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 по местному времени. На выходных и по праздникам: с 10:00 до 16:00 по местному времени.
ТТУ	711. Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ВЕБ-САЙТ	https://www.livantaqio.com/

РАЗДЕЛ 5 Управление социального обеспечения

«Управление социального обеспечения» (Social Security) отвечает за определение ваших прав на программу Medicare и за включение вас в эту программу. Право на страховку по программе Medicare имеют отвечающие

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

определенным требованиям граждане США и те, кто на проживает в США законных основаниях, которым уже исполнилось 65 лет или те, у которых есть определенные виды инвалидности, или же те, у которых последняя стадия почечной недостаточности. Если вы уже получаете чеки от «Управления социального обеспечения», вы будете включены в программу Medicare автоматически. Если вы эти чеки не получаете, вам нужно подать заявку на включение в программу Medicare. Для того чтобы подать заявку, позвоните в «Управление социального обеспечения» или зайдите в его местное отделение.

Кроме того, «Управление социального обеспечения» решает, у кого из участников программы Medicare доходы достаточно велики для того, чтобы платить за страховку на лекарства по программе Part D больше обычного. Если «Управление социального обеспечения» прислало вам письмо, где сказано, что вы должны платить больше; если у вас есть вопросы о повышенной оплате или если в вашей жизни произошли серьезные изменения, из-за которых ваш доход уменьшился, позвоните в «Управление социального обеспечения» и попросите пересмотреть принятое решение.

Обязательно сообщайте в «Управление социального обеспечения» о переезде или изменении почтового адреса.

Как связаться	«Управление социального обеспечения» — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-800-772-1213 Звонки бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 19:00. Кроме того, круглосуточно работает автоматическая телефонная служба «Управления социального обеспечения». Она позволяет вам прослушать записанную информацию и совершить некоторые действия.
ТТУ	1-800-325-0778 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 19:00.
САЙТ	www.ssa.gov

РАЗДЕЛ 6 Программа Medicaid

Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинскую помощь и длительное обслуживание. Каждый штат самостоятельно решает, что считать доходом, кто имеет право на программу, какие виды обслуживания программа покрывает и сколько стоит обслуживание. Кроме того, в рамках федеральных правил штаты могут сами решать, каким образом программа будет работать.

Medicaid также предлагает некоторые программы, помогающие участникам программы Medicare платить связанные с ней расходы, например ежемесячные страховые взносы по программе Medicare. Эти программы

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

финансовой помощи участникам программы Medicare (Medicare Savings Programs) помогают людям с ограниченным доходом экономить деньги:

- **Для обладателей полного покрытия в рамках программ Medicaid и Medicare (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Лица, включенные в программу Medicare, но не соответствующие требованиям к доходам или средствам для программ QMB+ или SLMB+, тем не менее могут получать полное покрытие по программе Medicaid, если принадлежат к определенным категориям или группам, имеющим право на такое покрытие из-за недостатка средств на медицинскую помощь (Medically Needy), а также на основании особого уровня доходов в случае проживания в медицинском учреждении или пользования альтернативной программой ухода на дому или по месту жительства.
- **Для некоторых участников программы Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+):** Помогает платить страховые взносы по программам Часть А и Часть В Medicare и другие совместные выплаты (безусловная франшиза, доплаты, самостоятельная оплата доли стоимости и т. п.). Эти люди тоже имеют право на полное покрытие по программе Medicaid.

Для того чтобы стать участником нашего плана, вы должны быть включены в программы Medicare и Medicaid одновременно и на момент включения в план отвечать также другим критериям.

С вопросами о помощи, которую оказывает Medicaid, обращайтесь в программу New York Medicaid.

Как связаться	Программа New York Medicaid — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(800) 505-5678 с понедельника по пятницу с 8:30 до 20:00, по субботам с 10:00 до 18:00.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238
ВЕБ-САЙТ	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml

В округе Nassau обращайтесь в местный отдел социальных служб (Department of Social Services).

Как связаться	Отдел социального обеспечения округа Nassau (Nassau County Department of Social Services) — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(516) 227-7474
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
ВЕБ-САЙТ	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

В округах Bronx, Kings, New York, Queens и Richmond обращайтесь в Управление трудовых ресурсов (Human Resources Administration) города New York / Департамент социального обеспечения (Department of Social Services).

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

Как связаться	Human Resources Administration/Department of Social Services
ТЕЛЕФОН	718-557-1399
ВЕБ-САЙТ	https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page

В округе Orange обращайтесь в местный отдел социальных служб (Department of Social Services)

Как связаться	Orange County Department of Social Services
ТЕЛЕФОН	845-291-4000
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
ВЕБ-САЙТ	https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services

В округе Rockland обращайтесь в местный отдел социальных служб (Department of Social Services)

Как связаться	Rockland County Department of Social Services
ТЕЛЕФОН	845-364-3040
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
ВЕБ-САЙТ	http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/

В округе Westchester обращайтесь в местный отдел социальных служб (Department of Social Services).

Как связаться	Westchester County Department of Social Services – контактная информация
ТЕЛЕФОН	(914-995-3333)
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
ВЕБ-САЙТ	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Отдел омбудсмена штата New York (New York Office of the Ombudsman) помогает людям, включенным в программу Medicaid, получать необходимое обслуживание и справляться с проблемами со счетами. Там вам помогут подать в план жалобу или апелляцию.

Как связаться	Office of the Ombudsman — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(888) 219-9818 С понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00.

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

Как связаться	Office of the Ombudsman — контактная информация
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
ВЕБ-САЙТ	https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php

Омбудсмен программ штата, предоставляющих длительное обслуживание, (Long Term Care Ombudsman Program) помогает людям получать информацию о центрах сестринского ухода и решать конфликты между этими центрами, проживающими в них пациентами и семьями пациентов.

Как связаться	Long Term Care Ombudsman Program — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(855) 582-6769 С понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
ВЕБ-САЙТ	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

РАЗДЕЛ 7 Программы, помогающие платить за лекарства по рецепту

На сайте [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) говорится, как снизить расходы на лекарства по рецепту. Для людей с ограниченными доходами существуют также другие программы помощи (см. ниже).

Дополнительная помощь (Extra Help) по программе Medicare

Поскольку вы включены в программу Medicaid, вы имеете право на программу «Дополнительная помощь» (Extra Help), помогающую за фармацевтический план и лекарства по рецепту. Для того чтобы стать участником программы Extra Help, делать вам ничего не нужно.

С вопросами о программе Extra Help, звоните по телефону

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), ТТУ 1-877-486-2048. Линия работает круглосуточно и без выходных.
- «Управление социального обеспечения» (Social Security Office) телефон 1-800-772-1213. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 19:00. ТТУ: 1-800-325-0778.
- Управление программы Medicaid вашего штата (заявки на включение в программу). (Контактная информация приведена в разделе 6 этой главы).

Если вы считаете, что за лекарства по рецепту вам приходится платить слишком много, обращайтесь в наш страховой план. У нас действует процедура, помогающая вам получить документацию, необходимую для изменения вашего участия в оплате лекарств. Если же нужные документы у вас уже есть, эта процедура поможет передать их нам.

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

- О процедуре «Самые убедительные доводы» (Best Available Evidence, BAE) см. на сайте <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Процедура BAE используется, для того чтобы проверить, имеет ли участник плана право на «Субсидию для лиц с низким доходом» (Low-Income Subsidy, LIS). Наш отдел обслуживания и отдел аптек решает, в каких случаях может применяться процедура BAE. Перечень документов, которые нужно присылать в наш отдел обслуживания для процедуры BAE (они нужны, для того чтобы решить, имеете ли вы право на эту помощь), см. в главе 2. С вопросами обращайтесь в наш отдел обслуживания. Допустимые формы документации:
 - Письмо из «Управления социального обеспечения» (SSA) о назначении вам субсидии.
 - Извещение о назначении субсидии.
 - Дополнительный социальный доход (SSI).

Получив документы, подтверждающие, сколько вы должны доплачивать за лекарства, мы обновим данные в нашей системе, и со следующего раза вы будете платить аптеке правильные суммы. Если вы уплатите больше, чем предусмотрено в вашем случае, мы возместим вам деньги, которые вы переплатили. Мы либо пришлем вам чек, либо зачтем эту сумму в счет будущих доплат. Если аптека не получила доплату, а добавила соответствующую сумму к вашему долгу, мы можем послать чек непосредственно в аптеку. Если за вас уплатил штат, мы отправим эту сумму непосредственно штату. С вопросами обращайтесь в наш отдел обслуживания.

Что если у вас есть страховое покрытие по «Программа обеспечения лекарствами при СПИДе» (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**Что это за программа?**

«Программа обеспечения лекарствами при СПИДе» (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) помогает больным ВИЧ/СПИДом, которые отвечают критериям включения в эту программу, получать жизненно необходимые лекарства для лечения этих заболеваний. Если лекарство по рецепту, покрываемое по программе Medicare Part D, покрывается также программой ADAP, то вам помогает за него платить «Программа помощи незастрахованным жителям штата Нью-Йорк» (New York State Uninsured Care Program (программа ADAP в Нью-Йорке)).

Примечание. Для включения в программу ADAP, действующую в вашем штате, человек должен отвечать определенным требованиям: он должен показать, что постоянно проживает в штате и заражен ВИЧ, что у него низкий доход согласно принятому в этом штате определению и что он не застрахован или недостаточно застрахован. Если вы меняете страховой план, сообщайте об этом работнику местной программы ADAP. Это позволит вам по-прежнему получать помощь по этой программе. С вопросам о критериях, которым должны отвечать участники этой программы, о покрываемых ею лекарствах и о том, как стать ее участником, звоните в программу New York State Uninsured Care Program (ADAP), телефон (800) 542-2437 или (844) 682-4058.

РАЗДЕЛ 8 Как связаться с Советом по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта

«Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта» (Railroad Retirement Board) — это независимое федеральное агентство, управляющее комплексными программами бенефитов (льготы, страховое покрытие и т.п.) для железнодорожников и их семей. Если программу Medicare вы

Глава 2 Важные телефоны. Куда обращаться.

получаете через «Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта», обязательно сообщайте Совету о переезде или изменении почтового адреса. Если у вас есть вопросы относительно бенефитов, предоставляемых «Советом по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта», свяжитесь с ним.

Как связаться	«Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта» (Railroad Retirement Board) – контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-877-772-5772 Звонки бесплатные. Позвонив, нажмите “0”. Вам ответит сотрудник Совета. Линия работает по понедельникам, вторникам, четвергам и пятницам с 9:00 до 15:30. По средам линия работает с 9:00 до 12:00. Если позвонив, вы нажмете “1”, то можете прослушать записанные сообщения на автоматической линии помощи (RRB HelpLine). Эта линия работает круглосуточно и без выходных.
TTY	1-312-751-4701 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер <i>не</i> бесплатные.
САЙТ	rrb.gov/

РАЗДЕЛ 9 У вас есть коллективная или другая медицинская страховка от работодателя?

Если вы (или ваш супруг или сожитель) получаете страховое покрытие по предоставленной работодателем коллективной страховке для работников или пенсионеров, то с вопросами о такой страховке обращайтесь к работодателю, профсоюзному администратору страховки или в наш отдел обслуживания. Там вы можете узнать о страховых взносах по своей (или вашего супруга или сожителя) пенсионной или предоставляемой работодателем страховке, о покрываемом медицинском обслуживании, страховых взносах и периоде включения в план. (Номера телефонов нашего отдела обслуживания напечатаны на задней обложке этой брошюры.) Кроме того, можно позвонить по телефону 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048). Вам ответят на вопросы о страховом покрытии, которое по этому плану у вас есть по программе Medicare.

Если вы (или ваш супруг/сожитель) получаете страховое покрытие лекарств по рецепту по своей (или своего супруга/сожителя) коллективной страховке от работодателя для работников или пенсионеров, то с вопросами о страховом покрытии лекарств обращайтесь к **администратору бенефитов коллективной страховки**. Он поможет вам выяснить, как имеющееся у вас страховое покрытие лекарств по рецепту работает с нашим планом.

ГЛАВА 3:

*Использование плана для страхового
покрытия медицинской помощи и другого
покрываемого обслуживания*

РАЗДЕЛ 1 Что нужно знать о получении страхового покрытия медицинской помощи и другого обслуживания участниками нашего плана

В этой главе говорится о том, что вам нужно знать об использовании нашего плана для получения страхового покрытия медицинской помощи и другого обслуживания. Здесь вы найдете определения терминов и правила, которые надо соблюдать для того, чтобы наш план покрывал ваше лечение, обслуживание, лекарства по рецепту, оборудование и т.п.

Подробнее о том, какую медицинскую помощь и какое обслуживание покрывает наш план, см. в «Таблице покрываемого обслуживания», глава 4 («Таблица покрываемого обслуживания»).

Раздел 1.1 Что такое «сотрудничающие с планом медики и учреждения» и «покрываемое обслуживание»

- **Медики и учреждения (Providers)** (иногда переводится «поставщики медицинских услуг») — это врачи и другие профессиональные медики, имеющие лицензию штата на медицинское обслуживание населения, а также больницы и другие медицинские учреждения.
- **Сотрудничающие с планом медики и учреждения (Network providers)** (иногда переводится «сетевые поставщики») — это врачи и другие профессиональные медики, медицинские группы, больницы и другие учреждения, заключившие с нами договор, согласно которому в качестве полной оплаты оказанной вам помощи они принимают страховое покрытие по нашему плану. Эти медики и учреждения оказывают участникам нашего плана покрываемую планом помощь. Счет за оказанную вам помощь такие медики и учреждения обычно направляют непосредственно нам. Вы ничего не платите за покрываемое планом обслуживание, если вы получили его у сотрудничающего с планом медика или в сотрудничающем с планом медицинском учреждении.
- **Покрываемое обслуживание** — это медицинская помощь, медицинское обслуживание, принадлежности и покрываемые планом лекарства по рецепту. Покрываемые нашим планом виды помощи и обслуживания приведены в таблице в главе 4. О том, какие лекарства по рецепту покрывает наш план, см. в главе 5.

Раздел 1.2 Основные правила получения медицинской помощи и другого покрываемого планом обслуживания

Поскольку план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) действует по программам Medicare и Medicaid, он должен покрывать все обслуживание, покрываемое по программе Original Medicare (без участия планов), и дополнительно может покрывать обслуживание, которое программа Original Medicare не покрывает.

План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) обычно покрывает медицинскую помощь/обслуживание, если выполняются следующие условия:

- **Полученная помощь включена в «Таблицу покрываемого обслуживания»** (см. главу 4 этого справочника).

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

- **Помощь получена по медицинским показаниям.** «По медицинским показаниям» означает, что обслуживание, оборудование, принадлежности и лекарства отвечают требованиям стандартов медицинской помощи и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить вашу болезнь.
- **У вас есть основной врач (primary care provider, PCP), который оказывает вам помощь или наблюдает за ее оказанием.** Каждый участник нашего плана должен выбрать сотрудничающего с нашим планом основного врача (подробнее см. в разделе 2.1 этой главы).
- **Помощь получена у сотрудничающих с планом медиков или в сотрудничающих с нами учреждениях** (подробнее см. в разделе 2 этой главы). В большинстве случаев мы не оплачиваем помощь, которую вы получили у медиков или в учреждениях, которые с нами не сотрудничают. Это значит, что если это правило нарушено, вам придется полностью оплатить полученную помощь/обслуживание. *Существуют три исключения:*
 - Наш план покрывает экстренную помощь и неотложную помощь, оказанную медиком или учреждением, не сотрудничающим с нашим планом. Подробнее об этом и о том, что такое экстренная помощь и неотложная помощь, см. в разделе 3 этой главы.
 - Если вам нужна медицинская помощь, которую программа Medicare требует от нас оплачивать, но с нами не сотрудничают медики или учреждения, которые могут ее оказать. В этом случае вы можете обращаться к медику или в учреждение, которые с нами не сотрудничают. В подобном случае вам нужно вначале получить наше разрешение. Сделать это вам помогут в нашем отделе обслуживания. В этой ситуации мы полностью покрываем оказанную вам помощь. О том, как получить разрешение на посещение не сотрудничающего с нами врача, см. в разделе 2.4 этой главы.
 - План покрывает диализ, проведенный в сертифицированном программой Medicare диализном центре за пределами нашей зоны обслуживания, если вы временно находитесь вне зоны обслуживания или если ваш диализный центр временно недоступен. Сумма, которую вы сами платите нашему плану за диализ, никогда не может превышать ту часть стоимости диализа, которую вы платите по программе Original Medicare. Сумма, которую, временно находясь вне нашей зоны обслуживания, вы сами платите за диализ в диализном центре, не сотрудничающем с нашим планом, не может превышать ту часть стоимости диализа, которую вы платите при использовании сотрудничающего с планом диализного центра. Тем не менее, если ваш обычный диализный центр временно недоступен и если вы решили пройти диализ в пределах зоны обслуживания, но в диализном центре, который с нами не сотрудничает, то сумма, которую уплатить нужно вам, может быть выше.

РАЗДЕЛ 2 За медицинской помощью и другим обслуживанием следует обращаться к медикам и в учреждения, которые сотрудничают с нашим планом

Раздел 2.1	Вам нужно выбрать основного врача (primary care provider, врач PCP) — он вас лечит и следит за вашим лечением в целом
-------------------	--

Что такое основной врач (PCP) и что он делает?

Став участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), вы должны выбрать своего основного врача (primary care provider, PCP). Ваш основной врач должен сотрудничать с нашим планом,

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

отвечать требованиям штата и иметь подготовку, необходимую для оказания вам базовой медицинской помощи.

Ваш основной врач должен быть семейным врачом, лицензированным в штате Нью-Йорк (New York State Family Medicine); специалистом по внутренним болезням (Internal Medicine); гериатром (болезни пожилого возраста, Geriatric Medicine); специалистом по болезням взрослых людей (Adult Medicine) или фельдшером-геронтологом (Gerontological Nurse Practitioner). Обычную/базовую помощь вам оказывает ваш основной врач. Кроме того, ваш основной врач (PCP) организует и координирует получение вами других видов медицинской помощи/обслуживания. Эта помощь включает, например, рентгеновские снимки, анализы, лечебную физкультуру, помощь врачей-специалистов, госпитализации и последующее лечение. Координация обслуживания включает обсуждения и консультации по поводу нужной вам помощи с другими медиками, сотрудничающими с планом. Иногда основному врачу нужно, прежде чем назначать лечение, получать разрешение нашего плана. В «Таблице покрываемого обслуживания» (глава 4) указано, на какие виды помощи/обслуживания нужно вначале нужно получать разрешение нашего плана. За разрешением ваш основной врач (PCP) обращается в план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Поскольку ваш основной врач вас лечит и координирует оказание вам медицинской помощи, вам нужно передать ему всю медицинскую документацию о ваших предшествующих болезнях и лечении.

Как выбрать своего основного врача (PCP)?

Когда вы регистрируетесь в нашем плане, вас просят выбрать своего основного врача. Возможно, ваш врач PCP сотрудничает также с планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Когда вы подаете заявку на включение в наш план, мы проверяем, работает ли с нами этот врач. Если ваш врач не сотрудничает с планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), то нужно выбрать одного из тех, кто с нами сотрудничает, и как можно скорее записаться на прием.

Своего основного врача (PCP) можно выбрать во время регистрации в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) по «Указателю медиков, учреждений и аптек» (Provider and Pharmacy Directory, иногда переводится «Каталог поставщиков»), сотрудничающих с нашим планом. Самая последняя версия Указателя есть на нашем сайте. Используйте ссылку «Найти врача/учреждение» (Find a Provider). Кроме того, можно обратиться в наш отдел обслуживания, звонки бесплатные, телефон указан на задней обложке этого справочника. Мы изучим список основных врачей (PCP), которые принимают рядом с вами и спросим, к каким еще врачам и в какие больницы вы обычно обращаетесь. Вас попросят указать имя основного врача в своей заявке на включение в план. Вы всегда можете перейти к другому основному врачу (PCP).

Как поменять основного врача

Вы можете поменять своего основного врача (PCP) по любой причине и в любое время. Кроме того, ваш врач PCP может прекратить сотрудничество с нашим планом; в этом случае вам тоже придется найти нового основного врача.

Для того чтобы перейти к другому основному врачу, позвоните в наш отдел обслуживания. Позвонив, обязательно сообщайте, лечитесь ли вы у врача-специалиста и получаете ли другое покрываемое планом обслуживание, на которое нужно требуется разрешение или направление от основного врача (например, медицинское обслуживание на дому или медицинское оборудование длительного пользования). Наш отдел обслуживания поможет вам продолжать лечение у специалистов и по-прежнему получать другое обслуживание, даже после перехода к новому основному врачу. Кроме того, сотрудники отдела проверят, принимает ли новых пациентов тот основной врач, к которому вы хотите перейти. Отдел обслуживания

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

внесет в ваше дело имя нового основного врача. Обращаться к новому основному врачу (PCP) можно с первого числа следующего месяца.

Вам пришлют новую карточку участника нашего плана. На этой карточке будут указаны имя и номер телефона нового основного врача.

Раздел 2.2 Какого рода медицинскую помощь и другое обслуживание можно получить без направления от своего основного врача

Следующие виды помощи можно получать, не получая заранее разрешения у своего основного врача:

- Обычная гинекологическая помощь: осмотр груди, профилактические маммографии (рентген грудей), мазок по Папаниколау, гинекологический осмотр.
- Прививки от гриппа, от COVID-19, гепатита В и воспаления легких.
- Экстренная помощь в медицинских учреждениях, не сотрудничающих с нашим планом.
- Неотложная помощь. Это помощь в ситуациях, когда помощь требуется срочно, но не экстренно. План покрывает неотложную помощь, даже если вы временно находитесь за пределами нашей зоны обслуживания или если она получена в учреждении, которое с нами не сотрудничает, но обратиться в сотрудничающее с нами учреждение невозможно по соображениям времени, удаленности и т. п. Примеры неотложной помощи: неожиданное заболевание или травма или неожиданное обострение уже диагностированного заболевания. Обычные и плановые посещения врача, например ежегодные осмотры, не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне нашей зоны обслуживания плана или временно не можете обращаться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.
- Диализ в сертифицированном программой Medicare диализном центре, когда вы временно находитесь вне нашей зоны обслуживания. Перед поездкой за пределы нашей зоны обслуживания желательно позвонить в наш отдел обслуживания, чтобы мы организовали вам диализ во время поездки.

Раздел 2.3 Как получить помощь сотрудничающих с планом врачей-специалистов и других медиков/учреждений

Специалист — это врач, который лечит определенные болезни или определенный орган. Существует много разных специалистов. Вот некоторые примеры:

- Онколог лечит рак.
- Кардиолог лечит болезни сердца.
- Ортопед лечит болезни опорно-двигательного аппарата (кости, суставы, мышцы).

Ваш основной врач (PCP) координирует оказываемую вам помощь, в том числе при необходимости направляет к врачам-специалистам и другим медикам, сотрудничающим с нашим планом. Перед приемом в кабинете врача/медика, сотрудничающего с нашим планом, получать разрешение не нужно. Если вам требуется помощь или процедура, на которую нужно заранее получить разрешение нашего плана, ваш основной врач или врач-специалист попросит, чтобы вам дали такое разрешение. Обслуживание, на которое нужно заранее получать разрешение нашего плана, обсуждается в главе 4, раздел 2.1, этого справочника. Примеры обслуживания, на которое нужно заранее получать разрешение: плановая (не

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

экстренная) госпитализация, помещение в центр квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility), медицинское обслуживание на дому.

Если помощь вам потребуется в нерабочее время, звоните своему основному врачу. Его контактная информация приведена на вашей карточке участника плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Если вы считаете, что вам нужна экстренная помощь, сразу за ней обращайтесь. Подробнее см. в разделе 3 («Как получать помощь в экстренных и неотложных ситуациях и во время стихийных бедствий»).

Что делать, если врач-специалист или другой медик прекратит сотрудничество с нашим планом?

Перечень сотрудничающих с нами больниц, врачей и других медиков и учреждений может меняться в течение года. У нас предусмотрены меры, защищающие ваше право на медицинское обслуживание/помощь в случае, когда лечащий вас медик перестает сотрудничать с планом:

- Хотя в течение года врачи могут отказываться от сотрудничества с планом, программа Medicare требует от нас обеспечивать бесперебойное обслуживание участников плана у квалифицированных медиков и врачей-специалистов.
- О том что медик прекращает с нами сотрудничать, мы стараемся сообщить вам заранее. За это время вы можете найти нового медика.
 - Если лечивший вас основной врач или специалист по психическим нарушениям перестает с нами сотрудничать, мы вам об этом сообщаем, если вы приходили к нему на прием хотя бы раз за последние три года.
 - Если какой-нибудь другой врач/медик, к которому вы приписаны, у которого сейчас лечитесь или на прием у которого приходили хотя бы раз за последние три месяца, перестает с нами сотрудничать, мы вам об этом сообщаем.
- Мы помогаем вам выбрать другого врача/медика, чтобы ваше лечение не прерывалось.
- Если вы находитесь в процессе лечения, у вас есть право потребовать, чтобы оно не прерывалось. Мы сделаем все возможное, для того чтобы обеспечить непрерывность лечения.
- Мы сообщаем вам о различных периодах регистрации в страховых планах и вариантах перехода в другой план.
- Если нужно, мы организуем и будем покрывать любую медицинскую помощь/обслуживание у медиков (в учреждениях), которые с нами не сотрудничают — при условии, что медики/учреждения, с нами сотрудничающие, оказать такую помощь не могут. В подобном случае за покрываемое обслуживание/помощь вы платите столько же, сколько платили бы, если бы лечились у медика (в учреждении), который с нами сотрудничает. Может быть нужно заранее получить наше разрешение.
- Если вы узнаете, что один из лечащих вас врачей собирается прекратить сотрудничество с нашим планом, сообщите нам об этом. Мы поможем вам найти нового врача и организуем дальнейшее лечение/обслуживание.
- Если вы решаете, что мы не нашли вашему прежнему врачу достойную замену или что ваше лечение не было организовано должным образом, то можете подать в организацию повышения качества обслуживания (QIO) апелляцию, жалобу на качество обслуживания в наш план или апелляцию и жалобу одновременно. См. главу 9.

Раздел 2.4	Как получить помощь у медиков и в учреждениях, не сотрудничающих с нашим планом
-------------------	--

Если вам нужна специализированная медицинская помощь, которую программа Medicare или Medicaid требует от нас покрывать, но с нами не сотрудничают медики или учреждения, которые могут ее оказать, то вы можете обращаться к медикам или в учреждения, которые с нами не сотрудничают. Это может быть, например, врач, который единственный способен оказать нужную вам помощь, или помощь в специализированном центре или в передовом научно-исследовательском институте. Других ограничений на страховое покрытие помощи, полученной у медиков и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают или действуют вне нашей зоны обслуживания, нет.

Прежде чем обращаться к врачам/в учреждения, которые с нами не сотрудничают, нужно получить наше на это разрешение. Попросить у нас это разрешение можете либо вы, либо ваш основной врач (PCP). За помощью обращайтесь в наш отдел обслуживания. Если мы разрешаем получить помощь у врача (в учреждении), который с нами не сотрудничает, то покрытие предоставляем такое, как если бы он с нами сотрудничал.

Получать разрешение нужно обязательно заранее. Если вы не получите такое разрешение, мы можем отказаться покрывать помощь, полученную у такого врача (в таком учреждении). Если такой врач хочет, чтобы вы снова к нему пришли, чтобы продолжить лечение, вначале проверьте, выдано наше разрешение на один прием у этого врача или на несколько.

Обратите внимание: участники нашего плана имеют право получать экстренную и неотложную медицинскую помощь в учреждениях (у врачей), которые с нами не сотрудничают. Кроме того, участникам плана с последней стадией почечной недостаточности (ESRD), находящимся за пределами зоны обслуживания, план должен покрывать диализ за ее пределами, если этот участник плана не может обратиться в сотрудничающий с планом диализный центр.

РАЗДЕЛ 3 Как получать помощь в экстренных и неотложных ситуациях и во время стихийных бедствий

Раздел 3.1	Экстренная помощь
-------------------	--------------------------

Что такое «экстренное состояние» и что нужно делать в такой ситуации?

Экстренное состояние (medical emergency) — это состояние, при котором вы или любой другой разумный человек без медицинского образования, имеет основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть (а если вы беременная женщина, возможен выкидыш), потеря конечности, потеря функции конечности или серьезное нарушение работы других органов. Такими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние больного.

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

При экстренном состоянии:

- **Обратитесь за помощью как можно скорее.** Позвоните по номеру 911 или обратитесь в ближайший приемный покой. При необходимости вызовите скорую помощь. Вам *не* нужно получать вначале наше разрешение или направление от вашего основного врача (PCP). Вы можете обращаться к любому врачу, независимо от того, сотрудничает ли он с нами. Экстренную помощь можно получать всегда, когда она требуется, в любом месте США и территорий, находящихся под управлением США, и в любом медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, независимо от того, сотрудничает это учреждение с нашим планом или нет.
- **Как можно скорее позаботьтесь о том, чтобы наш план узнал о вашем состоянии.** Нам нужно следить за оказанием вам экстренной помощи. Вы или кто-то другой должны позвонить нам и сообщить о том, что вы получаете экстренную помощь. Это обычно нужно сделать в течение 48 часов. Позвоните в наш отдел обслуживания по телефону, указанному на обороте вашей карточки участника плана.

Что мы покрываем в экстренной ситуации?

Машину скорой помощи наш план оплачивает, если попытка добраться до приемного покоя другим способом опасна для вашего здоровья. Мы покрываем медицинскую помощь по поводу экстренного состояния.

Решение о том, что ваше состояние стабилизировалось и экстренное состояние закончилось, принимают врачи, которые оказывают вам экстренную помощь.

После того как экстренное состояние закончится, вы можете получать последующее лечение для стабилизации вашего состояния. Врачи лечат вас до тех пор, пока не свяжутся с нами и не представят нам план дальнейшего лечения. Наш план покрывает такое лечение. Если экстренную помощь вы получили в учреждении, не сотрудничающем с нами, мы постараемся перевести вас в учреждение, которое с нами сотрудничают. Это будет сделано, как только позволят ваше состояние и обстоятельства.

Что будет, если окажется, что мое состояние не было экстренным?

Иногда бывает трудно решить, экстренное состояние или нет. Например, вы обратились за экстренной помощью, считая, что ваше здоровье в серьезной опасности, — а врач осмотрел вас и сказал, что ваше состояние не экстренное. Если окажется, что ваше состояние не было экстренным, но у вас были разумные основания считать, что ваше здоровье находится в серьезной опасности, мы предоставим вам страховое покрытие полученного обслуживания.

Тем не менее после того как врач скажет, что ваше состояние *не* экстренное, мы будем покрывать последующую помощь, только если вы будете получать ее одним из двух приведенных ниже способов:

- Вы обращаетесь за помощью к сотрудничающему с нами медику.
- – *ИЛИ* – Полученная вами после этого помощь считается неотложной и при ее получении вы следуете правилам для получения неотложной помощи (подробнее см. ниже в разделе 3.2).

Раздел 3.2 Неотложная помощь**Что такое неотложная помощь?**

Это помощь в ситуациях, когда помощь требуется срочно, но не экстренно. План покрывает неотложную помощь, даже если вы временно находитесь за пределами нашей зоны обслуживания или если она получена в учреждении, которое с нами не сотрудничает, но обратиться в сотрудничающее с нами учреждение невозможно по соображениям времени, удаленности и т. п. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Обычные и плановые посещения врача, например ежегодные осмотры, не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне нашей зоны обслуживания плана или временно не можете обращаться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.

Если врачи, которые сотрудничают с планом, временно недоступны, неотложную помощь можно получить в любом доступном центре неотложной помощи. Кроме того, вы можете позвонить в круглосуточную службу сестринских консультаций, телефон (877) 353-0185 (TTY 711).

За пределами США наш план покрывает экстренную и неотложную помощь следующим образом и в следующих ситуациях:

- Страхование экстренной помощи ограничено за рубежом суммой \$10 000 за календарный год. Это покрытие включает машину скорой помощи, неотложную помощь, экстренную помощь и помощь после стабилизации экстренного состояния.
- Эта сумма предназначена только для страхового покрытия помощи, которая в США классифицировалась бы как экстренная или неотложная.
- Если вы получили экстренную помощь за пределами США и после стабилизации вашего экстренного состояния нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны вернуться в сетевую больницу, чтобы ваше лечение было покрыто, ИЛИ получить разрешение со стороны плана на прохождение стационарного лечения во внесетевой больнице. Ваши собственные расходы в этом случае будут такими же, какими были бы в сотрудничающей с планом больнице. Действует ограничение на максимальную сумму покрытия по плану страхования.
- Вам, возможно, придется платить за помощь самостоятельно, а затем подать нам страховое требование о возмещении этих расходов.
- Иностранные налоги и сборы (например, комиссию за конвертацию валюты и операционные сборы) план не покрывает. Мы не покрываем поездку обратно в США.
- Мы не покрываем обычную и плановую медицинскую помощь.

Если вы хотите узнать, оплатим ли мы какую-нибудь медицинскую помощь, то можете нас об этом спросить до того, как вы эту помощь начнете получать. Вы можете это сделать также в письменном виде. Если мы отказываемся покрывать это обслуживание или возмещать ваши расходы на него, вы можете подать апелляцию на наше решение.

Раздел 3.3 Помощь во время стихийных бедствий

Если губернатор вашего штата, государственный секретарь США по вопросам здравоохранения и социального обеспечения или президент США объявляют чрезвычайное положение или стихийное бедствие в вашем регионе, у вас остается право на медицинскую помощь по нашему страховому плану.

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

О том как получить необходимую помощь во время стихийного бедствия, можно узнать на нашем сайте: SWHNY.com.

Во время стихийного бедствия за помощь, полученную у медиков и в учреждениях, которые с планом не сотрудничают, вы платите так же, как если бы они с нами сотрудничали (если к сотрудничающим обратиться невозможно). Если во время объявленного чрезвычайного положения вы не можете воспользоваться сотрудничающей с планом аптекой, то разрешается получить лекарства по рецепту в аптеке, которая с нами не сотрудничает. Подробности см. в главе 5, раздел 2.5.

РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вы получили от врача или из медицинского учреждения счет на полную стоимость покрываемой нами помощи/обслуживания?

Раздел 4.1 Вы можете попросить нас заплатить за покрываемое обслуживание

Если вы уплатили больше, чем должны, или если вы получили счет на полную стоимость покрываемого нами обслуживания, обратитесь к главе 6 (*Как попросить, чтобы мы оплатили счет, полученный за покрываемую планом медицинскую помощь или лекарства*).

Раздел 4.2 Что делать, если наш план не покрывает какое-нибудь обслуживание?

План **Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)** покрывает все обслуживание, необходимое по медицинским показаниям, если оно перечислено в «Таблице покрываемого обслуживания» (глава 4 этого справочника). Если же вы получаете помощь, которую наш план не покрывает, или без заранее полученного разрешения помощь вам оказывает не сотрудничающий с нами медик (учреждение), вы должны оплачивать ее самостоятельно и в полном объеме.

Некоторые виды обслуживания наш план покрывает ограниченно. После того как сумма, выплаченная планом за такое обслуживание, достигнет установленного предела, вы начинаете его оплачивать в полном объеме. Сумма, которую вы выплатите после того, как страховое покрытие по плану достигнет установленного предела, не учитывается при расчете максимальной суммы ваших собственных расходов на медицину за год.

РАЗДЕЛ 5 Какое страховое покрытие вам полагается, когда вы участвуете в клиническом исследовании?

Раздел 5.1 Что такое «клиническое исследование»?

Клиническое исследование (другое название «*клиническое испытание*») — это исследование, в котором врачи и ученые проверяют новый вид медицинской помощи (например, новое лекарство от рака). Программа Medicare утверждает некоторые клинические исследования. Обычно для участия в клиническом исследовании, утвержденном программой Medicare, приглашают добровольцев.

После того как программа Medicare утвердит исследование, вам позвонит один из исследователей. Он расскажет вам об исследовании и выяснит, отвечаете ли вы требованиям, которые предъявляются к его

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

участникам. Участвовать в исследовании вы можете, если отвечаете требованиям к участникам исследования и полностью понимаете и принимаете все, что связано с вашим в нем участием.

Если исследование было утверждено программой Medicare, то большую часть покрываемой помощи, полученной в ходе исследования, оплачивает программа Original Medicare. Если вы нам сообщите, что участвуете в утвержденном клиническом исследовании, то вам придется платить только положенные доплаты (доли стоимости) за помощь, оказанную в рамках исследования сотрудничающими с планом медиками и в сотрудничающих с ним учреждениях. Если вы уплатили больше, например если вы уже уплатили программе Original Medicare положенную сумму, то мы возместим разницу между тем, что вы уплатили, и тем, что вы должны были бы уплатить медикам, сотрудничающим с планом. Для того чтобы получить возмещение, нужно представить документы о сделанных вами платежах. Участвуя в клиническом исследовании, вы можете оставаться участником нашего плана: мы будем покрывать обслуживание, которое с исследованием не связано.

Для участия в клиническом исследовании, утвержденном программой Medicare, вам *не* нужно получать наше разрешение или разрешение своего основного врача (PCP). Медики и медицинские учреждения, которые оказывают вам помощь в рамках исследования, могут *не* иметь договора с нашим планом. Обратите внимание, что сюда не входят услуги, за которые отвечает наш план и которые включают в себя в качестве компонента клинические испытания или реестр для оценки услуги [Смысл неясен. Перевод предположительный. - Прим. пер.]. Это включает некоторые услуги, предусмотренные национальными решениями о страховом покрытии (NCD) и испытаниями исследуемых устройств (IDE), на которые может распространяться требование заранее получать разрешение плана и соблюдать другие его правила.

Хотя вам не нужно получать разрешение плана на участие в клиническом исследовании, которое покрывается участникам программы Medicare Advantage программой Original Medicare, мы настоятельно рекомендуем заранее извещать нас об участии в исследовании, утвержденном программой Medicare.

Если вы участвуете в исследовании, которое программа Medicare *не* утвердила, *вы должны в полном объеме нести все расходы, связанные с вашим участием в исследовании.*

Раздел 5.2 Кто что оплачивает, когда вы участвуете в клиническом исследовании?

Участникам клинического исследования, утвержденного программой Medicare, программа покрывает обычные принадлежности и услуги, предоставляемые в рамках этого исследования. К их числу относятся, например, следующие:

- Стоимость пребывания и питания в больнице, которую программа Medicare покрывала бы, даже если бы вы не участвовали в исследовании.
- Операция или другая медицинская процедура, являющаяся частью исследования.
- Лечение побочных явлений и осложнений исследуемого лечения.

После того как программа Medicare уплатит свою часть, наш план уплатит остальное. Вы ничего не платите за покрываемое обслуживание, которое получаете в ходе клинического исследования, — так же как не платите за остальное покрываемое обслуживание.

Пока вы участвуете в исследовании, **ни программа Medicare, ни наш план не платят за следующее:**

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

- Программа Medicare обычно *не* платит за исследуемые приспособления и исследуемое лечение. Исключение возможно только тогда, когда программа Medicare оплачивает это приспособление или лечение, даже если вы *не* участвуете в исследовании.
- Приспособления и услуги, необходимые только для получения данных и не имеющие непосредственного отношения к вашему лечению. Например, программа Medicare не будет платить за компьютерную томографию, если исследователи проводят ее ежемесячно, но в обычной ситуации было бы достаточно провести это обследование только один раз.
- Приспособления и обслуживание, которое обычно бесплатно предоставляются заказчиком («спонсором») исследования всем участникам исследования.

Хотите узнать больше?

Об участии в клинических исследованиях говорится на сайте программы Medicare: скачайте брошюру «Программа Medicare и клинические исследования» (*Medicare and Clinical Research Studies*). (Брошюра есть по следующему адресу: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Кроме того, можно позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных; ТТУ 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 6 Правила получения помощи в «религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных»

Раздел 6.1 Что такое «религиозное немедицинское учреждение для обслуживания больных»?

Религиозное немедицинское учреждение для обслуживания больных (religious non-medical health care institution) — это учреждение, оказывающее помощь при состояниях, которые обычно лечат в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода. Если получение помощи в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода противоречит верованиям участника плана, мы предоставляем ему страховое покрытие помощи, полученной в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных. Это покрытие мы предоставляем только для стационарного обслуживания, покрываемого по программе Part A (немедицинская помощь больным).

Раздел 6.2 Получение помощи в религиозных немедицинских учреждениях для обслуживания больных

Для того чтобы получать помощь в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных, нужно подписать заявление о том, что вы сознательно отказываетесь от «необязательного» медицинского лечения.

- «**Необязательное**» (Non-excerpted) лечение — это любое *добровольное* лечение, получать которое *не требуют* федеральные законы, законы штата и местные законы.
- «**Обязательным**» (Excerpted) называется лечение, которое вы получаете *не* добровольно или которое вы *обязаны* получать в соответствии с федеральными законами, законами штата или местными законами.

Глава 3 Использование плана для страхового покрытия медицинской помощи и другого покрываемого обслуживания

Наш план покрывает помощь, полученную в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных, если выполняются следующие условия:

- Учреждение сертифицировано программой Medicare.
- Наш план покрывает только ту часть помощи, которая *не имеет отношения к религии*.
- Если вы постоянно находитесь в таком учреждении, должны выполняться следующие условия:
 - Ваше состояние дает вам право на страховое покрытие стационарной помощи в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода.
 - – *И* Перед поступлением в такое религиозное учреждение вы получили на это разрешение нашего плана; в противном случае мы не будем покрывать ваше пребывание в таком учреждении.
 - – *И* Программа Medicare покрывает до 90 дней за госпитализационный период (benefit period; определение см. в последней главе). После того, как установленный программой Medicare 90-дневный предел достигнут, пребывание в этом учреждении покрывает программа Medicaid — если это необходимо по медицинским показаниям. О пределах страхового покрытия см. в разделе «Стационарная помощь в больнице» (Inpatient hospital care) «Таблицы покрываемого обслуживания», глава 4.

Подробнее об обслуживании, покрываемом по программе Medicaid, и о вариантах покрытия можно узнать, позвонив в наш отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактную информацию см. в главе 2, раздел 6).

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования

Раздел 7.1 Станете ли вы владельцем медицинского оборудования длительного пользования после того, как сделаете определенное число выплат по нашему плану?

К медицинскому оборудованию длительного пользования (Durable medical equipment, DME) относятся такие приспособления, как кислородное оборудование и принадлежности к нему, инвалидные коляски, ходунки, матрасы с электроприводом, костыли, принадлежности для диабетиков, устройства для генерации речи, насосы для внутривенных капельниц, небулайзеры, больничные кровати. Врач назначает это оборудование для использования на дому. Некоторые виды оборудования, например протезы, всегда принадлежат участнику плана. В этом разделе обсуждаются другие виды медицинского оборудования, а именно то оборудование, которое надо арендовать.

По программе Original Medicare (работает без страховых планов) больные, арендующие определенные виды медицинского оборудования длительного пользования, получают его в собственность после того, как платили доплаты за аренду в течение 13 месяцев. Однако участник плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) обычно не получает такое оборудование в собственность независимо от того, сколько доплат совершил за это оборудование, будучи участником нашего плана. Даже если вы до включения в план платили за него 12 месяцев подряд по программе Original Medicare, оборудование не станет вашей собственностью. В отдельных случаях мы передаем медицинское оборудование длительного пользования (DME) в собственность участника плана. Подробности можно узнать в нашем отделе обслуживания.

Что будет с деньгами, которые вы заплатили за медицинское оборудование длительного пользования, если вы перейдете в обычную программу Medicare (Original Medicare)?

Если, будучи участником нашего плана, вы не получили в собственность медицинское оборудование длительного пользования, то перейдя в программу Original Medicare (работает безо всяких планов), вам придется заново сделать программе Original Medicare 13 выплат подряд за это устройство/приспособление. Только после этого оно станет вашей собственностью. Платежи, которые вы сделали, будучи участником нашего плана, не учитываются.

Пример 1: Вы сделали не более 12 платежей подряд за устройство, пока были включены в программу Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Платежи, сделанные по программе Original Medicare не учитываются. Прежде чем получить это устройство в собственность, вам нужно сделать 13 платежей нашему плану.

Пример 2: Вы сделали не более 12 платежей подряд за устройство, пока были включены в программу Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Вы были участником нашего плана, но не получили это устройство в собственность. Затем вы перешли обратно в программу Original Medicare. После включения в программу Original Medicare, вам придется сделать 13 платежей подряд, чтобы получить это устройство. Все предшествующие платежи (нашему плану или программе Original Medicare) не учитываются.

Раздел 7.2	Правила о кислородном оборудовании, принадлежностях к нему и его техническом обслуживании
-------------------	--

Какое кислородное оборудование мы покрываем?

Если вы имеете право на страховое покрытие кислородного оборудования программой Medicare, план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает следующее:

- Аренда кислородного оборудования.
- Доставка кислорода и кислородных смесей.
- Трубки и другие принадлежности для подачи кислорода и кислородных смесей.
- Техническое обслуживание и ремонт кислородного оборудования.

Если вы покидаете план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) или вам больше не требуется кислородное оборудование, то его следует вернуть.

Что происходит, если вы покидаете план и возвращаетесь в программу Original Medicare?

Программа Original Medicare требует, чтобы поставщик кислородного оборудования обслуживал его в течение пяти лет. Первые 36 месяцев это оборудование арендуется. Оставшиеся 24 месяца поставщик его обслуживает (вам по-прежнему нужно делать доплаты за кислородное оборудование). Через пять лет вы можете выбрать: остаться с прежней компанией-поставщиком или выбрать другую. Затем пятилетний цикл начинается снова: даже если поставщик не изменился, вам нужно производить доплаты за первые 36 месяцев. Если вы становитесь участником плана или его покидаете, пятилетний цикл начинается заново.

ГЛАВА 4:

*Таблица покрываемого обслуживания
(бенефиты)*

РАЗДЕЛ 1 Как разобраться в покрываемом нашим планом обслуживании

В этой главе приведена «Таблица покрываемого обслуживания» (таблица «бенефитов»), которое план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает своим участникам. Кроме того, из этой главы вы узнаете, какую помощь наш план не покрывает. Наконец, здесь объясняются ограничения на страховое покрытие определенного обслуживания.

Раздел 1.1 За покрываемое обслуживание вы не платите ничего

Поскольку вы получаете страховое покрытие также по программе Medicaid, вы ничего не платите за покрываемое обслуживание, пока соблюдаете правила нашего плана. (О правилах, регулирующих получение помощи/обслуживания, см. в главе 3.)

Раздел 1.2 Максимальная сумма, которую вы платите сами за обслуживание, покрываемое по программам Medicare Part A и Part B

Примечание. Поскольку участники нашего плана получают страховое покрытие также по программе Medicaid, очень немногие из них достигают максимальной суммы своих собственных расходов. За обслуживание, покрываемое по программам Part A и Part B, вам платить ничего не нужно.

Поскольку наш план действует по программе Medicare Advantage, для вас установлен предел на общую сумму выплат, которые вы делаете за год за медицинскую помощь/обслуживание, покрываемую по программам Medicare Part A и Part B. Этот предел называется максимальной суммой ваших собственных расходов (maximum out-of-pocket, MOOP). В 2025 календарном году эта сумма составляет \$9 350.

При расчете этой суммы учитываются ваши доплаты и уплаченные вами доли стоимости полученной помощи/обслуживания. Ваши собственные расходы на лекарства по рецепту, покрываемые по программе Part D, не учитываются. Кроме того, не учитываются суммы, уплаченные вами за некоторые виды обслуживания. В «Таблице покрываемого обслуживания» такие виды помощи/обслуживания помечены звездочкой (*). Если общая сумма ваших собственных расходов достигнет \$9 350, то до конца года вам не нужно будет больше ничего платить за помощь/обслуживание, покрываемую по программам Part A и Part B. Вам нужно будет, однако, по-прежнему платить страховые взносы по программе Medicare Part B (если страховку по программе Part B не платит за вас программа Medicaid или другая программа или организация).

РАЗДЕЛ 2 Таблица покрываемого обслуживания — что мы вам покрываем

Раздел 2.1 Покрываемое участникам плана медицинское обслуживание, длительное обслуживание или обслуживание на дому и по месту жительства

В приведенной здесь Таблице покрываемого обслуживания перечислены виды помощи / обслуживания, которые покрывает план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). О рецептурных препаратах, покрываемых по программе Часть D, говорится в главе 5. Мы покрываем то, что перечислено в Таблице покрываемого медицинского обслуживания, только если выполняются следующие условия:

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

- Обслуживание, покрываемое по программам Medicare и Medicaid, предоставляется в соответствии с правилами, установленными этими программами.
- Обслуживание (в том числе медицинская помощь, обслуживание, принадлежности, оборудование и рецептурные препараты, покрываемые по программе Часть В) *должно быть* необходимо по медицинским показаниям. «По медицинским показаниям» означает, что помощь, обслуживание, принадлежности и лекарства отвечают требованиям стандартов медицинской помощи и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить вашу болезнь.
- Если вы стали участником плана только что, то план координируемой помощи по программе Medicare Advantage (МА) должен установить минимальный 90-дневный переходный период. В это время ваш новый план по программе МА не может требовать, чтобы вы получили предварительное разрешение на активное лечение, даже если курс лечения был начат у медиков или в учреждениях, которые не входят в сеть плана.
- Вы получаете помощь у медика (в учреждении), который с нами сотрудничает. В большинстве случаев мы не покрываем помощь, полученную у медиков и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают. Исключение составляют экстренная и неотложная помощь и случаи, когда на такую помощь заранее было получено наше разрешение. Это значит, что если это правило нарушено, вам придется полностью оплатить полученную помощь / обслуживание.
- У вас есть основной врач (PCP), который вас лечит и координирует другую получаемую вами помощь.
- Некоторые виды помощи, приведенные в Таблице покрываемого обслуживания, мы покрываем *только* при условии, что ваш врач или другой медик заранее получил наше на то разрешение (prior authorization, иногда переводится «предварительное подтверждение»). Покрываемые виды помощи/обслуживания, на которые нужно вначале получить наше разрешение, напечатаны в таблице **жирным шрифтом**.
- Если ваш координированный план дает разрешение на курс лечения, то оно остается в силе до тех пор, пока это нужно для того, чтобы избежать перерывов в лечении. Решение об отзыве разрешения план принимает на основании применимых критериев страхового покрытия, вашего анамнеза и рекомендаций лечащего врача.

Что еще важно знать о нашем страховом покрытии:

- Вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно. Программа Medicare покрывает медицинскую помощь и лекарства по рецепту. Программа Medicaid покрывает вашу часть в оплате помощи, покрываемой по программе Medicare, в том числе стационарное и амбулаторное лечение в больнице. Кроме того, программа Medicaid покрывает то, что программа Medicare не покрывает, например длительное обслуживание; лекарства, продающиеся без рецепта; обслуживание на дому и по месту жительства и другое обслуживание, которое покрывает только программа Medicaid.
- Подобно другим страховым планам, действующим по программе Medicare, мы покрываем все то, что покрывает программа Original Medicare (работает безо всяких страховых планов). (О страховом покрытии по программе Original Medicare и о том, сколько вы платите по этой программе, рассказано в брошюре *Medicare & You (Medicare и вы) за 2025 г.* Она есть на сайте www.medicare.gov. Кроме того, вы можете попросить вам ее прислать, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).
- Все виды профилактической помощи, предоставляемой бесплатно по программе Original Medicare, по нашему плану вы получаете тоже бесплатно.

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

- Если программа Medicare начнет покрывать какое-нибудь новое обслуживание в 2025 г., то вам его будет покрывать либо наш план, либо программа Medicare.
- Поскольку вы включены в программу Medicaid, вы ничего не платите за покрываемую помощь (обслуживание), пока соблюдаете правила нашего плана. Это значит, что для покрываемых услуг от вас не требуется доленое участие в расходах (ни доплаты, ни франшизы). Участникам плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) мы координируем помощь (обслуживание), покрываемую по программам Medicare и Medicaid. В приведенной ниже таблице покрываемого обслуживания приведены виды помощи/обслуживания, покрываемые по программам Medicare и Medicaid.
- Когда вы теряете право на участие в каком-нибудь плане по программе Medicare, у вас есть «период условно продленных прав» (deemed continued eligibility), в течение которого план покрывает всю необходимую вам помощь по программе Medicare Advantage. В нашем плане этот период составляет 6 месяцев. Однако в течение этого периода мы не платим за помощь, покрываемую по программе Medicaid и предусмотренную действующим в штате планом программы Medicaid (Medicaid State Plan). Кроме того, мы не платим за вас ни страховые взносы по программе Medicare, ни доплаты / доли стоимости обслуживания, которые мы платили бы, не потеряй вы право на участие в программе Medicaid. В это время суммы, которые вам нужно платить за покрываемое по программе Medicare обслуживание, могут возрасти.

За услуги, перечисленные в Таблице покрываемого обслуживания, вы не платите ничего, если выполняются следующие требования:

Важная информация о покрытии для участников плана, имеющих право на Extra Help (Дополнительная помощь):

- План Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) работает по модели страхового покрытия с оптимизацией цен (Value-Based Insurance Design, VBID). Модель VBID позволяет программе Medicare опробовать новые способы улучшения планов, действующих по программе Medicare Advantage. В рамках модели VBID план Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) не требует от вас ничего платить за лекарства, покрываемые по программе Часть D. Участники плана, получающие Extra Help (Дополнительную помощь), платят за покрываемые по программе Часть D лекарства меньше (0\$) во всех периодах страхового покрытия лекарств. Чтобы больше узнать об этой услуге или о том, как она вам поможет, позвоните в Отдел обслуживания участников.

Важная информация о покрытии обслуживания участникам плана с определенными хроническими заболеваниями.

- Если у вас диагностировано одно из следующих хронических заболеваний и вы отвечаете определенным критериям, то можете иметь право на специальное дополнительное обслуживание для людей с хроническими заболеваниями.
 - Хроническая алкогольная и наркотическая зависимость.
 - Аутоиммунные заболевания.
 - Рак.
 - Сердечно-сосудистые заболевания.
 - Хроническая сердечная недостаточность.
 - Деменция.
 - Сахарный диабет.

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

- Терминальная стадия печеночной недостаточности.
- Последняя стадия почечной недостаточности (ESRD, End-stage renal disease).
- Тяжелые заболевания крови.
- ВИЧ/СПИД.
- Хронические заболевания легких.
- Хронические и инвалидизирующие психические заболевания.
- Неврологические заболевания.
- Инсульт.

Мы поможем вам получить покрытие этого дополнительного обслуживания. Попросить о таком обслуживании или узнать подробности можно в нашем Отделе обслуживания участников или у своего координатора медицинских услуг.

Примечание. Запрашивая это обслуживание, вы разрешаете представителям плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) обращаться к вам по телефону, по почте или иными способами связи, которые в явном виде указаны в заполненной бланке заявки.

- Подробности см. в разделе «*Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями*» Таблицы покрываемого медицинского обслуживания.
- Для того чтобы уточнить, какое именно обслуживание вы можете получить, обращайтесь к нам.

 В таблице покрываемого обслуживания это яблоко стоит рядом с профилактическими видами помощи.

Таблица покрываемого медицинского обслуживания

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Профилактическое обследование на наличие аневризмы брюшной аорты*</p> <p>Однократное ультразвуковое обследование людей из группы риска. План покрывает это обследование только в том случае, если у вас есть определенные факторы риска и если вы получили направление на процедуру от своего врача, помощника врача, практикующей медсестры или клинической медсестры-специалиста.</p>	<p>Для участников программы страхования, имеющих право на такой профилактический скрининг, не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или безусловная франшиза.</p>
	<p>Иглоукальвание при хронических болях в пояснице</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <p>По программе Medicare мы покрываем до 12 сеансов за 90 дней в следующих ситуациях:</p>	<p>За покрываемые по программе Medicare сеансы иглоукальвания не нужно платить безусловную франшизу,</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Для этого вида помощи определение хронической боли в пояснице звучит следующим образом:</p> <p>Иглокальвание при хронических болях в пояснице (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Длительность 12 недель и более. • Боль неспецифическая, то есть для нее нет конкретной системной причины (т.е., не вызвана метастазами, воспалением, инфекцией и т.д.). • Боль не связана с хирургическим вмешательством. • Боль не связана с беременностью. <p>Участникам плана, состояние которых показывает улучшение, мы покрываем дополнительно восемь сеансов. В год мы покрываем не более 20 сеансов иглокальвания.</p> <p>Если боль не слабеет или усиливается, лечение должно быть прервано.</p> <p>Требования к медикам:</p> <p>Врачи (согласно определению в разделе 1861(r)(1) «Закона о социальном обеспечении») могут лечить иглокальванием и в соответствии с применимым законодательством штата.</p> <p>Помощники врача (Physician assistants, PAs), фельдшеры («практикующие медсестры», nurse practitioners, NP), клинические сестры-специалисты (clinical nurse specialists, CNS) (согласно определению в разделе 1861(aa) (5) «Закона о социальном обеспечении») и вспомогательный персонал может лечить иглокальванием, если отвечают применимым требованиям штата и обоим критериям, приведенным ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Имеют степень мастера или доктора в области иглокальвания или восточной медицины, полученную в учебном заведении, аккредитованном «Комиссией по аккредитации в области иглокальвания и восточной медицины» (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM). -И- • Имеют действующую, полную и неограниченную лицензию на лечение иглокальванием; лицензия может быть выдана штатом, территорией или содружеством (например, Пуэрто-Рико) Соединенных Штатов или Округа Колумбия. <p>Вспомогательный персонал, практикующий иглокальвание, должен это делать под надзором врача, помощника врача или фельдшера /</p>	<p>доплаты и долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	клинической сестры-специалиста, как того требуют §§ 410.26 и 410.27 главы 42 CFR.	
	<p>Иглоукалывание (дополнительно)*</p> <p>План Senior Whole Health of New York NHC покрывает 30 или более сеансов иглоукалывания в год.</p> <p>Дополнительные сеансы мы покрываем, если решено, что по медицинским показаниям согласно признанным стандартам медицинской помощи они нужны для лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Головной боли; болей при остеоартрозе тазобедренного и коленного сустава; другой хронической боли в других суставах конечностей, если стандартная медицинская помощь не помогает; болевого синдрома в суставах и прилежащих мягких тканях; скелетномышечной боли в шее и спине; тошноты при химиотерапии; тошноты после хирургического вмешательства; тошноты у беременных. ◦ Страховое покрытие иглоукалывания не распространяется на лечение астмы и зависимостей (в том числе, мы не покрываем, например, иглоукалывание при прекращении курения). 	За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.
	<p>Услуги скорой помощи</p> <p>Мы покрываем доставку больного машиной скорой помощи, медицинским самолетом или вертолетом в ближайшее медицинское учреждение, способное оказать необходимую помощь. Страховое покрытие предоставляется, только если состояние больного не позволяет использовать другие виды транспорта (существует опасность для здоровья) или если наш план дал свое разрешение на эту услугу. Мы покрываем доставку больного как в экстренной, так и не в экстренной ситуации, но если ситуация не экстренная, использование специального медицинского транспорта допускается только при наличии документов, подтверждающих, что состояние участника плана не позволяет перевозить его другими видами транспорта (существует опасность для здоровья) и что для использование специального медицинского транспорта существуют медицинские показания.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p> <p>Предварительное разрешение на поездку в машине скорой помощи нужно только в неэкстренных случаях.</p> <p>Если вам требуется экстренная медицинская помощь, наберите 911 и попросите вызвать скорую помощь.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Ежегодный профилактический осмотр*</p> <p>Если вы получали покрытие по программе Часть В в течение более 12 месяцев, вы можете прийти на ежегодный профилактический осмотр: врач составит или обновит индивидуальный план профилактических мероприятий с учетом текущего состояния вашего здоровья и факторов риска. Мы покрываем этот прием раз в 12 месяцев.</p> <p>Примечание. Первый ежегодный профилактический прием проводится не раньше чем через 12 месяцев со дня профилактического осмотра «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare). Мы покрываем ежегодные профилактические осмотры, даже если участник плана не был на профилактическом приеме «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare), но получал покрытие по программе Часть В в течение 12 месяцев.</p>	<p>Для прохождения ежегодного профилактического осмотра не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или безусловная франшиза.</p>
	<p>Измерение костной массы*</p> <p>Тем, кому такие обследования показаны (обычно это люди с высоким риском потери костной массы или развития остеопороза), мы каждые 24 месяца (или чаще, если для этого есть медицинские показания) покрываем следующие услуги: определение костной массы, выявление потери костной ткани или проверка состояния костей. Это обслуживание включает также интерпретацию врачом полученных результатов обследования.</p>	<p>Для услуги измерения костной массы, покрываемой по программе Medicare, не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или безусловная франшиза.</p>
	<p>Профилактические обследования (скрининг) на наличие рака груди (маммографии)</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одна маммография для определения исходного состояния желез (женщинам в возрасте 35–39 лет). • Одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше. • Клиническое обследование молочных желез каждые 24 месяца. 	<p>Для покрываемой услуги скрининговой маммографии не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или безусловная франшиза.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Профилактические обследования (скрининг) на наличие рака груди (маммографии) (продолжение)</p> <p>Скрининговая маммография позволяет диагностировать рак груди на ранних стадиях. С момента постановки диагноза рака груди и до момента исчезновения субъективных и объективных симптомов рака груди маммография считается диагностическим обследованием, которое покрывается по категории «Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности» (см. в этой таблице). Скрининговая маммография не проводится участницам плана, у которых есть субъективные или объективные симптомы рака груди.</p>	
	<p>Кардиологическая реабилитации</p> <p>Комплексные программы кардиологической реабилитации. Участникам плана, которые соответствуют определенным критериям и имеют направление от врача, мы покрываем упражнения, медицинское просвещение и консультации. Кроме того, план покрывает программы интенсивной кардиологической реабилитации. Они обычно интенсивнее, чем обычные программы кардиологической реабилитации.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Профилактическое посещение врача для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечение сердечно-сосудистого заболевания)*</p> <p>Мы покрываем один такой ежегодный прием у вашего основного врача. Врач обсуждает с вами лечение аспирином (если вам нужно его принимать), проверяет давление крови и дает советы о правильном питании.</p>	<p>Для услуги интенсивной поведенческой терапии в рамках профилактики сердечно-сосудистых заболеваний не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или безусловная франшиза.</p>
	<p>Обследования на предмет сердечно-сосудистых заболеваний*</p> <p>Раз в 5 лет (60 месяцев) мы оплачиваем вам анализы крови, необходимые для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (или нарушений, повышающих риск из развития).</p>	<p>За диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, покрываемую один раз в 5 лет, не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Скрининговые обследования на наличие рака шейки матки и влагалища*</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для всех женщин: ПАП-тест (цитологический мазок) и гинекологический осмотр каждые 24 месяца. • При повышенном риске рака шейки матки или влагалища и женщинам детородного возраста при положительном результате цитологического мазка за 3 последних года: один цитологический мазок каждые 12 месяцев. 	<p>Для профилактических цитологических мазков и гинекологических осмотров, покрываемых Medicare, не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или франшиза.</p>
	<p>Мануальная терапия («хиропрактика», покрывается по программе Medicare)</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мануальное лечение подвывиха позвонка. 	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>
	<p>Скрининговые обследования на наличие рака прямой и толстой кишок*</p> <p>Мы покрываем следующие скрининговые обследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Колоноскопия не имеет ограничений по минимальному или максимальному возрасту и покрывается раз в 120 месяцев (10 лет) для пациентов, не входящих в группу высокого риска, или через 48 месяцев после предыдущей сигмоидоскопии для пациентов, не входящих в группу высокого риска развития колоректального рака, а также один раз каждые 24 месяца для пациентов из группы высокого риска после предыдущей скрининговой колоноскопии или бариевой клизмы. • Сигмоидоскопия для пациентов 45 лет и старше. Один раз каждые 120 месяцев для пациентов, не входящих в группу высокого риска, после того как пациенту была проведена скрининговая колоноскопия. Один раз каждые 48 месяцев для пациентов из группы высокого риска с момента проведения последней сигмоидоскопии или бариевой клизмы. • Скрининговые анализы на скрытую кровь в кале для пациентов 45 лет и старше. Каждые 12 месяцев. • Многоцелевой ДНК-анализ кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не входящих в группу высокого риска. Каждые 3 года. 	<p>За покрываемый по программе Medicare скрининг на рак толстого кишечника и прямой кишки, за исключением бариевой клизмы, не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости. Если во время колоноскопии или сигмоидоскопии врач обнаружит и удалит полип или другую ткань, скрининговое обследование будет считаться диагностическим.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Скрининговые обследования на наличие рака прямой и толстой кишок* (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анализы на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не входящих в группу высокого риска. Каждые 3 года. • Бариевая клизма как альтернатива колоноскопии для пациентов из группы высокого риска каждые 24 месяца после последней скрининговой бариевой клизмы или колоноскопии. • Бариевая клизма как альтернатива сигмоидоскопии для пациентов, не входящих в группу высокого риска в возрасте 45 лет и старше. Один раз не менее чем через 48 месяцев после последней скрининговой бариевой клизмы или скрининговой сигмоидоскопии гибким эндоскопом. <p>Скрининговые обследования и анализы на рак толстого кишечника и прямой кишки включает контрольную скрининговую колоноскопию, если покрываемый Medicare неинвазивный скрининговый анализ кала на рак толстого кишечника дал положительный результат.</p>	
	<p>Стоматология</p> <p>Обычно программа Original Medicare (действует без участия планов) не покрывает профилактику заболеваний зубов (чистка, периодическая проверка состояния зубов, рентгеновские снимки зубов и т. д.). Однако сейчас программа Medicare покрывает стоматологическую помощь лишь в некоторых ситуациях, когда эта помощь является неотъемлемой частью лечения основного заболевания. Примеры: восстановление челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии рака челюсти, осмотр полости рта перед трансплантацией почки.</p>	<p>Участникам плана, имеющим право на это обслуживание, не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>На комплексную стоматологическую помощь может потребоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Стоматология (дополнительно)</p> <p>У нас есть партнеры, обеспечивающие комплексное покрытие стоматологической помощи, соответствующее покрытию по программе Medicaid штата New York. Услуги будут покрываться, если они получены от аффилированного поставщика в рамках нашей сети поставщиков.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Если мы не покрываем определенную услугу или вы превысили максимальную сумму</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Стоматология (дополнительно) (продолжение)</p> <p>Помощь, которую мы вам покрываем, включает следующую: диагностика, профилактика, восстановление зуба, удаление нерва, лечение десен, протезирование (съёмные протезы), протезирование (несъёмные протезы), челюстно-лицевое протезирование, импланты, челюстная и челюстно-лицевая хирургия и другая связанная со стоматологией помощь.</p> <p>Полный перечень покрываемых видов стоматологической помощи см. на www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm. Пройдите по ссылке Updated Fee Schedule</p> <p>В перечне покрываемых видов помощи указаны коды процедур. Американская стоматологическая ассоциация (American Dental Association, ADA) может менять эти коды в течение года. Если у вас возникнут вопросы о коде стоматологической услуги ADA, свяжитесь с нашим Отделом обслуживания участников. Соответствующий номер телефона указан на обратной стороне вашей карты участника страхового плана. Некоторые стоматологические услуги требуют предварительного разрешения и должны быть необходимы по медицинским показаниям. Ваш поставщик услуг самостоятельно получает для вас все необходимые по условиям вашего плана разрешения.</p> <p>Примечание. Указанное выше покрытие относится к дополнительным стоматологическим услугам Medicare Supplemental Dental Benefit. Программа стоматологического обслуживания Medicaid Dental Benefit в штате New York также администрируется в рамках вашего плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). С любыми вопросами по этой покрываемой услуге Medicaid обращайтесь к специалистам своего страхового плана.</p>	<p>компенсации, вам, возможно, придется платить самостоятельно.</p> <p>Могут применяться ограничения и исключения.</p> <p>Мы покрываем стоматологическую помощь, только если она получена у сотрудничающего с планом стоматолога. Если вы обратитесь к стоматологу, который с нами не сотрудничает, вам придется платить за оказанную помощь.</p>
	<p>Скрининг на наличие депрессии*</p> <p>Раз в год мы покрываем одно профилактическое обследование на наличие депрессии. Оно должно проводиться в учреждении / у врача первичной медицинской помощи, которые могут предоставить последующее лечение и/или направить к другим врачам.</p>	<p>Для ежегодного скрининга на наличие депрессии не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или франшиза.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Скрининг на наличие диабета*</p> <p>Мы покрываем профилактическое обследование на наличие диабета (в том числе анализ на глюкозу крови натощак), если у вас присутствуют какие-нибудь из следующих факторов риска: высокое давление крови (гипертензия), высокий холестерин или триглицериды (дислипидемия), ожирение или высокие уровни сахара (глюкозы) в крови. Кроме того, мы можем оплачивать анализы, если вы отвечаете другим требованиям, например если у вас лишний вес или если ваши родственники болели диабетом.</p> <p>У вас может быть право на два скрининга на диабет каждые 12 месяцев после даты последнего скринингового теста на диабет.</p>	<p>Для скрининговых обследований на выявление диабета, покрываемых в рамках Medicare, не предусмотрены доплата, самостоятельная оплата доли стоимости или безусловная франшиза.</p>
	<p>Обучение жизни с диабетом; принадлежности и обслуживание для людей с диабетом*</p> <p>Всем людям с диабетом (независимо от того, принимают ли они инсулин) Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принадлежности для контроля уровня глюкозы в крови: Гликометры, тест-полоски для определения уровня глюкозы, иглы и приспособления для взятия крови, контрольные растворы глюкозы для проверки точности тест-полосок и гликометров. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Гликометры <ul style="list-style-type: none"> ◦ Мы покрываем гликометр, когда врач его выписывает для использования на дому. ◦ На гликометры от предпочтительных производителей получать заранее наше разрешение не нужно. ◦ Тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови <ul style="list-style-type: none"> ◦ На тест-полоски от предпочтительных производителей получать заранее наше разрешение не нужно. ◦ Страховое покрытие может быть ограничено: приобретать за раз можно только 30-дневный запас. ◦ Инсулин. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Программа Часть В Medicare инсулин не покрывает, но покрытие может быть предоставлено по программе Часть D Medicare. 	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Принадлежности покрываются, если у вас есть на них рецепт и вы получаете их в сетевой розничной аптеке или через программу доставки аптечных товаров по почте.</p> <p>Если вам необходима проверка зрения для выявления диабетической ретинопатии или глаукомы, см. услуги врачей в разделе «Офтальмологические услуги» этой таблицы.</p> <p>Если у вас сахарный диабет и вам необходимо посетить врача для обследования стоп, см. раздел «Услуги подиатра» этой таблицы.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Обучение жизни с диабетом; принадлежности и обслуживание для людей с диабетом* (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Если вы используете внешнюю инсулиновую помпу, то покрытие инсулина и помпы может рассматриваться как страховое покрытие оборудования длительного пользования (durable medical equipment, DME). Однако поставщики инсулиновых помп могут не предоставлять инсулин. ◦ Иглы и устройства для взятия крови. ◦ Поверочные растворы глюкозы для проверки точности гликометра и качества тест-полосок. • При тяжелом синдроме диабетической стопы мы раз в календарный год покрываем: одну пару обуви для людей с диабетом на заказ (включая стельки к такой обуви) и две запасные пары стелек или одну пару глубокой обуви и три пары стелек (не считая стелек, сделанных не на заказ, которые вы получаете с такой обувью). Мы покрываем также примерку и подгонку обуви. • При определенных условиях мы покрываем обучение жизни с диабетом. 	<p>Если у вас сахарный диабет и вам требуется лечебное питание (medical nutrition therapy, MNT), см. в этой таблице раздел «Лечебное питание».</p> <p>На принадлежности, обувь и стельки при сахарном диабете может потребоваться наше предварительное разрешение.</p> <p>На приобретение оборудования и принадлежностей от предпочтительного производителя получать вначале наше разрешение не нужно.</p> <p>Предварительное разрешение не требуется для покрываемого в рамках Medicare обучения самостоятельному контролю самочувствия при сахарном диабете.</p>
	<p>Медицинское оборудование длительного пользования (DME, durable medical equipment) и принадлежности к нему</p> <p>(Определение «медицинского оборудования длительного пользования» см. в главе 12 и в главе 3, раздел 7.)</p> <p>Примеры такого оборудования: инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, расходные материалы для людей с диабетом, больничные койки, назначенные врачом для использования на дому, инфузионные насосы для внутривенных инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и расходные материалы, ингаляторы и ходунки.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может потребоваться наше предварительное разрешение.</p> <p>На приобретение оборудования и принадлежностей от предпочтительного</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Медицинское оборудование длительного пользования (DME, durable medical equipment) и принадлежности к нему (продолжение)</p> <p>Мы покрываем все медицинское оборудование длительного пользования, необходимое по медицинским показаниям и покрываемое программой Original Medicare. Если у ближайшего поставщика в вашем районе нет оборудования определенного производителя или определенной марки, спросите, можно ли заказать это оборудование специально для вас. Актуальная версия перечня продавцов и поставщиков есть на нашем сайте SWHNY.com.</p> <p>Обычно план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает любое медицинское оборудование длительного пользования из действующего в плане перечня оборудования тех марок и производителей, которые покрывает программа Original Medicare. Оборудование других марок и производителей мы покрываем, только если ваш врач или другой медик сообщает нам, что вам подходит только определенная марка оборудования.</p> <p>Но если вы только что стали участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) и пользуетесь оборудованием той марки, которая не представлена в нашем перечне, мы продолжим его покрытие не более чем на 90 дней. За это время вам нужно обсудить со своим врачом, какой нужной вам по медицинским показаниям маркой вы будете пользоваться по истечении этих 90 дней. (Если вы не согласны со своим врачом, том можете попросить, чтобы она направил вас к другому врачу для получения второго врачебного мнения.)</p> <p>Если вы (или ваш врач) не согласны с принятым нашим планом страховым решением, то вы или ваш врач можете подать апелляцию. Кроме того, вы можете подать апелляцию, если не согласны с решением своего врача по поводу того, какое оборудование или его марка нужны вам по медицинским показаниям. Подробнее о том, как подать апелляцию, см. в главе 8 («Что делать, если у вас возникли проблемы или претензии (страховые решения, апелляции, жалобы)»).</p>	<p>производителя получать вначале наше разрешение не нужно.</p>
	<p>Экстренная помощь</p> <p>Экстренная помощь — это помощь, которая:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оказана медиком или медицинским учреждением, имеющим право оказывать экстренную помощь. 	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Экстренная помощь (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Необходима для оценки или стабилизации экстренного состояния. <p>Экстренное состояние — это состояние, при котором вы или любой среднестатистический человек без медицинского образования имеет основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть (а если вы беременная женщина, возможен выкидыш), потеря конечности или потеря функции конечности. Такими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние больного.</p> <p>За экстренную помощь, необходимую по медицинским показаниям, не сотрудничающим с нами учреждениям вы платите столько же, сколько сотрудничающим.</p> <p>Экстренную помощь за пределами США мы покрываем как экстренную помощь за рубежом (worldwide emergency coverage benefit). Страховое покрытие экстренной помощи и лечения после стабилизации экстренного состояния за рубежом ограничено \$10 000 за календарный год. См. в этой таблице «Страховое покрытие экстренной / неотложной помощи за рубежом».</p>	<p>Если вас положили в больницу, вам нужно будет платить суммы, которые приведены в разделе этой таблицы «Стационарное лечение в больнице».</p> <p>Ваше участие в оплате экстренной помощи как в сотрудничающей, так и не сотрудничающей с планом больнице одинаковое.</p> <p>Если вы получили экстренную помощь в больнице, которая с нами не сотрудничает и если после стабилизации вашего состояния вам нужна госпитализация, вы должны перейти в больницу, которая с нами сотрудничает; это нужно для того, чтобы мы продолжали оплачивать ваше лечение. <i>ИЛИ</i> Продолжать стационарное лечение в больнице, которая с нами не сотрудничает, вы можете, только если это было разрешено нашим планом. В этом случае ваше участие в оплате помощи будет самым высоким из предусмотренного при лечении в сотрудничающих с нами больницах.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Физкультура (дополнительно)*</p> <p>Вы получаете абонемент в участвующие в программе фитнес-центры. Если у вас нет возможности посещать фитнес-центр или вы предпочитаете тренироваться дома, можете выбрать набор услуг домашней физкультуры. Этот набор поможет вам вести активный образ жизни, не выходя из дома. Эти наборы включают по выбору спортивный браслет с индикаторами и наборы для занятий йогой или силовых упражнений.</p> <p>Если вы решили заниматься в фитнес-центре, можете посетить наш сайт и выбрать центр, который сотрудничает с нашим планом, или пойти прямо в сотрудничающий с нами фитнес-центр, чтобы начать занятия. Сотрудничающие с нами учреждения и фитнес-сети могут различаться в зависимости от того, где расположены, и могут меняться. Наборы для занятий физкультурой могут меняться.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Прежде чем начинать занятия физкультурой или изменять свои обычные упражнения, всегда консультируйтесь со своим врачом.</p>
	<p>Образовательные программы в области здоровья и здорового образа жизни*</p> <p>Программы для живущих с хронической болезнью</p> <p>У нас есть программы, помогающие вам придерживаться образа жизни, нужного при диагностированном у вас заболевании. Вот эти программы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Жизнь с астмой. • Жизнь с депрессией. • Жизнь с сахарным диабетом. • Жизнь с высоким давлением крови. • Жизнь с сердечно-сосудистыми заболеваниями. • Жизнь с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). • Программа для беременных. <p>У нас есть учебные материалы и полезные советы. Кроме того, мы поможем вам общаться с вашим врачом.</p> <p>Включение в программу для живущих с хронической болезнью:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мы вас автоматически включаем в программы, которые подходят вам больше всего. Мы это делаем на основании данных о страховых требованиях на оплату медицинской помощи и лекарств. 	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Образовательные программы в области здоровья и здорового образа жизни* (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> Кроме того, вы можете сами зарегистрироваться в такой программе или вас может зарегистрировать ваш врач. <p>Для регистрации в такой программе вы должны отвечать определенным требованиям.</p> <p>Выход из программы для живущих с хронической болезнью:</p> <ul style="list-style-type: none"> Участие в этих программах добровольное. Вы можете выйти из программы в любое время. <p>Узнать подробности о программе или зарегистрироваться в ней можно, позвонив в наш отдел, занимающийся программами медицинского просвещения (Health Management Department), телефон (866) 891-2320 (TTY: 711), с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по стандартному восточному времени (EST).</p> <p>Программы популяризации здорового образа жизни</p> <p>Другие программы призваны продвигать здоровый образ жизни. Это, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> Программа прекращения курения. Программа похудения. <p>Узнать подробности о программах, помогающих отказаться от курения или похудеть, и/или получить материалы этих программ можно, позвонив по номеру (866) 472-9483 (TTY / TDD: 711. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по восточному времени (EST).</p> <p>Линия сестринских консультаций</p> <p>Есть ли у вас есть жалобы на здоровье прямо сейчас, появились ли у вас вопросы о своем заболевании, хотите ли узнать общие сведения о том, где вам лечиться, — линия сестринских консультаций к вашим услугам круглосуточно и без выходных.</p> <p>Опытная медсестра поможет вам решить, можете ли вы лечиться сами на дому или вам нужно обратиться к врачу.</p> <p>Обсудить с медсестрой свои болезни или травмы можно в любое время дня и ночи.</p>	

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Образовательные программы в области здоровья и здорового образа жизни* (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не нужно получать ни направления, ни разрешения у нашего плана. <p>Эта служба не предназначена для экстренных ситуаций. В экстренных ситуациях сразу же звоните по номеру 911.</p>	
	<p>Карточка Healthy You</p> <p>Карточку Healthy You можно использовать для оплаты некоторых видов помощи / обслуживания, покрываемых нашим планом дополнительно. Это, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Безрецептурные лекарства и товары (ОТС) • Пища и продукты питания* • Транспортировка <p>Предоплаченная дебетовая карта — это не кредитная карта. Вы не можете обналичить средства на вашей карточке и не можете давать эти деньги в долг другим людям. Эту карту нельзя использовать для оплаты косметических процедур. Денежные средства поступают на карту каждый месяц. В конце каждого месяца все неиспользованные средства на карте обнуляются. Они не переходят на следующий месяц или страховой год плана. Если вы выходите из плана, все неиспользованные средства возвращаются плану после дня вашего фактического выхода из плана.</p> <p>За подробностями о том, какие люди с хроническими болезнями могут иметь право на покрытие дополнительного обслуживания, еды и продуктов питания (Special Supplemental Benefits for Chronic Illnesses Food and Produce) обращайтесь в отдел обслуживания плана. Для получения пособия по программе SSBCI участники плана должны иметь: соответствующее требованиям хроническое заболевание; действующую оценку риска для здоровья (HRA) (анкета, заполненная для текущей регистрации в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)). Кроме того, нужно предъявить соответствующую справку от врача и координаторов обслуживания из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Подробнее см. в разделе «Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями» в этой таблице.</p>	<p>Когда вы используете карточку Healthy You, вам не нужно платить доплаты, долю стоимости обслуживания и безусловную франшизу.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Сурдологическая помощь</p> <p>Диагностика нарушений слуха и чувства равновесия, для того чтобы решить, требуется ли вам лечение. Когда эту помощь оказывает врач, специалист по проверке слуха («аудиолог») или другой квалифицированный медик, она покрывается как амбулаторная.</p> <p>Диагностику нарушений слуха и чувства равновесия покрывает программа Medicare. Эти обследования помогают решить, требуется ли вам лечение.</p> <p>Обследование проводится только по медицинским показаниям, таким как потеря слуха в связи с болезнью, травмой или операцией.</p> <p>Сурдологическую помощь программа Medicaid покрывает при наличии медицинских показаний, т. е. тогда, когда это нужно для предотвращения инвалидизации, вызванной нарушением или потерей слуха:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Подбор, подгонка и выдача слухового аппарата. ◦ Проверка слухового аппарата, его соответствия стандартам и ремонт. ◦ Принадлежности к слуховым аппаратам, например вкладыши, специальные крепления и запасные части. <p>Проверка слуха включает обследование и тесты, оценку пригодности слухового аппарата и рецепт на аппарат.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Скрининг на ВИЧ*</p> <p>Людам, которые обращаются за анализом на ВИЧ или относятся к группе риска, мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одно скрининговое обследование раз в 12 месяцев <p>Для беременных женщин мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> • До трех анализов за беременность. 	<p>Участникам программы страхования, имеющим право на профилактическое скрининговое обследование на ВИЧ, покрываемое в рамках Medicare, не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Услуги агентств по предоставлению ухода на дому</p> <p>Перед тем как вы начнете получать помощь на дому, врач должен подтвердить необходимость такой помощи и назначить ее оказание одним из таких агентств. Ваше состояние не позволяет вам покидать дом, то есть выход из дома требует больших усилий.</p> <p>К покрываемым видам помощи относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Периодическая помощь квалифицированных медицинских сестер и медицинских сиделок. (Для того чтобы обслуживание покрывалось как медицинская помощь на дому, общее время работы медицинской сестры и медицинской сиделки не должно превышать 8 часов в день и 35 часов в неделю). • Физиотерапия, трудовая и речевая терапия. • Медицинские и социальные услуги. • Медицинское оборудование и материалы. 	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Инфузионная терапия на дому</p> <p>Это обслуживание включает внутривенное и подкожное введение лекарств или биопрепаратов на дому. Для этого требуется лекарство (например, противовирусное средство, иммуноглобулин), медицинская техника (например, насос) и принадлежности (например, трубки и внутривенные катетеры).</p> <p>К покрываемым видам помощи относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Профессиональная помощь, в том числе помощь медсестер, которую вам оказывают в соответствии с вашим планом обслуживания. • Обучение и просвещение больного, которое не входит в страховое покрытие медицинского оборудования длительного пользования. • Удаленный мониторинг состояния больного. • Введение лекарств квалифицированным медиком и контроль введения лекарства на дому. 	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Хосписное обслуживание*</p> <p>Право на хосписное обслуживание участник плана получает, когда его врач и медицинский директор хосписа приходят к выводу, что болезнь неизлечима и жить участнику плана остается не более 6 месяцев при обычном течении заболевания. В этом случае можно обращаться в любую хосписную программу, сертифицированную программой Medicare. Наш план обязан помочь такому человеку найти сертифицированную программой Medicare хосписную программу в зоне обслуживания плана, в том числе такую, которой владеет (или контролирует или имеет в ней финансовый интерес) организация, работающая по программе Medicare Advantage. Врач в хосписе может как сотрудничать, так и не сотрудничать с нашим планом.</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарства для симптоматического лечения и для облегчения боли. • Краткосрочная замена человека, ухаживающего за больным. • Обслуживание на дому. <p><u>В случае хосписного обслуживания и обслуживания, связанного с терминальным состоянием и покрываемого по программе Часть А или Часть В Medicare:</u> Программа Original Medicare (а не наш план) платит хоспису за хосписное обслуживание, связанное с терминальным состоянием. Если врач или учреждение оказывает помощь по хосписной программе, счета за обслуживание, оплачиваемое программой Original Medicare, направляются в программу Original Medicare. В программе Original Medicare предусмотрена доля участника в оплате получаемых услуг.</p> <p><u>Помощь, которую покрывает программа Часть А или Часть В Medicare и которая не связана с терминальным состоянием:</u> Помощь, которую покрывает программа Часть А или Часть В Medicare и которая не связана ни с экстренным или неотложным состоянием, ни с терминальным состоянием. Суммы, которые участник плана платит за такую помощь, зависят от того, сотрудничает ли с нами врач (или учреждение), оказывающий такую помощь, и соблюдаются ли при этом правила плана (например, требование заранее получить разрешение на определенную помощь / обслуживание).</p>	<p>После того как участник плана начинает получать помощь по хосписной программе, сертифицированной программой Medicare, помощь по поводу терминального состояния и связанную с ним помощь по программам Часть А и Часть В оплачивает не план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), а программа Original Medicare.</p> <p>Наш план покрывает консультации по хоспису (только один раз) людям, находящимся в терминальной стадии болезни, которые не воспользовались страховым покрытием хосписного обслуживания.</p> <p>Участникам, имеющим право на эту услугу, не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Хосписное обслуживание* (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если покрываемое планом обслуживание предоставлено сотрудничающими с нами медиками или медицинскими учреждениями, участник плана платит только ту часть стоимости полученного обслуживания, которую план установил для сотрудничающих с нами медиков и медицинских учреждений. • Если покрываемая нами помощь предоставлена медиками или медицинскими учреждениями, которые с нами не сотрудничают, участник плана платит часть стоимости полученного обслуживания, установленную программой Fee-for-Service Medicare (Original Medicare). <p><u>В случае помощи, которую покрывает план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), но не покрывают программы Части А или Части В Medicare: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) план по-прежнему оплачивает помощь, которую покрывает он, но не покрывают программы Часть А и Часть В. План делает это независимо от того, связана необходимость в такой помощи с терминальным состоянием или нет. За это обслуживание вы платите установленные доплаты и доли стоимости.</u></p> <p><u>Лекарства, которые может покрывать программа Часть D.</u> Если эти лекарства не связаны с терминальным состоянием, по поводу которого пациент получает хосписное обслуживание, то он платит предусмотренную планом часть стоимости лекарств. Если эти лекарства связаны с терминальным состоянием, по поводу которого пациент получает хосписное обслуживание, то он платит часть стоимости лекарств, предусмотренную программой Original Medicare. Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно и хосписом, и нашим планом. Подробнее см. в главе 5, раздел 9.4 («<i>В хосписе, сертифицированной программой Medicare</i>»).</p> <p>Примечание. Если нужна помощь, не связанная с хосписным уходом (то есть не связанная с терминальной стадией заболевания), обратитесь к нам, и мы эту помощь организуем.</p> <p>Наш план покрывает консультации по хоспису (только один раз) людям, находящимся в терминальной стадии болезни, которые не воспользовались страховым покрытием хосписного обслуживания.</p>	

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Прививки*</p> <p>Обслуживание, покрываемое по программе Часть В Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Прививки от пневмонии. • Прививки (или вакцины) от гриппа — один раз в сезон гриппа, осенью и зимой, и дополнительные прививки (или вакцины) от гриппа, если это необходимо по медицинским показаниям. • Прививки от гепатита В, если вы находитесь в группе высокого или среднего риска заражения гепатитом В • Прививка от COVID-19. • Другие вакцины, если они удовлетворяют правилам покрытия Части В Medicare и если вы находитесь в группе риска. <p>Большинство вакцин для взрослых включены в покрытие рецептурных препаратов Части D. Подробнее см. в главе 6, раздел 8.</p>	<p>Для прививок от пневмонии, гриппа, гепатита В и COVID-19 не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплаты и безусловная франшиза.</p>
	<p>Стационарное лечение в больнице</p> <p>Лечение острого состояния; реабилитация в стационаре; лечение в больнице, специализирующейся на долгосрочном уходе, и другие виды стационарного лечения. Стационарное лечение в больнице начинается в тот день, когда вас по направлению врача официально госпитализируют в качестве стационарного пациента. Последний день стационарного лечения — это день перед выпиской.</p> <p>План покрывает, например, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Двухместная или маломестная палата (или отдельная, если для этого есть медицинские показания). • Питание, включая специальные диеты. • Регулярные услуги медсестер. • Помощь в специальных отделениях, таких как отделения интенсивной терапии или кардиологические отделения. • Лекарства и медикаменты. • Лабораторные анализы. • Рентгеновские снимки и другие виды лучевой диагностики / терапии. • Необходимые хирургические и медицинские принадлежности. • Оборудование, например, инвалидные коляски. • Использование операционной и послеоперационной палаты. • Лечебная физкультура, трудотерапия (восстановление двигательных навыков), речевая терапия. 	<p>Вы платите \$0 за 1–90 дней пребывания в стационаре за каждый госпитализационный период (это понятие используют страховщики для измерения страхового покрытия; это НЕ срок госпитализации).</p> <p>Наш план покрывает также 60 резервных дней за все время жизни участника плана. Эти дни мы покрываем дополнительно. Если ваша госпитализация длится дольше, чем 90 дней за госпитализационный период, то вы можете использовать эти дополнительные 60 дней, но обычно страховое покрытие ограничено 90 днями за</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Стационарное лечение в больнице (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги стационарного лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. • В определенных ситуациях покрываются пересадки роговицы, почек, почек / поджелудочной железы, сердца, печени, легких, сердца / легких, костного мозга, стволовых клеток, кишечника / нескольких внутренних органов. Если вам нужна пересадка, мы договоримся о консультации с утвержденным программой Medicare центром пересадки органов. Центр примет решение о том, будете ли вы кандидатом на трансплантацию. Центры пересадки органов могут располагаться как в зоне обслуживания плана, так и вне ее. Если сотрудничающие с нами центры пересадки органов расположены слишком далеко, можно обратиться в местный центр, который с нами не сотрудничает, но принимает плату по расценкам программы Original Medicare. Если план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) согласен покрывать пересадку в удаленном центре (за пределами зоны обслуживания) и если вы на это согласитесь, мы организуем или оплатим проживание и поездку вам и сопровождающему вас лицу. Программа Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) предоставляет компенсацию затрат на проживание и питание в случае получения медицинского обслуживания, связанного с трансплантацией, в отдаленном учреждении, но не более \$150 в день. Кроме того, можно подать запрос о возмещении затрат на топливо в сумме, эквивалентной стандартным ставкам в центах на милю для налогоплательщиков, установленных Налоговой службой (Internal Revenue Service, IRS), которые корректируются и публикуются в открытом доступе. Максимальная сумма компенсации всех затрат на поездку, проживание, питание и топливо составляет пять тысяч долларов (\$5000) на каждую операцию трансплантации в соответствии с рекомендациями плана. • Кровь, включая хранение и переливание. Страховое покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой пинты крови. Первые в календарном году 3 пинты вы должны оплатить самостоятельно. Кроме того, вы можете попросить кого-нибудь стать бесплатным донором этих трех пинт. Переливание препаратов крови покрывается начиная с первой использованной пинты. 	<p>госпитализационный период.</p> <p>Мы можем покрывать дополнительную помощь по программе Medicaid, если покрытие отвечает правилам этой программы.</p> <p>Если после стабилизации экстренного состояния вы продолжаете с нашего разрешения лечиться в стационаре больницы, которая не сотрудничает с нашим планом, то платите столько же, сколько платили бы за пребывание в больнице, которая с нами сотрудничает.</p> <p>Может потребоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Стационарное лечение в больнице (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги врача. <p>Примечание. Пациент считается стационарным, если врач официально и в письменном виде назначил ему госпитализацию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться «амбулаторным пациентом». Если вы не знаете, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите сотрудников больницы.</p> <p>Дополнительную информацию можно также найти в информационном бюллетене Medicare под названием «<i>Стационарный или амбулаторный пациент? Если у вас Medicare — спрашивайте!</i>» (<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i>). Этот информационный листок есть в Интернете по адресу https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. Кроме того, его можно запросить, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ТТУ: 1-877-486-2048. Вы можете звонить по этим телефонам бесплатно, круглосуточно, 7 дней в неделю.</p>	
	<p>Стационарное лечение в психиатрической больнице</p> <p>Мы покрываем стационарное психиатрическое лечение.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Его можно получать как в обычной больнице, так и в психиатрической. • Программа Medicare покрывает не более 190 дней лечения в психиатрической больнице за всю жизнь пациента. • Остаток 190-дневного срока не меняется, если даже больной стал участником нашего плана. • 190-дневный предел не распространяется на стационарное психиатрическое лечение в психиатрическом отделении обычной больницы. • Число госпитализационных периодов для стационарного психиатрического лечения в обычной больнице не ограничено. У больного может быть много госпитализационных периодов при стационарном лечении в психиатрической больнице, но общий предел страхового покрытия составляет 190 дней за всю жизнь больного. 	<p>Вы платите \$0 за дни 1–90 пребывания в стационаре за каждый госпитализационный период.</p> <p>Наш план покрывает также 60 резервных дней за все время жизни участника. Эти дни мы покрываем дополнительно. Если ваша госпитализация длится дольше, чем 90 дней за госпитализационный период, то вы можете использовать эти дополнительные дни. Помните, однако, что после того как вы используете эти 60 резервных дней, покрытие госпитализации будет ограничено 90 днями за</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Стационарное лечение в психиатрической больнице (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • После того как достигнут 190-дневный предел, стационарное лечение покрывает программа Medicaid. В этой программе не предусмотрены ни госпитализационные периоды, ни предельное число дней госпитализации за всю жизнь участника. • Обращаться нужно только в те психиатрические учреждения, которые в сотрудничестве с планом. Чтобы получить список сотрудничающих с нами медиков / учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, позвоните в наш Отдел обслуживания участников. <p>Программа Medicare не покрывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги персональных медицинских сестер. • Телефон и телевизор в палате. • Одноместная палата (кроме случаев, когда она нужна по медицинским показаниям). 	<p>госпитализационный период.</p> <p>Если после стабилизации экстренного состояния вы продолжаете с нашего разрешения лечиться в стационаре больницы, которая не сотрудничает с нашим планом, то платите столько же, сколько платили бы за пребывание в больнице, которая с нами сотрудничает.</p> <p>Может потребоваться наше предварительное разрешение. В случае плановых госпитализаций, врачу следует сообщать нам, что вас положат в больницу. В экстренных ситуациях этого не требуется.</p>
	<p>Пребывание в стационаре: покрываемое обслуживание в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF) в период непокрываемого лечения в стационаре</p> <p>Если число дней госпитализации превысило предел, покрываемый нами за госпитализационный период, или если госпитализация вам больше не нужна, мы перестаем покрывать ваше пребывание в стационаре. Тем не менее мы в некоторых случаях продолжаем покрывать некоторые виды помощи, которую вы получаете в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода. План покрывает, например, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги врача. • Диагностические исследования, например, анализы. 	<p>За это обслуживание не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p> <p>Может потребоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Пребывание в стационаре: покрываемое обслуживание в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF) в период непокрываемого лечения в стационаре (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лучевая терапия, изотопная терапия, включая принадлежности и обслуживание. • Хирургические перевязочные материалы. • Шины, фиксаторы и другие приспособления, используемые при переломах и вывихах. • Протезы и ортопедические устройства (кроме зубных), заменяющие часть внутреннего органа или орган целиком (включая прилегающие ткани) или выполняющие работу внутреннего органа, который не может быть оперирован или функция которого не может быть восстановлена. Кроме того, мы покрываем замену и ремонт таких устройств. • Иммобилизующие устройства для ног, рук, спины и шеи; бандажи; протезы рук, ног и глаз; подгонка, починка и замена протезов и устройств в связи с их поломкой, износом, потерей или изменением состояния пациента. • Физиотерапия, речевая терапия и трудотерапия. 	
	<p>Лечебное питание*</p> <p>Эту помощь мы покрываем людям с диабетом или заболеваниями почек (не требующими проведения диализа) и тем, кому по назначению врача была сделана пересадка почки.</p> <p>Мы покрываем 3 часа индивидуальных консультаций за первый год получения диетологической помощи, покрываемой по программе Medicare (включает наш план, план по программе Medicare Advantage или программу Original Medicare). В последующие годы мы покрываем по 2 часа консультаций в год. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов. Эту помощь должен назначить врач. Врач должен назначить вам это обслуживание и при необходимости повторять эти назначения каждый календарный год.</p>	<p>За услугу лечебного питания, покрываемую программой Medicare, не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Программа профилактики диабета от программы Medicare (MDPP)*</p> <p>Программу MDPP программа Medicare покрывает участникам всех планов, действующих по программе Medicare.</p> <p>Программа MDPP — это практические занятия, которые помогают изменить привычный рацион питания и повысить физическую активность и учат тому, как справиться с трудностями, связанными с похудением и здоровым образом жизни.</p>	<p>За участие в программе MDPP не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p>
	<p>Рецептурные лекарственные препараты Части В Medicare</p> <p>Это лекарства, которые покрывает Часть В программы Original Medicare. Участники плана получают это страховое покрытие по нашему плану. Покрываемые лекарства включают следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарства, которые больной обычно не может применять сам (уколы или капельницы на приеме у врача, во время амбулаторного лечения в больнице или в амбулаторном хирургическом центре). • Инсулин, вводимый с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, инсулиновой помпы, необходимой по медицинским показаниям). • Другие лекарства, которые больной использует с помощью разрешенного нашим планом медицинского оборудования длительного пользования (например, ингалятора). • Лекарство от болезни Альцгеймера, Lecembi® (название непатентованной версии — lecanemab), которое вводится внутривенно. Помимо расходов на лекарства, вам могут потребоваться дополнительные обследования и анализы до и/или во время лечения, которые могут увеличить общие расходы. Обсудите со своим врачом, какие обследования и анализы могут понадобиться вам в рамках лечения. • Факторы свертывания крови, инъекции которых больной делает сам себе при гемофилии. 	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>За инсулин не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p> <p>В случае лекарств, покрываемых по Части В, мы можем требовать поэтапного лечения.</p> <p>Может потребоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Рецептурные лекарственные препараты Части В Medicare (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Иммуносупрессоры / лекарства, применяемые при трансплантации. Программа Medicare покрывает лекарственную терапию при трансплантации органов, если трансплантация была оплачена по этой программе. На момент трансплантации вы должны быть участником Части А, на момент получения иммуносупрессивных препаратов — Части В. Имейте в виду, что покрытие лекарственных препаратов Medicare (Часть D) включает иммуносупрессивные препараты, если Часть В их не покрывает. • Инъекционные лекарства от остеопороза, если вы прикованы к дому, не можете вводить себе лекарство сами и если врач подтвердил наличие у вас перелома, связанного с постклимактерическим остеопорозом. • Некоторые антигены. Medicare покрывает антигены, если врач готовит их, а надлежащим образом проинструктированное лицо (которым можете быть и вы, т. е. пациент) вводит их под соответствующим наблюдением. • Некоторые пероральные лекарства от рака. Программа Medicare покрывает некоторые пероральные лекарства от рака (их нужно принимать, а не вводить в кровь), если это лекарство есть в форме инъекций или в форме предшественника активной формы (пероральное лекарство, которое после приема расщепляется с образованием активного вещества, используемого в уколах или капельницах). По мере появления новых пероральных противораковых препаратов Часть В может покрывать их. Если Часть В их не покрывает, то их покрывает Часть D. • Пероральные препараты против тошноты. Medicare покрывает пероральные препараты против тошноты, используемые в рамках противораковой химиотерапии, если они принимаются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии или применяются в качестве полной терапевтической замены внутривенного препарата против тошноты. • Некоторые пероральные препараты для лечения терминальной стадии почечной недостаточности (End-Stage Renal Disease, ESRD), если тот же препарат доступен в инъекционной форме и включен в покрытие ESRD в рамках Части В. 	

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Рецептурные лекарственные препараты Части В Medicare (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кальцимитетики (лекарства, которые усиливают регуляторную функцию ионов кальция) при терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD), в том числе лекарство Parsabiv® внутривенно, и пероральное лекарство Sensipar®. • Определенные лекарства для проведения диализа на дому, в том числе гепарин, антагонист гепарина, если это требуется по медицинским показаниям, и средства для поверхностной анестезии. • Стимулирующие эритропоэз препараты. При терминальной стадии почечной недостаточности (End-Stage Renal Disease, ESRD) или для лечения анемии, связанной с основным заболеванием, программа Medicare покрывает инъекционный эритропоэтин (например, Procrit®). • Внутривенные иммуноглобулины для лечения первичных иммунодефицитов. • Парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и через зонд). <p>В некоторых случаях наш план требует, чтобы вы сначала попробовали определенные лекарства для лечения вашего заболевания, прежде чем мы разрешим страховое покрытие другого лекарства от этого заболевания. Например, если лекарства А и Б применяются для лечения одной и той же болезни, но лекарство А дешевле, план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство А. Если лекарство А вам не поможет, план начнет оплачивать лекарство Б.</p> <p>Перечень покрываемых по программе Часть В лекарств, правила покрытия которых могут включать поэтапное лечение, можно найти по следующей ссылке: SWHNY.com.</p> <p>Мы также покрываем некоторые вакцины в рамках программы Часть В и Часть D по рецептурным лекарственным препаратам.</p> <p>О страховом покрытии лекарств по рецепту по программе Часть D и о правилах, которые надо соблюдать, для того чтобы получить это покрытие, рассказывается в главе 5.</p>	

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Профилактические обследования (скрининг) на наличие ожирения и лечение, необходимое для похудения*</p> <p>Если ваш индекс массы тела составляет не менее 30, мы покрываем консультации по вопросам похудения. Эти консультации мы покрываем, если вы получаете их в качестве первичной помощи и если их можно согласовать с вашим комплексным профилактическим планом. За подробностями обращайтесь к своему основному врачу.</p>	<p>Для профилактического обследования на наличие ожирения и соответствующей терапии не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или безусловная франшиза.</p>
	<p>Программы лечения опиоидной зависимости</p> <p>Участники нашего плана с опиоидной зависимостью (Opioid Use Disorder, OUD) могут получать страховое покрытие лечения этой зависимости в рамках программы Opioid Treatment Program (OTP). Лечение по этой программе включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарственное лечение (medication-assisted treatment, MAT), утвержденное Управлением по надзору за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (U.S. Food and Drug Administration, FDA): агонисты и антагонисты опиоидов. • Выдачу и введение препаратов заместительной терапии (если требуется). • Консультации по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. • Индивидуальная и групповая терапия. • Токсикологические анализы. • Мероприятия по приему нового пациента. • Периодические обследования. 	<p>За услуги программы лечения зависимости от опиатов, покрываемые по программе Medicare, не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p> <p>Заранее получать наше разрешение на амбулаторное лечение по программе лечения опиоидной зависимости не требуется, но бывает нужно, если вам необходимы лекарства для лечения этой зависимости.</p>
	<p>Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности</p> <p>К покрываемым видам помощи относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рентгенография. • Лучевая (радиевая и изотопная) терапия, в том числе необходимые материалы и принадлежности. • Хирургические принадлежности, такие как перевязочные средства. • Шины, фиксаторы и другие приспособления, используемые при переломах и вывихах. • Лабораторные анализы. 	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p> <p>На амбулаторные анализы заранее получать наше разрешение не требуется.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кровь, включая хранение и переливание. Страховое покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой пинты крови. Первые в календарном году 3 пинты вы должны оплатить самостоятельно. Кроме того, вы можете попросить кого-нибудь стать бесплатным донором этих трех пинт. Переливание препаратов крови покрывается начиная с первой использованной пинты. • Другая амбулаторная диагностика: нелучевые методы диагностики, например ЭКГ, ЭЭГ, спирометрия, исследование нарушений сна, ЭКГ под нагрузкой и т. д. • Лучевая диагностика (в том числе комплексные исследования): КТ, ОФЭКТ, ПЭТ, МРТ, МРА, изотопные исследования, ультразвук, маммография, интервенционные лучевые исследования (миелография, цистография, ангиография и бариевая клизма). • На амбулаторные анализы и рентгеновские снимки получать наше разрешение не требуется. 	<p>На генетические анализы нужно заранее получать наше разрешение.</p>
	<p>Амбулаторное наблюдение в больнице</p> <p>Амбулаторное наблюдение в больнице позволяет врачам решить, требуется вам госпитализация или нет.</p> <p>Для того чтобы мы покрывали амбулаторное наблюдение в больнице, нужно, чтобы оно отвечало критериям программы Medicare и считалось разумным и необходимым. Кроме того, это наблюдение должно быть назначено врачом или другим специалистом, который уполномочен законами штата и подзаконными актами, действующими в случае сотрудников больницы, принимать пациентов в больницу или назначать амбулаторные обследования.</p> <p>Примечание. Если врач не дал письменное направление на вашу госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите как за амбулаторное лечение в больнице. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите об этом сотрудников больницы.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Амбулаторное наблюдение в больнице (продолжение)</p> <p>Дополнительную информацию можно также найти в информационном бюллетене Medicare под названием «<i>Стационарный или амбулаторный пациент? Если у вас Medicare — спрашивайте!</i>» (<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i>). Этот информационный листок есть в Интернете по адресу https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. Кроме того, можно позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048). Вы можете звонить по этим телефонам бесплатно, круглосуточно, 7 дней в неделю.</p>	
	<p>Амбулаторное лечение в больнице</p> <p>Мы покрываем необходимую по медицинским показаниям помощь, которую вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики или лечения заболевания или травмы.</p> <p>К покрываемым видам помощи относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Помощь в приемном покое или в амбулаторном отделении больницы (например, наблюдение за вашим состоянием или амбулаторная операция). • Анализы и диагностические обследования, счет за которые выставляет больница. • Психиатрическая помощь, в том числе помощь по программам частичной госпитализации, если врач подтверждает, что в противном случае вам потребуется лечение в стационаре. • Рентгеновские снимки и другие виды лучевой диагностики, счета за которые выставляет больница. • Такие медицинские принадлежности, как шины и иммобилизующие аппараты. • Определенные лекарства и биологические препараты, которые нельзя принимать самостоятельно. <p>Примечание. Если врач не дал письменное направление на вашу госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите как за амбулаторное лечение в больнице. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите об этом сотрудников больницы.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p> <p>На амбулаторные анализы и рентгеновские снимки получать наше разрешение не требуется. На генетические анализы нужно заранее получать наше разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Амбулаторное лечение в больнице (продолжение)</p> <p>Дополнительную информацию можно также найти в информационном бюллетене Medicare под названием «<i>Стационарный или амбулаторный пациент? Если у вас Medicare — спрашивайте!</i>» (<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i>). Этот информационный листок есть в Интернете по адресу https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. Кроме того, можно позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048). Вы можете звонить по этим телефонам бесплатно, круглосуточно, 7 дней в неделю.</p>	
	<p>Амбулаторная помощь при психических нарушениях</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <p>Психиатрическая или психологическая помощь, оказанная психиатром или другим врачом, имеющим лицензию на работу в вашем штате; клиническим психологом; клиническим социальным работником; медицинской сестрой-специалистом (clinical nurse specialist); лицензированным профессиональным консультантом (licensed professional counselor, LPC); лицензированным семейным психотерапевтом (licensed marriage and family therapist, LMFT); фельдшером («практикующей медицинской сестрой», nurse practitioner, NP); помощником врача (physician assistant, PA) или другим профессиональным медиком, которого программа Medicare признала имеющим достаточную квалификацию для оказания психиатрической помощи в соответствии с применимыми законами штата.</p> <p>Покрываемая амбулаторная помощь при психических нарушениях включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одно профилактическое обследование (скрининг) на наличие депрессии раз в календарный год. Обследование должно проводиться основным врачом; он может оказать вам необходимую помощь или дать направление к специалисту. • Индивидуальная и групповая психотерапия, проводимая врачом или лицензированным специалистом, которому законами штата разрешено оказывать такую помощь. • Семейные консультации, если их главное назначение — способствовать вашему лечению. • Тестирование с целью выяснить, получаете ли вы необходимую вам помощь и помогает ли она вам. 	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>О ежегодном профилактическом обследовании на наличие депрессии см. «Скрининг на наличие депрессии» в этой таблице.</p> <p>Если вам необходимы эти амбулаторные услуги по охране психического здоровья, покрываемые программой Medicare, см. раздел «Частичная госпитализация» в этой таблице.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<ul style="list-style-type: none"> • Психиатрическое обследование. <p>Амбулаторная помощь при психических нарушениях (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение и коррекция лекарственного лечения. 	
	<p>Амбулаторная реабилитация</p> <p>Мы покрываем: физиотерапию, трудотерапию (восстановление двигательных навыков) и речевую терапию.</p> <p>Амбулаторную реабилитацию проводят различные учреждения, например амбулаторные отделения больниц, кабинеты частнопрактикующих медиков и центры комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>
	<p>Амбулаторные услуги лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторная наркологическая помощь, покрываемая по программе Medicare. • Кроме того, по программе Medicaid мы покрываем сеансы индивидуальной и групповой терапии. Участник плана может раз в двенадцать (12) месяцев самостоятельно прийти к сотрудничающему с нами медику на обследование. <p>Обращаться нужно к специалистам по психическим нарушениям, сотрудничающим с планом Senior Whole Health Healthcare.</p> <p>За подробностями обращайтесь в наш отдел обслуживания.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Амбулаторная хирургия, включая помощь в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах</p> <p>Примечание. Если операцию вам делают в больнице, уточните у врача, считаетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. Если врач не назначил вам в письменном виде госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите как за амбулаторную операцию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться «амбулаторным пациентом».</p>	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Безрецептурные товары (ОТС) (дополнительно)*</p> <p>Каждый месяц вы получаете на свою карту Healthy You сумму в размере \$100, которую можно тратить на утвержденные планом лекарства и товары, продающиеся без рецепта (Over-the-counter, ОТС). Эта ежемесячная льгота применяется совместно с льготой на транспортные услуги в неэкстренных ситуациях (дополнительные). Вы можете тратить эту сумму на карточке Healthy You на лекарства и товары, продающиеся без рецепта, на поездки или на то и другое. Если вы не израсходовали всю положенную вам ежемесячную сумму, остаток аннулируется и не переходит на следующий месяц.</p> <p>Мы покрываем такие безрецептурные средства для поддержания здоровья и хорошей физической формы, как витамины, солнцезащитные кремы, обезболивающие средства, лекарства от кашля и простуды, перевязочные материалы.</p> <p>Вы можете заказать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Онлайн — посетите веб-сайт NationsOTC.com/Molina • По телефону — позвоните (877) 208-9243 для соединения с консультантом по работе с клиентами Nations OTC (TTY: 711), круглосуточно, 365 дней в году (без выходных). • По почте — заполните и отправьте нам форму заказа из каталога безрецептурных товаров. • В участвующих в программе розничных магазинах. <p>Полный список утвержденных планом страхования товаров, отпускаемых без рецепта, см. в каталоге безрецептурных товаров на 2025 год; вы также можете позвонить консультанту по вопросам безрецептурных товаров, чтобы получить дополнительную информацию. В каталоге безрецептурных товаров на 2025 год представлены важные сведения (инструкции по оформлению заказа).</p> <p>За подробностями обращайтесь в наш отдел обслуживания.</p>	<p>Когда вы используете карточку Healthy You, вам не нужно платить доплаты, долю стоимости обслуживания и безусловную франшизу.</p> <p>Если вы превысите максимальную ежемесячную сумму, возможно, вам придется нести расходы самостоятельно. Могут применяться ограничения и исключения.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Частичная госпитализация и интенсивная амбулаторная помощь</p> <p><i>Частичная госпитализация (Partial hospitalization)</i> — это структурированная программа активного психиатрического лечения, проводимого амбулаторно в больнице или местном центре психического здоровья. Такое лечение интенсивнее, чем то, которое можно получить в кабинете врача, терапевта, лицензированного брачного и семейного терапевта (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта. Оно используется как альтернатива госпитализации в стационар.</p> <p><i>Интенсивное амбулаторное лечение</i> — это структурированная программа активной терапии при психических нарушениях. Это лечение интенсивнее, чем то, которое можно получить у врача или психотерапевта, но менее интенсивное, чем при частичной госпитализации. Проводится в амбулаторных отделениях больницы, в местных центрах лечения психических нарушений, в федеральных медицинских центрах и в сельских клиниках.</p>	<p>Для услуг частичной госпитализации, покрываемых в рамках Medicare, не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или безусловная франшиза.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Терапевтическая или хирургическая помощь по медицинским показаниям, оказанная в кабинете врача, сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или любом другом учреждении. • Консультация, диагностика и лечение у специалиста. • Первичная проверка слуха и чувства равновесия у вашего основного врача, если она назначена врачом, для того чтобы выяснить, нуждаетесь ли вы в лечении. • Некоторые виды обслуживания, предоставляемые удаленно (телемедицина), в том числе некоторые виды первичного обслуживания. 	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Эту помощь можно получить при личном посещении медика или посредством телемедицины. Если вы решите получить ее удаленно, вам нужно обратиться к медику, который это делает и сотрудничает с планом. Если вы решите получить ее удаленно, вам нужно обратиться к медику, который это делает и сотрудничает с планом. Узнать, кто с нами сотрудничает, можно, посетив наш сайт SWHNY.com. ◦ Виртуальный прием у медика — это прием, который проводится вне кабинета медика или вне медицинского учреждения с помощью Интернета или других видов аудио- и видеосвязи. ◦ Примечание. Не все заболевания можно лечить по телефону. Во время виртуального приема врач решит, нужно ли вам прийти к нему на очный прием. <ul style="list-style-type: none"> • Удаленные ежемесячные консультации в связи с последней стадией почечной недостаточности (end-stage renal disease, ESRD) для пациентов, которые проходят диализ на дому. Проводятся в больничном диализном центре или в больничном центре диализа в критических ситуациях, в диализном центре или на дому. Может потребоваться наше предварительное разрешение. • Удаленные консультации для диагностики, оценки и лечения симптомов инсульта. Проводятся независимо от того, где находится больной. Может быть нужно заранее получить наше разрешение. • Удаленные консультации для участников плана с наркотической зависимостью или связанными с ней психическими расстройствами. Проводятся независимо от того, где находится больной. Может потребоваться наше предварительное разрешение. 	

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Удаленные консультации для диагностики, оценки и лечения психических расстройств, если: <ul style="list-style-type: none"> ◦ У вас был очный визит в течение 6 месяцев до первого визита в режиме телемедицины. ◦ Параллельно с получением услуг телемедицины вы посещаете врача каждые 12 месяцев. ◦ При определенных обстоятельствах могут быть сделаны исключения. • Удаленные консультации по поводу психических нарушений в сельской клинике или в федеральном медицинском центре. • 5–10-минутные удаленные консультации с вашим врачом (например, по телефону или по видеосвязи) при соблюдении следующих условий: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Вы не новый пациент. -И- ◦ Консультация не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней. -И- ◦ В результате консультации не назначается посещение врача в течение следующих 24 часов или как можно быстрее. • Изучение видеозаписи и/или изображений, которые вы прислали своему врачу, расшифровка и меры, которые принимает ваш врач, в течение 24 часов при соблюдении следующих условий: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Вы не новый пациент. -И- ◦ После удаленного изучения изображений не назначается посещение врача в течение следующих 24 часов или как можно быстрее. • Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, через Интернет или электронную медицинскую карту, если вы не новый пациент. • Второе врачебное мнение перед проведением операции. • Особые виды стоматологической помощи (покрываемое нами обслуживание ограничено операциями на челюстях и связанных с ними областях, лечением переломов челюстей и лицевых костей, удалением зуба при подготовке к лучевой терапии злокачественного заболевания и помощь, которую мы покрывали бы, если бы ее оказывал обычный (не зубной) врач). 	

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> Мониторирование состояния больного в кабинете врача или амбулаторном отделении больницы, если вы лечитесь лекарствами, снижающие свертываемость крови; это, например кумадин (Coumadin), гепарин (Heparin) и варфарин (Warfarin). 	
	<p>Услуги подиатра (лечение стоп и уход за ними) (покрывается по программе Medicare)</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> Диагностика и консервативное или хирургическое лечение травм и заболеваний стопы (например, молоткообразного пальца или пяточной шпоры). Обычное лечение стоп больным определенными заболеваниями, вызывающими осложнения на нижние конечности. 	<p>За услуги подиатра, покрываемые по программе Medicare, не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Профилактические обследования (скрининг) на рак предстательной железы*</p> <p>Мужчинам в возрасте 50 лет и старше мы раз в 12 месяцев покрываем следующую помощь:</p> <ul style="list-style-type: none"> Пальцевое ректальное исследование. Анализ на простат-специфический антиген (PSA). 	<p>За ежегодный анализ на простатический специфический антиген (PSA, Prostate Specific Antigen) не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Протезы, ортопедические устройства и принадлежности к ним</p> <p>Устройства (кроме стоматологических), которые полностью или частично замещают орган или его часть или функцию. К обслуживанию относятся, например, испытания и подгонка протеза, обучение использованию приспособления. Кроме того, мы покрываем мешки для колостомы и принадлежности для ухода за колостомой, кардиостимуляторы, фиксирующие устройства, обувь для протеза стопы, искусственные конечности и протезы груди (включая специальные бюстгалтеры для ношения после мастэктомии). Кроме того, мы покрываем некоторые принадлежности, необходимые при использовании протезов и ортопедических устройств, ремонт протезов и ортопедических устройств и их замену. Сюда входит страховое покрытие некоторых видов помощи после удаления катаракты или операции по поводу катаракты — см. в разделе «Офтальмологические услуги».</p>	<p>Участникам, имеющим право на эту услугу, не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Легочная реабилитация</p> <p>Участникам нашего плана с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ, англ. COPD) степени от умеренной до очень тяжелой мы покрываем комплексные программы легочной реабилитации. Требуется направление, выданное врачом, у которого участник плана лечится от хронического заболевания дыхательных путей.</p>	<p>Участникам, имеющим право на эту услугу, не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>
	<p>Обследование и консультации по поводу злоупотребления спиртным*</p> <p>Взрослым участникам плана, злоупотребляющим спиртным (в том числе беременным женщинам), но не имеющим алкогольной зависимости, мы покрываем одно обследование; покрытие предоставляется по программе Medicare.</p> <p>Если по результатам обследования признано, что вы спиртным злоупотребляете, вы можете получить до 4 кратких очных индивидуальных консультаций в год (во время консультации вы должны быть в ясном сознании). Консультации проводит ваш основной врач или другой медик, оказывающий первичную медицинскую помощь.</p>	<p>Для покрываемой Medicare услуги скрининга и консультирования для снижения потребления алкоголя не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или безусловная франшиза.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Скрининг на рак легких с использованием низкодозовой компьютерной томографии (LDCT)*</p> <p>Некоторым участникам плана мы каждые 12 месяцев покрываем низкодозовую компьютерную томографию легких (low dose computed tomography, LDCT).</p> <p>Это обследование мы покрываем следующим участникам плана: люди в возрасте 50 - 77 лет без признаков рака легких, курящие сейчас или бросившие курить менее 15 лет назад и выкурившие не менее 20 упаковок-лет (число упаковок в день, умноженное на число лет). Требуется письменное направление на LDCT по результатам профилактической консультации по предупреждению рака легких. Перед LDCT требуется консультация с основным лечащим врачом по поводу курения и КТ (консультация называется «shared decision making visit»); консультация должна отвечать требованиям программы Medicare; проводится врачом или другим практикующим медиком.</p> <p><i>Профилактические низкодозовые томографии (LDCT) легких после первой такой томографии:</i> требуется письменное направление; направление можно получить во время любого приема у врача или у другого практикующего медика, имеющего необходимую квалификацию. Если врач или другой практикующий медик проводит консультацию по поводу томографического обследования на рак легких и консультацию по поводу курения, необходимую для последующей LDCT-томографии легких, эти консультации должны отвечать соответствующим требованиям программы Medicare.</p>	<p>За покрываемые Medicare консультации, совместное принятие решений и профилактическую низкодозовую томографию легких (LDCT) не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>
	<p>Профилактические анализы (скрининг) на заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП) и консультации по профилактике таких заболеваний*</p> <p>Мы покрываем профилактические обследования на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В. Это страховое покрытие предоставляется беременным женщинам и людям из группы риска. Направление на анализы должен дать ваш основной врач. Мы покрываем эти анализы один раз каждые 12 месяцев и в определенные периоды беременности.</p>	<p>За скрининг на ЗППП и консультации по поводу ЗППП, покрываемые по программе Medicare, не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Профилактические анализы (скрининг) на заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП) и консультации по профилактике таких заболеваний* (продолжение)</p> <p>Кроме того, взрослым, ведущим активную половую жизнь и подвергающимся повышенному риску ЗППП, мы покрываем до двух очных индивидуальных интенсивных психологических консультаций длительностью от 20 до 30 минут. Такие консультации мы покрываем, только если они проводятся основным врачом и если этот врач проводит их там же, где оказывает медицинскую помощь, например в своем кабинете.</p>	
	<p>Лечение болезней почек</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Медицинское просвещение клиентов с болезнями почек: обучение тому, как надо себя вести и как принять информированное решение о лечении. Если у вас IV стадия хронической болезни почек, мы покрываем до шести просветительских консультаций по поводу болезни почек за всю их жизнь (при наличии направления от врача). • Амбулаторный диализ (включая диализ у не сотрудничающих с нами диализных центров, когда вы временно находитесь вне зоны обслуживания или когда ваш диализный центр временно недоступен, см. в главе 3 этого справочника). • Диализ в стационаре, если вы поступаете в стационар для специализированного лечения. • Обучение самостоятельному диализу (обучаем вас и тех, кто помогает вам проводить диализ на дому). • Оборудование и принадлежности для диализа на дому. • Определенные виды помощи на дому (такие как проверка правильности проведения диализа на дому квалифицированным специалистом (если есть необходимость), помощь в экстренных ситуациях, проверка состояния диализного оборудования и доставка воды). 	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Диализ в стационаре</p> <ul style="list-style-type: none"> • (См. в этой таблице, раздел «Стационарное лечение в больнице».) <p>Оборудование и принадлежности для диализа на дому</p> <ul style="list-style-type: none"> • См. эту таблицу, раздел «Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и принадлежности к нему». <p>Помощь на дому</p> <ul style="list-style-type: none"> • (См. в этой таблице, раздел «Помощь агентств, предоставляющих помощь на дому».) <p>Лекарства для диализа, покрываемые по</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Лечение болезней почек (продолжение)</p> <p>Определенные лекарства, необходимые для проведения диализа, которые покрываются по программе Часть В Medicare. О страховом покрытии лекарств по программе Часть В см. в разделе «Рецептурные лекарственные препараты Части В Medicare».</p>	<p>программе Часть В Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> См. в этой таблице, раздел «Рецептурные лекарственные препараты Части В Medicare».
	<p>Услуги, предоставляемые учреждением квалифицированного сестринского ухода (SNF)</p> <p>(Определение «помощи в центрах квалифицированного сестринского ухода» см. в главе 12 этого справочника. По-английски центр квалифицированного сестринского ухода называется Skilled nursing facility, или SNF.)</p> <p>План покрывает, например, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> Двухместная или маломестная палата (или отдельная, если для этого есть медицинские показания). Питание, включая специальные диеты. Помощь квалифицированных медсестер. Физиотерапия, трудовая и речевая терапия. Лекарства, лечение которыми входит в план лечения (включая вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови). Кровь, включая хранение и переливание. Страховое покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой пинты крови. Первые в календарном году три пинты вы должны оплатить самостоятельно. Кроме того, вы можете попросить кого-нибудь стать бесплатным донором этих трех пинт. Переливание препаратов крови покрывается начиная с первой использованной пинты. Терапевтические и хирургические принадлежности, которые обычно применяются в центрах квалифицированного сестринского ухода. Анализы, которые обычно делают в центрах квалифицированного сестринского ухода. Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые обычно проводятся в центрах квалифицированного сестринского ухода. 	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение. Ваш врач должен предупреждать нас о том, что вас положат в центр квалифицированного сестринского ухода. В экстренных ситуациях этого не требуется. Предварительная госпитализация не требуется.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Услуги, предоставляемые учреждением квалифицированного сестринского ухода (SNF) (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оборудование, которое обычно используется в центрах квалифицированного сестринского ухода (например, инвалидные коляски). • Услуги врача / медицинского специалиста. <p>Обычно вы можете пользоваться услугами тех центров квалифицированного сестринского ухода, которые сотрудничают с нашим планом. Тем не менее при определенных условиях вы можете обращаться в учреждение, которое с нами не сотрудничает. Для этого такое учреждение должно принимать наши расценки и должны выполняться следующие условия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Это центр сестринского ухода или дом престарелых с комплексным уходом (continuing care retirement community), в котором вы жили непосредственно перед поступлением в больницу (если это учреждение оказывает квалифицированную сестринскую помощь). • Это центр квалифицированного сестринского ухода, в котором живет ваш супруг(а) в то время, когда вас выписывают из больницы 	
	<p>Прекращение курения и употребления табака (консультации)*</p> <p><u>Если вы курите, но у вас нет симптомов связанного с курением заболевания:</u> В течение 12 месяцев мы покрываем консультативную помощь при двух попытках прекратить курение. Эта помощь рассматривается как профилактическая и предоставляется бесплатно. Во время каждой попытки вы можете получить до четырех очных индивидуальных консультаций.</p> <p><u>Если вы употребляете табачные изделия и у вас диагностировано заболевание, связанное с курением, или вы принимаете лекарство, на действие которого может повлиять табак:</u> Мы покрываем консультации для желающих бросить курить. В течение 12 месяцев мы покрываем консультативную помощь при двух попытках прекратить курение. За эти консультации вы платите установленную планом сумму. Во время каждой попытки вы можете получить до четырех очных индивидуальных консультаций.</p>	<p>За покрываемые Medicare профилактические услуги отказа от курения и употребления табака не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Отказ от курения и употребления табачных изделий (дополнительно)*</p> <p>Если вы хотите бросить курить, поговорите об этом со своим основным врачом (Primary Care Physician, PCP) или позвоните в наш отдел медицинского просвещения (Health Education Department).</p> <p>Помимо помощи при отказе от курения и употребления табака, покрываемой по программе Medicare, план каждый календарный год покрывает 8 дополнительных консультаций, которые помогают бросить курить и употреблять табачные изделия.</p> <p>План покрывает эти консультации, только после того как вы полностью использовали помощь, покрываемую по программе Medicare.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>
	<p>Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями</p> <p>Если у вас диагностировано одно из следующих хронических заболеваний и вы отвечаете определенным критериям, то можете иметь право на специальное дополнительное обслуживание для людей с хроническими заболеваниями.</p> <p>От вас потребуется предоставить форму оценки риска здоровью (Health Risk Assessment), согласно которой у вас диагностировано одно из перечисленных состояний, которое может ухудшиться при отсутствии доступа к одной из указанных ниже специальных дополнительных услуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хроническая алкогольная и наркотическая зависимость. • Аутоиммунные заболевания. • Рак. • Сердечно-сосудистые заболевания. • Хроническая сердечная недостаточность. • Деменция. • Сахарный диабет. • Терминальная стадия печеночной недостаточности. • Последняя стадия почечной недостаточности (ESRD, End-stage renal disease). • Тяжелые заболевания крови. • ВИЧ/СПИД. • Хронические заболевания легких. 	<p>Когда вы используете карточку Healthy You, вам не нужно платить доплаты, долю стоимости обслуживания и безусловную франшизу.</p> <p>Требуется участие в программе координации обслуживания.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хронические и инвалидизирующие психические заболевания. • Неврологические заболевания. • Инсульт. <p>Мы поможем вам получить покрытие этого дополнительного обслуживания. Попросить о таком обслуживании или узнать подробности можно в нашем Отделе обслуживания участников или у своего координатора медицинских услуг.</p> <p>Примечание. Запрашивая это обслуживание, вы разрешаете представителям плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) обращаться к вам по телефону, по почте или иными способами связи, которые в явном виде указаны в заполненном бланке заявки.</p> <p>После того как это обслуживание будет утверждено, мы ежемесячно переводим на вашу карточку Healthy You средства в размере до \$73, которые вы можете расходовать на специальное дополнительное обслуживание хронически больных (SSBCI). Неизрасходованные к концу месяца денежные средства не переносятся на следующий месяц.</p> <p>Пища и продукты питания</p> <p>Если вы имеете право на это страховое покрытие, то можете ежемесячно получать по \$73 на пищу и продукты питания.</p>	
	<p>Лечебная физкультура под наблюдением</p> <p>Лечебную физкультуру под наблюдением (Supervised Exercise Therapy, SET) мы покрываем участникам плана с симптоматическим заболеванием периферических артерий (Peripheral Artery Disease, PAD).</p> <p>Если требования программы лечебной физкультуры под наблюдением соблюдаются, то мы покрываем до 36 сеансов за 12 недель.</p> <p>Программа лечебной физкультуры под наблюдением (SET):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Состоит из 30–60 минутных занятий, включающих обучение физическим упражнениям для лечения болезни PAD у больных с мышечными болями сосудистого происхождения. • Проводится в амбулаторном отделении больницы или в кабинете врача. 	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Может требоваться наше предварительное разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Лечебная физкультура под наблюдением (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводится квалифицированным специалистом, который следит за тем, чтобы польза превышала вред, и который обучен лечебной физкультуре при заболевании периферических кровеносных сосудов (PAD). • Проводится под непосредственным наблюдением врача, помощника врача, фельдшера («практикующая медсестра») или клинической медсестры-специалиста. Этот врач / медик должен владеть базовыми и специальными приемами реанимации. <p>Мы можем покрыть более 36 занятий лечебной физкультурой под наблюдением за 12 недель, если врач считает это нужным. Мы можем покрыть дополнительные 36 занятий за более продолжительный период.</p>	
	<p>Транспортные услуги в неэкстренных ситуациях (дополнительно)</p> <p>На поездки по медицинским надобностям вы можете тратить по \$100 в месяц, пользуясь средствами, переведенными на вашу карточку Healthy You. Эта сумма не рассчитана на какое-то конкретное количество поездок. Ее можно использовать для оплаты услуг неэкстренной транспортировки в пределах ограничения по объему покрытия. Эта сумма объединяется с ежемесячной суммой на безрецептурные препараты. Если вы не израсходовали всю положенную вам ежемесячную сумму, остаток аннулируется и не переходит на следующий месяц.</p> <p>Вы можете использовать предоплаченную карту Healthy You для оплаты поездок в приложениях для вызова такси, службах такси или на других видах неэкстренного транспорта, например, покупать билеты на автобус, карточки для проезда в железнодорожном и другом общественном транспорте. Участникам рекомендуется максимально использовать количество поездок, доступных в рамках этой покрываемой услуги. Если вы часто посещаете определенные места, например, диализный центр или центр физиотерапии, узнайте в предоставляющем услуги учреждении, есть ли возможность более экономичной транспортировки, прежде чем заказывать услуги через приложение для заказа такси или транспортную службу.</p>	<p>При использовании карты Healthy You не предусмотрена доплата или самостоятельная оплата доли стоимости этих услуг.</p> <p>Если вы превысите максимальную ежегодную сумму, возможно, вам придется нести расходы самостоятельно.</p> <p>Могут применяться ограничения и исключения. Если вам требуется экстренная медицинская помощь, наберите 911 и попросите вызвать скорую помощь.</p> <p>Узнать больше об экстренной транспортировке можно в разделе «Услуги скорой помощи» этой таблицы.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Неотложная помощь</p> <p>Покрываемые планом услуги, требующие незамедлительной медицинской помощи, но не являющиеся экстренными, считаются услугами неотложной помощи, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана либо, даже если вы находитесь в зоне обслуживания плана, с учетом времени, места и обстоятельств получать эти услуги у сетевых поставщиков, с которыми у плана есть договор, нецелесообразно. Ваш план должен покрывать услуги неотложной медицинской помощи и взимать с вас только такую же часть стоимости, как если бы вы обслуживались у сетевых поставщиков медицинских услуг. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Обычные и плановые посещения врача, например ежегодные осмотры, не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне нашей зоны обслуживания плана или временно не можете обращаться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение. Порядок покрытия услуг за пределами США описан в разделе «Страховое покрытие экстренной / неотложной помощи за рубежом».</p>	<p>За эти услуги не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p>
	<p>Офтальмологические услуги</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторная врачебная помощь для диагностики и лечения заболеваний и травм глаза, в том числе лечение возрастной макулодистрофии. Программа Original Medicare (работает безо всяких страховых планов) не покрывает обычные проверки зрения, необходимые для подбора очков и контактных линз. • Для людей с повышенным риском развития глаукомы мы оплачиваем один скрининг (профилактическое обследование) на глаукому ежегодно. Группы риска: глаукома у родственников; диабет; афроамериканцы старше 50 лет, латиноамериканцы старше 65 лет. • Людям с диабетом мы раз в год покрываем профилактическое обследование на диабетическую ретинопатию. 	<p>За этот вид услуг, покрываемых по программе Medicare, не нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p> <p>На покрытие очков или контактных линз может быть нужно получить вначале наше разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Офтальмологические услуги (дополнительно)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, включавшей установку искусственного хрусталика. (Если у вас было две отдельные операции по поводу катаракты и вы не воспользовались этим страховым покрытием после первой, мы не покрываем две пары очков после второй операции.) • Одна плановая проверка зрения каждый календарный год; • Очки или контактные линзы не более чем за \$350 каждый год. <p>По программе Medicaid мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обслуживание у специалистов по проверке и коррекции зрения (оптометристов), офтальмологов и в магазинах очков / контактных линз, в том числе очки и контактные линзы по медицинским показаниям, поликарбонатные линзы, глазные протезы (стандартные или на заказ), другие товары и услуги для слабовидящих. Кроме того, план оплачивает ремонт и замену частей. <p>Осмотры для диагностики и лечения дефектов зрения и/или глазных болезней. Проверки зрения (проверку рефракции) план покрывает один раз за два (2) года или чаще, если есть медицинские показания. Вам нужно обращаться к медикам, сотрудничающим с нашим планом. Найти их можно в нашем Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек или позвонив в наш Отдел обслуживания участников — вам пришлют список.</p>	
	<p>Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare»</p> <p>План покрывает один профилактический визит <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i>. Когда вы придете к врачу, он выяснит состояние вашего здоровья, скажет, какая профилактическая помощь вам нужна (в том числе профилактические обследования и прививки), и при необходимости даст вам направления к другим врачам.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Важно! Мы покрываем профилактический визит <i>«Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare)</i> только в течение первых 12 месяцев после вашего включения в программу Часть В Medicare. Записываясь на прием, сообщите в регистратуре, что вы хотите назначить профилактический визит <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i>. 	<p>За этот вид помощи нужно платить безусловную франшизу, доплаты и долю стоимости.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	<p>Страховое покрытие экстренной / неотложной медицинской помощи за рубежом (дополнительно)*</p> <p>Дополнительно мы покрываем страховое покрытие экстренной / неотложной помощи за рубежом (за пределами США). Объем покрытия составляет не более \$10 000 каждый календарный год.</p> <p>Покрываются только услуги, которые считались бы экстренной или неотложной медицинской помощью, если бы оказывались на территории США. Страховое покрытие медицинской помощи за рубежом включает экстренную или неотложную медицинскую помощь, экстренную транспортировку машиной скорой помощи с места возникновения экстренной ситуации в ближайшее медицинское учреждение и уход после стабилизации состояния.</p> <p>Услуги скорой помощи покрываются в тех случаях, когда все прочие способы добраться до отделения экстренной помощи представляют угрозу для вашего здоровья.</p> <p>В такой ситуации мы просим, чтобы вы или человек, который за вами ухаживает, нам позвонил. После того как ваше состояние стабилизируется, мы постараемся перевести вас в больницу, которая с нами сотрудничает.</p> <p>Мы не покрываем поездку обратно в США. Мы не покрываем обычную и плановую медицинскую помощь.</p> <p>Иностранные налоги и сборы (например, комиссию за конвертацию валюты и операционные сборы) план не покрывает.</p> <p>США — это 50 штатов, округ Колумбия, Пуэрто-Рико, Виргинские Острова, Гуам, Северные Марианские Острова и Американское Самоа.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить безусловную франшизу, доплату или долю стоимости.</p> <p>Если вы получили экстренную помощь за пределами США и после стабилизации вашего экстренного состояния нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны вернуться в сетевую больницу, чтобы ваше лечение было покрыто, ИЛИ получить разрешение со стороны плана на прохождение стационарного лечения во внесетевой больнице.</p> <p>Ваши собственные расходы в этом случае будут такими же, какими были бы в сотрудничающей с планом больнице. Действует ограничение на максимальную сумму покрытия по плану страхования.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

	Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
	Страховое покрытие экстренной / неотложной помощи за рубежом (дополнительно)* (продолжение)	<p>Возможно, вам придется оплатить полученную помощь самостоятельно. В этом случае попросите нас возместить ваши расходы на экстренную / неотложную медицинскую помощь, полученную за пределами США.</p> <p>Для этого вида помощи максимальная сумма покрытия по нашему плану составляет \$10 000 за календарный год.</p>

Раздел 2.2 Что план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) дополнительно покрывает своим участникам по программе Medicaid

Страховой план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) — это план для людей, включенных в программы Medicare и Medicaid одновременно и нуждающихся в особом обслуживании (Dual Eligible Special Needs Plan). Иными словами, помощь и обслуживание он покрывает по программам Medicare и Medicaid. Он покрывает длительное обслуживание, предназначенное для участников плана, нуждающихся в помощи того уровня, который оказывают в центрах сестринского ухода. В следующей таблице перечислены дополнительные виды помощи/обслуживания, которые покрывает программа Medicaid и обслуживание, доступное участникам плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
<p>Помощь в медицинских центрах дневного пребывания для взрослых</p> <p>Помощь и обслуживание, которые можно получить в медицинском учреждении с проживанием или в его утвержденном филиале. Эти учреждения должны предоставлять помощь следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Под руководством врача. • Сотрудниками центра дневного пребывания для взрослых. • На основании тщательного изучения того, какая помощь требуется конкретному участнику плана, и в соответствии с планом обслуживания. 	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
<ul style="list-style-type: none"> С непрерывной адаптацией плана обслуживания. Включает транспорт.	
<p>Определенная помощь при психических нарушениях</p> <p>Мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> Программы интенсивной психиатрической реабилитации. Дневное лечение. Продолжительный дневной уход (Continuing day treatment). Координация обслуживания для людей, страдающих серьезным и постоянным психическим расстройством (Case Management for Seriously and Persistently Mentally Ill) (финансируется штатом или местными отделами психического здоровья), Частичная госпитализация (Partial Hospitalizations), Активное лечение по месту жительства (Assertive community treatment, АСТ). Персонализированные службы реабилитации при психических нарушениях (Personalized Recovery Oriented Services, PROS) 	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Уход под управлением получателя помощи (Consumer Directed Personal Care Services, CDPAS)</p> <p>Обслуживание для участников плана, страдающих хроническими заболеваниями или имеющих физическую инвалидность, которым требуется помощь при совершении повседневных действий (activities of daily living, ADL) или помощь квалифицированной медсестры. Включает помощь сиделки (помогает ухаживать за собой), медицинской сиделки или медсестры.</p> <p>Вы можете самостоятельно выбирать людей, которые будут за вами ухаживать. Вы или ваш представитель отвечаете за наем, увольнение, обучение, надзор за работой нанятого работника.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Стоматология</p> <p>К покрываемым услугам относятся регулярные и плановые стоматологические процедуры, такие как профилактические осмотры зубов, чистка, рентгеновские снимки, пломбирование и другие услуги, направленные на выявление изменений и дефектов, которые могут потребовать лечения и/или наблюдения.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>На комплексную стоматологическую помощь, в том числе на установку имплантов, бывает нужно</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
<p>Кроме того, мы покрываем необходимые по медицинским показаниям импланты. Для того чтобы мы покрывали импланты, участник плана должен представить ДВА письма:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Письмо от врача, объясняющее, как установка имплантов поможет лечению основного заболевания. • Письмо от стоматолога, объясняющее, почему другие варианты лечения/протезирования не помогут при вашем заболевании и почему вам нужны именно импланты. <p>Для обращения к стоматологу направление от основного врача (PCP) не требуется.</p>	<p>вначале получать наше разрешение.</p>
<p>Медицинское оборудование длительного пользования (DME)</p> <p>Включает оборудование, которое не покрывает программа Medicare, но покрывает программа Medicaid. Это, например, табуреты для душа, поручни, устройства и оборудование, которые не считаются терапевтическими/хирургическими приспособлениями, протезы и ортопедические устройства и т. д.</p> <p>Оборудование DME мы покрываем, пока выполняются следующие условия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оборудование DME выдерживает постоянное использование в течение длительного времени. • Оно в первую очередь и обычно имеет медицинское назначение. • Оно обычно бесполезно для здоровых людей. • Оно приспособлено или предназначено для конкретного человека. • Оно назначено квалифицированным медиком. <p>Для того, чтобы мы его покрывали, не требуется, чтобы больной был прикован к дому.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>На некоторые виды оборудования нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Сурдологическая помощь</p> <p>Помощь и устройства для предотвращения инвалидизации, вызванной нарушением или потерей слуха. Должна быть необходима по медицинским показаниям. Включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подбор, подгонка и выдача слухового аппарата. • Последующие проверки слухового аппарата. • Проверка слухового аппарата на соответствие стандартам и его ремонт. 	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
<ul style="list-style-type: none"> • Проверка слуха. Включает обследование и оценку пригодности слухового аппарата и рецепт на аппарат. • Слуховой аппарат, вкладыши, специальные крепления и запасные части 	
<p>Обслуживание на дому (квалифицированное)</p> <p>Включает квалифицированное обслуживание, не покрываемое по программе Medicare. Примеры: помощь специалиста по лечебной физкультуре, который следит за выполнением программы упражнений, призванных восстановить возможности больного, или помощь медсестер, которые заранее заполняют шприцы для инвалидов с диабетом.</p> <p>Включает помощь домашней медицинской сиделки, если она входит в утвержденный план обслуживания, разработанный сертифицированным агентством, предоставляющим помощь на дому.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Доставка питания на дом или по месту жительства</p> <p>Питание, доставляемое на дом или в учреждение совместного проживания, например в дом престарелых. Это обслуживание получают люди, которые не могут готовить пищу самостоятельно.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Стационарное лечение в больнице, в том числе наркологическое или по поводу психических нарушений</p> <p>Помощь, необходимая по медицинским показаниям. Включает в себя дни в психиатрической больнице свыше установленного программой Medically 190-дневного предела за всю жизнь больного.</p> <p>План покрывает 365 дней в году (366 дней в високосный год).</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Вначале нужно получить наше разрешение. Исключение делается только в экстренных случаях.</p>
<p>Медико-социальная помощь</p> <p>Оценка социальных проблем участника плана, связанных с его проживанием у себя дома. Организация и предоставление помощи в решении этих проблем.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Медицинские/хирургические принадлежности</p> <p>Мы покрываем медицинские и хирургические принадлежности, смеси и добавки для энтерального и парентерального питания, то есть одноразовые товары и/или расходные материалы.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
<p>Покрытие энтеральных смесей и пищевых добавок мы предоставляем только участникам плана, которые не могут питаться иным образом и находятся в одном из следующих состояний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Больные, которые питаются через зонд (не может жевать или глотать пищу). • Больные редкими врожденными метаболическими нарушениями, при которых требуется специальное питание. 	<p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Медицинский транспорт (обычный/не экстренный)</p> <p>Транспорт в одну сторону или туда и обратно. Это может быть машина скорой помощи, специальный медицинский автомобиль, вертолет или самолет, автобус для инвалидов, такси, микроавтобус, общественный транспорт и другие виды транспорта в зависимости от состояния участника плана. Если нужно, с участником плана может ехать сопровождающий. Покрытие может включать питание, проживание и оплату труда сопровождающего. (Плата не предоставляется, если участника плана сопровождает родственник).</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Питание</p> <p>Включает оценку того, какое питание требуется; разработку и оценку планов лечения, консультации диетолога, обучение в процессе выполнения плана. Учитываются культурные особенности.</p> <p>Мы покрываем модифицированные твердые пищевые продукты с низким содержанием белка или содержащие модифицированный белок для больных наследственными заболеваниями обмена аминокислот и органических кислот.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Амбулаторная помощь при психических нарушениях</p> <p>Сеансы индивидуальной и групповой терапии.</p> <p>Участник плана может раз в 12 месяцев самостоятельно прийти к сотрудничающему с нами медику на обследование.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Амбулаторная наркологическая помощь</p> <p>Индивидуальные и групповые сеансы.</p> <p>Участник плана должен быть в состоянии раз в 12 месяцев самостоятельно прийти к сотрудничающему с нами медику на обследование.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
<p>Помощь сиделки (PCS)</p> <p>Мы покрываем необходимую по медицинским показаниям помощь при совершении повседневных действий, например при соблюдении личной гигиены; одевании и питании; приготовлении еды и работы по дому.</p> <p>Обслуживание должно быть необходимым для того, чтобы обеспечить здоровье участника плана и его безопасное проживание у себя дома.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Индивидуальная система оповещения об экстренной ситуации (PERS)</p> <p>Система PERS — это электронное устройство, позволяющее позвать на помощь в медицинской, эмоциональной или природной экстренной ситуации.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Патронажная медицинская сестра</p> <p>Такую помощь должна оказывать зарегистрированная профессиональная медсестра (registered professional nurse, RN) или лицензированный фельдшер (licensed practical nurse, LPN). Медсестра должна быть зарегистрирована и лицензирована в Департаменте образования штата Нью-Йорк. Обслуживание может предоставляться через утвержденное сертифицированное агентство, предоставляющее медицинскую или обычную помощь на дому. Кроме того, помощь может оказывать частнопрактикующая медсестра.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Протезы и ортопедические устройства</p> <p>Устройства (кроме стоматологических), которые полностью или частично замещают орган или его часть или функцию. К их числу относятся, например, следующие устройства: мешки для колостомы и принадлежности для ухода за колостомой, кардиостимуляторы, фиксирующие устройства, обувь для протезов, искусственные конечности и протезы груди (включая специальные бюстгалтеры для ношения после мастэктомии).</p> <p>Мы покрываем также определенные принадлежности для протезов.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Амбулаторная реабилитация</p> <p>Мы покрываем:</p> <p>Лечебная физкультура и эрготерапия (восстановление двигательных навыков).</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p>

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

Покрываемое обслуживание	Сколько за это обслуживание должны платить вы
Речевая и языковая терапия.	Может быть нужно заранее получить наше разрешение.
<p>Социальные центры дневного пребывания</p> <p>Структурированные комплексные программы общения, присмотра, мониторингования состояния здоровья, личного ухода и питания в учреждении, где участники плана могут в безопасности проводить день или часть дня. Может включать помощь при совершении повседневных действий (ADL), координацию обслуживания и транспорт.</p> <p>Это обслуживание мы покрываем, если оно требуется по медицинским показаниям.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>
<p>Социальная поддержка и оборудование жилья</p> <p>Включает обслуживание и предметы, необходимые для поддержания участника плана при его состоянии здоровья. Может включать модификации жилья, ведение дома и хозяйства и краткосрочную замену человека, который обычно ухаживает за больным.</p>	<p>За этот вид помощи платить безусловную франшизу, доплаты и доли стоимости не нужно.</p> <p>Может быть нужно заранее получить наше разрешение.</p>

РАЗДЕЛ 3 Обслуживание, покрываемое помимо плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Раздел 3.1 Обслуживание, которое план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) не покрывает

Существуют некоторые виды помощи/обслуживания, которые покрывает программа Medicaid, но не покрывает план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Эту помощь можно получить у любого медика (в любом учреждении), принимающего страховое покрытие по программе Medicaid. Используйте свою карточку участника программы Medicaid. С вопросами о том, покрывается ли какое-нибудь обслуживание планом Senior Whole Health of New York NHC или программой Medicaid, звоните в наш отдел обслуживания, телефон (833) 671-0440 (TTY 711).

Следующее обслуживание не покрывается планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), но покрывается программой Medicaid:

- Непосредственное обращение к специалистам по планированию семьи, не сотрудничающим с нашим планом.
- Разрешенное законодательством штата страховое покрытие лекарств по программе Medicaid (покрывает некоторые типы лекарств, которые исключены из страхового покрытия по программе Medicare Part D).

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

- Программа метадоновой терапии.
- Реабилитация для людей, проживающих в домах для совместного проживания (Community Residences, CR), лицензированной управлением психического здоровья штата (ОМН) и реабилитация тех, кто включен в программы лечения с участием семьи (Family Based Treatment Programs).
- Помощь отдела по делам лиц с нарушениями развития (Office for People With Developmental Disability).
- Комплексная координация обслуживания, покрываемого по программе Medicaid.
- Лечение туберкулеза под непосредственным наблюдением медицинского персонала (Directly Observed Therapy, DOT).

РАЗДЕЛ 4 Что наш план не покрывает**Раздел 4.1 Обслуживание, которое наш план не покрывает**

В этом разделе говорится о том, какое обслуживание исключено из страхового покрытия по нашему плану.

В приведенной ниже таблице указано обслуживание и принадлежности, которые наш план не покрывает ни при каких обстоятельствах, и те, которые исключаются из страхового покрытия только при определенных условиях.

Если вы получаете обслуживание, которое исключено из страхового покрытия, оплачивать его должны вы сами. Обслуживание, исключенное из страхового покрытия, план не покрывает, даже если вы получили его в отделении экстренной помощи. Мы, однако, покрываем обслуживание, исключенное из страхового покрытия, если по результатам рассмотрения апелляции было признано, что мы должны его покрывать в вашей конкретной ситуации. (О том как подавать апелляцию на наше решение об отказе в страховом покрытии помощи/обслуживания, см. в главе 9, раздел 6.3 этого справочника.)

Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare	Не покрывается никогда	Покрываем только в особых ситуациях
Косметические операции.		<ul style="list-style-type: none"> • Покрываем, если это требуется после несчастного случая или для улучшения работы деформированной части тела. • Покрываем все этапы восстановления груди после мастэктомии и придание симметричного вида естественной и искусственной грудям.
Помощь немедицинского характера при совершении повседневных действий (кормление, ходьба, принятие ванны и т.д.).	Не покрывается никогда	

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare	Не покрывается никогда	Покрываем только в особых ситуациях
Это уход, который не требует постоянного внимания со стороны квалифицированного медицинского или парамедицинского персонала, например помощь при совершении повседневных действий (мытьё, одевание и т. п.).		
<p>Экспериментальные терапевтические и хирургические процедуры, оборудование и лекарства.</p> <p>Экспериментальные процедуры и приспособления наш план и программа Original Medicare определяют как еще не признанные медицинским сообществом.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Покрытие может предоставляться по программе Original Medicare, если процедуры, приспособления или лекарства включены в план клинического исследования, утвержденного программой Medicare или нашим планом. <p>(Подробнее о клинических исследованиях см. в главе 3, раздел 5.)</p>
Плата за обслуживание вашими близкими родственниками или членами семьи.	Не покрывается никогда	
Постоянный сестринский уход на дому.	Не покрывается никогда	
Доставка еды на дом.		Покрывается по программе Medicaid.
Услуги домработницы, т. е. ведение хозяйства, в том числе уборка и приготовление пищи.		Покрывается по программе Medicaid.
Услуги натуропата (использование естественных или альтернативных методов лечения).	Не покрывается никогда	
Ортопедическая обувь и поддерживающие устройства для стоп.		<ul style="list-style-type: none"> • Обувь, являющаяся частью ортопедического аппарата и включена в его стоимость. Ортопедическая и лечебная обувь людям с диабетической стопой.
Личные вещи в вашей комнате в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, например телефон или телевизор.	Не покрывается никогда	

Глава 4 Таблица покрываемого обслуживания (бенефиты)

Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare	Не покрывается никогда	Покрываем только в особых ситуациях
Отдельная палата в больнице.		<ul style="list-style-type: none"> • Покрывается, если для этого есть медицинские показания.
Процедуры восстановления детородной функции после стерилизации и не требующие рецепта средства контрацепции.	Не покрывается никогда	
Лечение у мануального терапевта («хиропрактора»).		<ul style="list-style-type: none"> • Покрываем мануальное лечение подвывиха позвонка.
Обычное стоматологическое обслуживание, например чистка зубов, пломбы и зубные протезы.	Не покрывается никогда	
Радиальная кератотомия, операция LASIK и другие хирургические средства коррекции зрения.		<ul style="list-style-type: none"> • После операции по поводу катаракты покрываем одну проверку зрения и одну пару очков (или контактных линз). • В нашем плане предусмотрено дополнительное покрытие проверки и коррекции зрения. Подробнее см. раздел «Зрение» в таблице покрываемого обслуживания в разделе 2.1 этой главы.
Обычный уход за ступнями		<ul style="list-style-type: none"> • Ограниченно покрываем помощь, оказываемую в соответствии с рекомендациями программы Medicare (например, при диабете).
Обычные проверки слуха, слуховые аппараты или обследования для подгонки слуховых аппаратов.		Покрывается по программе Medicaid.
Обслуживание, которое признано необоснованным и не имеющим показаний в соответствии со стандартами программы Original Medicare.	Не покрывается никогда	

ГЛАВА 5:

*Как пользоваться страховым покрытием
лекарств по рецепту, которые наш план
покрывает по программе Part D*

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D



Как узнать, сколько вам придется тратить на свои лекарства?

Поскольку вы включены в программу Medicaid, платить за фармацевтический план и лекарства по рецепту вам помогает программа «Дополнительная помощь» (Extra Help). Поскольку вы включены в программу «Дополнительная помощь» (Extra Help), **часть содержащейся в этом справочнике информации о ваших расходах на лекарства по рецепту, покрываемые по программе Part D, не имеет к вам отношения.** Мы прислали вам отдельный документ под названием «Дополнение к документу «Справочнику участника плана» для лиц, получающих дополнительную помощь с оплатой рецептурных лекарственных препаратов» (*Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*) (другое название — «Дополнение о субсидии для лиц с низким доходом» (*Low - Income Subsidy Rider*, или *LIS Rider*)), в котором рассказывается, какое у вас есть покрытие на лекарства. Если у вас нет этого дополнения, обратитесь в наш отдел обслуживания с просьбой прислать *LIS Rider*.

РАЗДЕЛ 1 Введение

В этой главе **объясняются правила, регулирующие страховое покрытие лекарств, покрываемых по программе Part D.** О страховом покрытии лекарств, покрываемых по программе Medicare Part B, и лекарств для хосписной помощи, см. в главе 4.

Помимо лекарств, покрываемых по программе Medicare, некоторые лекарства по рецепту покрывает программа Medicaid.

За подробностями о страховом покрытии лекарств, покрываемых по программе Medicaid, обращайтесь в наш отдел обслуживания или в управление программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

Раздел 1.1 Основные правила нашего плана, регулирующие страховое покрытие лекарств по программе Part D

Наш план обычно покрывает ваши лекарства, если вы соблюдаете следующие основные правила:

- Врач или другой медик должен выписать рецепт, действительный в соответствии с законодательством штата.
- Врач, выписывающий рецепт, не должен быть включен в списки врачей, не имеющих права получать страховое покрытие по программе Medicare.
- Как правило, за лекарством по рецепту нужно обращаться в сотрудничающую с планом аптеку. (См. раздел 2 этой главы.) Кроме того, получать лекарства можно через службу почтовой доставки лекарств, действующую в нашем плане.
- Ваше лекарство должно быть в действующем в нашем плане «Перечне покрываемых лекарств» (*List of Covered Drugs*, или *Formulary*) (коротко «Перечень лекарств»). (См. раздел 3 этой главы).
- Для того чтобы мы покрывали лекарство, оно должно применяться по установленным для него показаниям. «По установленным медицинским показаниям» — это применение лекарства, утвержденное Федеральным управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств (*Food and Drug Administration*) или рекомендованное в определенных справочниках. (О применении лекарств по установленным медицинским показаниям см. в разделе 3 этой главы.)

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

- Для того чтобы мы покрывали лекарство, может быть нужно вначале получить наше разрешение на лечение этим лекарством. (Подробнее об ограничениях на страховое покрытие лекарств см. в разделе 4 этой главы.)

РАЗДЕЛ 2 Получайте лекарства по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке или через действующую в нашем плане службу почтовой доставки лекарств

Раздел 2.1 Обращайтесь в аптеку, сотрудничающую с нашим планом

Обычно мы покрываем лекарство по рецепту, *только* если оно приобретено в сотрудничающей с планом аптеке. (О том когда мы покрываем лекарства по рецепту, приобретенные в аптеке, которая с нами не сотрудничает, см. в разделе 2.5.)

Аптека, которая с нами сотрудничает, — это аптека, у которой есть с нашим планом договор о том, что она выдает участникам плана покрываемые планом лекарства по рецепту. Термин «покрываемые лекарства» включает все лекарства по рецепту, содержащиеся в «Перечне лекарств», которые наш план покрывает по программе Part D.

Раздел 2.2 Аптеки, сотрудничающие с нашим планом

Как найти расположенную рядом с вашим домом аптеку, сотрудничающую с нашим планом?

Найти сотрудничающую с нами аптеку можно в *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек*, на нашем сайте (SWHNY.com) или позвонив в наш Отдел обслуживания участников.

Вы можете обращаться в любую сотрудничающую с нами аптеку.

Что делать, если аптека, в которой вы получаете лекарства, перестала с нами сотрудничать?

Если аптека, в которой вы получаете лекарства, перестала с нами сотрудничать, вам нужно найти аптеку, которая сотрудничает с нашим планом. Чтобы найти другую аптеку в вашем районе, позвоните в наш Отдел обслуживания участников или воспользуйтесь нашим *Каталогом поставщиков медицинских услуг и аптек*. Кроме того, эта информация есть на нашем сайте SWHNY.com.

Что делать, если вам нужна специализированная аптека?

Некоторые лекарства по рецепту нужно получать в специализированных аптеках. К специализированным аптекам относятся:

- Аптеки, где можно получить лекарства для внутривенных инъекций и капельниц на дому.
- Аптеки, которые поставляют лекарства для людей, проживающих в учреждениях долгосрочного ухода (long-term care, LTC). Обычно в таком учреждении (это может быть, например, центр сестринского ухода) есть своя аптека. Если в учреждении долгосрочного ухода, где вы проживаете, сложно получать лекарства, покрываемые по программе Часть D, обратитесь в наш Отдел обслуживания участников.

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

- Аптеки, работающие со службами здравоохранения коренных народов Америки / племенными службами здравоохранения / городской программой здравоохранения для коренных народов Америки (недоступно в Пуэрто-Рико). За исключением экстренных ситуаций, только индейцы и жители Аляски могут обращаться в эти аптеки.
- Аптеки, выдающие лекарства, которые Управление по надзору за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA) разрешило применять только в определенных регионах, или требующие специального обращения, координации со стороны поставщика услуг или специального обучения тому, как их следует применять. Для того чтобы найти специализированную аптеку, воспользуйтесь нашим *Каталогом поставщиков медицинских услуг и аптек* SWHNY.com или позвоните в наш Отдел обслуживания участников.

Раздел 2.3 Использование службы доставки лекарств по почте

Определенные лекарства вы можете получать через службу почтовой доставки, действующую в нашем плане. Лекарства, которые можно получать по почте, — это обычно те лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного состояния. Лекарства, которые в нашем плане по почте *не* присылают, помечены в нашем «Перечне лекарств» буквами «NM».

В нашем плане по почте можно заказывать **количество лекарства, достаточное для приема на срок до 100 дней**.

Для того чтобы получить формы заказа и информацию о получении по почте рецептурных лекарств, обратитесь в наш Отдел обслуживания участников или воспользуйтесь нашим сайтом SWHNY.com.

Заказанное лекарство вам обычно присылают не позднее чем через 14 дней. Если лекарство вам нужно срочно или доставка затягивается, позвоните в наш Отдел обслуживания участников. Вам помогут получить временный запас лекарства.

Новые рецепты, которые в аптеку присылает ваш врач.

После того как аптека получает от вашего врача рецепт, она связывается с вами и выясняет, хотите ли вы получить это лекарство сразу или через некоторое время. Всякий раз, когда с вами связывается аптека, обязательно отвечайте и сообщайте, что делать с новым рецептом. Это нужно, для того чтобы получать лекарство по почте своевременно.

Повторное получение лекарства по почте по старому рецепту («рефил») Для того чтобы вам автоматически присылали лекарства по тому же рецепту, вы можете воспользоваться программой автоматического повторного получения лекарств по прежнему рецепту. По этой программе мы автоматически высылаем вам очередной запас лекарства, как только, по нашим сведениям, у вас подходит к концу запас, высланный вам в прошлый раз. Перед каждым отправлением аптека связывается с вами и выясняет, нужен ли вам новый запас лекарства. Если у вас осталось достаточно лекарства или если вам назначено новое лекарство, вы можете отменить плановое получение лекарства по почте.

Если вы решаете не пользоваться программой автоматического повторного получения лекарств по прежнему рецепту, но все равно хотите пользоваться службой почтовой доставки лекарств, то вам нужно обращаться в аптеку за 14 дней до того, как закончится имеющийся запас лекарства. Это позволит вам получать лекарство вовремя.

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

Для того чтобы отказаться от программы автоматической доставки, позвоните в наш Отдел обслуживания участников или посетите наш сайт SWHNY.com.

Раздел 2.4 Как получить запас лекарств на большой срок

В нашем плане приобретать большой запас лекарств для поддерживающего лечения (лекарства должны быть включены в наш «Перечень лекарств») можно двумя способами. (Лекарства для поддерживающего лечения — это лекарства, которые вы постоянно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания.)

1. В некоторых сотрудничающих с планом аптеках можно приобрести запас таких лекарств, достаточный для длительного приема. В *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек* SWHNY.com указано, какие аптеки могут выдать вам большой запас лекарства для поддерживающего лечения. За подробностями обращайтесь в наш Отдел обслуживания участников
2. Кроме того, лекарства для поддерживающего лечения можно получать по почте. Подробнее см. в разделе 2,3.

Раздел 2.5 Когда можно обращаться в аптеку, которая не сотрудничает с нашим планом

Ниже обсуждаются случаи, когда наш план покрывает лекарства, приобретенные в аптеке, которая с нами не сотрудничает

Обычно мы покрываем лекарства, полученные в не сотрудничающих с нами аптеках, *только* если вы не можете обратиться в аптеку, которая с нами сотрудничает. Сотрудничающие с нами аптеки есть не только в вашей зоне обслуживания, поэтому обращаться в сотрудничающие с нами аптеки можно, даже находясь в отъезде. В приведенных ниже случаях **вначале свяжитесь с нашим отделом обслуживания** и выясните, нет ли поблизости от вас аптеки, которая с нами сотрудничает. Вам, возможно, придется оплатить разницу между стоимостью лекарства в аптеке, которая с нами не сотрудничает, и размером страхового покрытия, которое наш план платит за это лекарство сотрудничающим с ним аптекам.

Ниже приведены некоторые случаи, когда мы покрываем лекарства, приобретенные в аптеках, у которых нет с нами договора:

- Рецепт выдан в связи с оказанием неотложной помощи.
- Рецепт выдан в связи с оказанием экстренной помощи.
- Мы однократно покрываем количество лекарства, необходимое для приема в течение не более 31 дня; количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней.

Как получить у нашего плана возмещение?

Если вы вынуждены обратиться в не сотрудничающую с нами аптеку, вы обычно оплачиваете лекарство полностью. Вы можете попросить нас уплатить вам возмещение. (О том как попросить план о возмещении ваших расходов, см. в главе 6, раздел 2.)

РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарства должны быть из принятого в нашем плане «Перечня покрываемых лекарств»

Раздел 3.1	В «Перечне покрываемых лекарств» приведены лекарства по программе Part D, которые наш план покрывает
-------------------	---

В плане предусмотрен *Список покрываемых лекарственных препаратов (Фармакологический справочник)*. В этом *Справочнике участника плана* мы коротко называем его **Перечнем лекарств**.

Составлять этот перечень плану помогала группа врачей и фармацевтов. Он отвечает требованиям программы Medicare и был ею утвержден.

В Перечень лекарств входят препараты, покрываемые по программе Medicare Часть D. Помимо лекарств, покрываемых по программе Medicare, некоторые рецептурные препараты покрывает программа Medicaid. За подробностями о страховом покрытии лекарств, покрываемых по программе Medicaid, обращайтесь в наш отдел обслуживания или в управление программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

Если вы соблюдаете приведенные в этой главе правила получения страхового покрытия и если лекарства вы применяете по установленным для них медицинским показаниям, то лекарства из Перечня мы обычно покрываем. «По установленным медицинским показаниям» означает, что это применение лекарства:

- Утверждено управлением FDA для лечения вашего заболевания.
- -ИЛИ- Рекомендовано определенными справочниками. К таким справочникам относятся Фармацевтический справочник для американских больниц (American Hospital Formulary Service Drug Information), информационная система DRUGDEX и т.п.

В Перечень лекарств входят патентованные (фирменные) лекарства, непатентованные лекарства (дженерики) и биопрепараты (в том числе биоаналоги).

Патентованное лекарство — это лекарство по рецепту, которое продается под товарным знаком, принадлежащим его производителю. Биопрепарат — это лекарство, более сложное, чем обычные лекарства. В нашем Перечне лекарств «лекарство» может означать как просто лекарство, так и биопрепарат.

Лекарства-дженерики (непатентованные лекарства) содержат те же активные компоненты, что и патентованные лекарства. У биологических препаратов есть альтернативные аналоги, которые называются биоаналогами. Как правило, дженерики и биоаналоги действуют так же, как и патентованные лекарства и оригинальные биопрепараты, но стоят дешевле. Аналоги-дженерики существуют для многих фирменных (патентованных) лекарств. Для некоторых оригинальных биопрепаратов существуют биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости получения нового рецепта — так же, как дженерики могут быть заменены патентованными препаратами.

Определения типов лекарств, присутствующих в нашем Перечне лекарств, см. в главе 11.

Лекарства без рецепта

Наш план покрывает также некоторые лекарства, продающиеся без рецепта. Некоторые лекарства, которые можно приобрести без рецепта, стоят меньше, чем лекарства по рецепту, но действуют так же хорошо. За подробностями обращайтесь в наш Отдел обслуживания участников.

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

Чего *нет* в «Перечне лекарств»?

План покрывает не все лекарства по рецепту.

- В некоторых случаях закон не позволяет планам Medicare покрывать определенные виды лекарств. (Подробнее см. в разделе 7.1 этой главы.)
- Некоторые лекарства мы сами решили не включать в наш Перечень. Иногда вы можете получить страховое покрытие лекарства, не входящего в Перечень. (Подробнее см. в главе 8.)

Раздел 3.2 Как выяснить, включено ли в Перечень лекарств какое-то лекарство

Это можно узнать 4 способами:

1. Воспользоваться самым последним «Перечнем лекарств» (в электронном виде).
2. Посетить сайт нашего плана (SWHNY.com). На сайте размещена самая последняя версия «Перечня лекарств».
3. Позвонить в наш Отдел обслуживания участников, чтобы выяснить, есть ли ваше лекарство в Перечне, или заказать печатный экземпляр перечня.
4. Использовать инструмент «Поиск покрываемого обслуживания в реальном времени» (Real-Time Benefit Tool) (на сайте Caremark.com или позвонив в наш отдел обслуживания). С помощью этого инструмента вы можете найти лекарство в «Перечне лекарств», чтобы оценить, сколько вам нужно будет за него платить, и узнать, есть ли в Перечне альтернативные лекарства, которые помогают от того же заболевания.

РАЗДЕЛ 4 Ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств

Раздел 4.1 Почему существуют ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств

Для некоторых лекарств по рецепту существуют специальные правила, ограничивающие то, как и когда план их покрывает. Эти правила составлены группой наших врачей и фармацевтов. Правила помогают врачам и участникам плана использовать лекарства самым эффективным способом. Для того чтобы выяснить, распространяются ли какие-то из этих ограничений на ваши лекарства, обратитесь к «Перечню покрываемых лекарств». Правила плана стимулируют вас и врача использовать более дешевое лекарство, если оно так же безопасно и надежно, как более дорогое.

Лекарство может встречаться в нашем Перечне несколько раз. Дело в том, что одно и то же лекарственное средство может иметь разные дозы и формы (например, 10 мг или 100 мг, раз в день или два раза в день, таблетки или раствор). От дозы и формы зависят ограничения на страховое покрытие и то, сколько за лекарство платите вы сами.

Раздел 4.2 Виды ограничений

В следующих разделах говорится о типах ограничений на страховое покрытие различных лекарств.

Если на лекарство есть какое-нибудь ограничение, это обычно означает, что для того чтобы мы его покрывали, вам или вашему врачу нужно предпринять дополнительные шаги. Для того чтобы узнать,

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

что вам или вашему врачу нужно сделать, чтобы вы получили покрытие лекарства, обратитесь в наш отдел обслуживания. Если вы хотите, чтобы мы сняли какое-нибудь ограничение, вам нужно попросить план сделать для вас исключение из правил. Соответствующее решение плана — это один из видов страховых решений. Мы можем принять решение в вашу пользу или отказаться снять это ограничение. (См. главу 8)

Заранее получать разрешение нашего плана

Это означает, что вам или вашему врачу нужно получить наше разрешение, прежде чем мы согласимся покрыть это лекарство. По-английски это разрешение называется **prior authorization**. Это требование позволяет обеспечивать безопасность и правильность применения определенных лекарств. Если вы не получили наше разрешение, план может отказаться покрывать ваше лекарство.

Попытаться вначале применять другое лекарство

Это требование стимулирует вас вначале попробовать более дешевое, но такое же надежное лекарство. Если оно не подойдет, план станет покрывать другое лекарство. Например, если лекарство А и лекарство Б используются для лечения одной и той же болезни, но лекарство А дешевле, план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство А. Если лекарство А вам не поможет, план предоставит покрытие лекарства Б. Это требование называется «**поэтапное лечение**» (**step therapy**).

Количественные ограничения

Мы можем ограничить, например, количество лекарства, которое вы можете получить за один раз. Например, если безопасной дозой считается одна таблетка в день, мы можем ограничить количество этого лекарства по рецепту одной таблеткой в день.

РАЗДЕЛ 5 Что делать, если для какого-нибудь из ваших лекарств нет такого страхового покрытия, которое вы хотели бы

Раздел 5.1 Если вы недовольны страховым покрытием лекарства, вы можете кое-что сделать

Предположим, вы принимаете какое-то лекарство по рецепту или ваш врач считает, что вам нужно его принимать, но это лекарство не включено в наш «Перечень лекарств» или его покрытие как-то ограничено. Например:

- План может вообще не покрывать это лекарство. Другая ситуация: наш план покрывает дженерик, но не фирменное лекарство, которое вы хотите принимать.
- Наш план покрывает лекарство, но на страховое покрытие этого лекарства распространяются дополнительные правила и ограничения (объясняются в разделе 4).
- Если вам не нравится, как мы покрываем лекарство, вы можете кое-что сделать. **Если лекарство не включено в Перечень или если на его покрытие есть ограничения, обратитесь к разделу 5.2.**

Раздел 5.2	Что делать, если ваше лекарство отсутствует в «Перечне лекарств» или если на него распространяются какие-нибудь ограничения
-------------------	--

Если нужного вам лекарства в Перечне нет или на него наложены какие-нибудь ограничения, вы можете сделать следующее:

- Получить покрытие временного запаса лекарства.
- Поменять лекарство на другое.
- Попросить план о том, чтобы он покрывал лекарство **в порядке исключения** или снял ограничения на его покрытие.

Получить покрытие временного запаса лекарства

В некоторых ситуациях план должен покрыть временный запас лекарства, которое вы уже принимаете. Это дает время на то, чтобы обсудить с врачом замену вашему лекарству.

Временный запас лекарства, которое вы уже принимаете, мы покрываем, если оно **больше не включено в наш «Перечень лекарств» ИЛИ его покрытие каким-то образом ограничено.**

- **Если вы новый участник плана**, мы покрываем временный запас лекарства в первые **90 дней** после того, как вы были включены в наш план.
- **Если вы были участником плана в прошлом году**, мы покрываем временный запас лекарства в течение первых **90 дней** календарного года.
- Количество, которое мы временно покрываем, достаточно для приема в течение не более 31 дня. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, вы можете получать лекарство по этому рецепту несколько раз («рефил»). Общее количество лекарства не может, однако, превышать необходимого для приема в течение 31 дней. Получать лекарство нужно в сотрудничающей с планом аптеке. (В аптеках учреждений по оказанию длительной помощи, могут за один раз выдавать меньшее количество лекарства. Это делается для того, чтобы снизить потери лекарств.)
- **Вы стали участником нашего плана более 90 дней назад, живете в учреждении по оказанию длительной помощи и нуждается в лекарстве немедленно:**

Мы в экстренном порядке однократно покрываем количество лекарства, необходимое для приема в течение не более 31 дня; количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней. Это количество мы покрываем дополнительно к тому временному запасу, о котором речь шла выше.

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

- Если вы проживаете в учреждении по оказанию длительной помощи, были включены в наш план более 90 дней назад и нуждаетесь в лекарстве, которое не входит в наш «Перечень покрываемых лекарств», или на покрытие которого распространяются ограничения (например, поэтапное лечение, количественные ограничения и т.п.), то мы в экстренном порядке покрываем временный запас этого лекарства не более чем на 31 день (или меньше, если рецепт выписан на меньшее количество). Это время позволяет вам оформить покрытие нужного лекарства в порядке исключения из правил. Исключения из правил мы, например, делаем, когда меняется уровень необходимого вам обслуживания или когда в связи с изменением уровня обслуживания вам нужно переехать из одного учреждения в другое. В подобных ситуациях мы в порядке исключения однократно покрываем вам запас лекарства, даже если вы были вне плана первые 90 дней. Обратите внимание, что наши правила, регулирующие переход из одного учреждения в другое, допускают покрытие только тех лекарств, которые покрываются по программе Part D и приобретены в сотрудничающей с нами аптеке. Правила, применяющиеся в случае перехода из одного учреждения в другое, не могут быть использованы, для того чтобы купить лекарство, не покрываемое по программе Part D, или в аптеке, не сотрудничающей с планом (кроме случаев, когда вам разрешено пользоваться такой аптекой).

С вопросами о временном страховом покрытии лекарств обращайтесь в наш отдел обслуживания.

Пока план временно покрывает ваше лекарство, вы должны обсудить со своим врачом, что вам делать, когда временное покрытие закончится. Есть два варианта:

1) Поменять лекарство на другое.

Возможно, есть другое лекарство, которое будет вам помогать так же хорошо, но которое наш план покрывает. Вы можете позвонить в наш отдел обслуживания и попросить список покрываемых лекарств, которые используются для лечения вашего заболевания. Этот список поможет вашему врачу подобрать подходящее лекарство, покрываемое нашим планом.

2) Вы можете попросить нас покрывать нужное лекарство в порядке исключения.

Вы и ваш врач можете попросить план сделать для вас исключение из правил и покрывать лекарство так, как вы этого хотели бы. Если ваш врач считает, что существуют медицинские соображения, дающие основания просить нас о том, чтобы мы сделали такое исключение из правил, он поможет вам обратиться в план с такой просьбой. Например, вы можете попросить план, чтобы он покрывал лекарство, несмотря на то что оно отсутствует в «Перечне лекарств». Другой пример: вы можете попросить план о том, чтобы он в порядке исключения снял какие-нибудь ограничения.

Если вы уже давно стали участником плана и если лекарство, которое вы принимаете, будет в следующем году исключено из «Перечня лекарств» или на его покрытие будут наложены ограничения, мы вам сообщаем об этом заранее. С просьбой сделать для вас исключение из правил вы можете обратиться до начала следующего года. На вашу просьбу мы ответим в течение 72 часов после ее получения (или после получения у врача обоснования этого запроса). Если мы согласимся выполнить вашу просьбу, то страховое покрытие разрешим до вступления изменений в силу.

Если вы и ваш врач хотите попросить, чтобы мы сделали для вас исключение из правил, см. главу 8, раздел 7.4. Там говорится, что нужно делать. Кроме того, там объясняются сроки и процедуры, установленные программой Medicare для того, чтобы решения по запросам участников нашего плана были справедливыми и быстрыми.

РАЗДЕЛ 6 Что произойдет, если страховое покрытие одного из ваших лекарств изменится

Раздел 6.1 Наш «Перечень лекарств» может меняться в течение года

Большинство изменений в страховом покрытии лекарств происходит в начале каждого года (1 января). Мы можем, однако, вносить изменения в «Перечень лекарств» в течение года. Например, план может делать следующее:

- Добавлять лекарства в Перечень и исключать их из него.
- Устанавливать и снимать ограничения на покрытие лекарств.
- Заменять патентованное лекарство дженериком.
- Исключать из покрытия исходный биопрепарат и заменять его биоаналогом.

Меняя «Перечень лекарств», мы должны соблюдать требования, установленные программой Medicare.

Определения типов лекарств, которые обсуждаются в этой главе, см. в главе 11.

Раздел 6.2 Что происходит, если страховое покрытие вашего лекарства меняется

Информация об изменениях в страховом покрытии лекарств

Сведения об изменениях в Перечне лекарств мы размещаем на нашем сайте. Кроме того, мы регулярно обновляем наш Перечень. В этом разделе описаны типы изменений, которые мы можем вносить в Перечень лекарств, и сроки получения вами прямого уведомления о внесении таких изменений для лекарств, которые вы принимаете.

Изменения Перечня лекарств, которые могут затрагивать ваши препараты в текущем страховом году

- **Добавление нового лекарства к Перечню лекарств и немедленное удаление похожего лекарства из Перечня или внесение изменений в покрытие похожего лекарства.**
 - Добавляя новый вариант лекарства в наш «Перечень лекарств», мы можем сразу исключить подобное ему лекарство из Перечня, изменить уровень вашего участия в оплате такого лекарства, добавить новые ограничения или сделать и то, и другое. Новый вариант лекарства будет иметь тот же или более низкий уровень вашего участия в его оплате и те же или меньшие ограничения на его покрытие.
 - Мы немедленно внесем изменения, только если добавим новую непатентованную версию (дженерик) патентованного препарата или добавим новые биоаналогичные версии оригинального биологического препарата, который уже был в Перечне лекарств.
 - Мы можем вносить такие изменения до того, как сообщим вам о них, даже если удаляем из Перечня лекарство, которое вы принимаете, или меняем то, как мы его покрываем. Если вы принимаете похожее лекарство в то время, когда мы вносим изменения в Перечень, мы сообщаем вам обо всех внесенных изменениях.
- **Добавление лекарства к «Перечню лекарств» вместе с удалением похожего лекарства из Перечня или внесением изменений в покрытие этого похожего лекарства — сообщаем заранее.**

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

- Добавляя еще один вариант лекарства в наш «Перечень лекарств», мы можем исключить подобное ему лекарство из Перечня, изменить уровень вашего участия в оплате такого лекарства, добавить новые ограничения или сделать и то, и другое. Добавленный вариант лекарства будет иметь тот же или более низкий уровень вашего участия в его оплате и те же или меньшие ограничения на его покрытие.
- Мы внесем эти изменения, только если добавим новую непатентованную версию (дженерик) патентованного препарата или добавим новые биоаналогичные версии оригинального биологического препарата, который уже был в Перечне лекарств.
- О таких изменениях мы сообщаем вам не менее чем за 30 дней до того, как изменения вступают в силу, или сообщаем вам об изменениях и покрываем запас прежнего лекарства, достаточный для приема в течение 31 дня.
- **Небезопасные и снятые с продажи лекарства в нашем «Перечне лекарств»**
 - Иногда лекарство признают небезопасным или снимают с продажи по другой причине. Если это происходит, наш план сразу исключает такое лекарство из Перечня. Если вы принимаете это лекарство, мы уведомляем вас после внесения изменения.
- **Другие изменения в нашем Перечне лекарств**
 - Мы можем вносить также другие изменения в Перечень в течение года. Эти изменения могут затрагивать ваши лекарства. Например, мы можем вносить изменения на основании утвержденного Управлением по надзору за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA) предупреждения в рамке (в инструкции по применению лекарства) или на основании клинических рекомендаций, признанных Medicare.
 - О таких изменениях мы сообщаем вам не менее чем за 30 дней до того, как изменения вступают в силу, или сообщаем вам об изменениях и дополнительно покрываем запас прежнего лекарства, достаточный для приема в течение 31 дня.

Если такого рода изменения затронут лекарство, которое вы принимаете, обсудите со своим врачом наилучший для вас вариант действий. Вы можете, например, перейти на другое лекарство от вашей болезни или попросить, чтобы план с учетом новых ограничений принял страховое решение о покрытии лекарства, которое вы сейчас принимаете. Вы или врач, выписавший вам лекарство, можете попросить нас покрывать то лекарство (или форму лекарства), которое вы принимали раньше, в порядке исключения из правил. О том, как попросить нас принять страховое решение, в том числе о покрытии лекарства в порядке исключения из правил, см. в главе 9.

Изменения в «Перечне лекарств», которые не влияют на вас в течение текущего страхового года

Мы можем вносить в Перечень некоторые изменения, не указанные выше. В подобных случаях изменения вас не затронут, даже если вы лечитесь таким лекарством, когда изменение внесено. Тем не менее такого рода изменения скорее всего затронут вас начиная с 1 января следующего года (если вы не выйдете из нашего плана).

Изменения, которые обычно не затрагивают вас в течение страхового года:

- Мы налагаем новое ограничение на страховое покрытие вашего лекарства.
- Мы исключаем ваше лекарство из Перечня лекарств.

Если в страховом покрытии вашего лекарства произойдет одно из перечисленных изменений (за исключением изъятия лекарства из продажи, замены фирменного препарата дженериком или другого

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

изменения из числа перечисленных выше), оно не повлияет на прием вами этого препарата и вашу долю оплаты за него до 1 января следующего года.

О подобных изменениях мы не извещаем вас непосредственно в текущем страховом году. Когда появится Перечень лекарств на следующий страховой год (во время периода открытой регистрации новых участников плана), проверьте, нет ли в нем изменений, которые могут вас затронуть в следующем страховом году.

РАЗДЕЛ 7 Какие типы лекарств наш план *не* покрывает

Раздел 7.1 Типы лекарств, которые мы не покрываем

В этом разделе говорится о том, какие типы рецептурных лекарств исключены из страхового покрытия. Это означает, что программа Medicare за эти лекарства не платит.

Если вы не согласны с нашим отказом в страховом покрытии лекарства, можете подать апелляцию. В этом случае, если лекарство не исключено из покрытия по программе Часть D, мы его, возможно, будем покрывать или возместим ваши на него расходы. (Подробнее об апелляциях на наши страховые решения, см. в главе 8.) Если лекарство исключено из покрытия как нашим планом, так и программой Medicaid, вы должны платить за него самостоятельно.

Существуют три основных правила о том, какие лекарства страховые планы, действующие по программе Medicare, не покрывают по программе Часть D:

- Действующее в нашем плане страховое покрытие лекарств для амбулаторного лечения (программа Часть D) не распространяется на лекарства, которые покрываются по программе Часть A или Часть B Medicare.
- Наш план не может покрывать лекарства, приобретенные за пределами США и их территорий.
- Страховое покрытие лекарств, применяемых *по не утвержденным показаниям*, разрешено, только если такое применение опирается на определенные справочники, например, Фармацевтический справочник для американских больниц (American Hospital Formulary Service) или информационную систему Micromedex DRUGDEX. Использование по не утвержденным показаниям является любое применение препарата, не указанное в инструкции к нему как утвержденное Управлением по надзору за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA).

Кроме того, закон не позволяет нам и программе Medicare покрывать приведенные ниже типы лекарств. Некоторые из этих лекарств может покрывать программа Medicaid. За подробностями о страховом покрытии лекарств по программе Medicaid, обращайтесь в отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

- Лекарства, продаваемые без рецепта (over-the-counter, OTC).
 - Препараты для повышения фертильности.
 - Лекарства от кашля и простуды.
 - Препараты, используемые в косметических целях или для стимулирования роста волос.
 - Витамины и микроэлементы по рецептам, кроме витаминов для беременных и препаратов фтора.
 - Препараты, используемые для лечения сексуальной или эректильной дисфункции.
 - Лекарства для лечения анорексии и лекарства для похудения или для прибавления веса.

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

- Лекарства для амбулаторного лечения, производитель которых в качестве условия продажи требует, чтобы необходимые при лечении этим лекарством тест-системы и услуги приобретались у только у него.

РАЗДЕЛ 8 Получение лекарства по рецепту

Раздел 8.1 Сообщите информацию о своей страховке

Для того чтобы получить лекарство по рецепту, вам нужно сообщить информацию о своем участии в нашем плане. Она есть на вашей карточке участника плана. Сотрудничающая с нашим планом аптека автоматически отправляет нашему плану счет за лекарство.

Для того чтобы получить лекарство, покрываемое по программе Medicaid, вы должны показать свою карточку участника плана, действующего по программе Medicaid штата New York.

Раздел 8.2 Что делать, если информации о страховке у вас с собой нет

Если у вас нет при себе информации о вашем участии в страховом плане, то вы или аптека можете позвонить в план, чтобы получить нужные сведения, или же вы можете попросить аптеку найти информацию о вашей регистрации в страховом плане.

Если аптека не сумеет получить необходимую информацию, **вам, возможно, придется полностью оплатить лекарство при его получении.** (Вы можете попросить, чтобы мы возместили вам ваши расходы. О том как попросить план о возмещении, см. в главе 6, раздел 2.)

РАЗДЕЛ 9 Страхование покрытия лекарств, покрываемых по программе Part D, в особых ситуациях

Раздел 9.1 Во время покрываемого планом пребывания в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода

Если вы госпитализированы в больницу или в центр квалифицированного сестринского ухода и план покрывает ваше пребывание в этом учреждении, мы обычно покрываем лекарства по рецепту, которые вы получаете во время госпитализации. После того как вы покидаете больницу или центр квалифицированного сестринского ухода, план покрывает ваши лекарства по рецепту, если это допускается нашими правилами страхового покрытия лекарств.

Раздел 9.2 Во время проживания в учреждении долгосрочного ухода

Обычно в таком учреждении (это может быть, например, центр сестринского ухода) есть своя аптека или аптека, в которой это учреждение приобретает лекарства для всех своих пациентов. Пациенты, проживающие в таком учреждении, могут получать лекарства по рецепту в аптеке учреждения, если она сотрудничает с нашим планом.

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

Узнать о том, сотрудничает ли с нашим планом аптека вашего учреждения длительного ухода, можно в нашем *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек* SWHNY.com. Если она с нами не сотрудничает или если вам нужны подробные сведения либо помощь, обратитесь в наш Отдел обслуживания участников. Если вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода, мы должны следить за тем, чтобы вы регулярно получали лекарства по рецепту, покрываемые по программе Часть D, из сотрудничающей с нами аптеки.

Что делать, если вы живете в учреждении долгосрочного ухода и вам требуется лекарство, отсутствующее в нашем Перечне лекарств или покрываемое с определенными ограничениями?

О временном и экстренном страховом покрытии лекарств см. в разделе 5.2.

Раздел 9.3 Что делать, если вы также получаете покрытие лекарств по групповому плану работодателя или пенсионному плану?

Если в настоящее время вы получаете страховое покрытие рецептурных лекарств по своей (или своего супруга / сожителя) коллективной страховке от работодателя или пенсионного плана, обращайтесь к **администратору коллективной страховки**. Он поможет вам выяснить, как имеющееся у вас страховое покрытие лекарств по рецепту работает с нашим планом.

Вообще, за лекарства первой платит ваша коллективная страховка, которую работодатель предоставляет своим работникам или пенсионерам. Наш план платит *вторым*. Это означает, первой платит ваша коллективная страховка.

Важное замечание по поводу «учитываемого страхового покрытия лекарств» (creditable coverage):

Предоставленная работодателем коллективная страховка для работников или пенсионеров должна каждый год сообщать вам, будет ли ее страховое покрытие лекарств «учитываемым» (creditable) в следующем календарном году.

Страховое покрытие лекарств по коллективному страховому плану считается «учитываемым», если в среднем этот план платит за лекарства не меньше, чем стандартная страховка на рецептурные лекарства по программе Medicare.

Храните это письмо об учитываемом характере страхового покрытия лекарств: оно может вам понадобиться позже. Если вы участвуете в плане Medicare, предусматривающем покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D, это уведомление может понадобиться вам в качестве доказательства сохранения учитываемого покрытия. Если вы не получили уведомление об учитываемом покрытии, запросите копию у администратора страховых услуг вашего работодателя или пенсионного плана, у работодателя либо у профсоюза.

Раздел 9.4 В хосписе, сертифицированном программой Medicare

ХосПроГПрограммы хосписного обслуживания и наш план не покрывают одно и то же лекарство одновременно Человеку, получающему обслуживание по хосписной программе, сертифицированной в программе Medicare, могут понадобиться лекарства для лечения состояний, не связанных со смертельной болезнью и ее последствиями. Это могут быть, например, анальгетики, слабительные, средства от тошноты и тревоги. Хосписная программа такие лекарства не покрывает. В этом случае врач или хоспис должен сообщить нашему плану о том, что это лекарство не предназначено для лечения смертельной болезни.

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

После этого наш план начинает покрывать такие лекарства. Во избежание задержек при получении лекарств, которые должен покрывать наш план, участнику плана нужно попросить врача или учреждение, где он получает хосписное обслуживание, известить наш план до того, как нужно будет получать лекарство по рецепту.

Если больной отказывается от хосписного обслуживания или если его выписывают из хосписа, наш план покрывает все его лекарства так, как рассказано в этом справочнике. Если страховое покрытие хосписного обслуживания по программе Medicare прекращается, нужно принести в аптеку документы, подтверждающие, что больной больше не получает хосписное обслуживание. Это позволит предотвратить задержки с получением лекарств.

РАЗДЕЛ 10 Программы по обеспечению безопасности лекарственного лечения и совместимости лекарств

Раздел 10.1 Программы, обеспечивающие безопасность лекарственного лечения

Мы хотим быть уверены в том, что участники нашего плана получают правильное и безопасное лечение, поэтому мы проверяем схемы их лекарственного лечения.

Мы проверяем ваши лекарства всякий раз, когда вы получаете лекарство по рецепту. Кроме того, мы проводим регулярные проверки. При проведении проверки мы выявляем следующие возможные ошибки:

- Возможные врачебные ошибки.
- Лекарства, которые могут быть вам не нужны, поскольку вы уже принимаете какое-нибудь лекарство для лечения той же болезни.
- Лекарства, которые могут быть для вас опасны из-за вашего возраста или пола.
- Сочетания лекарств, которые могут вам повредить.
- Лекарства, содержащие компоненты, на которые у вас аллергия.
- Возможные ошибки в дозировке ваших лекарств.
- Небезопасные количества опиоидных анальгетиков.

Если мы обнаруживаем возможную ошибку, то вместе с вашим врачом ее устраняем.

Раздел 10.2 Программа регулирования лечения наркотическими препаратами (DMP) помогает участникам плана безопасно использовать опиоиды

У нас есть программа, помогающая участникам плана безопасно использовать рецептурные опиоиды и другие лекарства, часто вызывающие зависимость. Она называется «Программа регулирования лечения наркотическими препаратами» (Drug Management Program, DMP). Если вы принимаете опиоиды, которые получаете у нескольких врачей или в нескольких аптеках, или если у вас недавно была передозировка опиоидов, мы можем обсудить с вашими врачами целесообразность и необходимость применения опиоидов. Если вместе с вашими врачами мы решим, что применять опиоидные или бензодиазепиновые лекарства вам небезопасно, то можем ограничить возможность получения вами этих лекарств. Если мы включаем вас в программу DMP, ограничения могут быть следующими:

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

- Требование приобретать все ваши рецептурные лекарства, содержащие опиоиды или бензодиазепин, только в определенной(-ых) аптеке(-ах).
- Требование получать все рецепты на лекарства, содержащие опиоиды или бензодиазепин, только у определенного врача(врачей).
- Ограничение покрываемого количества лекарств, содержащих опиоиды или бензодиазепин.

Если мы собираемся ограничить то, как вы применяете эти лекарства или какое количество лекарства вы можете получить, мы заранее извещаем вас об этом письмом. В письме указано, ограничим мы покрытие этих ваших лекарств или потребуем, чтобы вы получали рецепты на эти лекарства только у определенного врача и приобретали их только в определенной аптеке. У вас будет возможность сообщить нам, к каким врачам вы предпочитаете обращаться и какие аптеки использовать, а также передать любые сведения, которые по вашему мнению нам нужно знать. Если мы решили ограничить покрытие этих лекарств и дали вам возможность ответить на первое письмо, мы присылаем еще одно письмо, подтверждающее наложенные ограничения. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, или если вы не согласны нашим решением или ограничением, вы и ваш врач можете подать апелляцию. Мы рассматриваем апелляцию и сообщаем вам наше новое решение. Если по результатам рассмотрения мы отклоним какую-либо часть вашего запроса и оставим в силе ограничения на доступ к лекарствам, мы автоматически направим ваше дело на рассмотрение независимого эксперта, не связанного с нашим планом. Информацию о том, как подать апелляцию, см. в главе 9.

Мы не включаем в программу DMP участников плана с определенными медицинскими состояниями, такими как болевой синдром, связанный с раком, или серповидно-клеточная анемия, а также участников плана, получающих хосписное обслуживание, паллиативное лечение, уход в терминальной стадии болезни либо живущих в учреждении долгосрочного ухода.

Раздел 10.3 Программа регулирования лекарственного лечения помогает участникам плана правильно применять свои лекарства

У нас есть программы, помогающие участникам плана со сложным лечением. Одна из них называется «Программа регулирования лекарственного лечения» (Medication Therapy Management, МТМ). Эта программа бесплатная и добровольная. Ее для нас разработали фармацевты и врачи. Она позволяет вам получить от лекарственного лечения как можно больше пользы.

Некоторые участники плана принимают лекарства от нескольких болезней. Они много платят за лекарства. Иногда они включены в программу регулирования наркотиков (DMP), чтобы сделать прием опиоидов более безопасным. Таким людям может быть полезна программа МТМ. Фармацевт или другой медик всесторонне проанализирует ваши лекарства. Вы можете обсудить с ним, как лучше всего принимать ваши лекарства и сколько вы за них платите, и задать любые вопросы о лекарствах, в том числе о тех, которые продаются без рецепта. Вы получите письменный отчет, включающий рекомендации относительно того, что предпринять, чтобы лекарственное лечение принесло вам как можно больше пользы. Кроме того, вы получите список всех своих лекарств, с указанием того, какая доза назначена, когда и почему. Наконец, участники программы МТМ получают сведения о том, как правильно выбрасывать лекарства по рецепту, содержащие наркотики.

Рекомендации, меры и список лекарств полезно обсудить со своим врачом. Всегда, когда вы собираетесь обсуждать свои лекарства с врачом, аптекарем или другим медиком, приносите с собой полученный по этой программе отчет. Кроме того, список своих лекарств нужно иметь при себе (например, вместе с

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

удостоверением личности), когда вы ложитесь в больницу или обращаетесь за экстренной или неотложной помощью.

Если у нас появится программа, которая будет вам полезна, мы вас в нее автоматически включим и пришлем необходимые сведения. Если вы не захотите пользоваться этой программой, просто откажитесь — мы вас из нее исключим. Если у вас появятся какие-либо вопросы о такой программе, свяжитесь с нашим отделом обслуживания.

РАЗДЕЛ 11 Мы присылаем вам отчеты о платежах, сделанных за лекарства, и о текущем периоде страхового покрытия лекарств

Раздел 11.1 Мы присылаем вам ежемесячный отчет с разъяснением покрываемых услуг по программе Часть D (Part D EOB)

Наш план следит за платежами за ваши лекарства по рецепту и за тем, сколько за них уплатили вы сами. Это позволяет плану сообщать вам о начале очередного периода страхового покрытия лекарств. Мы следим за двумя типами платежей:

- Сколько уплатили вы **сами (out-of-pocket)**.
- Сколько всего уплачено за лекарства, т.е. за **«общей стоимостью лекарств» (Total Drug Costs)**. Это то, что уплатили вы (или кто-то, кто за вас платит), плюс сумма, уплаченная планом.

Если за предшествующий месяц вы получили хотя бы одно лекарство по рецепту, покрываемое планом, мы присылаем вам отчет Part D EOB. Отчет Part D EOB включает:

- **Информация за предшествующий месяц.** Подробный отчет о платежах, сделанных за ваши лекарства за предшествующий месяц. В нем вы найдете общую стоимость лекарств; сумму, уплаченную планом, и сумму, которую уплатили вы или те, кто платили за вас.
- **Общие суммы платежей с начала года (с 1 января).** Это называется «информация с начала года» (year-to-date). Это общая стоимость лекарств и общая сумма того, что вы уплатили за лекарства с начала года.
- **Информация о стоимости лекарств.** Это информация о цене лекарства и возможных повышениях его цены при каждом получении этого лекарства в аптеке.
- **Имеющиеся более дешевые альтернативные лекарства по рецепту.** Это сведения о других лекарствах от вашего заболевания, ваши расходы на которые ниже.

Раздел 11.2 Помогайте нам своевременно узнавать о том, сколько вы платите за лекарства

Для того чтобы следить за стоимостью ваших лекарств и платежами, которые делаете вы сами, мы пользуемся отчетами аптек. Вы можете помочь нам своевременно получать правильную информацию:

- **При получении лекарства по рецепту предъявляйте свою карточку участника плана.** Тогда мы наверняка узнаем, о получении вами лекарства по рецепту и о том, сколько вы за него уплатили.
- **Помогайте нам получать необходимую информацию.** Бывает, что вы платите за лекарство по рецепту его полную стоимость. В таких случаях мы не получаем сведения об этом автоматически и не можем учесть эти платежи в общей сумме ваших собственных расходов. Помогайте нам следить

Глава 5 Как пользоваться страховым покрытием лекарств по рецепту, которые наш план покрывает по программе Part D

за своими расходами на лекарства: присылайте нам копии чеков и квитанций. Вот некоторые примеры того, когда нужно присылать нам копии квитанций:

- Вы приобретаете покрываемое планом лекарство в сотрудничающей с ним аптеке, но делаете это по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не имеет отношения к нашему плану.
- Вы доплачиваете за лекарства, которые предоставляются их производителем по программе поддержки пациентов.
- Всякий раз, когда вы приобретаете покрываемые лекарства в аптеке, которая не сотрудничает с нашим планом, и когда в особых обстоятельствах вы полностью оплачиваете лекарство.

Если вы полностью оплатили покрываемое планом лекарство, то можете попросить нас о том, чтобы мы возместили вам уплаченную сумму. О том, как это сделать, см. в главе 6, раздел 2, этого справочника.

- **Сообщайте нам о платежах, сделанных за вас другими лицами.** Платежи, сделанные другими людьми и организациями, тоже учитываются как ваши собственные расходы. При расчете общей суммы ваших собственных расходов учитываются, например, платежи Программы обеспечения лекарствами при ВИЧ/СПИДе (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), Службы здравоохранения коренных народов Америки (Indian Health Service) и благотворительных фондов. Сохраняйте документы, подтверждающие такие платежи. Копии присылайте нам. Это помогает нам следить за суммой, потраченной вами на лекарства.
- **Проверяйте отчеты, которые мы вам высылаем.** Получив отчет по Части D ЕОВ, просмотрите его и проверьте на полноту и правильность. Если вы считаете, что в отчете чего-то не хватает или что в нем что-то неправильно отражено или если у вас есть какие-то вопросы по отчету, позвоните в наш отдел обслуживания. Участник плана может ознакомиться со своим отчетом ЕОВ онлайн: Caremark.com. Храните эти отчеты.

ГЛАВА 6:

*Как попросить, чтобы мы заплатили по
счету, полученному за покрываемую
планом медицинскую помощь или за
лекарства*

РАЗДЕЛ 1 В каких ситуациях нужно просить, чтобы мы уплатили за покрываемое обслуживание или лекарства

За покрываемые планом лекарства и обслуживание поставщики медицинских услуг, сотрудничающие с планом, выставляют счета непосредственно нам — вы такие счета получать не должны. Если вы получите счет за медицинскую помощь или лекарство, пришлите этот счет нам, чтобы мы его оплатили. Получив счет, мы решим, должны ли мы по нему платить. Если мы решим, что план должен покрыть эти услуги, мы уплатим непосредственно медику или учреждению, выставившему счет.

Если вы уже сами уплатили за обслуживание, лекарства или предметы, которые наш план покрывает по программе Medicare, то можете попросить нас **возместить** ваши расходы. Вы имеете право получать у нашего плана возмещение всегда, когда платите за покрываемое планом обслуживание или лекарства. Для просьб о возмещении установлены определенные сроки. См. раздел 2 этой главы. Получив оплаченный вами счет, мы решим, должны ли мы покрывать эти услуги или лекарства. Если мы решим, что план должен их покрыть, то возместим вам ваши расходы.

Кроме того, иногда вам могут присылать счета на полную стоимость оказанной вам медицинской помощи или на сумму, превышающую ту, которую вы должны платить по правилам плана. Вначале попытайтесь разрешить этот вопрос с выставившим счет медиком. Если это не помогает, не платите по счету, а пришлите его нам. Получив счет, мы решим, должны ли мы по нему платить. Если мы решим, что план должен покрыть эти услуги, мы уплатим непосредственно медику или учреждению, выставившему счет. Если мы решим не платить, то известим этого медика (или учреждение). Вы никогда не должны платить больше, чем предусмотренное планом участие в оплате помощи, лекарства и т.п. Если с этим поставщиком медицинских услуг заключен договор, вы все равно имеете право на лечение.

Ниже приведены примеры случаев, когда вам может понадобиться обратиться к нам с просьбой о возмещении расходов или просьбой оплатить полученный вами счет:

1. Вы получили экстренную или неотложную помощь у поставщика медицинских услуг, не сотрудничающего с нашим планом

Получать экстренную и неотложную помощь вы можете у любого медика и в любом медицинском учреждении, независимо от того, есть ли у такого медика или учреждения договор с нашим планом. В подобном случае попросите медика или учреждение прислать счет нам.

- Если вы полностью оплатили оказанную вам помощь, то можете попросить нас возместить ваши расходы. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами платежи.
- Вы можете получить у медика или медицинского учреждения счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Такой счет и документы, подтверждающие сделанные вами платежи, нужно прислать нам.
 - Если медику или учреждению мы должны что-то уплатить, мы пришлем плату непосредственно этому медику или учреждению.
 - Если вы уже все уплатили сами, мы возместим ваши расходы.

2. Вы получили счет от медика или учреждения из числа сотрудничающих с планом и считаете, что вы не должны по нему платить.

Глава 6 Как попросить, чтобы мы заплатили по счету, полученному за покрываемую планом медицинскую помощь или за лекарства

Медики и учреждения, сотрудничающие с нашим планом, должны всегда присылать счет непосредственно в наш план. Бывает, однако, что они ошибаются и просят уплатить вас.

- Если вы получили счет от сотрудничающего с нами медика или учреждения, обязательно пришлите его нам. Мы свяжемся с медиком или учреждением, выставившим счет, и решим вопрос с оплатой.
- Если вы уже заплатили по счету, выставленному вам сотрудничающим с планом медиком или учреждением, пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты. Затем вы можете попросить нас о возмещении ваших расходов.

3. Если вы включены в наш план задним числом

Иногда человек может быть включен в страховой план задним числом. (Это означает, что первый день вашей регистрации прошел. День, с которого предоставляется покрытие, может быть даже в прошлом году.)

Если вы были включены в план задним числом и если после дня, с которого вам предоставлено страховое покрытие, вы успели оплатить собственными средствами какое-нибудь обслуживание или лекарство, покрываемое нашим планом, то можете попросить нас возместить ваши расходы. Для этого пришлите нам необходимые документы: квитанции и счета.

4. Вы получили лекарство по рецепту в аптеке, которая не сотрудничает с нашим планом

Если вы обратились в не сотрудничающую с нами аптеку, она может быть не в состоянии подать страховое требование непосредственно в наш план. Если это произойдет, вам придется полностью оплатить полученное лекарство по рецепту.

Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы. Помните, однако, что лекарства, приобретенные в аптеке, которая с нами не сотрудничает, мы покрываем только в ограниченном числе случаев. Эти случаи обсуждаются в главе 5, раздел 2.5. Мы можем не возместить вам разницу между суммой, которую вы заплатили за лекарство в аптеке вне сети, и стоимостью, которую мы покрыли бы в сетевой аптеке.

5. Вы полностью оплатили лекарство, потому что у вас не было с собой карточки участника плана.

Если у вас нет с собой карточки участника плана, то можно попросить фармацевта связаться с представителями плана или самостоятельно найти информацию о вашем участии в нем. Если аптека не сумеет получить необходимую информацию, вам, возможно, придется полностью оплатить лекарство по рецепту. Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы. Мы можем не вернуть вам полную стоимость, если уплаченная вами наличная цена выше, чем наша договорная цена по рецепту.

6. Другие ситуации, в которых вы полностью оплачиваете лекарство по рецепту

Полностью оплатить лекарство по рецепту бывает нужно в ситуациях, когда лекарство по каким-то причинам не покрывается.

- Например, лекарство может быть не включено в принятый в нашем плане «Перечень лекарств»; на лекарство могут распространяться требования или ограничения, о которых вы не знали или которые, по вашему мнению, не относились к вам. Если вы все же решите приобрести такое лекарство, вам нужно будет полностью его оплатить.

Глава 6 Как попросить, чтобы мы уплатили по счету, полученному за покрываемую планом медицинскую помощь или за лекарства

- Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы. В некоторых случаях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача или другого медика, выписавшего вам рецепт, чтобы возместить вам расходы на лекарство. Мы можем не вернуть вам полную стоимость, если уплаченная вами наличная цена выше, чем наша договорная цена по рецепту.

Получив вашу просьбу о возмещении, мы изучаем ее и решаем, должны ли мы покрывать это лекарство. Это называется «страховое решение». Если мы решаем, что должны покрывать помощь или лекарство, мы платим. Если мы отказываемся возместить ваши расходы, вы можете подать апелляцию на наше решение. Сведения о подаче апелляции см. в главе 8 настоящего документа.

РАЗДЕЛ 2 Как попросить, чтобы мы возместили ваши расходы или оплатили полученный вами счет

Вы можете попросить нас возместить расходы, направив нам письменный запрос. Если вы присылаете ее в письменном виде, вместе с ним отправьте счет и документацию обо всех сделанных платежах. Рекомендуем вам делать для себя копии счетов, квитанций и чеков. **Такие запросы следует подавать в течение одного (1) календарного года** после получения помощи, приспособления или лекарства.

Для того чтобы быть уверенным в том, что вы сообщаете нам все сведения, необходимые для принятия решения, можно воспользоваться нашей формой страхового требования.

- Вы не обязаны использовать эту форму, но если вы пришлете форму, это поможет нам рассмотреть вашу просьбу быстрее.
- Эту форму можно скачать с нашего сайта (SWHNY.com). Кроме того, можно позвонить в наш Отдел обслуживания участников и попросить, чтобы вам эту форму прислали.

Просьбу об оплате пришлите по почте вместе со всеми счетами или чеками по следующему адресу:

Возмещение расходов на медицинскую помощь:

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

Возмещение расходов на лекарства по рецепту:

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

РАЗДЕЛ 3 Мы рассматриваем вашу просьбу об оплате и отвечаем «нет» или «да»

Раздел 3.1 Мы проверяем, должны ли мы покрывать помощь или лекарство

Если для рассмотрения вашей просьбы об оплате нам требуется дополнительная информация, мы вам об этом сообщаем. Если в этом нет необходимости, мы рассматриваем ваш запрос и принимаем страховое решение.

- Если мы решаем, что наш план покрывает это обслуживание или лекарство и что вы соблюдали установленные правила их получения, мы его оплачиваем. Если вы уже оплатили обслуживание или лекарство, мы высылаем вам чек на сумму возмещения. Если вы полностью оплатили лекарство, то можете получить возмещение не на полную сумму, которую уплатили (например, если вы приобрели лекарство в не сотрудничающей с планом аптеке, если обычная цена в этой аптеке выше договорной цены этого лекарства в аптеках, которые сотрудничают с нашим планом). Если вы еще не уплатили за это обслуживание или лекарство, мы платим непосредственно медику или учреждению.
- Если мы решаем, что наш план не покрывает это обслуживание или лекарство или что вы не соблюдали установленные правила, мы платить отказываемся. В этом случае мы присылаем письмо, объясняющее причины отказа и ваше право подать апелляцию на наше решение.

Раздел 3.2 Если мы отказываемся полностью или частично оплатить помощь или лекарство, вы можете подать апелляцию

Если вы считаете, что мы ошибочно отказались прислать возмещение, то можете попросить нас о его пересмотре. Эта просьба называется апелляцией. Подавая апелляцию, вы просите нас пересмотреть принятое нами отрицательное решение. Для рассмотрения апелляции определены процедуры и сроки. Подробнее о том, как подавать апелляцию, говорится в главе 8 этого справочника.

ГЛАВА 7:

Ваши права и обязанности

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать права своих участников и их культурные особенности

Раздел 1.1 Мы должны предоставлять вам свои материалы в удобном для вас виде (в переводе на другой язык, напечатанную крупным шрифтом или шрифтом Брайля, в других альтернативных формах и т. д.)

Ваш план должен следить за тем, чтобы все услуги, как клинические, так и другие, предоставлялись с учетом культурных особенностей пациента и были доступны всем участникам плана, в том числе с недостаточным знанием английского языка, ограниченной грамотностью, слабым слухом и различными культурными и этническими особенностями. Примеры того, как план может выполнить эти требования, включают предоставление услуг устных и письменных переводчиков, линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон).

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

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

Если сотрудничающих с планом врачей нужной специальности нет, план должен найти вам такого врача-специалиста, не сотрудничающего с планом. В подобной ситуации вы платите только то, что предусмотрено планом в случае врачей, которые с планом сотрудничают. 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 то, что предусмотрено планом в случае врачей, которые с планом сотрудничают.

Если вам трудно получать информацию нашего плана в доступной для вас форме, подайте жалобу, позвонив в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440; линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному времени (TTY 711). Кроме того, пожаловаться можно в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights), телефон 1-800-368-1019 или TTY 1-800-537-7697.

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

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

第 7 章 您的權利和責任

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.

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

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

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

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

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

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

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

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية

Глава 7 Ваши права и обязанности

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

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

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

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

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

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

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

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

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и другая, оказывалась с учетом культурных особенностей пациента и была доступна всем участникам плана, в том числе с плохим знанием английского языка, ограниченными навыками чтения и нарушениями слуха или с различными культурными и этническими особенностями. Примеры того, как план может выполнить эти требования, включают, помимо прочего, предоставление услуг устных и письменных переводчиков, а также линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон или телетайп).

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

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

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

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

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

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

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

Глава 7 Ваши права и обязанности

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

אונזער פֿלאַן האט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאראנען צו ענטפֿערן פֿאַראגעס פֿון 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 פֿארלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פֿון דעם פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַסיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

אונדזער פֿלאַן איז פארלאנגט צו געבן ווייבלעך ענרא, ולז די א.פ. ציע פון דירעקט א.קסעס צו א.פ. רויען געזונט ספ. עציא. ליסט אין די נעץ פֿאַר פרויען רותין און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

אויב פֿראַ וויידערז אין דעם פלאן נעץ פֿאַר א. ספ. עציא. ליטעט זענען נישט פאראנען, עס איז די פֿאַראַ נטוואַרטלעכקייט פון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספ. עציא. ליטעט פֿראַ וויידערז א.רויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿאַל, אייך וועט בלויז באַזאַלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין א. סטואַ ציע וווּ עס זענען קיין ספ. עשאַלאַסץ אין די נעץ וואָס דעקן א. סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאַרמאַציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האַט קיין קאַנפּליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פון אונדזער פֿלאַן אין א.פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן א. קלאַ וויאַטור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 711 איר קענט אויך פֿאַרלייגן א. קלאַ ג מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) א. דער גלייך מיט די א.פֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 א. דער TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng 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 আমাদেৰে অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্ৰদান কৰতে হব যে আপনাৰ জন্ম কাৰ্য্যকৰী এবং আপনাৰ সাংস্কৃতিক সংবদনশীলতাৰ সাথে সামঞ্জস্যপূৰ্ণ হয় (ইংৰাজী ব্ৰহীত অন্যান্য ভাষায়, ব্ৰহীলে, বড় হৰফে মুদ্ৰণে বা অন্যান্য বকিল্প ফৰ্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পৰিষেবো, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্ৰদান কৰা হয় এবং যাদেৰে ইংৰাজিতে দক্ষতা সীমতি, পড়ার দক্ষতা সীমতি, শ্ৰবণশক্তিৰ অক্ষমতা রয়েছে বা যাদেৰে বচৈত্ৰিয়ময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্ৰক্ষেপটি রয়েছে তাৰা সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদেৰে জন্ম অ্যাক্সেসেযোগ্য, আপনাৰ প্ল্যানটিকে তা নিশ্চতি কৰতে হব। কোনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসেযোগ্যতাৰ প্ৰয়োজনীয়তাগুলি পূৰ্ণ কৰতে পাৰে তাৰ উদাহরণগুলিৰ মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পৰিষেবো, দোভাষী পৰিষেবো, টলেটাইপ্ৰাইটাৰ বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টলেটাইপ্ৰাইটাৰ ফোন) সংযোগেৰে বধানেৰে মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

Глава 7 Ваши права и обязанности

আমাদরে প্ল্যাননে, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরামর্শ দেওয়া হয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকল্প 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 পরামর্শদাতাকে কল করুন।

আমাদরে প্ল্যানটির মহিলা তালিকাভুক্তদের, মহিলাদের রুটিন ও প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরামর্শগুলোর জন্য নটেওয়ারকের মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

কোনো বিশেষত্বের জন্য প্ল্যানের নটেওয়ারকে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকে বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরামর্শ আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানের নটেওয়ারকে এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরামর্শটি পতে কীথায় 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 পরামর্শে অভ্যর্থনা দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভ্যর্থনা দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সন্নিহিত রাইটস অফিসে অভ্যর্থনা দায়ের করতে পারেন।

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

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

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

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

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

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (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

Глава 7 Ваши права и обязанности

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 مندرج خواتین کو ان کی روزمرہ اور احتیاطی صحت کی نگہداشت کی سروسز کے لیے نیٹ ورک کے اندر خواتین کی صحت کے ماہر تک براہ راست رسائی کا اختیار دے۔

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

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

Раздел 1.2 Мы должны обеспечивать вам своевременный доступ к покрываемому обслуживанию и лекарствам

Вы имеете право выбрать своего основного врача (primary care provider, PCP) из числа сотрудничающих с нашим планом; основной врач оказывает и организует медицинскую помощь своим пациентам. У участниц нашего плана есть право без направления обращаться к специалисту по женским заболеваниям (например, к гинекологу).

Вы имеете право на то, чтобы сотрудничающие с планом медики назначали прием *в течение разумного времени*. Это включает право на своевременное получение помощи специалистов (если помощь специалиста требуется). Вы имеете право без долгих задержек получать лекарства по рецепту в сотрудничающих с нами аптеках.

Если вы считаете, что медицинскую помощь или лекарства, покрываемые по программе Part D, вы получаете со значительной задержкой, обратитесь к главе 8; там объясняется, что вы можете сделать в такой ситуации.

Раздел 1.3 Мы должны защищать конфиденциальность вашей личной медицинской информации

Федеральное законодательство и законодательство штата защищают конфиденциальность ваших медицинских документов и персональной медицинской информации. Мы защищаем эту информацию в соответствии с этими законами.

Глава 7 Ваши права и обязанности

- «Конфиденциальная медицинская информация» включает **личную информацию**, которую вы сообщили нам при включении в план, данные из вашей медицинской карты и другую информацию о состоянии вашего здоровья.
- Вы имеете права по отношению к своей конфиденциальной медицинской информации и право контролировать ее использование. Мы присылаем вам письменное уведомление, которое называется *«Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности» (Notice of Privacy Practice)*. В нем говорится о ваших правах и о том, как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации.

Как мы защищаем конфиденциальность частной информации о вашем здоровье и лечении?

- Мы принимаем меры к тому, чтобы доступ к вашим медицинским документам имели только те сотрудники, которым это разрешено.
- Кроме приведенных ниже ситуаций, если мы намереваемся раскрыть вашу информацию кому-нибудь, кто не оказывает вам помощь или не платит за нее, *мы сначала должны получить у вас или у вашего уполномоченного представителя письменное на это разрешение.*
- Существуют определенные исключения, и в некоторых случаях мы можем раскрывать такую информацию без вашего разрешения. Эти исключения разрешены или требуются по закону.
 - Например, мы должны передавать вашу медицинскую информацию государственным органам, контролирующим качество медицинской помощи.
 - Вы стали участником нашего плана, потому что включены в программу Medicare. По этой причине мы должны сообщать программе Medicare информацию о вашем здоровье, лечении и лекарствах по рецепту, которые покрывает программа Часть D. Если программа Medicare раскрывает вашу информацию для исследовательских или других целей, она это делает в соответствии с федеральным законодательством; обычно это значит, что информация, позволяющая установить вашу личность, не раскрывается.

Вы можете знакомиться с информацией, содержащейся в документах о вашем здоровье и лечении, и знать, как ее раскрывают другим лицам

Вы имеете право знакомиться со своей медицинской картой, имеющейся у плана, и получать ее копию. Нам разрешено взимать с вас плату за копирование. Вы имеете право просить нас обновить или исправить вашу медицинскую карту. Если вы попросите нас это сделать, мы вместе с вашим врачом выясним, нужно ли вносить в документы изменения, о которых вы просите.

Если информация о вашем здоровье и лечении требуется для других целей, кроме связанных с обычной работой плана, у вас есть право знать о том, как была раскрыта эта информация.

Если у вас появятся вопросы или жалобы по поводу конфиденциальности вашей персональной медицинской информации, позвоните в наш Отдел обслуживания участников.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В ПЛАНЕ SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К НЕЙ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ.**

План Senior Whole Health of New York, Inc., осуществляющая деятельность под наименованием Senior Whole Health by Molina Healthcare (далее — Senior Whole Health, мы и другие формы этого местоимения) использует и передает вашу закрытую медицинскую информацию, чтобы предоставлять вам услуги медицинского страхования как участнику плана страхования Senior Whole Health. Мы используем и передаем информацию о вас для осуществления лечения, платежей и медицинского обслуживания. Мы также используем и передаем касающуюся вас информацию в других целях, если это разрешено или предписано законом. Мы обязаны сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации и соблюдать условия настоящего Уведомления. Дата вступления настоящего уведомления в силу — 1 октября 2021 г.

Сокращение **PHI** означает Protected Health Information — закрытая (то есть конфиденциальная) медицинская информация. Конфиденциальная медицинская информация (PHI) — это медицинская информация, содержащая ваше имя, номер участника или другие идентификаторы, которая используется или передается компанией Senior Whole Health.

Почему компания Senior Whole Health использует или передает вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI)?

Мы используем или раскрываем вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) только с целью предоставления вам медицинских услуг. Касающаяся вас закрытая медицинская информация (PHI) используется и передается для осуществления лечения, платежей и действий, связанных с медицинским обслуживанием.

Для осуществления лечения

Компания Senior Whole Health может использовать или раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) для предоставления вам или организации вашего медицинского обслуживания. Это касается также направлений, выдаваемых вашими лечащими врачами, к другим врачам или поставщикам медицинских услуг. Например, мы можем передать информацию о состоянии вашего здоровья врачу-специалисту. Это поможет специалисту обсудить ваше лечение с вашим врачом.

Для оплаты

Компания Senior Whole Health может использовать и раскрывать конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) для принятия решений об оплате услуг. Это может касаться жалоб, согласований на лечение и решений о необходимости лечения. В счете могут быть указаны ваше имя, ваше заболевание, предоставленное вам лечение, а также использованные расходные медицинские материалы. Например, мы можем сообщить врачу о том, что вы пользуетесь нашими услугами. Мы также сообщаем врачу, какую часть счета готовы оплатить.

Для координирования медицинского обслуживания

Компания Senior Whole Health может использовать или раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) для работы нашего медицинского плана. Например, мы можем использовать информацию

Глава 7 Ваши права и обязанности

из вашего заявления, чтобы сообщить вам о медицинской программе, которая может вам помочь. Мы также можем использовать или передавать касающуюся вас закрытую медицинскую информацию (PHI) для решения проблем участника программы. Кроме того, касающаяся вас конфиденциальная медицинская информация (PHI) может использоваться для проверки правильности выплат по страховым требованиям.

Деятельность в сфере здравоохранения включает в себя множество ежедневных бизнес-потребностей. Она включает в себя, в частности, следующее:

- повышение качества обслуживания;
- действия в рамках медицинских программ, направленных на помощь участникам плана с определенными заболеваниями (например, астмой);
- проведение или организация медицинской экспертизы;
- юридические услуги, включая программы по выявлению и преследованию мошенничества и злоупотреблений;
- действия, помогающие нам соблюдать законы;
- удовлетворение потребностей участников, включая решения по претензиям и жалобам.

Компания предоставляет вашу закрытую медицинскую информацию другим компаниям («**деловым партнерам**»), которые осуществляют различные виды деятельности для реализации плана медицинского страхования компании. Мы также можем использовать вашу закрытую медицинскую информацию (PHI) для напоминания о назначенных вам приемах у врачей. Мы можем использовать касающуюся вас конфиденциальную медицинскую информацию (PHI), чтобы предоставлять вам информацию о других методах лечения или других льготах и услугах, связанных со здоровьем.

В каких случаях компания Senior Whole Health может использовать или передавать вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) без получения от вас письменного разрешения (одобрения)?

Помимо лечения, оплаты и осуществления медицинской деятельности, закон разрешает или требует от компании Senior Whole Health использовать и передавать вашу персональную медицинскую информацию (PHI) для ряда других целей, включая следующие:

По требованию закона.

Мы используем или раскрываем вашу информацию в соответствии с требованиями закона. Ваша закрытая медицинская информация (PHI) может быть раскрыта по требованию секретаря Министерства здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services, HHS). Это может быть связано с судебным разбирательством, иными юридическими действиями, а также в случае необходимости в правоохранительных целях.

Общественное здравоохранение.

Ваша конфиденциальная медицинская информация (PHI) может быть использована или раскрыта для проведения мероприятий в области общественного здравоохранения. В частности, для содействия органам здравоохранения в профилактике или контроле заболеваний.

Надзор за здравоохранением.

Ваша конфиденциальная медицинская информация (PHI) может быть использована или передана государственным органам. Им может понадобиться ваша закрытая медицинская информация (PHI) для проведения аудита.

Исследования.

Ваша конфиденциальная медицинская информация (PHI) может быть использована или раскрыта для проведения исследований в определенных случаях, например, с разрешения комиссии по конфиденциальности или экспертного совета организации.

Юридические или административные действия.

Ваша конфиденциальная медицинская информация (PHI) может быть использована или передана для судебного разбирательства, например, в ответ на постановление суда.

Правоохранительные задачи.

Ваша конфиденциальная медицинская информация (PHI) может быть использована или передана полиции в правоохранительных целях, например, для помощи в поиске подозреваемого, свидетеля или пропавшего человека.

Здоровье и безопасность.

Ваша конфиденциальная медицинская информация (PHI) может быть предоставлена для предотвращения серьезной угрозы общественному здоровью или безопасности.

Деятельность государственных органов.

Ваша медицинская информация может быть предоставлена правительству для выполнения особых функций. Например, для защиты президента.

Лица, пострадавшие от жестокого, небрежного обращения или домашнего насилия.

Касающаяся вас конфиденциальная медицинская информация (PHI) может быть предоставлена официальным властям, если мы сочтем, что какое-либо лицо является жертвой жестокого или небрежного обращения.

Компенсация пострадавшим на рабочем месте.

Ваша конфиденциальная медицинская информация (PHI) может быть использована или передана для соблюдения законов о страховке для пострадавших на рабочем месте.

Другие ситуации.

Ваша медицинская информация может быть предоставлена руководителям похоронных служб или коронерам, если она нужна для их работы.

Когда компании Senior Whole Health требуется ваше письменное разрешение на использование вашей информации?

Компании Senior Whole Health требуется письменное разрешение на использование вашей конфиденциальной медицинской информации (PHI), когда эта информация нужна для достижения целей, не указанных в этом уведомлении. Компании Senior Whole Health необходимо ваше разрешение, прежде чем мы раскроем касающуюся вас конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) в следующих целях: (1) в большинстве случаев использования и раскрытия психотерапевтических записей; (2) в случаях использования и раскрытия в маркетинговых целях; и (3) в случаях использования и раскрытия, которые подразумевают продажу закрытой медицинской информации (PHI). Вы можете отменить данное вами письменное разрешение. Отмена разрешения не будет распространяться на действия, осуществленные ранее на основании данного вами согласия.

Каковы ваши права по отношению к своей медицинской информации?

Вы имеете право:

- **Просить, чтобы на использование и раскрытие вашей конфиденциальной медицинской информации (PHI) были наложены ограничения.**

Вы можете попросить нас не раскрывать вашу информацию для проведения лечения, для оплаты или медицинской помощи. Вы также можете попросить нас не передавать вашу закрытую медицинскую информацию (PHI) членам семьи, друзьям или другим названным вами лицам, которые имеют отношение к вашему медицинскому обслуживанию. Однако мы не обязаны соглашаться с вашей просьбой. Запрос должен быть подан в письменной форме. Вы можете использовать для подачи вашего запроса соответствующую форму, которая применяется в компании Senior Whole Health.
- **Просить о конфиденциальной передаче вашей информации.**

Вы можете попросить компанию Senior Whole Health о передаче вам вашей конфиденциальной медицинской информации (PHI) с использованием определенных способов связи или в определенном месте, чтобы обеспечить ее конфиденциальность. Мы будем выполнять ваши обоснованные просьбы, если вы сообщите нам, каким образом предоставление вашей медицинской информации или ее части может подвергнуть вашу жизнь риску. Запрос должен быть подан в письменной форме. Вы можете использовать для подачи вашего запроса соответствующую форму, которая применяется в компании Senior Whole Health.
- **Просматривать и копировать касающуюся вас закрытую медицинскую информацию (PHI)**

Вы имеете право знакомиться с хранящейся у нас вашей конфиденциальной медицинской информацией (PHI) и получать ее копии. К такой информации могут относиться документы, использовавшиеся при принятии решений о покрытии услуг, удовлетворении страховых требований и других решений, касающихся вас как участника плана компании Senior Whole Health. Запрос должен быть подан в письменной форме. Вы можете использовать для подачи вашего запроса соответствующую форму, которая применяется в компании Senior Whole Health. Мы можем взимать обоснованную плату за изготовление копий и отправку документов по почте. В некоторых случаях мы можем отклонить запрос. Важное примечание: Мы не храним полные копии ваших медицинских документов. Если вы хотите просмотреть, получить копию или внести изменения в свою медицинскую карту, обратитесь к своему врачу или в клинику.
- **Вносить изменения в касающуюся вас закрытую медицинскую информацию (PHI)**

Вы можете попросить нас внести поправки (изменения) в вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI). Это относится только к тем хранящимся у нас документам, которые касаются вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Вы можете использовать для подачи вашего запроса соответствующую форму, которая применяется в компании Senior Whole Health. Вы можете направить письмо о несогласии, если мы отклоним запрос.
- **Получать отчеты о случаях раскрытия (передачи) вашей закрытой медицинской информации**

Вы можете попросить предоставить вам список третьих сторон, которым мы передавали вашу конфиденциальную медицинскую информацию в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса. В этот список не включается закрытая медицинская информация (PHI), передаваемая следующим образом:

 - для лечения, оплаты или осуществления медицинской деятельности;
 - осуществляется передача лицам их собственной PHI;
 - передача информации осуществляется с вашего разрешения;

Глава 7 Ваши права и обязанности

- в связи с использованием или раскрытием информации, разрешенным или требуемым в соответствии с действующим законодательством;
- раскрытие PHI осуществляется в интересах национальной безопасности или разведки;
- предоставление в рамках ограниченного набора данных в соответствии с действующим законодательством.

Мы взимаем разумную плату за каждый список, если вы запрашиваете этот список более одного раза в течение 12 месяцев. Запрос должен быть подан в письменной форме. Вы можете использовать для подачи вашего запроса соответствующую форму, которая применяется в компании Senior Whole Health.

Вы можете подавать любые запросы, указанные выше, а также получить копию этого Уведомления. Позвоните в отдел обслуживания участников плана Senior Whole Health, телефон указан на вашей карточке участника плана. Звонки бесплатные. Линия работает без выходных с 8:00 до 20:00 по местному времени. При использовании ТТУ набирайте 711.

Что делать, если ваши права были нарушены?

Вы можете подать жалобу в компанию Senior Whole Health и Департамент здравоохранительный и социального обеспечения (Department of Health and Human Services), если думаете, что ваше право на конфиденциальность было нарушено. Мы не будем предпринимать никаких действий против вас за подачу жалобы. Это никоим образом не повлияет на ваше лечение и покрытие услуг.

Вы можете направить нам жалобу следующим образом:

По телефону:

Позвоните в отдел обслуживания участников плана Senior Whole Health, телефон указан на вашей карточке участника плана. Звонки бесплатные. Линия работает без выходных с 8:00 до 20:00 по местному времени. При использовании ТТУ набирайте 711.

В письменном виде:

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

Вы можете подать жалобу секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США по адресу:

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

В чем заключаются обязанности компании Senior Whole Health?

От компании Senior Whole Health требуется:

- соблюдать конфиденциальность вашей закрытой медицинской информации;
- предоставлять вам письменную информацию, подобную этой, о наших обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности вашей закрытой медицинской информации (PHI);

Глава 7 Ваши права и обязанности

- уведомлять вас в случае любой утечки вашей незащищенной конфиденциальной медицинской информации (PHI);
- не использовать и не раскрывать вашу генетическую информацию для целей продажи страховых покрытий;
- соблюдать условия данного Уведомления.

В данное Уведомление могут вноситься изменения

Компания Senior Whole Health оставляет за собой право в любое время вносить изменения в свою информационную практику и условия настоящего Уведомления. Если мы это сделаем, то новые условия и методы будут применяться ко всей хранимой нами PHI. В случае внесения каких-либо существенных изменений, компания Senior Whole Health разместит пересмотренное Уведомление на своем сайте и отправит пересмотренное Уведомление или информацию об этих существенных изменениях и о том, как получить пересмотренное Уведомление, в следующей ежегодной рассылке участникам планов Senior Whole Health.

Контактная информация.

Если у вас возникли вопросы, обратитесь в указанную ниже службу.

По телефону:

Позвоните в отдел обслуживания участников плана Senior Whole Health, телефон указан на вашей карточке участника плана. Звонки бесплатные. Линия работает без выходных с 8:00 до 20:00 по местному времени. При использовании ТТУ набирайте 711.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Позвоните в отдел обслуживания участников плана Senior Whole Health указан на вашей карточке участника плана. Звонки бесплатные. Линия работает без выходных с 8:00 до 20:00 по местному времени. При использовании ТТУ набирайте 711. Звонки бесплатные.

Раздел 1.4 Мы должны сообщать вам информацию о нашем плане, сотрудничающих с ним медиках и медицинских учреждениях и о покрываемом нами обслуживании

Участники плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) имеют право получать от нас информацию по ряду вопросов.

Если вам требуется информация по одному из следующих вопросов, позвоните в наш отдел обслуживания:

- **Информация о нашем страховом плане.** Эта информация включает, например, сведения о финансовом состоянии нашего плана.
- **Информация о медиках, учреждениях и аптеках, которые с нами сотрудничают.** Например, у вас есть право получать у нас информацию о квалификации сотрудничающих с нами медиков и аптекарей и о том, как мы оплачиваем их работу.
- **Информация об имеющемся у вас страховом покрытии и о правилах, которые вы должны соблюдать при получении этого покрытия.** О страховом покрытии медицинской помощи см. главы 3 и 4. О страховом покрытии лекарств по рецепту, покрываемых по программе Part D (Часть D) см. в главе 5.

- **Информация о том, почему некоторые лекарства и виды обслуживания не покрываются, и что вы можете сделать в таком случае.** О том как попросить у нас письменное объяснение того, почему мы не покрываем или ограничиваем покрытие какой-нибудь медицинской помощи или какого-нибудь лекарства по программе Part D, говорится в главе 8. Кроме того, в главе 8 объясняется, как подать апелляцию, т. е. попросить нас изменить свое решение.

Раздел 1.5 Мы должны уважать ваше право принимать решения о лечении

У вас есть право знать о возможных вариантах лечения и участвовать в принятии решений о вашем лечении

У вас есть право получать у врачей и других медиков полную информацию об оказываемой вам медицинской помощи. Лечащий вас медик должен объяснить вам состояние вашего здоровья и варианты лечения. Он должен сделать это *в доступной для вас форме*.

Вы можете на равных правах с врачами участвовать в принятии решений о вашем лечении. Приведенные ниже права позволяют вам вместе с врачами решать, какое лечение подходит вам лучше всего:

- **Вы имеете право знать обо всех вариантах лечения.** Это означает, что вам должны рассказать обо всех рекомендованных методах лечения вашего заболевания независимо от того, сколько лечение стоит и покрывает ли его ваш план. Вам должны рассказывать также о программах, которые наш план предлагает своим участникам для оптимизации лекарственного лечения и обеспечения его безопасности.
- **Вы имеете право знать о рисках.** Вам должны рассказывать обо всех рисках, связанных с лечением. Если предлагаемое лечение является частью клинического исследования, вам должны об этом сказать заранее. Вы всегда можете отказаться от участия в любом клиническом исследовании.
- **Право сказать «нет».** Вы имеете право отказаться от любого рекомендованного лечения. Это включает в себя право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач не советует вам этого не делать. Кроме того, у вас есть право прекратить прием назначенного вам лекарства. Разумеется, если вы отказываетесь от лечения или прекращаете принимать лекарство, вы принимаете на себя полную ответственность за последствия этого решения.

У вас есть право дать указания относительно того, что нужно будет делать, когда вы не сможете самостоятельно принимать решения о лечении

Иногда человек, ставший жертвой несчастного случая или страдающий серьезным заболеванием, не может самостоятельно принимать решения о своем лечении. Вы имеете право сообщить о том, что нужно будет делать, если вы окажетесь в подобной ситуации. Это означает, что, *если вы этого хотите*, вы можете:

- Заполнить форму, дающую **выбранному вами лицу законные полномочия на принятие решений о вашем лечении** в случае, если вы не сможете принимать такие решения самостоятельно.
- **Дать врачам письменные указания** о том, как им следует вас лечить, если вы не сможете это делать самостоятельно.

Для того чтобы заранее дать указания на случай подобных ситуаций, вы можете составить юридический документ, который называется «**заблаговременные указания на случай недееспособности**» (advance directives). Существуют различные типы заблаговременных распоряжений и различные их названия. Это

Глава 7 Ваши права и обязанности

может быть, например, «завещание о жизни» (living will) или «доверенность на принятие решений о медицинской помощи» (“power of attorney for health care”).

Если вы хотите составить заблаговременные указания, нужно сделать следующее:

- **Получите бланк.** Бланк для заблаговременных указаний на случай недееспособности можно получить у адвоката, социального работника и в некоторых канцелярских магазинах. Иногда нужный бланк можно получить в организациях, информирующих людей о программе Medicare. Кроме того, с просьбой прислать бланк вы можете обратиться в наш отдел обслуживания.
- Бланки есть также на нашем сайте (ссылка на Caring Connections) и на сайте <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/>
- **Заполните этот бланк и подпишите.** Помните, что независимо от того, где вы получили бланк, после его заполнения он становится юридическим документом. Вам, возможно, стоит обратиться к адвокату за помощью в его составлении.
- **Передайте копии документа тем, кто должен о нем знать.** Передайте копии этого документа своему врачу и человеку, которого вы уполномочили этим документом принимать за вас решения в случае вашей недееспособности. Вы можете передать копии этого документа также близким друзьям и членам семьи. Сохраните одну копию у себя дома.

Если вы заранее знаете, что вас госпитализируют и если вы уже подписали заблаговременные указания, **возьмите копию этого документа с собой в больницу.**

- В больнице у вас спросят, подписали ли вы заблаговременные указания на случай недееспособности и есть ли у вас собой этот документ.
- Если вы не писали заблаговременные указания, вас спросят, не хотите ли вы это сделать. В больницах есть необходимые бланки.

Помните: вы сами решаете, составлять заблаговременные указания или нет (в том числе хотите ли вы это сделать, находясь в больнице). Закон запрещает отказывать вам в помощи или дискриминировать вас на основании того, что вы составили или не составили заблаговременные указания на случай недееспособности.

Что делать, если ваши указания не соблюдаются?

Если вы подписали заблаговременные указания на случай недееспособности, но, по вашему мнению, содержащиеся в них инструкции не соблюдались врачом или больницей, вы можете подать жалобу. Для этого позвоните по горячей линии Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health), телефон 1-800-206-8125 (TTY 711).

Раздел 1.6	У вас есть право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые нами решения
-------------------	--

Если вы столкнулись с трудностями, у вас есть сомнения, вы хотите пожаловаться, попросить план о страховом покрытии или подать апелляцию на решение плана, ознакомьтесь с главой 8 этого справочника. Что бы вы ни предприняли: попросили план принять страховое решение, подали апелляцию или жалобу — **мы обязаны относиться к вам честно и справедливо.**

Раздел 1.7 Что можно сделать, если, по вашему мнению, мы отнеслись к вам несправедливо или нарушили ваши права**Если по отношению к вам допущена дискриминация, позвоните в Управление по вопросам гражданских прав**

Если вы считаете, что к вам отнеслись несправедливо или что ваши права нарушили по причине вашей инвалидности, пола, состояния здоровья, национальности, религии, возраста или страны происхождения, позвоните в «Управление по вопросам гражданских прав» (**Office for Civil Rights**) при «Департаменте здравоохранения и социального обеспечения» (Department of Health and Human Services), телефон 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697). Кроме того, вы можете позвонить в местное управление по вопросам гражданских прав.

Другие нарушения ваших прав

Если вы считаете, что к вам отнеслись несправедливо или что ваши права нарушили, но это не было связано с дискриминацией, то можете обратиться в одно из следующих учреждений:

- Вы можете **позвонить в отдел обслуживания**.
- Кроме того, вы можете позвонить **в программу SHIP**. Подробнее см. в главе 2, раздел 3.
- Наконец, вы можете **позвонить в программу Medicare**, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048); линия работает круглосуточно и без выходных.

Раздел 1.8 Как вы можете больше узнать о своих правах

Подробнее узнать о своих правах вы можете несколькими способами:

- Вы можете **позвонить в отдел обслуживания**.
- Кроме того, вы можете позвонить **в программу SHIP**. Подробнее см. в главе 2, раздел 3.
- Вы можете обратиться в программу **Medicare**.
 - На сайте программы Medicare вы можете прочитать или скачать брошюру «*Ваши права по программе Medicare и защита ваших прав*» (*Medicare Rights & Protections*). (Брошюра есть по следующему адресу: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Наконец, вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 2 Обязанности участника плана

Ниже перечислены обязанности участника нашего плана. С вопросами обращайтесь в наш отдел обслуживания.

- **Ознакомьтесь с покрываемыми услугами и правилами, которые нужно соблюдать при получении таких услуг.** Что мы вам покрываем и какие правила вы должны соблюдать при получении покрываемых нами услуг, объясняется в справочнике, который вы сейчас читаете.

Глава 7 Ваши права и обязанности

- В главах 3 и 4 говорится о медицинской помощи.
- В главе 5 речь идет о лекарствах по рецепту, покрываемых по программе Part D (Часть D).
- **Если помимо нашего плана у вас есть другая медицинская страховка или другая страховка на лекарства по рецепту, вы нам об этом должны сообщить.** В главе 1 говорится о координации покрытия по разным страховкам.
- **Сообщите вашему врачу и другим медикам, что вы участник нашего плана.** Предъявляйте свою карточку участника плана всегда, когда получаете медицинскую помощь или лекарства по рецепту, покрываемые по программе Part D.
- **Помогайте лечащим вас врачам и медикам: сообщайте им необходимые сведения, задавайте вопросы и соблюдайте назначенный план лечения.**
 - Чтобы вам помогали как можно лучше, говорите своим врачам и другим медикам обо всех проблемах со здоровьем. Соблюдайте согласованные с врачом планы лечения и рекомендации.
 - Сообщайте своим врачам о лекарствах, которые вы принимаете, в том числе о лекарствах, продающихся без рецепта, витаминах и биодобавках.
 - Не стесняйтесь задавать вопросы, если что-нибудь непонятно.
- **Будьте тактичны.** Мы ожидаем, что все участники плана будут уважать права друг друга. Вы не должны нарушать своим поведением работу кабинета вашего врача, больниц и других учреждений.
- **Платите то, что вы должны.** Участник плана должен делать следующие платежи:
 - Вы должны платить за страховку по нашему плану.
 - Если в связи с высоким доходом (на основании налоговой декларации) вы должны платить дополнительную сумму за страховку по программе Part D, то для того чтобы оставаться клиентом нашего плана, вы должны платить эту дополнительную сумму.
- **Если ваше новое место жительства находится в пределах нашей зоны обслуживания, мы все равно должны знать о вашем переезде.** Это позволит нам исправить ваши данные и связаться с вами в случае необходимости.
- **Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не сможете оставаться участником нашего плана.**
- Если вы переезжаете, обязательно сообщите об этом в «Управление социального обеспечения» (или в «Совет по делам пенсионного обеспечения железнодорожников»).

ГЛАВА 8:

*Что делать при возникновении проблемы
или жалобы (решения о страховом
покрытии, апелляции, жалобы)*

РАЗДЕЛ 1 Введение

Раздел 1.1 Что делать, если у вас возникли сложности или претензии

В этой главе объясняется, какие процедуры вы можете использовать, если у вас возникла проблема и жалоба. Выбор процедуры зависит от типа проблемы.

- В некоторых случаях вам нужно использовать **процедуру запроса на страховое решение или подачи апелляции**.
- В других случаях нужно использовать процедуру подачи **жалобы**.

Для каждой процедуры предусмотрен набор правил, процессов рассмотрения и установленных сроков, которые должны соблюдать как мы, так и вы.

Раздел 3 поможет вам выяснить, какая процедура вам нужна и что делать.

Раздел 1.2 Юридическая терминология

Для некоторых описываемых в этой главе правил, процедур и сроков существуют специальные юридические термины. Большинству людей они неизвестны и непонятны. Для того чтобы упростить текст этой главы:

- Мы стараемся использовать понятные слова вместо усложненных юридических терминов. Например, мы обычно говорим «подать жалобу» вместо «обратиться с претензией» («filing a grievance»), «страховое решение» вместо «интегрированное постановление организации» (“integrated organization determination”) или «страховое постановление» («coverage determination») и «независимая экспертная организация» вместо «независимое юридическое лицо, отвечающее за составление экспертного заключения» («Independent Review Entity»).
- Мы изо всех сил стараемся как можно реже использовать аббревиатуры.

Вы должны, однако, понимать, что для вас полезно — а иногда очень важно — уметь описать свою ситуацию на правильном юридическом языке. Если вы знаете правильную терминологию, это помогает нам вас понять, а вам точнее описывать нам возникшее затруднение. Кроме того, вам будет проще получать у нас нужную помощь и информацию. Для того чтобы помочь вам разобраться в том, какие юридические термины нужно использовать, мы их указываем при подробном описании процесса рассмотрения вопроса в конкретных ситуациях.

РАЗДЕЛ 2 Где можно получить информацию и содействие

Мы всегда готовы вам помочь! Даже если вы хотите пожаловаться на то, как мы к вам относимся, мы обязаны уважать ваше право жаловаться. Поэтому вы всегда можете обратиться за помощью в Отдел обслуживания участников. Однако в некоторых ситуациях вы можете предпочесть, чтобы помощь и руководство исходили от кого-то, кто не имеет к нам отношения. Вот две организации, которые могут вам помочь.

«Программа штата по содействию участникам программы Medicare» (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Эта государственная программа. Она действует в каждом штате. В ней работают специально обученные консультанты. Эта программа никак не связана ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или медицинским страховым планом. Работающие в этой программе консультанты помогут вам понять, какую процедуру выбрать для решения возникшей у вас проблемы. Они ответят на ваши вопросы, сообщат дополнительную информацию и посоветуют, что и как нужно делать.

Консультанты из программы SHIP помогают вам бесплатно. Номера телефонов и адрес сайта приведены в главе 2, раздел 3, этого справочника.

Medicare

Вы можете связаться также с программой Medicare. Как связаться с программой Medicare:

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных. ТТУ: 1-877-486-2048.
- Вы можете посетить сайт программы Medicare (www.medicare.gov).

Помощь и информацию можно получить в программе Medicaid

Как связаться	Программа Medicaid штата New York, Управление трудовых ресурсов (Human Resources Administration, HRA) города New York и другие окружные отделы Департамента социального обеспечения (Department of Social Services), в том числе округов Nassau, Orange, Rockland и Westchester — контактная информация
Телефон	Программа Medicaid штата New York: (800) 505-5678 New York Human Resources Administration/Department of Social Services (DSS): (718) 557-1399 Округ Nassau: (516) 227-7474 Округ Orange: (845) 291-4000 Округ Rockland: (845) 364-3040 Westchester County: (914) 995-3333 С понедельника по пятницу, с 8:30 до 20:00, в субботу с 10:00 до 18:00.
Почтовый адрес	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678

Как связаться	Программа Medicaid штата New York, Управление трудовых ресурсов (Human Resources Administration, HRA) города New York и другие окружные отделы Департамента социального обеспечения (Department of Social Services), в том числе округов Nassau, Orange, Rockland и Westchester — контактная информация
	<p>Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970</p> <p>White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201</p>
Веб-сайт	<p>New York: http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml</p> <p>Nassau: https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</p> <p>Orange: https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services</p> <p>Rockland: http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/</p> <p>Westchester: http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</p>

Как связаться	Отдел омбудсмана — контактная информация
Телефон	(888) 219-9818 Линия работает с понедельника по пятницу, с 8:30 до 17:00.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
ВЕБ-САЙТ	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

Как связаться	Омбудсмен программ штата, предоставляющих долгосрочный уход — контактная информация
Телефон	(855) 582-6769 С понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00

Как связаться	Омбудсмен программ штата, предоставляющих долгосрочный уход — контактная информация
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
ВЕБ-САЙТ	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

Как связаться	Livanta (организация повышения качества обслуживания в штате New York) — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(866) 815-5440 Линия работает с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 по местному времени. На выходных и по праздникам, линия работает с 10:00 до 16:00 по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ВЕБ-САЙТ	https://www.livantaqio.com/

РАЗДЕЛ 3 Как подавать претензии и апелляции по программам Medicare и Medicaid в рамках вашего плана

Вы включены в программы Medicare и Medicaid. Сведения из этой главы применимы ко **всем** услугам, покрываемым Medicare, и к **большинству** услуг, покрываемых Medicaid. Чаще всего, когда мы решаем, покрывать помощь или нет, мы используем единый процесс рассмотрения для помощи, покрываемой как по программе Medicare, так и по программе Medicaid. Это называется «единым процессом», так как он объединяет процессы рассмотрения, предусмотренные для программ Medicare и Medicaid.

Иногда, однако, процессы рассмотрения вопросов для помощи, покрываемой по программе Medicare, не объединены с теми, которые предусмотрены в случае программы Medicaid. В таких ситуациях нужно использовать процедуры, предусмотренные в программе Medicare, для обслуживания, покрываемого по программе Medicare, и процедуры программы Medicaid для обслуживания, покрываемого по программе

Medicaid. Эти ситуации разобраны в **разделе 6.4** этой главы «Шаг за шагом: как подать апелляцию 2-го уровня».

ПРОБЛЕМЫ С ПОКРЫВАЕМЫМ ОБСЛУЖИВАНИЕ («БЕНЕФИТЫ»)

РАЗДЕЛ 4 Страховые решения и апелляции

Вам нужны только определенные разделы этой главы. Какие именно, зависит от вашей ситуации. Приведенная ниже таблица поможет найти нужный вам раздел этой главы, относящийся к **обслуживанию, покрываемому по программе Medicare или по программе Medicaid**.

Ваши трудности связаны с покрываемым обслуживанием (бенефитами) или страховым покрытием?

Это включает разногласия относительно того, покрывает ли вам план конкретную медицинскую помощь (медицинские приспособления; обслуживание; лекарства по рецепту, покрываемые по программе Part B); того, как именно план их вам покрывает; сложности с оплатой медицинского обслуживания.

Да.

Перейдите к следующему разделу этой главы, **раздел 5, «Основные сведения о страховых решениях и апелляциях»**.

Нет.

Перейдите в конец главы, к **разделу 11, «Как подавать жалобы на качество помощи, время ожидания, обслуживание и т. д.»**

РАЗДЕЛ 5 Основные сведения о страховых решениях и апелляциях

Раздел 5.1 Как попросить о страховом решении и как подать апелляцию: общее представление

Необходимость в решениях о покрытии и апелляциях возникает, когда нужно решить проблемы со страховым покрытием медицинского обслуживания (лечения или услуг, приспособлений, рецептурных лекарств, покрываемых по программе Часть В; в частности это касается оплаты). Для простоты мы называем приспособления, товары и рецептурные лекарства, покрываемые по условиям Части В Medicare, **медицинским обслуживанием**. Вам нужно использовать процедуру, предусмотренную для страховых решений и апелляций. Эта процедура вам нужна, когда решается вопрос о том, получите ли вы страховое покрытие чего-либо и как вы это покрытие получите.

Просить нас принять страховое решение нужно до того, как получите соответствующее обслуживание

Страховое решение — это решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за полученное вами медицинское обслуживание. Например, если ваш врач, сотрудничающий с нашим планом, направляет вас к врачу-специалисту, который с нами не сотрудничает, мы вынесем положительное страховое решение, то есть разрешим покрытие, если только ваш сетевой врач не предоставит доказательство, что вам выдано официальное уведомление об отказе в обслуживании у этого специалиста,

или если в «Границах страховой ответственности» четко оговорено, что указанная в направлении услуга не покрывается никогда и ни при каких условиях. Кроме того, вы или ваш врач можете обратиться к нам с просьбой принять страховое решение, если ваш врач не уверен, будем ли мы покрывать конкретное обслуживание, или когда врач отказывается оказывать вам помощь, которая вам, по вашему мнению, нужна. Если вы хотите заранее узнать, будем ли мы покрывать медицинское обслуживание, можете попросить нас принять решение о покрытии.

В редких случаях мы можем не принять ваш запрос о страховом покрытии. Это означает, что мы отказываемся его рассматривать. Примеры случаев, когда мы отказываемся рассматривать запросы: запрос не полный; запрос от вашего имени подал человек, который не имеет на это права; вы сами попросили отменить рассмотрение запроса. Если мы откажемся рассматривать запрос о страховом покрытии, то пришлем вам уведомление, в котором объясним, почему мы отказались и как вы можете попросить нас пересмотреть это решение.

Мы принимаем страховое решение всякий раз, когда решаем, что покрывается в вашем случае, и сколько мы должны заплатить. В некоторых случаях мы решаем, что программа Medicare не покрывает или больше не покрывает вам какое-нибудь медицинское обслуживание. Если вы не согласны с таким решением, вы можете подать апелляцию.

Подача апелляции

Если мы принимаем страховое решение (до или после получения обслуживания), которым вы недовольны, вы можете подать на это решение апелляцию. Апелляция — это способ официально попросить нас пересмотреть и изменить принятое страховое решение. В определенных ситуациях (речь о них пойдет ниже) вы можете попросить, чтобы мы рассмотрели апелляцию на решение о покрытии в ускоренном порядке. Апелляцию рассматривают сотрудники, которые не участвовали в принятии не удовлетворившего вас страхового решения.

Если апелляцию на какое-то страховое решение вы подаете впервые, то это апелляция 1-го уровня. Получив вашу апелляцию, мы заново изучаем решение о страховом покрытии и проверяем, соблюдались ли при его принятии все применимые правила. Завершив рассмотрение апелляции, мы сообщаем вам о своем решении.

В редких случаях мы отказываемся рассматривать вашу апелляцию 1-го уровня. Примеры случаев, когда мы отказываемся рассматривать запросы: запрос не полный; запрос от вашего имени подал человек, который не имеет на это права; вы сами попросили отменить рассмотрение запроса. Если мы отказались рассматривать вашу апелляцию 1-го уровня, то отправляем вам уведомление, в котором объясняется, почему мы ее отклонили и как попросить о пересмотре этого решения.

Если по результатам рассмотрения апелляции 1-го уровня мы отказываем в покрытии всего запрошенного медицинского обслуживания или его части, ваша апелляция автоматически переходит на 2-й уровень рассмотрения. Апелляции 2-го уровня рассматриваются отделом административных слушаний (Office of Administrative Hearings). Этот отдел никак с нами не связан.

- Мы автоматически перешлем ваше дело в отдел административных слушаний для рассмотрения на 2-уровне — вам делать ничего не нужно. Отдел административных слушаний пришлет вам письмо, подтверждающее, что ваша апелляция 2-го уровня получена.
- Информацию об апелляции 2-го уровня относительно медицинского обслуживания см. в **разделе 6.4** этой главы.

- Апелляции по поводу лекарств, покрываемых по программе Часть D, обсуждаются в разделе 7 этой главы.

Если вы недовольны решением, принятым по результатам рассмотрения апелляции 2-го уровня, вы иногда можете передать ее на более высокие уровни рассмотрения (в разделе 10 этой главы обсуждаются апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней).

Раздел 5.2	Как получить помощь, когда вы просите о страховом решении или подаете апелляцию
-------------------	--

Ниже перечислено, куда вы можете обращаться с просьбой принять решение о покрытии или с апелляцией на наше решение:

- **Вы можете позвонить в наш отдел обслуживания.**
- **Вы можете получить бесплатную помощь** в «Программе штата по содействию участникам программы Medicare» (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Запрос от вашего имени может подать ваш врач или другой медик.** Если врач помогает вам перейти на уровень рассмотрения апелляции выше 2-го, он должен быть назначен вашим представителем. Позвоните в наш Отдел обслуживания участников и попросите прислать форму «Назначение представителя» (Appointment of Representative). (Кроме того, форма есть на сайте программы Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
 - В случае медицинского обслуживания, ваш врач может от вашего имени попросить о страховом решении или подать апелляцию 1-го уровня. Если ответ на апелляцию 1-го уровня отрицательный, она автоматически переходит на 2-й уровень.
 - Если ваш врач или другой поставщик медицинских услуг запрашивает продолжение покрытия обслуживания или приспособления, которое вы уже получаете, во время рассмотрения апелляции, **возможно**, вам понадобится назначить этого врача или поставщика медицинских услуг своим представителем, действующим от вашего имени.
 - Для лекарства, покрываемого по программе Часть D, просьбу о решении о покрытии или апелляцию 1-го уровня может от вашего имени подать ваш врач или другой медик, выписавший рецепт. Если по результатам рассмотрения вашей апелляции 1-го уровня вам отказано, то ваш врач или другой медик, выписавший лекарство, может подать апелляцию 2-го уровня.
- **Вы можете попросить кого-нибудь действовать от вашего имени.** Вы можете при желании назначить своего представителя. Этот человек будет от вашего имени просить о страховом решении и подавать апелляции.
 - Если вы захотите, чтобы ваш друг, родственник или другой человек стал вашим представителем, позвоните в наш Отдел обслуживания участников и попросите прислать форму «Назначение представителя» (Appointment of Representative). (Кроме того, форма есть на сайте программы Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) Заполненная и подписанная форма дает право выбранному вами человеку действовать от вашего имени. Форма должна быть подписана вами и человеком, которого вы назначили своим представителем. Вы должны передать нам копию подписанной формы.

- Мы можем принять апелляцию у этого человека, даже если форма еще не была подписана, но начать и завершить рассмотрение апелляции мы не сможем, пока не получим эту форму. Если мы не получим эту форму до срока принятия решения по вашей апелляции, мы отклоним апелляцию. Если это произойдет, мы пришлем вам письмо, где объясняется, что вы имеете право обратиться в отдел административных слушаний с просьбой пересмотреть наше решение отказаться от рассмотрения апелляции.
- **Вы имеете право нанять в качестве своего представителя адвоката.** Вы можете обратиться к своему собственному адвокату либо найти адвоката из местной коллегии адвокатов или по рекомендации другой справочной службы. Некоторые юридические группы предоставят вам бесплатные юридические услуги, если вы отвечаете их требованиям. Однако **вам не требуется нанимать адвоката**, чтобы запросить решение о покрытии или подать апелляцию.

Раздел 5.3	В каком разделе этой главы рассматривается ваша ситуация
-------------------	---

Существуют четыре типа ситуаций, в которых бывает нужно получить решение о покрытии или подать апелляцию. Поскольку для каждой ситуации предусмотрены разные правила и сроки, каждой из них посвящен специальный раздел.

- **Раздел 6** этой главы, «Ваше медицинское обслуживание: как попросить о страховом решении и как подать апелляцию»
- **Раздел 7** этой главы, «Ваши лекарства по рецепту, покрываемые по программе Часть D: как попросить о страховом решении и как подать апелляцию»
- **Раздел 8** этой главы, «Как попросить нас продлить страховое покрытие стационарного лечения в больнице, если вы считаете, что врач выписывает вас слишком рано»
- **Раздел 9** этой главы: «Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинского обслуживания, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано». (Относится только к следующим видам обслуживания: медицинское обслуживание на дому, обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).)

Если вы не знаете, какой раздел вам нужен, позвоните в наш Отдел обслуживания участников. Кроме того, помощь и совет можно получить в государственных организациях, например в программе SHIP.

РАЗДЕЛ 6 Медицинская помощь: как попросить о страховом решении и как подать апелляцию

Раздел 6.1	Что делать, если у вас возникли сложности с получением страхового покрытия медицинского обслуживания или если вы хотите, чтобы мы возместили вам ваши расходы на обслуживание
-------------------	--

В этом разделе говорится о страховом покрытии медицинского обслуживания. Покрываемое обслуживание («бенефиты») обсуждается в главе 4 этого справочника: *Таблица покрываемого обслуживания (что мы покрываем)*. В некоторых случаях к просьбам о страховом покрытии лекарств по рецепту, покрываемых

по программе Часть В, применяются другие правила. Тогда мы объясняем, в чем разница между правилами покрытия лекарств по условиям Части В и правилами покрытия медицинских товаров и услуг.

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из следующих ситуаций:

1. Вы не получаете медицинскую помощь, которую хотите получать, и считаете, что наш план его покрывает. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 6.2.**
 2. Наш план отказался покрывать медицинское обслуживание, которое врач или другой поставщик медицинских услуг хочет вам предоставить, но вы считаете, что наш план должен его покрывать. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 6.2.**
 3. Вы получили медицинское обслуживание которое наш план должен, по вашему мнению, покрывать, но мы сказали, что платить за него не будем. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
 4. Вы получили медицинское обслуживание и сами же его оплатили; вы считаете, что наш план эту помощь покрывает и просите нас возместить расходы. **Пришлите нам счет. Раздел 6.5.**
 5. Вам сообщили о том, что страховое покрытие какого-то медицинского обслуживания, которое наш план уже разрешил и которое вы уже начали получать, будет уменьшено или прекращено; вы считаете, что уменьшение или прекращение этого страхового покрытия повредит вашему здоровью. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
- **Примечание.** Если план намерен прекратить страховое покрытие медицинского обслуживания в больнице, на дому, в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), вам нужны разделы 8 и 9 этой главы. В этом случае действуют особые правила.

Раздел 6.2 Шаг за шагом: как попросить нас о страховом решении

Юридические термины

Страховое решение о медицинском обслуживании называется **единым заключением организации (Integrated organization determination)**.

Принятие страхового решения в ускоренном порядке («ускоренное страховое решение», «fast coverage decision») называется **«expedited determination»**.

Шаг 1. Решите, какое страховое решение вам нужно — ускоренное или в стандартные сроки.

Стандартное решение о покрытии мы обычно принимаем не позднее чем через 14 дней или 72 часа в случае лекарств, покрываемых по программе Часть В. Ускоренное страховое решение мы обычно принимаем в течение 72 часов или 24 часов в случае лекарств, покрываемых по программе Часть В. Чтобы решение о страховом покрытии было принято в ускоренном порядке, должны быть выполнены два требования:

- Об ускоренном решении можно просить, *только* если услуги еще не оказаны и/или медицинские средства еще не получены.
- Вы можете получить решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, *только* если рассмотрение вашего запроса в стандартные сроки *способно серьезно повредить вашему здоровью или вашим физическим или психическим возможностям*.

- Если ваш врач сообщает нам, что решение о страховом покрытии нужно принять в ускоренном порядке, мы автоматически на это соглашаемся.
- Если вы сами, без врача, просите нас в ускоренном порядке принять решение о страховом покрытии, мы сами решаем, требует ли этого состояние вашего здоровья. Если мы отказываемся рассматривать вашу просьбу в ускоренном порядке, то присылаем вам письмо, где сказано следующее:
 - Почему мы будем рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки.
 - Если ваш врач сообщит нам, что вам требуется ускоренное страховое решение, мы автоматически на это согласимся.
 - Как вы можете подать «быструю» жалобу (fast complaint) на наше решение рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки.

Шаг 2. Попросите свой план принять страховое решение или ускоренное страховое решение.

- Начните с того, что попросите наш план разрешить вам обслуживание, которое хотите получать (т. е. утвердить его страховое покрытие). Для этого позвоните, напишите или пришлите факс в наш план. Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель. Контактная информация приведена в главе 2.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу просьбу о страховом покрытии и сообщаем вам свой ответ.

Обычные решения о покрытии мы принимаем в стандартные сроки.

Это значит, что мы даем ответ в течение **14 календарных дней** после получения вашего запроса о страховом покрытии обслуживания или медицинского приспособления. Если ваш запрос касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare, мы отвечаем в течение **72 часов** после получения запроса.

- Однако, если о дополнительном времени просите вы или если нам требуется больше времени, чтобы получить сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить не более 14 дополнительных дней**, если вы просите о покрытии обслуживания или медицинского приспособления. Если мы решаем, что нам требуются еще несколько дней, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваш запрос касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не* должны использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу (fast complaint) с просьбой ускорить процесс рассмотрения. Мы позвоним вам, как только примем решение по вашей жалобе. (Процедура подачи жалобы отличается от процедуры подачи просьбы о решении о покрытии или апелляции. О жалобах говорится в разделе 11 этой главы.)

В случае ускоренного страхового решения срок будет короче.

Ускоренное решение о покрытии мы принимаем за **72 часа**, если вы просите о покрытии обслуживания или медицинского приспособления. Если ваш запрос касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare, то мы принимаем решение в течение **24 часов**.

- Однако, если о дополнительном времени просите вы или если нам требуется больше времени, чтобы получить сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить не более 14 дней**. Если мы решаем, что нам требуются еще несколько дней, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваш запрос касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare, мы не можем продлить срок принятия решения.

- Если вы считаете, что мы *не* должны использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу с просьбой ускорить процесс рассмотрения. (О жалобах говорится в разделе 11 этой главы.) Мы позвоним вам, как только примем решение.
- Если наше решение по всей вашей просьбе или ее части отрицательное, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа.

Шаг 4. Получив от нас отрицательный ответ на просьбу о покрытии медицинской помощи, вы можете подать апелляцию.

- В случае отрицательного ответа вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это еще одна попытка добиться страхового покрытия той медицинской помощи, которую вы хотите получать. Подавая нам апелляцию, вы переходите на 1-й уровень процесса ее рассмотрения.

Раздел 6.3 Шаг за шагом: как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины

Обращение к нашему плану с апелляцией по поводу покрытия медицинского обслуживания называется **интегрированным повторным рассмотрением**.

Другое название «быстрой» апелляции (fast appeal) — **expedited reconsideration**.

Шаг 1. Определитесь, какая апелляция вам нужна — ускоренная или в стандартные сроки.

По стандартной апелляции решение мы обычно принимаем не позднее чем через 30 дней или 7 дней в случае лекарств, покрываемых по программе Часть В. По ускоренной апелляции решение мы обычно принимаем в течение 72 часов.

- Если вы подаете апелляцию на решение, которое мы приняли по поводу обслуживания, которое вы еще не получили, вы и/или ваш врач решаете, требуется ли вам ускоренное рассмотрение апелляции. Мы рассмотрим вашу апелляцию в ускоренном порядке, если ваш врач считает, что этого требует состояние вашего здоровья.
- Требования для рассмотрения апелляции в ускоренном порядке те же, что и в случае ускоренного страхового решения (см. раздел 6.2 этой главы).

Шаг 2. Попросите наш план принять решение по апелляции в стандартные сроки или в ускоренном порядке

- Если вы просите о рассмотрении вашей апелляции в стандартные сроки, вам нужно подать апелляцию в письменном виде. Кроме того, подать апелляцию можно по телефону. Контактная информация приведена в главе 2.
- Апелляцию для рассмотрения в ускоренном порядке можно подать как по телефону, так и в письменном виде. Контактная информация приведена в главе 2.

- **Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней** со дня, которым датировано письменное уведомление, извещающее вас о нашем страховом решении. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, то, подавая апелляцию, объясните, почему опоздали. Мы можем продлить срок. Примеры уважительных причин: у вас серьезное заболевание, помешавшее вам связаться с нами, или мы предоставили вам неправильную или неполную информацию о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете попросить, чтобы мы бесплатно прислали вам информацию, которую использовали, принимая страховое решение. Вы и ваш врач можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.**

Если мы сообщаем о прекращении или уменьшении покрытия обслуживания или приспособления, которое вы уже получали, покрытие этого обслуживания или приспособления можно продлить, пока апелляция рассматривается.

- Если мы решим ограничить либо прекратить покрытие ранее утвержденного обслуживания или приспособления, мы заранее известим вас об этом письмом.
- Если вы не согласны с нашим решением, то можете подать апелляцию 1-го уровня. Если вы попросите нас не прекращать страховое покрытие обслуживания на время рассмотрения апелляции 1-го уровня, мы выполним вашу просьбу, но попросить нас об этом нужно не позднее 10 календарных дней со дня, который указан на почтовом штемпеле нашего уведомления о планируемом изменении, или не позднее даты вступления силу нашего решения (используется более поздняя дата).
- Если вы подадите просьбу вовремя, то можете до конца рассмотрения апелляции 1-го уровня использовать прежнее страховое покрытие обслуживания или приспособления. Объем всего остального покрываемого обслуживания (которое не является предметом вашей апелляции) остается без изменений.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем ответ.

- Рассматривая апелляцию, мы заново изучаем всю информацию. Мы проверяем, все ли правила мы соблюдали, когда давали отрицательный ответ.
- При необходимости мы собираем больше данных; для этого мы можем связаться с вами или вашим врачом.

Сроки для ускоренного рассмотрения апелляции

- При ускоренном рассмотрении мы должны дать вам ответ в течение **72 часов после получения апелляции**. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
 - Но когда о дополнительном времени просите вы или нам требуется больше времени, чтобы собрать сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, мы **можем добавить не более 14 календарных дней**, если вы просите о покрытии медицинского приспособления или обслуживания. Если мы решаем, что нам требуются еще несколько дней, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare, мы не можем продлить срок ее рассмотрения.
 - Если мы не даем ответ за 72 часа (или к концу продленного срока, если нам понадобились дополнительные дни), мы должны автоматически переслать апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. На этом уровне ее рассматривает независимая экспертная организация. В разделе 6.4 говорится о процессе рассмотрения апелляции 2-го уровня.

- **Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны утвердить или предоставить страховое покрытие, которое согласились предоставить, за 72 часа с момента получения апелляции.
- **Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное**, мы присылаем вам письмо, в котором сообщаем об отказе и о том, что мы автоматически передали вашу апелляцию в отдел административных слушаний на 2-й уровень рассмотрения. Получив вашу апелляцию, отдел административных слушаний (Office of Administrative Hearings) назначит слушание по вашему делу и письмом сообщит вам день и время слушания.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции

- Если мы рассматриваем апелляцию в стандартные сроки, то должны принять решение в течение **30 календарных дней** после ее получения. Если ваша апелляция касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare, которое вы еще не получили, решение мы принимаем **не позднее чем через 7 календарных дней** после получения апелляции. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
 - Но когда о дополнительном времени просите вы или нам требуется больше времени, чтобы собрать сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, мы **можем добавить не более 14 календарных дней**, если вы просите о покрытии медицинского приспособления или обслуживания. Если мы решаем, что нам требуются еще несколько дней, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare, мы не можем продлить срок принятия решения.
 - Если вы считаете, что мы **не** должны использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу (fast complaint) с просьбой ускорить процесс рассмотрения. На такую жалобу мы отвечаем не позднее чем через 24 часа с момента ее получения. (О подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, подробно говорится в **разделе 11** этой главы.)
 - Если мы не сообщаем свое решение в срок (или к концу продленного срока рассмотрения), то направляем вашу апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. На этом уровне ее рассматривает отдел административных слушаний (Office of Administrative Hearings). В разделе 6.4 говорится о процессе рассмотрения апелляции 2-го уровня.
- **Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны не позднее чем через **30 календарных дней** утвердить или предоставить страховое покрытие медицинского обслуживания. Если апелляция касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare, у нас есть **7 календарных дней**, чтобы предоставить запрошенное покрытие.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всей апелляции или ее части, рассмотрение апелляции может быть продолжено: вашу апелляцию мы пересылаем на 2-й уровень, где ее рассматривает отдел административных слушаний (Office of Administrative Hearings).**
- Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное, мы сообщаем вам об этом письмом.

Раздел 6.4	Шаг за шагом: как подать апелляцию 2-го уровня
-------------------	---

Отдел административных слушаний (Office of Administrative Hearings) — это **независимая организация, нанятая программами Medicare и Medicaid**. Она не связана с нами и не является государственным

учреждением. Эта организация решает, является ли наше решение правильным или его нужно изменить. За ее работой наблюдают Medicare и Medicaid.

Завершив рассмотрение апелляции на 1-м уровне, мы автоматически передаем вашу апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. Отдел административных слушаний назначает слушание по вашему делу и сообщает день и время слушания. Если нужно, вы можете попросить, чтобы слушание перенесли на другой день или другое время.

Если вы имеете право на сохранение покрытия после подачи апелляции 1-го уровня, покрытие услуги, товара или лекарственного препарата также может быть продолжено в течение процедуры апелляции 2-го уровня. Сведения о продолжении страхового покрытия на время рассмотрения апелляции 1-го уровня см. на стр. 138.

Апелляция 2-го уровня:

Шаг 1: Мы отправляем ваше дело в отдел административных слушаний. Отдел административных слушаний проводит слушание по вашему делу.

- Мы пересылаем в этот отдел материалы по вашей апелляции. Эта информация называется ваше «дело» (case file, или Evidence Packet). **Мы бесплатно присылаем вам копию вашего дела.**
- Вы имеете право предоставить отделу административных слушаний дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.
- Во время слушания сотрудник отдела административных слушаний (Hearing Officer) тщательно изучает сведения по вашей апелляции и выслушивает ваши доводы и доводы сотрудников вашего плана.

Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в ускоренном порядке, на 2-м уровне она также МОЖЕТ рассматриваться в ускоренном порядке.

- При ускоренном рассмотрении, решение по апелляции 2-го уровня вы получаете **в течение 72 часов** с момента ее получения. Иногда, даже если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в ускоренном порядке, на 2-м уровне она не будет автоматически рассматриваться в ускоренном порядке. Вы получаете решение по апелляции в ускоренном порядке, если рассмотрение ее в стандартные сроки может серьезно повредить вашему здоровью или ограничить возможность восстановления ваших физических или психических возможностей.
- Если вы просите о страховом покрытии обслуживания или медицинского приспособления и если отделу административных слушаний требуется собрать больше данных, которые помогут принять решение в вашу пользу, то **процесс рассмотрения может занять до 14 календарных дней**. Отдел административных слушаний не может брать дополнительное время на рассмотрение апелляции, если она касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare.

Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в стандартные сроки, на 2-м уровне рассмотрения она также будет рассматриваться в стандартные сроки.

- Если апелляция подана по поводу медицинского приспособления или обслуживания и рассматривается в стандартные сроки, экспертная организация должна принять решение по апелляции 2-го уровня **в течение 60 календарных дней** со дня ее получения.
- Если апелляция подана по поводу лекарства, покрываемого по программе Часть В Medicare, то решение по апелляции 2-го уровня принимается **в течение 7 календарных дней** со дня ее получения.

- Однако если вы просите о страховом покрытии обслуживания или медицинского приспособления и если отделу административных слушаний требуется собрать больше данных, которые помогут принять решение в вашу пользу, то **процесс рассмотрения может занять до 14 календарных дней**. Отдел административных слушаний не может брать дополнительное время на рассмотрение апелляции, если она касается лекарства по рецепту, покрываемого по программе Часть В Medicare.

Шаг 2: Отдел административных слушаний сообщает вам свое решение.

Отдел административных слушаний сообщает вам письмом свое решение и основания для его принятия.

- **Если отдел административных слушаний принимает положительное решение по всей вашей апелляции или ее части**, мы должны разрешить страховое покрытие спорного обслуживания в течение **1 рабочего дня**.
- **Если эта организация отклонит вашу апелляцию частично или полностью**, это означает, что она согласна с тем, что мы не должны одобрять (частично или полностью) ваш запрос о покрытии планом медицинского обслуживания. (Это называется подтвердить решение, или отклонить апелляцию: «upholding the decision» или «turning down your appeal»). В этом случае отдел административных слушаний присылает вам письмо, которое:
 - Объясняет принятое решение.
 - Сообщает вам о том, что вы имеете право перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции, если размер покрытия в долларах не меньше установленного минимума. В письме, которое вы получите от отдела административных слушаний, будет сказано, при какой величине спорной суммы страхового покрытия вы можете продолжить процесс рассмотрения апелляции.
 - Сообщает, как подать апелляцию 3-го уровня.
- Если ваша апелляция была отклонена на 2-м уровне рассмотрения, то вам нужно решить, хотите ли вы подать третью апелляцию и перейти на 3-й уровень рассмотрения. О том, как это сделать, будет рассказано в письменном уведомлении, которое вы получите после принятия решения по вашей апелляции 2-го уровня.
 - Апелляцию 3-го уровня рассматривает апелляционный совет программы Medicare (Medicare Appeals Council). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процесса рассмотрения апелляции говорится в **разделе 10** этой главы.

Возможно ли подать другую апелляцию, если решение отрицательное для части или для всего запрашиваемого покрытия?

Если отдел административных слушаний примет отрицательное решение по всей вашей апелляции или ее части, у вас есть **дополнительные права на апелляцию**.

В письме, которое вы получите из отдела административных слушаний говорится о следующем уровне рассмотрения апелляции.

Об уровнях рассмотрения апелляции выше 2-го говорится в **разделе 10** этой главы.

Раздел 6.5 Как попросить нас уплатить по счету за медицинское обслуживание

Мы не можем возмещать ваши расходы на обслуживание или принадлежность, покрываемые по программе Medicaid, непосредственно вам. Если вы получили счет за покрываемые Medicaid услуги и товары, отправьте его нам. **Вы не должны сами оплачивать счет.** Мы свяжемся непосредственно с

поставщиком медицинских услуг и решим эту проблему. Если же вы уже уплатили по счету, то если при получении этой помощи или принадлежности вы соблюдали необходимые правила, то можете получить возмещение

Когда вы просите нас возместить ваши расходы на что-нибудь, что вы уже оплатили:

Когда вы присылаете нам документы в поддержку просьбы о возмещении ваших расходов, вы просите нас принять страховое решение. Мы не можем возмещать ваши расходы на обслуживание или принадлежность, покрываемые по программе **Medicaid**, непосредственно вам. Если вы получили счет за покрываемые Medicaid услуги и товары, отправьте его нам. **Вы не должны сами оплачивать счет.** Мы непосредственно свяжемся с поставщиком медицинских услуг и решим эту проблему. Если вы оплатите такой счет, то можете получить возмещение расходов от этого поставщика при условии соблюдения правил получения соответствующих услуг и изделий.

Если вы хотите, чтобы мы возместили ваши расходы на уже полученное обслуживание, покрываемое по программе **Medicare**, или просите уплатить по счету, выставленному за обслуживание, покрываемое по программе Medicaid, вы просите нас принять решение о покрытии. Мы выясняем, покрывает ли наш план оплаченное вами медицинское обслуживание. Кроме того, мы выясняем, соблюдали ли вы правила использования покрытия для медицинского обслуживания.

- **Если мы даем положительный ответ:** Если медицинское обслуживание покрывается Medicare, мы отправим вам платеж в течение 60 календарных дней после получения вашего запроса.
 - Если помощь, за которую вы уплатили, покрывается по программе Medicaid и вы считаете, что нам нужно уплатить медику, который ее оказал, мы пришлем ему плату в течение 60 календарных дней после получения вашего запроса.
 - Тогда вам не нужно будет обращаться к этому медику, чтобы он возместил вам уплаченное. Если вы еще не оплатили услугу или товар, мы направим платеж непосредственно медику или учреждению.
- **Если мы даем отрицательный ответ:** Если мы решим, что *не* должны покрывать полученное вами обслуживание или что вы не соблюдали какие-либо правила, мы не будем платить. Вместо этого мы вам пришлем письмо, содержащее наш отказ платить за полученное вами обслуживание и подробное объяснение причин нашего отказа.

Если вы не согласны с нашим решением, **можете подать апелляцию.** Подавая апелляцию, вы просите нас изменить принятое нами отрицательное решение о страховом покрытии.

О том, как подать апелляцию, рассказывается в разделе 6.3. Что касается апелляций по поводу возмещений:

- Мы должны дать вам ответ в течение 30 календарных дней после получения вашей апелляции. Апелляция по поводу возмещения ваших расходов на уже полученное и оплаченное обслуживание рассматривается только в стандартные сроки.
- Если отдел административных слушаний решает, что мы должны платить, мы должны прислать вам или поставщику медицинских услуг платеж в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято положительное решение на любом уровне ее рассмотрения выше 2-го, то в течение 60 календарных дней мы должны уплатить нужную сумму вам или тому, у кого вы получали обслуживание.

Раздел 6.6 Внешние апелляции — только в программе Medicaid

Внешнюю апелляцию вы или ваш врач можете подать **только в отношении того, что покрывает программа Medicaid.**

Вы можете попросить, чтобы штат Нью-Йорк провел независимое рассмотрение **внешней апелляции**, если медицинское обслуживание, о котором просите вы и ваш врач, наш план отказывается покрывать по одной из следующих причин:

- Для этого лечения нет медицинских показаний.
- Лечение экспериментальное или исследовательское.
- Оно не отличается от той помощи, которую можно получить у сотрудничающих с планом медиков (учреждений).
- Его можно получить у медика, который сотрудничает с планом и имеет нужную подготовку и нужный опыт.

Такая апелляция называется внешней, поскольку проверяют наше решение эксперты, не работающие ни в нашем плане, ни в органах штата. Эти эксперты — квалифицированные специалисты, утвержденные штатом Нью-Йорк. Спорное обслуживание должно быть в числе покрываемого планом видов обслуживания или быть экспериментальным лечением. Платить за проведение внешней апелляции вам не нужно.

Прежде чем вы подаете такую апелляцию:

- Вы должны подать в свой план апелляцию 1-го уровня и получить окончательное отрицательное решение (Final Adverse Determination). **-ИЛИ-**
- Если вы еще не получили спорное обслуживание и подаете ускоренную апелляцию первого уровня в наш план, то можете одновременно подать внешнюю апелляцию. (Вашему врачу нужно подтвердить необходимость ускоренной апелляции). **-ИЛИ-**
- Вы и ваш страховой план можете согласиться с тем, чтобы вы не подавали апелляцию в план, а сразу подали внешнюю апелляцию. **-ИЛИ-**
- Вы можете доказать, что ваш план не соблюдал правила, рассматривая вашу апелляцию 1-го уровня.

На то чтобы подать внешнюю апелляцию, у вас есть **4 месяца** после окончательного отрицательного решения плана. Если вы и ваш план согласились с тем, чтобы вы не подавали апелляцию в план, то на то чтобы подать внешнюю апелляцию у вас есть 4 месяца со того дня, когда вы и ваш план пришли к этому соглашению.

Для того чтобы подать внешнюю апелляцию, нужно заполнить заявку и послать ее в «Финансовый департамент» (Department of Financial Services).

- Если вам нужна помощь при подаче апелляции, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон (833) 671-0440.
- Вам и вашим врачам нужно будет предоставить информацию о вашей медицинской проблеме.
- В бланке заявки на внешнюю апелляцию сказано, какие сведения нужны.

Бланк заявки можно получить несколькими способами:

- Позвоните в «Финансовый департамент» (Department of Financial Services), телефон 1-800-400-8882.
- Воспользуйтесь сайтом «Финансового департамента»: www.dfs.ny.gov.
- Позвоните нам, телефон (833) 671-0440.

Решение по внешней апелляции эксперт принимает за 30 дней. Если эксперту требуются дополнительные сведения, этот срок может быть продлен (не более чем на пять рабочих дней). Приняв решение, эксперт в течение двух дней сообщит о нем вам и вашему плану.

Вы можете получить решение раньше, если ваш врач скажет, что задержка может серьезно повредить вашему здоровью. В этом случае апелляция называется **ускоренной внешней апелляцией**. При ускоренном рассмотрении внешней апелляции эксперт принимает решение в течение 72 часов. Свое решение он сообщает вам и вашему плану сразу, по телефону или факсу. Позднее вы получите письмо, содержащее это решение.

В любое время в процессе рассмотрения апелляции вы или кто-то, кому вы доверяете, можете пожаловаться на медленное рассмотрение. Жалобу нужно подавать в «Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк» (New York State Department of Health), телефон 1-866-712-7197.

РАЗДЕЛ 7 Лекарства по рецепту, покрываемые по программе Часть D: как попросить о страховом решении и как подать апелляцию

Раздел 7.1	Что делать, если вам трудно получить страховое покрытие лекарства по программе Part D или если вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на такое лекарство
-------------------	---

Мы покрываем многие лекарства по рецепту. Для получения покрытия ваше лекарство должно применяться по показаниям, принятым в медицинской практике. (О применении лекарств по установленным медицинским показаниям см. в главе 5.) Подробнее о лекарствах, покрываемых по программе Часть D, правилах их страхового покрытия, об ограничениях и о том, сколько за них платите вы, можно узнать в главах 5 и 6. **В этом разделе говорится только о лекарствах, покрываемых по программе Часть D.** Чтобы упростить для вас текст, мы используем здесь слово «*лекарство*», вместо того чтобы каждый раз целиком повторять термин «*покрываемый планом рецептурный лекарственный препарат для амбулаторного лечения*» (covered outpatient prescription drug) или «*лекарство, покрываемое по программе Часть D*» (Part D drug). Кроме того, мы говорим «*Перечень лекарств*» вместо «*Перечень покрываемых планом лекарств*» (*List of Covered Drugs*, или *Formulary*).

- Если вы не знаете, покрываем ли мы какое-нибудь лекарство и какие правила распространяются на его покрытие, можете спросить у нас. На страховое покрытие некоторых лекарств нужно вначале получать наше разрешение.
- Если в аптеке не смогут выдать назначенное лекарство согласно рецепту, вам дадут письменную инструкцию, как связаться с нами для получения решения о покрытии.

Решения о покрытии и апелляции по поводу лекарств, покрываемых по программе Часть D

Юридические термины

Предварительное решение о страховом покрытии ваших препаратов Части D называется заключением о страховом покрытии (coverage determination).
--

Страховое решение — это решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за ваши лекарства. В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из следующих ситуаций:

- Вы просите нас покрывать по программе Часть D лекарство, не включенное в *Список покрываемых лекарственных препаратов* нашего плана. **Подайте запрос на предоставление исключения. Раздел 7.2.**
- Вы просите нас отменить ограничение на страховое покрытие лекарства (например, ограничение на количество лекарства, которое вы можете получить, необходимость получить предварительное разрешение или требование попробовать вначале лечение другим лекарством). **Подайте запрос на предоставление исключения. Раздел 7.2.**
- Вы просите, чтобы мы заранее подтвердили, что будем покрывать ваше лекарство. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 7.4.**
- Вы просите нас возместить ваши расходы на уже купленное лекарство. **Попросите нас возместить ваши расходы. Раздел 7.4.**

Если вы не согласны с принятым нами страховым решением, вы можете подать на него апелляцию.

В этом разделе объясняется, как попросить нас принять решение о покрытии и подать апелляцию.

Раздел 7.2 Что такое исключение из правил?

Юридические термины

Просьба предоставить страховое покрытие лекарства, не включенного в «Перечень лекарств», иногда называется просьбой о **formulary exception**.

Просьба снять ограничение на страховое покрытие лекарства иногда называется **просьбой об исключении из правил**.

Просьба уменьшить уровень вашего участия в оплате покрываемого планом непереприоритетного лекарства называется просьбой о **tiering exception**.

Если для лекарства не предусмотрено страховое покрытие, которое вам хотелось бы получить, вы можете попросить, чтобы мы увеличили покрытие в порядке исключения. Исключение из правил (exception) — это один из видов страховых решений (coverage decision).

Если вы просите нас сделать исключение из правил, ваш врач или другой медик, выписавший лекарство, должен объяснить нам, какие медицинские соображения делают исключение необходимым. Ниже приведены два примера исключений из правил, о которых вы или ваш врач можете нас просить:

1. **Страховое покрытие по программе Часть D лекарства, которое отсутствует в нашем Перечне лекарств.**
2. **Снятие ограничения на страховое покрытие покрываемого планом лекарства.** Для некоторых лекарств из нашего Перечня лекарств существуют дополнительные правила и ограничения. Подробнее см. в главе 5.

Раздел 7.3 Что важно знать о том, как попросить нас сделать исключение из правил**Ваш врач должен сообщить нам медицинские основания**

Ваш врач или другой медик, выписавший вам лекарство, должен дать нам письменную справку о медицинских соображениях, заставляющих просить, чтобы план сделал исключение из правил. Когда вы просите нас сделать исключение из правил, включайте в подаваемые вами документы полученное у врача обоснование вашего запроса. Это ускорит процесс рассмотрения.

В нашем Перечне лекарств обычно есть несколько лекарств для лечения одного заболевания. Эти лекарства называются альтернативными. Если альтернативное лекарство действует в вашем случае так же хорошо, как то лекарство, которое вы хотите получить, и если альтернативное лекарство не вызывает дополнительных побочных и нежелательных явлений, то исключения из правил мы, скорее всего, для вас не сделаем.

На вашу просьбу мы даем отрицательный или положительный ответ.

- Если на вашу просьбу сделать исключение из правил мы даем положительный ответ, то наше решение обычно остается в силе до конца страхового года. Оно действует до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать вам это лекарство и пока оно эффективно и безопасно помогает при вашей болезни.
- Если на вашу просьбу сделать исключение из правил мы даем отрицательный ответ, вы можете попросить нас пересмотреть принятое решение. Для этого нужно подать апелляцию.

Раздел 7.4 Шаг за шагом: как попросить о страховом решении, том числе как попросить нас сделать исключение из правил**Юридические термины**

«Ускоренное страховое решение» также называется **ускоренное заключение о покрытии (expedited coverage determination)**.

Шаг 1. Определитесь, какое решение вам нужно — ускоренное или в стандартные сроки.

Стандартное страховое решение принимается за **72 часа** после получения справки от вашего врача.

Ускоренное страховое решение принимается за **24 часа** после получения справки от вашего врача.

Если состояние здоровья не позволяет вам ждать в течение стандартного срока, попросите нас принять ускоренное страховое решение. Чтобы решение о страховом покрытии было принято в ускоренном порядке, должны быть выполнены два требования:

- Вы должны подавать запрос относительно *лекарства, которое еще не получили*. (Просьбы о возмещении расходов на лекарство, которое вы уже получили и уже оплатили, мы рассматриваем только в стандартные сроки.)
- Если решение будет принято в стандартные сроки, это может *серьезно навредить вашему здоровью или вашей способности осуществлять какие-то действия*.
- Если ваш врач или другой медик, выписавший лекарство, сообщит нам, что вам требуется **ускоренное страховое решение, мы автоматически на это согласимся**.

- **Если вы сами, без врача, просите нас в ускоренном порядке принять решение о покрытии, мы сами решаем, требует ли этого состояние вашего здоровья.** Если мы отказываемся рассматривать вашу просьбу в ускоренном порядке, то присылаем вам письмо, где сказано следующее:
 - Почему мы будем рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки.
 - Если ваш врач или тот, кто выписал вам рецепт, сообщит нам, что вам требуется ускоренное страховое решение, мы автоматически на это согласимся.
 - Как вы можете подать «быструю» жалобу (fast complaint) на наше решение рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки. На такую жалобу мы отвечаем не позднее чем через 24 часа после получения.

Шаг 2. Попросите нас принять «стандартное страховое решение» или «ускоренное страховое решение».

Начните с того, что попросите наш план разрешить вам обслуживание, которое хотите получать (т. е. утвердить его страховое покрытие). Для этого позвоните, напишите или пришлите факс в наш план. Ознакомиться с процессом рассмотрения просьбы о страховом решении можно на нашем сайте. Мы должны принимать все письменные запросы, в том числе на *бланке запроса на определение страхового покрытия (Coverage Determination Request)* по форме CMS. Бланк есть на нашем сайте. Контактная информация приведена в главе 2. Обязательно укажите свое имя и контактную информацию. Если вы подаете апелляцию, укажите, какого именно нашего решения она касается.

Это можете сделать вы, ваш врач (либо тот, кто выписал вам рецепт) или ваш представитель. Вы также можете поручить адвокату действовать от вашего имени. О том, как дать кому-нибудь письменное разрешение действовать в качестве вашего представителя, см. в разделе 4.

- **Если вы просите сделать для вас исключение из правил, приложите медицинское обоснование.** Ваш врач или другой медик, выписавший вам лекарство, может прислать нам это обоснование по факсу или письмом. Кроме того, он может сообщить нам о своих соображениях по телефону, а письменное обоснование при необходимости прислать потом факсом или письмом.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу просьбу и даем ответ.

Сроки принятия ускоренного страхового решения

- Как правило, мы должны ответить **в течение 24 часов** после получения вашего запроса.
 - Если вы просите о том, чтобы для вас сделали исключение из правил, ответ мы даем **в течение 24 часов** после того, как получим от вашего врача обоснование этой просьбы. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
 - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень рассмотрения апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы решили удовлетворить вашу просьбу полностью или частично,** мы должны предоставить запрошенное страховое покрытие в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или его обоснования врачом.
- **Если наше решение по всему запросу или его части отрицательное,** мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Стандартные сроки для принятия страховых решений по поводу лекарства, которое вы еще не получили

- Мы должны ответить вам **в течение 72 часов** после получения апелляции.
 - Если вы просите о том, чтобы для вас сделали исключение из правил, ответ мы даем в течение 72 часов после того, как получим от вашего врача обоснование этой просьбы. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
 - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень рассмотрения апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы решили удовлетворить ваш запрос полностью или частично**, мы должны **предоставить страховое покрытие**, на которое согласились, **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса или его обоснования врачом.
- **Если наше решение по всему запросу или его части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Стандартные сроки для принятия страхового решения по поводу лекарства, которое вы уже купили

- Мы должны дать вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения апелляции.
 - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень рассмотрения апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы решили удовлетворить вашу просьбу полностью или частично**, мы должны предоставить вам покрытие в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса.
- **Если наше решение по всему запросу или его части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Шаг 4. Если страховое решение отрицательное, вы можете подать апелляцию.

- В случае отрицательного ответа вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это еще одна попытка добиться страхового покрытия лекарства, которое вы хотите получить. Подавая нам апелляцию, вы переходите на 1-й уровень процесса ее рассмотрения.

Раздел 7.5 Шаг за шагом: как подать апелляцию 1-го уровня**Юридические термины**

Юридический термин для апелляции, поданной в план по поводу его же решения о покрытии лекарства по программе Часть D, — это просьба о **повторном рассмотрении решения** (redetermination).

На юридическом языке название «ускоренной апелляции» (fast appeal) — **expedited redetermination**.

Шаг 1. Определитесь, какая апелляция вам нужна — ускоренная или в стандартные сроки.

По «стандартной апелляции» решение мы обычно принимаем в течение 7 дней. По «ускоренной апелляции» решение мы обычно принимаем в течение 72 часов. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции (fast appeal)

- Если вы подаете апелляцию на решение о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили, можно попросить нас об ускоренном рассмотрении апелляции. Нужно ли это, решаете вы вместе со своим врачом или другим медиком, выписавшим лекарство.
- Требования при рассмотрении апелляции в ускоренном порядке те же, что и в случае ускоренного страхового решения (см. раздел 6.2 этой главы).

Шаг 2. Вы, ваш представитель, врач или другой медик, выписавший лекарство, должны связаться с нами и подать апелляцию 1-го уровня. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите, чтобы мы рассмотрели апелляцию в ускоренном порядке (fast appeal).

- **Апелляции, которые рассматриваются в стандартные сроки, нужно подавать в письменном виде.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Подать ускоренную апелляцию можно в письменном виде или по телефону (833) 671-0440, ТТУ: 711.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Мы должны принимать все письменные запросы**, в том числе на бланке по форме CMS Model Coverage Determination Request Form. Бланк есть на нашем сайте SWHNY.com. Обязательно укажите свое имя, контактную информацию и информацию о том, на какое наше решение вы ее подаете.
- **Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней** со дня, которым датировано письменное уведомление, извещающее вас о нашем страховом решении. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, то, подавая апелляцию, объясните, почему опоздали. Мы можем продлить срок. Примеры уважительных причин: у вас серьезное заболевание, помешавшее вам связаться с нами, или мы предоставили вам неправильную или неполную информацию о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете попросить у нас копии документов, имеющих отношение к апелляции. Кроме того, вы можете предоставить нам дополнительную информацию.** Вы и ваш врач можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем ответ.

- При рассмотрении апелляции мы заново тщательно изучаем всю информацию, касающуюся страхового решения. Мы проверяем, все ли правила мы соблюдали, когда давали отрицательный ответ. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или лицом, выписавшим вам рецепт, для получения дополнительной информации.

Сроки для ускоренного рассмотрения апелляции

- При ускоренном рассмотрении мы должны дать вам ответ в течение **72 часов после получения апелляции**. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
 - Если мы не даем ответ за 72 часа, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень рассмотрения апелляции, где его рассмотрит независимая экспертная организация. В разделе 7.6 рассматривается процесс рассмотрения апелляции 2-го уровня.

- Если мы решили удовлетворить вашу просьбу полностью или частично, мы должны в течение 72 часов после получения апелляции предоставить это покрытие.
- Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части отрицательное, мы пришлем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа и того, как вы можете подать апелляцию на это наше решение.

Стандартные сроки для рассмотрения апелляций по поводу лекарства, которое вы еще не получили

- Если мы рассматриваем апелляцию в стандартные сроки, то должны принять решение **в течение 7 календарных дней** после ее получения. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья, а лекарство вы еще не получили.
 - Если мы не даем ответ в течение 7 календарных дней, мы должны переслать апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. На этом уровне ее рассматривает независимая экспертная организация. В разделе 7.6 рассматривается процесс рассмотрения апелляции 2-го уровня.
- Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части положительное, мы должны предоставить страховое покрытие так скоро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее **7 календарных дней** после получения апелляции.
- Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части отрицательное, мы пришлем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа и того, как вы можете подать апелляцию на это наше решение.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции по поводу возмещения ваших расходов на лекарство, которое вы уже купили

- Мы должны дать вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения апелляции.
 - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части положительное, мы должны уплатить вам в течение 30 календарных дней после получения апелляции.
- Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части отрицательное, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Шаг 4. Получив отрицательное решение по своей апелляции, вы решаете, хотите ли вы продолжить апелляционный процесс и подать еще одну апелляцию.

- Если вы решили подать еще одну апелляцию, вам нужно использовать процедуру подачи апелляции 2-го уровня.

Раздел 7.6 Шаг за шагом: как подать апелляцию 2-го уровня

Юридические термины

На юридическом языке независимая экспертная организация называется **Independent Review Entity**. Иногда используется сокращение **IRE**.

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нами и не является государственным учреждением. Эта организация решает, является ли наше решение правильным или его нужно изменить. Надзор над ее деятельностью осуществляет программа Medicare.

Шаг 1. Вы (или ваш врач, другой медик, выписавший лекарство, или ваш представитель) должны обратиться в независимую экспертную организацию и попросить ее проверить ваше дело.

- Если мы принимаем отрицательное решение по вашей апелляции 1-го уровня, мы сообщаем вам о своем решении письмом, где объясняется, **как подать апелляцию 2-го уровня**. Эту апелляцию рассматривает независимая экспертная организация. Из письма вы, кроме того, узнаете, кто может подать апелляцию 2-го уровня, каковы сроки подачи такой апелляции и как связаться с независимой экспертной организацией. Мы сами автоматически пересылаем вашу апелляцию в независимую экспертную организацию, если не смогли рассмотреть апелляцию в срок или приняли по ней отрицательное решение в связи с тем, что вы находитесь в группе риска согласно нашей «Программе регулирования лечения наркотическими препаратами» (drug management program).
- Материалы по вашей апелляции мы пересылаем в эту организацию. Эта информация называется ваше «дело» (case file). **Вы имеете право получить бесплатную копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Шаг 2. Рассмотрением вашей апелляции занимается независимая экспертная организация.

Эксперты из независимой экспертной организации тщательно изучают всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

Сроки для ускоренного рассмотрения апелляции

- Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите независимую экспертную организацию провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции (fast appeal).
- Когда апелляция рассматривается в ускоренном порядке, то независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** после получения апелляции.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- Если ваша апелляция 2-го уровня по поводу еще не приобретенного лекарства рассматривается в стандартные сроки, то независимая экспертная организация должна дать ответ **в течение 7 календарных дней** после получения апелляции. Если ваша апелляция 2-го уровня по поводу возмещения расходов на лекарство, которое вы уже приобрели, то независимая экспертная организация должна дать ответ **в течение 14 календарных дней** после получения апелляции.

Шаг 3. Независимая экспертная организация дает вам ответ.

Рассмотрение апелляции в ускоренном порядке:

- Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части **положительное**, мы должны предоставить страховое покрытие разрешенного ею лекарства **в течение 24 часов** после получения этого решения.

Рассмотрение апелляции в стандартные сроки:

- Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части **положительное**, мы должны **предоставить страховое покрытие** разрешенного ею лекарства в течение **72 часов** после получения этого решения.
- Если **положительное решение независимой экспертной организации касается возмещения ваших расходов на уже купленное лекарство**, мы должны прислать вам деньги в течение **30 календарных дней** после получения этого решения.

Что делать, если экспертная организация принимает отрицательное решение по вашей апелляции?

Если независимая экспертная организация принимает отрицательное решение по всей вашей апелляции или ее части, это означает, что она согласна с нашим решением и отказывает в запрошенном покрытии (полностью или частично). (Это называется подтвердить решение, или отклонить апелляцию: «upholding the decision» или «turning down your appeal»). В этом случае независимая экспертная организация присылает вам письмо, которое:

- Объясняет принятое решение.
- Сообщает вам о том, что вы можете перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции, если размер покрытия не меньше установленного минимума. Если сумма страхового покрытия, которое вы хотите получить, слишком низкая, то подать еще одну апелляцию вы не можете. Это означает, что решение, принятое на 2-м уровне рассмотрения будет окончательным.
- Сообщает вам о том, какой должна быть сумма спорного страхового покрытия, для того чтобы продолжить процесс рассмотрения апелляции.

Шаг 4. Если ваш случай отвечает установленным требованиям, вы решаете, хотите ли вы продолжать процесс рассмотрения апелляции.

- Помимо 2-го уровня, существуют еще три уровня рассмотрения апелляции (всего пять уровней). О том как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письме, которым вам сообщают о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или мировой судья (attorney adjudicator). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процесса рассмотрения апелляции говорится в **разделе 10** этой главы.

РАЗДЕЛ 8 Как попросить нас продлить страховое покрытие стационарного лечения в больнице, если вас выписывают слишком рано

В больнице у вас есть право на получение покрываемых планом видов больничной помощи, необходимых для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

Пока вы находитесь в больнице, ваш врач и сотрудники больницы помогают вам подготовиться ко дню выписки. Кроме того, они участвуют в организации помощи, которая вам понадобится после выписки.

- День выписки из больницы называется «**discharge date**».
- Когда будет назначена дата выписки, ваш врач или другой сотрудник больницы вам ее сообщат.
- Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу слишком рано, то можете попросить о продлении вашего пребывания в больнице.

Раздел 8.1 При госпитализации в больницу в качестве стационарного пациента вы получаете письменное уведомление программы Medicare о ваших правах

Когда вы поступаете в больницу, вам в течение двух дней выдают письменное уведомление, которое называется «Важное сообщение от программы Medicare о Ваших правах» (*An Important Message from Medicare about Your Rights*). Этот документ получают все, кто включен в программу Medicare.

Если больница не выдала вам это уведомление, попросите его у любого сотрудника больницы (например, у медсестры или соцработника). За помощью можно обращаться в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048); линия работает круглосуточно и без выходных.

1. Внимательно прочитайте это уведомление и задайте вопросы, если вам что-нибудь непонятно. Это уведомление сообщает вам о следующем:

- Ваше право получать обслуживание, покрываемое Medicare, во время пребывания в больнице и после выписки согласно назначению врача. Право знать, в чем состоит эта помощь, кто за нее платит и где вы ее можете получать.
- Право участвовать в принятии всех решений о своем пребывании в больнице.
- Куда обращаться, если вас не устраивает качество оказываемой в больнице помощи.
- Право подать **апелляцию для срочного рассмотрения**, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано. Это способ официально попросить нас продлить ваше пребывание в больнице и его страховое покрытие.

2. Вы должны подписать это письменное уведомление; это нужно для того, чтобы подтвердить, что вы его получили и понимаете свои права.

- Подписать уведомление должны вы или кто-нибудь, кто действует от вашего имени.
- Подпись под уведомлением значит **только** то, что вы получили информацию о своих правах. Даты вашей выписки в этом документе нет. Подписание уведомления **не означает**, что вы согласны с датой выписки.

3. Сохраните свой экземпляр подписанного уведомления. Он содержит сведения, которые могут вам понадобиться, если вы решите подать апелляцию (или сообщить о своих сомнениях относительно качества лечения).

- Если вы подписали уведомление раньше чем за два дня до выписки из больницы, то перед назначением даты выписки вы получите еще один его экземпляр.
- Если вы хотите ознакомиться с уведомлением заранее, позвоните в наш Отдел обслуживания участников или по номеру 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных. TTY: 1-877-486-2048. Уведомление есть также на сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Раздел 8.2 Шаг за шагом: как подать апелляцию 1-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы

Если вы хотите попросить нас продлить срок страхового покрытия вашего обслуживания в стационаре больницы, вам нужно подать апелляцию. Сначала разберитесь, что нужно делать и каковы сроки подачи и рассмотрения таких апелляций.

- **Соблюдайте процедуру.**

- **Соблюдайте установленные сроки.**
- **Если нужно, обращайтесь за помощью.** Если у вас есть вопросы или нужна помощь, позвоните в наш Отдел обслуживания участников. Кроме того, вы можете позвонить в «Программу штата по содействию участникам программы Medicare» (State Health Insurance Assistance Program); эта государственная организация предоставляет индивидуальные консультации.

Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization). Она проверяет, оправдана ли назначенная вам дата выписки с медицинской точки зрения.

Организация повышения качества обслуживания представляет собой группу врачей и других сотрудников сферы здравоохранения. Их работа оплачивается из федерального бюджета. Задача организации состоит в контроле и повышении качества медицинского обслуживания участников программы Medicare. Эта организация проверяет, в том числе, правильность сроков выписки больных, включенных в программу Medicare. Сотрудники этой организации не входят в наш план.

Шаг 1. Обратитесь в организацию повышения качества обслуживания своего штата и попросите ее в ускоренном порядке (immediate review) рассмотреть вашу апелляцию по поводу выписки из больницы. Действовать нужно быстро.

Как связаться с этой организацией?

- О том, как связаться с этой организацией, говорится в письменном уведомлении *Важное сообщение от Medicare о ваших правах (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Адрес и телефоны организации повышения качества обслуживания, действующей в вашем штате, приведены в главе 2 этого справочника.

Действуйте быстро:

- Чтобы подать апелляцию, вы должны связаться с организацией повышения качества обслуживания **до того**, как покинете больницу, и **не позднее полуночи накануне планируемой даты выписки**.
 - Если вы подали апелляцию вовремя, то пока вы ожидаете решения организации повышения качества обслуживания, вы можете оставаться в больнице **после** назначенной даты выписки, **не оплачивая это пребывание**.
 - Если вы **не** подали апелляцию вовремя, но решили остаться в больнице после запланированной выписки, **вам, возможно, придется полностью оплатить** все обслуживание, полученное в больнице после запланированной даты выписки.

Если вы попросите организацию повышения качества обслуживания быстро рассмотреть апелляцию по поводу вашей выписки из больницы, представители этой организации свяжутся с нами. К полудню дня, следующего за тем, когда с нами связалась эта организация, мы выдаем вам **«Подробное уведомление о выписке из больницы» (Detailed Notice of Discharge)**. Оно содержит запланированную дату выписки и медицинское обоснование того, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас нужно выписать в этот день.

Образец этого **Подробного уведомления о выписке из больницы** можно получить, позвонив в наш отдел обслуживания или в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных (TTY: 1-877-486-2048). Кроме того, образец есть на сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимую проверку вашего случая.

- Специалисты-медики из организации повышения качества обслуживания («эксперты») выясняют у вас (или у вашего представителя), почему вы считаете, что страховое покрытие нужно продлить. Вы не обязаны готовить свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Эксперты изучают также медицинскую информацию, беседуют с вашим врачом и изучают информацию, которую им предоставили мы и больница.
- К полудню дня, следующего за тем, когда эксперты сообщили нашему плану о вашей апелляции, вы получаете от нас письменное уведомление. Оно, кроме прочего, содержит подробное обоснование (с медицинской точки зрения) того, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас нужно выписать в этот день.

Шаг 3. Организация повышения качества обслуживания сообщает свое решение по вашей апелляции в течение одного полного дня после получения ею необходимой информации.***Если ответ положительный***

- Если организация принимает положительное решение, **мы должны продлить страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это обслуживание остается необходимым по медицинским показаниям.**
- Вам нужно по-прежнему участвовать в оплате медицинских услуг (безусловные франшизы, доплаты и т. д., если они есть в вашем случае). Кроме того, на покрываемое больничное обслуживание могут распространяться ограничения.

Если ответ отрицательный

- Если организация принимает отрицательное решение, это означает, что запланированная дата вашей выписки из больницы обоснована с медицинской точки зрения. В этом случае **предоставляемое планом страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице заканчивается** в полдень дня, **следующего** за тем, когда вы получили ответ организации повышения качества обслуживания на вашу апелляцию.
- Если решение по апелляции отрицательное, но вы решаете остаться в больнице, вам, возможно, вам **придется полностью оплатить пребывание** в больнице после полудня дня, следующего за тем, когда вы получили ответ организации повышения качества обслуживания на вашу апелляцию.

Шаг 4. Если решение по вашей апелляции 1-го уровня отрицательное, вы решаете, хотите ли вы подать еще одну апелляцию.

- Если организация повышения качества обслуживания отклонила вашу апелляцию, **но** вы остались в больнице после запланированной даты выписки, вы можете подать еще одну апелляцию. Подавая еще одну апелляцию, вы переходите на 2-й уровень процесса ее рассмотрения.

Раздел 8.3**Шаг за шагом: как подать апелляцию 2-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы**

На 2-м уровне рассмотрения апелляции вы просите организацию повышения качества обслуживания пересмотреть решение, которое она приняла по вашей первой апелляции. Если организация повышения

качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить пребывание в больнице после дня запланированной выписки.

Шаг 1: Вы снова обращаетесь в организацию повышения качества обслуживания с просьбой провести еще одно рассмотрение.

- Попросить об этом нужно **не позднее чем через 60 календарных дней** с того дня, когда организация повышения качества обслуживания приняла отрицательное решение по апелляции 1-го уровня. Вы можете просить о пересмотре решения, только если остались в больнице после того дня, когда страховое покрытие лечения в больнице закончилось.

Шаг 2: Организация повышения качества обслуживания изучает вашу ситуацию второй раз.

- Эксперты из организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучают всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

Шаг 3: Решение по вашей апелляции 2-го уровня принимается не позднее чем через 14 календарных дней после ее получения.

Если ответ положительный:

- **Мы должны возместить вам нашу часть в оплате лечения в больнице, полученного с полудня дня, следующего за днем, когда организация повышения качества отклонила вашу первую апелляцию. Мы должны продлить страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.**
- Вы должны по-прежнему участвовать в оплате лечения; могут действовать ограничения на страховое покрытие.

Если ответ отрицательный:

- Это означает, что организация согласна с решением, которое она приняла по апелляции 1 уровня, и не изменит его.
- О решении вам сообщают письмом. В нем говорится также о том, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

Шаг 4: Если ответ отрицательный, вам нужно решить, хотите ли продолжить процесс рассмотрения апелляции и перейти на 3-й уровень ее рассмотрения.

- Помимо 2-го уровня существуют еще три дополнительных уровня рассмотрения апелляции (всего пять уровней). О том как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письме, которым вам сообщают о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или мировой судья (attorney adjudicator). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процесса рассмотрения апелляции говорится в **разделе 10** этой главы.

РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинской помощи, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано

Раздел 9.1 В этом разделе говорится только о трех видах обслуживания: медицинская помощь на дому, помощь в центрах квалифицированного сестринского ухода, помощь в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Вы имеете право получать страховое покрытие медицинской помощи на дому, квалифицированного сестринского ухода или помощи в центре комплексной амбулаторной реабилитации до тех пор, пока это необходимо для диагностики и/или лечения вашей болезни.

Если мы решаем, что пора прекратить страховое покрытие какого-то из этих трех видов обслуживания, мы должны сообщить вам об этом решении заранее. После прекращения страхового покрытия мы перестаем оплачивать такое обслуживание.

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, то можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе рассказывается о том, как подать апелляцию.

Раздел 9.2 Мы заранее сообщаем о том, когда закончится ваше страховое покрытие

Юридические термины

Уведомление об отказе в страховом покрытии обслуживания, покрываемого по программе Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage). В этом документе говорится о том, как подать «быструю» апелляцию (fast-track appeal). Когда вы подаете «быструю» апелляцию, вы официально просите нас изменить решение о дне окончания страхового покрытия.

- 1. Уведомление вы получаете в письменном виде** не позже двух дней до того, как план перестанет покрывать ваше обслуживание. В этом уведомлении будет сказано следующее:
 - Дата, начиная с которой страховое покрытие прекратится.
 - Как подать «быструю» апелляцию по поводу продления страхового покрытия обслуживания.
- 2. Вас или кого-нибудь, кто действует от вашего имени, попросят подписать это письменное уведомление.** Подписывая это уведомление, вы подтверждаете *только* то, что вам сообщили о прекращении страхового покрытия. **Подписание уведомления не означает, что вы согласны с решением плана о прекращении вашего обслуживания.**

Раздел 9.3 Шаг за шагом: как подать апелляцию 1-го уровня о продлении срока покрытия получаемого обслуживания

Если вы хотите попросить нас продлить страховое покрытие, вам нужно подать апелляцию. Сначала разберитесь, что нужно делать и каковы сроки подачи и рассмотрения таких апелляций.

- Соблюдайте процедуру.
- Соблюдайте установленные сроки.

- **Если нужно, обращайтесь за помощью.** Если у вас есть вопросы или нужна помощь, позвоните в наш Отдел обслуживания участников. Кроме того, вы можете позвонить в «Программу штата по содействию участникам программы Medicare» (State Health Insurance Assistance Program); эта государственная организация предоставляет индивидуальные консультации.

Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization). Она решает, обоснована ли дата окончания обслуживания с медицинской точки зрения.

Организация повышения качества обслуживания — это группа врачей и других медиков. Их работа оплачивается из федерального бюджета. Задача организации состоит в контроле и повышении качества медицинской помощи людям, включенным в программу Medicare. Работа этой организации включает в себя проверку решений плана о том, когда нужно прекращать определенную медицинскую помощь. Сотрудники этой организации не входят в наш план.

Шаг 1. Подайте свою апелляцию 1-го уровня: свяжитесь с организацией повышения качества обслуживания и попросите ее в ускоренном порядке рассмотреть вашу апелляцию. Действовать нужно быстро.

Как связаться с этой организацией?

- О том, как связаться с этой организацией, говорится в полученном вами письменном *уведомлении о прекращении страхового покрытия Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage)*. Адрес и телефоны организации повышения качества обслуживания, действующей в вашем штате, приведены в главе 2 этого справочника.
- Как связаться с этой организацией

• **Действуйте быстро.**

- Подать апелляцию в организацию повышения качества обслуживания нужно **до полудня дня, предшествующего тому, когда прекратится страховое покрытие обслуживания.** Эта дата указана в уведомлении о прекращении страхового покрытия Medicare.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимую проверку вашего случая.

Юридические термины

Подробное объяснение прекращения страхового покрытия (Detailed Explanation of Non-Coverage) содержит подробное объяснение причин прекращения покрытия.

Что происходит в ходе рассмотрения апелляции

- Специалисты-медики из организации повышения качества обслуживания («эксперты») выясняют у вас (или у вашего представителя), почему вы считаете, что страховое покрытие нужно продлить. Вы не обязаны готовить свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Эксперты изучают также медицинскую информацию, беседуют с вашим врачом и изучают информацию, которую им предоставил наш план.

- К концу того дня, когда эксперты сообщат нам о вашей апелляции, вы получите от нас **Подробное объяснение причин прекращения страхового покрытия (Detailed Explanation of Non-Coverage)**. В нем вы найдете подробное изложение соображений, на основании которых мы собираемся прекратить страховое покрытие вашего обслуживания.

Шаг 3. В течение одного полного дня после получения экспертами всей необходимой информации, они сообщат вам свое решение.

Если ответ положительный

- Если эксперты принимают *положительное* решение по вашей апелляции, **мы должны продлить страховое покрытие обслуживания до тех пор, пока оно остается необходимым по медицинским показаниям**.
- Вам нужно по-прежнему участвовать в оплате медицинских услуг (безусловные франшизы, доплаты и т. д., если они есть в вашем случае). Кроме того, на покрываемое обслуживание могут распространяться ограничения.

Если ответ отрицательный

- Если эксперты принимают *отрицательное* решение по вашей апелляции, то **страховое покрытие прекращается в день, указанный в нашем решении**.
- Если вы решите по-прежнему получать медицинское обслуживание на дому, обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода или обслуживание в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) **после** даты прекращения страхового покрытия, **вы должны будете полностью оплачивать это обслуживание самостоятельно**.

Шаг 4. Если решение по вашей апелляции 1-го уровня отрицательное, вы решаете, хотите ли вы подать еще одну апелляцию.

- Если по вашей апелляции 1-го уровня экспертами принято отрицательное решение, **но** вы продолжаете получать обслуживание после прекращения страхового покрытия, можете подать апелляцию 2-го уровня.

Раздел 9.4	Шаг за шагом: как подать апелляцию 2-го уровня о продлении срока покрытия получаемого обслуживания
-------------------	---

На 2-м уровне рассмотрения апелляции вы просите организацию повышения качества обслуживания пересмотреть решение, принятое по вашей первой апелляции. Если организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить медицинское обслуживание на дому, обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода или обслуживание в учреждении комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), полученное **после** указанной нами даты прекращения страхового покрытия.

Шаг 1: Вы снова обращаетесь в организацию повышения качества обслуживания с просьбой провести еще одно рассмотрение.

- Попросить об этом нужно **не позднее чем через 60 календарных дней** с того дня, когда организация повышения качества обслуживания приняла *отрицательное* решение по апелляции 1-го уровня. Просить о втором уровне рассмотрения можно, только если вы продолжаете получать спорное обслуживание после того дня, когда закончилось его страховое покрытие.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания изучает вашу ситуацию второй раз.

- Эксперты из организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

Шаг 3. Решение по вашей апелляции принимается не позднее чем через 14 календарных дней после ее получения.***Если ответ положительный***

- **Мы должны возместить вам** нашу долю оплаты обслуживания, которое вы получили с того дня, когда мы решили прекратить страховое покрытие. **Мы должны продолжить предоставлять страховое покрытие** вашего обслуживания до тех пор, пока для него имеются медицинские показания.
- Вы по-прежнему должны участвовать в оплате лечения; для вас сохраняются применимые ограничения на страховое покрытие.

Если ответ отрицательный

- Это означает, что организация согласна с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.
- О решении вам сообщат письмом. В нем говорится также о том, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. Там же подробно объясняется, как перейти на следующий уровень рассмотрения апелляции, где ее рассматривает судья по административным делам или мировой судья.

Шаг 4. Если ответ отрицательный, вам нужно решить, хотите ли вы продолжить процесс рассмотрения вашей апелляции.

- Помимо 2-го уровня, существуют еще три уровня рассмотрения апелляции (всего пять уровней). О том, как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письменном уведомлении о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или мировой судья (attorney adjudicator). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процесса рассмотрения апелляции говорится в **разделе 10** этой главы.

РАЗДЕЛ 10 Апелляции уровней 3 и выше

Раздел 10.1 Апелляции по поводу медицинского обслуживания: уровни 3-й и 4-й

Этот раздел может вам понадобиться, если вы уже подали апелляции 1-го и 2-го уровней и получили отрицательные решения по результатам обоих рассмотрений. Из письма отдела комплексных

административных слушаний (Integrated Administrative Hearing Office, IAHO) вы узнаете, что делать, для того чтобы продолжить процесс рассмотрения апелляции.

На любом уровне рассмотрения апелляции вы можете обращаться за помощью в организацию «Независимая система защиты прав потребителей» (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN). Телефон 1-844-614-8800.

Апелляция 3-го уровня Апелляционный совет программы Medicare (Medicare Appeals Council) рассматривает вашу апелляцию. Совет входит в состав федерального правительства.

- **Если Совет примет положительное решение по вашей апелляции или если он откажется рассматривать наше возражение на положительное решение, принятое на 3-м уровне, процесс рассмотрения вашей апелляции *может закончиться или продолжиться*.** В отличие от положительного решения по апелляции 2-го уровня, положительное решение по апелляции 3-го уровня может быть оспорено. Мы решим, будем ли обжаловать это решение на уровне 4.
 - Если мы решим *не* подавать апелляцию по поводу решения, мы должны будем разрешить медицинское обслуживание или предоставить его вам в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.
 - Если мы решим обжаловать решение, мы сообщим вам об этом в письменной форме.
- **Если Совет примет отрицательное решение по вашей апелляции или откажется ее рассматривать, процесс рассмотрения вашей апелляции *может закончиться или продолжиться*.**
 - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процесс рассмотрения апелляции закончится.
 - Если вы с ним не согласны, то можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. Если Совет принимает по вашей апелляции отрицательное решение, вы получаете уведомление, в котором объясняется, можете ли вы передать апелляцию на 4-й уровень рассмотрения и как это сделать.

Апелляция 4-го уровня Апелляцию рассматривает судья **федерального окружного суда (Federal District Court)**.

- Судья рассмотрит всю имеющуюся информацию и примет *положительное* или *отрицательное* решение по апелляции. Это окончательный ответ. Федеральный окружной суд — это последний уровень рассмотрения апелляции.

Раздел 10.2 **Дополнительные апелляции в программу Medicaid**

У вас есть также другие возможности подать апелляцию по поводу обслуживания, обычно покрываемого программой Medicaid. В письме, которое вы получите из отдела административных слушаний, будет сказано, что делать, если вы захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

Раздел 10.3 Апелляции по поводу лекарств, покрываемых программой Part D: уровни 3-й, 4-й и 5-й

Этот раздел может вам понадобиться, если вы уже подали апелляции 1-го и 2-го уровней и получили отрицательные решения по результатам обоих рассмотрений.

Если стоимость лекарства, по поводу которого вы подавали апелляцию, превышает установленный минимум, у вас, возможно, есть шанс продолжить рассмотрение апелляции. Если его стоимость ниже установленного минимума, то продолжать рассмотрение апелляции вы не можете. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

Большинство апелляций на последних трех уровнях рассматриваются примерно одинаково. Ниже объясняется, кто рассматривает вашу апелляцию на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня Апелляцию рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или мировой судья (attorney adjudicator), работающий на федеральное правительство.

- **Если он выносит положительное решение, процесс рассмотрения апелляции завершается.** Утвержденное административным или мировым судьей страховое покрытие лекарства мы должны разрешить или предоставить **в течение 72 часов (24 часа в случае ускоренного рассмотрения) после того, как мы получили решение; возместить ваши расходы или уплатить по счету мы должны не позднее чем через 30 календарных дней** после того, как мы получим решение.
- **Если решение отрицательное, процесс рассмотрения вашей апелляции может закончиться или продолжиться.**
 - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процесс рассмотрения апелляции закончится.
 - Если же вы не согласны с этим решением, вы можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня Апелляционный совет программы Medicare (Medicare Appeals Council) рассматривает вашу апелляцию. Совет входит в состав федерального правительства.

- **Если он выносит положительное решение, процесс рассмотрения апелляции завершается.** Утвержденное Советом страховое покрытие лекарства мы должны разрешить или предоставить **в течение 72 часов (24 часа в случае ускоренного рассмотрения) после того, как мы получим решение; возместить ваши расходы мы должны не позднее чем через 30 календарных дней** после того, как мы получим решение.
- **Если решение отрицательное, процесс рассмотрения вашей апелляции может закончиться или продолжиться.**
 - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процесс рассмотрения апелляции закончится.

- Если вы с ним не согласны, то можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. Если Совет принимает по вашей апелляции отрицательное решение или если он отказывается ее рассматривать, вам сообщают об этом письмом. В письме объясняется, можете ли вы воспользоваться 5-м уровнем рассмотрения. Если правила позволяют вам продолжать, то из письма вы узнаете, что нужно делать, для того чтобы продолжить рассмотрение апелляции.

Апелляция 5-го уровня Апелляцию рассматривает судья **федерального окружного суда (Federal District Court)**.

- Судья рассмотрит всю имеющуюся информацию и примет решение по апелляции. Это окончательный ответ. Федеральный окружной суд — это последний уровень рассмотрения апелляции.

РАЗДЕЛ 11 Как подавать жалобы на качество помощи, время ожидания, обслуживание и т.д.

Раздел 11.1 Когда можно подать жалобу

Эта процедура используется *только* в определенных случаях. К их числу относятся претензии к качеству помощи, времени ожидания и обслуживанию. Ниже приведены некоторые ситуации, в которых можно использовать процедуру подачи и рассмотрения жалоб.

Жалоба	Пример
Качество медицинского обслуживания	<ul style="list-style-type: none"> • Вам не нравится качество медицинской помощи, которую вы получили (например, в больнице).
Соблюдение вашей конфиденциальности	<ul style="list-style-type: none"> • Вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на неприкосновенность частной жизни или раскрыл вашу конфиденциальную информацию.
Неуважение, плохое обслуживание клиентов и другие виды нежелательного обращения	<ul style="list-style-type: none"> • Кто-то вел себя с вами грубо или неуважительно. • Вы недовольны работой нашего Отдела обслуживания участников. • Вам кажется, что страховой план хочет от вас избавиться.
Времена ожидания	<ul style="list-style-type: none"> • Вам трудно договориться о времени приема у врача или вам приходится слишком долго ждать, пока вам назначат время приема. • Врачи, аптекари или другие профессиональные медики заставили вас ждать слишком долго. Вас заставили долго ждать сотрудники нашего Отдела обслуживания участников или другие сотрудники плана. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Примеры: долгое ожидание ответа на телефонный звонок, ожидание в приемной, в аптеке при получении лекарства, в смотровой комнате.

Жалоба	Пример
Чистота	<ul style="list-style-type: none"> Вам кажется, что в клинике, больнице или кабинете врача недостаточно чисто.
Сведения, которые план вам сообщает	<ul style="list-style-type: none"> Мы не прислали вам положенное извещение. Сообщенные нами сведения трудно понять.
Сроки (Жалобы, относящиеся к срокам наших действий, связанных с решениями о покрытии и апелляциями)	<p>Если вы попросили нас принять страховое решение или подали апелляцию, но считаете, что мы действуем недостаточно быстро, то можете пожаловаться на нашу медлительность. Вот некоторые примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> Вы попросили нас принять страховое решение или рассмотреть апелляцию в ускоренном порядке, но мы решили это сделать в стандартные сроки — вы можете подать жалобу. Вы считаете, что мы не укладываемся в сроки, установленные для принятия страхового решения или для рассмотрения апелляции, — можете подать жалобу. Вы считаете, что утвержденное планом страховое покрытие или возмещение ваших расходов задерживается — вы можете подать жалобу. Вы считаете, что мы не переслали вовремя ваше дело в независимую экспертную организацию — вы можете подать жалобу.

Раздел 11.2 Как подать жалобу

Юридические термины

- **Жалобу (Complaint)** также называют **Grievance**.
- «**Подача жалобы (Making a complaint)**» также называется **filing a grievance**.
- «**Использование процедуры подачи жалобы (Using the process for complaints)**» также называется **using the process for filing a grievance**.
- «**Быстрая» жалоба (fast complaint)** также называется **expedited grievance**.

Раздел 11.3 Шаг за шагом: как подать жалобу

Шаг 1: Быстро свяжитесь с нами – по телефону или письменно.

- **Обычно первый шаг** — это звонок в наш отдел обслуживания. Если нужно сделать еще что-нибудь, в отделе обслуживания вам об этом сообщат.
- Если вы не хотите звонить (или позвонили, но остались недовольны беседой с нашим сотрудником), вы можете подать жалобу в письменном виде. Если вы изложите свою жалобу в письменном виде, мы ответим на нее в письменном виде.

- Мы стараемся принимать решения по жалобам не откладывая, по телефону. Если вы хотите получить письменный ответ, подайте жалобу в письменном виде. На жалобы по поводу качества медицинской помощи мы всегда отвечаем в письменном виде. Если мы не сможем решить ваш вопрос по телефону, мы используем процедуру официального рассмотрения жалобы. Эта процедура называется «Member Grievance Process».
- Вы или ваш уполномоченный представитель можете подавать быструю жалобу (expedited grievance) всегда, когда план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) берет дополнительное время на принятие страхового решения или решения по апелляции первого уровня. Кроме того, такую жалобу можно подать, когда план отказывается принимать страховое решение или решение по апелляции в ускоренном порядке. (Мы не можем продлевать срок принятия страхового решения или решения по апелляции первого уровня, когда речь идет о лекарствах, покрываемых по программе Part B или Part D.) На ускоренные жалобы план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) отвечает в течение суток (24 часа) после их получения.
- Мы должны ответить на вашу жалобу так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее 30 дней после ее получения. Мы можем продлить этот срок не более чем на 14 дней, если продлить его просите вы или если эти дни нужны нам для получения дополнительной информации, которая может быть для вас полезна при рассмотрении нами жалобы.
- **Звонить и писать следует в наш отдел обслуживания. Это нужно делать не откладывая.** Вы можете подать жалобу в любое время после возникновения проблемы, на которую жалуетесь.

Шаг 2: Мы рассматриваем вашу жалобу и даем вам ответ.

- **Мы стараемся отвечать на жалобы незамедлительно.** Если вы жалуетесь по телефону, то иногда мы можем сразу, во время вашего звонка, дать вам ответ.
- **На большинство жалоб мы отвечаем не позже чем через 30 календарных дней.** Если нам требуется дополнительная информация и если задержка в ваших интересах или если о дополнительном времени просите вы сами, мы можем добавить к установленному сроку до 14 календарных дней (общий срок составит не более 44 календарных дней). Если мы решаем, что нам требуются еще несколько дней, мы сообщаем вам об этом письмом.
- **Если вы подаете жалобу в связи с тем, что мы отклонили ваш запрос на «быстрое страховое решение» или «быструю апелляцию», мы автоматически будем считать ее «быстрой жалобой».** Если ваша жалоба имеет статус «быстрой», это означает, что мы должны дать вам ответ в течение 24 часов.
- **Если мы не согласны со всей вашей жалобой или ее частью или если мы не несем ответственности за событие, ставшее причиной жалобы, мы вам об этом сообщаем.**

Раздел 11.4	Жалобу на качество помощи/обслуживания вы можете подать также непосредственно в организацию повышения качества обслуживания
--------------------	--

Если вы жалуетесь на **качество помощи или обслуживания**, у вас есть еще две дополнительные возможности:

- **Вы можете подать жалобу в организацию повышения качества обслуживания.** Организация повышения качества обслуживания — это группа практикующих врачей и других экспертов в области здравоохранения, которым федеральное правительство платит за проверку и улучшение качества обслуживания пациентов-участников Medicare. Контактная информация приведена в главе 2.

- *ИЛИ*
- **Вы можете подать жалобу и в организацию повышения качества обслуживания, и нам одновременно.**

Раздел 11.5	Вы можете сообщить о своей жалобе также программе Medicare
--------------------	---

Жалобу на план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) можно подать непосредственно в программу Medicare. Для того чтобы подать жалобу в программу Medicare, воспользуйтесь сайтом www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Кроме того, можно позвонить по телефону 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY/TDD: 1-877-486-2048.

ГЛАВА 9:

Выход из нашего страхового плана

РАЗДЕЛ 1 Введение: выход из нашего плана

Выход из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) может быть **добровольным** (это ваш выбор) или **принудительным** (выбор не ваш):

- Вы можете выйти из нашего плана, если захотите. О том как добровольно выйти из числа участников нашего плана, см. в разделах 2 и 3.
- Существует ограниченное число ситуаций, в которых мы должны исключить вас из числа участников плана независимо от того, хотите вы этого или нет. О таких ситуациях см. в разделе 5.

Даже если вы решили покинуть наш план, вы должны по-прежнему получать покрытие медицинской помощи и лекарств по рецепту через наш план, пока не перестанете быть его участником.

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете выйти из нашего плана

Раздел 2.1	Вы можете выйти из нашего плана, поскольку включены в программы Medicare и Medicaid
-------------------	--

- Большинство людей, включенных в программу Medicare, могут выйти из своего страхового плана только в определенные периоды. Поскольку вы участвуете в программе Medicaid, вы можете прекратить свое участие в нашем плане в любой месяц года. Вы также можете в любой месяц зарегистрироваться в другом плане Medicare, включая такие:
 - Программа Original Medicare с отдельным фармацевтическим планом, покрывающим лекарства по рецепту по программе Medicare.
 - Программа Original Medicare без отдельного фармацевтического плана, действующего по программе Medicare (если вы выбираете этот вариант, то программа Medicare может включить вас в фармацевтический план, если вы в явном виде не отказались от этого).
 - Если вы имеете на это право, то можете стать участником комплексного страхового плана для инвалидов, включенных в программы Medicare и Medicaid, (D-SNP)..

Примечание. Если вы выйдете из фармацевтического страхового плана по программе Medicare и останетесь без «учитываемой» (creditable) страховки на лекарства на период более 63 дней подряд, то впоследствии вам, возможно, придется заплатить дополнительную комиссию за включение в план покрытия лекарственных препаратов Часть D Medicare.

Для того чтобы узнать, участником каких планов, действующих по программе Medicaid, вы можете стать, свяжитесь с отделением программы Medicaid своего штата (номера телефонов приведены в главе 2, раздел 6, этого справочника).

- Участниками других планов, действующих по программе Medicare, можно стать во время Ежегодного периода включения в планы (Annual Enrollment Period). Подробнее о ежегодном периоде включения в планы см. в разделе 2.2.

- **Когда вы перестанете быть участником нашего плана?** Обычно вы перестаете быть участником нашего плана в первый день месяца, следующего за тем, в который мы получили вашу просьбу о переходе в другой план. В тот же день вы становитесь участником вашего нового плана.

Раздел 2.2	Вы можете выйти из нашего плана во время периода включения в планы, действующие по программе Medicare
-------------------	--

Вы можете выйти из нашего страхового плана во время **ежегодного периода включения в страховые планы, действующие по программе Medicare, (Annual Enrollment Period)**. Этот период иногда называют Annual Open Enrollment Period. В этот период изучите свое страховое покрытие на обслуживание и лекарства и решите, какая страховка вам подходит на будущий год.

- **Ежегодный период включения в страховые планы** продолжается с **15 октября по 7 декабря**.
- **Вам нужно решить, сохранить нынешнюю страховку на будущий год или ее поменять.** Если вы решите перейти в другой план, вам нужно выбрать план, принадлежащий к одному из следующих типов планов, действующих по программе Medicare:
 - Другой медицинский страховой план, действующий по программе Medicare, со страховым покрытием лекарств по рецепту или без него.
 - Original Medicare с отдельным планом Medicare для рецептурных препаратов

ИЛИ

- Программа Original Medicare *без* отдельного фармацевтического плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе Medicare.
- **Вы перестанете быть участником нашего плана**, когда начнете получать страховое покрытие по своему новому плану, т. е. 1 января.

Если по программе Medicare вы получаете Extra Help (Дополнительную помощь) для оплаты рецептурных препаратов: Если вы переходите в программу Original Medicare и не становитесь участником отдельного фармацевтического плана Medicare, покрывающего лекарства по рецепту, то Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не откажетесь от автоматической регистрации.

Примечание. Если вы выйдете из фармацевтического страхового плана Medicare и останетесь без «учитываемой» (creditable) страховки на лекарства в течение не менее 63 дней подряд, то вам, возможно, придется платить штраф за позднюю регистрацию в программе Часть D, если позже вы станете участником фармацевтического плана Medicare.

Раздел 2.3	Вы можете выйти из нашего плана во время периода включения в планы, действующие по программе Medicare Advantage
-------------------	--

Вы можете **однократно** изменить свою медицинскую страховку во время **ежегодного периода включения в планы, действующие по программе Medicare Advantage**.

Глава 9 Выход из нашего страхового плана

- **Ежегодный период включения в планы, действующие по программе Medicare Advantage (annual Medicare Advantage Open Enrollment Period)** длится с 1 января по 31 марта. Кроме того, люди недавно включенные в программу Medicare, которые не включены в планы, действующие по программе МА, этот период продолжается с того месяца, когда они стали участниками программ Part A и Part B до последнего дня 3-го месяца.
- **В ежегодный период включения в планы, действующие по программе Medicare Advantage** вы можете сделать следующее:
 - Перейти в другой медицинский страховой план, действующий по программе Medicare Advantage, со страховым покрытием лекарств по рецепту или без него.
 - Выйти из нашего плана и стать участником программы Original Medicare (работает без участия страховых планов). Если в этот период вы решите перейти в программу Original Medicare, вы можете также стать участником отдельного фармацевтического страхового плана, действующего по программе Medicare.
- **Вы перестанете быть участником нашего плана** в первый день месяца, следующего за тем, в который мы получили ваш запрос на переход в другой план, действующий по программе Medicare Advantage, или в программу Original Medicare. Если вы решите стать участником фармацевтического страхового плана, действующего по программе Medicare, вы начнете получать страховое покрытие по этому плану начиная с первого дня месяца, следующего за тем, в который фармацевтический страховой план получит ваш запрос на включение вас в число его участников.

Раздел 2.4	В определенных случаях вы можете выйти из нашего плана во время специального периода включения в страховые планы, действующие по программе Medicare
-------------------	--

В определенных случаях вы можете выйти из нашего плана в другое время года. Это время называется **специальный период включения в планы (Special Enrollment Period)**.

Вы можете выйти из нашего плана во время специального периода включения в планы, если вы оказались в одной из приведенных ниже ситуаций. Это всего лишь несколько примеров. Полный перечень вы можете получить у своего плана или позвонив в Medicare, а также посетив сайт Medicare (www.medicare.gov).

- Обычно при переезде на новое место жительства.
- Если вы включены в программу New York Medicaid.
- Если вы имеете право на Extra Help (Дополнительную помощь) для оплаты рецептурных лекарств, покрываемых программой Medicare.
- Если мы нарушили заключенный с вами договор.
- Если вы госпитализированы в такое учреждение, как, например, центр сестринского ухода или в больницу с долговременным уходом.
- Если вас включили в Комплексную программу медицинского обслуживания престарелых (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Примечание.** Если вы включены в программу регулирования лечения наркотическими препаратами (Drug Management Program, DMP), вы, вероятно, не сможете поменять план. О программе регулирования лечения наркотическими препаратами см. в главе 5, раздел 10.
- **Примечание.** В разделе 2.1 говорится о специальном периоде включения в планы, предназначенном для людей, включенных в программу Medicaid.

Период включения в планы зависит от вашей ситуации.

Для того чтобы узнать, имеете ли вы право воспользоваться специальным периодом включения в планы, позвоните в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно и без выходных). TTY: 1-877-486-2048. Если вы имеете право выйти из плана в связи с особой ситуацией, вы можете поменять как медицинскую страховку по программе Medicare, так и фармацевтическую страховку (на лекарства по рецепту). Вам доступно на выбор:

- Другой медицинский страховой план, действующий по программе Medicare, со страховым покрытием лекарств по рецепту или без него.
- Программа Original Medicare с отдельным фармацевтическим планом, покрывающим рецептурные лекарства по программе Medicare.
- — или — Программа Original Medicare без отдельного фармацевтического плана Medicare, покрывающего рецептурные лекарства.

Примечание. Если вы выйдете из фармацевтического страхового плана Medicare и останетесь без «учитываемой» (creditable) страховки на лекарства в течение не менее 63 дней подряд, то вам, возможно, придется платить штраф за позднюю регистрацию в программе Часть D, если позже вы станете участником фармацевтического плана Medicare.

Если по программе Medicare вы получаете Extra Help (Дополнительную помощь) для оплаты рецептурных препаратов: Если вы переходите в программу Original Medicare и не становитесь участником отдельного фармацевтического плана Medicare, покрывающего лекарства по рецепту, то Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не откажетесь от автоматической регистрации.

Обычно вы перестаете быть участником нашего плана в первый день месяца, следующего за тем, в который мы получили вашу просьбу о переходе в другой план.

Примечание. В разделах 2.1 и 2.2 говорится о специальном периоде регистрации для участников программ Extra Help (Дополнительная помощь) и Medicaid.

Раздел 2.5 Где узнать подробности о том, когда вы можете выйти из нашего плана

С вопросами о выходе из нашего плана вы можете:

- **Позвонить в отдел обслуживания участников плана.**
- Обратиться к справочнику «Medicare и вы» (*Medicare & You 2025*).
- Позвонить в программу **Medicare**, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных. (TTY 1-877-486-2048).

РАЗДЕЛ 3 Как выйти из нашего плана

В следующей таблице объясняется, как выйти из нашего плана.

Глава 9 Выход из нашего страхового плана

Если вы хотите перейти из нашего плана в:	Что нужно делать:
<ul style="list-style-type: none"> • Другой медицинский страховой план, действующий по программе Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Зарегистрируйтесь в новом плане, действующем по программе Medicare. Ваша новая страховка начинает действовать в первый день следующего месяца. • Вы будете автоматически исключены из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), как только страховое покрытие начнет вам предоставлять ваш новый план.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare с отдельным планом Medicare для рецептурных препаратов 	<ul style="list-style-type: none"> • Стать участником нового фармацевтического плана, действующего по программе Medicare. Ваша новая страховка начинает действовать в первый день следующего месяца. • Вы будете автоматически исключены из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), как только страховое покрытие начнет вам предоставлять ваш новый план.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare без отдельного плана Medicare для рецептурных препаратов <ul style="list-style-type: none"> ◦ Если вы переходите в программу Original Medicare и не становитесь участником отдельного фармацевтического плана Medicare, покрывающего лекарства по рецепту, то Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не откажетесь от автоматической регистрации. ◦ Если вы выйдете из фармацевтического страхового плана, действующего по программе Medicare, и останетесь без «учитываемой» (creditable) страховки на лекарства на 63 дня подряд или более, вам, возможно, придется платить штраф за позднее включение в фармацевтический страховой план, когда вы впоследствии станете участником фармацевтического плана Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Пришлите нам письменную просьбу об исключении из плана. Если вы не знаете, как это сделать, обратитесь в наш отдел обслуживания. • Кроме того, вы можете обратиться в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных. Попросите, чтобы вас исключили из нашего плана. TTY: 1-877-486-2048. • Вы будете автоматически исключены из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), как только страховое покрытие начнет вам предоставлять программа Original Medicare.

Примечание. Если вы выйдете из фармацевтического страхового плана Medicare и останетесь без «учитываемой» (creditable) страховки на лекарства в течение не менее 63 дней подряд, то вам, возможно,

Глава 9 Выход из нашего страхового плана

придется платить штраф за позднюю регистрацию в программе Часть D, если позже вы станете участником фармацевтического плана Medicare.

С вопросами о том, что и как вам покрывает программа Medicaid, обращайтесь в программу New York Medicaid, телефон (800) 505-5678; в отдел здравоохранения округа Nassau, телефон (516) 227-7474; в Управление трудовых ресурсов / отдел социальных служб округов Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond, телефон (718) 557-1399; в округе Orange обращайтесь в отдел социальных служб, телефон (845) 291-4000; в округе Rockland обращайтесь в отдел социальных служб, телефон (845) 364-3040; в округе Westchester — в отдел социальных служб, телефон (914) 995-3333. Линии работают с понедельника по пятницу с 8:30 до 20:00, а по субботам с 10:00 до 18:00. Спросите, как включение в новый план или возвращение в программу Original Medicare повлияет на то, как вы будете получать покрытие по программе Medicaid.

РАЗДЕЛ 4 Пока вы остаетесь участником нашего плана, нужно пользоваться страховым покрытием обслуживания и лекарств по нашему плану

Пока ваше участие в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) не кончится, а новая страховка по программе Medicare не начнет работать, вы должны по-прежнему получать покрытие обслуживания, приспособлений и лекарств по нашему плану.

- **До выхода из нашего плана вы должны по-прежнему обращаться к медикам и в учреждения, которые сотрудничают с нашим планом.**
- **До выхода из нашего плана вы должны по-прежнему получать лекарства по рецепту в сотрудничающих с нами аптеках.**
- **Если вы госпитализированы в день выхода из нашего плана, ваше пребывание в больнице до выписки обычно покрывает наш план** (даже если вас выпишут после того, как страховое покрытие медицинской помощи вам начнет предоставлять новая страховка).

РАЗДЕЛ 5 В определенных ситуациях план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) должен исключить вас из числа своих участников

Раздел 5.1 В каких случаях мы должны исключить вас из числа участников плана

В определенных ситуациях план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) должен исключить вас из числа своих участников:

- Вы больше не включены в программы Часть А и Часть В Medicare.

Вы больше не имеете права на программу Medicaid. В главе 1, раздел 2.1, говорится о том, что наш план предназначен для людей, имеющих право на программу Medicare и программу Medicaid одновременно. Когда план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) решает, что вы больше не можете быть его участником, вы получаете письмо, извещающее вас о причине возможного исключения из плана. Для того чтобы обратиться в наш план с просьбой о пересмотре решения об исключении вас из плана, у вас есть 6 месяцев (180 дней) со дня, которым датировано это письмо.

Глава 9 Выход из нашего страхового плана

- Вы переехали за пределы нашей зоны обслуживания.
- Если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания более шести месяцев.
 - Если вы переезжаете или надолго уезжаете, вам нужно позвонить в наш Отдел обслуживания участников и выяснить, находится ли то место, куда вы едете, в нашей зоне обслуживания.
- Вы находитесь в заключении (в тюрьме).
- Вы не гражданин США или проживаете в США незаконно
- Вы лжете или скрываете информацию о другой имеющейся у вас страховке на лекарства по рецепту.
- Вы намеренно предоставили нам неверную информацию во время включения в наш план, а от этой информации зависит, имеете ли вы право на участие. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у программы Medicare.)
- Вы постоянно ведете себя так, что это мешает оказывать медицинскую помощь вам и другим участникам нашего плана. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у программы Medicare.)
- Вы позволяете другому человеку использовать вашу карточку участника плана для получения медицинской помощи. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у программы Medicare.)
 - Если мы исключим вас из плана по этой причине, программа Medicare может поручить расследование вашего случая главному инспектору (Inspector General).
- Из-за вашего высокого дохода вы должны платить дополнительную сумму за страховку по программе Часть D, но не платите ее. Из плана вас исключит Medicare.

Где можно найти дополнительные сведения?

Если у вас возникли вопросы или нужны разъяснения по поводу того, в каких случаях мы можем исключить вас из плана, звоните в наш Отдел обслуживания участников.

Раздел 5.2 Мы не можем просить, чтобы вы вышли из нашего плана по причинам, связанным с вашим состоянием здоровья

Плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) запрещено просить вас выйти из числа его участников по причинам, связанным с состоянием вашего здоровья.

Что делать, если это произойдет?

Если вам кажется, что вас попросили выйти из нашего плана по причине, связанной с состоянием вашего здоровья, вам нужно позвонить в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048). Линия работает круглосуточно и без выходных.

Раздел 5.3 Если мы исключаем вас из плана, вы имеете право подать жалобу

Если мы исключаем вас из нашего плана, мы должны в письменном виде сообщить вам причины этого решения. Кроме того, мы должны объяснить, как вы можете подать жалобу на это наше решение.

ГЛАВА 10:

Юридические уведомления

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о применимом законодательстве

Основной закон, регулирующий действие этого «Справочника участника плана» (Evidence of Coverage), — это Титул XVIII «Закона о социальном обеспечении» (Social Security Act) и нормативные правовые акты, подготовленные Центрами служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Кроме того, применимы другие федеральные законы и, в некоторых обстоятельствах, законы штата, в котором вы живете. Это может повлиять на ваши права и обязанности, даже если эти законы не упоминаются и не объясняются в этом документе.

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недопущении дискриминации

Мы не дискриминируем участников плана по признакам расы, национальности, страны происхождения, религии, пола, возраста, сексуальной ориентации, психических и физических ограничений, состояния здоровья, поданных ими исков и страховых требований, истории их заболеваний, генетической информации, требований к здоровью страхователя, и географического положения в пределах нашей зоны обслуживания. Все организации, которые предлагают планы, действующие по программе Medicare Advantage, и в том числе наш план, должны соблюдать федеральные законы, запрещающие дискриминацию, в том числе Титул VI «Закона о гражданских правах» (Civil Rights Act) от 1964 г., «Закон о защите прав людей с инвалидностью» (Rehabilitation Act) от 1973 г., «Закон о защите прав пожилых людей» (Age Discrimination Act) от 1975 г., «Закон о защите прав американских граждан с инвалидностью» (Americans with Disabilities Act), раздел 1557 «Закона о доступном медицинском обслуживании» (Affordable Care Act), все остальные законы, применимые к организациям, получающим федеральное финансирование и все остальные законы и правила, применимые по любой другой причине.

Если вы хотите получить дополнительную информацию либо пожаловаться на дискриминацию или несправедливое отношение, позвоните в **Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights)** при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) или в местное Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights). Кроме того, вы можете изучить сведения на сайте Управления по вопросам гражданских прав при Министерстве здравоохранения и социальных служб: <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Если в связи с вашей инвалидностью вам при походе к врачу требуется помощь, позвоните в наш Отдел обслуживания участников. С жалобами по поводу доступности медицинского учреждения, например для людей на инвалидных колясках, обращайтесь в наш Отдел обслуживания участников.

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о праве программы Medicare на суброгацию

Наши права и обязанности включают взыскание с первичного плательщика средств на покрываемое программой Medicare услуги, если первичным плательщиком не является программа Medicare. В соответствии с нормами, регулирующими работу Центров служб программ Medicare и Medicaid (CMS) (содержатся в Титуле 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR) в разделах 422.108 и 423.462), план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), будучи организацией, предоставляющей страховку

Глава 10 Юридические уведомления

по программе Medicare Advantage, имеет те же права на возмещение, которые в соответствии с нормами, приведенным в подразделах с В по D части 411 Титула 42 CFR, есть у Секретаря «Департамента здравоохранения и социального обеспечения». Правила, приведенные в этом разделе, отменяют любой закон любого штата.

ГЛАВА 11:

Определения важных терминов

Глава 11 Определения важных терминов

Амбулаторный хирургический центр. Медицинское учреждение, где проводится только амбулаторное хирургическое лечение пациентов, которым не требуется госпитализация и для которых ожидаемое пребывание в таком центре не превышает 24 часов.

Апелляция (Appeal). Вы подаете апелляцию, если не согласны с нашим страховым решением о покрытии медицинских услуг или лекарств по рецепту или о возмещении расходов на уже полученные и оплаченные вами услуги и лекарства. Подать апелляцию можно также в том случае, когда вы не согласны с нашим решением о прекращении страхового покрытия обслуживания, которое вы уже получаете.

Госпитализационный период (Benefit Period). Это НЕ период госпитализации. Это способ измерения длительности помощи в стационаре, то есть в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF). Этот способ используется как программой Original Medicare, так и нашим планом. Госпитализационный период начинается в день вашего поступления в больницу или в центр квалифицированного сестринского ухода в качестве стационарного пациента. Госпитализационный период заканчивается после того, как вы 60 дней подряд не получаете стационарное лечение в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода. Если вы поступаете в больницу или в центр сестринского ухода после окончания госпитализационного периода, начинается новый период. Число покрываемых госпитализационных периодов не ограничено.

Биопрепарат (Biological Product). Лекарство по рецепту, приготовленное из клеток животных или растений, бактерий, дрожжей и других живых организмов. Биопрепараты устроены сложнее, чем другие лекарства, их невозможно скопировать в точности, поэтому альтернативные формы биопрепаратов называются не дженерики, а биоаналоги (biosimilar). (См. также термины «**Оригинальный биологический препарат**» и «**Биоаналог**».)

Биоаналог (Biosimilar). Биопрепарат, который очень похож на оригинальный биопрепарат, но не идентичен ему. Биоаналоги так же безопасны и эффективны, как и исходный биопрепарат. Некоторые биоаналоги могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости получения нового рецепта (см. **Взаимозаменяемые биоаналоги**).

Фирменное (патентованное) лекарство (Brand Name Drug). Лекарство по рецепту, которое производится и продается фармацевтической компанией, проводившей разработку и исследования этого лекарства. Другое название «патентованное лекарство». Фирменные лекарства содержат те же активные компоненты, что и их аналоги-дженерики. Лекарства-дженерики («непатентованные лекарства») производятся и продаются другими производителями; такие лекарства обычно становятся доступны после истечения срока действия патента на фирменное лекарство.

Страховое покрытие по достижении предела самостоятельных расходов (Catastrophic Coverage Stage). Период в страховом покрытии лекарств по условиям Части D. Он наступает после того, как вы сами (или кто-нибудь от вашего имени) выплатите с начала страхового года \$2000 за покрываемые Частью D лекарства.
Medicare & Medicaid Services (CMS). Федеральное агентство, управляющее программой Medicare.

Самостоятельная оплата доли стоимости, или совместное страхование (Coinsurance). Сумма, которая представляет собой ваше участие в оплате покрываемого обслуживания / лекарства. Выражается в процентах от общей стоимости (например, 20%).

Жалоба (Complaint). Официальный термин для «подать жалобу» — **обратиться с претензией (filing a grievance)**. Эта процедура используется только для разрешения проблем определенного типа. К их числу относятся претензии к качеству помощи, времени ожидания и обслуживанию. Также это может быть жалоба на несоблюдение планом сроков рассмотрения апелляции.

Глава 11 Определения важных терминов

Центр комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Учреждение, которое главным образом предоставляет услуги по реабилитации после болезни или травмы, в том числе: физиотерапия, социальная и психологическая реабилитация, дыхательная терапия, трудотерапия, лечение речевых нарушений и оценка соответствия жилья особенностям пациента.

Доплата (Copayment). Сумма, которую вы платите за медицинское обслуживание, принадлежности, за прием у врача, посещение амбулаторного отделения больницы или лекарство по рецепту. Доплата, в отличие от доли стоимости, — это фиксированная сумма (например \$10), а не процент от стоимости.

Участие в оплате, или доля стоимости обслуживания (Cost Sharing). Суммы, которые участник плана должен платить при получении обслуживания или лекарств. Участие в оплате складывается из трех следующих видов платежей: (1) безусловная франшиза, которую участник плана должен выплатить, прежде чем что-то платить начнет план; (2) любые фиксированные доплаты, которые план требует платить при получении определенной помощи и лекарства; (3) доли в оплате обслуживания, процент общей стоимости помощи или лекарства, который план требует от своего участника платить при получении определенной помощи или лекарства.

Решение о страховом покрытии лекарства (Coverage Determination). Решение о том, будет ли наш план покрывать выписанное вам лекарство, и если будет, то сколько должны будете платить вы. Если вы приносите рецепт в аптеку, а аптекарь говорит вам, что наш план не покрывает выписанное вам лекарство, это заявление аптекаря не будет решением о страховом покрытии лекарства. Вам нужно позвонить нам или написать и попросить об официальном решении относительно страхового покрытия лекарства. В английском тексте справочника решение о страховом покрытии лекарства называется «coverage decision» или «coverage determination».

Покрываемые лекарства (Covered Drugs). Термин, который мы используем для обозначения всех лекарств по рецепту, покрываемых нашим планом.

Покрываемое обслуживание (Covered Services). Общий термин, который мы используем для обозначения всех видов медицинской помощи, ухода, обслуживания и принадлежностей, которые наш план покрывает.

Учитываемая фармацевтическая страховка (Creditable Prescription Drug Coverage). Страховка на лекарства по рецепту (например, от работодателя или профсоюза), которая в среднем платит за лекарства не меньше, чем стандартная страховка на лекарства по программе Medicare. Люди, имеющие такую страховку, обычно могут ее сохранить, когда получают право на программу Medicare, и не должны платить штраф за позднее включение в фармацевтический план по программе Medicare, если они в будущем решат перейти в страховой план, действующий по этой программе.

Присмотр (Custodial Care). Обслуживание, которое вы получаете в центре сестринского ухода, хосписе или в другом учреждении, если вам не требуется помощь врача или квалифицированной медицинской сестры. Для этого вида помощи не требуются профессиональные навыки. Он включает, например, помощь с принятием ванны, одеванием, едой, вставанием с постели или стула, передвижением, походами в туалет и другими ежедневными действиями. Этот уход может включать также связанные с медицинской помощью действия, которые большинство людей выполняет самостоятельно, например закапывание капель в глаза. Программа Medicare за этот уход не платит.

Суточное участие в оплате лекарства (Daily cost-sharing rate). Если врач выписывает лекарство на срок меньше месяца, то для расчета доплаты мы используем «ваше суточное участие в оплате лекарства». Ваше суточное участие в оплате лекарства рассчитывается как доплата за лекарство, выписанное на месяц, разделенная на число дней в месяце. Например, пусть доплата за количество лекарства, необходимое для

Глава 11 Определения важных терминов

приема в течение месяца (30 дней), составляет \$30. Тогда ваше суточное участие в оплате лекарства составляет \$1.

Исключение из плана (Disenrollment). Это прекращение вашего участия в нашем плане страхования.

Планы, действующие по программам Medicare и Medicaid одновременно и предназначенные для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP). Планы D-SNP принимают людей, которые имеют право на программу Medicare (титул XVIII «Закона о социальном обеспечении», Social Security) и на программу Medicaid штата (титул XIX). Штат покрывает некоторые или все расходы, связанные с участием в программе Medicare. Это покрытие зависит от штата и от прав конкретного человека.

Человек, имеющий право на программы Medicare и Medicaid одновременно (Dually Eligible Individuals). Человек, имеющий право на страховое покрытие по программам Medicare и Medicaid одновременно.

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment). Медицинское оборудование, которое врач выписывает по медицинским показаниям. Примеры: ходунки, инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, расходные материалы для людей с диабетом, инфузионные насосы для внутривенных инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и расходные материалы, ингаляторы, больничные койки, назначенные врачом для использования на дому.

Экстренное состояние (Emergency). Это состояние, при котором вы или любой другой среднестатистический человек без медицинского образования имеет основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть, потеря конечности, потеря функции конечности или серьезное нарушение работы других органов. Такими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние больного.

Экстренная помощь (Emergency Care). Это покрываемая планом помощь, которая: 1) предоставлена медиком или медицинским учреждением, имеющим право оказывать экстренную помощь, 2) необходима для оценки, лечения или стабилизации экстренного состояния.

Границы страховой ответственности (Evidence of Coverage, EOC) и условия предоставления страхового покрытия (Disclosure Information). Настоящий документ вместе с вашей регистрационной формой и любыми приложениями и дополнительными условиями. Могут включать материалы о выбранном вами необязательном страховом покрытии, в которых разъясняется ваше страховое покрытие, что должны делать мы и каковы ваши права и обязанности как участника плана.

Исключение из правил (Exception). Тип страхового решения. Согласившись сделать для вас исключение из правил, план позволяет вам получать лекарство, которое не внесено в фармакологический справочник, утвержденный спонсором плана, или позволяет вам доплачивать за непредпочтительное лекарство столько же, сколько бы вы доплачивали за предпочтительное лекарство. Кроме того, вы можете попросить, чтобы план сделал исключение из правил, по которым вы должны сначала использовать другое лекарство, а уже потом план начнет покрывать лекарство, которым вы хотите лечиться. Просить об исключении из правил вы также можете, если хотите отменить требование плана об обязательном предварительном разрешении на использование определенного препарата или снять ограничение на количество или дозу вашего лекарства.

Extra Help (Дополнительная помощь). Программа, действующая по программе Medicare. Помогает людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать лекарства и фармацевтическую страховку по программе Medicare, т. е. ежемесячные страховые взносы, безусловную франшизу, доплаты, самостоятельно оплачиваемую долю в стоимости лекарства и т. п.

Глава 11 Определения важных терминов

Непатентованный лекарственный препарат (Generic Drug). Лекарство по рецепту, разрешенное Управлением по надзору за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA) и содержащее те же активные компоненты, что и фирменное лекарство. Как правило, непатентованный лекарственный препарат оказывает тот же эффект, что и патентованный, но обычно стоит дешевле.

Претензия (Grievance). То же, что и жалоба (complaint). Жалобу можно подать на план, учреждение, аптеку. Можно, например, пожаловаться на качество полученной помощи. Такая жалоба не имеет отношения к страховому покрытию и к разногласиям по поводу оплаты медицинской помощи / лекарства.

Медицинская сиделка на дому (Home Health Aide). Работник, предоставляющий услуги, для которых не требуются навыки лицензированной медицинской сестры или терапевта. Это может быть, например, личный уход (купание, походы в туалет, одевание, помощь в выполнении назначенных вам упражнений и т. д.).

Хоспис. Покрываемое обслуживание для участника плана, который признан неизлечимо больным и остаток его жизни составляет не более 6 месяцев. Наш план должен предоставить такому больному список учреждений, оказывающих хосписную помощь неподалеку от места его проживания. Если больной выберет хоспис и продолжит платить ежемесячные страховые взносы, он будет оставаться участником нашего плана. Он по-прежнему может получать обслуживание, необходимое по медицинским показаниям, и выбранные им дополнительные услуги по нашему плану.

Пребывание в больнице в качестве стационарного пациента (Hospital Inpatient Stay). Пребывание в больнице, если вы были официально госпитализированы в больницу для получения квалифицированной медицинской помощи. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться «амбулаторным пациентом».

Коррекция ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Если ваш скорректированный общий доход (modified adjusted gross income), указанный в декларации, которую вы 2 года назад подали в налоговую службу IRS, превышает определенный предел, то помимо обычного страхового взноса, вы ежемесячно платите сумму корректировки ежемесячных выплат на основании уровня дохода. Корректировка IRMAA — это дополнительная сумма, добавляемая к ежемесячному страховому взносу. Эти дополнительные суммы платят менее 5% людей, включенных в программу Medicare.

Начальный период страхового покрытия (Initial Coverage Stage). Период, продолжающийся до тех пор, пока ваши собственные расходы за год не достигнут установленного предела.

Период первичной регистрации (Initial Enrollment Period). Период, наступающий после того, как вы впервые получаете право на участие в программе Medicare. В течение этого периода вы можете зарегистрироваться в программах Часть А и Часть В Medicare. Если вы получили право на участие в программе Medicare по достижении 65 лет, ваш период первичной регистрации в плане составляет 7 месяцев. Он начинается за 3 месяца до того месяца, в котором вам исполняется 65 лет, включает тот месяц, когда вам исполняется 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после того месяца, когда вам исполняется 65 лет.

Интегрированный план D-SNP (Integrated D-SNP). План D-SNP, который покрывает услуги Medicare и большинство или все услуги Medicaid в рамках одного страхового плана медицинского обслуживания для определенных групп лиц, имеющих право на участие и в программе Medicare, и в программе Medicaid. Эти лица относятся к категории Full Benefit Dual Eligible (FBDE).

Глава 11 Определения важных терминов

Взаимозаменяемый биоаналог (Interchangeable Biosimilar). Биоаналог, который может быть использован в качестве замены оригинального биопрепарата в аптеке без необходимости получения нового рецепта, поскольку он отвечает дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Возможность автоматической замены в аптеке регулируется законодательством штата.

Список покрываемых лекарственных препаратов (Перечень лекарств или Фармакологический справочник). Перечень рецептурных лекарств, которые покрывает наш план.

Субсидия для лиц с низким доходом (Low Income Subsidy, LIS). См. Extra Help (Дополнительная помощь).

Программа скидок от производителя (Manufacturer Discount Program). Программа, в рамках которой производители лекарств оплачивают часть полной стоимости фирменных лекарств и биопрепаратов, покрываемых программой Часть D. Скидки предоставляются по договору между федеральным правительством и производителями лекарств.

Предельная сумма ваших собственных расходов (Maximum Out-of-Pocket Amount). Максимальная сумма, которую вы выплачиваете с начала календарного года за обслуживание, покрываемое по программам Часть А и Часть В. При расчете суммы ваших собственных платежей не учитываются страховые взносы по программам Часть А и Часть В Medicare и суммы, уплаченные вами за рецептурные лекарства. Если программа Medicaid доплачивает за вас суммы, которые вы в противном случае должны платить за покрываемое по программе Medicare обслуживание, то платить за обслуживание, покрываемое по программам Часть А и Часть В, вам ничего не нужно. (Примечание: поскольку наши клиенты также включены в программу Medicaid, очень немногие из них достигают этой предельной суммы.)

Программа Medicaid (или Medical Assistance). Совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает некоторым людям с низким доходом и ограниченными финансовыми возможностями оплачивать медицинскую помощь. В разных штатах программы Medicaid называются и работают по-разному, но если вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно, то они покрывают большинство расходов на медицинское обслуживание.

Медицинское показание (Medically Accepted Indication). Применение препарата, одобренное Управлением по надзору за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами или подтвержденное определенными источниками, такими как Фармацевтический справочник для американских больниц (American Hospital Formulary Service) или информационная система Micromedex DRUGDEX.

По медицинским показаниям (Medically Necessary). Обслуживание, принадлежности и лекарства, которые отвечают требованиям медицинских стандартов и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить болезнь.

Программа Medicare. Федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; людей младше 65 лет, имеющих некоторые виды инвалидности; людей в последней стадии почечной недостаточности (требуется проведение диализа или пересадка почки).

Период открытой регистрации в планах Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period). Период с 1 января по 31 марта, когда участники планов Medicare Advantage могут выйти из своего плана и перейти в другой план Medicare Advantage или стать участником программы Original Medicare. Если в этот период вы решите перейти в программу Original Medicare, вы можете также стать участником отдельного фармацевтического страхового плана, действующего по программе Medicare. Период открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage, — это, кроме того, 3 месяца после того, человек впервые получает право на программу Medicare.

План, действующий по программе Medicare Advantage (Medicare Advantage (MA) Plan). Иногда его называют Частью С Medicare. Это план, предлагаемый частной компанией, у которой с программой Medicare заключен договор о предоставлении страхового покрытия медицинских услуг по программам Часть А и Часть В Medicare. План, действующий по программе Medicare Advantage, может быть организацией по управлению медицинской помощью (Health Maintenance Organization, HMO); организацией, сотрудничающей с предпочтительными медиками и учреждениями (Preferred Provider Organization, PPO); частным страховым планом со сделным способом оплаты труда медиков (Private Fee-for-Service, PFFS) или планом, работающим по правилам, позволяющим освобождать от налогов расходы на медицинское обслуживание, и действующим по программе Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Помимо этого, планы HMO и PPO, действующие по программе Medicare Advantage, могут быть планами для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan, SNP), т.е. инвалидов. В большинстве случаев планы, действующие по программе Medicare Advantage, предлагают также фармацевтическую страховку по программе Часть D Medicare (страховое покрытие рецептурных лекарств). Эти планы называются планами по программе Medicare Advantage со страховым покрытием лекарств по рецепту (Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage).

Услуги, покрываемые Medicare (Medicare-covered services). Обслуживание, покрываемое по программам Часть А и Часть В Medicare. Все страховые планы, действующие по программе Medicare, в том числе наш план, должны покрывать все обслуживание, покрываемое по программе Часть А и Часть В Medicare. Этот термин не распространяется на дополнительно покрываемые виды помощи, например проверку и коррекцию зрения и слуха, стоматологию и т. п., хотя их может покрывать план, действующий по программе Medicare Advantage.

Медицинский страховой план по программе Medicare (Medicare Health Plan). Частный медицинский страховой план, предлагаемый компанией, у которой с программой Medicare есть договор, позволяющий этому плану предоставлять своим участникам, включенным в программу Medicare, страховое покрытие обслуживания по программам Часть А и Часть В. Это понятие включает все планы, действующие по программе Medicare Advantage; планы Medicare Cost Plans; экспериментальные и пилотные страховые программы (Demonstration/Pilot Programs); планы для людей, нуждающихся в особом обслуживании (т.е. инвалидов) (Special Needs Plans) и программы комплексной помощи престарелым (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Фармацевтическая страховка по программе Medicare (Medicare Prescription Drug Coverage, или Часть D Medicare). Страховка на лекарства по рецепту, предназначенные для амбулаторного лечения, на прививки, биопрепараты, и некоторые принадлежности, не покрываемые по программам Часть А и Часть В Medicare.

Medigap, полис дополнительного страхования по программе Medicare (Medicare Supplement Insurance Policy) — дополнительная к программе Medicare частная страховка, восполняющая «разрывы» (gap) в страховом покрытии по программе Original Medicare. Полисы Medigap действуют только при наличии программы Original Medicare. (Медицинский страховой план по программе Medicare Advantage не является полисом Medigap.)

Участник нашего плана, или участник плана (Member, Member of our Plan, или Plan Member). Человек, включенный в программу Medicare, у которого есть право получать покрываемые нашим планом услуги, который был включен в наш план и чье включение в наш план было подтверждено Центрами служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Глава 11 Определения важных терминов

Отдел обслуживания участников (Member Services). Отдел нашего плана, который несет ответственность за работу с участниками плана и отвечает на вопросы об их статусе, покрываемых услугах, жалобах и апелляциях.

Сетевая аптека (Network Pharmacy). Аптека, в которой участники нашего плана могут приобретать покрываемые планом лекарства по рецепту. В большинстве случаев мы оплачиваем выданные по рецепту лекарства, только если они выданы одной из сотрудничающих с нами аптек.

Медики и учреждения (Providers). Врачи, другие медики, больницы и другие медицинские учреждения, которые имеют лицензию или сертификат программы Medicare и штата на оказание медицинских услуг.

Медики и учреждения, сотрудничающие с планом (Network providers). Медики и учреждения, имеющие с нашим планом договор, по которому такой медик или учреждение принимает оплату своего труда по нашему плану в качестве полной оплаты; в некоторых случаях такие медики и учреждения не только оказывают участникам плана медицинскую помощь, но, кроме того, координируют покрываемое медицинское обслуживание. В русском переводе их иногда называют «сетевые поставщики плана» и «поставщики плана».

Страховое покрытие. Решение нашего плана о страховом покрытии, т. е. о том, будет ли он покрывать обслуживание или сколько за такое обслуживание будете платить вы. В английском тексте справочника решение о страховом покрытии иногда называются «Organization determinations».

Оригинальный биологический препарат (Original Biological Product). Биологический препарат, одобренный Управлением по надзору за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA) и используемый производителями биоаналогов для сравнения. Его еще называют «эталонным биопрепаратом» (reference product).

Программа Original Medicare, или традиционная программа Medicare (Traditional Medicare), или программа Medicare со сдельным способом оплаты (Fee-for-service Medicare). Программу Original Medicare предлагает государство, а не частные программы медицинского страхования наподобие планов Medicare Advantage и страховых планов, покрывающих рецептурные лекарства. В рамках программы Original Medicare обслуживание, покрываемое Medicare, оплачивается посредством оплаты услуг врачей, больниц и других поставщиков медицинских услуг по расценкам, установленным Конгрессом. Вы можете обращаться к любому врачу и к любому другому медику, в любую больницу и в любое другое медицинское учреждение, если такой медик или такое учреждение принимает оплату по программе Medicare. Вы должны платить безусловную франшизу. Программа Medicare платит ту часть стоимости обслуживания, которая установлена самой же программой Medicare, а вы платите свою часть. Программа Original Medicare состоит из двух частей: Часть А (покрытие больничного обслуживания) и Часть В (медицинская страховка). Программа Original Medicare действует на всей территории США.

Внесетевая аптека (Out-of-Network Pharmacy). Аптека, у которой нет с нашим планом договора о предоставлении участникам нашего плана покрываемых планом лекарств. Обычно мы не оплачиваем лекарства, приобретенные в аптеках, которые с нами не сотрудничают. Исключения возможны только при определенных условиях.

Внесетевой поставщик медицинских услуг (Out-of-network provider) или внесетевое учреждение (Out-of-network facility). Медик или медицинское учреждение, с которым у нас нет договора о координации и предоставлении помощи участникам нашего плана. Эти медики и учреждения не работают в нашем плане, наш план ими не владеет и не управляет.

Глава 11 Определения важных терминов

Расходы самого участника плана (Out-of-Pocket Costs). См. определение для термина «участие в оплате» (cost sharing). Участник плана несет часть расходов на покрываемое обслуживание и лекарства.

Порог собственных расходов (Out-of-Pocket Threshold). Максимальная сумма, которую вы платите из своего кармана за лекарства по условиям программы Часть D.

План PACE. План по программе комплексной помощи престарелым (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). План предоставляет комплексную медицинскую, социальную и длительную помощь физически слабым людям. Эта помощь помогает таким людям сохранять независимость и жить дома (вместо того чтобы переезжать в центр сестринского ухода). Помощь предоставляется как можно дольше. Участники плана, действующего по программе PACE, получают страховое покрытие обслуживания по программам Medicare и Medicaid через этот свой план.

Часть C (Part C). См. «План, действующий по программе Medicare Advantage» (Medicare Advantage (MA) Plan).

Часть D (Part D). Добровольная страховая программа, покрывающая лекарства по рецепту; действует по программе Medicare.

Лекарства, покрываемые по программе Часть D (Part D Drugs). Лекарства, страховое покрытие которых предоставляется по программе Часть D. Мы можем предоставлять страховое покрытие всех или некоторых лекарств, покрываемых по программе Часть D. Определенные группы лекарств были исключены Конгрессом из страхового покрытия по программе Часть D. Определенные группы лекарств, покрываемые по программе Часть D, должны покрывать все планы.

Штраф за позднее включение в план, покрывающий лекарства по программе Часть D (Part D Late Enrollment Penalty). Сумма, которую добавляют к ежемесячному страховому взносу страховки на лекарства по программе Medicare, если у вас не было учитываемой (creditable) фармацевтической страховки (страховка, которая в среднем платит за лекарства не меньше, чем стандартная страховка на лекарства по программе Medicare) в течение не менее 63 дней подряд после того, как вы получили право пользоваться страховкой по программе Часть D. В случае утраты права на Extra Help (Дополнительную помощь) вам, возможно, придется платить штраф за позднее включение в страховку, если вы провели не менее 63 дней подряд без страховки, покрывающей лекарства по рецепту по программе Часть D, или другой учитываемой (creditable) страховки на лекарства.

Страховой взнос (Premium). Стоимость страховки, сумма, которую вы периодически платите программе Medicare, страховой компании или плану за страховое покрытие медицинской помощи и/или лекарств по рецепту.

Основной врач (Primary Care Provide, PCP). Врач или другой медик или учреждение, который лечит вас от большинства болезней. Во многих планах, действующих по программе Medicare, вы должны получить направление своего основного врача, прежде чем обращаться к любому другому медику.

Разрешение плана (Prior Authorization). Разрешение, которое нужно получать у плана, прежде чем пользоваться определенными видами помощи и приобретать определенные лекарства. Покрываемое обслуживание, на которое нужно предварительно получать разрешение плана, отмечены в Таблице покрываемого обслуживания, приведенной в главе 4. Покрываемые лекарства, на которые требуется предварительное разрешение, отмечены в Фармакологическом справочнике, а наши критерии опубликованы на нашем веб-сайте.

Глава 11 Определения важных терминов

Протезы и ортопедические изделия (ортезы). Ортезы для рук, спины и шеи; шины; искусственные конечности; искусственные глаза; устройства, необходимые для замещения внутренних органов или компенсации их функции, включая расходные материалы для ухода за стомой и энтеральное и парентеральное питание.

Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO). Группа практикующих врачей и других специалистов-медиков. Их работа оплачивается федеральным правительством. Они проверяют качество помощи людям, включенным в программу Medicare, и способствуют повышению качества.

Количественные ограничения. Ограничения на применение определенных лекарств. Это делается с целью обеспечить качество лечения и безопасность пациента и сократить расходы плана. Ограничения могут распространяться, например, на количество лекарства, которое мы покрываем за определенный период времени.

Инструмент поиска услуг в режиме реального времени (Real Time Benefit Tool). Веб-портал или компьютерное приложение, в котором участники программы могут найти полную, точную, своевременную, соответствующую клиническим условиям информацию о покрываемых лекарствах и услугах для конкретного участника программы. Сюда входят: доли стоимости в расходах на лекарства, которые платите вы; лекарства, альтернативные назначенному, то есть те, что могут использоваться для лечения того же заболевания; ограничения на покрытие (необходимость заранее получать разрешение, поэтапное лечение, количественные ограничения), которые применяются к альтернативным лекарствам.

Реабилитация (Rehabilitation Services). Физиотерапия, трудотерапия (восстановление утраченных двигательных навыков), речевая и языковая терапия.

Зона обслуживания (Service Area). Территория, где вы должны жить, чтобы стать участником конкретного медицинского страхового плана. В случае планов, которые требуют от своих участников обращаться только к определенным врачам и в определенные больницы, зона обслуживания обычно совпадает с зоной, в пределах которой вы получаете обычную (не экстренную) помощь. План может исключить вас из числа своих участников, если вы переезжаете на постоянное место жительства, расположенное за пределами зоны обслуживания плана.

Центр квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF). Учреждение, в котором непрерывно и ежедневно оказывают квалифицированную сестринскую и реабилитационную помощь. Примеры такой помощи: физиотерапия или внутривенные инъекции, которые может делать только дипломированная медицинская сестра или врач.

План для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan). Особый тип планов, действующих по программе Medicare Advantage. Такой план покрывает обслуживание, которое в большей мере ориентировано на особые группы пациентов. Это могут быть люди, имеющие одновременно программы Medicare и Medicaid; те, кто находится в центре сестринского ухода; больные определенными хроническими заболеваниями.

Поэтапное лечение (Step Therapy). Способ оптимизации предоставления страхового покрытия лекарств. При поэтапном лечении участник плана должен сначала попробовать лечиться другим лекарством, прежде чем мы начнем покрывать изначально назначенный врачом препарат.

Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI). Ежемесячное пособие, выплачиваемое Службой социального обеспечения (Social Security) людям с ограниченными доходами и

Глава 11 Определения важных терминов

ресурсами, которые относятся к одной из следующих категорий: инвалиды; слепые; люди, которым уже исполнилось 65 лет. Дополнительный социальный доход (SSI) не равнозначен другим пособиям, выплачиваемым Службой социального обеспечения.

Услуги неотложного характера (Urgently Needed Services). Покрываемые планом услуги, требующие незамедлительной медицинской помощи, но не являющиеся экстренными, считаются услугами неотложной помощи, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана либо с учетом вашего времени, места и обстоятельств получать эти услуги у сетевых поставщиков, с которыми у плана есть договор, нецелесообразно. Примерами услуг неотложного характера являются непредвиденные заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. В то же время медицинскими услугами неотложного характера не считаются плановые визиты к врачу, такие как ежегодные осмотры, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

Услуги языковой помощи Medicare



Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-671-0440. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-833-671-0440 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-833-671-0440 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-671-0440. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Bengali:

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে দোভাষীর পরামর্শ রয়েছে। কোনও দোভাষী পতে, আমাদের 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কউে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরামর্শ।

Yiddish:

מיר האבן פריי יבערזעצער בא דינונגס צו ענטפערן א לעפראגן וואס איר קען האבן וועגן אונדזער געזונט אדער מעדיצין פלאן. צו באקומען אן יבערזעצער, נאר רופן אונדז אויף 1-833-671-0440. איינער וואס רעדט יידיש קען דיר העלפן. דאס איז א פריי סערוויס.

Urdu:

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Greek:

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνείας, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.



Отдел обслуживания участников плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Как связаться	Отдел обслуживания участников — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(833) 671-0440 Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному времени. Отдел обслуживания участников также предоставляет бесплатные услуги переводчика людям, которые не говорят по-английски.
ТТУ	711 Для звонков по этому номеру нужен специальный телефон. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному времени.
ФАКС	(310) 507-6186
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
ВЕБ-САЙТ	SWHNY.com

Программа Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (программа SHIP штата New York) — это программа штата, получающая федеральное финансирование. Ее сотрудники бесплатно консультируют людей, включенных в программу Medicare, по вопросам медицинского страхования.

Как связаться	Контактная информация
ТЕЛЕФОН	(800) 701-0501 . Линия работает с понедельника по пятницу, с 8:30 до 17:00 по местному времени.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
ВЕБ-САЙТ	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Заявление о раскрытии информации в соответствии с законом PRA. Согласно закону «О сокращении бумажного документооборота» (Paperwork Reduction Act, PRA) 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос о сборе информации, если на нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (Office of Management and Budget, OMB). Действующий контрольный номер управления OMB для сбора этой информации — 0938-1051. С комментариями и

предложениями относительно улучшения этой формы просим обращаться по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland