

2025

Dëshmia e mbulimit

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

New York H5992-007

Hyn në fuqi nga 1 janari deri më 31 dhjetor 2025

1 janar - 31 dhjetor 2025

Dëshmia e mbulimit:

Përfitimet dhe shërbimet tuaja shëndetësore të Medicare dhe mbulimi i barnave me receta si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Ky dokument ju jep detaje në lidhje me kujdesin tuaj shëndetësor Medicare dhe Medicaid, kujdesin shërbimet në shtëpi dhe në komunitet dhe mbulimin e barnave me receta nga 1 janari deri më 31 dhjetor 2025. **Ky është një dokument i rëndësishëm ligjor. Ju lutemi mbajeni në një vend të sigurt.**

Për pyetje rreth këtij dokumenti, ju lutemi kontaktoni Member Services në (833) 671-0440. (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711). Orari është 1 tetor - 31 mars, nga ora 08:00 - 20:00 me orën lokale, 7 ditë në javë. Nga 1 prill - 30 shtator, e hënë - e premte, nga ora 08:00 - 20:00 me orën lokale. Kjo telefonatë është falas.

Ky plan, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ofrohet nga Senior Whole Health of New York, Inc. (Kur kjo Dëshmi e Mbulimit thotë “ne”, “neve” ose “jonë”, nënkupton Senior Whole Health of New York, Inc. Kur thotë “plani” ose “plani ynë”, nënkupton Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Ky dokument është i disponueshëm falas në gjuhën spanjolle, kineze, arabe, koreane, ruse, italiane, frënge, frënge kreole, jidishte, polake, tagaloge, bengalishte, shqipe, greke dhe urduishte.

Mund ta merrni këtë dokument falas në gjuhë të tjera veç anglishtes ose formate të tjera, si për shembull në format me shkronja të mëdha, në brail ose në audio. Telefononi në (833) 671-0440, (TTY: 711). Telefonata është falas.

Përfitimet mund të ndryshojnë më 1 janar 2026.

Formulari, rrjeti i farmacie dhe/ose rrjeti i ofruesve mund të ndryshojnë në çdo kohë. Ju do të merrni njoftim kur është e nevojshme. Ne do t'i njoftojmë të regjistruarit e prekur për ndryshimet të paktën 30 ditë përpara.

Molina Healthcare është një plan C-SNP, D-SNP dhe HMO me një kontratë Medicare. Planet D-SNP kanë një kontratë me programin shtetëror Medicaid. Regjistrimi varet nga rinovimi i kontratës.

Ky dokument shpjegon përfitimet dhe të drejtat tuaja. Përdoreni këtë dokument për të kuptuar për:

- Primin e planit tuaj dhe ndarjen e kostos;
- Përfitimet e barnave tuaja mjekësore dhe me receta;
- Si të bëni një ankesë nëse nuk jeni i kënaqur me një shërbim ose trajtim;
- Si të na kontaktoni nëse keni nevojë për ndihmë të mëtejshme; dhe,
- Mbrojtje të tjera të kërkuara nga ligji i Medicare.

H5992_25_007_NYEOC_C

Tabela e përmbajtjes**2025 Dëshmia e mbulimit****Tabela e përmbajtjes**

KAPITULLI 1:	<i>Si të filloni si anëtar</i>	4
SEKSIONI 1	Hyrje	5
SEKSIONI 2	Çfarë ju bën të kualifikuar për të qenë anëtar i planit?	6
SEKSIONI 3	Materialet e rëndësishme të anëtarësimit që do të merrni	8
SEKSIONI 4	Kostot tuaja mujore për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	10
SEKSIONI 5	Më shumë informacion rreth primit tuaj mujor	12
SEKSIONI 6	Mbajtja e të dhënave të anëtarësimit në planin tuaj të përditësuar	13
SEKSIONI 7	Si funksionon sigurimi tjetër me planin tonë	13
KAPITULLI 2:	<i>Numra telefoni dhe burime të rëndësishme</i>	15
SEKSIONI 1	Kontaktet e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (si të na kontaktoni, duke përfshirë mënyrën e kontaktimit të Shërbimeve të Anëtarëve)	16
SEKSIONI 2	Medicare (si të merrni ndihmë dhe informacion direkt nga programi federal i Medicare)	20
SEKSIONI 3	State Health Insurance Assistance Program (ndihmë, informacion dhe përgjigje falas për pyetjet tuaja rreth Medicare)	21
SEKSIONI 4	Quality Improvement Organization	22
SEKSIONI 5	Social Security	23
SEKSIONI 6	Medicaid	24
SEKSIONI 7	Informacion rreth programeve për të ndihmuar personat të paguajnë për barnat e tyre me recetë	27
SEKSIONI 8	Si të kontaktoni Railroad Retirement Board	28
SEKSIONI 9	A keni sigurim në grup ose sigurime të tjera shëndetësore nga një punëdhënës?	28
KAPITULLI 3:	<i>Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara</i>	30
SEKSIONI 1	Gjërat që duhet të dini për marrjen e kujdesit tuaj mjekësor dhe shërbimeve të tjera si anëtar i planit tonë	31
SEKSIONI 2	Përdorni ofruesit në rrjetin e planit për të marrë kujdesin tuaj mjekësor dhe shërbime të tjera	32
SEKSIONI 3	Si të merrni shërbime kur keni nevojë emergjente ose urgjente për kujdes ose gjatë një fatkeqësie	35
SEKSIONI 4	Po nëse faturoheni drejtpërdrejt për koston e plotë të shërbimeve tuaja?	38
SEKSIONI 5	Si mbulohen shërbimet tuaja mjekësore kur jeni në një studim kërkimor klinik?	38
SEKSIONI 6	Rregullat për marrjen e kujdesit në një institucion fetar të kujdesit shëndetësor jo-mjekësor	40
SEKSIONI 7	Rregullat për pronësinë e pajisjeve mjekësore të qëndrueshme	41

Tabela e përmbajtjes

KAPITULLI 4:	<i>Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)</i>	43
SEKSIONI 1	Kuptimi i shërbimeve të mbuluara	44
SEKSIONI 2	Përdorni <i>grafikun e përfitimeve mjekësore</i> për të mësuar se çfarë mbulohet	44
SEKSIONI 3	Cilat shërbime mbulohen jashtë Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?	90
SEKSIONI 4	Cilat shërbime nuk mbulohen nga plani?	91
KAPITULLI 5:	<i>Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me receta të Part D</i>	94
SEKSIONI 1	Hyrje	95
SEKSIONI 2	Merrni barnat e recetës suaj në një farmaci të rrjetit ose nëpërmjet shërbimit të porosisë me postë të planit	95
SEKSIONI 3	Barnat tuaja duhet të jenë në “Listën e barnave” të planit	98
SEKSIONI 4	Ka kufizime në mbulimin për disa barna	99
SEKSIONI 5	Po sikur një nga barnat tuaja të mos mbulohet ashtu siç dëshironi të mbulohet?	100
SEKSIONI 6	Po nëse mbulimi juaj ndryshon për një nga barnat tuaja?	102
SEKSIONI 7	Cilat lloje të barnave <i>nuk</i> mbulohen nga plani?	104
SEKSIONI 8	Marrja e barnave të një recete	105
SEKSIONI 9	Mbulimi i barnave të Part D në situata të veçanta	105
SEKSIONI 10	Programet për sigurinë e barnave dhe menaxhimin e medikamenteve	107
SEKSIONI 11	Ne ju dërgojmë raporte që shpjegojnë pagesat për barnat tuaja dhe në cilën fazë pagese jeni	108
KAPITULLI 6:	<i>Na kërkoni të paguajmë një faturë që keni marrë për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara</i>	111
SEKSIONI 1	Situatat në të cilat duhet të na kërkoni të paguajmë për shërbimet ose barnat tuaja të mbuluara	112
SEKSIONI 2	Si të na kërkoni t’ju rimbursojmë, ose të paguajmë një faturë që keni marrë	113
SEKSIONI 3	Ne do të shqyrtojmë kërkesën tuaj për pagesë dhe do të themi “po” ose “jo”	114
KAPITULLI 7:	<i>Të drejtat dhe përgjegjësitë tua</i>	116
SEKSIONI 1	Plani ynë duhet të respektojë të drejtat dhe ndjeshmëritë tua kulturore si anëtar i planit	117
SEKSIONI 2	Ju keni disa përgjegjësi si anëtar i planit	136
KAPITULLI 8:	<i>Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)</i>	137
SEKSIONI 1	Hyrje	138
SEKSIONI 2	Ku mund të merrni më shumë informacion dhe ndihmë të personalizuar	138
SEKSIONI 3	Si të kuptoni ankesat dhe apelimet e Medicare dhe Medicaid në planin tonë	141
SEKSIONI 4	Vendimet e mbulimit dhe ankesat	141
SEKSIONI 5	Një udhëzues për bazat e vendimeve të mbulimit dhe apelimeve	142

Tabela e përmbajtjes

SEKSIONI 6	Kujdesi juaj mjekësor: Si të kërkonit një vendim mbulimi ose të apeloni një vendim mbulimi	144
SEKSIONI 7	Barnat tuaja me recetë të Medicare Part D: Si të kërkonit një vendim mbulimi ose të bëni një apelim	153
SEKSIONI 8	Si të na kërkonit të mbulojmë një qëndrim më të gjatë në spital nëse mendoni se po dilni shumë shpejt	160
SEKSIONI 9	Si të na kërkonit që të vazhdojmë të mbulojmë disa shërbime mjekësore nëse mendoni se mbulimi juaj po përfundon shumë shpejt	164
SEKSIONI 10	Duke e çuar apelimin tuaj në Nivelin 3 dhe më tej	168
SEKSIONI 11	Si të bëni një ankesë për cilësinë e kujdesit, kohën e pritjes, shërbimin ndaj klientit ose shqetësime të tjera	170
KAPITULLI 9:	<i>Përfundimi i anëtarësimit tuaj në plan</i>	173
SEKSIONI 1	Hyrje për përfundimin e anëtarësimit tuaj në planin tonë	174
SEKSIONI 2	Kur mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë?	174
SEKSIONI 3	Si ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë?	177
SEKSIONI 4	Derisa anëtarësimi juaj të përfundojë, ju duhet të vazhdoni të merrni artikujt, shërbimet dhe barnat tuaja mjekësore përmes planit tonë	178
SEKSIONI 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet ta përfundojë anëtarësimin tuaj në plan në situata të caktuara	178
KAPITULLI 10:	<i>Njoftime ligjore</i>	180
SEKSIONI 1	Njoftim për ligjin në fuqi	181
SEKSIONI 2	Njoftim për mosdiskriminimin	181
SEKSIONI 3	Njoftim për të drejtat e zëvendësimit të Paguesit Sekondar të Medicare	181
KAPITULLI 11:	<i>Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme</i>	182

KAPITULLI 1:

Si të filloni si anëtar

SEKSIONI 1 Hyrje

Seksioni 1.1	Ju jeni regjistruar në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), i cili është një plan specializuar i Medicare Advantage (Special Needs Plan)
---------------------	---

Ju mbuloheni si nga Medicare ashtu edhe nga Medicaid:

- **Medicare** është programi federal i sigurimeve shëndetësore për personat 65 vjeç e lart, disa persona nën moshën 65 vjeç me aftësi të kufizuara të caktuara dhe personat me sëmundje renale në fazën terminale (insuficiencë renale).
- **Medicaid** është një program i përbashkët i qeverisë federale dhe shtetërore që ndihmon me kostot mjekësore për disa persona me të ardhura dhe burime të kufizuara. Mbulimi i Medicaid ndryshon në varësi të shtetit dhe llojit të Medicaid që keni. Disa persona me Medicaid marrin ndihmë për të paguar primet e tyre të Medicare dhe kostot e tjera. Persona të tjerë gjithashtu marrin mbulim për shërbime dhe barna shtesë që nuk mbulohen nga Medicare.

Ju keni zgjedhur të merrni kujdesin tuaj shëndetësor Medicare dhe Medicaid dhe mbulimin tuaj të barnave me recetë nëpërmjet planit tonë, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Neve na kërkohet të mbulojmë të gjitha shërbimet e Part A dhe B. Megjithatë, ndarja e kostos dhe aksesit i ofruesit në këtë plan ndryshojnë nga Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) është një plan i specializuar i Medicare Advantage (një plan Medicare Special Needs), që do të thotë se përfitimet e tij janë të projektuara për personat me nevoja të veçanta të kujdesit shëndetësor. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) është krijuar për personat që kanë Medicare dhe që kanë gjithashtu të drejtën për ndihmë nga Medicaid.

Për shkak se ju merrni ndihmë nga Medicaid me ndarjen e kostos së Medicare Part A dhe B (shumat e zbritshme, pagesat “copayment” dhe “coinsurance”), ju nuk mund të paguani asgjë për shërbimet tuaja të kujdesit shëndetësor të Medicare. Medicaid ju ofron gjithashtu përfitime të tjera duke mbuluar shërbimet e kujdesit shëndetësor, si p.sh. shërbimet e kujdesit afatgjatë në shtëpi dhe shërbimet e bazuara në komunitet që zakonisht nuk mbulohen nga Medicare. Do të merrni gjithashtu “Extra Help” nga Medicare për të paguar kostot e barnave tuaja me recetë të Medicare. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do të ndihmojë në menaxhimin e të gjitha këtyre përfitimeve për ju, në mënyrë që të merrni shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe ndihmën për pagesa që ju takon.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) drejtohet nga një kompani private. Ashtu si të gjitha planet Medicare Advantage, ky plan Medicare Special Needs miratohet nga Medicare. Plani ka gjithashtu një kontratë me programin Medicaid të New York për të koordinuar përfitimet tuaja të Medicaid. Ne kemi kënaqësinë t’ju ofrojmë mbulimin tuaj të kujdesit shëndetësor Medicare dhe Medicaid, duke përfshirë mbulimin tuaj të barnave me recetë.

Mbulimi sipas këtij plani kualifikohet si Mbulim Shëndetësor i Kualifikuar (QHC) dhe plotëson kërkesat e përgjegjësisë së përbashkët individuale të Ligjit të Kujdesit të Përbalueshëm (Affordable Care Act - ACA). Ju lutemi vizitoni faqen e internetit të Internal Revenue Service (IRS) në www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families për më shumë informacion.

Kapitulli 1 Si të filloni si anëtar**Seksioni 1.2 Për çfarë është dokumenti *Dëshmia e mbulimit*?**

Ky dokument i *Dëshmisë së mbulimit* ju tregon se si të merrni kujdesin tuaj mjekësor të Medicare dhe Medicaid, kujdesin afatgjatë dhe shërbimet e bazuara në shtëpi dhe në komunitet dhe barnat me recetë. Ai shpjegon të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja, çfarë mbulohet, çfarë paguani si anëtar i planit dhe si të paraqisni një ankesë nëse nuk jeni i kënaqur me një vendim ose trajtim.

Fjalët *mbulim* dhe *shërbime të mbuluara* i referohen kujdesit mjekësor ndaj kujdesit afatgjatë dhe shërbimeve të bazuara në shtëpi dhe në komunitet dhe barnave me recetë të disponueshme për ju si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Është e rëndësishme që ju të mësoni se cilat janë rregullat e planit dhe cilat shërbime janë në dispozicion për ju. Ne ju inkurajojmë të lini pak kohë për të shqyrtuar këtë dokument *Dëshmi të mbulimit*.

Nëse jeni konfuz, i shqetësuar ose thjesht keni një pyetje, ju lutemi kontaktoni Member Services.

Seksioni 1.3 Informacion ligjor mbi *Dëshminë e mbulimit*

Kjo *Dëshmi e mbulimit* është pjesë e kontratës sonë me ju për mënyrën se si Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mbulon kujdesin tuaj. Pjesë të tjera të kësaj kontrate përfshijnë formularin tuaj të regjistrimit, “Listën e barnave të mbuluara (formulari)” dhe çdo njoftim që merrni nga ne në lidhje me ndryshimet në mbulimin tuaj ose kushtet që ndikojnë në mbulimin tuaj. Këto njoftime nganjëherë quhen shtojca ose ndryshime.

Kontrata është në fuqi për muajt në të cilët jeni i regjistruar në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) midis 1 janarit 2025 dhe 31 dhjetorit 2025.

Çdo vit kalendarik, Medicare na lejon të bëjmë ndryshime në planet që ofrojmë. Kjo do të thotë se ne mund të ndryshojmë kostot dhe përfitimet e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pas 31 dhjetorit 2025. Ne gjithashtu mund të zgjedhim të ndalojmë ofrimin e planit në zonën tuaj të shërbimit ose ta ofrojmë atë në një zonë tjetër shërbimi, pas 31 dhjetorit 2025.

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) duhet të miratojnë Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) çdo vit. Ju mund të vazhdoni çdo vit të merrni mbulimin me Medicare si një anëtar i planit tonë për sa kohë që ne zgjedhim të vazhdojmë të ofrojmë planin dhe Medicare rinovon miratimin e planit.

SEKSIONI 2 Çfarë ju bën të kualifikuar për të qenë anëtar i planit?**Seksioni 2.1 Kërkesat tuaja të kualifikimit**

Ju keni të drejtë për anëtarësim në planin tonë për sa kohë që:

- Keni si Medicare Part A ashtu edhe Medicare Part B
- -- dhe -- Jetoni në zonën tonë të shërbimit gjeografik (Seksioni 2.3 më poshtë përshkruan zonën tonë të shërbimit). Individët e burgosur nuk konsiderohen të jetojnë në zonën e shërbimit gjeografik edhe nëse ndodhen fizikisht në të.
- -- dhe -- Jeni shtetas i Shteteve të Bashkuara ose jeni i pranishëm ligjërish në Shtetet e Bashkuara
- -- dhe -- Plotësoni kërkesat speciale të kualifikimit të përshkruara më poshtë.

Kapitulli 1 Si të filloni si anëtar**Kërkesa të veçanta të kualifikimit për planin tonë**

Plani ynë është krijuar për të përmbushur nevojat e personave që marrin përfitime të caktuara të Medicaid. (Medicaid është një program i përbashkët i qeverisë federale dhe shtetërore që ndihmon me kostot mjekësore për disa persona me të ardhura dhe burime të kufizuara.) Për t'u kualifikuar për planin tonë, duhet të kualifikoheni për përfitimet e Medicare dhe Full Medicaid.

Ju lutemi vini re: Nëse e humbisni kualifikimin tuaj, por në mënyrë të arsyeshme mund të pritët që ta rifitoni kualifikimin brenda 6 muajve, atëherë ju keni ende të drejtën për anëtarësim në planin tonë (Kapitulli 4, Seksioni 2.1 ju tregon për mbulimin dhe ndarjen e kostos gjatë një periudhe që mendohet të vazhdojë kualifikimin).

Kërkesa shtesë të kualifikimit për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Përveç kërkesave të mësipërme, programi Senior Whole Health of New York NHC është një program vullnetar i krijuar posaçërisht për personat që kanë Medicare dhe Medicaid dhe që kanë nevojë për shërbime të koordinuara mjekësore për të jetuar të sigurt në shtëpitë dhe komunitetet e tyre. Aplikohen kualifikimet mjekësore dhe rregullat e autorizimit.

Ju keni të drejtë të bashkoheni me programin Senior Whole Health of New York NHC nëse mbuloheni nga Medicare dhe Medicaid dhe jeni:

1. I kualifikuar nga pikëpamja mjekësore për nivelin e kujdesit në institucione të perkujdesjes, që nga momenti i regjistrimit;
2. I aftë në momentin e regjistrimit, kthimit ose qëndrimit në shtëpinë dhe komunitetin tuaj pa rrezikuar shëndetin dhe sigurinë tuaj;
3. Vlerësohet se kërkonit të paktën një nga shërbimet e mëposhtme të kujdesit afatgjatë të bazuar në komunitet dhe menaxhimin e kujdesit për më shumë se 120 ditë nga data në fuqi e regjistrimit
 - a. Shërbimet e infermierisë në shtëpi
 - b. Terapitë në shtëpi
 - c. Shërbimet e ndihmës shëndetësore në shtëpi
 - d. Shërbimet e kujdesit personal në shtëpi
 - e. Kujdesi shëndetësor ditor për të rriturit
 - f. Infermiera private
 - g. Shërbimet e asistencës personale të drejtuara nga konsumatori dhe
4. Përcaktuar nga zyra e New York City Human Resources Administration Medicaid (HRA) të New York City ose Local Department of Social Services (LDSS) që të kualifikohen për përfitime sipas programit Medicaid.

Seksioni 2.2 Çfarë është Medicaid?

Medicaid është një program i përbashkët i qeverisë federale dhe shtetërore që ndihmon me kostot mjekësore dhe kujdesin afatgjatë për disa persona që kanë të ardhura dhe burime të kufizuara. Secili shtet vendos se çfarë llogariten si të ardhura dhe burime, kush ka të drejtë, cilat shërbime mbulohen dhe koston e shërbimeve. Shtetet gjithashtu mund të vendosin se si të drejtojnë programin e tyre për sa kohë që ata ndjekin udhëzimet federale.

Përveç kësaj, ka programe të ofruara përmes Medicaid që i ndihmojnë personat me Medicare të paguajnë kostot e tyre të Medicare, të tilla si primet e tyre të Medicare. Këto “Programe të kursimeve me Medicare” ndihmojnë personat me të ardhura dhe burime të kufizuara të kursejnë para çdo vit:

Kapitulli 1 Si të filloni si anëtar

- **Përfitimi i plotë i dyfishtë i pranueshëm (FBDE):** Një individ që ka të drejtë për Medicare, nuk plotëson kriteret e të ardhurave ose burimeve për QMB+ ose SLMB+, por ka të drejtë për mbulim të plotë me Medicaid qoftë kategorikisht ose përmes grupeve të mbulimit opsional bazuar në statusin e nevojës mjekësore, niveleve të veçanta të të ardhurave për individët e institucionalizuar ose përjashtimeve me bazë në shtëpi dhe komunitet.
- **Përfitues i kualifikuar i Medicare (QMB+):** Ndhmon në pagesën e primeve të Part A dhe Part B të Medicare, dhe ndarjeve të tjera të kostos (si shumat e zbritshme, “coinsurance” dhe “copayments”). Këta individë kanë gjithashtu të drejtë për përfitime të plota të Medicaid.

Seksioni 2.3	Këtu është zona e shërbimit të planit për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)
---------------------	--

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) është në dispozicion vetëm për individët që jetojnë në zonën e shërbimit të planit tonë. Për të mbetur anëtar i planit tonë, duhet të vazhdoni të banoni në zonën e shërbimit të planit. Zona e shërbimit është përshkruar më poshtë.

Zona jonë e shërbimit përfshin kontetë e mëposhtme në New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland dhe Westchester.

Nëse planifikoni të transferoheni në një shtet të ri, duhet të kontaktoni gjithashtu zyrën e Medicaid të shtetit tuaj dhe të pyesni se si ky transferim do të ndikojë në përfitimet tuaja të Medicaid. Numrat e telefonit për Medicaid janë në Kapitullin 2, Seksioni 6 i këtij dokumenti.

Nëse planifikoni të largoheni nga zona e shërbimit, nuk mund të mbeten anëtar i këtij plani. Ju lutemi, kontaktoni me Member Services për të parë nëse kemi një plan në zonën tuaj të re. Kur të transferoheni, do të keni një periudhë të veçantë regjistrimi që do t'ju lejojë të kaloni në Original Medicare ose të regjistroheni në një plan shëndetësor ose barnash të Medicare që është i disponueshëm në vendndodhjen tuaj të re.

Është gjithashtu e rëndësishme që të telefononi Social Security nëse transferoheni ose ndryshoni adresën tuaj të postës. Numrat e telefonit dhe informacionet e kontaktit për Social Security mund t'i gjeni në Kapitullin 2, Seksioni 5.

Seksioni 2.4	Shtetas amerikan ose me prani të ligjshme
---------------------	--

Një anëtar i një plani shëndetësor të Medicare duhet të jetë shtetas i SHBA ose i pranishëm ligjërisht në Shtetet e Bashkuara. Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) do të njoftojë Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nëse nuk keni të drejtë të mbeten anëtar mbi këtë bazë. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet t'ju çregjistrojë nëse nuk e përmbushni këtë kërkesë.

SEKSIONI 3 Materialet e rëndësishme të anëtarësimit që do të merrni

Seksioni 3.1	Karta juaj e anëtarësimit në plan
---------------------	--

Ndërsa jeni anëtar i planit tonë, duhet të përdorni kartën tuaj të anëtarësimit sa herë që merrni shërbime të mbuluara nga ky plan dhe për barnat me recetë që merrni në farmacitë e rrjetit. Ju gjithashtu duhet t'i tregoni ofruesit kartën tuaj të Medicaid. Këtu keni një shembull të kartës së anëtarësimit për t'ju treguar se si do të duket e juaja:

Kapitulli 1 Si të filloni si anëtar

 Senior Whole Health BY MOLINA HEALTHCARE		Medicare	
LOB Member: Your Name Member #: MemID		MedicareRx Prescription Drug Coverage ContNum	
PCP: PCPNAM PCP Tel: xxx-xxx-xxxx		RxBIN: RxBIN RxPCN: RXPCN RxGRP: RXGROUP RxD: MemID	
Issued Date: ISSUDAT		Website	

Member Services: xxx-xxx-xxxx 24-Hour Nurse Advice Line in English: xxx-xxx-xxxx or TTY: 711 24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: xxx-xxx-xxxx	Providers/Hospitals: For prior authorization, eligibility and general information, please call Member Services (see above).
Submit Claims To:	Medical/Hospital: PO Box 22811, Long Beach, CA 90801 Please call Member Services (see above).
Pharmacy: 7050 Union Park Center, Suite 200, Midvale, UT 84047 Please call Member Services (see above).	Website

MOS e përdorni kartën tuaj Medicare të kuqe, të bardhë dhe blu për shërbimet mjekësore të mbuluara ndërsa jeni anëtar i këtij plani. Nëse përdorni kartën tuaj Medicare në vend të kartës së anëtarësimit të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), mund t'ju duhet të paguani vetë koston e plotë të shërbimeve mjekësore. Mbajeni kartën tuaj Medicare në një vend të sigurt. Mund t'ju kërkohet ta tregoni nëse keni nevojë për shërbime spitalore, shërbime për pacientët terminalë ose merrni pjesë në studime kërkimore klinike të miratuara nga Medicare të quajtura gjithashtu edhe prova klinike.

Nëse karta juaj e anëtarësimit në plan dëmtohet, humb ose vidhet, telefononi menjëherë Member Services dhe ne do t'ju dërgojmë një kartë të re.

Seksioni 3.2 **Direktoria e ofruesve/farmacive**

Direktoria e ofruesve/farmacive SWHNY.com liston ofruesit tanë aktualë të rrjetit dhe furnizuesit e pajisjeve mjekësore të qëndrueshme.

Ofruesit e rrjetit janë mjekët dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor, grupet mjekësore, furnizuesit e pajisjeve mjekësore të qëndrueshme, spitalet dhe institucionet e tjera të kujdesit shëndetësor që kanë një marrëveshje me ne për të pranuar pagesën tonë dhe çdo ndarje të koston së planit si pagesë të plotë.

Farmacitë e rrjetit janë të gjitha farmacitë që kanë rënë dakord të japin barna për recetat e mbuluara për anëtarët e planit tonë. Ju mund të përdorni *Direktorinë e ofruesve/farmacive* për të gjetur farmacinë e rrjetit që dëshironi të përdorni. Shihni Kapitullin 5, Seksionin 2.5 për informacion se kur mund të përdorni farmacitë që nuk janë në rrjetin e planit.

Ju duhet të përdorni ofruesit e rrjetit për të marrë kujdesin dhe shërbimet tuaja mjekësore. Nëse shkoni diku tjetër pa autorizimin e duhur, do t'ju duhet të paguani plotësisht. Përgjashtimet e vetme janë emergjencat, shërbimet urgjentisht të nevojshme kur rrjeti nuk është i disponueshëm (d.m.th., në situatat kur është e paarsyeshme ose e pamundur të merren shërbime në rrjet), shërbimet e dializës jashtë zonës dhe rastet në të cilat Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) autorizon përdorimin e ofruesve jashtë rrjetit.

Lista më e fundit e ofruesve, farmacive dhe furnitorëve është e disponueshme në faqen tonë të internetit në SWHNY.com.

Nëse nuk e keni kopjen tuaj të *Direktorisë së ofruesve/farmacive*, mund të kërkoni një kopje (në formë elektronike ose në formë të shtypur) nga Member Services. Kërkesat për kopje të shtypura të Direktorive të ofruesve do t'ju dërgohen me postë brenda tre ditëve pune.

Kapitulli 1 Si të filloni si anëtar**Seksioni 3.3 Lista e barnave të mbuluara të planit (Formulari)**

Plani ka një *Listë të barnave të mbuluara (formulari)*. Ne e quajmë shkurt “Lista e barnave”. Ajo tregon se cilat barna me receta të Part D mbulohen nën përfitimin e Part D të përfshirë në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Barnat në këtë listë zgjidhen nga plani me ndihmën e një ekipi mjekësh dhe farmacistësh. Lista duhet të plotësojë kërkesat e vendosura nga Medicare. Medicare ka aprovuar “Listën e barnave” të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

“Lista e barnave” ju tregon gjithashtu nëse ka ndonjë rregull që kufizon mbulimin për barnat tuaja.

Ne do t’ju ofrojmë një kopje të “Listës së barnave”. Për të marrë informacionin më të plotë dhe aktual se cilat barna mbulohen, mund të vizitoni faqen e internetit të planit (SWHNY.com) ose të telefononi Member Services.

SEKSIONI 4 Kostot tuaja mujore për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Kostot tuaja mund të përfshijnë si vijon:

- Primi i planit (Seksioni 4.1)
- Primi mujor i Medicare Part B (Seksioni 4.2)
- Gjoha e regjistrimit të vonuar në Part D (Seksioni 4.4)
- Shuma mujore e rregullimit e lidhur me të ardhurat (Seksioni 4.5)

Seksioni 4.1 Primi i planit

Ju nuk paguani një prim të veçantë të planit mujor Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Seksioni 4.2 Primi mujor i Medicare Part B**Shumë anëtarëve u kërkohet të paguajnë prime të tjera të Medicare**

Disa anëtarëve u kërkohet të paguajnë prime të tjera të Medicare. Siç shpjegohet në Seksionin 2 më sipër, për t’u kualifikuar për planin tonë, duhet të ruani kualifikimin tuaj për Medicaid si dhe të keni Part A dhe Medicare Part B. Për shumicën e anëtarëve të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Medicaid paguan për primin tuaj të Part A (nëse nuk kualifikoheni për të automatikisht) dhe për primin tuaj të Part B.

Nëse Medicaid nuk po paguan primet tuaja të Medicare për ju, ju duhet të vazhdoni të paguani primet tuaja të Medicare për të qëndruar anëtar i planit. Kjo përfshin primin tuaj për Part B. Mund të përfshijë gjithashtu një prim për Part A që prek anëtarët që nuk kualifikohen për Part A pa prim.

Seksioni 4.3 Gjoha e regjistrimit të vonuar në Part D

Për shkak se ju keni kualifikim të dyfishtë, gjoha LEP nuk zbatohet për ju për sa kohë që mbani statusin tuaj e kualifikimit të dyfishtë, por nëse humbni statusin tuaj e kualifikimit të dyfishtë, mund të merrni një gjobë LEP. Gjoha e regjistrimit me vonesë në Part D është një prim shtesë që duhet paguar për mbulimin e Part D nëse në çdo kohë pas përfundimit të periudhës fillestare të regjistrimit, ka një periudhë prej 63 ditësh ose më shumë të njëpasnjëshme kur nuk e keni pasur Part D ose mbulim tjetër të kreditueshëm të barnave me receta. Mbulimi i

Kapitulli 1 Si të filloni si anëtar

kreditueshëm i barnave me recetë është mbulimi që plotëson standardet minimale të Medicare pasi pritët të paguajë, mesatarisht, të paktën aq sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare. Kostoja e gjobës së regjistrimit me vonesë varet nga sa kohë keni kaluar pa Part D ose mbulim tjetër të kreditueshëm të barnave me recetë. Do t'ju duhet ta paguani këtë gjobë për aq kohë sa keni mbulimin e Part D.

Nuk do të duhet ta paguani nëse:

- Ju merrni “Extra Help” nga Medicare për të paguar barnat tuaja me recetë.
- Ju keni kaluar më pak se 63 ditë rresht pa mbulim të kreditueshëm.
- Ju keni pasur mbulim të kreditueshëm të barnave përmes një burimi tjetër si një ish-punëdhënës, sindikatë, TRICARE ose Veterans Health Administration (VA). Siguruesi juaj ose departamenti juaj i burimeve njerëzore do t'ju tregojnë çdo vit nëse mbulimi juaj i barnave është mbulim i kreditueshëm. Ky informacion mund t'ju dërgohet me një letër ose të përfshihet në një buletin informativ nga plani. Mbajeni këtë informacion, sepse mund t'ju duhet nëse i bashkoheni një plani barnash të Medicare më vonë.
 - **Shënim:** Çdo njoftim duhet të deklarojë se keni pasur mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë që pritët të paguajë aq sa paguan plani standard i barnave me recetë të Medicare.
 - **Shënim:** Të mëposhtmet *nuk* janë mbulim i kreditueshëm i barnave me recetë: kartat e zbritjes së barnave me recetë, klinikat falas dhe faqet e internetit të zbritjeve të barnave.

Medicare përcakton shumën e gjobës. Ja se si funksionon:

- Së pari, numëroni numrin e muajve të plotë që keni vonuar regjistrimin në një plan barnash të Medicare, pasi keni pasur të drejtën të regjistroheni. Ose numëroni numrin e muajve të plotë që nuk keni pasur mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë, nëse ndërprerja e mbulimit ishte 63 ditë ose më shumë. Gjoba është 1% për çdo muaj që nuk keni pasur mbulim të kreditueshëm. Për shembull, nëse kaloni 14 muaj pa mbulim, gjoba do të jetë 14%.
- Më pas Medicare përcakton shumën e primit mesatar mujor për planet e barnave të Medicare në vend nga viti i kaluar. Për vitin 2025, kjo shumë mesatare e primit është \$36.78.
- Për të llogaritur gjobën tuaj mujore, ju shumëzoni përqindjen e gjobës dhe primin mesatar mujor dhe më pas e rrumbullakosni atë në 10 centëshen më të afërt. Në shembullin këtu, do të ishte 14% shumëzim me \$36.78, që është e barabartë me \$5.15. Kjo shkon në \$5.20. Kjo shumë do t'i shtohet **primit mujor për dikë me një gjobë për regjistrim me vonesë në Part D**.

Ka tre gjëra të rëndësishme për t'u vënë në dukje në lidhje me këtë gjobë mujore të regjistrimit të vonuar në Part D:

- Së pari, **gjoba mund të ndryshojë çdo vit**, sepse primi mesatar mujor mund të ndryshojë çdo vit.
- Së dyti, **ju do të vazhdoni të paguani një gjobë** çdo muaj për aq kohë sa jeni regjistruar në një plan që ka përfitime të barnave nga Medicare Part D, edhe nëse ndryshoni planet.
- Së treti, nëse jeni nën 65 vjeç dhe aktualisht po merrni përfitime të Medicare, gjoba e regjistrimit me vonesë në Part D do të rivendoset kur të mbushni 65 vjeç. Pas moshës 65 vjeç, gjoba juaj e regjistrimit me vonesë në Part D do të bazohet vetëm në muajt që nuk keni mbulim pas periudhës fillestare të regjistrimit për plakjen në Medicare.

Nëse nuk jeni dakord për gjobën e regjistrimit të vonuar në Part D, ju ose përfaqësuesi juaj mund të kërkonti një shqyrtim. Në përgjithësi, ju duhet ta kërkonti këtë shqyrtim **brenda 60 ditëve** nga data e letres së parë që merrni ku thuhet se duhet të paguani një gjobë për regjistrim me vonesë. Megjithatë, nëse ishit duke paguar gjobë

Kapitulli 1 Si të filloni si anëtar

përpara se t'i bashkoheshit planit tonë, mund të mos keni një shans tjetër për të kërkuar shqyrtimin e asaj gjobe për regjistrim me vonesë.

Seksioni 4.4 Shuma mujore e rregullimit e lidhur me të ardhurat

Disa anëtarëve mund t'u kërkohej të paguajnë një tarifë shtesë, e njohur si suma mujore e rregullimit e lidhur me të ardhurat për Part D, e njohur gjithashtu si IRMAA. Tarifa shtesë llogaritet duke përdorur të ardhurat bruto të modifikuara të rregulluara siç raportohet në deklaratën tuaj tatimore të IRS nga dy vjet më parë. Nëse kjo shumë është mbi një shumë të caktuar, ju do të paguani shumën standarde të primit dhe IRMAA shtesë. Për më shumë informacion mbi shumën shtesë që mund t'ju duhet të paguani bazuar në të ardhurat tuaja, <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Nëse ju duhet të paguani një shumë shtesë, Social Security, jo plani juaj Medicare, do t'ju dërgojë një letër duke ju treguar se cila do të jetë ajo shumë shtesë. Shuma shtesë do të mbahet nga çeku i përfitimeve të Social Security, Railroad Retirement Board ose Office of Personnel Management, pavarësisht se si e paguani zakonisht primin e planit tuaj, përveç rastit kur përfitimi juaj mujor nuk është i mjaftueshëm për të mbuluar shumën shtesë që detyroheni. Nëse çeku i përfitimeve tuaja nuk është i mjaftueshëm për të mbuluar shumën shtesë, do të merrni një faturë nga Medicare. **Ju duhet t'ia paguani shumën shtesë qeverisë. Nuk mund të paguhet me primin e planit tuaj mujor. Nëse nuk paguani shumën shtesë, do të çregjistroheni nga plani dhe do të humbni mbulimin e barnave me recetë.**

Nëse nuk jeni dakord për pagesën e një shume shtesë, mund t'i kërkon Social Security të shqyrtojë vendimin. Për të mësuar më shumë se si ta bëni këtë, kontaktoni me Social Security në 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SEKSIONI 5 Më shumë informacion rreth primit tuaj mujor**Seksioni 5.1 A mund ta ndryshojmë primin e planit tuaj mujor gjatë vitit?**

Jo. Ne nuk lejohejmë të ndryshojmë shumën që tarifojmë për primin mujor të planit gjatë vitit. Nëse primi i planit mujor ndryshon për vitin e ardhshëm, do t'ju tregojmë në shtator dhe ndryshimi do të hyjë në fuqi më 1 janar.

Megjithatë, në disa raste, ju mund të jeni në gjendje të ndaloni pagesën një gjobë regjistrimi me vonesë, nëse detyroheni. Ose duhet të filloni të paguani një gjobë regjistrimi me vonesë. Kjo mund të ndodhë nëse kualifikoheni për programin “Extra Help” ose nëse humbni përshtatshmërinë për programin “Extra Help” gjatë vitit.

- Nëse aktualisht paguani gjobën e regjistrimit me vonesë në Part D dhe kualifikoheni për “Extra Help” gjatë vitit, do të mund të ndaloni pagesën e gjobës suaj.
- Nëse humbni “Extra Help”, mund t'i nënshtroheni gjobës së regjistrimit me vonesë nëse kaloni 63 ditë ose më shumë rresht pa Part D ose mbulim tjetër të kreditueshëm të barnave me recetë.

Mund të mësoni më shumë rreth programit “Extra Help” në Kapitullin 2, Seksioni 7.

SEKSIONI 6 Mbajtja e të dhënave të anëtarësimit në planin tuaj të përfitësuar

Të dhënat tuaja të anëtarësimit kanë informacion nga formulari juaj i regjistrimit, duke përfshirë adresën dhe numrin tuaj të telefonit. Ai tregon mbulimin e planit tuaj specifik, duke përfshirë ofruesin tuaj të kujdesit parësor.

Mjekët, spitalet, farmacistët dhe ofruesit e tjerë në rrjetin e planit duhet të kenë informacion të saktë për ju. **Këta ofrues rrjeti përdorin të dhënat tuaja të anëtarësimit për të ditur se cilat shërbime dhe barna mbulohen dhe shumat e ndarjes së kostos për ju.** Për shkak të kësaj, është shumë e rëndësishme që ju të na ndihmoni ta mbajmë informacionin tuaj të përfitësuar.

Na tregoni për këto ndryshime:

- Ndryshimet në emrin, adresën ose numrin tuaj të telefonit
- Ndryshimet në çdo mbulim tjetër me sigurim shëndetësor që keni (si nga punëdhënësi juaj, bashkëshorti/ bashkëshortja juaj ose punëdhënësi i partnerit shtëpiak, kompensimi i punëtorëve ose Medicaid)
- Nëse keni ndonjë reklamim për përgjegjësi, si p.sh. reklamime nga një aksident automobilistik
- Nëse jeni pranuar në një institucion perkujdesjeje
- Nëse merrni kujdes në një spital ose urgjencë jashtë zonës ose jashtë rrjetit
- Nëse pala përgjegjëse e caktuar (si p.sh. një kujdestar) ndryshon
- Nëse jeni duke marrë pjesë në një studim klinik kërkimor (**Shënim:** Nuk ju kërkohet të tregoni planin tuaj për studimet kërkimore klinike në të cilat synoni të merrni pjesë, por ne ju inkurajojmë ta bëni këtë).

Nëse ndonjë nga këto informacione ndryshon, ju lutemi na njoftoni duke telefonuar Member Services. Anëtarët mund të krijojnë një llogari në internet My Senior Whole Health për të ndryshuar mjekun e tyre, për të përfitësuar informacionin e tyre të kontaktit, për të kërkuar një kartë të re identiteti, për të marrë kujtesa shëndetësore për shërbimet që u nevojiten ose për të parë historikun e tyre të shërbimit. Vizitoni <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> për të krijuar ose hyrë në llogarinë tuaj My Senior Whole Health.

Është gjithashtu e rëndësishme të kontaktoni Social Security nëse transferoheni ose ndryshoni adresën tuaj të postës. Numrat e telefonit dhe informacionet e kontaktit për Social Security mund t'i gjeni në Kapitullin 2, Seksioni 5.

SEKSIONI 7 Si funksionon sigurimi tjetër me planin tonë

Sigurime të tjera

Medicare kërkon që ne të mbledhim informacion nga ju në lidhje me çdo mbulim tjetër të sigurimit mjekësor ose të barnave që keni. Kjo sepse ne duhet të koordinojmë çdo mbulim tjetër që keni me përfitimet tuaja sipas planit tonë. Kjo quhet **koordinimi i përfitimeve**.

Një herë në vit, ne do t'ju dërgojmë një letër që liston çdo mbulim tjetër sigurimi mjekësor ose barnash për të cilat dimë. Ju lutemi lexojeni me kujdes këtë informacion. Nëse është e saktë, nuk keni nevojë të bëni asgjë. Nëse informacioni është i pasaktë, ose nëse keni mbulim tjetër që nuk është i listuar, ju lutemi telefononi Member Services. Mund t'ju duhet t'u jepni numrin e ID-së së anëtarit të planit siguruesve tuaj të tjerë (pasi të keni konfirmuar identitetin e tyre) në mënyrë që faturat tuaja të paguhen në mënyrë korrekte dhe në kohë.

Kapitulli 1 Si të filloni si anëtar

Kur keni sigurime të tjera (si mbulimi shëndetësor i grupit të punëdhënësit), ka rregulla të vendosura nga Medicare që vendosin nëse plani ynë ose sigurimi tjetër paguan së pari. Sigurimi që paguan i pari quhet paguesi kryesor dhe paguan deri në kufijtë e mbulimit të tij. Ai që paguan i dyti, i quajtur paguesi dytësor, paguan vetëm nëse ka kosto të mbetura të pambuluara nga mbulimi kryesor. Paguesi dytësor mund të mos paguajë të gjitha kostot e pambuluara. Nëse keni sigurim tjetër, tregojini mjekut, spitalit dhe farmacisë tuaj.

Këto rregulla zbatohen për mbulimin e planit shëndetësor të punëdhënësit ose grupit të sindikatave:

- Nëse keni mbulim për pensionistë, Medicare paguan i pari.
- Nëse mbulimi i planit tuaj shëndetësor të grupit bazohet në punësimin tuaj ose të një anëtari të familjes suaj, kush paguan i pari varet nga mosha juaj, numri i personave të punësuar nga punëdhënësi juaj dhe nëse keni Medicare bazuar në moshën, paaftësinë ose sëmundje të veshkave në fazën e fundit (ESRD):
 - Nëse jeni nën 65 vjeç dhe me aftësi të kufizuara dhe ju ose anëtari i familjes tuaj jeni ende duke punuar, plani shëndetësor i grupit tuaj paguan fillimisht nëse punëdhënësi ka 100 ose më shumë punonjës ose të paktën një punëdhënës në një plan me shumë punëdhënës që ka më shumë se 100 punonjës.
 - Nëse jeni mbi 65 vjeç dhe ju ose bashkëshorti/bashkëshortja ose partneri/partnerja juaj shtëpiake jeni ende duke punuar, plani juaj shëndetësor i grupit paguan fillimisht nëse punëdhënësi ka 20 ose më shumë punonjës ose të paktën një punëdhënës në një plan me shumë punëdhënës që ka më shumë se 20 punonjës.
- Nëse keni Medicare për shkak të ESRD, plani juaj shëndetësor i grupit do të paguajë së pari për 30 muajt e parë pasi të jeni të kualifikuar për Medicare.

Këto lloje mbulimi zakonisht paguajnë fillimisht për shërbimet që lidhen me secilin lloj:

- Sigurimi pa faj (duke përfshirë sigurimin e automobilave)
- Përgjegjësia (duke përfshirë sigurimin e automobilave)
- Përfitimet e “mushkërive të zeza”
- Kompensimi i punëtorëve

Medicaid dhe TRICARE nuk paguajnë asnjëherë të parët pari për shërbimet e mbuluara nga Medicare. Ata paguajnë vetëm pasi të kenë paguar planet shëndetësore të Medicare dhe/ose të grupit të punëdhënësit.

KAPITULLI 2:

Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme**SEKSIONI 1 Kontaktet e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (si të na kontaktoni, duke përfshirë mënyrën e kontaktimit të Shërbimeve të Anëtarëve)****Si të kontaktoni me Member Services të planit tonë**

Për ndihmë me pyetjet mbi pretendimet, faturimin ose kartën e anëtarit, ju lutemi telefononi ose shkruani te Member Services të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ne do t'ju ndihmonim me kënaqësi.

Metoda	Member Services - Qendra e Kontaktit
TELEFONONI	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale. Member Services kanë gjithashtu shërbime përkthimi falas të gjuhës për jo-anglishtfolësit.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
FAKS	(310) 507-6186
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
FAQJA E INTERNETIT	SWHNY.com

Si të na kontaktoni kur kërkonit një vendim mbulimi ose apelim për kujdesin tuaj mjekësor ose barnat me recetë të Part D.

Një vendim mbulimi është një vendim që marrim në lidhje me përfitimet dhe mbulimin tuaj ose në lidhje me shumën që do të paguajmë për shërbimet tuaja mjekësore ose barnat me recetë të Part D. Një apelim është një mënyrë formale për të na kërkuar të shqyrtojmë dhe ndryshojmë një vendim mbulimi që kemi marrë. Për më shumë informacion mbi kërkesën për vendime mbulimi ose apele për kujdesin tuaj mjekësor ose barnat me recetë të Part D, shihni Kapitullin 8 (*Çfarë të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apele, ankesa)*).

Metoda	Vendimet e mbulimit për kujdesin mjekësor – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas.

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Metoda	Vendimet e mbulimit për kujdesin mjekësor – Informacioni i kontaktit
	Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
FAKS	Imazheria e avancuar: (877) 731-7218; Transplantet (877) 813-1206; Shëndeti mjekësor/i sjelljes si pacient i jashtëm (844) 251-1450; Pacient i brendshëm (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
FAQJA E INTERNETIT	SWHNY.com

Metoda	Apelime për kujdes mjekësor – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
FAKS	(562) 499-0610
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
FAQJA E INTERNETIT	SWHNY.com

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Metoda	Vendimet e mbulimit dhe apelimet për barnat me recetë të Part D – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(800) 665-3086 Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
FAKS	(866) 290-1309
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
FAQJA E INTERNETIT	SWHNY.com

Si të na kontaktoni kur jeni duke bërë një ankesë për kujdesin tuaj mjekësor ose barnat me recetë të Part D

Ju mund të bëni një ankesë për ne ose një nga ofruesit e rrjetit ose farmacitë tona, duke përfshirë një ankesë për cilësinë e kujdesit tuaj. Kjo lloj ankese nuk përfshin mosmarrëveshje mbulimi ose pagese. Për më shumë informacion mbi bërjen e një ankese për kujdesin tuaj mjekësor, shihni Kapitullin 8 (*Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)*).

Metoda	Ankesat për kujdesin mjekësor ose barnat me recetë të Part D – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Metoda	Ankesat për kujdesin mjekësor ose barnat me recetë të Part D – Informacioni i kontaktit
FAKS	(562) 499-0610
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
FAQJA E INTERNETIT E MEDICARE	Ju mund të paraqisni një ankesë për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) drejtpërdrejt te Medicare. Për të paraqitur një ankesë në internet te Medicare, shkoni te www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Ku të dërgoni një kërkesë duke na kërkuar të paguajmë koston për kujdesin mjekësor ose një bar që keni marrë

Nëse keni marrë një faturë ose keni paguar për shërbime (të tilla si një faturë ofruesi) që mendoni se duhet të paguajmë, mund t'ju duhet të na kërkonim rimbursim ose të paguani faturën e ofruesit. Shihni Kapitullin 6 *(Na kërkonim të paguajmë një faturë që keni marrë për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara)*.

Ju lutemi vini re: Nëse na dërgoni një kërkesë pagese dhe ne refuzojmë ndonjë pjesë të kërkesës tuaj, ju mund ta apeloni vendimin tonë. Shihni Kapitullin 8 *(Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)) për më shumë informacion*.

Metoda	Kërkesat e pagesës për kujdes mjekësor – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
FAKS	(310) 507-6186
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
FAQJA E INTERNETIT	SWHNY.com

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Metoda	Kërkesat e pagesës për barnat me recetë të Part D – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, ora lokale.
FAKS	(866) 290-1309
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
FAQJA E INTERNETIT	SWHNY.com

SEKSIONI 2 Medicare (si të merrni ndihmë dhe informacion direkt nga programi federal i Medicare)

Medicare është programi federal i sigurimit shëndetësor për persona 65 vjeç e lart, disa persona nën moshën 65 vjeç me aftësi të kufizuara dhe personat me sëmundje renale në fazën terminale (ata me insuficiencë të përhershme të veshkave që kanë nevojë për dializë ose transplantim veshkash).

Agjencia federale përgjegjëse për Medicare është Centers for Medicare & Medicaid Services (ndonjëherë të quajtura CMS). Kjo agjenci kontraktin me organizatat e Medicare Advantage duke përfshirë edhe ne.

Metoda	Medicare – Informacioni i Kontaktit
TELEFONONI	1-800-MEDICARE ose 1-800-633-4227 Telefonatat në këtë numër janë falas. 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.
TTY	1-877-486-2048 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas.

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Metoda	Medicare – Informacioni i Kontaktit
FAQJA E INTERNETIT	www.Medicare.gov Kjo është faja zyrtare e qeverisë për Medicare. Ajo ju jep informacion të përditësuar në lidhje me Medicare dhe çështjet aktuale të Medicare. Ajo gjithashtu ka informacione për spitalet, institucionet e përkujdesjes, mjekët, agjencitë e shëndetit në shtëpi dhe institucionet e dializës. Ajo përfshin dokumente që mund t'i printoni drejtpërdrejt nga kompjuteri juaj. Ju gjithashtu mund t'i gjeni kontaktet e Medicare në shtetin tuaj. Faqja e internetit e Medicare ka gjithashtu informacion të detajuar në lidhje me kualifikimin dhe opsionet e regjistrimit në Medicare me mjetet e mëposhtme: • Mjeti i kualifikimit në Medicare: Ofron informacion mbi statusin e kualifikimit në Medicare. • Gjetësi i planit të Medicare: Ofron informacion të personalizuar në lidhje me planet e disponueshme të barnave me recetë të Medicare, planet shëndetësore të Medicare dhe politikat e Medigap (Medicare Supplement Insurance) në zonën tuaj. Këto mjete ofrojnë një <i>vlerësim</i> se cilat mund të jenë kostot tuaja nga xhepi në plane të ndryshme të Medicare. Ju gjithashtu mund ta përdorni faqen e internetit për t'i treguar Medicare për çdo ankesë që keni në lidhje me Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP): • Tregojini Medicare për ankesën tuaj: Ju mund të paraqisni një ankesë për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) direkt te Medicare. Për të paraqitur një ankesë te Medicare, shkoni te www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare i merr seriozisht ankesat tuaja dhe do ta përdorë këtë informacion për të ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së programit të Medicare. Nëse nuk keni kompjuter, biblioteka juaj lokale ose qendra e të moshuarve mund të jetë në gjendje t'ju ndihmojë të vizitoni këtë faqe interneti duke përdorur kompjuterin e tyre. Ose, mund të telefononi Medicare dhe t'i tregoni se çfarë informacioni kërkon. Ata do të gjejnë informacionin në faqen e internetit dhe do ta shqyrtojnë informacionin me ju. (Ju mund të telefononi Medicare në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 1-877-486-2048).

SEKSIONI 3 State Health Insurance Assistance Program (ndihmë, informacion dhe përgjigje falas për pyetjet tuaja rreth Medicare)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) është një program qeveritar me konsulentë të trajnuar në çdo shtet. Në New York, SHIP quhet Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) është një program shtetëror i pavarur (që nuk është i lidhur me një kompani sigurimi apo plan shëndetësor) që merr para nga qeveria federale për të dhënë konsulencë falas për sigurimet shëndetësore lokale për personat me Medicare.

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Këshilltarët e Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) mund t'ju ndihmojnë të kuptoni të drejtat tuaja të Medicare, t'ju ndihmojnë të bëni ankesa për kujdesin ose trajtimin tuaj mjekësor dhe t'ju ndihmojnë të zgjidhni problemet me faturat tuaja të Medicare. Këshilltarët e Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) gjithashtu mund t'ju ndihmojnë me pyetjet ose problemet e Medicare dhe t'ju ndihmojnë të kuptoni zgjedhjet e planit tuaj të Medicare dhe t'u përgjigjen pyetjeve në lidhje me ndërrimin e planeve.

MËNYRA PËR AKSES TE SHIP dhe BURIME TË TJERA:

- Vizitoni <https://www.shiphelp.org> (Klikoni te SHIP LOCATOR në mes të faqes)
 - Zgjidhni **SHTETIN** tuaj nga lista. Kjo do t'ju çojë në një faqe me numra telefoni dhe burime specifike për shtetin tuaj.

Metoda	Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP i New York) – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(800) 701-0501
SHKRUANI	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
FAQJA E INTERNETIT	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

SEKSIONI 4 Quality Improvement Organization

Ekziston një organizatë e caktuar Quality Improvement Organization për t'u shërbyer përfituesve të Medicare në çdo shtet. Për New York, Quality Improvement Organization quhet Livanta.

Livanta ka një grup mjekësh dhe profesionistësh të tjerë të kujdesit shëndetësor që paguhet nga Medicare për të kontrolluar dhe ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së kujdesit për personat me Medicare. Livanta është një organizatë e pavarur. Ajo nuk ka lidhje me planin tonë.

Ju duhet të kontaktoni me Livanta në ndonjë nga këto situata:

- Keni një ankesë për cilësinë e kujdesit që keni marrë.
- Mendoni se mbulimi për qëndrimin tuaj në spital po përfundon shumë shpejt.
- Ju mendoni se mbulimi për kujdesin tuaj shëndetësor në shtëpi, kujdesin e kualifikuar të infermierisë ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF) po mbarojnë shumë shpejt.

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Metoda	Livanta (Quality Improvement Organization e New York) – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(866) 815-5440 Nga e hëna në të premte nga ora 9:00 deri në 17:00 sipas orës lokale; fundjavave dhe festave nga ora 10:00 deri në 16:00 sipas orës lokale.
TTY	711: Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
SHKRUANI	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
FAQJA E INTERNETIT	https://www.livantaqio.com/

SEKSIONI 5 Social Security

Social Security është përgjegjëse për përcaktimin e kualifikimit dhe përpunimin e regjistrimit për Medicare. Shtetasit amerikanë dhe banorët e përhershëm të ligjshëm që janë 65 vjeç e lart, ose që kanë një aftësi të kufizuar ose sëmundje renale në fazën përfundimtare dhe plotësojnë kushte të caktuara, kanë të drejtën për Medicare. Nëse merrni tashmë çeqe nga Social Security, regjistrimi në Medicare është automatik. Nëse nuk merrni çeqe nga Social Security, duhet të regjistroheni në Medicare. Për të aplikuar për Medicare, mund të telefononi Social Security ose të vizitoni zyrën tuaj lokale të Social Security.

Social Security është gjithashtu përgjegjëse për përcaktimin se kush duhet të paguajë një shumë shtesë për mbulimin e barnave të Part D sepse ka të ardhura më të larta. Nëse keni marrë një letër nga Social Security që ju thotë se duhet të paguani shumën shtesë dhe keni pyetje në lidhje me shumën ose nëse të ardhurat tuaja u ulën për shkak të një ngjarjeje që ju ndryshoi jetën, mund të telefononi Social Security për të kërkuar rishqyrtim.

Nëse transferoheni ose ndryshoni adresën tuaj të postës, është e rëndësishme që të kontaktoni Sigurimet Shoqërore për t'i njoftuar ata.

Metoda	Social Security – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	1-800-772-1213 Telefonatat në këtë numër janë falas. E disponueshme nga ora 8:00 deri në orën 19:00, nga e hëna në të premte. Ju mund të përdorni shërbimet e automatizuara telefonike të Social Security për të marrë informacione të regjistruara dhe për të kryer disa punë 24 orë në ditë.
TTY	1-800-325-0778 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Metoda	Social Security – Informacioni i kontaktit
	Telefonatat në këtë numër janë falas. E disponueshme nga ora 8:00 deri në orën 19:00, nga e hëna në të premte.
FAQJA E INTERNETIT	www.ssa.gov

SEKSIONI 6 Medicaid

Medicaid është një program i përbashkët i qeverisë federale dhe shtetërore që ndihmon me kostot mjekësore dhe kujdesin afatgjatë për disa persona me të ardhura dhe burime të kufizuara. Secili shtet vendos se çfarë llogariten si të ardhura dhe burime, kush ka të drejtë, cilat shërbime mbulohen dhe koston e shërbimeve. Shtetet gjithashtu mund të vendosin se si të drejtojnë programin e tyre për sa kohë që ata ndjekin udhëzimet federale.

Përveç kësaj, ka programe të ofruara përmes Medicaid që i ndihmojnë personat me Medicare të paguajnë kostot e tyre të Medicare, të tilla si primet e tyre të Medicare. Këto “Programe të kursimeve me Medicare” ndihmojnë personat me të ardhura dhe burime të kufizuara të kursejnë para çdo vit:

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Një individ që ka të drejtë për Medicare, nuk plotëson kriteret e të ardhurave ose burimeve për QMB+ ose SLMB+, por ka të drejtë për mbulim të plotë me Medicaid qoftë kategorikisht ose përmes grupeve të mbulimit opsional bazuar në statusin e nevojës mjekësore, niveleve të veçanta të të ardhurave për individët e institucionalizuar ose përjashtimeve me bazë në shtëpi dhe komunitet.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Ndhmon në pagesën e primeve të Part A dhe Part B të Medicare, dhe ndarjeve të tjera të kostos (si shumat e zbritshme, “coinsurance” dhe “copayments”). Këta individë kanë gjithashtu të drejtë për përfitime të plota të Medicaid.

Për të qenë anëtar i këtij plani, duhet të jeni i regjistruar i dyfishtë në Medicare dhe Medicaid dhe të plotësoni të gjitha kërkesat e tjera të kualifikimit të planit në kohën e regjistrimit.

Nëse keni pyetje në lidhje me ndihmën që merrni nga Medicaid, kontaktoni me New York Medicaid.

METODA	New York Medicaid – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(800) 505-5678 Nga e hëna në të premte, nga ora 8:30 deri në orën 20:00, E shtunë nga ora 10:00 deri në orën 18:00
SHKRUANI	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238
FAQJA E INTERNETIT	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Anëtarët e kontesë Nassau mund të kontaktojnë me Departamentin lokal të Shërbimeve Sociale.

METODA	Nassau County Department of Social Services – Informacioni i Kontaktit
TELEFONONI	(516) 227-7474
SHKRUANI	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
FAQJA E INTERNETIT	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Anëtarët e konteve Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond mund të kontaktojnë New York City Human Resources Administration/Department of Social Services.

METODA	Human Resources Administration/Department of Social Services
TELEFONONI	718-557-1399
FAQJA E INTERNETIT	https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page

Anëtarët e kontesë Orange mund të kontaktojnë me Departamentin lokal të Shërbimeve Sociale

METODA	Orange County Department of Social Services
TELEFONONI	845-291-4000
SHKRUANI	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
FAQJA E INTERNETIT	https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services

Anëtarët e kontesë Rockland mund të kontaktojnë me Departamentin lokal të Shërbimeve Sociale

METODA	Rockland County Department of Social Services
TELEFONONI	845-364-3040
SHKRUANI	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
FAQJA E INTERNETIT	http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Anëtarët e kontesë Westchester mund të kontaktojnë me Departamentin lokal të Shërbimeve Sociale.

METODA	Westchester County Department of Social Services – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(914-995-3333)
SHKRUANI	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
FAQJA E INTERNETIT	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

New York Office of the Ombudsman ndihmon personat e regjistruar në Medicaid me probleme shërbimi ose faturimi. Ata mund t'ju ndihmojnë të paraqisni një ankesë ose apelim me planin tonë.

Metoda	Office of the Ombudsman – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(888) 219-9818 Nga e hëna në të premte, 08:30-17:00
SHKRUANI	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
FAQJA E INTERNETIT	https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php

Programi Long Term Care Ombudsman i ndihmon personat të marrin informacion rreth qendrave të përkujdesjes dhe të zgjidhin problemet midis qendrave të përkujdesjes dhe banorëve ose familjeve të tyre.

Metoda	Long Term Care Ombudsman Program – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(855) 582-6769 Nga e hëna në të premte, 08:30-17:00
SHKRUANI	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
FAQJA E INTERNETIT	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme**SEKSIONI 7 Informacion rreth programeve për të ndihmuar personat të paguajnë për barnat e tyre me recetë**

Faqja e internetit e [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) ofron informacion se si të ulni kostot e barnave me recetë. Për personat me të ardhura të kufizuara, ka edhe programe të tjera për të ndihmuar, të përshkruara më poshtë.

Programi “Extra Help” i Medicare

Për shkak se ju kualifikoheni për Medicaid, ju kualifikoheni dhe po merrni “Extra Help” nga Medicare për të paguar shpenzimet e planit tuaj të barnave me recetë. Ju nuk keni nevojë të bëni asgjë më tej për të marrë këtë “Extra Help”.

Nëse keni pyetje për “Extra Help”, telefononi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë në 1-877-486-2048 (aplikimet), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë;
- Zyrën e Social Security në 1-800-772-1213 mes orës 8:00 dhe 19:00, nga e hëna në të premte. Përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë në numrin 1-800-325-0778 ose
- Zyrën juaj shtetërore të Medicaid (Shihni Seksionin 6 të këtij kapitulli për informacione kontakti).

Nëse besoni se po paguani një shumë të gabuar të ndarjes së kostos kur merrni recetën tuaj në një farmaci, plani ynë ka një proces që ju ose të kërkonin ndihmë për marrjen e dëshmime të nivelit tuaj të duhur të “copayment”, ose, nëse tashmë keni dëshmi, për të na e dhënë këtë dëshmi.

- Dëshmia më e mirë e disponueshme (BAE) gjendet në internet në <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. BAE përdoret për të përcaktuar subvencionin e një anëtarit me të ardhura të ulëta. Departamenti ynë i Shërbimeve të Anëtarëve dhe Departamenti i Farmacisë identifikojnë rastet kur zbatohet politika e BAE. Anëtarët mund ta dërgojnë dokumentacionin e BAE për të përcaktuar kualifikimin në adresën e Shërbimeve të Anëtarëve të renditur në Kapitullin 2. Për më tepër, ju mund të kontaktoni me Member Services nëse keni pyetje. Format e pranueshme të dëshmimeve janë:
 - Letra e akordimit nga SSA
 - Njoftimi i akordimit
 - Të ardhurat e sigurisë shitesë

Kur të marrim dëshmitë që tregojnë nivelin tuaj të “copayment”, ne do të përditësojmë sistemin tonë në mënyrë që ju të mund të paguani pagesën e duhur të “copayment” kur të merrni recetën tuaj të radhës në farmaci. Nëse paguani më tepër për “copayment” tuaj, ne do t’ju rimbursojmë. Ose do t’ju dërgojmë një çek në shumën e mbipaguar prej jush ose do të kompensojmë pagesat e ardhshme “copayment”. Nëse farmacia nuk ka marrë një “copayment” nga ju dhe po e mban pagesën tuaj të “copayment” si një borxh që keni, ne mund t’ia bëjmë pagesën drejtpërdrejt farmacisë. Nëse një shtet pagan në emrin tuaj, ne mund t’ia bëjmë pagesën drejtpërdrejt shtetit. Ju lutemi kontaktoni me Member Services nëse keni pyetje.

Po sikur të keni Extra Help dhe mbulim nga AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?**Çfarë është AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?**

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ndihmon individët e kualifikuar për ADAP që jetojnë me HIV/SIDA të kenë akses në medikamente për HIV-in që shpëtojnë jetën. Barnat me recetë të Medicare Part D që janë gjithashtu

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

në formularin ADAP kualifikohen për ndihmë për ndarjen e kostos me recetë nëpërmjet New York State Uninsured Care Program (ADAP).

Shënim: Për t'u kualifikuar për ADAP që operon në shtetin tuaj, individët duhet të plotësojnë disa kritere, duke përfshirë vërtetimin e vendbanimit shtetëror dhe statusin e HIV-it, të ardhurat e ulëta siç përcaktohet nga shteti dhe statusin si i pasiguruar/nësiguruar. Nëse ndryshoni planet, ju lutemi njoftoni punonjësin tuaj lokal të regjistrimit në ADAP që të mund të vazhdoni të merrni ndihmë. Për informacion mbi kriteret e kualifikimit, barnat e mbuluara ose si të regjistroheni në program, ju lutemi telefononi New York State Uninsured Care Program (ADAP) në numrin (800) 542-2437 ose (844) 682-4058.

SEKSIONI 8 Si të kontaktoni Railroad Retirement Board

Railroad Retirement Board është një agjenci federale e pavarur që administron programe gjithëpërfshirëse të përfitimeve për punonjësit e hekurudhave të vendit dhe familjet e tyre. Nëse e merrni Medicare nëpërmjet Railroad Retirement Board, është e rëndësishme që t'i njoftoni nëse transferoheni ose ndryshoni adresën tuaj të postës. Nëse keni pyetje në lidhje me përfitimet tuaja nga Railroad Retirement Board, kontaktoni me agjencinë.

Metoda	Railroad Retirement Board – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	1-877-772-5772 Telefonatat në këtë numër janë falas. Nëse shtypni “0”, mund të flisni me një përfaqësues të RRB-së nga ora 9:00 deri në orën 15:30, të hënën, të martën, të enjten dhe të premten, dhe nga ora 9:00 deri në orën 12:00 të mërkurën. Nëse shtypni “1”, mund të përdorni linjën e automatizuar të ndihmës së RRB-së dhe informacionin e regjistruar 24 orë në ditë, duke përfshirë fundjavat dhe festat.
TTY	1-312-751-4701 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër <i>nuk</i> janë falas.
FAQJA E INTERNETIT	rrb.gov/

SEKSIONI 9 A keni sigurim në grup ose sigurime të tjera shëndetësore nga një punëdhënës?

Nëse ju (ose bashkëshorti/bashkëshortja juaj ose partneri/partnerja shtëpiake) merrni përfitime nga punëdhënësi ose grupi i pensioneve (ose bashkëshorti/bashkëshortja juaj ose partneri/partnerja shtëpiake) si pjesë e këtij plani, mund të telefononi administratorin e përfitimeve të punëdhënësit/sindikates ose Member Services nëse keni ndonjë pyetje. Ju mund të pyesni për përfitimet shëndetësore, primet ose periudhën e regjistrimit të punëdhënësit ose të pensioneve (ose bashkëshortit/bashkëshortes suaj ose partnerit/partneres shtëpiake). (Numrat e telefonit për Member

Kapitulli 2 Numra telefoni dhe burime të rëndësishme

Services janë të printuar në kopertinën e pasme të këtij dokumenti.) Ju gjithashtu mund të telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) me pyetje në lidhje me mbulimin tuaj të Medicare sipas këtij plani.

Nëse keni mbulim tjetër të barnave me recetë përmes punëdhënësit ose grupit të pensioneve (ose bashkëshortit/ bashkëshortes suaj ose partnerit/partneres shtëpiake), ju lutemi kontaktoni **administratorin e përfitimeve të atij grupi**. Administratori i përfitimeve mund t'ju ndihmojë të përcaktoni se si do të funksionojë mbulimi aktual i barnave me recetë me planin tonë.

KAPITULLI 3:

*Përdorimi i planit për shërbimet tuaja
mjekësore dhe të tjera të mbuluara*

SEKSIONI 1 Gjërat që duhet të dini për marrjen e kujdesit tuaj mjekësor dhe shërbimeve të tjera si një anëtar i planit tonë

Ky kapitull shpjegon se çfarë duhet të dini rreth përdorimit të planit për të mbuluar kujdesin tuaj mjekësor dhe shërbimet e tjera. Ai jep përkufizime të termave dhe shpjegon rregullat që duhet të ndiqni për të marrë trajtimet mjekësore, shërbimet, pajisjet, barnat me recetë dhe kujdes tjetër mjekësor, të cilat mbulohen nga plani.

Për detajet se çfarë kujdesi mjekësor dhe shërbimesh të tjera mbulohen nga plani ynë, përdorni grafikun e përfitimeve në kapitullin tjetër, Kapitulli 4 (*Grafiku i përfitimeve mjekësore, çfarë mbulohet*).

Seksioni 1.1 Cilat janë ofruesit e rrjetit dhe shërbimet e mbuluara?

- **Ofruesit** janë mjekë dhe profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor të licencuar nga shteti për të ofruar shërbime dhe kujdes mjekësor. Termi “ofrues” përfshin gjithashtu spitalet dhe objektet e tjera të kujdesit shëndetësor.
- **Ofruesit e rrjetit** janë mjekët dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor, grupet mjekësore, spitalet dhe institucionet e tjera të kujdesit shëndetësor që kanë një marrëveshje me ne për të pranuar pagesën tonë si pagesë të plotë. Ne kemi rregulluar që këta ofrues të ofrojnë shërbime të mbuluara për anëtarët në planin tonë. Ofruesit në rrjetin tonë na faturojnë drejtpërdrejt për kujdesin që ju japin. Kur vizitoheni te një ofrues rrjeti, nuk paguani asgjë për shërbimet e mbuluara.
- **Shërbimet e mbuluara** përfshijnë të gjithë kujdesin mjekësor, shërbimet e kujdesit shëndetësor, pajisjet e furnizimit dhe barnat me recetë që mbulohen nga plani ynë. Shërbimet tuaja të mbuluara për kujdesin mjekësor renditen në grafikun e përfitimeve në Kapitullin 4. Shërbimet tuaja të mbuluara për barnat me recetë diskutohen në Kapitullin 5.

Seksioni 1.2 Rregullat bazë për marrjen e kujdesit tuaj mjekësor dhe shërbimeve të tjera të mbuluara nga plani

Si një plan shëndetësor i Medicare dhe Medicaid, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet të mbulojë të gjitha shërbimet e mbuluara nga Original Medicare dhe mund të ofrojë shërbime të tjera përveç atyre që mbulohen nga Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) në përgjithësi do të mbulojë kujdesin tuaj mjekësor për aq kohë sa:

- **Kujdesi që merrni përfshihet në “Grafikun e përfitimeve mjekësore” të planit** (ky grafik është në Kapitullin 4 të këtij dokumenti).
- **Kujdesi që merrni konsiderohet i nevojshëm nga pikëpamja mjekësore.** Të nevojshme nga pikëpamja mjekësore do të thotë që shërbimet, furnizimet, pajisjet ose barnat nevojiten për parandalimin, diagnostikimin ose trajtimin e gjendjes suaj mjekësore dhe përmbushin standardet e pranuar të praktikës mjekësore.
- **Ju keni një ofrues të kujdesit parësor në rrjet (një PCP) i cili ofron dhe mbikëqyr kujdesin tuaj.** Si anëtar i planit tonë, ju duhet të zgjidhni një PCP të rrjetit (për më shumë informacion rreth kësaj, shihni Seksionin 2.1 në këtë kapitull).
- **Ju duhet ta merrni kujdesin tuaj nga një ofrues rrjeti** (për më shumë informacion rreth kësaj, shihni Seksionin 2 në këtë kapitull). Në shumicën e rasteve, kujdesi që merrni nga një ofrues jashtë rrjetit (një

Kapitulli 3 Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara

ofrues që nuk është pjesë e rrjetit të planit tonë) nuk do të mbulohej. Kjo do të thotë që do t'ju duhet ta paguani plotësisht ofruesin për shërbimet e ofruara. *Këtu janë tre përjashtime:*

- Plani mbulon kujdesin e emergjencës ose shërbimet urgjentisht të nevojshme që ju merrni nga një ofrues jashtë rrjetit. Për më shumë informacion rreth kësaj dhe për të parë se çfarë do të thotë shërbime të emergjencës ose urgjentisht të nevojshme, shihni Seksionin 3 në këtë kapitull.
- Nëse keni nevojë për kujdes mjekësor që Medicare ose Medicaid kërkon që plani ynë të mbulojë, por nuk ka specialistë në rrjetin tonë që ofrojnë këtë kujdes, ju mund ta merrni këtë kujdes nga një ofrues jashtë rrjetit me të njëjtën kosto që ju paguani zakonisht brenda rrjetit. Në këtë rast kërkohet autorizim paraprak. Ju lutemi kontaktoni shërbimet e anëtarëve për ndihmë. Në këtë situatë, ne do t'i mbulojmë këto shërbime pa asnjë kosto për ju. Për informacion në lidhje me marrjen e miratimit për të vizituar një mjek jashtë rrjetit, shihni Seksionin 2.4 në këtë kapitull.
- Plani mbulon shërbimet e dializës së veshkave që merrni në një institucion dialize të certifikuar nga Medicare kur jeni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit ose kur ofruesi juaj për këtë shërbim është përkohësisht i padisponueshëm ose i paarritshëm. Ndarja e kostos që paguani në planin për dializë nuk mund të tejkalojë asnjëherë ndarjen e kostos në Original Medicare. Nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit dhe merrni dializën nga një ofrues që është jashtë rrjetit të planit, ndarja e kostos nuk mund të kalojë ndarjen e kostos që paguani brenda rrjetit. Megjithatë, nëse ofruesi juaj i zakonshëm brenda rrjetit për dializën është përkohësisht i padisponueshëm dhe ju zgjidhni të merrni shërbime brenda zonës së shërbimit nga një ofrues jashtë rrjetit të planit, ndarja e kostos për dializën mund të jetë më e lartë.

SEKSIONI 2 Përdorni ofruesit në rrjetin e planit për të marrë kujdesin tuaj mjekësor dhe shërbime të tjera

Seksioni 2.1 Ju duhet të zgjidhni një ofrues të kujdesit parësor (PCP) për të ofruar dhe mbikëqyrur kujdesin tuaj

Çfarë është PCP-ja dhe çfarë bën PCP-ja për ju?

Kur bëheni anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ju kërkohet të zgjidhni një ofrues të kujdesit parësor (PCP). PCP-ja juaj është një ofrues i licencuar që plotëson kërkesat shtetërore dhe është i trajnuar për t'ju dhënë kujdesin bazë mjekësor.

PCP-ja juaj është një mjek i mjekësisë familjare, mjekësisë së brendshme, mjekësisë geriatrike, mjekësisë për të rriturit ose mjekësisë familjare të New York State, ose një infermier praktikues gerontologjik. Ju do të merrni kujdesin tuaj rutinë ose bazë nga PCP-ja juaj. PCP-ja juaj do të koordinojë gjithashtu pjesën tjetër të shërbimeve të mbuluara që merrni si anëtar i planit. Kjo përfshin rrezet X, testet laboratorike, terapitë, specialistët e kujdesit, pranimet në spital dhe kujdesin vijues. “Koordinimi” i shërbimeve tuaja përfshin gjithashtu kontrollimin ose konsultimin me ofruesit e tjerë të planit për kujdesin tuaj. Në disa raste, PCP-ja juaj gjithashtu duhet të marrë autorizim paraprak (miratim paraprak) nga plani ynë. Grafiku i përfitimeve në Kapitullin 4 tregon se cilat shërbime kanë nevojë për autorizim paraprak nga plani. PCP-ja juaj do të kontaktojë me Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) për të marrë autorizimin e nevojshëm. Meqenëse PCP-ja juaj do të ofrojë dhe koordinojë kujdesin tuaj mjekësor, ju duhet t'i dërgoni të gjitha të dhënat tuaja mjekësore të mëparshme në klinikën e PCP-së tuaj.

Kapitulli 3 Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara**Si ta zgjidhni PCP-në tuaj?**

Kur të regjistrohesh për planin tonë, do t'ju kërkohet të zgjidhni një PCP. PCP-ja që shihni aktualisht mund të jetë tashmë pjesë e rrjetit të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Kur të aplikoni për planin tonë, ne do të zbulojmë nëse PCP-ja juaj është pjesë e planit tonë. Nëse mjeku juaj nuk është pjesë e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), do t'ju duhet të zgjidhni një të ri nga rrjeti ynë dhe të lini një takim për t'u vizituar tek ai mjek sa më shpejt të jetë e mundur.

Ju mund ta zgjidhni PCP-në tuaj nga Direktoria e Ofruesve dhe Farmacive të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) në momentin që regjistrohesh. Për listën më të përditësuar të ofruesve, përdorni mjetin e kërkimit "Find a Provider" (Gjeni një ofrues) në faqen tonë të internetit. Ju gjithashtu mund të kontaktoni me Member Services në numrin pa pagesë në anën e pasme të kësaj broshure. Ne do të shqyrtojmë emrat e PCP-ve në zonën tuaj, do t'ju pyesim për mjekë të tjerë ku vizitoheni dhe në cilat spitale shkoni. Do t'ju kërkohet të vendosni emrin e PCP-së në aplikimin tuaj të regjistrimit. Ju mund ta ndryshoni PCP-në tuaj në çdo kohë.

Ndryshimi i PCP-së tuaj

Ju mund ta ndryshoni PCP-në tuaj për çfarëdo arsye, në çdo kohë. Gjithashtu, është e mundur që PCP-ja juaj mund të largohet nga rrjeti i ofruesve të planit tonë dhe do t'ju duhet të gjeni një PCP të ri.

Për të ndryshuar PCP-në tuaj, telefononi Member Services. Kur telefononi, sigurohuni që të na tregoni nëse jeni duke vizituar specialistë ose nëse po merrni ndonjë shërbim tjetër të mbuluar që ka nevojë për miratimin e PCP-së tuaj (siç janë shërbimet shëndetësore në shtëpi dhe pajisjet mjekësore të qëndrueshme). Member Services do t'ju ndihmojnë të siguroheni që mund të vazhdoni me kujdesin e specializuar dhe shërbimet e tjera që keni marrë kur ndryshoni PCP-në tuaj. Ata do të kontrollojnë për t'u siguruar që PCP-ja ku dëshironi të kaloni pranon pacientë të rinj. Member Services do të ndryshojnë të dhënat tuaja të anëtarësimit për të treguar emrin e PCP-së tuaj të ri. Ndryshimi në PCP-në tuaj të ri do të hyjë në fuqi ditën e parë të muajit vijues.

Ata do t'ju dërgojnë gjithashtu një kartë të re anëtarësimi që tregon emrin dhe numrin e telefonit të PCP-së tuaj të ri.

Seksioni 2.2 Çfarë lloj kujdesi mjekësor dhe shërbimesh të tjera mund të merrni pa një referim nga PCP-ja juaj?

Ju mund të merrni shërbimet e listuara më poshtë pa marrë miratimin paraprakisht nga PCP-ja juaj.

- Kujdesi rutinë për shëndetin e grave, i cili përfshin ekzaminimet e gjirit, mamografite ekzaminuese (grafite me rreze X të gjirit), Pap-testin dhe ekzaminimet e legenit
- Vaksinat kundër gripit, vaksinat kundër COVID-19, vaksinat kundër hepatitit B dhe vaksinat kundër pneumonisë
- Shërbimet e emergjencës nga ofruesit e rrjetit ose nga ofruesit jashtë rrjetit.
- Shërbimet urgjentisht të nevojshme, që janë shërbime kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor që nuk janë emergjencë me kusht që ju të jeni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit, ose është e paarsyeshme duke pasur parasysh kohën, vendin dhe rrethanat për të marrë këtë shërbim nga ofruesit e rrjetit me të cilët ka kontratë plani. Shembuj të shërbimeve urgjentisht të nevojshme janë sëmundjet dhe lëndimet mjekësore të paparashikuara ose shpërthimet e papritura të kushteve ekzistuese. Megjithatë, vizitat rutinë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore, të tilla si kontrollet vjetore, nuk konsiderohen si urgjentisht të nevojshme edhe nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit ose nëse rrjeti i planit është përkohësisht i padisponueshëm.

Kapitulli 3 Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara

- Shërbimet e dializës së veshkave që merrni në një institucion dialize të certifikuar nga Medicare kur jeni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit. Nëse është e mundur, ju lutemi telefononi Member Services përpara se të largoheni nga zona e shërbimit, në mënyrë që ne t'ju ndihmojmë të organizoni dializën e rregullt gjatë kohës që jeni larg.

Seksioni 2.3 Si të merrni kujdes nga specialistët dhe ofruesit e tjerë të rrjetit

Specialist është një mjek që ofron shërbime të kujdesit shëndetësor për një sëmundje të caktuar ose pjesë të trupit. Ka shumë lloje specialistësh. Ja disa shembuj:

- Onkologët kujdesen për pacientët me kancer
- Kardiologët kujdesen për pacientët me sëmundje të zemrës
- Ortopedët kujdesen për pacientët me gjendje të caktuara të kockave, kyçeve ose muskujve

PCP-ja juaj është përgjegjëse për koordinimin e shërbimeve, duke përfshirë orientimin tuaj te specialistët dhe ofruesit e tjerë të rrjetit sipas rastit. Nuk ka asnjë kërkesë miratimi paraprak për vizitat në klinikë me specialistë të rrjetit. Nëse keni nevojë për një procedurë ose një shërbim që kërkon autorizim paraprak të planit, PCP-ja ose specialisti juaj do të na kontaktojë për të marrë autorizimin e nevojshëm paraprak. Shërbimet që kërkojnë autorizim paraprak të planit janë identifikuar në Kapitullin 4, Seksioni 2.1 i këtij dokumenti. Shembuj shërbimesh që kërkojnë autorizim paraprak të planit përfshijnë kujdesin spitalor me zgjedhje (jo emergjent) si pacient i brendshëm, pranimet në një institucion të kualifikuar përkujdesjeje dhe kujdesin shëndetësor në shtëpi.

Nëse keni nevojë për kujdes pas orarit normal të punës, ju lutemi telefononi PCP-në tuaj. Ky informacion është renditur në kartën tuaj të identitetit të anëtarësimit të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Nëse mendoni se është një emergjencë, kërkon menjëherë vëmendje mjekësore. Për më shumë informacion, shihni Seksionin 3, (Si të merrni shërbime të mbuluara kur keni nevojë emergjente ose urgjente për kujdes).

Po nëse një specialist ose një ofrues tjetër rrjeti largohet nga plani ynë?

Ne mund të bëjmë ndryshime në spitalet, mjekët dhe specialistët (ofruesit) që janë pjesë e planit tuaj gjatë vitit. Nëse mjeku ose specialisti juaj largohet nga plani juaj, ju keni disa të drejta dhe mbrojtje që përmbledhen më poshtë:

- Edhe pse rrjeti ynë i ofruesve mund të ndryshojë gjatë vitit, Medicare kërkon që ne t'ju ofrojmë akses të pandërprerë në mjekë dhe specialistë të kualifikuar.
- Ne do t'ju njoftojmë se ofruesi juaj po largohet nga plani ynë, në mënyrë që të keni kohë për të zgjedhur një ofrues të ri.
 - Nëse ofruesi juaj i kujdesit parësor ose i shëndetit të sjelljes largohet nga plani ynë, ne do t'ju njoftojmë nëse e keni parë atë ofrues brenda tre viteve të fundit.
 - Nëse ndonjë nga ofruesit tuaj të tjerë largohet nga plani ynë, ne do t'ju njoftojmë nëse jeni caktuar te ofruesi, aktualisht merrni kujdes prej tyre ose i keni parë ata brenda tre muajve të fundit.
- Ne do t'ju ndihmojmë në zgjedhjen e një ofruesi të ri të kualifikuar brenda rrjetit që mund të keni akses për kujdes të vazhdueshëm.
- Nëse aktualisht jeni duke kryer një trajtim ose terapi mjekësore me ofruesin tuaj aktual, ju keni të drejtë të kërkonit dhe ne do të punojmë me ju për të siguruar që trajtimi ose terapitë e nevojshme mjekësore që po merrni të vazhdojnë.
- Ne do t'ju ofrojmë informacion në lidhje me periudhat e ndryshme të regjistrimit në dispozicion për ju dhe opsionet që mund të keni për ndryshimin e planeve.

Kapitulli 3 Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara

- Ne do të organizojmë çdo përfitim të mbuluar nga pikëpamja mjekësore jashtë rrjetit të ofruesit tonë, por me ndarjen e kostos brenda rrjetit, kur një ofrues ose përfitim brenda rrjetit është i padisponueshëm ose i pamjaftueshëm për të përmbushur nevojat tuaja mjekësore. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
- Nëse zbuloni se mjeku ose specialisti juaj po largohet nga plani juaj, ju lutemi na kontaktoni që ne t'ju ndihmojmë të gjeni një ofrues të ri për të menaxhuar kujdesin tuaj.
- Nëse besoni se nuk ju kemi pajisur me një ofrues të kualifikuar për të zëvendësuar ofruesin tuaj të mëparshëm ose se kujdesi juaj nuk po menaxhohet siç duhet, ju keni të drejtë të paraqisni një ankesë për cilësinë e kujdesit pranë QIO, një ankesë për cilësinë e kujdesit ndaj planit, ose të dyja. Ju lutemi shikoni Kapitullin 9.

Seksioni 2.4 Si të merrni kujdes nga ofruesit jashtë rrjetit

Nëse keni nevojë për kujdes të specializuar mjekësor që Medicare ose Medicaid kërkon që plani ynë të mbulojë dhe nuk ka ofrues në rrjetin tonë që mund ta ofrojnë këtë kujdes, ju mund ta merrni kujdesin nga një ofrues jashtë rrjetit. Kjo përfshin shërbimet e një ofruesi që është i kualifikuar në mënyrë unike për të ofruar shërbimin e veçantë që ju nevojitet, si dhe shërbimet e ofruara në një qendër të specializuar ose një qendër ekselence (p.sh., shërbimet ESRD). Nuk ka kufizime përfitimesh shtesë që zbatohen jashtë rrjetit tonë ose zonës së shërbimit.

Ose ju ose PCP-ja juaj duhet të kontaktoni planin tonë për autorizim paraprak përpara se të kërkonit kujdes nga ofruesit jashtë rrjetit. Telefononi Member Services për ndihmë. Nëse ju japim autorizim paraprak për të marrë kujdes nga një ofrues jashtë rrjetit, ne do t'i mbulojmë këto shërbime sikur ta keni marrë kujdesin nga një ofrues i rrjetit.

Është shumë e rëndësishme të merrni një autorizim paraprak nga plani ynë përpara se të shihni ofruesit jashtë rrjetit. Nëse nuk merrni miratim nga plani, plani ynë mund të mos e mbulojë mjekimin. Nëse ofruesi dëshiron që ju të ktheheni për më shumë kujdes, kontrolloni së pari për t'u siguruar që miratimi nga plani ynë mbulon më shumë se një vizitë te ofruesi jashtë rrjetit.

Shënim: anëtarët kanë të drejtë të marrin shërbime nga ofruesit jashtë rrjetit për emergjenca ose shërbime urgjentisht të nevojshme. Për më tepër, planet duhet të mbulojnë shërbimet e dializës për anëtarët e ESRD, të cilët kanë udhëtuar jashtë zonës së shërbimit të planit dhe nuk janë në gjendje të kenë akses tek ofruesit e kontraktuar të ESRD.

SEKSIONI 3 Si të merrni shërbime kur keni nevojë emergjente ose urgjente për kujdes ose gjatë një fatkeqësie**Seksioni 3.1 Marrja e kujdesit nëse keni një emergjencë mjekësore****Çfarë është një emergjencë mjekësore dhe çfarë duhet të bëni nëse keni një të tillë?**

Një **emergjencë mjekësore** është kur ju ose çdo person tjetër i kujdesshëm me njohuri mesatare të shëndetit dhe mjekësisë, besoni se keni simptoma mjekësore që kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor për të parandaluar humbjen e jetës (dhe, nëse jeni grua shtatzënë, humbjen e një fëmije të palindur), humbjen e një gjymtyre ose humbjen e funksionit të një gjymtyre, ose humbjen apo dëmtimin e rëndë të një funksioni trupor. Simptomat mjekësore mund të jenë një sëmundje, lëndim, dhimbje e fortë ose një gjendje mjekësore që po përkeqësohet shpejt.

Kapitulli 3 Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara

Nëse keni një emergjencë mjekësore:

- **Merrni ndihmë sa më shpejt të jetë e mundur.** Telefononi 911 për ndihmë ose shkoni në dhomën ose spitalin ose urgjencën më të afërt. Telefononi një ambulancë nëse keni nevojë. *Nuk* është e nevojshme që të merrni fillimisht një miratim ose rekomandim nga PCP-ja juaj. Nuk keni nevojë të përdorni një mjek të rrjetit. Ju mund të merrni kujdes mjekësor emergjence të mbuluar sa herë që ju nevojitet, kudo në Shtetet e Bashkuara ose në territoret e saj, dhe nga çdo ofrues me një licencë të përshtatshme shtetërore, edhe nëse ata nuk janë pjesë e rrjetit tonë.
- **Sa më shpejt të jetë e mundur, sigurohuni që planit tonë t'i jetë treguar për emergjencën tuaj.** Ne duhet të ndjekim kujdesin tuaj të emergjencës. Ju ose dikush tjetër duhet të telefononi për të na treguar për kujdesin tuaj të emergjencës, zakonisht brenda 48 orëve. Ju lutemi telefononi Member Services në numrin në anën e pasme të kartës së anëtarësisë në plan.

Çfarë mbulohet nëse keni një emergjencë mjekësore?

Plani ynë mbulon shërbimet e ambulancës në situata kur arritja në urgjencë në ndonjë mënyrë tjetër mund të rrezikojë shëndetin tuaj. Ne gjithashtu mbulojmë shërbimet mjekësore gjatë emergjencës.

Mjekët që po ju japin kujdes emergjence do të vendosin kur gjendja juaj është e qëndrueshme dhe kur emergjencia mjekësore ka përfunduar.

Pas përfundimit të emergjencës, ju keni të drejtë për kujdesin e mëturshëm për t'u siguruar që gjendja juaj të vazhdojë të jetë e qëndrueshme. Mjekët tuaj do të vazhdojnë t'ju trajtojnë derisa mjekët tuaj të na kontaktojnë dhe të bëjnë plane për kujdes shtesë. Kujdesi juaj vijues do të mbulohet nga plani ynë. Nëse kujdesi juaj i emergjencës ofrohet nga ofrues jashtë rrjetit, ne do të përpiqemi të organizojmë që ofruesit e rrjetit të marrin përsipër kujdesin tuaj sa më shpejt që ta lejojë gjendja juaj mjekësore dhe rrethanat.

Po sikur të mos ishte një emergjencë mjekësore?

Ndonjëherë mund të jetë e vështirë të dihet nëse keni një emergjencë mjekësore. Për shembull, ju mund të shkoni për kujdes emergjence, duke menduar se shëndeti juaj është në rrezik serioz, dhe mjeku mund të thotë se në fund të fundit nuk ishte një emergjencë mjekësore. Nëse rezulton se nuk ishte një emergjencë, për sa kohë që me arsye mendoni se shëndeti juaj ishte në rrezik serioz, ne do ta mbulojmë kujdesin tuaj.

Megjithatë, pasi mjeku të ketë thënë se *nuk* ishte një emergjencë, ne do ta mbulojmë kujdesin shtesë vetëm nëse ju e merrni kujdesin shtesë në njërin nga këto dy mënyra:

- Ju shkoni te një ofrues rrjeti për të marrë kujdesin shtesë.
- – ose – Kujdesi shtesë që merrni konsiderohen shërbime urgjentisht të nevojshme dhe ju ndiqni rregullat për marrjen e këtij kujdesi urgjent (për më shumë informacion rreth kësaj, shihni Seksionin 3.2 më poshtë).

Seksioni 3.2 Marrja e kujdesit kur keni nevojë urgjente për shërbime

Cilat janë shërbimet urgjentisht të nevojshme?

Një shërbim i mbuluar nga plani që kërkon kujdes të menjëhershëm mjekësor që nuk është emergjencë është një shërbim urgjentisht i nevojshëm nëse jeni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit, ose është e paarsyeshme duke pasur parasysh kohën, vendin dhe rrethanat për të marrë këtë shërbim nga ofruesit e rrjetit me të cilët ka kontratë plani. Shembuj të shërbimeve urgjentisht të nevojshme janë sëmundjet dhe lëndimet mjekësore të paparashikuara, ose shpërthimet e papritura të kushteve ekzistuese. Megjithatë, vizitat rutinë të nevojshme nga

Kapitulli 3 Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara

pikëpamja mjekësore, të tilla si kontrollet vjetore, nuk konsiderohen si urgjentisht të nevojshme edhe nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit ose nëse rrjeti i planit është përkohësisht i padisponueshëm.

Kur ofruesit e rrjetit janë përkohësisht të padisponueshëm ose të paarrtshëm, kujdesi urgjent mund të arrihet duke përdorur çdo qendër të disponueshme të kujdesit urgjent. Ju gjithashtu mund të telefononi Linjën e Këshillimit me Infermierë në numrin (877) 353-0185. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711.

Plani ynë mbulon shërbimet e kujdesit mbarëbotëror të emergjencës dhe urgjencës jashtë Shteteve të Bashkuara në rrethanat e mëposhtme:

- Ju keni një kufi prej \$10,000 për mbulim emergjence në mbarë botën çdo vit kalendarik për t'u përdorur për transportin emergjent, kujdesin emergjent, kujdesin urgjent dhe kujdesin pas stabilizimit.
- Ky përfitim është i kufizuar në shërbimet që do të klasifikoheshin si kujdes i emergjencës ose urgjencës nëse kujdesi do të ishte ofruar në SHBA.
- Nëse merrni kujdes emergjence jashtë SHBA-së dhe keni nevojë për kujdes si pacient i brendshëm pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, ju duhet të ktheheni në një spital të rrjetit në mënyrë që kujdesi juaj të vazhdojë të mbulohet OSE duhet të keni kujdesin tuaj si pacient i brendshëm në spitalin jashtë rrjetit të autorizuar nga plani. Kostoja juaj është ndarja e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit. Zbatohet maksimumi i planit.
- Mund t'ju duhet të paguani për shërbimet nga xhepi dhe të paraqisni një kërkesë për rimbursim.
- Taksat dhe tarifat e huaja (duke përfshirë, por pa u kufizuar me, tarifat e konvertimit të monedhës ose transaksionit) nuk mbulohen. Transporti për në SHBA nga një vend tjetër nuk mbulohet.
- Kujdesi rutinë dhe procedurat e paracaktuara ose elektive nuk mbulohen.

Nëse keni pyetje nëse do të paguajmë për ndonjë shërbim, ju keni të drejtë të na pyesni nëse do ta mbulojmë atë përpara se ta merrni. Ju gjithashtu keni të drejtë ta kërkonit këtë me shkrim. Nëse themi se nuk do t'i mbulojmë shërbimet, ju keni të drejtë të apeloni vendimin tonë për të mos mbuluar ose rimbursuar kujdesin tuaj.

Seksioni 3.3 Marrja e kujdesit gjatë një katastrofe

Nëse Guvernatori i shtetit tuaj, Sekretari i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore të SHBA, ose Presidenti i Shteteve të Bashkuara shpall një gjendje katastrofe ose emergjence në zonën tuaj gjeografike, ju keni ende të drejtë të merrni kujdes nga plani juaj.

Ju lutemi vizitoni faqen e mëposhtme të internetit: SWHNY.com për informacion se si të merrni kujdesin e nevojshëm gjatë një katastrofe.

Nëse nuk mund të përdorni një ofrues rrjeti gjatë një katastrofe, plani juaj do t'ju lejojë të merrni kujdes nga ofruesit jashtë rrjetit për ndarjen e kostos brenda rrjetit. Nëse nuk mund të përdorni një farmaci në rrjet gjatë një fatkeqësie, mund të jeni në gjendje të merrni barnat tuaja me recetë në një farmaci jashtë rrjetit. Ju lutemi shikoni Kapitullin 5, Seksioni 2.5 për më shumë informacion.

SEKSIONI 4 Po nëse faturoheni drejtpërdrejt për koston e plotë të shërbimeve tuaja?

Seksioni 4.1 Ju mund të na kërkonit të paguajmë për shërbimet e mbuluara

Nëse keni paguar për shërbimet tuaja të mbuluara ose nëse keni marrë një faturë për shërbimet mjekësore të mbuluara, shkoni te Kapitulli 6 (*Na kërkonit të paguajmë një faturë që keni marrë për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara*) për informacion se çfarë duhet të bëni.

Seksioni 4.2 Çfarë duhet të bëni nëse shërbimet nuk mbulohen nga plani ynë?

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mbulon të gjitha shërbimet e nevojshme mjekësore siç janë renditur në grafikun e përfitimeve mjekësore në Kapitullin 4 të këtij dokumenti. Nëse merrni shërbime që nuk mbulohen nga plani ynë ose shërbime të marra jashtë rrjetit dhe nuk janë autorizuar, ju jeni përgjegjës për të paguar koston e plotë të shërbimeve.

Për shërbimet e mbuluara që kanë një kufizim përfitimi, ju paguani gjithashtu koston e plotë të çdo shërbimi që merrni pasi të keni përdorur përfitimin tuaj për atë lloj shërbimi të mbuluar. Nëse paguani për kostot pasi të jetë arritur një kufi përfitimi, këto kosto nuk do të llogariten në maksimumin tuaj nga xhepi.

SEKSIONI 5 Si mbulohen shërbimet tuaja mjekësore kur jeni në një studim kërkimor klinik?

Seksioni 5.1 Çfarë është një studim klinik kërkimor?

Një studim kërkimor klinik (i quajtur gjithashtu një *provë klinike*) është një mënyrë që mjekët dhe shkencëtarët testojnë lloje të reja të kujdesit mjekësor, si për shembull se sa mirë funksionon një bar i ri kundër kancerit. Disa studime kërkimore klinike janë miratuar nga Medicare. Studimet kërkimore klinike të miratuara nga Medicare zakonisht kërkojnë që në studim të marrin pjesë vullnetarë.

Pasi Medicare të miratojë studimin dhe ju të shprehni interes, dikush që punon në studim do t'ju kontaktojë për të shpjeguar më shumë rreth studimit dhe për të parë nëse i plotësoni kërkesat e vendosura nga shkencëtarët që drejtojnë studimin. Ju mund të merrni pjesë në studim për sa kohë që i plotësoni kërkesat për studim dhe keni një kuptim dhe pranim të plotë të asaj që përfshihet nëse merrni pjesë në studim.

Nëse merrni pjesë në një studim të miratuar nga Medicare, Original Medicare paguan shumicën e kostove për shërbimet e mbuluara që merrni si pjesë e studimit. Nëse na thoni se jeni në një provë klinike të kualifikuar, atëherë jeni përgjegjës vetëm për ndarjen e kostos brenda rrjetit për shërbimet në atë provë. Nëse keni paguar më shumë, për shembull, nëse e keni paguar tashmë shumën e ndarjes së kostos së Medicare origjinale, ne do të rimbursojmë diferencën midis asaj që keni paguar dhe ndarjes së kostos brenda rrjetit. Sidoqoftë, do t'ju duhet të siguronit dokumentacion për të na treguar se sa keni paguar. Kur jeni në një studim kërkimor klinik, mund të qëndroni të regjistruar në planin tonë dhe të vazhdoni të merrni pjesën tjetër të kujdesit tuaj (kujdesin që nuk lidhet me studimin) përmes planit tonë.

Kapitulli 3 Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara

Nëse dëshironi të merrni pjesë në ndonjë studim kërkimor klinik të miratuar nga Medicare, *nuk* keni nevojë të na tregoni ose të merrni miratim nga ne ose nga PCP-ja juaj. Ofruesit që ofrojnë kujdesin tuaj si pjesë e studimit të kërkimit klinik *nuk* kanë nevojë të jenë pjesë e rrjetit të ofruesve të planit tonë. Ju lutemi vini re se kjo nuk përfshin përfitimet për të cilat plani ynë është përgjegjës, të cilat përfshijnë, si përbërës, një provë klinike ose një regjistër për të vlerësuar përfitimin. Këto përfshijnë disa përfitime të specifikuara në përcaktimet e mbulimit kombëtar që kërkojnë mbulim me zhvillimin e dëshmive (NCD-CED) dhe studimet e përjashtimit të pajisjeve hulumtuese (IDE) dhe mund t'i nënshtrohen autorizimit paraprak dhe rregullave të tjera të planit.

Megjithëse nuk keni nevojë të merrni lejen e planit tonë për të qenë në një studim kërkimor klinik, të mbuluar për të regjistruarit në Medicare Advantage nga Original Medicare, ne ju inkurajojmë të na njoftoni paraprakisht kur zgjidhni të merrni pjesë në provat klinike të kualifikuara nga Medicare.

Nëse merrni pjesë në një studim që Medicare *nuk* e ka miratuar, *ju do të jeni përgjegjës për të paguar të gjitha kostot për pjesëmarrjen tuaj në studim.*

Seksioni 5.2 Kur merrni pjesë në një studim klinik kërkimor, kush paguan për çfarë?

Pasi t'i bashkoheni një studimi klinik të miratuar nga Medicare, Original Medicare mbulon artikujt dhe shërbimet rutinë që merrni si pjesë e studimit, duke përfshirë:

- Qëndrimin dhe ngrënien për një qëndrim në spital që Medicare do të paguante edhe nëse nuk do të ishit në një studim
- Një operacion ose procedurë tjetër mjekësore nëse është pjesë e studimit kërkimor
- Trajtimi i efekteve anësore dhe komplikimeve të kujdesit të ri

Pasi Medicare të ketë paguar pjesën e tij të kostos për këto shërbime, plani ynë do të paguajë pjesën tjetër. Ashtu si për të gjitha shërbimet e mbuluara, ju nuk do të paguani asgjë për shërbimet e mbuluara që merrni në studimin e kërkimit klinik.

Kur jeni pjesë e një studimi kërkimor klinik, **as Medicare dhe as plani ynë nuk do të paguajnë për ndonjë nga sa vijon:**

- Në përgjithësi, Medicare *nuk* do të paguajë për artikullin ose shërbimin e ri që po teston studimi, përveç rastit kur Medicare do të mbulonte artikullin ose shërbimin edhe nëse *nuk* jeni në një studim.
- Artikujt ose shërbimet e ofruara vetëm për të mbledhur të dhëna dhe nuk përdoren në kujdesin tuaj të drejtpërdrejtë shëndetësor. Për shembull, Medicare nuk do të paguante për skanimet mujore CT të bëra si pjesë e studimit nëse gjendja juaj mjekësore normalisht do të kërkonte vetëm një skanim CT.
- Artikujt dhe shërbimet e ofruara zakonisht nga sponsorët e kërkimit pa pagesë për çdo të regjistruar në provë.

Dëshironi të dini më shumë?

Ju mund të merrni më shumë informacion rreth bashkimit me një studim klinik kërkimor duke vizituar faqen e internetit të Medicare për të lexuar ose shkarkuar botimin “*Medicare dhe studimet kërkimore klinike*”. (Publikimi gjendet në: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Ju mund të telefononi gjithashtu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë në 1-877-486-2048.

SEKSIONI 6 Rregullat për marrjen e kujdesit në një institucion fetar të kujdesit shëndetësor jo-mjekësor

Seksioni 6.1 Çfarë është një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor?

Një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor është një institucion që ofron kujdes për një gjendje që zakonisht do të trajtohej në një spital ose në një institucion të kualifikuar infermieror. Nëse marrja e kujdesit në një spital ose në një institucion të kualifikuar infermieror është kundër bindjeve fetare të një anëtar, ne në vend të kësaj do të ofrojmë mbulim për kujdesin në një institucion fetar të kujdesit shëndetësor jo-mjekësor. Ky përfitim ofrohet vetëm për shërbimet stacionare të Part A (shërbimet e kujdesit shëndetësor jo-mjekësor).

Seksioni 6.2 Marrja e kujdesit nga një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor

Për të marrë kujdes nga një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor, ju duhet të nënshkruani një dokument ligjor që thotë se është kundër ndërgjegjes suaj që të merrni një trajtim mjekësor që nuk përjashtohet.

- Kujdesi ose trajtimi mjekësor i **papërfjashtuar** është çdo kujdes ose trajtim mjekësor që është *vullnetar* dhe *nuk kërkohet* nga ndonjë ligj federal, shtetëror ose vendor.
- Trajtimi mjekësor i **përfjashtuar** është kujdesi mjekësor ose trajtimi që ju merrni, i cili *nuk* është vullnetar ose *kërkohet* sipas ligjit federal, shtetëror ose vendor.

Për t'u mbuluar nga plani ynë, kujdesi që merrni nga një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor duhet të plotësojë kushtet e mëposhtme:

- Institucioni që ofron kujdesin duhet të jetë i certifikuar nga Medicare.
- Mbulimi nga plani ynë i shërbimeve që merrni është i kufizuar në aspektet *jofetare* të kujdesit.
- Nëse merrni shërbime nga ky institucion që ju ofrohen në një objekt, zbatohen kushtet e mëposhtme:
 - Ju duhet të keni një gjendje mjekësore që do t'ju lejojë të merrni shërbime të mbuluara për kujdesin spitalor për pacientë të brendshëm ose kujdesin e institucionit të kualifikuar të infermierisë
 - – *dhe* – Duhet të merrni miratimin paraprakisht nga plani ynë përpara se të pranoheni në institucion ose qëndrimi juaj nuk do të mbulohet.
 - – *dhe* – Medicare mbulon deri në 90 ditë për çdo periudhë përfitimi. Medicaid mbulon qëndrimin tuaj si pacient i brendshëm përtej kufirit 90-ditor të Medicare, sipas nevojës mjekësore. Kufijtë e mbulimit përshkruhen te “Kujdesi spitalor për pacientë të brendshëm” në grafikun e përfitimeve në Kapitullin 4.

Për më tepër, duhet të kontaktoni Member Services ose zyrën tuaj shtetërore të Medicaid (informacionet e kontaktit janë renditur në Kapitullin 2, Seksioni 6) për më shumë informacion mbi shërbimet e mbuluara nga Medicaid për të kuptuar të gjitha opsionet tuaja të mbulimit.

SEKSIONI 7 Rregullat për pronësinë e pajisjeve mjekësore të qëndrueshme**Seksioni 7.1 A do t'i zotëroni pajisjet mjekësore të qëndrueshme pasi të keni bërë një numër të caktuar pagesash sipas planit tonë?**

Pajisjet mjekësore të qëndrueshme (DME) përfshijnë artikuj të tillë si pajisje dhe furnizime oksigjeni, karrige me rrota, paterica mbështetëse, sisteme motorike dysheku, paterica, furnizime për diabetikët, pajisje për gjenerimin e të folurit, pompa infuzioni IV, nebulizatorë dhe shtretër spitali të porositur nga një ofrues për përdorim në shtëpi. Anëtar i zotëron gjithmonë sende të caktuara, si protezat. Në këtë seksion, ne diskutojmë llojet e tjera të DME-ve që duhet të merrni me qira.

Në Original Medicare, personat që marrin me qira lloje të caktuara DME-sh i zotërojnë pajisjet pasi paguajnë “copayment” për artikullin për 13 muaj. Megjithatë, si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ju zakonisht nuk do të fitoni pronësinë e artikujve të marrë me qira DME, pavarësisht se sa “copayment” bëni për artikullin ndërsa jeni anëtar i planit tonë, edhe nëse jeni bërë deri në 12 pagesa të njëpasnjëshme për artikullin DME nën Original Medicare përpara se të bashkoheshit me planin tonë. Në rrethana të caktuara të kufizuara, ne do t'ju transferojmë pronësinë e artikullit DME. Telefononi shërbimet e anëtarëve për më shumë informacion.

Çfarë ndodh me pagesat që keni bërë për pajisje mjekësore të qëndrueshme nëse kaloni në Original Medicare?

Nëse nuk keni fituar pronësinë e artikullit DME gjatë kohës që jeni në planin tonë, do t'ju duhet të bëni 13 pagesa të reja të njëpasnjëshme pasi të kaloni në Original Medicare në mënyrë që të zotëroni artikullin. Pagesat e bëra gjatë regjistrimit në planin tuaj nuk llogariten.

Shembull 1: Ke bërë 12 ose më pak pagesa të njëpasnjëshme për artikullin në Original Medicare dhe më pas iu bashkuat planit tonë. Pagesat që keni bërë në Original Medicare nuk llogariten. Ju do të duhet të bëni 13 pagesa në planin tonë përpara se të zotëroni artikullin.

Shembull 2: Ke bërë 12 ose më pak pagesa të njëpasnjëshme për artikullin në Original Medicare dhe më pas iu bashkuat planit tonë. Ju ishit në planin tonë, por nuk e fituat pronësinë gjatë planit tonë. Më pas ktheheni te Original Medicare. Ju do të duhet të bëni 13 pagesa të reja radhazi për të zotëruar artikullin pasi të bashkoheni sërish me Original Medicare. Të gjitha pagesat e mëparshme (qoftë për planin tonë ose për Original Medicare) nuk llogariten.

Seksioni 7.2 Rregullat për pajisjet e oksigjenit, furnizimet dhe mirëmbajtjen e tyre**Çfarë përfitimesh për oksigjen keni të drejtë?**

Nëse kualifikoheni për mbulimin e pajisjeve me oksigjen Medicare, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do të mbulojë:

- Marrja me qira e pajisjeve të oksigjenit
- Dorëzimi i oksigjenit dhe përmbajtjes së oksigjenit
- Tuba dhe aksesore të lidhur me oksigjenin për dorëzimin e oksigjenit dhe përmbajtjes së oksigjenit
- Mirëmbajtja dhe riparimi i pajisjeve të oksigjenit

Nëse largoheni nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ose nuk keni më nevojë mjekësore për pajisje oksigjeni, atëherë pajisja e oksigjenit duhet të kthehet.

Kapitulli 3 Përdorimi i planit për shërbimet tuaja mjekësore dhe të tjera të mbuluara

Çfarë ndodh nëse largoheni nga plani juaj dhe ktheheni në Original Medicare?

Original Medicare kërkon që të keni një furnizues oksigjeni për t'ju ofruar shërbime për pesë vjet. Gjatë 36 muajve të parë ju i merrni me qira pajisjet. 24 muajt e mbetur furnizuesi siguron pajisjet dhe mirëmbajtjen (ju jeni ende përgjegjës për pagesën e “copayment” për oksigjenin). Pas pesë vjetësh, ju mund të zgjidhni të qëndroni në të njëjtën kompani ose të shkoni në një kompani tjetër. Në këtë pikë, cikli pesëvjeçar fillon përsëri, edhe nëse qëndroni në të njëjtën kompani, duke ju kërkuar të paguani “copayments” për 36 muajt e parë. Nëse bashkoheni ose largoheni nga plani ynë, cikli pesëvjeçar fillon nga e para.

KAPITULLI 4:

Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)**SEKSIONI 1 Kuptimi i shërbimeve të mbuluara**

Ky kapitull ofron një grafik të përfitimeve mjekësore që liston shërbimet tuaja të mbuluara si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Më vonë në këtë kapitull, mund të gjeni informacione rreth shërbimeve mjekësore që nuk mbulohen. Ai gjithashtu shpjegon kufizimet për shërbime të caktuara.

Seksioni 1.1 Ju nuk paguani asgjë për shërbimet tuaja të mbuluara

Për shkak se ju merrni ndihmë nga Medicaid, ju nuk paguani asgjë për shërbimet tuaja të mbuluara për sa kohë që ndiqni rregullat e planit për marrjen e kujdesit tuaj. (Shihni Kapitullin 3 për më shumë informacion rreth rregullave të planeve për marrjen e kujdesit tuaj).

Seksioni 1.2 Cila është shuma më e madhe që do të paguani për shërbimet mjekësore të mbuluara nga Medicare Part A dhe Part B?

Shënim: Duke qenë se anëtarët tanë marrin gjithashtu ndihmë nga Medicaid, shumë pak anëtarë e arrijnë ndonjëherë këtë shumë maksimale nga xhepi. Ju nuk jeni përgjegjës për të paguar kostot jashtë xhepit kundrejt shumës maksimale nga xhepi për shërbimet e mbuluara nga Part A dhe Part B.

Duke qenë se jeni regjistruar në një plan Medicare Advantage, ekziston një kufi në shumën që duhet të paguani nga xhepi çdo vit për shërbimet mjekësore që mbulohen nga Medicare Part A dhe Part B. Ky kufi quhet maksimumi i jashtëm i shumës së xhepit (MOOP) për shërbimet mjekësore. Për vitin kalendarik 2025 kjo shumë është \$9,350.

Shumat që paguani për shërbimet e mbuluara llogariten kundrejt kësaj shume maksimale nga xhepi. Shumat që paguani për barnat tuaja me recetë të Part D nuk llogariten kundrejt shumës suaj maksimale nga xhepi. Përveç kësaj, shumat që paguani për disa shërbime nuk llogariten kundrejt shumës suaj maksimale nga xhepi. Këto shërbime janë të shënuara me një yll (*) në grafikun e përfitimeve mjekësore. Nëse arrini shumën maksimale nga xhepi prej \$9,350, nuk do t'ju duhet të paguani asnjë kosto nga xhepi për pjesën tjetër të vitit për shërbimet e mbuluara të Part A dhe B. Megjithatë, ju duhet të vazhdoni të paguani primin e Medicare Part B (përveç rastit kur primi i Part B paguhet për ju nga Medicaid ose një palë tjetër e tretë).

SEKSIONI 2 Përdorni grafikun e përfitimeve mjekësore për të mësuar se çfarë mbulohet**Seksioni 2.1 Përfitimet tuaja mjekësore, kujdesi afatgjatë ose shërbimet e bazuara në shtëpi dhe në komunitet si anëtar i planit**

Grafiku i përfitimeve mjekësore në faqet e mëposhtme liston shërbimet që mbulon Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Mbulimi i barnave me recetë të Part D është në Kapitullin 5. Shërbimet e listuara në grafikun e përfitimeve mjekësore mbulohen vetëm kur plotësohen kërkesat e mëposhtme të mbulimit:

- Shërbimet tuaja të mbuluara me Medicare dhe Medicaid duhet të ofrohen sipas udhëzimeve të mbulimit të përcaktuara nga Medicare dhe Medicaid.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

- Shërbimet tuaja (duke përfshirë kujdesin mjekësor, shërbimet, furnizimet, pajisjet dhe barnat me recetë të Part B) *duhet* të jenë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Të nevojshme nga pikëpamja mjekësore do të thotë që shërbimet, furnizimet ose barnat nevojiten për parandalimin, diagnostikimin ose trajtimin e gjendjes suaj mjekësore dhe përmbushin standardet e pranura të praktikës mjekësore.
- Për të regjistruarit e rinj, plani juaj i kujdesit të koordinuar në MA duhet të ofrojë një periudhë tranzicioni minimale 90-ditore, kohë gjatë së cilës plani i ri MA mund të mos kërkojë autorizim paraprak për ndonjë kurs aktiv trajtimi, edhe nëse kursi i trajtimit ishte për një shërbim që filloi me një ofrues jashtë rrjetit.
- Ju e merrni kujdesin tuaj nga një ofrues rrjeti. Në shumicën e rasteve, kujdesi që merrni nga një ofrues jashtë rrjetit nuk do të mbulohet nëse nuk është kujdes emergjent ose urgjent ose nëse plani juaj ose një ofrues rrjeti ju ka dhënë një referim. Kjo do të thotë që do t'ju duhet ta paguani plotësisht ofruesin për shërbimet e ofruara.
- Ju keni një ofrues të kujdesit parësor (një PCP) i cili ofron dhe mbikëqyr kujdesin tuaj.
- Disa nga shërbimet e listuara në grafikun e përfitimeve mjekësore mbulohen *vetëm* nëse mjeku juaj ose ofrues tjetër i rrjetit merr miratimin paraprakisht (ndonjëherë i quajtur autorizim paraprak) nga ne. Shërbimet e mbuluara që kanë nevojë për miratim paraprakisht janë shënuar në grafikun e përfitimeve mjekësore me **shkronja të trasha**.
- Nëse plani juaj i koordinuar i kujdesit siguron miratimin e një kërkesë paraprake për autorizim për një kurs trajtimi, miratimi duhet të jetë i vlefshëm për atë kohë sa është e arsyeshme dhe e nevojshme nga pikëpamja mjekësore për të shmangur ndërprerjet në kujdesin shëndetësor në përputhje me kriteret e zbatueshme të mbulimit, historikun tuaj mjekësor dhe rekomandimin e ofruesit të trajtimit.

Gjëra të tjera të rëndësishme për të ditur rreth mbulimit tonë:

- Ju mbuloheni si nga Medicare ashtu edhe nga Medicaid. Medicare mbulon kujdesin shëndetësor dhe barnat me recetë. Medicaid mbulon ndarjen tuaj të kostos për shërbimet e Medicare, duke përfshirë shërbimet spitalore si pacient i brendshëm dhe shërbimet spitalore si pacient i jashtëm. Medicaid mbulon gjithashtu shërbimet që Medicare nuk mbulon, si kujdesi afatgjatë, barnat pa recetë, shërbimet në shtëpi dhe në komunitet, ose shërbime të tjera vetëm për Medicaid.
- Ashtu si të gjitha planet shëndetësore të Medicare, ne mbulojmë gjithçka që mbulon Original Medicare. (Nëse dëshironi të dini më shumë rreth mbulimit dhe kostove të Original Medicare, shikoni në broshurën tuaj “*Medicare & You 2025*”. Shikojeni atë në internet në www.medicare.gov ose kërkonin një kopje duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 1-877-486-2048).
- Për të gjitha shërbimet parandaluese që mbulohen pa kosto sipas Original Medicare, ne gjithashtu mbulojmë shërbimin pa kosto për ju.
- Nëse Medicare shton mbulim për ndonjë shërbim të ri gjatë vitit 2025, ato shërbime do t'i mbulojë ose Medicare ose plani ynë.
- Për shkak se ju merrni ndihmë nga Medicaid, ju nuk paguani asgjë për shërbimet tuaja të mbuluara për sa kohë që ndiqni rregullat e planit për marrjen e kujdesit tuaj. Kjo do të thotë që për shërbimet e mbuluara, nuk do të duhet të paguani asnjë pjesë të kostos (pa “co-pay” ose shuma të zbritshme). Si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ne koordinojmë shërbimet tuaja të mbuluara nga Medicare dhe shërbimet tuaja të Medicaid pasi të dyja mbulohen nga plani ynë. Informacioni i përfitimeve më poshtë përfshin shërbimet e mbuluara me Medicare dhe Medicaid.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

- Nëse jeni brenda periudhës 6-mujore të planit tonë të kualifikimit të vazhdueshëm të konsideruar, ne do të vazhdojmë të ofrojmë të gjitha përfitimet e Medicare të mbuluara nga plani i Medicare Advantage. Megjithatë, gjatë kësaj periudhe, ne nuk do të vazhdojmë të mbulojmë përfitimet e Medicaid që përfshihen në Medicaid State Plan të zbatueshëm dhe as nuk do të paguajmë primet e Medicare ose ndarjen e kostos për të cilat shteti do të ishte ndryshe përgjegjës nëse nuk do të kishit humbur kualifikimin tuaj për Medicaid. Shuma që ju paguani për shërbimet e mbuluara nga Medicare mund të rritet gjatë kësaj periudhe.

Ju nuk paguani asgjë për shërbimet e listuara në grafikun e përfitimeve, për sa kohë që plotësoni kërkesat e mbulimit të përshkruara më sipër.

Informacione të rëndësishme për përfitimet për të regjistruarit që kualifikohen për “Extra Help”:

- Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) merr pjesë në modelin Value Based Insurance Design (VBID). Ky program lejon që modeli VBID të provojë mënyra të reja për të përmirësuar planet e Medicare Advantage. Si pjesë e Modelit VBID, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ofron eliminimin e ndarjes së kostos për barnat e Part D. Anëtarët që marrin “Extra Help” do të kenë ndarje të reduktuar të kostos (\$0) për të gjitha barnat e Part D në të gjitha fazat e mbulimit. Për më shumë informacion, telefononi Member Services nëse keni pyetje në lidhje me këtë përfitim ose se si do t’ju ndihmojë.

Informacione të rëndësishme për përfitimet për të regjistruarit me gjendje kronike

- Nëse jeni diagnostikuar me gjendjet kronike vijuese të identifikuar më poshtë dhe përmbushni disa kritere, mund të keni të drejtë për përfitime të veçanta shtesë për të sëmurët kronikë.
 - Varësi kronike nga alkooli dhe droga të tjera;
 - Çrregullime autoimune;
 - Kancer;
 - Çrregullime kardiovaskulare;
 - Insuficiencë kardiake kronike;
 - Demencë;
 - Diabet;
 - Sëmundje e mëlçisë në fazën e fundit;
 - Sëmundje e veshkave në fazën e fundit (ESRD);
 - Çrregullime të rënda hematologjike;
 - HIV/SIDA;
 - Çrregullime kronike të mushkërive;
 - Gjendje kronike dhe të paaftësuese të shëndetit mendor;
 - Çrregullime neurologjike; dhe
 - Hemorragji cerebrale

Ne do t’ju ndihmojmë të keni akses në këto përfitime. Ju mund të telefononi Member Services ose Koordinatorin tuaj të Kujdesit për të nisur kërkesën tuaj ose për të marrë informacion shtesë.

Shënim: Duke kërkuar këtë përfitim, ju po autorizoni përfaqësuesit e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) që t’ju kontaktojnë me telefon, postë ose çdo mënyrë tjetër komunikimi siç përshkruhet shprehimisht në aplikimin tuaj.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

- Ju lutemi, shkoni te rreshti i *Përfitimeve suplementare speciale për të sëmurët kronikë* në grafikun e mëposhtëm të përfitimeve mjekësore për detaje të mëtejshme.
- Ju lutemi na kontaktoni për të zbuluar saktësisht se për cilat përfitime mund të keni të drejtë.



Këtë grafik do ta shihni pranë shërbimeve parandaluese në grafikun e përfitimeve.

Grafiku i përfitimeve mjekësore

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Ekzaminimi i aneurizmës së aortës abdominale * Një ekografi kontrolluese një herë për personat në rrezik. Plani e mbulon këtë ekzaminim vetëm nëse keni faktorë të caktuar rreziku dhe nëse merrni një rekomandim për të nga mjeku juaj, mjeku asistent, infermieri specialist ose infermieri klinik.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për anëtarët e kualifikuar për këtë ekzaminim parandalues.
	Akupunktura për dhimbjet kronike të mesit Shërbimet e mbuluara përfshijnë: Deri në 12 vizita në 90 ditë mbulohen për përfituesit e Medicare në rrethanat e mëposhtme: Për qëllim të këtij përfitimi, dhimbja kronike e shpinës përkufizohet si: • zgjat 12 javë ose më shumë; • jospesifike, në atë që nuk ka një shkak sistematik të identifikueshëm (d.m.th., jo e lidhur me sëmundje metastatike, inflamatore, infektive etj.); • nuk shoqërohet me kirurgji; dhe • nuk lidhet me shtatzëninë. Tetë seanca shtesë do të mbulohen për ata pacientë që tregojnë përmirësim. Nuk mund të administrohen më shumë se 20 trajtime akupunkturë në vit. Trajtimi duhet të ndërpritet nëse pacienti nuk po përmirësohet ose po shfaq regres. Kërkesat e ofruesit: Mjekët (siç përcaktohet në 1861(r)(1) të Ligjit të Sigurimeve Shoqërore (Ligji)) mund të ofrojnë akupunkturë në përputhje me kërkesat e zbatueshme të shtetit. Mjekët asistentë (PA), infermierët praktikues (NP) / specialistët e infermierëve klinikë (CNSs) (siç identifikohet në 1861 (aa) (5) të Ligjit) dhe personeli ndihmës mund të ofrojnë akupunkturë nëse plotësojnë të gjitha kërkesat e zbatueshme të shtetit dhe kanë:	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për shërbimet e akupunkturës të mbuluara nga Medicare.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Akupunktura për dhimbjet kronike të mesit (Vazhdim) • një diplomë master ose doktoraturë në akupunkturë ose mjekësi orientale nga një shkollë e akredituar nga Komisioni i Akreditimit për Akupunkturën dhe Mjekësinë Orientale (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine - ACAOM); dhe, • një licencë aktuale, të plotë, aktive dhe të pakufizuar për të praktikuar akupunkturën në një shtet, territor ose komonuelth (p.sh. Puerto Rico) të Shteteve të Bashkuara, ose District of Columbia. Personeli ndihmës që ofron akupunkturë duhet të jetë nën nivelin e duhur të mbikëqyrjes së një mjeku, PA ose NP/CNS të kërkuar nga rregulloret tona në 42 CFR §§ 410.26 dhe 410.27.	
	Shërbimet e akupunkturës (Suplementare)* Përveç kësaj, Senior Whole Health of New York NHC ofron 30 trajtime të tjera akupunkturë çdo vit. Shërbimet shtesë të akupunkturës mbulohen kur përcaktohen si standard i pranuar mjekësor i kujdesit për: ◦ Dhimbje koke; dhimbje të kyçeve të ijeve ose gjurit të shoqëruara me osteoartrit (OA); ose dhimbje të tjera të kyçeve të ekstremiteteve kur kronike dhe nuk i përgjigjet kujdesit standard mjekësor; sindromat e dhimbjes që përfshijnë kyçet dhe indet e buta shoqëruese; dhimbje muskuloskeletore të qafës dhe shpinës; të përziera të shoqëruara me kimioterapi; vjellje pas operacionit; dhe të përziera të lidhura me shtatzëninë ◦ Shërbimet e mbuluara të akupunkturës nuk përfshijnë shërbimet për trajtimin e astmës ose varësisë (duke përfshirë pa kufizim, ndërprerjen e duhanit)	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime.
	Shërbimet e ambulancës Shërbimet e mbuluara të ambulancës, qoftë për situatë emergjence ose situatë jo-emergjence, përfshijnë shërbimet e ambulancës fikse, me levë rrotulluese dhe automjet ambulancë, në objektin më të afërt të përshtatshëm që mund të ofrojë kujdes vetëm nëse i jepen një anëtar gjendja mjekësore e të cilit është e tillë që mjetet e tjera të transportit mund të rrezikojnë shëndetin e personit ose nëse autorizohet sipas planit. Nëse shërbimet e mbuluara të ambulancës nuk janë për një situatë emergjente, duhet të dokumentohet se gjendja e anëtarit është e tillë që mjetet e tjera të transportit mund të rrezikojnë shëndetin e personit dhe se transporti me ambulancë kërkohet nga pikëpamja mjekësore.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Kërkohet autorizim paraprak vetëm për ambulancën në raste joemergjente. Nëse keni nevojë për kujdes emergjence, telefononi 911 dhe kërkoni një ambulancë.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Vizita e përvitshme e mirëqenies* Nëse e keni pasur Part B për më shumë se 12 muaj, mund të bëni një vizitë vjetore të shëndetit për të zhvilluar ose përditësuar një plan parandalimi të personalizuar bazuar në shëndetin tuaj aktual dhe faktorët e rrezikut. Kjo mbulohet një herë në 12 muaj. Shënim: Vizita juaj e parë vjetore e shëndetit nuk mund të bëhet brenda 12 muajve nga vizita juaj parandaluese “Welcome to Medicare”. Megjithatë, nuk është e nevojshme të keni pasur një vizitë “Welcome to Medicare” për t’u mbuluar për vizitat vjetore të shëndetit pasi të keni kryer Part B për 12 muaj.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për vizitën e përvitshme të shëndetit.
	Matja e masës kockore* Për individët e kualifikuar (në përgjithësi, kjo do të thotë persona në rrezik të humbjes së masës kockore ose në rrezik të osteoporozës), shërbimet e mëposhtme mbulohen çdo 24 muaj ose më shpesh nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore: procedurat për të identifikuar masën kockore, për të zbuluar humbjen e kockave ose për të përcaktuar cilësinë e kockës, duke përfshirë interpretimin e rezultateve nga një mjek.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për matjen e masës kockore të mbuluar nga Medicare.
	Ekzaminimi i kancerit të gjirit (mamografia)* Shërbimet e mbuluara përfshijnë: - Një mamografi bazë midis moshës 35 dhe 39 vjeç - Një mamografi ekzaminuese çdo 12 muaj për gratë e moshës 40 vjeç e lart - Ekzaminimet klinike të gjirit një herë në 24 muaj Një mamografi ekzaminuese përdoret për zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit. Pasi të jetë përcaktuar një historik i kancerit të gjirit dhe derisa të mos ketë më asnjë shenjë ose simptomë të kancerit të gjirit, mamografite e vazhdueshme konsiderohen si diagnostikuese dhe mbulohen nën “Testet diagnostike si pacient i jashtëm dhe shërbimet dhe furnizimet terapeutike” në këtë grafik. Përfitimi vjetor i mamografisë ekzaminuese nuk është i disponueshëm për anëtarët që kanë shenja ose simptoma të kancerit të gjirit.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për mamografite e mbuluara.
	Shërbimet e rehabilitimit kardiak Programet gjithëpërfshirëse të shërbimeve të rehabilitimit kardiak që përfshijnë ushtrimet, edukimin dhe këshillimin mbulohen për anëtarët që plotësojnë disa kushte me porosi të mjekut. Plani mbulon gjithashtu programe intensive të rehabilitimit kardiak që janë zakonisht më rigorozë ose më intensive se programet e rehabilitimit kardiak.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Vizitë për reduktimin e rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare (terapi për sëmundjet kardiovaskulare)* Ne mbulojmë një vizitë në vit te mjeku juaj i kujdesit parësor për të ndihmuar në uljen e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare. Gjatë kësaj vizite, mjeku juaj mund të diskutojë përdorimin e aspirinës (nëse është e përshtatshme), të kontrollojë presionin e gjakut dhe t'ju japë këshilla për t'u siguruar që të hani shëndetshëm.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për përfitimin parandalues të sëmundjeve kardiovaskulare të terapisë intensive të sjelljes.
	Testimi i sëmundjeve kardiovaskulare* Testet e gjakut për zbulimin e sëmundjeve kardiovaskulare (ose anomalive të shoqëruara me një rrezik të lartë të sëmundjeve kardiovaskulare) një herë në 5 vjet (60 muaj).	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për testimin e sëmundjeve kardiovaskulare që mbulohet një herë në 5 vjet.
	Ekzaminimi i kancerit të qafës së mitrës dhe vaginës* Shërbimet e mbuluara përfshijnë: • Për të gjitha gratë: Pap-testi dhe ekzaminimet e legenit mbulohen një herë në 24 muaj • Nëse jeni në rrezik të lartë të kancerit të qafës së mitrës ose vaginës ose jeni në moshë riprodhuese dhe keni pasur një Pap-test jonormal gjatë 3 viteve të fundit: një Pap-test çdo 12 muaj	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për ekzaminimet parandaluese Pap dhe legenit të mbuluara nga Medicare.
	Shërbime kiropraktike (të mbuluara nga Medicare) Shërbimet e mbuluara përfshijnë: • Manipulimi manual i shtyllës kurrizore për të korrigjuar subluksacionin	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Ekzaminimi i kancerit kolorektal* Mbulohen testet e mëposhtme ekzaminuese: - Kolonoskopia nuk ka kufizime minimale ose maksimale për moshën dhe mbulohet një herë në 120 muaj (10 vjet) për pacientët me rrezik të lartë, ose 48 muaj pas një sigmoidoskopie të mëparshme fleksibël për pacientët që nuk janë në rrezik të lartë për kancer kolorektal dhe një herë në 24 muaj për pacientët me rrezik të lartë pas një kolonoskopie të mëparshme ekzaminuese ose klizmë me barium. - Sigmoidoskopi fleksibël për pacientët 45 vjeç e lart. Një herë në 120 muaj për pacientët jo në rrezik të lartë pasi pacienti ka kryer një kolonoskopi ekzaminuese. Një herë në 48 muaj për pacientët me rrezik të lartë nga sigmoidoskopia e fundit fleksibël ose klizma me barium. - Teste ekzaminuese të gjakut fekal-okult për pacientët 45 vjeç e lart. Një herë në 12 muaj. - ADN-ja e jashtëqitjes me shumë objektiva për pacientët 45 deri në 85 vjeç dhe që nuk plotëson kriteret e rrezikut të lartë. Një herë në 3 vjet. - Testet e bioshënuesve me bazë gjaku për pacientët 45 deri në 85 vjeç dhe që nuk plotësojnë kriteret e rrezikut të lartë. Një herë në 3 vjet. - Klizma me barium si një alternativë ndaj kolonoskopisë për pacientët me rrezik të lartë dhe 24 muaj që nga klizma e fundit ekzaminuese me barium ose kolonoskopia e fundit ekzaminuese. - Klizma me barium si një alternativë ndaj sigmoidoskopisë fleksibël për pacientët jo në rrezik të lartë dhe 45 vjeç e lart. Një herë të paktën 48 muaj pas klizmës së fundit ekzaminuese me barium ose sigmoidoskopisë fleksibël ekzaminuese. Testet ekzaminuese të kancerit kolorektal përfshijnë një kolonoskopi ekzaminuese vijuese pasi një test ekzaminues i kancerit kolorektal jo-invaziv me bazë jashtëqitjeje të mbuluar nga Medicare jep një rezultat pozitiv.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për një test ekzaminuese të kancerit kolorektal të mbuluar nga Medicare, duke përjashtuar klizmat me barium, për të cilat aplikohet “coinsurance”. Nëse mjeku juaj gjen dhe heq një polip ose inde të tjera gjatë kolonoskopisë ose sigmoidoskopisë fleksibël, ekzaminimi i kontrollit bëhet një ekzaminim diagnostik.
	Shërbimet Dentare Në përgjithësi, shërbimet dentare parandaluese (të tilla si pastrimi, ekzaminimet rutinë dentare dhe rrezet x dentare) nuk mbulohen nga Original Medicare. Megjithatë, Medicare aktualisht paguan për shërbimet dentare në një numër të kufizuar rrethanash, veçanërisht kur ai shërbim është pjesë përbërëse e trajtimit specifik të gjendjes mjekësore parësore të përfituesit. Disa shembuj përfshijnë rindërtimin e nofullës pas frakturës ose lëndimit, ekstraktimet e dhëmbëve të bëra në përgatitje për trajtimin me rrezatim për	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për anëtarët që kualifikohen për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak për

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet Dentare (Vazhdim) kancerin që përfshin nofullën, ose ekzaminimet orale që i paraprijnë transplantimit të veshkave.	stomatologji gjithëpërfshirëse.
	Shërbime dentare (suplementare)* Ne kemi krijuar një partneritet me një furnitor për të ofruar mbulim gjithëpërfshirës dentar që përputhet me shërbimet e ofruara nga New York State Medicaid. Shërbimet do të mbulohen kur të merren nga një ofrues i lidhur përmes rrjetit tonë të furnitorëve. Përfitimet tuaja dentare përfshijnë shërbimet diagnostike, parandaluese, restauruese, endodontikën, periodontikën, protezat (të lëvizshme), protezat (fikse), protetikën maksilofaciale, shërbimet e implanteve, kirurgji orale dhe maksilofaciale dhe shërbimet e përgjithshme ndihmëse. Për një listë të plotë të shërbimeve, ju lutemi vizitoni www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm dhe zgjidhni Programin e përditësuar të tarifave Kodet e listuara në lidhjen e programit të përfitimeve më sipër mund të përditësohen nga Shoqata Amerikane e Stomatologjisë (ADA) gjatë vitit. Nëse keni një pyetje në lidhje me një kod ADA dentar, ju lutemi telefononi Member Services. Numri i tyre i telefonit mund të gjendet në pjesën e pasme të kartës së identitetit të anëtarit të planit. Disa shërbime dentare mund të kërkojnë autorizim paraprak dhe duhet të jenë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Ofruesi juaj do të trajtojë çdo autorizim të kërkuar nga plani për ju. Shënim: Mbulimi i mësipërm është për përfitimin suplementar dentar të Medicare. Edhe përfitimi juaj Dentar i New York Medicaid administrohet gjithashtu nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ju lutemi, kontaktoni me Planin për çdo pyetje në lidhje me këtë përfitim të Medicaid.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Ju mund të jeni përgjegjës për kostot nëse një shërbim nuk mbulohet ose nëse e tejkalon shumën e lejuar maksimale. Mund aplikohen kufizime dhe përjashtime. Shërbimet janë të disponueshme vetëm kur ofrohen nga dentistë të kontraktuar brenda rrjetit. Nëse merrni kujdes nga një ofrues dentar jashtë rrjetit, ju duhet të paguani për kujdesin tuaj.
	Ekzaminimi i depresionit* Ne mbulojmë një ekzaminim për depresionin në vit. Ekzaminimi duhet të bëhet në një mjedis të kujdesit parësor që mund të ofrojë trajtim vijues dhe/ose rekomandime.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për një vizitë vjetore të ekzaminimit të depresionit.
	Ekzaminimi i diabetit* Ne e mbulojmë këtë ekzaminim (përfshin testet e glukozës esëll) nëse keni ndonjë nga faktorët e rrezikut të mëposhtëm: presion të lartë të gjakut	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për testet e

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Ekzaminimi i diabetit*(Vazhdim) (hipertension), historik të niveleve jonormale të kolesterolit dhe triglicerideve (dislipidemia), obezitet ose një historik të sheqerit (glukozës) të lartë në gjak. Testet mund të mbulohen gjithashtu nëse plotësoni kërkesa të tjera, si p.sh. jeni mbi peshë dhe keni një historik diabeti në familje. Ju mund të kualifikoheni për deri në dy ekzaminime të diabetit çdo 12 muaj pas datës së testit tuaj më të fundit të ekzamoinimit të diabetit.	ekzaminimit të diabetit të mbuluara nga Medicare.
	Trajnime për vetë-menaxhimin e diabetit, shërbime dhe furnizime për diabetin* Për të gjithë personat që kanë diabet (përdorues të insulinës dhe jo përdorues të saj). Shërbimet e mbuluara përfshijnë: - Furnizime për monitorimin e glukozës në gjak: Monitorues i glukozës në gjak, shirita për testimin e glukozës në gjak, pajisje dhe lanceta, dhe solucione për kontrollin e glukozës për të kontrolluar saktësinë e shiritave dhe monitorëve të testimit. - Monitorues të glukozës (sheqerit) në gjak - Mbulohet kur mjeku juaj e rekomandon për përdorim në shtëpi. - Monitoruesit e glukozës në gjak të markës së preferuar nuk kërkojnë autorizim paraprak. - Shirita testues të glukozës (sheqerit) në gjak - Shiritat e testit të glukozës në gjak të markës së preferuar nuk kërkojnë autorizim paraprak. - Mund të kufizohet në një furnizim 30-ditor për mbushje. - Insulina - Nuk mbulohet nga Medicare Part B. Mund të mbulohet nga Medicare Part D. - Nëse përdorni një pompë të jashtme insuline, insulina dhe pompa mund të mbulohen si pajisje mjekësore të qëndrueshme (DME). Megjithatë, furnizuesit e pompave të insulinës mund të mos ofrojnë insulinë. - Aparatet e lancetave dhe lancetat - Zgjidhje të kontrollit të glukozës për kontrollin e saktësisë së shiritave të testimit dhe monitorëve.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Furnizimet mbulohen kur keni një recetë dhe e plotësoni atë në një farmaci të rrjetit të shitjes me pakicë ose nëpërmjet programit Mail Service Pharmacy. Shihni “Kujdes për sytë” në këtë grafik për shërbimet e mjekut nëse keni nevojë për një kontroll të syve për retinopati diabetike ose një ekzaminim të glaukomës. Shihni “Shërbimet e podiatrisë” në këtë grafik nëse jeni diabetik dhe duhet të shkoni te mjeku për një ekzaminim të këmbës. Shihni “Terapia e të ushqyerit mjekësor” në këtë grafik nëse jeni diabetik dhe keni nevojë për shërbime të terapisë mjekësore të ushqyerjes (MNT). Mund të kërkohet autorizim paraprak për

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Trajnime për vetë-menaxhimin e diabetit, shërbime dhe furnizime për diabetin* (Vazhdim) • Për personat me diabet që kanë sëmundje të rëndë të këmbës diabetike: Një palë këpucë terapeutike të prodhuara me porosi për çdo vit kalendarik (duke përfshirë insertet e ofruara me këpucë të tilla) dhe dy palë inserte shtesë, ose një palë këpucë të thella dhe tre palë inserte (duke mos përfshirë insertet e lëvizshme jo të personalizuar të ofruara me këpucë të tilla). Mbulimi përfshin vendosjen. • Trajnimi për vetë-menaxhimin e diabetit mbulohet në kushte të caktuara.	pajisje diabetike, këpucë diabetike dhe inserte. Nuk kërkohet autorizim paraprak për prodhuesin e preferuar. Nuk kërkohet autorizim paraprak për trajnimin e vetë-menaxhimit të diabetit të mbuluar nga Medicare.
	Pajisje mjekësore të qëndrueshme (DME) dhe furnizime të ngjashme (Për një përkufizim të pajisjeve mjekësore të qëndrueshme, shihni Kapitullin 12 si dhe Kapitullin 3, Seksionin 7 të këtij dokumenti.) Artikujt e mbuluar përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm me: karrige me rrota, paterica, sistemesh dyshekë të motorizuar, pajisje diabetike, shtretër spitalorë të porositur nga një ofrues për përdorim në shtëpi, pompa infuzioni IV, pajisje gjeneruese të të folurit, pajisje oksigjeni, nebulizatorë dhe paterica mbështetëse. Ne mbulojmë të gjitha DME-të e nevojshme mjekësore të mbuluara nga Original Medicare. Nëse furnizuesi ynë në zonën tuaj nuk ka një markë ose prodhues të caktuar, ju mund t’i pyesni ata nëse mund ta porosisin atë për ju. Lista më e fundit e furnitorëve është e disponueshme në faqen tonë të internetit në SWHNY.com. Në përgjithësi, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mbulon çdo DME të mbuluar nga Original Medicare nga markat dhe prodhuesit në këtë listë. Ne nuk do të mbulojmë markat dhe prodhuesit e tjerë, përveçse nëse mjeku juaj ose ofruesit e tjerë na tregojnë se marka është e përshtatshme për nevojat tuaja mjekësore. Megjithatë, nëse jeni i ri në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dhe po përdorni një markë DME që nuk është në listën tonë, ne do të vazhdojmë ta mbulojmë këtë markë për ju deri në 90 ditë. Gjatë kësaj kohe, duhet të flisni me mjekun tuaj për të vendosur se cila markë është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore për ju pas kësaj periudhe 90-ditore. (Nëse nuk jeni dakord me mjekun tuaj, mund t’i kërkonit atij ose asaj që t’ju referojë për një mendim të dytë.) Nëse ju (ose ofruesi juaj) nuk jeni dakord me vendimin e mbulimit të planit, ju ose ofruesi juaj mund të paraqisni një apelim. Ju gjithashtu mund të	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak. Nuk kërkohet autorizim paraprak për prodhuesin e preferuar.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Pajisje mjekësore të qëndrueshme (DME) dhe furnizime të ngjashme (Vazhdim) paraqisni një apelim nëse nuk jeni dakord me vendimin e ofruesit tuaj se cili produkt ose markë është e përshtatshme për gjendjen tuaj mjekësore. (Për më shumë informacion mbi apelimet, shihni Kapitullin 8 <i>Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)</i>).	
	Kujdesi i emergjencës Kujdesi i emergjencës u referohet shërbimeve që: • Furnizohen nga një ofrues i kualifikuar për të ofruar shërbime emergjence, dhe • Nevojitet për të vlerësuar ose stabilizuar një gjendje mjekësore emergjente. Një emergjencë mjekësore është kur ju ose çdo person tjetër i kujdesshëm me njohuri mesatare të shëndetit dhe mjekësisë, besoni se keni simptoma mjekësore që kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor për të parandaluar humbjen e jetës (dhe, nëse jeni grua shtatzënë, humbjen e një fëmije të palindur), humbjen e një gjymtyre ose humbjen e funksionit të një gjymtyre. Simptomat mjekësore mund të jenë një sëmundje, lëndim, dhimbje e fortë ose një gjendje mjekësore që po përkeqësohet shpejt. Ndarja e kostos për shërbimet e nevojshme të emergjencës të furnizuara jashtë rrjetit është e njëjtë si për shërbime të tilla të furnizuara brenda rrjetit. Kujdesi i emergjencës jashtë Shteteve të Bashkuara (SHBA) mund të mbulohet nga përfitimi botëror i mbulimit të emergjencës. Ne ofrojmë deri në \$10,000 mbulim emergjence në mbarë botën çdo vit kalendarik për kujdesin e emergjencës dhe kujdesin pas stabilizimit. Shihni “Mbulimi i kujdesit mbarëbotëror të emergjencës/urgjencës” në këtë grafik për të mësuar më shumë.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Nëse shtroheni në një spital, do të paguani ndarjen e kostos siç përshkruhet në “Kujdesi spitalor për pacientë të brendshëm” në këtë grafik. Ndarja juaj e kostos është e njëjtë për shërbimet e emergjencës brenda ose jashtë rrjetit. Nëse merrni kujdes emergjence në një spital jashtë rrjetit dhe keni nevojë për kujdes si pacient i brendshëm pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, ju duhet të ktheheni në një spital të rrjetit në mënyrë që kujdesi juaj të vazhdojë të mbulohet <i>OSE</i> duhet të keni kujdesin tuaj si pacient i brendshëm në spitalin jashtë rrjetit të autorizuar nga plani dhe kostoja juaj është ndarja më e lartë e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Përfitimi i fitnesit (suplementar)* Ju merrni një anëtarësim fitnesi në qendrat pjesëmarrëse të fitnesit. Nëse nuk jeni në gjendje të vizitoni një qendër fitnesi ose preferoni të stërviteni edhe nga shtëpia, mund të zgjidhni një komplet Home Fitness. Kompletet do t'ju ndihmojnë të qëndroni aktiv në komoditetin e shtëpisë suaj. Opsionet e fitnesit në shtëpi përfshijnë zgjedhjen e gjurmuesit të fitnesit, kompleteve të forcës ose jogës. Nëse zgjidhni të stërviteni në një qendër fitnesi, mund të shikoni faqen e internetit dhe të zgjidhni një vendndodhje pjesëmarrëse, ose mund të shkoni direkt në një qendër fitnesi pjesëmarrëse për të filluar. Objektet pjesëmarrëse dhe zinxhirët e fitnesit mund të variojnë sipas vendndodhjes dhe mund të ndryshojnë. Kompletet mund të ndryshojnë.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Gjithmonë bisedoni me mjekun tuaj përpara se të filloni ose ndryshoni rutinën tuaj të ushtrimeve.
	Programet e edukimit për shëndetin dhe mirëqenien* Programet e menaxhimit shëndetësor Ne kemi programe në dispozicion për t'ju ndihmuar të menaxhoni një gjendje shëndetësore të diagnostikuar. Në programe përfshihet: • Menaxhimi i astmës. • Menaxhimi i depresionit. • Menaxhimi i diabetit. • Menaxhimi i presionit të lartë të gjakut. • Menaxhimi i sëmundjeve kardiovaskulare (CVD). • Menaxhimi i sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (COPD). • Programi i shtatzënisë. Disponohen materiale mësimore dhe këshilla për kujdesin. Ne gjithashtu mund t'ju ndihmojmë të punoni me ofruesin tuaj. Regjistrimi në programet e menaxhimit shëndetësor: • Ju regjistroheni automatikisht në programet që plotësojnë më mirë nevojat tuaja bazuar në të dhënat e pretendimeve mjekësore ose në farmaci. • Ju gjithashtu mund të regjistroheni përmes ofruesit tuaj ose të vetë-rekomandoheni. Ka disa kërkesa që duhet të plotësoni për t'u regjistruar. Çregjistrimi nga programet e menaxhimit shëndetësor: • Këto programe janë vullnetare dhe ju mund të zgjidhni të hiqeni nga një program në çdo kohë.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Programet e edukimit për shëndetin dhe mirëqenien* (Vazhdim) Mund të mësoni më shumë ose të regjistroheni në cilindo nga programet e mësipërme duke telefonuar Departamentin tonë të Menaxhimit Shëndetësor në (866) 891-2320 (TTY: 711), nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00 (Ora Standarde Lindore). Programet e promovimit shëndetësor Janë gjithashtu të disponueshme programe të tjera të krijuara për të pasuruar shëndetin dhe stilin tuaj të jetesës, si: • Një program për lënien e duhanit. • Një program për kontrollin e peshës. Për informacion dhe/ose materiale për lënien e duhanit ose kontrollin e peshës telefononi (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00 (Ora Standarde Lindore). Linja e këshillimit me infermierë Pavarësisht nëse keni një shqetësim të menjëhershëm shëndetësor, pyetje në lidhje me një gjendje mjekësore ose dëshironi informacion të përgjithshëm rreth burimeve shëndetësore të disponueshme, linja e këshillimit me infermierë është e disponueshme 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Një infermier i regjistruar do t'ju ndihmojë të përcaktoni nëse mund ta menaxhoni kujdesin tuaj në shtëpi ose keni nevojë për vëmendjen e një profesionisti mjekësor. Telefononi në çdo kohë, ditën apo natën, për të folur me një infermiere të regjistruar në lidhje me sëmundjet ose lëndimet. • Nuk nevojitet referim apo autorizim paraprak Ky shërbim nuk është i destinuar për raste emergjence. Në rast emergjence, telefononi menjëherë 911.	
	Karta Healthy You Karta e planit Healthy You mund të përdoret për të paguar përfitime shtesë të përzgjedhura të planit si: • Pa recetë (OTC) • Ushqime dhe produkte ushqimore* • Transporti Karta e debitit e ngarkuar paraprakisht nuk është kartë krediti. Ju nuk mund ta konvertoni kartën në para ose t'ua huazoni personave të tjerë. Procedurat	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për kartën tuaj Healthy You.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Karta Healthy You (Vazhdim) kozmetike nuk mbulohen nga kjo kartë përfitimesh. Fondet ngarkohen në kartë çdo muaj. Në fund të çdo muaji, çdo para e alokuar e papërdorur nuk do të bartet në muajin e ardhshëm ose vitin e ardhshëm të planit. Nëse largoheni nga plani, çdo fond i alokuar i papërdorur i kthehet planit në datën e hyrjes në fuqi të regjistrimit tuaj. Për më shumë informacion se si të kualifikoheni për përfitimet ushqime dhe produkte ushqimore dhe suplementare të veçanta për sëmundjet kronike, ju lutemi telefononi Member Services të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Për të pasur akses në ndihmën financiare për SSBCI-të, anëtarët duhet të kenë një gjendje kronike të kualifikuar; një HRA e vlefshme e përfunduar për regjistrimin e tyre aktual në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP); dhe të kenë miratimin e mjekut në lidhje me Menaxhimin e Çështjes nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Për më shumë informacion, referojuni “Përfitime suplementare speciale për të sëmurët kronikë” në këtë grafik.	
	Shërbimet e dëgjimit Vlerësimet diagnostike të dëgjimit dhe ekuilibrit të kryera nga ofruesi juaj për të përcaktuar nëse keni nevojë për trajtim mjekësor mbulohen si kujdes për pacient të jashtëm kur ofrohen nga një mjek, audiolog ose ofrues tjetër i kualifikuar. Ekzaminimet diagnostike të dëgjimit dhe ekuilibrit të mbuluar nga Medicare ndihmojnë në përcaktimin nëse keni nevojë apo jo për trajtim mjekësor. Ekzaminimi bazohet vetëm në një nevojë mjekësore, siç është humbja e dëgjimit për shkak të sëmundjes, lëndimit ose operacionit. Ne mbulojmë sa vijon në kuadër të përfitimit tuaj të Medicaid kur është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore për të lehtësuar paaftësinë e shkaktuar nga humbja ose dëmtimi i dëgjimit: ◦ Zgjedhjen, vendosjen dhe shpërndarjen e aparatit të dëgjimit ◦ Kontrolllet e aparateve të dëgjimit, vlerësimet e konformitetit dhe riparimet ◦ Produktet e aparateve të dëgjimit si forma veshësh, pajisje speciale dhe pjesë këmbimi. Shërbimet e audiologjisë, duke përfshirë ekzaminimet dhe testimet, vlerësimet e aparateve të dëgjimit dhe recetat.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Ekzaminimi për HIV* Për personat që kërkojnë një test ekzaminimi për HIV ose që janë në rrezik të shtuar për infeksion HIV, ne mbulojmë: - Një ekzaminim kontrolli çdo 12 muaj Për gratë shtatzëna, ne mbulojmë: - Deri në tre ekzaminime gjatë shtatzënisë	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për anëtarët që kualifikohen për ekzaminimin parandalues për HIV të mbuluar nga Medicare.
	Kujdesi i agjencisë shëndetësore në shtëpi Përpara se të merrni shërbime shëndetësore në shtëpi, një mjek duhet të vërtetojë se keni nevojë për shërbime shëndetësore në shtëpi dhe do të porosisë që shërbimet shëndetësore në shtëpi të ofrohen nga një agjenci shëndetësore në shtëpi. Ju duhet të jeni të kufizuar në shtëpi, që do të thotë se largimi nga shtëpia është një mundim i madh. Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me: - Shërbimet e infermierisë me kohë të pjesshme ose të herëpashershme dhe të ndihmës shëndetësore në shtëpi (Për t’u mbuluar nga përfitimi i kujdesit shëndetësor në shtëpi, shërbimet tuaja të kualifikuara të infermierisë dhe ndihmës shëndetësore në shtëpi të kombinuara duhet të jenë gjithsej më pak se 8 orë në ditë dhe 35 orë në javë) - Terapia fizike, terapia profesionale dhe terapia e të folurit - Shërbimet mjekësore dhe sociale - Pajisjet dhe furnizimet mjekësore	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Terapia me infuzion në shtëpi Terapia me infuzion në shtëpi përfshin administrimin intravenoz ose nënlëkuror të barnave ose substancave biologjike te një individ në shtëpi. Komponentët e nevojshëm për të kryer infuzionin në shtëpi përfshijnë barin (për shembull, antiviralët, imunoglobulinën), pajisjet (për shembull, një pompë) dhe furnizimet (për shembull, tuba dhe kateterë). Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me: - Shërbimet profesionale, duke përfshirë shërbimet e infermierisë, të furnizuara në përputhje me planin e kujdesit - Trajnimi dhe edukimi i pacientëve që nuk mbulohen ndryshe nga përfitimi i pajisjeve mjekësore të qëndrueshme - Monitorimi në distancë	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Terapia me infuzion në shtëpi (Vazhdim) Shërbime monitorimi për ofrimin e terapisë me infuzion në shtëpi dhe barnave me infuzion në shtëpi i furnizuar nga një furnizues i kualifikuar i terapisë me infuzion në shtëpi	
	Kujdesi për të sëmurët terminalë Ju keni të drejtë për përfitimin e kujdesit për të sëmurët terminalë kur mjeku juaj dhe drejtori mjekësor i kujdesit për të sëmurët terminalë ju kanë dhënë një prognozë terminale që vërteton se jeni i sëmurë terminal dhe keni 6 muaj ose më pak jetë nëse sëmundja juaj shkon normalisht. Ju mund të merrni kujdes nga çdo program i kujdesit për të sëmurët terminalë i certifikuar nga Medicare. Plani juaj është i detyruar t’ju ndihmojë të gjeni programe kujdesi për të sëmurët terminalë të certifikuar nga Medicare në zonën e shërbimit të planit, duke përfshirë ato që organizata MA zotëron, kontrollon ose në të cilat ka një interes financiar. Mjeku juaj i kujdesit për të sëmurët terminalë mund të jetë një ofrues brenda rrjetit ose jashtë rrjetit. Shërbimet e mbuluara përfshijnë: - Barnat për kontrollin e simptomave dhe lehtësimin e dhimbjeve - Kujdesin afatshkurtër për pushimet e kujdestarit - Kujdesin në shtëpi <u>Për shërbimet e kujdesit për të sëmurët terminalë dhe për shërbimet që mbulohen nga Medicare Part A ose B dhe që lidhen me prognozën tuaj terminale:</u> Original Medicare (në vend të planit tonë) do të paguajë ofruesin tuaj të kujdesit për të sëmurët terminalë për shërbimet tuaja të kujdesit për të sëmurët terminalë në lidhje me prognozën tuaj terminale. Ndërsa jeni në programin e kujdesit për të sëmurët terminalë, ofruesi juaj i kujdesit për të sëmurët terminalë do të faturojë Original Medicare për shërbimet që paguan Original Medicare. Do të faturoheni për ndarjen e kostos së Medicare origjinale. <u>Për shërbimet që mbulohen nga Medicare Part A ose B dhe që nuk lidhen me prognozën tuaj terminale:</u> Nëse keni nevojë për shërbime jo emergjente, jo urgjente që mbulohen nga Medicare Part A ose B dhe që nuk lidhen me prognozën tuaj terminale, kostoja juaj për këto shërbime varet nga fakti nëse përdorni një ofrues në rrjetin e planit tonë dhe nëse ndiqni rregullat e planit (si p.sh. nëse ka një kërkesë për të marrë autorizim paraprak). - Nëse i merrni shërbimet e mbuluara nga një ofrues rrjeti dhe ndiqni rregullat e planit për marrjen e shërbimit, ju paguani vetëm shumën e ndarjes së kostos së planit për shërbimet brenda rrjetit	Kur regjistrohemi në një program për të sëmurët terminalë të certifikuar nga Medicare, shërbimet tuaja për të sëmurët terminalë dhe shërbimet tuaja të Part A dhe Part B në lidhje me prognozën tuaj terminale paguhen nga Original Medicare, jo nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Plani ynë mbulon shërbimet e konsultimit për të sëmurët terminalë (vetëm një herë) për një person të sëmurë terminal që nuk e ka zgjedhur përfitimin për të sëmurët terminalë. Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Kujdesi për të sëmurët terminalë* (Vazhdim) Nëse i merrni shërbimet e mbuluara nga një ofrues jashtë rrjetit, ju paguani ndarjen e kostos sipas Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) <u>Për shërbimet që mbulohen nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), por nuk mbulohen nga Medicare Part A ose B: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do të vazhdojë të mbulojë shërbimet e mbuluara nga plani që nuk mbulohen nga Part A ose B, pavarësisht nëse ato lidhen apo jo me prognozën tuaj terminale. Ju paguani shumën e ndarjes së kostos së planit tuaj për këto shërbime.</u> <u>Për barnat që mund të mbulohen nga përfitimi i Part D të planit:</u> Nëse këto barna nuk kanë lidhje me gjendjen tuaj të kujdesit për të sëmurët terminalë, ju paguani ndarjen e kostos. Nëse ato janë të lidhura me gjendjen tuaj të kujdesit për të sëmurët terminalë, atëherë ju paguani ndarjen e kostos së Original Medicare. Barnat nuk mbulohen kurrë nga kujdesi për të sëmurët terminalë dhe plani ynë në të njëjtën kohë. Për më shumë informacion, ju lutemi shihni Kapitullin 5, Seksionin 9.4 (<i>Po sikur të jeni në kujdes për të sëmurët terminalë të certifikuar nga Medicare</i>). Shënim: Nëse keni nevojë për kujdesit jo për të sëmurët terminalë (kujdes që nuk lidhet me prognozën tuaj terminale), duhet të na kontaktoni për të rregulluar shërbimet. Plani ynë mbulon shërbimet e konsultimit për të sëmurët terminalë (vetëm një herë) për një person të sëmurë terminal që nuk e ka zgjedhur përfitimin për të sëmurët terminalë.	
	Imunizimet* Shërbimet e mbuluara të Medicare Part B përfshijnë: - Vaksinat kundër pneumonisë - Vaksinat kundër gripit, një herë në çdo sezon gripi në vjeshtë dhe dimër, me vakcina shtesë kundër gripit nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore - Vaksinat e hepatitit B nëse jeni në rrezik të lartë ose mesatar për t'u prekur nga hepatiti B - Vaksinat e COVID-19 - Vaksina të tjera nëse jeni në rrezik dhe ato plotësojnë rregullat e mbulimit të Medicare Part B	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për vaksinat e pneumonisë, gripit, hepatitit B dhe COVID-19.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Imunizimet* (Vazhdim) Ne gjithashtu mbulojmë shumicën e vaksinave për të rriturit nën përfitimin tonë të barnave me recetë të Part D. Ju lutemi shikoni Kapitullin 6, Seksioni 8 për më shumë informacion.	
	Kujdesi spitalor për pacientë të brendshëm Përfshin shërbimet akute si pacient i brendshëm, rehabilitimin si pacient i brendshëm, spitalet e kujdesit afatgjatë dhe llojet e tjera të shërbimeve spitalore si pacient i brendshëm. Kujdesi spitalor si pacient i brendshëm fillon ditën kur ju jeni pranuar zyrtarisht në spital me porosi të mjekut. Një ditë para se të dilni është dita juaj e fundit e shtrimit. Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me: • Dhomë gjysmë-private (ose dhomë private nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore) • Ushqimi duke përfshirë dieta të veçanta • Shërbimet e rregullta të infermierisë • Kostot e njësive të kujdesit të veçantë (të tilla si njësitë e kujdesit intensiv ose kujdesit koronar) • Barnat dhe medikamentet • Testet laboratorike • Rrezet X dhe shërbime të tjera radiologjike • Pajisjet e nevojshme kirurgjikale dhe mjekësore • Përdorimi i pajisjeve, të tilla si karriget me rrota • Kostot operative dhe të dhomës së rikuperimit • Terapia fizike, profesionale dhe e gjuhës së të folurit • Shërbimet si pacient i brendshëm për çrregullimet nga përdorimi i substancave	Ju paguani \$0 për ditët 1-90 të qëndrimit në spital për çdo periudhë përfitimi. Plani ynë mbulon 60 “ditë rezervë gjatë jetës”. Këto janë ditë “ekstra” që mbulojmë. Nëse qëndrimi juaj në spital është më i gjatë se 90 ditë për çdo periudhë përfitimi, ju mund t’i përdorni këto 60 ditë shtesë, mbulimi juaj spitalor si pacient i brendshëm do të kufizohet në 90 ditë për çdo periudhë përfitimi. Shërbimet shtesë mund të mbulohen në përputhje me përfitimet dhe udhëzimet tuaja të Medicaid. Nëse merrni kujdes spitalor të autorizuar si pacient i brendshëm në një spital jashtë rrjetit pasi gjendja juaj e emergjencës është

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Kujdesi spitalor si pacient i brendshëm (Vazhdim) - Në kushte të caktuara, mbulohen llojet e mëposhtme të transplantëve: korneale, veshkat, veshkat-pankreatike, zemra, mëlçia, mushkëritë, zemra/mushkëria, palca e eshtrave, qelizat staminale dhe intestinale/multiviskerale. Nëse keni nevojë për një transplant, ne do të organizojmë që rasti juaj të shqyrtohet nga një qendër transplantit e aprovuar nga Medicare, e cila do të vendosë nëse jeni kandidat për transplant. Ofruesit e transplantëve mund të jenë lokalë ose jashtë zonës së shërbimit. Nëse shërbimet tona të transplantëve në rrjet janë jashtë modelit të kujdesit të komunitetit, ju mund të zgjidhni të shkoni në nivel lokal për sa kohë që ofruesit lokalë të transplantëve janë të gatshëm të pranojnë tarifën e Original Medicare. Nëse Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ofron shërbime transplantimi në një vendndodhje jashtë modelit të kujdesit për transplantet në komunitetin tuaj dhe ju zgjidhni të merrni transplante në këtë vendndodhje të largët, ne do të organizojmë ose paguajmë për strehim të përshtatshëm dhe kostot e transportit për ju dhe një shoqërues. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do të sigurojë rimbursim për strehimin dhe vaktet ndërsa jeni në vend të largët për kujdesin mjekësor që lidhet me transplantin, me një maksimum ditor prej \$150 në ditë. Përveç kësaj, rimbursimi i miljeve mund të kërkohe në shumën e barasvlershme me normat standarde të miljeve për taksaaguesit siç përshkruhet nga Internal Revenue Service (IRS) të cilat përshtaten dhe njoftohen publikisht. Shuma maksimale e pagueshme për të gjitha rimbursimet e udhëtimeve, strehimeve, vakteve dhe miljeve është pesë mijë dollarë (\$5,000) për çdo transplant në përputhje me direktivat e planit. - Gjaku, duke përfshirë ruajtjen dhe administrimin. Mbulimi i gjakut të plotë dhe rruazave të kuqe të paketuara fillon vetëm me pintën e katërt të gjakut që ju nevojitet, ose duhet të paguani shpenzimet për 3 pintat e para të gjakut që merrni në një vit kalendarik ose të dhuroni gjakun nga ju ose dikush tjetër. Të gjithë përbërësit e tjerë të gjakut mbulohen duke filluar me pintën e parë të përdorur. - Shërbimet e mjekut Shënim: Për të qenë një pacient i brendshëm, ofruesi juaj duhet të shkruajë një urdhër për t'ju pranuar zyrtarisht si një pacient i brendshëm në spital. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm. Nëse nuk jeni i sigurt nëse jeni pacient i brendshëm ose i jashtëm, duhet të pyesni personelin e spitalit.	stabilizuar, kostoja juaj është ndarja e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit. Mund të kërkohe autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Kujdesi spitalor si pacient i brendshëm (Vazhdim) Ju gjithashtu mund të gjeni më shumë informacion në një fletë të dhënash të Medicare të quajtur <i>A jeni pacient i brendshëm apo i jashtëm? Nëse keni Medicare - Pyesni!</i> Kjo fletë të dhënash është e disponueshme në internet https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ose duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Këto numra mund t'i telefononi falas, 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.	
	Shërbimet e shtrimit si pacient i brendshëm në një spital psikiatrik Shërbimet e mbuluara përfshijnë shërbimet e kujdesit të shëndetit mendor që kërkojnë qëndrim në spital - Ju mund t'i merrni këto shërbime ose në një spital të përgjithshëm ose në një spital psikiatrik që kujdeset vetëm për personat me probleme të shëndetit mendor. - Nëse jeni në një spital psikiatrik (në vend të një spitali të përgjithshëm), Medicare paguan vetëm deri në 190 ditë shërbime spitalore psikiatrike si pacient i brendshëm gjatë jetës tuaj. - Nëse keni përdorur një pjesë të kufirit tuaj të jetës prej 190 ditësh përpara se të regjistroheshi në planin tonë, atëherë numri i ditëve të mbuluara në spital gjatë jetës zvogëlohet me numrin e ditëve të shtrimit si pacient i brendshëm për trajtimin e kujdesit shëndetësor mendor të mbuluar më parë nga Medicare në një spital psikiatrik. - Kufiri prej 190 ditësh nuk zbatohet për shërbimet e shëndetit mendor të ofruara në njësinë psikiatrike të një spitali të përgjithshëm. - Nuk ka kufi për numrin e periudhave të përfitimit që mund të keni kur merrni kujdesin e shëndetit mendor në një spital të përgjithshëm. Ju gjithashtu mund të keni periudha të shumta përfitimi kur merrni kujdes në një spital psikiatrik, por ekziston një kufi gjatë jetës prej 190 ditësh. - Medicaid mbulon qëndrimet në spital si pacient i brendshëm pasi të arrihet kufiri 190-ditor. Nuk ka asnjë periudhë përfitimi ose afat gjatë jetës. - Ju duhet të përdorni ofrues të kontraktuar të shëndetit të sjelljes. Ju lutemi, kontaktoni Member Services për një listë të ofruesve të shëndetit të sjelljes në rrjet. Medicare nuk mbulon: - Infermierinë private - Një telefon ose televizor në dhomën tuaj	Ju paguani \$0 për ditët 1-90 të qëndrimit në spital për çdo periudhë përfitimi. Plani ynë mbulon gjithashtu 60 “ditë rezervë gjatë jetës”. Këto janë ditë “ekstra” që mbulojmë. Nëse qëndrimi juaj në spital është më i gjatë se 90 ditë për periudhë përfitimi, ju mund t'i përdorni këto ditë shtesë. Por pasi të keni përdorur këto 60 ditë shtesë, mbulimi juaj spitalor me qëndrim spitalor do të kufizohet në 90 ditë për çdo periudhë përfitimi. Nëse merrni kujdes spitalor të autorizuar si pacient i brendshëm në një spital jashtë rrjetit pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, kostoja juaj është ndarja e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit. Mund të kërkohet autorizim paraprak. Përveç rasteve të emergjencës, mjeku juaj duhet të na thotë se ju do të shtroheni në spital.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet e shtrimit si pacient i brendshëm në një spital psikiatrik (Vazhdim) Një dhomë private (nëse nuk është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore)	
	Qëndrimi si pacient i brendshëm: Shërbimet e mbuluara të marra në një spital ose SNF gjatë një qëndrimi të pambuluar si pacient i brendshëm Nëse i keni shteruar përfitimet tuaja si pacient i brendshëm ose nëse qëndrimi si pacient i brendshëm nuk është i arsyeshëm dhe i nevojshëm, ne nuk do të mbulojmë qëndrimin tuaj si pacient i brendshëm. Megjithatë, në disa raste, ne do të mbulojmë disa shërbime që ju merrni ndërsa jeni në spital ose në institucionin e kualifikuar të infermierisë (SNF). Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me: - Shërbimet e mjekut - Testet diagnostike (si testet laboratorike) - Terapia me rreze X, radium dhe izotope duke përfshirë materialet dhe shërbimet e teknikëve - Veshjet kirurgjikale - Splintat, allçinë dhe pajisje të tjera që përdoren për të reduktuar frakturat dhe daljet nga vendi - Pajisjet protetike dhe ortotike (përveç atyre dentare) që zëvendësojnë të gjithë ose një pjesë të një organi të brendshëm të trupit (duke përfshirë indin e pandërprerë), ose të gjithë ose një pjesë të funksionit të një organi të brendshëm të trupit përgjithmonë jofunksional ose keqfunksional, duke përfshirë zëvendësimin ose riparimin e pajisjeve të tilla - Mbajtëse për këmbët, krahët, shpinën dhe qafën; pajisjet suportuese për hernia; dhe këmbët, krahët dhe sytë artificiale duke përfshirë rregullimet, riparimet dhe zëvendësimet e nevojshme për shkak të thyerjes, konsumimit, humbjes ose një ndryshimi në gjendjen fizike të pacientit - Terapia fizike, terapia e të folurit dhe terapia profesionale	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Terapia mjekësore e ushqyerjes* Ky përfitim është për personat me diabet, sëmundje renale (të veshkave) (por jo në dializë) ose pas një transplantit të veshkave kur ju porosit mjeku juaj. Ne mbulojmë 3 orë shërbime këshillimi ballë për ballë gjatë vitit tuaj të parë që ju merrni shërbime të terapisë mjekësore të ushqyerjes sipas	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për shërbimet e terapisë mjekësore të ushqyerjes mjekësore të mbuluara nga Medicare.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Terapia mjekësore e ushqyerjes* (Vazhdim) Medicare (kjo përfshin planin tonë, çdo plan tjetër të Medicare Advantage ose Original Medicare) dhe 2 orë çdo vit pas kësaj. Nëse gjendja, trajtimi ose diagnoza juaj ndryshon, mund të jeni në gjendje të merrni më shumë orë trajtimi me porosi të mjekut. Një mjek duhet t'i përshkruajë këto shërbime dhe të rinovojë porosinë e tij çdo vit nëse trajtimi juaj është i nevojshëm në vitin e ardhshëm kalendarik.	
	Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)* Shërbimet e MDPP do të mbulohen për përfituesit e kualifikuar të Medicare sipas të gjitha planeve shëndetësore të Medicare. MDPP është një ndërhyrje e strukturuar e ndryshimit të sjelljes shëndetësore që ofron trajnime praktike për ndryshimin afatgjatë të dietës, rritjen e aktivitetit fizik dhe strategjitë e zgjidhjes së problemeve për tejkalimin e sfidave për të mbështetur humbjen e peshës dhe një mënyrë jetese të shëndetshme.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për përfitimin e MDPP.
	Barnat me recetë të Medicare Part B Këto barna mbulohen nga Part B e Original Medicare. Anëtarët e planit tonë marrin mbulim për këto barna nëpërmjet planit tonë. Barnat e mbuluara përfshijnë: • Barnat që zakonisht nuk administrohen vetë nga pacienti dhe injektohen ose infuzohen gjatë kohës që jeni duke marrë shërbimet e mjekut, spitalore si pacient i jashtëm ose qendrës kirurgjikale si pacient i jashtëm • Insulina e dhënë përmes një pajisjeje të qëndrueshme mjekësore (si p.sh. një pompë insuline e nevojshme nga pikëpamja mjekësore) • Barna të tjera që merrni duke përdorur pajisje mjekësore të qëndrueshme (si p.sh. nebulizatorët) që ishin të autorizuar nga plani • Bari për Alzheimer, Leqembi®, (emri gjenerik lecanemab), i cili administrohet në mënyrë intravenoze. Përveç kostove të mjekimit, mund t'ju nevojiten skanime dhe teste shtesë para dhe/ose gjatë trajtimit që mund të rrisin kostot tuaja të përgjithshme. Bisedoni me mjekun tuaj se çfarë skanimesh dhe analizash mund t'ju nevojiten si pjesë e trajtimit tuaj • Faktorët e koagulimit që i jepni vetes me injeksion nëse keni hemofili	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për insulinën. Medikamentet e Part B mund t'i nënshtrohen terapisë me hapa. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Barnat me recetë të Medicare Part B (Vazhdim) • Barnat e transplantëve/Barnat imunosupresive: Medicare mbulon terapinë e barnave të transplantëve nëse Medicare ka paguar për transplantin e organit tuaj. Ju duhet të keni Part A në kohën e transplantimit të mbuluar dhe duhet të keni Part B në kohën kur merrni barna imunosupresive. Kini parasysh, mbulimi me barna i Medicare (Part D) mbulon barnat imunosupresive nëse Part B nuk i mbulon ato • Barnat e injektueshme të osteoporozës, nëse jeni të kufizuar në shtëpi, keni një frakturë kockore që një mjek vërteton se ishte e lidhur me osteoporozën pas menopauzës dhe nuk mund ta administroni vetë barin • Disa antigjene: Medicare mbulon antigjenet nëse një mjek i përgatit ato dhe një person i udhëzuar siç duhet (që mund të jeni ju, pacienti) i administron ato nën mbikëqyrjen e duhur • Disa barna orale kundër kancerit: Medicare mbulon disa barna orale të kancerit që i merrni nga goja nëse i njëjti medikament është i disponueshëm në formë me injeksion ose nëse bari është një promedikament (një formë orale e një bari që, kur gëlltitet, zërthehet në të njëjtin përbërës aktiv që gjendet në barin me injeksion) të barit me injeksion. Ndërsa barnat e reja orale të kancerit bëhen të disponueshme, Part B mund t'i mbulojë ato. Nëse Part B nuk i mbulon ato, Part D i mbulon ato • Barnat orale kundër të përzierave: Medicare mbulon barnat orale kundër të përzierave që përdorni si pjesë e një regjimi kimioterapeutik kundër kancerit, nëse ato administrohen përpara, në ose brenda 48 orëve nga kimioterapia ose përdoren si një zëvendësim i plotë terapeutik për një bar intravenoz kundër të përzierave. • Disa barna orale të sëmundjeve të veshkave në fazën e fundit (ESRD) nëse i njëjti bar është i disponueshëm në formë me injektim dhe përfitimi i Part B ESRD e mbulon atë • Medikamente kalcimimetike nën sistemin e pagesave ESRD, duke përfshirë barin intravenoz Parsabiv® dhe barin oral Sensipar® • Disa barna për dializën në shtëpi, duke përfshirë heparinën, antidotin për heparinën, kur është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore, dhe anestetikë topikalë • Agjentët stimulues të eritropoezës: Medicare mbulon eritropoietinën me injeksion nëse keni sëmundje të veshkave në fazën e fundit (ESRD) ose keni nevojë për këtë bar për të trajtuar aneminë që lidhet me disa kushte të tjera (siç është Procrit®)	

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Barnat me recetë të Medicare Part B (Vazhdim) - Imunoglobulina intravenoze për trajtimin në shtëpi të sëmundjeve primare të mungesës së imunitetit - Ushqyerja parenterale dhe enterale (ushqyerja intravenoze dhe me tuba) Në disa raste, ne ju kërkojmë që në fillim të provoni disa mjekime të caktuara për të trajtuar sëmundjen tuaj para se të mbulojmë një mjekim tjetër për të njëjtën sëmundje. Për shembull, nëse bari A dhe bari B trajtojnë të dy gjendjen, por bari A kushton më pak, mund t'ju duhet të provoni së pari barin A. Nëse bari A nuk funksionon për ju, ne do të mbulojmë barin B. Lidhja e mëposhtme do t'ju çojë te një listë e barnave të Part B që mund t'i nënshtrohen terapisë me hapa SWHNY.com. Ne gjithashtu mbulojmë disa vaksina nën përfitimin tonë të barnave me recetë të Part B dhe Part D. Kapitulli 5 shpjegon përfitimin e barit me recetë të Part D, duke përfshirë rregullat që duhet të ndiqni për të mbuluar recetat.	
	Ekzaminimi dhe terapia e obezitetit për të promovuar humbje të qëndrueshme në peshë* Nëse keni një indeks të masës trupore 30 ose më shumë, ne mbulojmë këshilla intensive për t'ju ndihmuar të humbni peshë. Ky këshillim mbulohet nëse e merrni në një mjedis të kujdesit parësor, ku mund të koordinohet me planin tuaj gjithëpërfshirës të parandalimit. Bisedoni me mjekun tuaj të kujdesit parësor ose praktikuesin për të mësuar më shumë.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për ekzaminimin dhe terapisë parandaluese të obezitetit.
	Shërbimet e programit të trajtimit të opioideve Anëtarët e planit tonë me çrregullim të përdorimit të opioideve (OUD) mund të marrin mbulim të shërbimeve për trajtimin e OUD nëpërmjet një Programi të Trajtimit të Opioideve (OTP), i cili përfshin shërbimet e mëposhtme: - Barna agoniste dhe antagonistë të trajtimit me ndihmën e mjekimeve (MAT) të miratuara nga Food and Drug Administration (FDA) e SHBA-së - Shpërndarja dhe administrimi i medikamenteve MAT (nëse ka) - Këshillim për çrregullimin e përdorimit të substancave - Terapi individuale dhe në grup - Testim toksikologjik - Aktivitetet e hyrjes	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për shërbimet e programit të trajtimit me opioid si pacient i jashtëm i mbuluar nga Medicare. Nuk kërkohet autorizim paraprak për shërbimet e programit të trajtimit të opioideve si pacient i jashtëm të mbuluar nga Medicare, por mund të nevojitet nëse keni nevojë

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet e programit të trajtimit të opioideve (Vazhdim) • Vlerësime periodike	për medikamente për trajtimin e opioideve.
	Testet diagnostike si pacient i jashtëm dhe shërbimet dhe furnizimet terapeutike Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me: • Rrezet X • Terapinë me rrezatim (radium dhe izotop) duke përfshirë materialet dhe furnizimet e teknikëve • Furnizimet kirurgjikale, të tilla si garzat • Splintat, allçinë dhe pajisje të tjera që përdoren për të reduktuar frakturat dhe daljet nga vendi • Testet laboratorike • Gjaku, duke përfshirë ruajtjen dhe administrimin. Mbulimi i gjakut të plotë dhe rruazave të kuqe të paketuara fillon vetëm me pintën e katërt të gjakut që ju nevojitet, ose duhet të paguani shpenzimet për 3 pintat e para të gjakut që merrni në një vit kalendarik ose të dhuroni gjakun nga ju ose dikush tjetër. Të gjithë përbërësit e tjerë të gjakut mbulohen duke filluar me pintën e parë të përdorur. • Teste të tjera diagnostikuese si pacient i jashtëm, shërbime diagnostike jo-radiologjike si EKG, EEG, teste të funksionit pulmonar, studime të fjetjes dhe teste stresi në pistë elektrike vrapimi. • Shërbimet radiologjike diagnostikuese (të ndërlikuara dhe jo komplekse) si skanime të specializuara, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, studime bërthamore, ultratinguj, mamografi diagnostikuese dhe procedura radiologjike ndërhyrëse (studime me mielogram, cistogram, angiogram dhe barium). • Asnjë autorizim nuk kërkohet për shërbimet laboratorike si pacient i jashtëm dhe shërbimet si pacient i jashtëm me rreze X.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak. Nuk kërkohet autorizim për shërbimet laboratorike si pacient i jashtëm. Testimi laboratorik gjenetik kërkon autorizim paraprak.
	Vëzhgimi spitalor si pacient i jashtëm Shërbimet e vëzhgimit janë shërbime spitalore si pacient i jashtëm që jepen për të përcaktuar nëse keni nevojë të pranoheni si spital si pacient i brendshëm ose mund të dilni. Që të mbulohen shërbimet e vëzhgimit spitalor si pacient i jashtëm, ato duhet të plotësojnë kriteret e Medicare dhe të konsiderohen të arsyeshme dhe të nevojshme. Shërbimet e vëzhgimit mbulohen vetëm kur ofrohen me porosi të një mjeku ose një individi tjetër të autorizuar nga ligji shtetëror	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Vëzhgimi spitalor si pacient i jashtëm (Vazhdim) i licensimit dhe aktet nënligjore të personelit të spitalit për të pranuar pacientë në spital ose për të porositur teste si pacient i jashtëm. Shënim: Nëse ofruesi nuk ka shkruar një urdhër për t’ju pranuar si pacient i brendshëm në spital, ju jeni një pacient i jashtëm dhe paguani shumat e ndarjes së kostos për shërbimet spitalore si pacient i jashtëm. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm. Nëse nuk jeni i sigurt nëse jeni pacient i jashtëm, duhet të pyesni personelin e spitalit. Ju gjithashtu mund të gjeni më shumë informacion në një fletë të dhënash të Medicare të quajtur <i>A jeni pacient i brendshëm apo i jashtëm? Nëse keni Medicare - Pyesni!</i> Kjo fletë të dhënash është e disponueshme në internet https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ose duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Këto numra mund t’i telefononi falas, 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.	
	Shërbimet spitalore si pacient i jashtëm Ne mbulojmë shërbimet e nevojshme mjekësore që ju merrni në departamentin për pacientë të jashtëm të një spitali për diagnostikimin ose trajtimin e një sëmundjeje ose dëmtimi. Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me: • Shërbimet në një departament emergjence ose klinikë për pacientë të jashtëm, të tilla si shërbimet e vëzhgimit ose kirurgjia për pacientë të jashtëm • Testet laboratorike dhe diagnostike të faturuara nga spitali • Kujdesi për shëndetin mendor, duke përfshirë kujdesin në një program të pjesshëm të shtrimit në spital, nëse një mjek vërteton se trajtimi në spital do të kërkohej pa këtë • Rrezet X dhe shërbime të tjera radiologjike të faturuara nga spitali • Furnizime mjekësore si splinta dhe allçi • Disa barna dhe trajtime biologjike që nuk mund t’ia jepni vetes Shënim: Nëse ofruesi nuk ka shkruar një urdhër për t’ju pranuar si pacient i brendshëm në spital, ju jeni një pacient i jashtëm dhe paguani shumat e ndarjes së kostos për shërbimet spitalore si pacient i jashtëm. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, mund të vazhdoni të konsideroheni pacient i jashtëm. Nëse nuk jeni i sigurt nëse jeni pacient i jashtëm, duhet të pyesni personelin e spitalit.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak. Asnjë autorizim nuk kërkohet për shërbimet laboratorike si pacient i jashtëm dhe shërbimet si pacient i jashtëm me rreze X. Testimi laboratorik gjenetik kërkon autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet spitalore si pacient i jashtëm (Vazhdim) Ju gjithashtu mund të gjeni më shumë informacion në një fletë të dhënash të Medicare të quajtur <i>A jeni pacient i brendshëm apo i jashtëm? Nëse keni Medicare - Pyesni!</i> Kjo fletë të dhënash është e disponueshme në internet https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ose duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Këto numra mund t'i telefononi falas, 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.	
	Kujdesi për shëndetin mendor si pacient i jashtëm Shërbimet e mbuluara përfshijnë: Shërbimet e shëndetit mendor të ofruara nga një psikiatër ose mjek i licencuar nga shteti, psikolog klinik, punonjës social klinik, specialist infermier klinik, këshilltar profesionist i licencuar (LPC), terapist i licencuar për martesën dhe familjen (LMFT), infermier praktikues (NP), ndihmës mjek (PA), ose profesionistë të tjerë të kujdesit të shëndetit mendor të kualifikuar nga Medicare siç lejohet sipas ligjeve në fuqi të shtetit. Mbulimi juaj i kujdesit shëndetësor mendor për pacientë të jashtëm i Medicare përfshin: • Një ekzaminim i depresionit çdo vit kalendarik. Ekzaminimi duhet të bëhet në klinikën e mjekut të kujdesit parësor ose në një klinikë të kujdesit parësor që mund të ofrojë trajtim vijues dhe referime. • Psikoterapi individuale dhe grupe me mjekë ose profesionistë të caktuar të licencuar të lejuar nga shteti ku i merrni këto shërbime. • Këshillim familjar, nëse qëllimi kryesor është të ndihmojë në trajtimin tuaj. • Testim për të zbuluar nëse po merrni shërbimet që ju nevojiten dhe nëse trajtimi juaj aktual po ju ndihmon. • Vlerësim psikiatrik. • Menaxhim të mjekimit.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Shihni “Ekzaminimi i depresionit” në këtë grafik për ekzaminimin tuaj vjetor të depresionit. Shihni “Shtimi i pjesshëm në spital” në këtë grafik nëse keni nevojë për këtë trajtim të kujdesit shëndetësor mendor si pacient i jashtëm i mbuluar nga Medicare. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Shërbimet e rehabilitimit si pacient i jashtëm Shërbimet e mbuluara përfshijnë: terapi fizike, terapi profesionale dhe terapi gjuhësore. Shërbimet e rehabilitimit si pacient i jashtëm ofrohen në mjedise të ndryshme për pacientë të jashtëm, të tilla si departamentet e spitaleve për pacientë të jashtëm, klinikat e pavarura të terapistëve dhe institucionet gjithëpërfshirëse të rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF).	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet si pacient i jashtëm për çrregullimet nga përdorimi i substancave Shërbimet e mbuluara përfshijnë: - Shërbimet e abuzimit me substancat për pacientë të jashtëm mbulohen nga Medicare. - Përveç kësaj, Medicaid mbulon vizitat e terapisë individuale dhe në grup. I regjistruari duhet të jetë në gjendje të vetë-referohet për një vlerësim nga një ofrues i rrjetit në një periudhë dymbëdhjetë (12) mujore. Ju duhet të përdorni një ofrues të Senior Whole Health Care Behavioral Health. Ju lutemi, kontaktoni Member Services për më shumë informacion.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Kirurgjia për pacientë të jashtëm, duke përfshirë shërbimet e ofruara në ambientet spitalore për pacientë të jashtëm dhe qendrat kirurgjikale për pacientë të jashtëm Shënim: Nëse jeni duke kryer një operacion në një ambient spitalor, duhet të kontrolloni me ofruesin tuaj nëse do të jeni pacient i brendshëm ose pacient i jashtëm. Nëse ofruesi nuk ka shkruar një urdhër për t’ju pranuar si pacient i brendshëm në spital, ju jeni një pacient i jashtëm dhe paguani shumat e ndarjes së kostos për operacionin si pacient i jashtëm. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Artikuj pa recetë (OTC) (suplementare)* Ju merrni \$100 çdo muaj për t’i shpenzuar në artikuj, produkte dhe medikamente pa recetë (OTC) të miratuara nga plani me kartën tuaj Healthy You. Kjo pagesë mujore ndahet me kompensimin për shërbimet jo emergjente të transportit (Suplementare). Ju mund ta përdorni këtë kompensim për artikujt OTC, ose shërbimet e transportit, ose një kombinim të të dyjave me kartën tuaj Healthy You. Nëse nuk e përdorni të gjithë shumën e përfitimit tuaj mujor, gjendja e mbetur do të skadojë dhe nuk do të mbartet në muajin tjetër. Mbulimi juaj përfshin artikuj për shëndetin dhe mirëqenien pa recetë (OTC), si vitaminat, kremrat kundër diellit, qetësuesit e dhimbjeve, medikamentet për kollën dhe të ftohtin dhe fashat. Mund të porosisni: Në internet – vizitoni NationsOTC.com/Molina	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme nëse jeni duke përdorur kartën tuaj Healthy You. Ju mund të jeni përgjegjës për kostot nëse tejkalonin shumën e lejuar maksimale mujore. Mund aplikohen kufizime dhe përjashtime.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Artikuj pa recetë (OTC) (suplementare)* (Vazhdim) • Me telefon – 877-208-9243 për të folur me një Konsulent i Përvojës së Anëtarëve të NationsOTC në (TTY 711), 24 orë në ditë, shtatë ditë në javë, 365 ditë në vit. • Me postë – Plotësoni dhe ktheni formularin e porosisë në katalogun e produkteve. • Nëpërmjet pikave pjesëmarrëse të shitjes me pakicë. Referojuni katalogut tuaj të produkteve OTC (pa recetë) për 2025 për një listë të plotë të artikujve OTC të miratuara nga plani ose telefononi një person mbështetës për OTC për më shumë informacion. Do të gjeni informacione të rëndësishme (udhëzimet e porosisë) në Katalogun e produkteve OTC për 2025. Për më shumë informacion, kontaktoni Member Services.	
	Shërbimet e pjesshme të shtrimit në spital dhe shërbime intensive për pacientë të jashtëm <i>Shtrimi i pjesshëm në spital</i> është një program i strukturuar i trajtimit aktiv psikiatrik i ofruar si shërbim spitalor për pacientë të jashtëm ose nga një qendër komunitare e shëndetit mendor, që është më intensiv se kujdesi i marrë në klinikën e mjekut tuaj ose terapistit të licencuar të martesës ose terapistit të familjes (LMFT) ose konsulentit profesionist të licencuar dhe është një alternativë ndaj shtrimit në spital si pacient i brendshëm. <i>Shërbimi intensiv për pacientë të jashtëm</i> është një program i strukturuar i trajtimit aktiv të terapisë së shëndetit të sjelljes (mendor) i ofruar në një departament spitalor për pacientë të jashtëm, një qendër komunitare të shëndetit mendor, një qendër shëndetësore të kualifikuar federale ose një klinikë shëndetësore rurale që është më intensiv se kujdesi i marrë në klinikën e mjekut tuaj ose terapistit të licencuar të martesës ose terapistit të familjes (LMFT) ose konsulentit profesionist të licencuar, por më pak intensive se shtrimi i pjesshëm në spital.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për shërbimet e shtrimit të pjesshëm në spital të mbuluara nga Medicare. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Shërbimet e mjekëve/praktikuesve, përfshirë vizitat në klinikën e mjekut Shërbimet e mbuluara përfshijnë: • Kujdesin mjekësor të nevojshëm ose shërbimet kirurgjikale të furnizuara në klinikën e mjekut, në një qendër të certifikuar kirurgjikale për pacientë të jashtëm, në departamentin spitalor për pacientë të jashtëm ose në çdo vend tjetër • Konsultimi, diagnostikimi dhe trajtimi nga një specialist	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet e mjekëve/praktikuesve, përfshirë vizitat në klinikën e mjekut (Vazhdim) • Ekzaminimet bazë të dëgjimit dhe ekuilibrit të kryera nga PCP-ja juaj, nëse mjeku juaj e porosit atë për të parë nëse keni nevojë për trajtim mjekësor • Disa shërbime të “telehealth”, duke përfshirë shërbimet e kujdesit parësor ◦ Ju keni mundësinë për t’i marrë këto shërbime nëpërmjet një vizite personalisht ose një vizite në distancë. Nëse zgjidhni të merrni një nga këto shërbime në distancë, duhet të përdorni një ofrues rrjeti që ofron shërbimin në distancë. Nëse zgjidhni të merrni një nga këto shërbime me anë të “telehealth”, duhet të përdorni një ofrues rrjeti që ofron shërbimin nëpërmjet “telehealth”. Për të gjetur një ofrues rrjeti, vizitoni faqen tonë të internetit në SWHNY.com. ◦ Vizitat mjekësore virtuale janë vizita mjekësore që ju ofrohen jashtë institucioneve mjekësore nga ofruesit virtualë që përdorin teknologjinë në internet dhe aftësitë audio/video të drejtpërdrejta. ◦ Shënim: Jo të gjitha kushtet mjekësore mund të trajtohen përmes vizitave virtuale. Mjeku i vizitës virtuale do të identifikojë nëse keni nevojë të vizitoheni te një mjek personalisht për trajtim. • Shërbimet e “telehealth” për vizitat mujore të lidhura me sëmundjen e veshkave në fazën përfundimtare për anëtarët e dializës në shtëpi në një qendër dialize renale me bazë spitalore ose me akses kritik në spital, një institucion për dializën renale ose në shtëpinë e anëtarit. Mund të kërkohet autorizim paraprak. • Shërbimet e “telehealth” për të diagnostikuar, vlerësuar ose trajtuar simptomat e një hemorragjie cerebrale, pavarësisht nga vendndodhja juaj. Mund të kërkohet autorizim paraprak. • Shërbimet e “telehealth” për anëtarët me një çrregullim të përdorimit të substancave ose çrregullime të shëndetit mendor që ndodhin bashkë, pavarësisht vendndodhjes së tyre. Mund të kërkohet autorizim paraprak.	

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet e mjekëve/praktikuesve, përfshirë vizitat në klinikën e mjekut (Vazhdim) - Shërbimet e “telehealth” për diagnostikimin, vlerësimin dhe trajtimin e çrregullimeve të shëndetit mendor nëse: - Ju bëni një vizitë personalisht brenda 6 muajve përpara vizitës suaj të parë të “telehealth” - Ju bëni një vizitë personalisht çdo 12 muaj ndërsa merrni këto shërbime të “telehealth” - Për rrethana të caktuara mund të bëhen përjashtime nga sa më sipër - Shërbimet e “telehealth” për vizitat e shëndetit mendor të ofruara nga klinikat shëndetësore rurale dhe qendrat shëndetësore të kualifikuara federale - Kontrollet virtuale (për shembull, me telefon ose bisedë video) me mjekun tuaj për 5-10 minuta nëse: - Ju nuk jeni pacient i ri dhe - Regjistrimi nuk lidhet me një vizitë në klinikë në 7 ditët e fundit dhe - Regjistrimi nuk çon në një vizitë në klinikë brenda 24 orëve ose në takimin më të shpejtë të disponueshëm - Vlerësimi i videos dhe/ose imazheve që i dërgoni mjekut tuaj, dhe interpretimi dhe ndjekja nga mjeku juaj brenda 24 orëve nëse: - Ju nuk jeni pacient i ri dhe - Vlerësimi nuk çon në një vizitë në klinikë brenda 24 orëve ose në takimin më të shpejtë të disponueshëm - Konsultimi i mjekut tuaj me mjekë të tjerë nëpërmjet telefonit, internetit ose me kartelën elektronike shëndetësore - Mendimi i dytë para operacionit - Kujdesi jo-rutinë dentar (shërbimet e mbuluara janë të kufizuara në operacionin e nofullës ose strukturave të lidhura me to, ngjitjen e frakturave të nofullës ose kockave të fytyrës, ekstraktimin e dhëmbëve për të përgatitur nofullën për trajtimet me rrezatim të sëmundjes së kancerit neoplazik, ose shërbimet që do të mbuloheshin kur ofrohen nga një mjek) - Shërbimet e monitorimit në klinikën e mjekut ose në një mjedis spitalor për pacientë të jashtëm nëse jeni duke marrë medikamente antikoaguluese, të tilla si Coumadin, Heparin ose Warfarin.	

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet e podiatrisë (të mbuluara nga Medicare) Shërbimet e mbuluara përfshijnë: • Diagnoza dhe trajtimi mjekësor ose kirurgjik i lëndimeve dhe sëmundjeve të këmbëve (të tilla si gishti i dalë ose thembrat e dala) • Kujdesi rutinë i këmbëve për anëtarët me gjendje të caktuara mjekësore që prekin gjymtyrët e poshtme	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për shërbimet e podiatrisë të mbuluara nga Medicare. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Ekzaminimet e kancerit të prostatës* Për burrat e moshës 50 vjeç e lart, shërbimet e mbuluara përfshijnë sa vijon - një herë në 12 muaj: • Ekzaminimi dixhital rektal • Testi i antigenit specifik të prostatës (PSA)	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për një test vjetor PSA.
	Pajisjet protetike dhe ortotike dhe furnizimet përkatëse Pajisjet (përveç atyre dentareve) që zëvendësojnë të gjithë ose një pjesë të një pjese ose funksioni të trupit. Këto përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm me: vendosjen ose trajnimin për përdorimin e pajisjeve protetike dhe ortotike; si edhe: qeset dhe furnizimet e kolostomisë që lidhen drejtpërdrejt me kujdesin për kolostominë, stimuluesit kardiale, mbajtëset, këpucët protetike, gjymtyrët artificiale dhe protezat e gjirit (duke përfshirë sytjena kirurgjikale pas një mastektomie). Përfshin furnizime të caktuara që lidhen me pajisjet protetike dhe ortotike dhe riparimin dhe/ose zëvendësimin e pajisjeve protetike dhe ortotike. Gjithashtu përfshin disa mbulime pas heqjes së kataraktit ose operacionit të kataraktit - shihni Kujdesi për sytë më vonë në këtë seksion për më shumë detaje.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Shërbimet e rehabilitimit pulmonar Programet gjithëpërfshirëse të rehabilitimit pulmonar mbulohen për anëtarët që kanë sëmundje pulmonare obstruktive kronike të moderuar deri në shumë të rëndë (COPD) dhe një porosi për rehabilitimin pulmonar nga mjeku që trajton sëmundjen kronike të frymëmarrjes.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	Ekzaminimi dhe këshillimi për të reduktuar abuzimin me alkoolin* Ne mbulojmë një ekzaminim të abuzimit me alkoolin për të rriturit me Medicare (duke përfshirë gratë shtatzëna) që abuzojnë me alkoolin, por nuk janë të varur nga alkooli.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për ekzaminimin dhe këshillimin e mbuluar nga Medicare për të

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Ekzaminimi dhe këshillimi për të reduktuar abuzimin me alkoolin* (Vazhdim) Nëse rezultoni pozitiv për abuzimin me alkoolin, mund të merrni deri në 4 seanca të shkurtra këshillimi ballë për ballë në vit (nëse jeni kompetent dhe vigjilent gjatë këshillimit) të ofruara nga një mjek ose praktikues i kualifikuar i kujdesit parësor në një mjedis të kujdesit parësor.	reduktuar përfitimin parandalues të abuzimit me alkoolin.
	Ekzaminimi për kancerin e mushkërive me tomografi të kompjuterizuar me dozë të ulët (LDCT)* Për individët e kualifikuar, mbulohet një LDCT çdo 12 muaj. Anëtarë të kualifikuar janë: personat e moshës 50 – 77 vjeç që nuk kanë shenja apo simptoma të kancerit të mushkërive, por që kanë një histori të pirjes së duhanit me paketë prej të paktën 20 vitesh dhe që aktualisht pinë duhan ose e kanë lënë duhanin brenda 15 viteve të fundit, të cilët marrin një porosi për LDCT gjatë një këshillimi për shqyrtimin e kancerit të mushkërive dhe një vizitë të përbashkët vendimmarrëse që plotëson kriteret e Medicare për vizita të tilla dhe të jepet nga një mjek ose praktikues i kualifikuar jo-mjek. <i>Për ekzaminimet e kancerit të mushkërive me LDCT pas ekzaminimit fillestar me LDCT:</i> anëtari duhet të marrë një porosi për ekzaminimin e kancerit të mushkërive me LDCT, i cili mund të jepet gjatë çdo vizite të përshtatshme me një mjek ose praktikues të kualifikuar jo-mjek. Nëse një mjek ose praktikues jo-mjek i kualifikuar zgjedh të ofrojë një këshillim për ekzaminimin e kancerit të mushkërive dhe një vizitë për vendimmarrje të përbashkët për ekzaminimet e mëvonshme të kancerit të mushkërive me LDCT, vizita duhet të përmbushë kriteret e Medicare për vizita të tilla.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këshillimin dhe vizitën e përbashkët të vendimmarrjes të mbuluar nga Medicare ose për LDCT.
	Ekzaminimi për infeksionet seksualisht të transmetueshme (IST) dhe këshillimi për parandalimin e IST-ve * Ne mbulojmë ekzaminimet e infeksioneve seksualisht të transmetueshme (IST) për klamidian, gonorrean, sifilizin dhe hepatitin B. Këto ekzaminime mbulohen për gratë shtatzëna dhe për disa persona që janë në rrezik të shtuar për një IST kur testet porositen nga një ofrues i kujdesit parësor. Ne i mbulojmë këto analiza një herë në 12 muaj ose në periudha të caktuara gjatë shtatzënisë.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për ekzaminimin e mbuluar nga Medicare për IST-të dhe këshillim për përfitimet parandaluese të IST-ve.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Ekzaminimi për infeksionet seksualisht të transmetueshme (IST) dhe këshillimi për parandalimin e IST-ve * (Vazhdim) Ne gjithashtu mbulojmë deri në dy seanca individuale me intensitet të lartë 20 deri në 30 minuta, ballë për ballë, me këshillim të sjelljes çdo vit për të rriturit seksualisht aktivë me rrezik të shtuar për IST. Ne do t'i mbulojmë këto seanca këshillimi si një shërbim parandalues vetëm nëse ato ofrohen nga një ofrues i kujdesit parësor dhe zhvillohen në një mjedis të kujdesit parësor, siç është zyra e mjekut.	
	Shërbimet për trajtimin e sëmundjeve të veshkave Shërbimet e mbuluara përfshijnë: • Shërbimet e edukimit për sëmundjet e veshkave për të mësuar kujdesin ndaj veshkave dhe për të ndihmuar anëtarët të marrin vendime të informuara për kujdesin e tyre. Për anëtarët me sëmundje kronike të veshkave në fazën IV, kur referohen nga mjeku i tyre, ne mbulojmë deri në gjashtë sesione shërbimesh edukimi për sëmundjen e veshkave gjatë jetës. • Trajtimet e dializës si pacient i jashtëm (duke përfshirë trajtimet e dializës kur përkohësisht janë jashtë zonës së shërbimit, siç shpjegohet në kapitullin 3, ose kur ofruesi juaj për këtë shërbim është përkohësisht i padisponueshëm ose i paarritshëm) • Trajtimet e dializës për pacientët e brendshëm (nëse jeni shtruar si pacient i brendshëm në një spital për kujdes të veçantë) • Trajnim për vetëdializë (përfshin trajnime për ju dhe këdo që ju ndihmon me trajtimet tuaja të dializës në shtëpi) • Pajisjet dhe furnizimet e dializës në shtëpi • Disa shërbime të mbështetjes në shtëpi (të tilla si, kur është e nevojshme, vizita nga punonjës të trajnuar të dializës për të kontrolluar dializën tuaj në shtëpi, për të ndihmuar në raste emergjence dhe për të kontrolluar pajisjet tuaja të dializës dhe furnizimin me ujë) Disa barna për dializë mbulohen nga përfitimi juaj i barnave nga Medicare Part B. Për informacion rreth mbulimit për Barnat e Part B, ju lutemi shkoni te seksioni i Barnat me recetë të Medicare Part B.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Trajtimet e dializës si pacient i brendshëm • Shihni “Kujdesi spitalor për pacientë të brendshëm” në këtë grafik. Pajisjet dhe furnizimet e dializës në shtëpi • Shihni “Pajisjet mjekësore të qëndrueshme dhe furnizime të ngjashme” në këtë grafik. Shërbimet e mbështetjes në shtëpi • Shihni “Kujdesi i agjencisë shëndetësore në shtëpi” në këtë grafik. Barnat e dializës me recetë të Medicare Part B • Shihni “Barnat me recetë të Medicare Part B” në këtë grafik.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Kujdesi në institucion të kualifikuar të infermierisë (SNF) (Për një përkufizim të kujdesit në institucion të kualifikuar të infermierisë, shihni Kapitullin 12 të këtij dokumenti. Institucionet e kualifikuara të infermierisë quhen ndonjëherë SNF). Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me: • Dhomë gjysmë-private (ose dhomë private nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore) • Ushqimi duke përfshirë dieta të veçanta • Shërbimet e kualifikuara të infermierisë • Terapia fizike, terapia profesionale dhe terapia e të folurit • Barnat që ju administrohen si pjesë e planit tuaj të kujdesit (Kjo përfshin substanca që janë të pranishme në mënyrë të natyrshme në trup, siç janë faktorët e koagulimit të gjakut). • Gjaku, duke përfshirë ruajtjen dhe administrimin. Mbulimi i gjakut të plotë dhe rruazave të kuqe të paketuara fillon vetëm me pintën e katërt të gjakut që ju nevojitet, ose duhet të paguani shpenzimet për tre pintat e para të gjakut që merrni në një vit kalendarik ose të dhuroni gjakun nga ju ose dikush tjetër. Të gjithë përbërësit e tjerë të gjakut mbulohen duke filluar me pintën e parë të përdorur. • Furnizimet mjekësore dhe kirurgjikale që sigurohen zakonisht nga SNF-të • Testet laboratorike që ofrohen zakonisht nga SNF-të • Rrezet X dhe shërbime të tjera radiologjike që ofrohen zakonisht nga SNF-të • Përdorimi i pajisjeve të tilla si karriget me rrota të ofruara zakonisht nga SNF-të • Shërbimet e mjekut/praktikuesit Në përgjithësi, ju do ta merrni kujdesin tuaj SNF nga institucionet e rrjetit. Megjithatë, në disa kushte të renditura më poshtë, ju mund të jeni në gjendje ta merrni kujdesin tuaj nga një institucion që nuk është ofrues i rrjetit, nëse institucioni pranon shumat e planit tonë për pagesë. • Institucioni i përkujdesjes ose komuniteti i pensionistëve me kujdes të vazhdueshëm ku jetoni pikërisht përpara se të shkonit në spital (për sa kohë që ofron kujdes në institucion të kualifikuar të infermierisë) • Një SNF ku jeton bashkëshorti ose partneri juaj familjar në momentin që dilni nga spitali	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak. Përveç rasteve të emergjencës, doktori juaj duhet t’i thotë planit se ju do të shtroheni në SNF. Nuk kërkohet qëndrim paraprak në spital.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Ndërprerja e pirjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit (këshillim për të ndaluar pirjen e duhanit ose përdorimin e duhanit)* <u>Nëse përdorni duhan, por nuk keni shenja ose simptoma të sëmundjeve të lidhura me duhanin:</u> Ne mbulojmë dy përpjekje këshillimi për të lënë duhanin brenda një periudhe 12-mujore si një shërbim parandalues pa kosto për ju. Çdo përpjekje këshillimi përfshin deri në katër vizita ballë për ballë. <u>Nëse përdorni duhan dhe jeni diagnostikuar me një sëmundje të lidhur me duhanin ose jeni duke marrë medikamente që mund të ndikohen nga duhani:</u> Ne mbulojmë shërbimet e këshillimit të ndërprerjes. Ne mbulojmë dy tentativa këshillimi për të lënë duhanin brenda një periudhe 12-mujore; megjithatë, ju do të paguani ndarjen e aplikueshme të koston. Çdo përpjekje këshillimi përfshin deri në katër vizita ballë për ballë.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për përfitimet parandaluese të ndërprerjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit të mbuluara nga Medicare.
	Shërbimet e ndërprerjes së pirjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit (suplementare)* Nëse dëshironi të lini duhanin, duhet të flisni me mjekun tuaj të kujdesit parësor ose të telefononi Departamentin tonë të Edukimit Shëndetësor. Përveç mbulimit të ofruar nga përfitimi për ndërprerjen e pirjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit të mbuluar nga Medicare, plani mbulon 8 shërbime këshillimi shtesë çdo vit kalendarik për t’ju ndihmuar të ndaloni pirjen e duhanit ose përdorimin e produkteve të duhanit. Ju duhet të shteroni përfitimin tuaj të ndërprerjes së përdorimit të duhanit të mbuluar nga Medicare përpara se plani të paguajë për mbulimin sipas këtij përfitimi.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime.
	Përfitime të veçanta suplementare për të sëmurët kronikë Nëse jeni diagnostikuar me ndonjë nga gjendjet kronike vijuese të identifikuar më poshtë dhe përmbushni disa kritere, mund të keni të drejtë për përfitime të veçanta shtesë për të sëmurët kronikë. Do t’ju duhet të paraqisni një formular të Vlerësimit të Rrezikut Shëndetësor që ju identifikon se keni një nga kushtet e listuara që mund të përkeqësohen nëse nuk keni akses në një nga përfitimet e veçanta shtesë të listuara më poshtë. • Varësi kronike nga alkooli dhe droga të tjera; • Çrregullime autoimune;	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme nëse jeni duke përdorur kartën tuaj Healthy You. Kërkohet pjesëmarrja në një program të menaxhimit të kujdesit. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Përfitime të veçanta shitesë për pacientët me sëmundje kronike (Vazhdim) • Kancer; • Çrregullime kardiovaskulare; • Insuficiencë kardiake kronike; • Demencë; • Diabet; • Sëmundje e mëlçisë në fazën e fundit; • Sëmundje e veshkave në fazën e fundit (ESRD); • Çrregullime të rënda hematologjike; • HIV/SIDA; • Çrregullime kronike të mushkërive; • Gjendje kronike dhe të paafësuesë të shëndetit mendor; • Çrregullime neurologjike; dhe • Hemorragji cerebrale Ne do t'ju ndihmojmë të keni akses në këto përfitime. Ju mund të telefononi Member Services ose Koordinatorin tuaj të Kujdesit për të nisur kërkesën tuaj ose për të marrë informacion shtesë. Shënim: Duke kërkuar këtë përfitim, ju po autorizoni përfaqësuesit e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) që t'ju kontaktojnë me telefon, postë ose çdo mënyrë tjetër komunikimi siç përshkruhet shprehimisht në aplikimin tuaj. Pas miratimit, karta juaj me mbushje paraprake Healthy You do të mbushet automatikisht me deri në \$73 çdo muaj për t'u përdorur për përfitimet e SSBCI. Çdo fond i papërdorur në fund të çdo muaji nuk do të bartet në muajin pasardhës. Ushqime dhe produkte ushqimore Nëse kualifikoheni, ju merrni \$73 çdo muaj për të shpenzuar në ushqime dhe produkte ushqimore.	
	Terapi me ushtrime të mbikëqyrura (SET) SET mbulohet për anëtarët që kanë sëmundje simptomatike të arterieve periferike (PAD). Deri në 36 seanca gjatë një periudhe 12-javore mbulohen nëse plotësohen kërkesat e programit SET.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Terapi me ushtrime të mbikëqyrura (SET) (Vazhdim) Programi SET duhet: • Të përbëhet nga seanca që zgjasin 30-60 minuta, që përfshijnë një program ushtrimesh terapeutike-ushtimore për PAD në pacientët me klaudikacion • Të kryhet në një mjedis spitalor për pacientë të jashtëm ose në klinikën e një mjeku • Të dorëzohet nga personeli ndihmës i kualifikuar i nevojshëm për t’u siguruar që përfitimet të tejkalojnë dëmet dhe të cilët janë të trajnuar në terapi ushtimore për PAD • Të jetë nën mbikëqyrjen e drejtpërdrejtë të një mjeku, ndihmës mjeku ose infermieri specialist/infermieri klinik, i cili duhet të trajnohet në teknikat bazë dhe të avancuara për mbajtje në jetë SET mund të mbulohet përtej 36 seancave gjatë 12 javëve për 36 seanca shtesë për një periudhë të zgjatur kohore nëse konsiderohet e nevojshme nga pikëpamja mjekësore nga një ofrues i kujdesit shëndetësor.	
	Transporti jo emergjent (Suplementar) Ju keni \$100 çdo muaj për të shpenzuar për transportin në një vendndodhje të lidhur me shëndetin sipas gjykimit tuaj në kartën tuaj Healthy You. Kjo shumë nuk korrespondon me një numër të caktuar “udhëtimesh”, por mund të përdoret për të blerë transport jo-emergjent deri në kufirin e përfitimit. Kjo shumë është e kombinuar me shumën e lejuar mujore pa recetë (OTC). Nëse nuk e përdorni të gjithë shumën e përfitimit tuaj mujor, gjendja e mbetur do të skadojë dhe nuk do të mbartet në muajin tjetër. Ju mund të përdorni kartën tuaj të mbushur paraprakisht Healthy You për të blerë udhëtime në aplikacionet e transportit, në shërbime taksit ose drejt formave të tjera të transportit jo-emergjent, të tilla si abonetë e autobusëve, abonetë e trenit ose forma të tjera të transportit publik. Anëtarët inkurajohen të maksimizojnë numrin e udhëtimeve të disponueshme përmes kësaj kompensimi. Për destinacionet e kërkuara zakonisht, si qendrat e dializës ose objektet e terapisë fizike, kontaktoni direkt objektin ofrues për të parë nëse transporti më ekonomik është i disponueshëm përpara se të planifikoni përmes një shërbimi transporti të përbashkët ose me pakicë.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme nëse jeni duke përdorur kartën tuaj Healthy You. Ju mund të jeni përgjegjës për kostot nëse tejkaloni shumën e lejuar maksimale vjetore. Mund aplikohen kufizime dhe përjashtime. Nëse keni nevojë për kujdes emergjence, telefononi 911 dhe kërkonit një ambulancë. Referojuni “Shërbimeve të ambulancës” në këtë grafik për të mësuar më shumë rreth transportit të emergjencës.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Shërbimet urgjentisht të nevojshme Një shërbim i mbuluar nga plani që kërkon kujdes të menjëhershëm mjekësor që nuk është emergjencë është një shërbim urgjentisht i nevojshëm nëse jeni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit, ose edhe nëse jeni brenda zonës së shërbimit të planit, është e paarsyeshme duke pasur parasysh kohën, vendin dhe rrethanat për të marrë këtë shërbim nga ofruesit e rrjetit me të cilët ka kontratë plani. Planit juaj duhet të mbulojë shërbimet e nevojshme urgjentisht dhe duhet t'ju tarifojë vetëm për ndarjen e kostos brenda rrjetit. Shembuj të shërbimeve urgjentisht të nevojshme janë sëmundjet dhe lëndimet mjekësore të paparashikuara, ose shpërthimet e papritura të kushteve ekzistuese. Megjithatë, vizitat rutinë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore, të tilla si kontrollet vjetore, nuk konsiderohen si urgjentisht të nevojshme edhe nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit ose nëse rrjeti i planit është përkohësisht i padisponueshëm. Jashtë SHBA-së, shih "Kujdesin mbarëbotëror të emergjencës/urgjencës".	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këto shërbime.
	Kujdesi për sytë Shërbimet e mbuluara përfshijnë: • Shërbimet e mjekut si pacient i jashtëm për diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve dhe dëmtimeve të syrit, duke përfshirë trajtimin për degjenerimin makular të lidhur me moshën. Original Medicare nuk mbulon ekzaminimet rutinë të syve (refraksionet e syve) për syze/kontakte • Për personat që janë në rrezik të lartë të glaukomës, ne do të mbulojmë një ekzaminim të glaukomës çdo vit. Personat me rrezik të lartë të glaukomës përfshijnë: personat me një historik glaukome në familje, personat me diabet, afrikano-amerikanët që janë 50 vjeç e lart dhe amerikanët hispanikë që janë 65 vjeç e lart • Për persona me diabet, ekzaminimi për retinopati diabetike mbulohet një herë në vit • Një palë syze ose lente kontakti pas çdo operacioni të kataraktit që përfshin futjen e një lente intraokulare (Nëse keni dy operacione të veçanta të kataraktit, nuk mund të rezervoni përfitimin pas operacionit të parë dhe të blini dy palë syze pas operacionit të dytë.) Kujdesi për sytë (suplementare) • Një ekzaminim rutinë i syve çdo vit • Syzet, limiti deri në \$350 çdo vit	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për kujdesin e syve të mbuluar nga Medicare. Mund të kërkohet autorizim paraprak për syzet.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Kujdesi për sytë (Vazhdim) Shërbimet e mbuluara nga Medicaid përfshijnë: Shërbimet e optometristëve, oftalmologëve dhe dispensuesve oftalmikë, duke përfshirë syze, lente kontakti dhe lente polikarbonate të nevojshme nga pikëpamja mjekësore, sy artificialë (të gatshme ose me porosi), pajisje ndihmëse për shikim të ulët dhe shërbime për shikim të ulët. Mbulimi përfshin riparimin ose zëvendësimin e pjesëve. Ekzaminimet për diagnostikimin dhe trajtimin e defekteve të shikimit dhe/ose sëmundjeve të syrit. Ekzaminimet për refraksion janë të kufizuara në çdo 2 vjet, përveç nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Duhet të përdorni një ofrues rrjeti. Shikoni Direktorinë e Ofruesve dhe Farmacive ose telefononi Member Services për të marrë një listë.	
	Mirë se vini në vizitën parandaluese të Medicare Plani mbulon vizitën parandaluese që kryhet një herë <i>Welcome to Medicare</i>. Vizita përfshin një shqyrtim të shëndetit tuaj, si dhe edukimit dhe E rëndësishme: Ne mbulojmë vizitën parandaluese <i>Welcome to Medicare</i> vetëm brenda 12 muajve të parë që keni Medicare Part B. Kur të bëni takimin tuaj, njoftoni klinikën e mjekut që dëshironi të planifikoni vizitën tuaj parandaluese <i>Welcome to Medicare</i>.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për vizitën parandaluese <i>Welcome to Medicare</i>.
	Mbulimi për raste emergjente/urgjente në mbarë botën (Shtesë)* Si përfitim shtesë, mbulimi juaj përfshin deri në \$10,000 çdo vit kalendarik për kujdes emergjence në mbarë botën jashtë Shteteve të Bashkuara (SHBA) Ky përfitim është i kufizuar në shërbimet që klasifikohen si kujdes i emergjencës ose urgjencës nëse kujdesi do të ishte ofruar në SHBA. Mbulimi mbarëbotëror përfshin kujdesin e emergjencës ose të nevojshëm urgjent, transportin e ambulancës së emergjencës nga vendngjarja e një emergjence në objektin më të afërt të trajtimit mjekësor dhe kujdesin pas stabilizimit. Shërbimet e ambulancës mbulohen në situatat kur arritja në urgjencë në ndonjë mënyrë tjetër mund të rrezikojë shëndetin tuaj. Kur ndodhin këto situata, ne kërkojmë që ju ose dikush që kujdeset për ju të na telefonojë. Ne do të përpiqemi të organizojmë që ofruesit e rrjetit të marrin përsipër kujdesin tuaj sa më shpejt që ta lejojnë gjendja juaj mjekësore dhe rrethanat.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Nëse merrni kujdes emergjence jashtë SHBA-së dhe keni nevojë për kujdes si pacient i brendshëm pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, ju duhet të ktheheni në një spital të rrjetit në mënyrë që kujdesi juaj të vazhdojë të mbulohet OSE duhet të keni kujdesin tuaj si pacient i brendshëm në spitalin jashtë rrjetit të autorizuar nga plani. Kostoja juaj është ndarja e koston që do të paguanit në

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
	Mbulim emergjence në mbarë botën (suplementar)* (Vazhdim) Transporti për në SHBA nga një vend tjetër nuk mbulohet. Kujdesi rutinë dhe procedurat e paracaktuara ose elektive nuk mbulohen. Taksat dhe tarifat e huaja (duke përfshirë, por pa u kufizuar me, tarifat e konvertimit të monedhës ose transaksionit) nuk mbulohen. SHBA nënkupton 50 shtetet, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island dhe American Samoa.	një spital të rrjetit. Zbatohet maksimumi i planit. Mund t'ju duhet të paraqisni një kërkesë për rimbursimin e kujdesit të emergjencës/urgjencës të marrë jashtë SHBA-së Plani maksimal prej \$10,000 çdo vit kalendarik zbatohet për këtë përfitim.

Seksioni 2.2 Përfitime shtesë të mbuluara nga Medicaid për anëtarët e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) është një Dual Eligible Special Needs Plan që kombinon mbulimin e Medicare me përfitimet e Medicaid duke përfshirë shërbime shtesë të kujdesit afatgjatë, të krijuar posaçërisht për anëtarët që kërkojnë nivel kujdesi të qendrave të përkujdesjes. Grafiku i mëposhtëm liston përfitimet dhe shërbimet shtesë të Medicaid të disponueshme për anëtarët e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
Kujdesi ditor për të rriturit Kujdesi dhe shërbimet e ofruara në një institucion rezidencial të kujdesit shëndetësor ose vend të miratuar shtesë. Duhet të jepet: - Nën drejtimin mjekësor të një mjeku - Nga stafi i kujdesit shëndetësor ditor për të rriturit - Bazuar në vlerësimin gjithëpërfshirës të nevojave të anëtarit dhe planin e kujdesit - Me koordinim të vazhdueshëm të planit të kujdesit shëndetësor. Përfshin transportin.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Shërbime të caktuara të shëndetit mendor Shërbimet e mbuluara përfshijnë: - Programet intensive të trajtimit të rehabilitimit psikiatrik, - Trajtimin ditor, - Trajtimin e vazhdueshëm ditor,	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
• Menaxhimi i rasteve për të sëmurët mendorë seriozisht dhe të vazhdueshëm (sponsorizuar nga njësitë shtetërore ose lokale të shëndetit mendor), • Shtrimet e pjesshme në spital, • Trajtimi i Sigurt i Komunitetit (ACT), • Shërbimet e Personalizuara të Orientuara drejt Rimëkëmbjes (PROS)	
Shërbimet e kujdesit personal të drejtuara nga konsumatori (CDPAS) Shërbimet për anëtarët me sëmundje kronike ose aftësi të kufizuar fizike që kanë nevojë mjekësore për ndihmë me aktivitetet e jetës së përditshme (ADL) ose shërbime të kualifikuara të infermierisë. Përfshin secilin nga shërbimet e ofruara nga një ndihmës i kujdesit personal (shoqërues në shtëpi), ndihmës shëndetësor në shtëpi ose infermier. Ju keni fleksibilitet dhe liri në zgjedhjen e kujdestarëve tuaj. Ju, ose personi që vepron në emrin tuaj, jeni përgjegjës për punësimin, shkarkimin nga puna, trajnimin, mbikëqyrjen dhe ndërprerjen e punësimit, nëse është e nevojshme.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Shërbimet dentare Shërbimet e mbuluara përfshijnë shërbime të rregullta dhe rutinë dentare, të tilla si kontrollet dentare parandaluese, pastrimet, radiografite, mbushjet dhe shërbime të tjera për të kontrolluar ndryshimet ose anomalitë që mund të kërkojnë trajtim dhe/ose kujdes vijues. Gjithashtu përfshin implantet dentare të nevojshme mjekësore. Duhet t’i ketë TË DYJA: • Një letër nga mjeku juaj që shpjegon se si implantet do të ndihmojnë në gjendjen tuaj mjekësore • Një letër nga dentisti juaj që shpjegon pse alternativat e tjera nuk do ta korrigjojnë gjendjen tuaj dhe pse keni nevojë për implante Ju nuk keni nevojë për një rekomandim nga PCP-ja juaj për të parë një dentist.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak për disa shërbime, duke përfshirë implantet dentare.
Pajisjet mjekësore të qëndrueshme (DME) Përfshin DME-të nga Medicaid të pambuluara nga Medicare, si mjete dhe pajisje të ndryshme nga furnizimet mjekësore/kirurgjikale, stolat e vaskës dhe shufrat e kapjes, dhe pajisje protetike ose ortotike. DME-të mbulohen për sa kohë që plotësohen kriteret e mëposhtme:	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak për disa pajisje.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
• DME-të mund të përballojnë përdorimin e përsëritur për një periudhë të zgjatur kohe • Përdoren kryesisht dhe zakonisht për qëllime mjekësore • Në përgjithësi nuk është janë dobishme për një person pa sëmundje ose lëndim • Zakonisht pajisen, projektohen ose modelohen për përdorim të një individi të caktuar • Porositen nga një mjek i kualifikuar Asnjë parakusht për kufizim në shtëpi.	
Shërbimet e dëgjimit Shërbime dhe produkte për të lehtësuar paaftësinë e shkaktuar nga humbja ose dëmtimi i dëgjimit. Duhet të jetë e nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Përfshin: • Zgjedhjen, vendosjen dhe shpërndarjen e aparatit të dëgjimit • Kontrolllet e aparateve të dëgjimit pas dhënies • Vlerësimet e konformitetit dhe riparimet e aparatit të dëgjimit • Shërbimet e auditimit duke përfshirë testimin dhe ekzaminimet, vlerësimet e aparateve të dëgjimit dhe recetat • Aparatet e dëgjimit, format e veshëve, pajisje speciale dhe pjesë këmbimi	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Shërbimet e kujdesit në shtëpi (të kualifikuar) Përfshin shërbime të kualifikuara që nuk mbulohen nga Medicare, të tilla si fizioterapistët për të mbikëqyrur programet e rregullta për pacientët që arrijnë potencialin e tyre maksimal të restaurimit ose infermierët për të mbushur paraprakisht shiringat për individët me aftësi të kufizuara me diabet. Përfshin shërbimet e ndihmës shëndetësore në shtëpi siç kërkohet nga një plan i miratuar kujdesi i zhvilluar nga një agjenci e certifikuar e shëndetit në shtëpi.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Vaktet e dorëzuara në shtëpi dhe vakte të përbashkëta Vaktet e ofruara në shtëpi ose në mjedise të përbashkëta, të tilla si qendrat e të moshuarve për individët që nuk janë në gjendje të përgatisin ushqim ose t’ua përgatisin ato.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
Kujdesi spitalor për pacientë të brendshëm, duke përfshirë kujdesin për shëndetin mendor dhe çrregullimin e përdorimit të substancave Kujdesi i nevojshëm mjekësor, duke përfshirë ditët që tejkalojnë maksimumin 190-ditor të Medicare për shëndetin mendor për pacientë të brendshëm. Plani mbulon 365 ditë në vit (366 në vitet e brishta)	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Kërkohet autorizim paraprak, përveç emergjencave.
Shërbimet mjekësore sociale Vlerësimi, aranzhimi dhe dhënia e ndihmës për problemet sociale që lidhen me mbajtjen e anëtarit në shtëpi.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Furnizime mjekësore/kirurgjikale Përfitimi i mbuluar është për furnizimet mjekësore ose kirurgjikale dhe formulën enterale/parenterale dhe suplementet -- artikuj që përgjithësisht konsiderohen të jenë vetëm njëpërdorimësh dhe/ose artikuj konsumi. Përfitimet e formulës enterale dhe suplementeve ushqimore janë të kufizuara për individët të cilët nuk mund të ushqehen me mjete të tjera dhe në kushtet e mëposhtme: - Individët e ushqyer me tuba, të cilët nuk mund të përtypin ose gëlltisnin ushqimin dhe duhet të ushqehen me ushqim formule nëpërmjet tubit; dhe - Individët me çrregullime të rralla metabolike të lindura që kërkojnë formula specifike mjekësore për të siguruar lëndët ushqyese thelbësore	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Transporti mjekësor (rutinë/jo emergjent) Transporti vetëm vajtje dhe vajtje-ardhje me ambulancë, ambuletë, transport me avion ose aeroplan, autobus invalidësh, taksi, transport, transport publik ose mjete të tjera të përshtatshme për gjendjen shëndetësore të anëtarit. Nëse është e nevojshme, përfshin një shoqërues transporti për të shoqëruar anëtarin. Mund të përfshijë ushqimet e punonjësve të transportit, akomodimin dhe pagën. (Nuk do t’i paguhet rrogë një shoqëruesi që është familje e anëtarit).	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Ushqyerja Përfshin vlerësimin e nevojave ushqimore, zhvillimin dhe vlerësimin e planeve të trajtimit, edukimin dhe këshillimin mbi ushqyerjen, edukimin gjatë shërbimit. Përfshin konsiderimet kulturore.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
Mbulimi përfshin produkte ushqimore të forta të modifikuara që janë me pak proteina ose përmbajnë proteina të modifikuara për individët me sëmundje të caktuara të trashëguara të metabolizmit të aminoacideve dhe acideve organike.	Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Trajtimi si pacient i jashtëm i shëndetit mendor Vizita terapie individuale dhe në grup. Anëtari mund të vetë-referohet për një vlerësim nga një ofrues i rrjetit në një periudhë 12-mujore.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Trajtimi si pacient i jashtëm për çrregullimin e përdorimit të substancave Vizita individuale dhe në grup. Anëtari duhet të jetë në gjendje të vetë-referohet për një vlerësim nga një ofrues i rrjetit në një periudhë 12-mujore.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Shërbimet e kujdesit personal (PCS) Mbulon ofrimin e ndihmës së nevojshme mjekësore me aktivitete të tilla si higjiena personale; veshja dhe ushqyerja; mbështetje ushqyese dhe mjedisore si përgatitja e vakteve dhe mirëmbajtja e shtëpisë. Shërbimet duhet të jenë thelbësore për të ruajtur shëndetin dhe sigurinë e anëtarëve në shtëpinë e tyre.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Shërbimet e reagimit në rast emergjence personale (PERS) PERS është një pajisje elektronike që u mundëson individëve të sigurojnë ndihmë në një emergjencë fizike, emocionale ose mjedisore.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Shërbimet e infermierisë private Duhet të jepen nga një infermier profesionist i regjistruar (RN) ose infermier praktike i licencuar (LPN) që zotëron një licencë dhe regjistrim aktual nga Departamenti i Arsimit i NYS. Shërbimet mund të ofrohen nëpërmjet një agjencie të certifikuar të shëndetit në shtëpi, agjenci të licencuar të kujdesit në shtëpi ose mjeku privat.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Pajisjet protetike dhe ortotike Pajisjet (përveç atyre dentareve) që zëvendësojnë të gjithë ose një pjesë të një pjese ose funksioni të trupit. Këto përfshijnë, por nuk kufizohen	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet që mbulohen për ju	Çfarë duhet të paguani kur merrni këto shërbime
vetëm me: qeset dhe furnizimet e kolostomisë që lidhen drejtpërdrejt me kujdesin për kolostominë, stimuluesit kardiakë, mbajtëset, këpucët protetikë, gjymtyrët artificiale dhe protezat e gjirit (duke përfshirë sytjena kirurgjikale pas një mastektomie). Përfshin furnizime të caktuara që lidhen me pajisjet protetikë.	Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Shërbimet e rehabilitimit si pacient i jashtëm Shërbimet e mbuluara përfshijnë: Terapinë fizike dhe profesionale Terapinë e të folurit	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Kujdes ditor social Program gjithëpërfshirës i strukturuar që ofron socializim, mbikëqyrje, monitorim, kujdes personal dhe ushqim në një mjedis mbrojtës gjatë çdo pjese të ditës. Mund të përfshijë asistencë me ADL, menaxhimin e çështjeve dhe transportin. Mbulimi i bazuar në nevojën mjekësore.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
Mbështetja sociale dhe mjedisore Përfshin shërbime dhe artikuj për të mbështetur nevojën mjekësore. Mund të përfshijë detyrat e mirëmbajtjes së shtëpisë, shërbimet e punëve të shtëpisë/punëve të përditshme, përmirësimin e strehimit dhe kujdesin gjatë pushimeve të kujdestarit.	Nuk ka asnjë “coinsurance”, “copayment” ose shumë të zbritshme për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

SEKSIONI 3 Cilat shërbime mbulohen jashtë Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?**Seksioni 3.1 Shërbimet që *nuk* mbulohen nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Ka disa shërbime të mbuluara nga Medicaid që nuk mbulohen nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ju mund t'i merrni këto shërbime nga çdo ofrues që merr Medicaid duke përdorur kartën tuaj të përfitimeve të Medicaid. Telefononi Member Services në (833) 671-0440 (TTY 711) nëse keni një pyetje nëse një përfitim mbulohet nga Senior Whole Health of New York NHC ose Medicaid.

Shërbimet e mëposhtme nuk mbulohen nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), por janë të disponueshme nëpërmjet Medicaid:

- Shërbimet e Planifikimit Familjar jashtë rrjetit sipas dispozitave të aksesit të drejtpërdrejtë,

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

- Përfitimet e farmacisë së Medicaid siç lejohen nga ligji i shtetit (zgjidhni kategoritë e barnave të përjashtuara nga përfitimi i Medicare Part D),
- Programet e trajtimit të rregullt me metadon,
- Shërbimet e rehabilitimit të ofruara për banorët e Rezidencave Komunitare të Licencuara të OMH (CR) dhe programeve të trajtimit të bazuar në familje,
- Zyra për Shërbimet e Personave me Aftësi të Kufizuara në Zhvillim,
- Menaxhimi gjithëpërfshirës i çështjes të Medicaid
- Terapia e vëzhguar drejtpërdrejt (DOT) për sëmundjen e tuberkulozit,

SEKSIONI 4 Cilat shërbime nuk mbulohen nga plani?**Seksioni 4.1 Shërbimet që *nuk* mbulohen nga plani**

Ky seksion ju tregon se cilat shërbime janë të përjashtuara.

Grafiku më poshtë përshkruan disa shërbime dhe artikuj që nuk mbulohen nga plani në asnjë rrethanë ose mbulohen vetëm në rrethana specifike.

Nëse merrni shërbime që janë të përjashtuara (nuk mbulohen), ju duhet t'i paguani ato vetë, përveç rrethanave specifike të renditura më poshtë. Edhe nëse i merrni shërbimet e përjashtuara në një institucion emergjence, shërbimet e përjashtuara ende nuk mbulohen dhe plani ynë nuk do të paguajë për to. Përjashtimi i vetëm është nëse bëhet apelim ndaj shërbimit dhe vendoset pas apelimit që ai është një shërbim mjekësor që duhet ta kishim paguar ose mbuluar për shkak të situatës suaj specifike. (Për informacion rreth apelimit të një vendimi që kemi marrë për të mos mbuluar një shërbim mjekësor, shkoni te Kapitulli 9, Seksioni 6.3 në këtë dokument.)

Shërbimet që nuk mbulohen nga Medicare	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	Mbuluar vetëm në rrethana specifike
Kirurgjia ose procedurat estetike		• Mbulohen në rastet e një dëmtimi aksidental ose për përmirësimin e funksionimit të një gjymtyre të keqformuar të trupit. • Mbulohen për të gjitha fazat e rindërtimit për një gji pas një mastektomie, si dhe për gjirin e paprekur për të prodhuar një pamje simetrike.
Kujdesi kujdestar Kujdesi kujdestar është kujdesi personal që nuk kërkon vëmendjen e vazhdueshme të personelit të trajnuar mjekësor ose paramjekësor, siç është kujdesi që ju ndihmon me aktivitetet	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet që nuk mbulohen nga Medicare	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	Mbuluar vetëm në rrethana specifike
e jetës së përditshme, të tilla si larja ose veshja.		
Procedurat eksperimentale mjekësore dhe kirurgjike, pajisjet dhe mjekimet. Procedurat dhe artikujt eksperimentalë janë ata artikuj dhe procedura të përcaktuara nga Original Medicare që nuk pranohen përgjithësisht nga komuniteti mjekësor.		Mund të mbulohen nga Original Medicare sipas një studimi kërkimor klinik të miratuar nga Medicare ose nga plani ynë. (Shihni Kapitullin 3, Seksionin 5 për më shumë informacion mbi studimet e kërkimit klinik.)
Tarifat e tarifuara për kujdesin nga të afërmit tuaj të afërt ose anëtarët e familjes suaj.	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	
Kujdesi infermior me kohë të plotë në shtëpinë tuaj.	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	
Gatime të dërguara në shtëpi		Mbulohet sipas Medicaid.
Shërbimet e mirëmbajtjes së shtëpisë duke përfshirë asistencën bazë me mirëmbajtjen e shtëpisë, të tilla si mirëmbajtja e lehtë e shtëpisë ose përgatitja e vakteve të lehta.		Mbulohet sipas Medicaid.
Shërbimet e naturopatisë (përdorimi i trajtimeve natyrore ose alternative).	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	
Këpucë ortopedike ose pajisje mbështetëse për këmbët		Këpucët që janë pjesë e mbajtësës së këmbës dhe përfshihen në koston e mbajtësës. Këpucë ortopedike ose terapeutike për personat me sëmundje të këmbës diabetike.
Sendet personale në dhomën tuaj në një spital ose në një institucion të kualifikuar për kujdesjeje, të tilla si telefon ose televizor.	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	
Dhomë private në një spital.		Mbulohet vetëm kur është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore.
Zmbrapsja e procedurave të sterilizimit dhe/ose furnizimeve kontraceptive pa recetë.	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	

Kapitulli 4 Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet që nuk mbulohen nga Medicare	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	Mbuluar vetëm në rrethana specifike
Kujdesi rutinë kiropraktik		Manipulimi manual i shtyllës kurrizore për të korigjuar subluksacionin është i mbuluar.
Kujdesi rutinë dentar, të tilla si pastrimet, mbushjet ose protezat.	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	
Keratotomia radiale, kirurgjia LASIK dhe mjete të tjera ndihmëse për shikimin e dobët.		- Ekzaminimi i syve dhe një palë syze (ose lente kontakti) mbulohen për personat pas operacionit të kataraktit. - Ky plan ofron mbulim shtesë për sytë. Shihni “Kujdesi për sytë” në Grafikun e përfitimeve, Seksioni 2.1 i këtij Kapitulli për më shumë informacion.
Kujdes rutinë për këmbët		Disa mbulime të kufizuara të ofruara sipas udhëzimeve të Medicare (p.sh. nëse keni diabet).
Ekzaminimet rutinë të dëgjimit, aparate dëgjimi ose ekzaminime për të përshtatur aparatet e dëgjimit.		Mbulohet sipas Medicaid.
Shërbimet që konsiderohen jo të arsyeshme dhe të nevojshme, sipas standardeve të Original Medicare	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë	

KAPITULLI 5:

*Përdorimi i mbulimit të planit për barnat
me receta të Part D*

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D**Si mund të merrni informacion për kostot e barnave tuaja?**

Për shkak se ju kualifikoheni për Medicaid, ju kualifikoheni dhe po merrni “Extra Help” nga Medicare për të paguar shpenzimet e planit tuaj të barnave me recetë. Për shkak se jeni në programin “Extra Help”, **disa informacione në këtë Dëshmi mbulimi në lidhje me kostot për barnat me recetë të Part D nuk zbatohen për ju.** Ne ju dërguam një fletë të veçantë, të quajtur “Dëshmia e mbulimit Rider për personat që marrin “Extra Help” për të paguar për barnat me recetë” (i quajtur edhe Rider i subvencioneve për të ardhura të ulëta, Rider ose LIS Rider), i cili ju tregon për mbulimin e kostove të barnave tuaja. Nëse nuk e keni këtë fletë, ju lutemi kontaktoni me Member Services dhe kërkoni për LIS Rider.

SEKSIONI 1 Hyrje

Ky kapitull shpjegon rregullat për përdorimin e mbulimit tuaj për barnat e Part D. Ju lutemi, shihni Kapitullin 4 për përfitimet e barnave të Medicare Part B dhe përfitimet e barnave për të sëmurët terminalë.

Përveç barnave të mbuluara nga Medicare, disa barna me recetë mbulohen për ju nën përfitimet tuaja të Medicaid.

Për më shumë informacion mbi mbulimin e barnave Medicaid, duhet të kontaktoni zyrën tuaj shtetërore të Medicaid (informacionet e kontaktit janë renditur në Kapitullin 2, Seksioni 6).

Seksioni 1.1 Rregullat bazë për mbulimin e barnave të Part D nga plani

Plani në përgjithësi do t’i mbulojë barnat tuaja për sa kohë që ndiqni këto rregulla bazë:

- Ju duhet të keni një ofrues (një mjek, dentist ose një mjek tjetër që jep recetë) që t’ju shkruajë një recetë e cila duhet të jetë e vlefshme sipas ligjit në fuqi të shtetit.
- Mjeku juaj që jep recetë nuk duhet të jetë në listat e përjashtimit ose të pengimit të Medicare.
- Në përgjithësi duhet të përdorni një farmaci të rrjetit për të marrë barnat tuaja me recetë. (Shihni Seksionin 2 të këtij kapitulli.) Ose mund të merrni barnat e recetës suaj përmes shërbimeve të porosisë përmes postës.
- Bari juaj duhet të jetë në “Listën e barnave të mbuluara (formulari)” të planit (ne e quajmë shkurt “Lista e barnave”). (Shihni Seksionin 3 të këtij kapitulli).
- Bari juaj duhet të përdoret për një indikacion të pranuar nga pikëpamja mjekësore. Një “indikacion i pranuar nga pikëpamja mjekësore” është një përdorim i një bari që është ose i aprovuar nga Food and Drug Administration ose i mbështetur nga disa referenca. (Shihni Seksionin 3 në këtë kapitull për më shumë informacion rreth një treguesi të pranuar nga pikëpamja mjekësore.)
- Bari juaj mund të kërkojë miratim përpara se ta mbulojmë atë. (Shihni Seksionin 4 në këtë kapitull për më shumë informacion rreth kufizimeve në mbulimin tuaj.)

SEKSIONI 2 Merrni barnat e recetës suaj në një farmaci të rrjetit ose nëpërmjet shërbimit të porosisë me postë të planit**Seksioni 2.1 Përdorimi i një farmacie të rrjetit**

Në shumicën e rasteve, recetat tuaja mbulohen *vetëm* nëse ato mbushen në farmacitë e rrjetit të planit. (Shihni Seksionin 2.5 për informacion se kur do të mbulonim barnat me recetë të marrë në farmacitë jashtë rrjetit).

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D

Një farmaci në rrjet është një farmaci që ka një kontratë me planin për të siguruar barnat tuaja të mbuluara me recetë. Termi “barna të mbuluara” nënkupton të gjitha barnat me recetë të Part D që janë në “Listën e barnave” të planit.

Seksioni 2.2 Farmacitë e rrjetit**Si të gjeni një farmaci të rrjetit në zonën tuaj?**

Për të gjetur një farmaci në rrjet, mund të shikoni në *Direktorinë e ofruesve/farmacive*, të vizitoni faqen tonë të internetit (SWHNY.com) dhe/ose të telefononi Member Services.

Ju mund të shkoni në ndonjë nga farmacitë e rrjetit tonë.

Po nëse farmacia që keni përdorur largohet nga rrjeti?

Nëse farmacia që keni përdorur del nga rrjeti i planit, do t’ju duhet të gjeni një farmaci të re që është brenda rrjetit. Për të gjetur një farmaci tjetër në zonën tuaj, mund të merrni ndihmë nga Member Services ose të përdorni *Direktorinë e ofruesve/farmacive*. Ju gjithashtu mund të gjeni informacion në faqen tonë të internetit në SWHNY.com.

Po sikur të keni nevojë për një farmaci të specializuar?

Disa receta duhet të plotësohet në një farmaci të specializuar. Farmacitë e specializuara përfshijnë:

- Farmacitë që furnizojnë medikamente për terapinë e infuzionit në shtëpi.
- Farmacitë që furnizojnë barna për banorët e një institucioni të kujdesit afatgjatë (LTC). Zakonisht, një strukturë LTC (si p.sh. një institucion përkuqdesjeje) ka farmacinë e vet. Nëse keni ndonjë vështirësi për të hyrë në përfitimet tuaja të Part D në një institucion LTC, ju lutemi kontaktoni Member Services.
- Farmacitë që i shërbejnë Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (nuk ofrohet në Puerto Rico). Përveç rasteve urgjente, vetëm indianët e Amerikës amerikanë ose indianët e Alaskës kanë akses në këto farmaci në rrjetin tonë.
- Farmacitë që shpërndajnë barna që janë të kufizuara nga FDA në vende të caktuara ose që kërkojnë trajtim të veçantë, koordinim të ofruesit ose edukim për përdorimin e tyre. Për të gjetur një farmaci të specializuar, shikoni *Direktorinë e ofruesve/farmacive* SWHNY.com ose telefononi Member Services.

Seksioni 2.3 Përdorimi i shërbimit të planit me porosi me postë

Për lloje të caktuara barnash, mund të përdorni shërbimin e rrjetit të planit të porositjes me postë. Në përgjithësi, barnat e ofruara përmes porosisë me postë janë barna që ju i merrni rregullisht, për një gjendje mjekësore kronike ose afatgjatë. Barnat që *nuk* janë të disponueshme përmes shërbimit të porosisë me postë të planit janë shënuar me “NM” në “Listën tonë të barnave”.

Shërbimi i porosisë me postë i planit tonë ju lejon të porosisni **një furnizim deri në 100 ditë**.

Për të marrë formularët e porosive dhe informacione rreth plotësimit të recetave tuaja me postë, ju lutemi telefononi Member Services ose vizitoni faqen tonë të internetit në SWHNY.com.

Zakonisht një porosi farmacie me postë do t’ju dorëzohet në jo më shumë se 14 ditë. Nëse ka një nevojë urgjente ose kjo kohë vonohet, ju lutemi telefononi Member Services për ndihmë në marrjen e një furnizimi të përkohshëm të recetës suaj.

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D**Recetat e reja që farmacia merr direkt nga klinika e mjekut tuaj.**

Pasi farmacia të marrë një recetë nga një ofrues i kujdesit shëndetësor, ajo do t'ju kontaktojë për të parë nëse dëshironi që mjekimi të plotësohet menjëherë ose më vonë. Është e rëndësishme që të përgjigjeni sa herë që ju kontaktoheni nga farmacia, për t'i bërë të ditur nëse do të dërgoni, vononi ose ndaloni recetën e re.

Rimbushja e recetave me porosi me postë. Për rimbushjen e barnave tuaja, ju keni mundësinë të regjistrohemi për një program rimbushje automatike. Sipas këtij programi, ne do të fillojmë të përpunojmë automatikisht rimbushjen tuaj të radhës kur të dhënat tona tregojnë se duhet të jeni afër përfundimit të barit tuaj. Farmacia do t'ju kontaktojë përpara se të dërgojë një rimbushje për t'u siguruar që keni nevojë për më shumë barna dhe mund të anuloni rimbushjet e planifikuara nëse keni mjaft barna ose nëse mjekimi juaj ka ndryshuar.

Nëse vendosni të mos përdorni programin tonë të rimbushjes automatike, por ende dëshironi që farmacia e porosive me postë t'ju dërgojë barnat e recetës suaj, ju lutemi kontaktoni farmacinë tuaj 14 ditë përpara se të mbarojnë barnat e recetës suaj aktuale. Kjo do të sigurojë që porosia juaj t'ju dërgohet në kohë.

Për të hequr dorë nga programi ynë që përgatit automatikisht rimbushjet me porosi me postë, telefononi Member Services ose vizitoni faqen tonë të internetit në SWHNY.com.

Seksioni 2.4 Si mund të merrni një furnizim afatgjatë barnash?

Plani ofron dy mënyra për të marrë një furnizim afatgjatë (i quajtur edhe furnizim i zgjatur) i barnave të rregullta në “Listën e barnave” të planit tonë. (Barnat e rregullta janë barna që i merrni rregullisht, për një gjendje mjekësore kronike ose afatgjatë).

1. Disa farmaci me pakicë në rrjetin tonë ju lejojnë të merrni një furnizim afatgjatë të barnave të rregullta. *Direktoria e ofruesve/farmacive* SWHNY.com ju tregon se cilat farmaci në rrjetin tonë mund t'ju japin një furnizim afatgjatë të barnave të rregullta. Ju gjithashtu mund të telefononi Member Services për më shumë informacion.
2. Ju gjithashtu mund të merrni barna të rregullta përmes programit tonë të porositjes me postë. Ju lutemi shikoni Seksionin 2.3 për më shumë informacion.

Seksioni 2.5 Kur mund të përdorni një farmaci që nuk është në rrjetin e planit?**Receta juaj mund të mbulohet në situata të caktuara**

Në përgjithësi, ne mbulojmë barnat e mbushura në një farmaci jashtë rrjetit *vetëm* kur nuk jeni në gjendje të përdorni një farmaci të rrjetit. Për t'ju ndihmuar, ne kemi farmaci të rrjetit jashtë zonës sonë të shërbimit ku ju mund të plotësoni recetat tuaja si anëtar i planit tonë. **Ju lutemi kontrolloni fillimisht me Member Services** për të parë nëse ka një farmaci rrjeti afër. Juve mund t'ju kërkohet të paguani diferencën midis asaj që paguani për barin në farmacinë jashtë rrjetit dhe kostos që do të mbulohej në një farmaci brenda rrjetit.

Këtu janë rrethanat kur ne do të mbulonim barnat me recetë të marra në një farmaci jashtë rrjetit:

- Nëse receta lidhet me kujdesin urgjentisht të nevojshëm
- Nëse këto receta lidhen me kujdesin për një emergjencë mjekësore
- Mbulimi do të kufizohet në një furnizim 31-ditor, përveç nëse receta është shkruar për më pak.

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D**Si e kërkon rimbursimin nga plani?**

Nëse duhet të përdorni një farmaci jashtë rrjetit, në përgjithësi do t'ju duhet të paguani koston e plotë në momentin që plotësoni recetën tuaj. Mund të na kërkon t'ju rimbursojmë. (Kapitulli 6, Seksioni 2 shpjegon se si t'i kërkon planit t'ju rimbursojë.)

SEKSIONI 3 Barnat tuaja duhet të jenë në “Listën e barnave” të planit**Seksioni 3.1 “Lista e barnave” tregon se cilat barna të Part D mbulohen**

Plani ka një *Listë të barnave të mbuluara (formulari)*. Në këtë *Dëshmi të mbulimit*, ne e quajmë shkurt “**Lista e barnave**”.

Barnat në këtë listë zgjidhen nga plani me ndihmën e një ekipi mjekësh dhe farmacistësh. Lista plotëson kërkesat e Medicare dhe është e miratuar nga Medicare.

“Lista e barnave” përfshin barnat që mbulohen nga Medicare Part D. Përveç barnave të mbuluara nga Medicare, disa barna me recetë mbulohen për ju sipas përfitimeve tuaja të Medicaid. Për më shumë informacion mbi mbulimin e barnave Medicaid, duhet të kontaktoni zyrën tuaj shtetërore të Medicaid (informacionet e kontaktit janë renditur në Kapitullin 2, Seksioni 6).

Në përgjithësi do të mbulojmë një bar në “Listën e barnave” të planit për sa kohë që ju ndiqni rregullat e tjera të mbulimit të shpjeguara në këtë kapitull dhe bari përdoret për një tregues të pranuar nga pikëpamja mjekësore. Një tregues i pranuar nga pikëpamja mjekësore është përdorimi i barit që është *ose*:

- I miratuar nga Food and Drug Administration për diagnozën ose gjendjen për të cilën është përshkruar, ose
- I mbështetur nga referenca të caktuara, të tilla si Informacioni për Barnat e Shërbimit Amerikan Formular të Spitaleve dhe Sistemi i Informacionit Micromedex DRUGDEX.

“Lista e barnave” përfshin barnat me emër marke, barnat gjenerike dhe produktet biologjike (që mund të përfshijë biosimilarët).

Një bar me emër marke është një bar me recetë që shitet me një emër të regjistruar me markë tregtare në pronësi të prodhuesit të barit. Produktet biologjike janë barna që janë më komplekse se barnat tipike. Në “listën e barnave”, kur u referohemi “barnave”, kjo mund të nënkuptojë një bar ose një produkt biologjik.

Një bar gjenerik është një bar me recetë që ka të njëjtin ingredient aktiv si bari me emër marke. Produktet biologjike kanë alternativa që quhen biosimilarë. Në përgjithësi, barnat gjenerike dhe biosimilarët funksionojnë po aq mirë sa bari ose produkti biologjik origjinal me emër marke dhe zakonisht kushtojnë më pak. Ka zëvendësues të barnave gjenerike të disponueshme për shumë barna me emër marke dhe alternativa biosimilare për disa produkte origjinale biologjike. Disa biosimilarë janë biosimilarë të këmbyeshem dhe, në varësi të ligjit të shtetit, mund të zëvendësohen me produktin biologjik origjinal në farmaci pa pasur nevojë për një recetë të re, ashtu si barnat gjenerike mund të zëvendësohen me barnat me emër marke.

Shihni Kapitullin 11 për përkufizimet e llojeve të barnave që mund të jenë në “Listën e barnave”.

Barnat pa recetë

Plani ynë mbulon gjithashtu barnat pa recetë. Disa barna pa recetë janë më pak të kushtueshme se barnat me recetë dhe funksionojnë po aq mirë. Për më shumë informacion, telefononi Member Services.

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D**Çfarë nuk është në “Listën e barnave”?**

Plani nuk i mbulon të gjitha barnat me recetë.

- Në disa raste, ligji nuk lejon asnjë plan të Medicare të mbulojë disa lloje barnash. (Për më shumë informacion rreth kësaj, shihni Seksionin 7.1 të këtij kapitulli.)
- Në raste të tjera, ne kemi vendosur të mos përfshijmë një bar të caktuar në “Listën e barnave”. Në disa raste, ju mund të jeni në gjendje të merrni një bar që nuk është në “Listën e barnave”. (Për më shumë informacion, ju lutemi shihni Kapitullin 8.)

Seksioni 3.2 Si mund të zbuloni nëse një bar specifik është në “Listën e barnave”?

Ju keni 4 mënyra për ta mësuar:

1. Shikoni “Listën e barnave” më të fundit që kemi dhënë në mënyrë elektronike.
2. Vizitoni faqen e internetit të planit (SWHNY.com). “Lista e barnave” në faqen e internetit është gjithmonë ajo më aktualja.
3. Telefononi Member Services për të mësuar nëse një bar i caktuar është në “Listën e barnave” të planit ose për të kërkuar një kopje të listës.
4. Përdorni “Mjetin e përfitimit në kohë reale” të planit (Caremark.com ose duke telefonuar Member Services). Me këtë mjet mund të kërkon për barna në “Listën e barnave” për të parë një vlerësim të asaj që do të paguani dhe nëse ka barna alternative në “Listën e barnave” që mund të trajtojnë të njëjtën gjendje.

SEKSIONI 4 Ka kufizime në mbulimin për disa barna**Seksioni 4.1 Pse disa barna kanë kufizime?**

Për disa barna me recetë, rregulla të veçanta kufizojnë se si dhe kur plani i mbulon ato. Një ekip mjekësh dhe farmacistësh kanë zhvilluar këto rregulla për t’ju inkurajuar juve dhe ofruesin tuaj t’i përdorni barnat në mënyrën më efektive. Për të zbuluar nëse ndonjë nga këto kufizime zbatohet për një bar që ju merrni ose dëshironi ta merrni, shikoni “Listën e barnave”. Nëse një bar i sigurt dhe me kosto më të ulët do të funksionojë po aq mirë nga pikëpamja mjekësore sa një bar me kosto më të lartë, rregullat e planit janë krijuar për t’ju inkurajuar juve dhe ofruesin tuaj që të përdorni atë opsion me kosto më të ulët.

Ju lutemi vini re se ndonjëherë një bar mund të shfaqet më shumë se një herë në “Listën tonë të barnave”. Kjo për shkak se të njëjtët barna mund të ndryshojnë në bazë të fuqisë, sasisë ose formës së barit të dhënë me recetë nga ofruesi juaj i kujdesit shëndetësor dhe kufizime të ndryshme ose ndarja e koston mund të zbatohen për versionet e ndryshme të barit (për shembull, 10 mg kundrejt 100 mg, një tabletë në ditë kundrejt dy tabletave në ditë; tableta ose lëng).

Seksioni 4.2 Çfarë lloji kufizimesh?

Seksionet e mëposhtme ju tregojnë më shumë rreth llojeve të kufizimeve që përdorim për barna të caktuara.

Nëse ka një kufizim për barin tuaj, zakonisht do të thotë që ju ose ofruesi juaj do të duhet të ndërmerrni hapa shtesë në mënyrë që ne të mbulojmë barin. Kontaktoni Member Services për të mësuar se çfarë duhet të

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D

bëni ju ose ofruesi juaj për të marrë mbulim për barin. Nëse dëshironi që ne të heqim dorë nga kufizimi për ju, do t'ju duhet të përdorni procesin e vendimit të mbulimit dhe të na kërkonit të bëjmë një përjashtim. Ne mund ose mund të mos pranojmë të heqim dorë nga kufizimi për ju. (Shihni Kapitullin 8.)

Marrja e miratimit të planit paraprakisht

Për barna të caktuara, ju ose ofruesi juaj duhet të merrni miratimin nga plani përpara se të pranojmë të mbulojmë barin për ju. Ky quhet **autorizim paraprak**. Kjo është vendosur për të garantuar sigurinë e medikamentit dhe për të ndihmuar në drejtimin e përdorimit të duhur të barnave të caktuara. Nëse nuk e merrni këtë miratim, bari juaj mund të mos mbulohet nga plani.

Së pari provoni një bar tjetër

Kjo kërkesë ju inkurajon të provoni barna më pak të kushtueshme, por zakonisht po aq efektive përpara se plani të mbulojë një bar tjetër. Për shembull, nëse bari A dhe bari B trajtojnë të njëjtën gjendje mjekësore dhe bari A është më pak i kushtueshëm, plani mund t'ju kërkojë të provoni së pari barin A. Nëse bari A nuk funksionon për ju, plani do të mbulojë më pas barin B. Kjo kërkesë për të provuar fillimisht një bar tjetër quhet **terapi me hapa**.

Kufijtë e sasisë

Për barna të caktuara, ne kufizojmë sasinë e një bari që mund të merrni sa herë që plotësoni recetën tuaj. Për shembull, nëse normalisht konsiderohet e sigurt marrja vetëm e një pilule në ditë për një bar të caktuar, ne mund ta kufizojmë mbulimin për recetën tuaj në jo më shumë se një pilulë në ditë.

SEKSIONI 5 Po sikur një nga barnat tuaja të mos mbulohet ashtu siç dëshironi të mbulohet?**Seksioni 5.1 Ka gjëra që mund të bëni nëse bari juaj nuk mbulohet në mënyrën që ju dëshironi të mbulohet**

Ka situata ku ekziston një bar me recetë që po merrni, ose një që ju dhe ofruesi juaj mendoni se duhet ta merrni, që nuk është në formularin tonë ose është në formularin tonë me kufizime. Për shembull:

- Bari mund të mos mbulohet fare. Ose ndoshta një version gjenerik i barit mbulohet, por versioni me emër marke që dëshironi të merrni nuk mbulohet.
- Bari mbulohet, por ka rregulla ose kufizime shtesë për mbulimin për atë bar, siç shpjegohet në Seksionin 4.
- Ka gjëra që mund të bëni nëse bari juaj nuk mbulohet në mënyrën që ju dëshironi të mbulohet. **Nëse bari juaj nuk është në “Listën e barnave” ose nëse bari juaj është i kufizuar, shkoni te Seksioni 5.2 për të mësuar se çfarë mund të bëni.**

Seksioni 5.2 Çfarë mund të bëni nëse bari juaj nuk është në “Listën e barnave” ose nëse bari është i kufizuar në një farë mënyre?

Nëse bari juaj nuk është në “Listën e barnave” ose është i kufizuar, keni këto opsione:

- Ju mund të jeni në gjendje të merrni një furnizim të përkohshëm të barit.
- Ju mund të kaloni në një bar tjetër.

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D

- Ju mund të kërkonti një **përrjashtim** dhe t'i kërkonti planit të mbulojë barin ose të heqë kufizimet nga bari.

Ju mund të jeni në gjendje të merrni një furnizim të përkohshëm

Nën rrethana të caktuara, plani duhet të sigurojë një furnizim të përkohshëm të një medikamenti që ju tashmë po merrni. Ky furnizim i përkohshëm ju jep kohë për të biseduar me ofruesin tuaj për ndryshimet

Për t'u kualifikuar për një furnizim të përkohshëm, bari që keni marrë **nuk duhet të jetë më në “Listën e barnave” të planit OSE tani është i kufizuar në njëfarë mënyre.**

- Nëse jeni anëtar i ri**, ne do të mbulojmë një furnizim të përkohshëm të barit tuaj gjatë **90 ditëve** të para të anëtarësimit tuaj në plan.
- Nëse keni qenë në plan vitin e kaluar**, ne do të mbulojmë një furnizim të përkohshëm të barit tuaj gjatë **90 ditëve** të para të vitit kalendarik.
- Ky furnizim i përkohshëm do të jetë për një maksimum prej 31 ditësh. Nëse receta juaj plotësohet për më pak ditë, ne do të lejojmë disa rimbushje recetës që sigurojnë një furnizim të medikamentit për një maksimum prej 31 ditë furnizim. Receta duhet të plotësohet në një farmaci të rrjetit. (Ju lutemi, vini re se farmacia e kujdesit afatgjatë mund ta ofrojë barin në sasi më të vogla në të njëjtën kohë për të parandaluar harxhimet).
- Për ata anëtarë që kanë qenë në plan për më shumë se 90 ditë dhe jetojnë në një institucion të kujdesit afatgjatë dhe kanë nevojë për furnizim menjëherë:**

Ne do të mbulojmë një furnizim emergjence 31-ditor të një bari të caktuar, ose më pak nëse receta juaj është shkruar për më pak ditë. Kjo është përveç furnizimit të përkohshëm të mësipërm.

- Nëse jeni banor i ri i një institucioni LTC dhe jeni regjistruar në planin tonë për më shumë se 90 ditë dhe keni nevojë për një medikament që nuk është në formularin tonë ose u nënshtrohet kufizimeve të tjera, të tilla si terapia me hapa ose limitet për sasinë (limitet e dozës), ne do të mbulojmë një furnizim të përkohshëm urgjent 31-ditor të atij bari (përveç nëse receta është për më pak ditë) ndërkohë që anëtari ndjek një përrjashtim të formularit. Përrjashtimet janë të disponueshme në situatat kur përjetoni një ndryshim në nivelin e kujdesit që po merrni, i cili gjithashtu kërkon që ju të kaloni nga një institucion ose qendër trajtimi në tjetrin. Në rrethana të tilla, ju do të kualifikoheni për një përrjashtim të përkohshëm mbushjeje, një herë, edhe nëse jeni jashtë 90 ditëve të para si anëtar i planit. Ju lutemi vini re se polica jonë e tranzicionit zbatohet vetëm për ato barna që janë “Part D” dhe të blera në një farmaci të rrjetit. Politika e tranzicionit nuk mund të përdoret për të blerë një bar që nuk është bar i Part D ose një bar jashtë rrjetit, përveç nëse kualifikoheni për akses jashtë rrjetit.

Për pyetje në lidhje me një furnizim të përkohshëm, telefononi Member Services.

Gjatë kohës kur jeni duke përdorur një furnizim të përkohshëm të një bari, duhet të flisni me ofruesin tuaj për të vendosur se çfarë të bëni kur furnizimi juaj i përkohshëm të mbarojë. Ju keni dy opsione:

1) Ju mund të kaloni në një bar tjetër

Bisedoni me ofruesin tuaj nëse ka një bar tjetër të mbuluar nga plani që mund të funksionojë po aq mirë për ju. Ju mund të telefononi Member Services për të kërkuar një listë të barnave të mbuluara që trajtojnë të njëjtën gjendje mjekësore. Kjo listë mund ta ndihmojë ofruesin tuaj të gjejë një bar të mbuluar që mund të funksionojë për ju.

2) Mund të kërkonti një përrjashtim

Ju dhe ofruesi juaj mund t'i kërkonti planit të bëjë një përrjashtim dhe ta mbulojë barin në mënyrën që dëshironi të mbulohet. Nëse ofruesi juaj thotë se keni arsye mjekësore që justifikojnë të na kërkonti një përrjashtim,

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D

ofruesi juaj mund t'ju ndihmojë të kërkonti një përjashtim. Për shembull, ju mund t'i kërkonti planit të mbulojë një bar edhe pse ai nuk është në “Listën e barnave” të planit. Ose mund t'i kërkonti planit që të bëjë një përjashtim dhe të mbulojë barin tuaj pa kufizime.

Nëse jeni anëtar aktual dhe një bar që po merrni do të hiqet nga formulari ose do të kufizohet në një farë mënyre për vitin e ardhshëm, ne do t'ju tregojmë për çdo ndryshim përpara vitit të ri. Ju mund të kërkonti një përjashtim para vitit të ardhshëm dhe ne do t'ju japim një përgjigje brenda 72 orëve pasi të kemi marrë kërkesën tuaj (ose deklaratën mbështetëse të dhënësit të recetës). Nëse e miratojmë kërkesën tuaj, ne do të autorizojmë mbulimin përpara se ndryshimi të hyjë në fuqi.

Nëse ju dhe ofruesi juaj dëshironi të kërkonti një përjashtim, Kapitulli 8, Seksioni 7.4 ju tregon se çfarë të bëni. Ai shpjegon procedurat dhe afatet që janë caktuar nga Medicare për t'u siguruar që kërkesa juaj të trajtohet menjëherë dhe në mënyrë të drejtë.

SEKSIONI 6 Po nëse mbulimi juaj ndryshon për një nga barnat tuaja?**Seksioni 6.1 “Lista e barnave” mund të ndryshojë gjatë vitit**

Shumica e ndryshimeve në mbulimin e barnave ndodhin në fillim të çdo viti (1 janar). Megjithatë, gjatë vitit, plani mund të bëjë disa ndryshime në “Listën e barnave”. Për shembull, plani mund:

- Të shtojë ose heqë barnat nga “Lista e barnave”.
- Të shtojë ose heqë një kufizim në mbulimin për një bar.
- Të zëvendësojë një bar me emër marke me një version gjenerik të barit.
- Të zëvendësojë një produkt biologjik origjinal me një version biosimilar të këmbyeshtëm të produktit biologjik.

Ne duhet të ndjekim kërkesat e Medicare përpara se të ndryshojmë “Listën e barnave” të planit.

Shikoni Kapitullin 11 për përkufizime për llojet e barnave të diskutuara në këtë kapitull.

Seksioni 6.2 Çfarë ndodh nëse ndryshon mbulimi për një bar që po merrni?**Informacion mbi ndryshimet në mbulimin e barnave**

Kur ndodhin ndryshime në “Listën e barnave”, ne postojmë informacion në faqen tonë të internetit për ato ndryshime. Ne gjithashtu përditësojmë “Listën e barnave” në internet rregullisht. Ky seksion përshkruan llojet e ndryshimeve që mund të bëjmë në listën e barnave dhe kur do të merrni njoftim të drejtpërdrejtë nëse janë bërë ndryshime për një bar që po merrni.

Ndryshimet që mund të bëjmë në “Listën e barnave” që ju prekin gjatë vitit aktual të planit

- Shtimi i barnave të reja në listën e barnave dhe heqja e menjëhershme ose kryerja e ndryshimeve në një bar të ngjashëm në listën e barnave.
 - Kur shtojmë një version të ri të një bari në listën e barnave, ne mund të heqim menjëherë një bar të ngjashëm nga Lista e Barnave, ta lëvizim barin e ngjashëm në një nivel tjetër të ndarjes së kostos, të shtojmë kufizime të reja ose të dyja. Versioni i ri i barit do të jetë në të njëjtin nivel ose në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos dhe me të njëjtat ose më pak kufizime.

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D

- Ne do t'i bëjmë këto ndryshime të menjëhershme vetëm nëse shtojmë një version të ri gjenerik të një emri marke ose shtojmë disa versione të reja biosimilare të një produkti biologjik origjinal që ishte tashmë në listën e barnave.
- Ne mund t'i bëjmë këto ndryshime menjëherë dhe t'ju tregojmë më vonë, edhe nëse jeni duke marrë barin që po e heqim ose po i bëjmë ndryshime. Nëse jeni duke marrë barin e ngjashëm në kohën kur ne bëjmë ndryshimin, ne do t'ju tregojmë për çdo ndryshim specifik që kemi bërë.
- **Shtimi i barnave në listën e barnave dhe heqja ose bërja e ndryshimeve në një bar të ngjashëm në Listën e barnave me njoftim paraprak.**
 - Kur shtojmë një version tjetër të një bari në listën e barnave, ne mund të heqim një bar të ngjashëm nga lista e barnave, ta lëvizim atë në një nivel tjetër të ndarjes së kostos, të shtojmë kufizime të reja ose të dyja. Versioni i barit që ne shtojmë do të jetë në të njëjtin nivel ose në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos dhe me të njëjtat ose më pak kufizime.
 - Ne do t'i bëjmë këto ndryshime vetëm nëse shtojmë një version të ri gjenerik të një bar me emër marke ose shtojmë disa versione të reja biosimilare të një produkti biologjik origjinal që ishte tashmë në listën e barnave.
 - Ne do t'ju tregojmë të paktën 30 ditë përpara se të bëjmë ndryshimin, ose do t'ju tregojmë për ndryshimin dhe do të mbulojmë një furnizim 31-ditor të versionit të barit që po merrni.
- **Barnat e pasigurta dhe barnat e tjera në “Listën e barnave” që tërhiqen nga tregu**
 - Ndonjëherë një bar mund të konsiderohet i pasigurt ose të hiqet nga tregu për një arsye tjetër. Nëse ndodh kjo, ne mund ta heqim menjëherë barin nga “Lista e barnave”. Nëse jeni duke e marrë atë bar, ne do t'ju tregojmë pasi të bëjmë ndryshimin.
- **Bërja e ndryshimeve të tjera në barnat në “Listën e barnave”**
 - Ne mund të bëjmë ndryshime të tjera sapo të fillojë viti, të cilat ndikojnë në barnat që po merrni. Për shembull, ne jemi bazuar në paralajmërimet e vendosura në FDA ose udhëzimet e reja klinike të njohura nga Medicare.
 - Ne do t'ju tregojmë të paktën 30 ditë përpara se të bëjmë këto ndryshime, ose do t'ju tregojmë për ndryshimin dhe do të mbulojmë një furnizim shtesë 31-ditor të barit që po merrni.

Nëse bëjmë ndonjë nga këto ndryshime në ndonjërin prej barnave që po merrni, bisedoni me mjekun tuaj për opsionet që do të funksiononin më mirë për ju, duke përfshirë ndryshimin në një bar tjetër për të trajtuar gjendjen tuaj ose duke kërkuar një vendim mbulimi për të përmbushur ndonjë kufizim të ri për barin që po merrni. Ju ose mjeku juaj mund të na kërkonin një përjashtim për të vazhduar mbulimin e barit ose versionit të barit që keni marrë. Për më shumë informacion se si të kërkonin një vendim mbulimi, duke përfshirë një përjashtim, shihni Kapitullin 9.

Ndryshimet në “Listën e barnave” që nuk ju prekin gjatë vitit aktual të planit

Ne mund të bëjmë disa ndryshime në “Listën e barnave” që nuk janë përshkruar më sipër. Në këto raste, ndryshimi nuk do të zbatohet për ju nëse jeni duke e marrë barin kur bëhet ndryshimi; megjithatë, këto ndryshime ka të ngjarë të ndikojnë te ju duke filluar nga 1 janari i vitit të ardhshëm të planit nëse qëndroni në të njëjtin plan.

Në përgjithësi, ndryshimet që nuk do të ndikojnë te ju gjatë vitit aktual të planit janë:

- Ne kemi vendosur një kufizim të ri në përdorimin e barit tuaj.
- Ne e heqim barin tuaj nga “Lista e barnave”.

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D

Nëse ndonjë nga këto ndryshime ndodh për një bar që po e merrni (përveç tërheqjes nga tregu, një bar gjenerik që zëvendëson një bar me emër marke ose ndryshim tjetër të shënuar në seksionet e mësipërme), atëherë ndryshimi nuk do të ndikojë në përdorimin tuaj ose atë që paguani si pjesë juaj e kostos deri më 1 janar të vitit të ardhshëm.

Ne nuk do t'ju tregojmë për këto lloje ndryshimesh drejtpërdrejt gjatë vitit të planit aktual. Do t'ju duhet të kontrolloni “Listën e barnave” për vitin e ardhshëm të planit (kur lista është e disponueshme gjatë periudhës së regjistrimit të hapur) për të parë nëse ka ndonjë ndryshim në barnat që po merrni që do të ndikojnë tek ju gjatë vitit të ardhshëm të planit.

SEKSIONI 7 Cilat lloje të barnave *nuk* mbulohen nga plani?**Seksioni 7.1 Llojet e barnave që ne nuk i mbulojmë**

Ky seksion ju tregon se çfarë lloj barnash me recetë përjashtohen. Kjo do të thotë që Medicare nuk paguan për këto barna.

Nëse apeloni dhe zbulohet se bari i kërkuar nuk është i përjashtuar sipas Part D, ne do ta paguajmë ose do ta mbulojmë atë. (Për informacion rreth apelimit të një vendimi, shkonit te Kapitulli 8.) Nëse bari i përjashtuar nga plani ynë është gjithashtu i përjashtuar nga Medicaid, ju duhet ta paguani vetë.

Këtu janë tre rregulla të përgjithshme në lidhje me barnat që planet e barnave të Medicare nuk do t'i mbulojnë sipas Part D:

- Mbulimi i Part D për barnat i planit tonë nuk mund të mbulojë një bar që do të mbulohej nga Medicare Part A ose Part B.
- Plani ynë nuk mund të mbulojë një bar të blerë jashtë Shteteve të Bashkuara ose territoreve të saj.
- Plani ynë nuk mund të mbulojë përdorimin *jashtë etiketës* të një bari kur përdorimi nuk mbështetet nga referenca të caktuara, të tilla si Informacioni i Barnave të Shërbimit Formulari të Spitaleve Amerikane dhe Sistemi i Informacionit Micromedex DRUGDEX. Përdorimi jashtë etiketës është çdo përdorim i barit, përveç atyre të treguara në etiketën e një bari siç është miratuar nga Food and Drug Administration.

Përveç kësaj, me ligj, kategoritë e mëposhtme të barnave të listuara më poshtë nuk mbulohen nga Medicare. Megjithatë, disa nga këto barna mund të mbulohen për ju nën mbulimin tuaj të barnave Medicaid. Për më shumë informacion mbi mbulimin e barnave Medicaid, duhet të kontaktoni Member Services ose zyrën tuaj shtetërore të Medicaid (informacionet e kontaktit janë renditur në Kapitullin 2, Seksioni 6).

- Barnat pa recetë (të quajtura edhe barna “over-the-counter”)
 - Barnat e përdorura për të nxitur fertilitetin
 - Barnat që përdoren për lehtësimin e simptomave të kollës ose të ftohjes
 - Barnat e përdorura për qëllime kozmetike ose për të nxitur rritjen e flokëve
 - Vitaminat dhe produktet minerale me recetë, përveç vitaminave prenatale dhe preparateve fluoride
 - Barnat që përdoren për trajtimin e mosfunksionimit seksual ose erektile
 - Barnat që përdoren për trajtimin e anoreksisë, humbjes së peshës ose shtimit në peshë
 - Barnat për pacientët e jashtëm për të cilat prodhuesi kërkon që testet përkatëse ose shërbimet e monitorimit të blihen ekskluzivisht nga prodhuesi si kusht shitjeje

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me receta të Part D**SEKSIONI 8 Marrja e barnave të një recete****Seksioni 8.1 Jepni informacionin tuaj të anëtarësimit**

Për të marrë barnat e recetës suaj, jepni informacionet e anëtarësimit në planin tuaj, të cilat mund të gjenden në kartën tuaj të anëtarësimit, në farmacinë e rrjetit që zgjidhni. Farmacia e rrjetit do të faturojë automatikisht planin për barin tuaj.

Ju duhet të tregoni kartën tuaj të identitetit të anëtarit të planit Medicaid të New York për të plotësuar recetat e mbuluara nga Medicaid.

Seksioni 8.2 Po sikur të mos e keni me vete informacionin e anëtarësimit?

Nëse nuk e keni me vete informacionin e anëtarësimit në plan kur merrni barnat për recetën tuaj, ju ose farmacia mund ta telefononi planin për të marrë informacionin e nevojshëm ose mund t'i kërkonit farmacisë të kërkojë informacionin e regjistrimit në planin tuaj.

Nëse farmacia nuk është në gjendje të marrë informacionin e nevojshëm, **mund t'ju duhet të paguani koston e plotë të recetës kur ta merrni.** (Më pas mund të na kërkonit që t'ju rimbursojmë. Shihni Kapitullin 6, Seksioni 2 për informacion se si të kërkonit rimbursim nga plani.)

SEKSIONI 9 Mbulimi i barnave të Part D në situata të veçanta**Seksioni 9.1 Po sikur të jeni në një spital ose në një institucion të kualifikuar infermierie për një qëndrim që mbulohet nga plani?**

Nëse shtroheni në një spital ose në një institucion të kualifikuar infermierie për një qëndrim të mbuluar nga plani, ne përgjithësisht do të mbulojmë koston e barnave tuaja me receta gjatë qëndrimit tuaj. Pasi të largoheni nga spitali ose institucioni i kualifikuar i infermierisë, plani do të mbulojë barnat tuaja me receta për sa kohë që barnat përmbushin të gjitha rregullat tona për mbulimin e përshkruar në këtë Kapitull.

Seksioni 9.2 Po sikur të jeni banor në një institucion të kujdesit afatgjatë (LTC)?

Zakonisht, një institucion i kujdesit afatgjatë (LTC) (si p.sh. një institucion përkuqdesjeje) ka farmacinë e vet ose përdor një farmaci që furnizon medikamente për të gjithë banorët e saj. Nëse jeni banor i një institucioni të LTC-së, mund t'i merrni barnat tuaja me receta nëpërmjet farmacisë së institucionit ose asaj që ai përdor, për sa kohë që është pjesë e rrjetit tonë.

Shikoni *Direktorinë e ofruesve/farmacive* SWHNY.com për të mësuar nëse farmacia e institucionit tuaj LTC ose ajo që përdor është pjesë e rrjetit tonë. Nëse nuk është, ose nëse keni nevojë për më shumë informacion ose ndihmë, ju lutemi kontaktoni Member Services. Nëse jeni në një institucion LTC, ne duhet të sigurojmë që ju të jeni në gjendje të merrni në mënyrë rutinë përfitimet tuaja të Part D përmes rrjetit tonë të farmacive të LTC.

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D**Po sikur të jeni banor në një institucion të kujdesit afatgjatë (LTC) dhe keni nevojë për një bar që nuk është në “Listën tonë të barnave” ose është i kufizuar në një farë mënyre?**

Ju lutemi referojuni Seksionit 5.2 për një furnizim të përkohshëm ose emergjent.

Seksioni 9.3 Po sikur të merrni gjithashtu mbulim barnash nga një plan grupi i punëdhënësit ose i pensionistëve?

Nëse aktualisht keni mbulim tjetër të barnave me recetë përmes punëdhënësit ose grupit të pensioneve (ose bashkëshortit/bashkëshortes suaj ose partnerit/partneres shtëpiake) ju lutemi kontaktoni **administratorin e përfitimeve të atij grupi**. Ai mund t’ju ndihmojë të përcaktoni se si do të funksionojë mbulimi aktual i barnave me recetë me planin tonë.

Në përgjithësi, nëse keni mbulim grupi punonjësish ose pensionistësh, mbulimi i barnave që merrni nga ne do të jetë *dytësor* ndaj mbulimit të grupit tuaj. Kjo do të thotë që mbulimi i grupit tuaj do të paguante i pari.

Shënim i veçantë në lidhje me mbulimin e kreditueshëm:

Çdo vit grupi juaj i punëdhënësit ose i pensionistëve duhet t’ju dërgojë një njoftim që tregon nëse mbulimi juaj i barnave me recetë për vitin e ardhshëm kalendarik është i kreditueshëm.

Nëse mbulimi nga plani i grupit është i kreditueshëm, do të thotë që plani ka mbulim medikamentesh që pritet të paguajë, mesatarisht, të paktën aq sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare.

Ruajeni këtë njoftim për mbulimin e kreditueshëm, sepse mund t’ju duhet më vonë. Nëse regjistrohemi në një plan Medicare që përfshin mbulimin e barnave të Part D, mund t’ju duhet ky njoftim për të treguar se keni ruajtur mbulimin e kreditueshëm. Nëse nuk e keni marrë njoftimin e mbulimit të kreditueshëm, kërkoni një kopje nga administratori i përfitimeve të planit të punëdhënësit ose pensionistëve ose punëdhënësi ose sindikata.

Seksioni 9.4 Po sikur të jeni në kujdes të certifikuar nga Medicare për të sëmurët terminalë?

Kujdesi për të sëmurët terminalë dhe plani ynë nuk mbulojnë të njëjtin bar në të njëjtën kohë. Nëse jeni regjistruar në kujdesin e Medicare për të sëmurët terminalë dhe keni nevojë për barna të caktuara (p.sh., barna kundër të përzierave, laksativë, barna kundër dhimbjeve ose barna kundër ankthit) që nuk mbulohen nga kujdesi juaj për të sëmurët terminalë sepse nuk kanë lidhje me sëmundjen tuaj terminale dhe kushtet e lidhura me to, plani ynë duhet të marrë njoftim ose nga mjeku që jep recetë ose nga ofruesi juaj i kujdesit për të sëmurët terminalë se bari nuk është i lidhur përpara se plani ynë të mbulojë barin. Për të parandaluar vonesat në marrjen e këtyre barnave që duhet të mbulohen nga plani ynë, kërkoni nga ofruesi i kujdesit për të sëmurët terminalë ose mjeku që jep recetën që të japë njoftim përpara se të merren barnat e recetës suaj.

Në rast se ju ose anuloni zgjedhjen tuaj për kujdesin për të sëmurët terminalë ose dilni nga spitali, plani ynë duhet të mbulojë barnat tuaja siç shpjegohet në këtë dokument. Për të parandaluar çdo vonesë në një farmaci kur mbaron përfitimi juaj i kujdesit të Medicare për të sëmurët terminalë, sillni dokumentacionin në farmaci për të verifikuar revokimin ose daljen tuaj.

SEKSIONI 10 Programet për sigurinë e barnave dhe menaxhimin e medikamenteve**Seksioni 10.1 Programe për të ndihmuar anëtarët të përdorin barnat në mënyrë të sigurt**

Ne kryejmë shqyrtime të përdorimit të barnave për anëtarët tanë për t'u siguruar që ata po marrin kujdes të sigurt dhe të përshtatshëm.

Ne bëjmë një shqyrtim sa herë që merrni barna të një recete. Ne gjithashtu i shqyrtojmë të dhënat tona rregullisht. Gjatë këtyre shqyrtimeve, ne kërkojmë për probleme të mundshme si:

- Gabimet e mundshme në mjekim
- Barna që mund të mos jenë të nevojshme sepse po merrni një bar tjetër të ngjashëm për të trajtuar të njëjtën gjendje
- Barna që mund të mos jenë të sigurt ose të përshtatshme për shkak të moshës ose gjinisë suaj
- Kombinime të caktuara të barnave që mund t'ju dëmtojnë nëse merren në të njëjtën kohë
- Receta për barna që kanë përbërës ndaj të cilëve keni alergji
- Gabime të mundshme në sasinë (dozën) e një bari që po merrni
- Sasi të pasigurta të barnave opioide kundër dhimbjeve

Nëse shohim një problem të mundshëm në përdorimin tuaj të medikamenteve, ne do të punojmë me ofruesin tuaj për të korrigjuar problemin.

Seksioni 10.2 Programi i Menaxhimit të Barnave (DMP) për të ndihmuar anëtarët të përdorin në mënyrë të sigurt barnat e tyre opioide

Ne kemi një program që ndihmon të sigurohemi që anëtarët të përdorin në mënyrë të sigurt opioidet me recetë dhe medikamente të tjera me të cilat abuzohet shpesh. Ky program quhet Programi i Menaxhimit të Barnave (DMP). Nëse përdorni medikamente opioidësh që merrni nga disa dhënës barnash me recetë ose farmaci, ose nëse keni pasur një mbidozë të opioideve kohët e fundit, ne mund të flasim me dhënësit tuaj të barnave me recetë tuaj për t'u siguruar që përdorimi i barnave opioid nga ju është i përshtatshëm dhe i nevojshëm nga pikëpamja mjekësore. Duke punuar me dhënësit tuaj të barnave me recetë, nëse vendosim që përdorimi i barnave opioide ose me benzodiazepinë me recetë mund të mos jetë i sigurt, ne mund të kufizojmë mënyrën se si mund t'i merrni ato medikamente. Nëse ju vendosim në DMP-në tonë, kufizimet mund të jenë:

- T'ju kërkojmë që të merrni të gjitha recetat tuaja për barnat opioide ose me benzodiazepinë nga farmaci të caktuara
- T'ju kërkojmë që të merrni të gjitha recetat tuaja për barnat opioide ose me benzodiazepinë nga dhënës të caktuar barnash me recetë
- Të kufizojmë sasinë e medikamenteve opioide ose me benzodiazepinë që ne do të mbulojmë për ju

Nëse planifikojmë të kufizojmë mënyrën se si mund t'i merrni këto medikamente ose sa mund të merrni, ne do t'ju dërgojmë një letër paraprakisht. Letra do t'ju tregojë nëse kufizojmë mbulimin e këtyre barnave për ju, ose nëse do t'ju kërkohet të merrni recetat për këto barna vetëm nga një dhënës barnash me recetë ose farmaci specifike. Ju do të keni mundësinë të na tregoni se cilët dhënës barnash me recetë ose farmaci preferoni të përdorni dhe për çdo informacion tjetër që mendoni se është i rëndësishëm për ne. Pasi të keni pasur mundësinë të përgjigjeni, nëse vendosim të kufizojmë mbulimin tuaj për këto medikamente, ne do t'ju dërgojmë një letër tjetër që konfirmon kufizimin. Nëse mendoni se kemi bërë një gabim ose nuk jeni dakord me vendimin tonë ose me kufizimin, ju dhe

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D

mjeku që jep recetën keni të drejtë të apeloni. Nëse apeloni, ne do ta shqyrtojmë rastin tuaj dhe do t'ju japim një vendim të ri. Nëse vazhdojmë të refuzojmë ndonjë pjesë të kërkesës suaj në lidhje me kufizimet që zbatohen për aksesin tuaj në medikamente, ne do ta dërgojmë automatikisht rastin tuaj te një shqyrtues i pavarur jashtë planit tonë. Shihni Kapitullin 9 për informacion se si të kërkonin një apelim.

Ju nuk do të vendoseni në DMP-në tonë nëse keni kushte të caktuara mjekësore, të tilla si dhimbje të lidhura me kancerin ose anemi, jeni duke marrë kujdes për të sëmurët terminalë, kujdes paliativ ose terminal, ose jetoni në një institucion kujdesi afatgjatë.

Seksioni 10.3 Programi i Menaxhimit të Terapisë së Medikamenteve (MTM) për të ndihmuar anëtarët të menaxhojnë medikamentet e tyre

Ne kemi një program që mund të ndihmojë anëtarët tanë me nevoja komplekse shëndetësore. Programi ynë quhet program i Menaxhimit të Terapisë Mjekësore (MTM). Ky program është vullnetar dhe falas. Një ekip farmacistësh dhe mjekësh zhvilluan programin për ne për të ndihmuar që anëtarët tanë të përfitojnë sa më shumë nga barnat që marrin.

Disa anëtarë që kanë sëmundje të caktuara kronike dhe marrin medikamente që tejkalojnë një kosto specifike bari ose janë në një DMP për të ndihmuar anëtarët t'i përdorin opioidet e tyre në mënyrë të sigurt, mund të jenë në gjendje të marrin shërbime përmes një programi MTM. Nëse kualifikoheni për programin, një farmacist ose një profesionist tjetër shëndetësor do t'ju japë një shqyrtim gjithëpërfshirës të të gjitha medikamenteve tuaja. Gjatë shqyrtimit, ju mund të flisni për medikamentet tuaja, kostot tuaja dhe çdo problem apo pyetje që keni në lidhje me medikamentet tuaja me recetë dhe ato pa recetë. Ju do të merrni një përmbledhje me shkrim e cila ka një listë të rekomanduar të detyrave që përfshin hapat që duhet të ndërmerreni për të marrë rezultatet më të mira nga medikamentet tuaja. Ju do të merrni gjithashtu një listë medikamentesh që do të përfshijë të gjitha medikamentet që po merrni, sa merrni dhe kur dhe pse i merrni ato. Përveç kësaj, anëtarët në programin MTM do të marrin informacion për asgjësimin e sigurt të medikamenteve me recetë që janë substanca të kontrolluara.

Është ide e mirë të flisni me mjekun tuaj për listën e rekomanduar të asaj që duhet të bëni dhe listën e medikamenteve. Silleni përmbledhjen me vete në vizitën tuaj ose sa herë që flisni me mjekët, farmacistët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor. Gjithashtu, mbani të përditësuar dhe me vete listën tuaj të barnave (për shembull, me ID-në tuaj) në rast se shkoni në spital ose në urgjencë.

Nëse kemi një program që u përshtatet nevojave tuaja, ne do t'ju regjistrojmë automatikisht në program dhe do t'ju dërgojmë informacion. Nëse vendosni të mos merrni pjesë, ju lutemi na njoftoni dhe ne do t'ju tërheqim. Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me këtë program, ju lutemi kontaktoni Member Services.

SEKSIONI 11 Ne ju dërgojmë raporte që shpjegojnë pagesat për barnat tuaja dhe në cilën fazë pagese jeni
Seksioni 11.1 Ne ju dërgojmë një përmbledhje mujore të quajtur Shpjegimi i Përfitimeve Part D (Part D EOB)

Plani ynë monitoron kostot e barnave tuaja me recetë dhe pagesat që keni bërë kur merrni ose rimbushni barnat e recetave tuaja në farmaci. Në këtë mënyrë, ne mund t'ju tregojmë se kur keni kaluar nga një fazë e pagesës së barnave në tjetrën. Në veçanti, ekzistojnë dy lloje të kostove që ne monitorojmë:

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me recetë të Part D

- Ne monitorojmë se sa keni paguar. Këto quhen **kostot tuaja nga xhepi**.
- Ne monitorojmë **kostot totale të barnave** tuaja. Kjo është shuma që ju paguani nga xhepi ose që të tjerët paguajnë në emrin tuaj plus shumën e paguar nga plani.

Nëse keni pasur një ose më shumë receta për të cilat keni marrë barna përmes planit gjatë muajit të kaluar, ne do t'ju dërgojmë një Part D EOB. Part D EOB përfshin:

- **Informacion për atë muaj.** Ky raport jep detajet e pagesës për recetat për të cilat keni marrë barna gjatë muajit të kaluar. Ai tregon kostot totale të barnave, çfarë ka paguar plani dhe çfarë keni paguar ju dhe të tjerët në emrin tuaj.
- **Totali për vitin që nga 1 janari.** Ky quhet informacioni i vitit deri më sot. Ai tregon kostot totale të barnave dhe pagesat totale për barnat tuaja që nga fillimi i vitit.
- **Informacion mbi çmimin e barnave.** Ky informacion do të shfaqë çmimin total të barit dhe informacionin rreth rritjes së çmimit nga marrjes së parë të barnave të recetës për çdo pretendim për recetë të së njëjtës sasi.
- **Receta alternative me kosto më të ulët të disponueshme.** Kjo do të përfshijë informacion rreth barnave të tjera të disponueshme me ndarje më të ulët të koston për çdo reklamim për recetë.

Seksioni 11.2 Na ndihmoni ta mbajmë të përditësuar informacionin tonë për pagesat e barnave tuaja

Për të mbajtur nën kontroll kostot e barnave tuaja dhe pagesat që bëni për barnat, ne përdorim të dhënat që marrim nga farmacitë. Ja se si mund të na ndihmoni ta mbajmë informacionin tuaj të saktë dhe të përditësuar:

- **Tregoni kartën tuaj të anëtarësimit sa herë që ju merrni barnat e një recete.** Kjo na ndihmon të sigurohemi se dimë për barnat e recetave që po merrni dhe çfarë po paguani.
- **Sigurohuni që të kemi informacionin që na nevojitet.** Ka raste që ju mund të paguani për të gjithë koston e një bari me recetë. Në këto raste, ne nuk do të marrim automatikisht informacionin që na nevojitet për të mbajtur nën kontroll kostot tuaja nga xhepi. Për të na ndihmuar të mbajmë shënim shpenzimet tuaja nga xhepi, na jepni kopje të faturave tuaja. Këtu janë shembuj se kur duhet të na jepni kopjet e faturave tuaja të barnave:
 - Kur blini një bar të mbuluar në një farmaci në rrjet me një çmim të veçantë ose duke përdorur një kartë zbritjeje që nuk është pjesë e përfitimit të planit tonë
 - Kur keni bërë një pagesë “copayment” për barnat që ofrohen sipas një programi asistence për pacientët nga prodhuesi i barnave
 - Sa herë që keni blerë barna të mbuluara në farmacitë jashtë rrjetit ose herë të tjera që keni paguar çmimin e plotë për një bar të mbuluar në rrethana të veçanta

Nëse faturoheni për një bar të mbuluar, mund të kërkonit që plani ynë të paguajë pjesën tonë të koston. Për udhëzime se si ta bëni këtë, shkoni te Kapitulli 6, Seksioni 2.

- **Na dërgoni informacion në lidhje me pagesat që të tjerët kanë bërë për ju.** Pagesat e bëra nga disa individë dhe organizata të tjera llogariten gjithashtu në kostot tuaja nga xhepi. Për shembull, pagesat e bëra nga një program i ndihmës për barnat kundër AIDS-it (ADAP), Indian Health Service, dhe organizatat bamirëse llogariten në kostot tuaja nga xhepi. Mbani një regjistrë të këtyre pagesave dhe na i dërgoni ato në mënyrë që ne të mund të monitorojmë kostot tuaja.

Kapitulli 5 Përdorimi i mbulimit të planit për barnat me receta të Part D

- **Kontrolloni raportin me shkrim që ju dërgojmë.** Kur të merrni Part D EOB, shikoni për t'u siguruar që informacioni është i plotë dhe i saktë. Nëse mendoni se diçka mungon ose keni ndonjë pyetje, ju lutemi na telefononi në Member Services. Anëtarët e planit mund të kenë akses në EOB-në e tyre në internet në [Caremark.com](https://www.caremark.com). Sigurohuni t'i mbani këto raporte.

KAPITULLI 6:

*Na kërkoni të paguajmë një faturë që
keni marrë për shërbime mjekësore ose
barna të mbuluara*

SEKSIONI 1 Situatat në të cilat duhet të na kërkoni të paguajmë për shërbimet ose barnat tuaja të mbuluara

Ofruesit tanë të rrjetit e faturojnë planin drejtpërdrejt për shërbimet dhe barnat tuaja të mbuluara, ju nuk duhet të merrni një faturë për shërbimet ose barnat e mbuluara. Nëse merrni faturë për kujdesin mjekësor ose barnat që keni marrë, ju duhet ta dërgoni këtë faturë tek ne që ne ta paguajmë. Kur të na dërgoni faturën, ne do ta shikojmë faturën dhe do të vendosim nëse shërbimet dhe barnat duhet të mbulohen. Nëse vendosim se ato duhet të mbulohen, ne do ta paguajmë ofruesin drejtpërdrejt.

Nëse keni paguar tashmë për një shërbim ose artikull të Medicare të mbuluar nga plani, ju mund të kërkoni nga plani ynë që t'ju kthejë paratë (kthimi i parave shpesh quhet **rimbursim**). Është e drejta juaj që të paguheni nga plani ynë sa herë që keni paguar për shërbimet mjekësore ose barnat që mbulohen nga plani ynë. Mund të ketë afate që duhet të përmbushni për t'u rimbursuar. Ju lutemi shihni Seksionin 2 të këtij kapitulli. Kur të na dërgoni një faturë që e keni paguar tashmë, ne do ta shikojmë faturën dhe do të vendosim nëse shërbimet ose barnat duhet të mbulohen. Nëse vendosim që ato duhet të mbulohen, ne do t'ju paguajmë për shërbimet ose barnat.

Mund të ketë gjithashtu raste kur ju merrni një faturë nga një ofrues për koston e plotë të kujdesit mjekësor që keni marrë ose ndoshta për më shumë se pjesa juaj e ndarjes së koston siç diskutohet në këtë dokument. Së pari, përpiquni të zgjidhni faturën me ofruesin. Nëse kjo nuk funksionon, na e dërgoni neve faturën në vend që ta paguani. Ne do ta shikojmë faturën dhe do të vendosim nëse shërbimet duhet të mbulohen. Nëse vendosim se ato duhet të mbulohen, ne do ta paguajmë ofruesin drejtpërdrejt. Nëse vendosim të mos e paguajmë, do të njoftojmë ofruesin. Ju nuk duhet të paguani kurrë më shumë sesa ndarja e koston së lejuar nga plani. Nëse ky ofrues është i kontraktuar, ju keni ende të drejtën për trajtim.

Ja disa shembuj të situatave në të cilat mund t'ju duhet të kërkoni nga plani ynë që t'ju kthejë paratë ose të paguajë një faturë që keni marrë:

1. Kur keni marrë kujdes mjekësor emergjent ose keni nevojë urgjente nga një ofrues që nuk është në rrjetin e planit tonë

Ju mund të merrni shërbime emergjence ose urgjentisht të nevojshme nga çdo ofrues, pavarësisht nëse ofruesi është apo jo pjesë e rrjetit tonë. Në këto raste, kërkoni nga ofruesi të faturojë planin.

- Nëse e paguani vetë të gjithë shumën në momentin që merrni kujdesin, na kërkoni që t'ju kthejmë. Na dërgoni faturën, së bashku me dokumentacionin e çdo pagese që keni bërë.
- Ju mund të merrni një faturë nga ofruesi që kërkon pagesë që mendoni se nuk detyroheni. Na dërgoni këtë faturë, së bashku me dokumentacionin e çdo pagese që keni bërë tashmë.
 - Nëse ofruesit i detyroheni ndonjë gjë, ne do ta paguajmë ofruesin drejtpërdrejt.
 - Nëse keni paguar tashmë për shërbimin, ne do t'ju kthejmë paratë.

2. Kur një ofrues rrjeti ju dërgon një faturë që ju mendoni se nuk duhet ta paguani

Ofruesit e rrjetit duhet gjithmonë ta faturojnë planin drejtpërdrejt. Por ndonjëherë ata bëjnë gabime dhe ju kërkoni të paguani për shërbimet tuaja.

- Sa herë që merrni një faturë nga një ofrues rrjeti, na dërgoni faturën. Ne do të kontaktojmë drejtpërdrejt ofruesin dhe do të zgjidhim problemin e faturimit.
- Nëse i keni paguar tashmë një faturë një ofruesi të rrjetit, na dërgoni faturën, së bashku me dokumentacionin e çdo pagese që keni bërë. Ju duhet të na kërkoni që t'ju paguajmë për shërbimet tuaja të mbuluara.

Kapitulli 6 Na kërkoni të paguajmë një faturë që keni marrë për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara**3. Nëse jeni regjistruar në mënyrë retroaktive në planin tonë**

Ndonjëherë regjistrimi i një personi në plan është retroaktiv. (Kjo do të thotë se dita e parë e regjistrimit të tyre tashmë ka kaluar. Data e regjistrimit mund të ketë ndodhur edhe vitin e kaluar).

Nëse jeni regjistruar në mënyrë retroaktive në planin tonë dhe keni paguar nga xhepi për ndonjë nga shërbimet ose barnat tuaja të mbuluara pas datës së regjistrimit, mund të na kërkoni që t'ju kthejmë paratë. Ju do të duhet të dorëzoni dokumente të tilla si fatura dhe fatura që ne të trajtojmë rimbursimin.

4. Kur përdorni një farmaci jashtë rrjetit për të marrë një recetë

Nëse shkoni në një farmaci jashtë rrjetit, farmacia mund të mos jetë në gjendje ta paraqesë kërkesën drejtpërdrejt tek ne. Kur të ndodhë kjo, do t'ju duhet të paguani koston e plotë të recetës suaj.

Ruajeni faturën tuaj dhe na dërgoni një kopje kur të na kërkoni t'ju kthejmë. Mos harroni se ne i mbulojmë farmacinë jashtë rrjetit vetëm në rrethana të kufizuara. Shih Kapitullin 5, Seksionin 2.5 për një diskutim të këtyre rrethanave. Ne mund të mos ju kthejmë diferencën midis asaj që keni paguar për barin në farmacinë jashtë rrjetit dhe shumës që do të paguanim në një farmaci brenda rrjetit.

5. Kur paguani koston e plotë për një recetë, sepse nuk e keni me vete kartën e anëtarësimit në plan

Nëse nuk e keni me vete kartën e anëtarësimit në plan, mund t'i kërkoni farmacisë të telefonojë planin ose të kërkojë informacionin e regjistrimit në planin tuaj. Megjithatë, nëse farmacia nuk mund ta marrë menjëherë informacionin e regjistrimit që i nevojitet, mund t'ju duhet ta paguani vetë koston e plotë të recetës. Ruajeni faturën tuaj dhe na dërgoni një kopje kur të na kërkoni t'ju kthejmë. Ne mund të mos ju rimbursojmë koston e plotë që keni paguar nëse çmimi në para që keni paguar është më i lartë se çmimi ynë i negociuar për recetën.

6. Kur paguani koston e plotë për një recetë në situata të tjera

Ju mund të paguani koston e plotë të recetës sepse zbuloni se bari nuk mbulohet për ndonjë arsye.

- Për shembull, bari mund të mos jetë në “Listën e barnave” të planit ose mund të ketë një kërkesë ose kufizim që ju nuk e dinit ose nuk mendoni se duhet të zbatohet për ju. Nëse vendosni të merrni barin menjëherë, mund t'ju duhet të paguani koston e plotë për të.
- Ruajeni faturën tuaj dhe na dërgoni një kopje kur të na kërkoni t'ju kthejmë. Në disa situata, mund të na duhet të marrim më shumë informacion nga mjeku juaj në mënyrë që t'ju paguajmë për barin. Ne mund të mos ju rimbursojmë koston e plotë që keni paguar nëse çmimi në para që keni paguar është më i lartë se çmimi ynë i negociuar për recetën.

Kur na dërgoni një kërkesë për pagesë, ne do ta shqyrtojmë kërkesën tuaj dhe do të vendosim nëse shërbimi ose bari duhet të mbulohet. Kjo quhet marrja e një vendimi mbulimi. Nëse vendosim se duhet të mbulohet, ne do të paguajmë për shërbimin ose barin. Nëse ne refuzojmë kërkesën tuaj për pagesë, ju mund të apeloni vendimin tonë. Kapitulli 8 i këtij dokumenti përmban informacion se si të bëni një apelim.

SEKSIONI 2 Si të na kërkoni t'ju rimbursojmë. ose të paguajmë një faturë që keni marrë

Ju mund të na kërkoni që t'ju rimbursojmë duke na dërguar një kërkesë me shkrim. Nëse dërgoni një kërkesë me shkrim, të dërgoni faturën dhe dokumentacionin e çdo pagese që keni bërë. Është një ide e mirë të bëni një kopje

Kapitulli 6 Na kërkoni të paguajmë një faturë që keni marrë për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara

të faturës dhe mandatpagesave tuaja për t'i pasur për informacionet tuaja. **Ju duhet të na paraqisni kërkesën tuaj brenda një (1) viti kalendarik** nga data që keni marrë shërbimin, artikullin ose barin.

Për t'u siguruar që po na jepni të gjithë informacionin që na nevojitet për të marrë një vendim, mund të plotësoni formularin tonë të kërkesës për të bërë kërkesën tuaj për pagesë.

- Nuk është e detyrueshme të përdorni formularin, por ai do të na ndihmojë ta përpunojmë informacionin më shpejt.
- Ose shkarkoni një kopje të formularit nga faqja jonë e internetit (SWHNY.com) ose telefononi Member Services dhe kërkoni formularin.

Na e dërgoni me postë kërkesën tuaj për pagesë së bashku me çdo faturë ose mandapagesë të paguar në këtë adresë:

Rimbursimet e shërbimeve mjekësore:

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

Rimbursimet e barnave me recetë:

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

SEKSIONI 3 Ne do të shqyrtojmë kërkesën tuaj për pagesë dhe do të themi “po” ose “jo”

Seksioni 3.1 Ne kontrollojmë për të parë nëse duhet të mbulojmë shërbimin ose barin

Kur të marrim kërkesën tuaj për pagesë, ne do t'ju njoftojmë nëse kemi nevojë për ndonjë informacion shtesë nga ju. Përndryshe, ne do të shqyrtojmë kërkesën tuaj dhe do të marrim një vendim mbulimi.

- Nëse vendosim që kujdesi mjekësor ose bari mbulohet dhe ju keni ndjekur të gjitha rregullat, ne do të paguajmë për shërbimin ose barin. Nëse keni paguar tashmë për shërbimin ose barin, ne do t'ju dërgojmë rimbursimin me postë. Nëse keni paguar koston e plotë të një bari, mund të mos ju rimbursohet shuma e plotë që keni paguar (për shembull, nëse keni marrë një bar në një farmaci jashtë rrjetit ose nëse çmimi në para që keni paguar për një bar është më i lartë se çmimi ynë i negociuar). Nëse nuk keni paguar ende për shërbimin ose barin, ne do ta dërgojmë me postë pagesën direkt tek ofruesi.
- Nëse vendosim që kujdesi mjekësor ose bari nuk mbulohet, ose ju nuk keni ndjekur të gjitha rregullat, ne nuk do të paguajmë për kujdesin ose barin. Ne do t'ju dërgojmë një letër që shpjegon arsyet pse nuk po e dërgojmë pagesën dhe të drejtat tuaja për të apeluar atë vendim.

Kapitulli 6 Na kërkoni të paguajmë një faturë që keni marrë për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara**Seksioni 3.2 Nëse ju themi se nuk do të paguajmë për kujdesin mjekësor ose barin, ju mund të bëni një apelim**

Nëse mendoni se kemi bërë një gabim duke refuzuar kërkesën tuaj për pagesë ose shumën që po paguajmë, mund të bëni një apelim. Nëse bëni një apelim, do të thotë se po na kërkoni të ndryshojmë vendimin që morëm kur refuzuam kërkesën tuaj për pagesë. Procesi i apelimt është një proces formal me procedura të detajuara dhe afate të rëndësishme. Për detaje se si të bëni këtë apelim, shkoni te Kapitulli 8 i këtij dokumenti.

KAPITULLI 7:

Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**SEKSIONI 1 Plani ynë duhet të respektojë të drejtat dhe ndjeshmëritë tuaja kulturore si anëtar i planit****Seksioni 1.1 Ne duhet të japim informacion në një mënyrë që funksionon për ju dhe në përputhje me ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në brail, me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative etj.)**

Planit tuaj i kërkohet të sigurohet që të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike, ofrohen në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë ata me aftësi të kufizuara në anglisht, aftësi të kufizuara leximi, pa aftësi në dëgjim ose ata 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, makinave teleshtypëse ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me makinë teleshtypëse).

Plani ynë disponon shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në brail, në shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto nëse ju nevojitet. 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 që funksionon për ju, ju lutemi telefononi Member Services.

Plani ynë kërkohet 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 e gjeni veten në 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 keni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankim te Member Services duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, 08:00 deri në 20:00, me orën lokale. Përdoruesit e TTY, ju lutemi 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.

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tua

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 تناسك وتتسق مع حساسياتك الثقافية (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل أو بخط كبير، أو بتنسيقات بديلة أخرى، إلخ).
------------------	--

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tua

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.

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

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

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)**

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

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

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

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

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

סעקציע 1.1

מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאָנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפּראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאז"ו.)

אייער פֿלאַן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַלע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַלע ענראַ וואָס אַריינגענומען יענע מיט באַגרענעצט ענגליש באַהאַנדלונגס, באַגרענעצט לייענען סקילז, געהער אומפֿאַסיק, אַדער יענע מיט פאַרשידן קולטור. און עטניק באַקגראַונד. ביישפּילן פון ווי אַ פֿלאַן קען באַגעגענען די אַקסעסאַביליטי פאַדערונגען אַריינגעמען, אַבער זענען נישט באַגרענעצט צו צושטעלן פון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטיפֿ־רייטער אַדער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַדער טעלעטיפֿ־רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַרבינדונג.

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

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

אויב איר האט קיין קאנפליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פון אונדזער פֿלאַן אין א.פֿאַרמאט וואס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן א.קלאַ וויאטור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאנטיק-פרייטאג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פֿאַרלייגן א.קלאַ מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) א.דער גלייך מיט די א.פֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט 1-800-368-1019 (Office for Civil Rights) 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 zapewniliby potrzebną mu usługę, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci.

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

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**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 serbisyong ito sa hatian sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 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 ১.১ আমাদের অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রাইলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

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

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Amadare plýanë, ãrjebiaýi ný emn sadýdare prýñre útr dëýar jny bñamýlýe dëabai prýibë rýýe. Apñar prýañen hýe, amara apñake brýel, bð hrýf mýdýe ba anýaný bñilýp frýmýaýe këññe xýrç çaðý tþý dýte. Parai amadare apñake plýanëre súbþiagýlari smþýrýe emn akýrý frýmýaýe tþý dýte hýe. Ya apñar jny aýaksýseýeagý eýng úpýýký. Apñar jny karykýrý emn upaya amadare þýe tþý pýte, anugýrý kare sadý prýibëdýte kýl kýrýn.

Amadare plýanýrì mýli talakibýkýtdare, mýliadare rýrýni ò prýrýeþmýlýk súvasþýsýbë prýibëgýlëar jny nýeýarýkare mþýe akýen mýli súvasþý bþiýeýýýe sýasýrý ýeagayeg kýrýte dëýar bñilýp prýdan kýa prýañen.

këññe bþiýeýbëre jny plýanëre nýeýarýkare sýrýrahkýrýrýa upýlþý na hýe, nýeýarýkare baiýe bþiýe sýrýrahkýrý, yara apñake prýañený prýrýýa sýrýrah kýrýe. tadare þýýe bëre kýrar dáyþiþ plýanëre uper býrýa. Eý kýýeýe, apñi þýþmáýr ãn-nýeýarýk xýrç ýýar kýrýe nýeýar aýrþ pýmýnýt kýrýnë. Apñar prýañený prýibë apñake prýdan kýrýte. Parë plýanëre nýeýarýkare emn këññe bþiýeýýe upýsþýti nýe eýrýk më këññe prýsýþýtiýe apñi pðýlë, ãn-nýeýarýk xýrç ýýar kýrýe nýeýar smý eý prýibëdý pýte këþay ýte hýe së smþýrýe tþýýe jny plýanë kýl kýrýn.

Apñar jny aýaksýseýeagý ò upýýký frýmýaýe amadare plýan bþiýýk tþý pýte apñar këññe smýýa hýe, anugýrý kare sëmbar þýe þýkýrýar sþañýý smý sakal 8ýa þýe ráýrý 8ýar mþýe sadý prýibëýe abþiýeg dáyere kýrýte (833) 671-0440 nýbýe kýl kýrýn. TTY býbýarýrý, anugýrý kare 711 e kýl kýrýn. Eýýaý, apñi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) nýbýe kýl kýrýe Medicare-eý káýe abþiýeg ò dáyere kýrýte. Parýe ba 1-800-368-1019 ba TTY 1-800-537-7697-e sýasýrý kýl kýrýe sþiýli ráýýs aýýsýe abþiýeg dáyere kýrýte. Parýe.

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 kufizuar në dëgjim ose personat me kulturë dhe prejardhje etnike të ndryshme. Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa aksesueshmërie përfshijnë, por nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në 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 Member Services.

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

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

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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 Member Services 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.

Enότητα 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

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

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

Seksioni 1.2 Ne duhet të sigurojmë që ju të keni akses në kohë në shërbimet dhe barnat tuaja të mbuluara

Ju keni të drejtë të zgjidhni një ofrues të kujdesit parësor (PCP) në rrjetin e planit për të ofruar dhe rregulluar shërbimet tuaja të mbuluara. Ju gjithashtu keni të drejtë të shkoni te një specialist i shëndetit të grave (si p.sh. gjinekologu) pa rekomandim.

Ju keni të drejtë të merrni takime dhe shërbime të mbuluara nga rrjeti i ofruesve të planit *brenda një kohe të arsyeshme*. Kjo përfshin të drejtën për të marrë shërbime në kohë nga specialistë kur keni nevojë për atë kujdes. Ju gjithashtu keni të drejtë të merrni barna ose merrni rimbushje me recetat tuaja në cilëndo nga farmacitë e rrjetit tonë pa vonesa të gjata.

Nëse mendoni se nuk po merrni kujdesin tuaj mjekësor ose barnat e Part D brenda një kohe të arsyeshme, Kapitulli 8 tregon se çfarë mund të bëni.

Seksioni 1.3 Ne duhet të mbrojmë privatësinë e informacionit tuaj personal shëndetësor

Ligjet federale dhe shtetërore mbrojnë privatësinë e të dhënave tuaja mjekësore dhe të informacionit personal shëndetësor. Ne mbrojmë të dhënat tuaja personale shëndetësore siç kërkohet nga këto ligje.

- Informacioni juaj personal shëndetësor përfshin **informacionin personal** që na keni dhënë kur jeni regjistruar në këtë plan, si dhe të dhënat tuaja mjekësore dhe informacione të tjera mjekësore dhe shëndetësore.

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

- Ju keni të drejta në lidhje me informacionin tuaj dhe kontrollin se si përdoret informacioni juaj shëndetësor. Ne ju japim një njoftim me shkrim, të quajtur *Njoftimi i praktikës së privatësisë*, që flet për këto të drejta dhe shpjegon se si ne e mbrojmë privatësinë e informacionit tuaj shëndetësor.

Si e mbrojmë privatësinë e informacionit tuaj shëndetësor?

- Ne sigurohemi që personat e paaautorizuar të mos i shohin ose ndryshojnë të dhënat tuaja.
- Përveç rrethanave të shënuara më poshtë, nëse synojmë t’i japim informacionin tuaj shëndetësor dikujt që nuk ofron kujdesin tuaj ose nuk paguan për kujdesin tuaj, *na kërkohet të marrim më parë leje me shkrim nga ju ose dikush të cilit i keni dhënë fuqi ligjore për të marrë vendime për ju.*
- Ka disa përjashtime që nuk kërkojnë që ne fillimisht të marrim lejen tuaj me shkrim. Këto përjashtime lejohen ose kërkohen me ligj.
 - Na kërkohet të japim informacione shëndetësore për agjencitë qeveritare që kontrollojnë cilësinë e kujdesit.
 - Për shkak se ju jeni anëtar i planit tonë nëpërmjet Medicare, neve na kërkohet t’i japim Medicare informacionin tuaj shëndetësor, duke përfshirë informacionin rreth barnave tuaja me recetë të Part D. Nëse Medicare e lëshon informacionin tuaj për kërkime ose përdorime të tjera, kjo do të bëhet sipas statuteve dhe rregulloreve federale; zakonisht, kjo kërkon që informacioni që ju identifikon në mënyrë unike të mos shpërndahet.

Ju mund ta shihni informacionin në të dhënat tuaja dhe të dini se si është ndarë me të tjerët

Ju keni të drejtë të shikoni të dhënat tuaja mjekësore që mban plani dhe të merrni një kopje të të dhënave tuaja. Ne lejohe mi t’ju tarifojmë një tarifë për të bërë kopje. Ju gjithashtu keni të drejtë të na kërkon i të bëjmë shtesa ose korrigjime në të dhënat tuaja mjekësore. Nëse na kërkon i ta bëjmë këtë, ne do të punojmë me ofruesin tuaj të kujdesit shëndetësor për të vendosur nëse duhen bërë ndryshimet.

Ju keni të drejtë të dini se si është ndarë informacioni juaj shëndetësor me të tjerët për çdo qëllim që nuk është rutinë.

Nëse keni pyetje ose shqetësime në lidhje me privatësinë e informacionit tuaj personal shëndetësor, ju lutemi telefononi Member Services.

NJOFTIM PËR PRAKTIKAT E PRIVATËSISË TË SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.**KY NJOFTIM PËRSHKRUA N SE SI MUND TË PËRDORET DHE ZBULOHE T INFORMACIONI MJEKËSOR PËR JU DHE SI MUND TË MERRNI AKSES NË KËTË INFORMACION. JU LUTEM SHQYRTOJENI ATË ME KUJDES.**

Senior Whole Health of New York, Inc. dba “Senior Whole Health by Molina Healthcare” (“Senior Whole Health”, “ne” ose “jonë”) përdor dhe ndan informacione të mbrojtura shëndetësore rreth jush për të ofruar përfitimet tuaja shëndetësore si një anëtar i Senior Whole Health. Ne e përdorim dhe ndajmë informacionin tuaj për të kryer operacione trajtimi, pagese dhe kujdesi shëndetësor. Ne gjithashtu përdorim dhe ndajmë informacionin tuaj për arsye të tjera siç lejohet dhe kërkohet me ligj. Ne kemi për detyrë ta mbajmë informacionin tuaj shëndetësor privat dhe të respektojmë kushtet e këtij njoftimi. Data e hyrjes në fuqi e këtij njoftimi është 1 tetor 2021.

PHI do të thotë informacion i mbrojtur shëndetësor. PHI-ja është informacion shëndetësor që përfshin emrin tuaj, numrin e anëtarit ose identifikues të tjerë dhe përdoret ose ndahet nga Senior Whole Health.

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Pse Senior Whole Health e përdor ose ndan PHI-në tuaj?

Ne e përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj për t'ju ofruar përfitime të kujdesit shëndetësor. PHI-ja juaj përdoret ose ndahet për trajtimin, pagesën ose operacionet e kujdesit shëndetësor.

Për trajtimin

Senior Whole Health mund ta përdorë ose ndajë PHI-në tuaj për t'ju dhënë ose për të organizuar kujdesin tuaj mjekësor. Ky trajtim përfshin gjithashtu rekomandime midis mjekëve tuaj ose ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor. Për shembull, ne mund të ndajmë informacion për gjendjen tuaj shëndetësore me një specialist. Kjo e ndihmon specialistin të flasë për trajtimin tuaj me mjekun tuaj.

Për pagesën

Senior Whole Health mund të përdorë ose ndajë PHI-në për të marrë vendime mbi pagesën. Kjo mund të përfshijë pretendime, miratime për trajtim dhe vendime për nevojën mjekësore. Emri juaj, gjendja juaj, trajtimi juaj dhe furnizimet e dhëna mund të shënohen në faturë. Për shembull, ne mund t'i bëjmë të ditur një mjeku se ju keni përfitimet tona. Ne do t'i tregojmë mjekut edhe shumën e faturës që do të paguani.

Për operacionet e kujdesit shëndetësor

Senior Whole Health mund të përdorë ose të ndajë PHI-në për ju për të drejtuar planin tonë shëndetësor. Për shembull, ne mund të përdorim informacionin nga pretendimi juaj për t'ju njoftuar për një program shëndetësor që mund t'ju ndihmojë. Ne gjithashtu mund të përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj për të zgjidhur shqetësimet e anëtarëve. PHI-ja juaj mund të përdoret gjithashtu për të parë që pretendimet paguhet siç duhet.

Operacionet e kujdesit shëndetësor përfshijnë shumë nevoja të përditshme të biznesit. Ai përfshin, por nuk kufizohet me, sa vijon:

- Përmirësimi i cilësisë;
- Veprimet në programet shëndetësore për të ndihmuar anëtarët me kushte të caktuara (siç është astma);
- Kryerja ose organizimi i shqyrtimit mjekësor;
- Shërbimet ligjore, duke përfshirë programet e zbulimit dhe ndjekjes penale të mashtrimit dhe abuzimit;
- Veprime për të na ndihmuar t'u bindemi ligjeve;
- Adresimi i nevojave të anëtarëve, duke përfshirë zgjidhjen e ankesave dhe ankimeve.

Ne do ta ndajmë PHI-në tuaj me kompani të tjera (“**bashkëpunëtorë biznesi**”) që kryejnë lloje të ndryshme aktiviteteve për planin tonë shëndetësor. Ne gjithashtu mund ta përdorim PHI-në tuaj për t'ju kujtuar për takimet tuaja. Ne mund ta përdorim PHI-në tuaj për t'ju dhënë informacion në lidhje me trajtime të tjera ose përfitime dhe shërbime të tjera që lidhen me shëndetin.

Kur mundet Senior Whole Health të përdorë ose të ndajë PHI-në tuaj pa marrë autorizim (miratim) me shkrim nga ju?

Përveç trajtimit, pagesës dhe operacioneve të kujdesit shëndetësor, ligji lejon ose kërkon që Senior Whole Health të përdorë dhe të ndajë PHI-në tuaj për disa qëllime të tjera, duke përfshirë sa vijon:

Kur kërkohet nga ligji

Ne do të përdorim ose ndajmë informacione rreth jush siç kërkohet nga ligji. Ne do ta ndajmë PHI-në tuaj kur kërkohet nga Sekretari i Departamentit të Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore (HHS). Kjo mund të jetë për një çështje gjyqësore, shqyrtim tjetër ligjor ose kur kërkohet për qëllime të zbatimit të ligjit.

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Shëndeti publik

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet për aktivitete të shëndetit publik. Kjo mund të përfshijë ndihmën e agjencive të shëndetit publik për të parandaluar ose kontrolluar sëmundjet.

Mbikëqyrja e kujdesit shëndetësor

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet me agjencitë qeveritare. Ata mund të kenë nevojë për PHI-në tuaj për auditime.

Kërkime

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet për kërkime në raste të caktuara, si p.sh. kur miratohet nga një bord institucional ose për rishikimin e privatësisë.

Procedurat ligjore ose administrative

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet për procedime ligjore, si p.sh. në përgjigje të një urdhri gjykatë.

Organet e zbatimit të ligjit

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet me policinë për qëllime të zbatimit të ligjit, të tilla si për të ndihmuar në gjetjen e një të dyshuari, dëshmitari ose personi të zhdukur.

Shëndeti dhe siguria

PHI-ja juaj mund të ndahet për të parandaluar një kërcënim serioz për shëndetin ose sigurinë publike.

Funksionet e qeverisë

PHI-ja juaj mund të ndahet me qeverinë për funksione të veçanta. Një shembull do të ishte mbrojtja e Presidentit.

Viktimat e abuzimit, neglizhencës ose dhunës në familje

PHI-ja juaj mund të ndahet me autoritetet ligjore nëse besojmë se një person është viktimë e abuzimit ose neglizhencës.

Kompensimi i punëtorëve

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet për t'iu bindur ligjeve të Kompensimit të Punëtorëve.

Dhënia e informacioneve shpjeguese të tjera

PHI-ja juaj mund të ndahet me drejtorët e funeraleve ose ekspertët mjekoligjorë për t'iu ndihmuar ata të bëjnë punën e tyre.

Kur Senior Whole Health ka nevojë për autorizimin (miratimin) tuaj me shkrim për të përdorur ose ndarë PHI-në tuaj?

Senior Whole Health ka nevojë për miratimin tuaj me shkrim për të përdorur ose ndarë PHI-në tuaj për një qëllim të ndryshëm nga ata të renditur në këtë Njoftim. Senior Whole Health ka nevojë për autorizimin tuaj përpara se të zbulojmë PHI-në tuaj për sa vijon: (1) shumicën e përdorimeve dhe zbulimeve të shënimeve të psikoterapisë; (2) përdorimet dhe zbulimet për qëllime marketingu; dhe (3) përdorimet dhe zbulimet që përfshijnë shitjen e PHI-së. Ju mund të anuloni një miratim me shkrim që na keni dhënë. Anulimi juaj nuk do të zbatohet për veprimet e ndërmarra tashmë nga ne për shkak të miratimit që na keni dhënë tashmë.

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**Cilat janë të drejtat tuaja të informacionit shëndetësor?**

Ju keni të drejtë të:

- **Kërkoni kufizime për përdorimet ose zbulimet e PHI-së (ndarja e PHI-së suaj)**

Ju mund të na kërkoni që të mos e ndajmë PHI-në tuaj për të kryer operacione trajtimi, pagese ose kujdesi shëndetësor. Ju gjithashtu mund të na kërkoni që të mos ndajmë PHI-në tuaj me familjen, miqtë ose personat e tjerë që përmendni, të cilët janë të përfshirë në kujdesin tuaj shëndetësor. Megjithatë, neve nuk na kërkohet të pajtohemi me kërkesën tuaj. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Ju mund të përdorni formularin e Senior Whole Health për të bërë kërkesën tuaj.

- **Kërkoni komunikime konfidenciale të PHI-së**

Ju mund t'i kërkoni Senior Whole Health t'ju japë PHI-në tuaj në një mënyrë të caktuar ose në një vend të caktuar për të ndihmuar në mbajtjen private të PHI-së tuaj. Ne do të ndjekim kërkesat e arsyeshme, nëse na tregoni se si ndarja e të gjithë ose një pjesë e asaj PHI-je mund të rrezikojë jetën tuaj. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Ju mund të përdorni formularin e Senior Whole Health për të bërë kërkesën tuaj.

- **Rishikoni dhe kopjoni PHI-në tuaj**

Ju keni të drejtë të rishikoni dhe të merrni një kopje të PHI-së tuaj të mbajtur nga ne. Kjo mund të përfshijë të dhënat e përdorura në marrjen e mbulimit, pretendimeve dhe vendimeve të tjera si anëtar i Senior Whole Health. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Ju mund të përdorni formularin e Senior Whole Health për të bërë kërkesën tuaj. Ne mund t'ju paguajmë një tarifë të arsyeshme për kopjimin dhe postimin e të dhënave tuaja. Në disa raste, ne mund ta refuzojmë kërkesën. Shënim i rëndësishëm: Ne nuk kemi kopje të plota të të dhënave tuaja mjekësore. Nëse dëshironi të shikoni, të merrni një kopje ose të ndryshoni të dhënat tuaja mjekësore, ju lutemi kontaktoni me mjekun ose klinikën tuaj.

- **Ndryshoni PHI-në tuaj**

Ju mund të kërkoni që ne të ndryshojmë PHI-në tuaj. Kjo përfshin vetëm ato të dhëna të mbajtura nga ne për ju si anëtar. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Ju mund të përdorni formularin e Senior Whole Health për të bërë kërkesën tuaj. Ju mund të depozitoni një letër që nuk pajtoheni me ne nëse ne e refuzojmë kërkesën.

- **Merrni një shpjegim të zbulimeve të PHI-së (ndarja e PHI-së tuaj)**

Ju mund të kërkoni që ne t'ju japim një listë të palëve të caktuara me të cilat kemi ndarë PHI-në tuaj gjatë gjashtë viteve para datës së kërkesës suaj. Lista nuk do të përfshijë PHI-në e ndarë si më poshtë:

- për trajtimin, pagesën ose operacionet e kujdesit shëndetësor;
- drejtuar personave në lidhje me PHI-në e tyre;
- ndarjen e bërë me autorizimin tuaj;
- incidentet me përdorimin ose zbulimin e lejuar ose të kërkuar ndryshe sipas ligjit në fuqi;
- PHI-në e dhënë në interes të sigurisë kombëtare ose për qëllime të inteligjencës; ose
- si pjesë e një grupi të kufizuar të dhënash në përputhje me ligjin në fuqi.

Ne do të paguajmë një tarifë të arsyeshme për secilën listë nëse e kërkoni këtë listë më shumë se një herë brenda një periudhe 12-mujore. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Ju mund të përdorni formularin e Senior Whole Health për të bërë kërkesën tuaj.

Ju mund të bëni secilën nga kërkesat e renditura më sipër, ose mund të merrni një kopje letre të këtij Njoftimi. Ju lutemi telefononi Member Services të Senior Whole Health në numrin e telefonit pa pagesë në kartën tuaj të ID-së të Senior Whole Health, 7 ditë në javë, nga ora 8:00 deri në 20:00, sipas orës lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711.

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Çfarë mund të bëni nëse të drejtat tuaja nuk janë mbrojtur?

Ju mund të ankoheni te Senior Whole Health dhe te Departamenti i Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore nëse besoni se të drejtat tuaja të privatësisë janë shkelur. Ne nuk do të bëjmë asgjë kundër jush për paraqitjen e një ankese. Kujdesi dhe përfitimet tuaja nuk do të ndryshojnë në asnjë mënyrë.

Ju mund të bëni një ankesë tek ne në:

Me telefon:

Telefononi Member Services të Senior Whole Health në numrin e telefonit pa pagesë në kartën tuaj të ID-së të Senior Whole Health, 7 ditë në javë, nga ora 8:00 deri në 20:00, sipas orës lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711.

Me shkrim:

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

Ju mund të paraqisni një ankesë tek Sekretari i Departamentit të Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore të SHBA në:

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)

Cilat janë detyrat e Senior Whole Health?

Senior Whole Health kërkohet që:

- Të mbajë PHI-në tuaj private;
- T'ju japë informacione me shkrim si ky mbi detyrat tona dhe praktikatat e privatësisë në lidhje me PHI-në tuaj;
- T'ju japë një njoftim në rast të ndonjë shkeljeje të PHI-së tuaj të pasiguar;
- Të mos përdorë ose zbulojë informacionin tuaj gjenetik për qëllime nënshkrimi;
- Ndiqni kushtet e këtij njoftimi.

Ky njoftim është subjekt ndryshimi

Senior Whole Health rezervon të drejtën të ndryshojë praktikatat e tij të informacionit dhe kushtet e këtij Njoftimi në çdo kohë. Nëse e bëjmë këtë, kushtet dhe praktikatat e reja do të zbatohen më pas për të gjitha PHI-të që mbajmë. Nëse bëjmë ndonjë ndryshim material, Senior Whole Health do të postojë Njoftimin e rishikuar në faqen tonë të internetit dhe do të dërgojë Njoftimin e rishikuar, ose informacion në lidhje me ndryshimin material dhe mënyrën e marrjes së Njoftimit të rishikuar, në postimin tonë vjetor të ardhshëm për anëtarët tanë të mbuluar në atë kohë nga Senior Whole Health.

Informacionet e kontaktit

Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi kontaktoni zyrën e mëposhtme:

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**Me telefon:**

Telefononi Member Services të Senior Whole Health në numrin e telefonit pa pagesë në kartën tuaj të ID-së të Senior Whole Health, 7 ditë në javë, nga ora 8:00 deri në 20:00, sipas orës lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711.

Mund ta merrni këtë dokument falas në formate të tjera, si për shembull në format me shkronja të mëdha, në brail ose në audio. Telefononi Member Services të Senior Whole Health në numrin e telefonit pa pagesë në kartën tuaj të ID-së të Senior Whole Health, 7 ditë në javë, nga ora 8:00 deri në 20:00, sipas orës lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Telefonata është falas.

Seksioni 1.4 Ne duhet t'ju japim informacione për planin, rrjetin e ofruesve të tij dhe shërbimet tuaja të mbuluara

Si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ju keni të drejtë të merrni disa lloje informacionesh nga ne.

Nëse dëshironi ndonjë nga llojet e mëposhtme të informacionit, ju lutemi telefononi Member Services:

- **Informacion rreth planit tonë.** Kjo përfshin, për shembull, informacion në lidhje me gjendjen financiare të planit.
- **Informacion rreth ofruesve të rrjetit dhe farmaceutikëve tona.** Ju keni të drejtë të merrni informacion në lidhje me kualifikimet e ofruesve dhe farmaceutikëve në rrjetin tonë dhe mënyrën se si ne i paguajmë ofruesit në rrjetin tonë.
- **Informacion në lidhje me mbulimin tuaj dhe rregullat që duhet të ndiqni kur përdorni mbulimin tuaj.** Kapitujt 3 dhe 4 ofrojnë informacion në lidhje me shërbimet mjekësore. Kapitulli 5 ofron informacion rreth mbulimit të barnave me recetë të Part D.
- **Informacion rreth asaj se pse diçka nuk mbulohet dhe çfarë mund të bëni për të.** Kapitulli 8 ofron informacion për të kërkuar një shpjegim me shkrim se përse një shërbim mjekësor ose bari i Part D nuk mbulohet ose nëse mbulimi juaj është i kufizuar. Kapitulli 8 jep gjithashtu informacion për të na kërkuar ndryshimin e një vendimi, i quajtur gjithashtu apelim.

Seksioni 1.5 Ne duhet të mbështesim të drejtën tuaj për të marrë vendime për kujdesin tuaj
Ju keni të drejtën të dini opsionet tuaja të trajtimit dhe të merrni pjesë në vendimet për kujdesin tuaj shëndetësor

Ju keni të drejtë të merrni informacion të plotë nga mjekët tuaj dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor. Ofruesit tuaj duhet të shpjegojnë gjendjen tuaj mjekësore dhe zgjedhjet tuaja të trajtimit *në një mënyrë që ju mund ta kuptoni*.

Ju gjithashtu keni të drejtë të merrni pjesë plotësisht në vendimet për kujdesin tuaj shëndetësor. Për t'ju ndihmuar të merrni vendime me mjekët tuaj se cili trajtim është më i miri për ju, të drejtat tuaja përfshijnë sa vijon:

- **Për të ditur rreth të gjitha zgjedhjeve tuaja.** Ju keni të drejtën të informoheni për të gjitha opsionet e trajtimit që rekomandohen për gjendjen tuaj, pa marrë parasysh sa kushtojnë ose nëse ato mbulohen nga plani ynë. Ai gjithashtu përfshin informacionin për programet që ofron plani ynë për të ndihmuar anëtarët të menaxhojnë medikamentet e tyre dhe t'i përdorin barnat në mënyrë të sigurt.

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

- **Për të ditur për rreziqet.** Ju keni të drejtë të informoheni për çdo rrezik të përfshirë në kujdesin tuaj. Duhet t'ju thuhet paraprakisht nëse ndonjë kujdes ose trajtim mjekësor i propozuar është pjesë e një eksperimenti kërkimor. Ju keni gjithmonë zgjedhjen të refuzoni çdo trajtim eksperimental.
- **E drejta për të thënë “jo”.** Ju keni të drejtë të refuzoni çdo trajtim të rekomanduar. Kjo përfshin të drejtën për t'u larguar nga një spital ose një institucion tjetër mjekësor, edhe nëse mjeku juaj ju këshillon të mos largoheni. Ju gjithashtu keni të drejtë të ndaloni marrjen e barnave. Sigurisht, nëse refuzoni trajtimin ose ndaloni marrjen e barnave, ju pranoni përgjegjësinë e plotë për atë që i ndodh trupit tuaj si rezultat.

Ju keni të drejtë të jepni udhëzime se çfarë duhet bërë nëse nuk jeni në gjendje të merrni vendime mjekësore për veten

Ndonjëherë njerëzit bëhen të paaftë për të marrë vendime për kujdesin shëndetësor për veten e tyre për shkak të aksidenteve ose sëmundjeve të rënda. Ju keni të drejtë të thoni atë që dëshironi të ndodhë nëse jeni në këtë situatë. Kjo do të thotë që, *nëse dëshironi*, mund:

- Të plotësoni një formular me shkrim për t'i dhënë **dikujt autoritetin ligjor për të marrë vendime mjekësore për ju** nëse bëheni ndonjëherë i paaftë për të marrë vendime për veten tuaj.
- T'u jepni mjekëve tuaj **udhëzime me shkrim** se si dëshironi që ata të trajtojnë kujdesin tuaj mjekësor nëse bëheni i paaftë të merrni vendime për veten tuaj.

Dokumentet ligjore që mund të përdorni për të dhënë udhëzimet tuaja paraprakisht në këto situata quhen **direktiva paraprake**. Ekzistojnë lloje të ndryshme të direktivave paraprake dhe emra të ndryshëm për to. Dokumentet e quajtura **testament për jetën** dhe **prokurë për kujdesin shëndetësor** janë shembuj të direktivave paraprake.

Nëse dëshironi të përdorni një direktivë paraprake për të dhënë udhëzimet tuaja, ja çfarë duhet të bëni:

- **Merrni formularin.** Ju mund të merrni një formular të direktivave paraprake nga avokati juaj, nga një punonjës social ose nga disa dyqane kancelarie. Ndonjëherë ju mund të merrni formularë të direktivave paraprake nga organizatat që u japin personave informacione rreth Medicare. Ju gjithashtu mund të kontaktoni Member Services për të kërkuar formularët.
- Formularët janë gjithashtu të disponueshëm përmes një lidhjeje te Caring Connections në faqen tonë të internetit dhe në <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/>
- **Plotësojeni dhe nënshkruajeni atë.** Pavarësisht se ku e merrni këtë formular, kini parasysh se është një dokument ligjor. Ju duhet të konsideroni të keni një avokat që t'ju ndihmojë ta përgatisni atë.
- **Jepuni kopje personave të duhur.** Ju duhet t'i jepni një kopje të formularit mjekut tuaj dhe personit që përmendni në formular, i cili mund të marrë vendime për ju nëse ju nuk mundeni vetë. Këshillohet që t'u jepni kopje miqve të ngushtë ose anëtarëve të familjes. Mbani një kopje në shtëpi.

Nëse e dini paraprakisht se do të shtroheni në spital dhe keni nënshkruar një direktivë paraprake, **merrni një kopje me vete në spital.**

- Spitali do t'ju pyesë nëse keni nënshkruar një formular direktive paraprake dhe nëse e keni me vete.
- Nëse nuk keni nënshkruar një formular direktive paraprake, spitali ka formularë në dispozicion dhe do t'ju pyesë nëse dëshironi ta nënshkruani një të tillë.

Kini parasysh, është zgjedhja juaj nëse dëshironi të plotësoni një direktivë paraprake (duke përfshirë nëse dëshironi të nënshkruani një të tillë nëse jeni në spital). Sipas ligjit, askush nuk mund t'ju refuzojë kujdesin ose t'ju diskriminojë bazuar në faktin nëse keni nënshkruar ose jo një direktivë paraprake.

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**Po nëse udhëzimet tuaja nuk ndiqen?**

Nëse keni nënshkruar një direktivë paraprake dhe besoni se një mjek ose spital nuk i ka ndjekur udhëzimet në të, mund të paraqisni një ankesë në linjën telefonike të ankesave të Departamentit të Shëndetësisë të Shtetit të New York në numrin 1-800-206-8125 (TTY 711).

Seksioni 1.6	Ju keni të drejtë të bëni ankesa dhe të kërkonit nga ne që të rishqyrtojmë vendimet që kemi marrë
---------------------	--

Nëse keni ndonjë problem, shqetësim ose ankesë dhe keni nevojë të kërkonit mbulim ose të bëni një apelim, Kapitulli 8 i këtij dokumenti tregon se çfarë mund të bëni. Çfarëdo që të bëni, të kërkonit një vendim mbulimi, të bëni një apelim ose të bëni një ankesë, **neve na kërkohet t'ju trajtojmë me drejtësi.**

Seksioni 1.7	Çfarë mund të bëni nëse besoni se po trajtoheni në mënyrë të padrejtë ose nëse të drejtat tuaja nuk po respektohen?
---------------------	--

Nëse bëhet fjalë për diskriminim, telefononi Zyrën për të Drejtat Civile

Nëse besoni se jeni trajtuar në mënyrë të padrejtë ose të drejtat tuaja nuk janë respektuar për shkak të racës, aftësisë së kufizuar, fesë, seksit, shëndetit, përkatësisë etnike, besimit (bindjes), moshës, orientimit seksual ose origjinës kombëtare, duhet të telefononi **Zyrën për të Drejtat Civile** të Departamentit të Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore në 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697, ose telefononi Zyrën tuaj lokale për të Drejtat Civile.

Bëhet fjalë për diçka tjetër?

Nëse besoni se jeni trajtuar në mënyrë të padrejtë ose të drejtat tuaja nuk janë respektuar dhe nuk ka të bëjë me diskriminimin, mund të merrni ndihmë për t'u marrë me problemin që keni:

- Ju mund të **telefononi Member Services**.
- Ju mund të **telefononi SHIP**. Për detaje, shkoni te Kapitulli 2, Seksioni 3.
- Nëse **mund të telefononi Medicare** në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë (TTY 1-877-486-2048).

Seksioni 1.8	Si të merrni më shumë informacion për të drejtat tuaja
---------------------	---

Ka disa vende ku mund të merrni më shumë informacion në lidhje me të drejtat tuaja:

- Ju mund të **telefononi Member Services**.
- Ju mund të **telefononi SHIP**. Për detaje, shkoni te Kapitulli 2, Seksioni 3.
- Ju mund të kontaktoni me **Medicare**.
 - Ju mund të vizitoni faqen e internetit të Medicare për të lexuar ose shkarkuar publikimin *Të drejtat dhe mbrojtjet e Medicare*. (Publikimi gjendet në: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Ose mund të telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë (TTY 1-877-486-2048).

Kapitulli 7 Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**SEKSIONI 2 Ju keni disa përgjegjësi si anëtar i planit**

Gjërat që duhet të bëni si anëtar i planit janë renditur më poshtë. Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi telefononi Member Services.

- **Njihuni me shërbimet tuaja të mbuluara dhe rregullat që duhet të ndiqni për të marrë këto shërbime të mbuluara.** Përdorni këtë Dëshmi mbulimi për të mësuar se çfarë mbulohet për ju dhe rregullat që duhet të ndiqni për të marrë shërbimet tuaja të mbuluara.
 - Kapitujt 3 dhe 4 japin detaje rreth shërbimeve tuaja mjekësore.
 - Kapitulli 5 jep detaje rreth mbulimit të barnave me recetë të Part D.
- **Nëse keni ndonjë mbulim tjetër me sigurim shëndetësor ose mbulim për barnat me recetë përveç planit tonë, ju duhet të na tregoni.** Kapitulli 1 ju tregon për koordinimin e këtyre përfitimeve.
- **Tregojini mjekut tuaj dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor që jeni regjistruar në planin tonë.** Tregoni kartën tuaj të anëtarësimit në plan sa herë që merrni kujdesin tuaj mjekësor ose barnat me recetë të Part D.
- **Ndihmojini mjekët tuaj dhe ofruesit e tjerë t'ju ndihmojnë duke u dhënë atyre informacion, duke bërë pyetje dhe duke ndjekur kujdesin tuaj.**
 - Për të ndihmuar në marrjen e kujdesit më të mirë, tregojini mjekëve tuaj dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor për problemet tuaja shëndetësore. Ndiqni planet dhe udhëzimet e trajtimit për të cilat ju dhe mjekët tuaj bini dakord.
 - Sigurohuni që mjekët tuaj të dinë të gjitha barnat që po merrni, duke përfshirë barnat pa recetë, vitaminat dhe suplementet.
 - Nëse keni ndonjë pyetje, sigurohuni që të pyesni dhe të merrni një përgjigje që mund ta kuptoni.
- **Tregoni konsideratë.** Ne presim që të gjithë anëtarët tanë të respektojnë të drejtat e pacientëve të tjerë. Ne gjithashtu presim që ju të veproni në një mënyrë që ndihmon mbarëvajtjen e klinikës së mjekut, spitaleve dhe klinikave të tjera.
- **Paguani atë që detyroheni.** Si anëtar i planit, ju jeni përgjegjës për këto pagesa:
 - Ju duhet të vazhdoni të paguani primet tuaja të Medicare për të qëndruar anëtar i planit.
 - Nëse ju kërkohet të paguani shumën shtesë për Part D për shkak të të ardhurave tuaja më të larta (siç raportohet në deklaratën tuaj të fundit tatimore), ju duhet të vazhdoni t'ia paguani shumën shtesë drejtpërdrejt qeverisë për të qëndruar anëtar i planit.
- **Nëse lëvizni brenda zonës së shërbimit të planit tonë, ne duhet ta dimë** që të mund të mbajmë të përditësuar të dhënat tuaja të anëtarësimit dhe të dimë se si t'ju kontaktojmë.
- **Nëse lëvizni jashtë zonës së shërbimit të planit tonë, nuk mund të mbeten anëtar i planit tonë.**
- Nëse transferoheni, është gjithashtu e rëndësishme t'i tregoni Social Security (ose Railroad Retirement Board).

KAPITULLI 8:

*Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem
ose ankesë (vendime mbulimi, apelime,
ankesa)*

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**SEKSIONI 1 Hyrje****Seksioni 1.1 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem apo shqetësim**

Ky kapitull shpjegon proceset për trajtimin e problemeve dhe shqetësimeve. Procesi që përdorni për të trajtuar problemin tuaj varet nga lloji i problemit që keni:

- Për disa probleme, ju duhet të përdorni **procesin për vendimet e mbulimit dhe apelimet**.
- Për probleme të tjera, duhet të përdorni **procesin e ankesave**; këto quhen edhe ankime.

Çdo proces ka një sërë rregullash, procedurash dhe afatesh që duhet të ndiqen nga ne dhe ju.

Seksioni 3 do t'ju ndihmojë të identifikoni procesin e duhur për t'u përdorur dhe çfarë duhet të bëni.

Seksioni 1.2 Po termat ligjore?

Ekzistojnë terma ligjore për disa nga rregullat, procedurat dhe llojet e afateve të shpjeguara në këtë kapitull. Shumë nga këto terma janë të panjohura për shumicën e personave dhe mund të jenë të vështira për t'u kuptuar. Për t'i bërë gjërat më të lehta, ky kapitull:

- Përdor fjalë më të thjeshta në vend të disa termave juridike. Për shembull, ky kapitull në përgjithësi thotë “bërja e një ankesë” në vend se “paraqitja e një ankimi”, “vendim mbulimi” në vend të “përcaktimit të organizatës së integruar” ose “përcaktimi i mbulimit” ose “përcaktimi i rrezikut” dhe organizatë e pavarur shqyrtuese në vend të Ent i Pavarur Shqyrtues.
- Gjithashtu në të përdoren shkurtesat sa më pak të jetë e mundur.

Megjithatë, mund të jetë e dobishme, dhe ndonjëherë mjaft e rëndësishme, për ju që të njihni termat e duhura ligjore. Njohja e termave për të përdorur do t'ju ndihmojë të komunikoni më saktë për të marrë ndihmën ose informacionin e duhur për situatën tuaj. Për t'ju ndihmuar të dini se cilat terma të përdorni, ne përfshijmë terma ligjore kur japim detajet për trajtimin e llojeve specifike të situatave.

SEKSIONI 2 Ku mund të merrni më shumë informacion dhe ndihmë të personalizuar

Ne jemi gjithmonë në dispozicion për t'ju ndihmuar. Edhe nëse keni një ankesë për trajtimin që kemi ndaj jush, ne jemi të detyruar të respektojmë të drejtën tuaj për t'u ankuar. Prandaj, duhet gjithmonë të kontaktoni Member Services për ndihmë. Por në disa situata mund të kërkonit ndihmë ose udhëzime nga dikush që nuk është i lidhur me ne. Më poshtë janë dy subjekte që mund t'ju ndihmojnë.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Çdo shtet ka një program qeveritar me konsulentë të trajnuar. Programi nuk është i lidhur me ne ose me ndonjë kompani sigurimi apo plan shëndetësor. Konsulentët në këtë program mund t'ju ndihmojnë të kuptoni se cilin proces duhet të përdorni për të trajtuar një problem që keni. Ata gjithashtu mund t'u përgjigjen pyetjeve tuaja, t'ju japin më shumë informacion dhe të ofrojnë udhëzime se çfarë të bëni.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Shërbimet e konsulentëve të SHIP janë falas. Numrat e telefonit dhe URL-të e faqeve të internetit do t'i gjeni në Kapitullin 2, Seksioni 3 i këtij dokumenti.

Medicare

Ju gjithashtu mund të kontaktoni me Medicare për të marrë ndihmë. Për të kontaktuar me Medicare:

- Ju mund të telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë në 1-877-486-2048.
- Ju gjithashtu mund të vizitoni faqen e internetit të Medicare (www.medicare.gov).

Ju mund të merrni ndihmë dhe informacion nga Medicaid

Metoda	New York State Medicaid, New York City's Human Resources Administration dhe distrikte të tjera lokale të shërbimeve sociale duke përfshirë qarqet Nassau, Orange, Rockland dhe Westchester – Informacioni i kontaktit
Telefononi	New York State Medicaid (800) 505-5678 New York Human Resources Administration/Department of Social Services (DSS): (718) 557-1399 Nassau County: (516) 227-7474 Orange County: (845) 291-4000 Rockland County: (845) 364-3040 Westchester County: (914) 995-3333 E hënë - e premte, 8:30 - 20:00, e shtunë 10:00 - 18:00
Shkruani	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678 Rockland County DSS Building L 50 Sanatorium Road Pomona, New York 10970 White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Metoda	New York State Medicaid, New York City's Human Resources Administration dhe distrikte të tjera lokale të shërbimeve sociale duke përfshirë qarqet Nassau, Orange, Rockland dhe Westchester – Informacioni i kontaktit
Faqja e internetit	New York: http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml Nassau: https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html Orange: https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services Rockland: http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/ Westchester: http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Metoda	Office of the Ombudsman – Informacioni i kontaktit
Telefononi	(888) 219-9818 Nga e hëna në të premte, nga ora 8:30 deri në orën 17:00
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
FAQJA E INTERNETIT	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

Metoda	Long Term Care Ombudsman – Informacioni i kontaktit
Telefononi	(855) 582-6769 Nga e hëna në të premte, nga ora 08:30 deri në orën 17:00
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
FAQJA E INTERNETIT	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Metoda	Livanta (New York's Quality Improvement Organization) – Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(866) 815-5440 Nga e hëna në të premte nga ora 9:00 deri në 17:00 sipas orës lokale; fundjavave dhe festave nga ora 10:00 deri në 16:00 sipas orës lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
SHKRUANI	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
FAQJA E INTERNETIT	https://www.livantaqio.com/

SEKSIONI 3 Si të kuptoni ankesat dhe apelimet e Medicare dhe Medicaid në planin tonë

Ju keni Medicare dhe merrni ndihmë nga Medicaid. Informacioni në këtë kapitull zbatohet për **të gjitha** përfitimet tuaja nga Medicare dhe **shumicën** e përfitimeve tuaja nga Medicaid. Për shumicën e përfitimeve tuaja, ju do të përdorni një proces për përfitimet tuaja nga Medicare dhe përfitimet tuaja nga Medicaid. Ky nganjëherë quhet “proces i integruar” sepse kombinon ose integron proceset e Medicare dhe Medicaid.

Ndonjëherë proceset e Medicare dhe Medicaid nuk kombinohen. Në ato situata, ju përdorni një proces të Medicare për një përfitim të mbuluar nga Medicare dhe një proces Medicaid për një përfitim të mbuluar nga Medicaid. Këto situata shpjegohen në **Seksinin 6.4** të këtij kapitulli, “Hapi pas hapi: Si bëhet një apelim i Nivelit 2”.

PROBLEME PËR PËRFITIMET TUAJA**SEKSIONI 4 Vendimet e mbulimit dhe ankesat**

Nëse keni një problem ose shqetësim, ju duhet të lexoni vetëm pjesët e këtij kapitulli që vlejné për situatën tuaj. Informacioni i mëposhtëm do t’ju ndihmojë të gjeni Seksionin e duhur të këtij kapitulli për problemet ose ankesat rreth **përfitimeve të mbuluara nga Medicare ose Medicaid**.

A është problemi ose shqetësimi juaj në lidhje me përfitimet ose mbulimin tuaj?

Kjo përfshin problemet nëse kujdesi mjekësor (artikuj mjekësorë, shërbimet dhe/ose barnat me recetë të Part B) mbulohen apo jo, mënyra se si mbulohen dhe problemet që lidhen me pagesën për kujdesin mjekësor.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Po.**

Vazhdoni te Seksioni tjetër i këtij kapitulli, **Seksioni 5, “Një udhëzues për bazat e vendimeve të mbulimit dhe apelimeve”**.

Jo.

Kaloni përpara te **Seksioni 11** në fund të këtij kapitulli, **“Si të bëni një ankesë për cilësinë e kujdesit, kohën e pritjes, shërbimin ndaj klientit ose shqetësime të tjera”**.

SEKSIONI 5 Një udhëzues për bazat e vendimeve të mbulimit dhe apelimeve**Seksioni 5.1 Kërkimi për vendimet për mbulim dhe bërja e apelimeve: tabloja e madhe**

Vendimet e mbulimit dhe apelimet kanë të bëjnë me problemet që lidhen me përfitimet tuaja dhe mbulimin për kujdesin tuaj mjekësor (shërbimet, artikujt dhe barnat me recetë të Part B, duke përfshirë pagesën). Për t’i mbajtur gjërat të thjeshta, ne përgjithësisht u referohemi artikujve, shërbimeve mjekësore dhe barnave me recetë të Medicare Part B si **kujdes mjekësor**. Ju përdorni vendimin e mbulimit dhe procesin e apelimit. Ky është procesi që përdorni për çështje të tilla si nëse diçka mbulohet apo jo dhe mënyra se si mbulohet diçka.

Kërkimi i vendimeve të mbulimit përpara marrjes së përfitimeve

Një vendim mbulimi është një vendim që marrim në lidhje me përfitimet dhe mbulimin tuaj ose në lidhje me shumën që do të paguajmë kujdesin tuaj mjekësor. Për shembull, nëse mjeku i rrjetit të planit tuaj ju rekomandon te një specialist mjekësor jashtë rrjetit, ky rekomandim konsiderohet një vendim i favorshëm mbulimi, përveç rasteve kur mjeku juaj i rrjetit mund të tregojë se keni marrë një njoftim standard të refuzimit për këtë specialist mjekësor, ose “Dëshmia e mbulimit” e bën të qartë se shërbimi i referuar nuk mbulohet asnjë në asnjë rrethanë. Ju ose mjeku juaj mund të na kontaktoni gjithashtu dhe të kërkoni një vendim mbulimi nëse mjeku juaj nuk është i sigurt nëse ne do të mbulojmë një shërbim të caktuar mjekësor ose refuzon të ofrojë kujdesin mjekësor që mendoni se keni nevojë. Me fjalë të tjera, nëse doni të dini nëse do të mbulojmë një kujdes mjekësor përpara se ta merrni atë, mund të na kërkoni që të marrim një vendim mbulimi për ju.

Në rrethana të kufizuara, një kërkesë për një vendim mbulimi do të refuzohet, gjë që do të thotë se ne nuk do ta shqyrtojmë kërkesën. Shembujt se kur një kërkesë do të refuzohet përfshijnë nëse kërkesa është e paplotë, nëse dikush e bën kërkesën në emrin tuaj, por nuk është ligjërishit i autorizuar për ta bërë këtë ose nëse ju kërkoni që kërkesa juaj të tërhiqet. Nëse hedhim poshtë një kërkesë për një vendim mbulimi, ne do të dërgojmë një njoftim që shpjegon pse kërkesa u rrëzua dhe si të kërkojmë shqyrtimin e pushimit nga puna.

Ne marrim një vendim mbulimi për ju sa herë që vendosim se çfarë mbulohet për ju dhe sa paguajmë. Në disa raste, ne mund të vendosim që kujdesi mjekësor nuk mbulohet ose nuk mbulohet më nga Medicare për ju. Nëse nuk jeni dakord me këtë vendim mbulimi, mund të bëni një apelim.

Bërja e një apelimi

Nëse marrim një vendim mbulimi, para ose pas marrjes së një përfitimi, dhe ju nuk jeni të kënaqur, ju mund ta “apeloni” vendimin. Një apelim është një mënyrë formale për të na kërkuar të shqyrtojmë dhe ndryshojmë një vendim mbulimi që kemi marrë. Në rrethana të caktuara, të cilat do t’i diskutojmë më vonë, ju mund të kërkoni një apelim të përshpejtuar ose “të shpejtë” të një vendimi mbulimi. Apelimi juaj trajtohet nga shqyrtues të ndryshëm nga ata që morën vendimin fillestar.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Kur e apeloni një vendim për herë të parë, ky quhet apelim i Nivelit 1. Në këtë apelim, ne shqyrtojmë vendimin e mbulimit që morëm për të kontrolluar nëse po ndiqim siç duhet rregullat. Kur ta kemi përfunduar shqyrtimin, ne ju japim vendimin tonë.

Në rrethana të kufizuara, një kërkesë për një apelim të Nivelit 1 do të refuzohet, gjë që do të thotë se ne nuk do ta shqyrtojmë kërkesën. Shembujt se kur një kërkesë do të refuzohet përfshijnë nëse kërkesa është e paplotë, nëse dikush e bën kërkesën në emrin tuaj, por nuk është ligjërish i autorizuar për ta bërë këtë ose nëse ju kërkon që kërkesa juaj të tërhiqet. Nëse hedhim poshtë një apelim të Nivelit 1, ne do të dërgojmë një njoftim që shpjegon pse kërkesa u rrëzua dhe si të kërkojmë shqyrtimin e pushimit nga puna.

Nëse i themi jo të gjithë ose një pjesë të apelimit tuaj të Nivelit 1 për kujdes mjekësor, apelimi juaj do të kalojë automatikisht në nivelin 2. Apelimi i Nivelit 2 kryhet nga Zyra e Dëgjimeve Administrative. Ata nuk janë të lidhur me ne.

- Çështja juaj do të dërgohet automatikisht në Zyrën e Dëgjimeve Administrative për një apelim të Nivelit 2, ju nuk keni pse të bëni asgjë. Zyra e Dëgjimeve Administrative do t'ju dërgojë me postë një njoftim për të konfirmuar se e kanë marrë apelimin tuaj të Nivelit 2.
- Shihni **Seksionin 6.4** të këtij kapitulli për më shumë informacion rreth apelimeve të Nivelit 2 për përkujdesje mjekësore.
- Apelimet e Part D diskutohen më tej në Seksionin 7 të këtij kapitulli.

Nëse nuk jeni i kënaqur me vendimin në apelimin e Nivelit 2, mund të jeni në gjendje të vazhdoni përmes niveleve shtesë të apelimit (Seksioni 10 në këtë kapitull shpjegon proceset e apelimit të Nivelit 3, 4 dhe 5).

Seksioni 5.2 Si të merrni ndihmë kur kërkonit një vendim mbulimi ose bëni një apelim

Këtu janë burimet nëse vendosni të kërkonit ndonjë lloj vendimi mbulimi ose të apeloni një vendim:

- Ju **mund të na telefononi te Member Services.**
- Ju **mund të merrni ndihmë falas** nga State Health Insurance Assistance Program.
- **Mjeku juaj ose një ofrues tjetër i kujdesit shëndetësor mund të bëjë një kërkesë për ju.** Nëse mjeku juaj ju ndihmon me një apelim të Nivelit 2, ata do të duhet të emërohen si përfaqësuesi juaj. Ju lutemi telefononi Member Services dhe kërkonit formularin “Emërimi i Përfaqësuesit”. (Formulari është gjithashtu i disponueshëm në faqen e internetit të Medicare në www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
 - Për kujdesin mjekësor, mjeku juaj ose një ofrues tjetër i kujdesit shëndetësor mund të kërkojë një vendim mbulimi ose një apelim të Nivelit 1 në emrin tuaj. Nëse apelimi juaj refuzohet në Nivelin 1, ai do të përcillet automatikisht në Nivelin 2.
 - Nëse mjeku juaj ose një ofrues tjetër shëndetësor kërkon që një shërbim ose artikull që po merrni tashmë të vazhdojë gjatë apelimit tuaj, **mund** t'ju duhet të përmendni mjekun tuaj ose një mjek tjetër që jep recetëm si përfaqësuesin tuaj për të vepruar në emrin tuaj.
 - Për barnat me recetë të Part D, mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë mund të kërkojë një vendim mbulimi ose një apelim të Nivelit 1 në emrin tuaj. Nëse apelimi juaj i Nivelit 1 refuzohet, mjeku juaj ose mjeku që jep recetë mund të kërkojë një apelim të Nivelit 2.
- **Ju mund t'i kërkonit dikujt të veprorë në emrin tuaj.** Nëse dëshironi, mund të emëroni një person tjetër që të veprorë për ju si “përfaqësuesi” juaj për të kërkuar një vendim mbulimi ose për të bërë një apelim.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Nëse dëshironi që një mik, i afërm ose një person tjetër të jetë përfaqësuesi juaj, telefononi Member Services dhe kërkonte formularin “Emërimi i Përfaqësuesit”. (Formulari është gjithashtu i disponueshëm në faqen e internetit të Medicare në www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) Formulari i jep atij personi lejen të veprojë në emrin tuaj. Ai duhet të nënshkruhet nga ju dhe nga personi që dëshironi të veprojë në emrin tuaj. Ju duhet të na jepni një kopje të formularit të nënshkruar.
- Ndonëse mund të pranojmë një kërkesë apelimi pa formularin, nuk mund ta fillojmë ose të përfundojmë shqyrtimin tonë derisa ta marrim atë. Nëse nuk e marrim formularin përpara afatit tonë për marrjen e një vendimi mbi apelimin tuaj, kërkesa juaj e apelimit do të refuzohet. Nëse kjo ndodh, ne do t’ju dërgojmë një njoftim me shkrim duke shpjeguar të drejtën tuaj për t’i kërkuar Zyrës së Dëgjimeve Administrative të shqyrtojë vendimin tonë për të hedhur poshtë apelimin tuaj.
- **Ju gjithashtu keni të drejtë të punësoni një avokat.** Ju mund të kontaktoni avokatin tuaj ose të merrni emrin e një avokati nga shoqata lokale e avokatëve ose shërbime të tjera referimi. Ka edhe grupe që do t’ju japin shërbime ligjore falas nëse kualifikoheni. Megjithatë, **nuk ju kërkohet të punësoni një avokat** për të kërkuar ndonjë lloj vendimi mbulimi ose për të apeluar një vendim.

Seksioni 5.3 Cili Seksion i këtij kapitulli jep detaje për situatën tuaj?

Ka katër situata të ndryshme që përfshijnë vendime mbulimi dhe apelime. Duke qenë se çdo situatë ka rregulla dhe afate të ndryshme, ne japim detajet për secilën në një Seksion të veçantë:

- **Seksioni 6** i këtij kapitulli, “Kujdesi juaj mjekësor: Si të kërkonte një vendim mbulimi ose të bëni një apelim”
- **Seksioni 7** i këtij kapitulli, “Barnat tuaja me recetë të Part D: Si të kërkonte një vendim mbulimi ose të bëni një apelim”
- **Seksioni 8** i këtij kapitulli, “Si të na kërkonte të mbulojmë një qëndrim më të gjatë në spital nëse mendoni se mjeku po ju nxjerr shumë shpejt”
- **Seksioni 9** të këtij kapitulli, “Si të na kërkonte që të vazhdojmë të mbulojmë disa shërbime mjekësore nëse mendoni se mbulimi juaj po përfundon shumë shpejt” (Zbatohet vetëm për këto shërbime: kujdesin tuaj shëndetësor në shtëpi, ose kujdesin e institucionit të kualifikuar të infermierisë, ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF))

Nëse nuk jeni i sigurt se cilin Seksion duhet të përdorni, telefononi Member Services. Ju gjithashtu mund të merrni ndihmë ose informacion nga organizatat qeveritare si SHIP juaj.

SEKSIONI 6 Kujdesi juaj mjekësor: Si të kërkonte një vendim mbulimi ose të apelonit një vendim mbulimi**Seksioni 6.1 Ky seksion tregon se çfarë të bëni nëse keni probleme me marrjen e mbulimit për kujdesin mjekësor ose nëse dëshironi që ne t’ju rimbursojmë për kujdesin tuaj**

Ky seksion ka të bëjë me përfitimet tuaja për kujdes mjekësor. Këto përfitime përshkruhen në Kapitullin 4 të këtij dokumenti: *Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)*. Në disa raste, aplikohen rregulla të ndryshme për

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

një kërkesë për një bar me recetë të Part B. Në ato raste, ne do të shpjegojmë se si rregullat për barnat me recetë të Part B janë të ndryshme nga rregullat për artikujt dhe shërbimet mjekësore.

Ky seksion tregon se çfarë mund të bëni nëse jeni në një nga pesë situatat e mëposhtme:

1. Ju nuk po merrni kujdesin e caktuar mjekësor që dëshironi dhe besoni se plani ynë e mbulon këtë kujdes. **Kërkoni një vendim mbulimi. Seksioni 6.2.**
 2. Planin ynë nuk e miraton kujdesin mjekësor që dëshiron t'ju japë mjeku juaj ose ofruesi tjetër i kujdesit shëndetësor dhe ju besoni se plani ynë e mbulon këtë kujdes. **Kërkoni një vendim mbulimi. Seksioni 6.2.**
 3. Ju keni marrë kujdes mjekësor që besoni se plani ynë duhet ta mbulojë, por ne kemi thënë se nuk do të paguajmë për këtë kujdes. **Bërja e një apelimi. Seksioni 6.3.**
 4. Ju keni marrë dhe paguar për kujdesin mjekësor që besoni se plani ynë duhet të mbulojë dhe dëshironi të kërkoni nga plani ynë që t'ju rimburojë për këtë kujdes. **Na dërgoni faturën. Seksioni 6.5.**
 5. Ju thuhet se mbulimi për kujdes mjekësor të caktuar që keni marrë (që ne e kemi miratuar më parë) do të reduktohet ose ndërpritet, dhe ju besoni se reduktimi ose ndalimi i këtij kujdesi mund të dëmtojë shëndetin tuaj. **Bërja e një apelimi. Seksioni 6.3.**
- **Shënim:** Nëse mbulimi që do të ndërpritet është për kujdesin tuaj shëndetësor në shtëpi, ose kujdesin e institucionit të kualifikuar të infermierisë, ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF) ju duhet të lexoni Seksionet 8 dhe 9 të këtij kapitulli. Për këto lloj kujdesi aplikohen rregulla të veçanta.

Seksioni 6.2 Hap pas hapi: Si të kërkoni një vendim mbulimi**Termet ligjore**

Kur një vendim mbulimi përfshin kujdesin tuaj mjekësor, ai quhet **“Përcaktimi i organizatës së integruar”**.
Një “vendim i shpejtë mbulimi” quhet **“vendim i përshpejtuar”**.

Hapi 1: Vendosni nëse keni nevojë për një “vendim standard mbulimi” ose një “vendim të shpejtë mbulimi”.

Një “vendim standard mbulimi” zakonisht bëhet brenda 14 ditëve ose 72 orëve për barnat e Part B. Një “vendim i shpejtë mbulimi” zakonisht merret brenda 72 orëve, për shërbimet mjekësore, brenda 24 orëve për barnat e Part B. Për të marrë një vendim të shpejtë mbulimi, duhet të plotësoni dy kërkesa:

- Ju mund të kërkoni *vetëm* mbulim për artikujt dhe/ose shërbime mjekësore (jo kërkesa për pagesë për artikujt dhe/ose shërbime të marra tashmë).
- Ju mund të merrni një vendim të shpejtë mbulimi *vetëm* nëse përdorimi i afateve standarde mund të *shkaktojë dëm serioz në shëndetin tuaj ose të dëmtojë aftësinë tuaj për të funksionuar*.
- Nëse mjeku juaj na thotë se shëndeti juaj kërkon një “vendim të shpejtë mbulimi”, ne do të jemi automatikisht dakord që t'ju japim një “vendim të shpejtë mbulimi”.
- Nëse kërkoni vetë një vendim mbulimi të shpejtë, pa mbështetjen e mjekut tuaj, ne do të vendosim nëse shëndeti juaj kërkon që ne t'ju japim një vendim të shpejtë mbulimi. Nëse nuk e miratojmë një vendim mbulimi të shpejtë, ne do t'ju dërgojmë një letër që:
 - Shpjegon se do të përdorim afatet standarde.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Shpjegon nëse mjeku juaj kërkon vendimin të shpejtë mbulimi, ne do t'ju japim automatikisht një vendim të shpejtë mbulimi.
- Shpjegon se ju mund të paraqisni një “ankesë të shpejtë” në lidhje me vendimin tonë për t'ju dhënë një vendim standard mbulimi në vend të vendimit të shpejtë të mbulimit që keni kërkuar.

Hapi 2: Kërkojini planit tonë të marrë një vendim mbulimi ose një vendim të shpejtë mbulimi.

- Filloni duke i telefonuar, shkruar ose dërguar faks planit tonë për të bërë kërkesën tuaj që ne të autorizojmë ose të ofrojmë mbulim për kujdesin mjekësor që dëshironi. Këtë mund ta bëni ju, mjeku juaj ose përfaqësuesi juaj. Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.

Hapi 3: Ne e konsiderojmë kërkesën tuaj për mbulim të kujdesit mjekësor dhe ju japim përgjigjen tonë.*Për vendimet standarde të mbulimit ne përdorim afatet standarde.*

Kjo do të thotë se ne do t'ju japim një përgjigje brenda 14 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B, ne do t'ju japim një përgjigje brenda 72 orëve pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.

- **Megjithatë**, nëse kërkonit më shumë kohë ose nëse na duhen më shumë informacione që mund t'ju sjellin dobi, **mund të duam deri në 14 ditë të tjera** nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse na duhen ditë shtesë, do t'ju tregojmë me shkrim. Ne nuk mund të marrim kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B.
- Nëse besoni se *nuk* duhet të marrim ditë shtesë, mund të paraqisni një “ankesë të shpejtë”. Ne do t'ju japim një përgjigje për ankesën tuaj sapo të marrim vendimin. (Procesi i ankesës është i ndryshëm nga procesi i vendimeve të mbulimit dhe apelimeve. Shihni Seksionin 11 të këtij kapitulli për informacion mbi ankesat).

Për vendimet e shpejta të mbulimit ne përdorim një afat kohor të përshpejtuar

Një vendim i shpejtë mbulimi do të thotë që ne do të përgjigjemi brenda 72 orëve nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B, ne do të japim përgjigje brenda 24 orëve.

- **Megjithatë**, nëse kërkonit më shumë kohë ose nëse na duhen më shumë informacione që mund t'ju sjellin dobi, **mund të duam deri në 14 ditë të tjera**. Nëse na duhen ditë shtesë, do t'ju tregojmë me shkrim. Ne nuk mund të marrim kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B.
- Nëse besoni se *nuk* duhet të marrim ditë shtesë, mund të paraqisni një “ankesë të shpejtë”. (Shihni Seksionin 11 të këtij kapitulli për informacion mbi ankesat). Ne do t'ju telefonojmë sapo të marrim vendimin.
- Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne do t'ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse thamë “jo”.

Hapi 4: Nëse i themi “jo” kërkesës suaj për mbulim me kujdes mjekësor, ju mund ta apeloni.

- Nëse ju themi “jo”, ju keni të drejtë të na kërkonit të rishqyrtojmë këtë vendim duke bërë apelim. Kjo do të thotë të kërkonit përsëri që të merrni mbulimin me kujdes mjekësor që dëshironi. Nëse bëni një apel, do të thotë se po kaloni në Nivelin 1 të procesit të apelimit.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Seksioni 6.3 Hap pas hapi: Si të bëni një apelim të Nivelit 1****Termat ligjore**

Një ankim ndaj planit për një vendim të mbulimit të kujdesit mjekësor quhet një plan **“rishqyrtim i integruar”**.
Një “apelim i shpejtë” quhet gjithashtu një **“rishqyrtim i përsheptuar”**.

Hapi 1: Vendosni nëse keni nevojë për një “apelim standard” ose “apelim të shpejtë”.

Një “apelim standard” zakonisht bëhet brenda 30 ditëve ose 7 ditëve për barnat e Part B. Një “apelim i shpejtë” zakonisht bëhet brenda 72 orëve.

- Nëse po apeloni një vendim që kemi marrë në lidhje me mbulimin për kujdesin që nuk e keni marrë ende, ju dhe/ose mjeku juaj do të duhet të vendosni nëse keni nevojë për një “apelim të shpejtë”. Nëse mjeku juaj na thotë se shëndeti juaj kërkon një “apelim të shpejtë”, ne do t’ju bëjmë një apelim të shpejtë.
- Kërkesat për marrjen e një “apelimi të shpejtë” janë të njëjta me ato për marrjen e një “vendimi për mbulim të shpejtë” në Seksionin 6.2 të këtij kapitulli.

Hapi 2: Kërkoni planin tonë për një apelim ose një apelim të shpejtë

- **Nëse po kërkonti një apelim standard, paraqisni apelimin tuaj standard me shkrim.** Ju gjithashtu mund të kërkonti një apelim duke na telefonuar. Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- **Nëse po kërkonti një apelim të shpejtë, bëjeni apelimin tuaj me shkrim ose na telefononi.** Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- **Ju duhet ta bëni kërkesën tuaj të apelimit brenda 65 ditëve kalendarike nga data e njoftimit me shkrim** që kemi dërguar për t’ju dhënë përgjigjen tonë për vendimin e mbulimit. Nëse e humbisni këtë afat dhe keni një arsye të fortë për ta humbur atë, shpjegoni arsyen pse ankesa juaj është vonuar kur të bëni apelimin tuaj. Mund t’ju japim më shumë kohë për të bërë apelimin tuaj. Shembuj të arsyeve të forta mund të përfshijnë një sëmundje të rëndë që ju pengoi të kontaktoni me ne ose nëse ju kemi dhënë informacion të pasaktë ose të paplotë në lidhje me afatin për të kërkuar apelim.
- **Ju mund të kërkonti një kopje falas të informacionit në lidhje me vendimin tuaj mjekësor. Ju dhe mjeku juaj mund të shtoni më shumë informacion për të mbështetur apelimin tuaj.**

Nëse ju thamë se do të ndalonim ose reduktonim shërbimet ose artikujt që po merrnit tashmë, mund t’i mbani ato shërbime ose artikujt gjatë apelimit tuaj.

- Nëse vendosëm të ndryshojmë ose të ndalojmë mbulimin për një shërbim ose artikull që merrni aktualisht, ne do t’ju dërgojmë një njoftim përpara se të ndërmarim veprimin e propozuar.
- Nëse nuk jeni dakord me veprimin, mund të paraqisni një apelim të Nivelit 1. Ne do të vazhdojmë të mbulojmë shërbimin ose artikullin nëse kërkonti një apelim të Nivelit 1 brenda 10 ditëve kalendarike nga data e vulës postare në letrën tonë ose deri në datën e parashikuar të hyrjes në fuqi të veprimit, cilado qoftë më vonë.
- Nëse e përmbushni këtë afat, mund të vazhdoni ta merrni shërbimin ose artikullin pa ndryshime ndërkohë që apelimi juaj i Nivelit 1 është në pritje. Ju gjithashtu do të vazhdoni të merrni të gjitha shërbimet ose artikujt e tjerë (që nuk janë objekt i apelimit tuaj) pa ndryshime.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Hapi 3: Ne e konsiderojmë ankesën tuaj dhe ju japim përgjigjen tonë.**

- Kur shqyrtojmë apelimin tuaj, i shqyrtojmë me kujdes të gjitha informacionet. Ne kontrollojmë nëse po ndiqnim të gjitha rregullat kur i thamë “jo” kërkesës suaj.
- Ne do të mbledhim më shumë informacion nëse është e nevojshme, ndoshta duke ju kontaktuar juve ose mjekun tuaj.

Afatet për një “apelim të shpejtë”

- Për apelimet e shpejta, ne duhet t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 72 orëve pasi të kemi marrë apelimin tuaj**. Ne do t’ju japim përgjigjen tonë më shpejt nëse shëndeti juaj e kërkon këtë.
 - Megjithatë, nëse kërkon më shumë kohë ose nëse na duhen më shumë informacione që mund t’ju sjellin dobi, **mund të duam deri në 14 ditë të tjera kalendarike** nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse na duhen ditë shtesë, do t’ju tregojmë me shkrim. Ne nuk mund të marrim kohë shtesë nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B.
 - Nëse nuk ju japim përgjigje brenda 72 orëve (ose deri në fund të periudhës kohore të zgjatur nëse kemi marrë ditë shtesë), na kërkohet të dërgojmë automatikisht kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë shqyrtimi të pavarur. Seksioni 6.4 shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 2.
- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne duhet të autorizojmë ose të ofrojmë mbulimin që kemi rënë dakord të ofrojmë brenda 72 orëve pasi kemi marrë apelimin tuaj.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne do t’ju dërgojmë vendimin tonë me shkrim dhe do ta përcjellim automatikisht ankesën tuaj në Zyrën e Dëgjimeve Administrative për një apelim të Nivelit 2. Zyra e Dëgjimeve Administrative do të caktojë një seancë dëgjimore për rastin tuaj dhe do t’ju njoftojë me shkrim datën dhe orën e seancës dëgjimore kur të marrë ankesën tuaj.

Afatet për një apelim “standard”

- Për apelimet standarde, ne duhet t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 30 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë apelimin tuaj. Nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B që nuk e keni marrë ende, ne do t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 7 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë apelimin tuaj. Ne do t’ju japim vendimin tonë më shpejt nëse gjendja juaj shëndetësore na e kërkon këtë.
 - Megjithatë, nëse kërkon më shumë kohë ose nëse na duhen më shumë informacione që mund t’ju sjellin dobi, **mund të duam deri në 14 ditë të tjera kalendarike** nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse na duhen ditë shtesë, do t’ju tregojmë me shkrim. Ne nuk mund të marrim kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B.
 - Nëse besoni se **nuk** duhet të marrim ditë shtesë, mund të paraqisni një “ankesë të shpejtë”. Kur bëni një ankesë të shpejtë, ne do t’ju japim një përgjigje për ankesën tuaj brenda 24 orëve. (Për më shumë informacion rreth procesit të bërjes së ankesave, duke përfshirë ankesat e shpejta, shihni **Seksionin 11** të këtij kapitulli.)
 - Nëse nuk ju japim një përgjigje brenda afatit (ose deri në fund të periudhës së zgjatur), ne do ta dërgojmë kërkesën tuaj në një apel të Nivelit 2 ku Zyra e Dëgjimeve Administrative do të ketë një seancë dëgjimore për rastin tuaj. Seksioni 6.4 shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 2.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose të gjithë atë që keni kërkuar, ne duhet të autorizojmë ose të ofrojmë mbulimin brenda **30 ditëve kalendarike**, ose brenda **7 ditëve kalendarike** nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B, pasi të marrim apelin tuaj.
- Nëse plani ynë thotë “jo” për një pjesë ose të gjithë apelin tuaj, ju keni të drejta shtesë apeli. **Ne do ta dërgojmë automatikisht kërkesën tuaj në një apelim të Nivelit 2 ku Zyra e Dëgjimeve Administrative do të ketë një seancë dëgjimore për rastin tuaj për të parë nëse ata pajtohen me vendimin tonë.**
- Nëse i themi “jo” një pjese ose të gjithë asaj që keni kërkuar, ne do t’ju dërgojmë një letër.

Seksioni 6.4 Hap pas hapi: Si bëhet një apelim i Nivelit 2

Zyra e Dëgjimeve Administrative është një organizatë e pavarur e punësuar nga Medicare dhe Medicaid. Ajo nuk është e lidhur me ne dhe nuk është një agjenci qeveritare. Kjo organizatë vendos nëse vendimi që kemi marrë është i saktë apo nëse duhet ndryshuar. Medicare dhe Medicaid mbikëqyr punën e saj.

Ne do ta dërgojmë automatikisht çështjen tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelit sapo të përfundojë apeli i Nivelit 1. Zyra e Dëgjimeve Administrative do të caktojë një seancë dëgjimore për rastin tuaj dhe do t’ju njoftojë për datën dhe orën. Nëse është e nevojshme, mund të kërkonit të riplanifikoni për një ditë ose orë tjetër.

Nëse jeni kualifikuar për vazhdimin e përfitimeve kur keni bërë apelin tuaj të Nivelit 1, përfitimet tuaja për shërbimin, artikullin ose barin nën apelim mund të vazhdojnë gjithashtu edhe gjatë Nivelit 2. Shkoni në faqen 138 për informacion në lidhje me vazhdimin e përfitimeve tuaja gjatë apelimeve të Nivelit 1.

Procesi i apelit të Nivelit 2:

Hapi 1: Ne do ta dërgojmë çështjen tuaj në Zyrën e Dëgjimeve Administrative. Zyra e Dëgjimeve Administrative do të ketë një seancë dëgjimore për rastin tuaj.

- Ne do t’ia dërgojmë informacionin rreth apelit tuaj kësaj organizate. Ky informacion quhet “dosja juaj e çështjes” ose “Paketa e provave”. **Ne do t’ju dërgojmë një kopje falas të Paketës suaj të provave.**
- Ju keni të drejtë t’i jepni Zyrës së Dëgjimeve Administrative informacion shtesë për të mbështetur apelin tuaj.
- Gjatë seancës suaj dëgjimore, Oficeri Dëgjimor në Zyrën e Dëgjimeve Administrative do të shqyrtojë me kujdes të gjithë informacionin në lidhje me ankesën tuaj dhe do të dëgjojë nga ju dhe nga stafi nga plani juaj në lidhje me kërkesën tuaj.

Nëse keni pasur një apelim “të shpejtë” në Nivelin 1, ju MUND të keni gjithashtu një apelim “të shpejtë” në Nivelin 2.

- Për “apelin e shpejtë” organizata e shqyrtimit duhet t’ju japë një përgjigje për apelin tuaj të Nivelit 2 brenda **72 orëve** nga marrja e apelit tuaj. Në disa raste, edhe pse keni pasur një apelim të shpejtë për Nivelin 1, nuk do të merrni automatikisht një apelim të shpejtë në Nivelin 2. Do të merrni një apelim të shpejtë nëse përdorimi i afateve standarde mund të shkaktojë dëm serioz në shëndetin tuaj ose të dëmtojë aftësinë tuaj për të rifituar funksionin maksimal.
- Nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor dhe Zyra e Dëgjimeve Administrative duhet të mbledhë më shumë informacion që mund t’ju sjellë dobi, **mund të duhen deri në 14 ditë të tjera kalendarike.** Zyra e Dëgjimeve Administrative nuk mund të marrë kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)***Nëse keni pasur një apelim “standard” në Nivelin 1, do të keni gjithashtu një apelim “standard” në Nivelin 2***

- Për “apelimin standard” nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor, organizata e shqyrtimit duhet t’ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 60 ditëve kalendarike** nga marrja e apelimit tuaj.
- Nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B, organizata e shqyrtimit duhet t’ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 7 ditëve kalendarike** nga marrja e apelimit tuaj.
- Megjithatë, nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor dhe Zyra e Dëgjimeve Administrative duhet të mbledhë më shumë informacion që mund t’ju sjellë dobi, **mund të duhen deri në 14 ditë të tjera kalendarike**. Zyra e Dëgjimeve administrative nuk mund të marrë kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B.

Hapi 2: Zyra e Dëgjimeve Administrative ju jep përgjigjen e tyre.

Zyra e Dëgjimeve administrative do t’ju tregojë vendimin e saj me shkrim dhe do t’ju shpjegojë arsyet për të.

- **Nëse Zyra e Dëgjimeve Administrative thotë po për një pjesë ose të gjithë kërkesën tuaj**, ne duhet të autorizojmë mbulimin e kujdesit mjekësor **brenda 1 dite pune**.
- **Nëse kjo organizatë thotë “jo” për një pjesë ose të gjithë apelimin tuaj**, kjo do të thotë se ata pajtohen me planin tonë që kërkesa juaj (ose një pjesë e kërkesës suaj) për mbulim për kujdesin mjekësor nuk duhet të miratohet. (Kjo quhet “lënia në fuqi e vendimit” ose “refuzimi i apelit tuaj”.) Në këtë rast, Zyra e Dëgjimeve Administrative do t’ju dërgojë një letër:
 - Duke shpjeguar vendimin e saj.
 - Duke ju njoftuar për të drejtën për një apelim të Nivelit 3 nëse vlera në dollarë e mbulimit të kujdesit mjekësor plotëson një minimum të caktuar. Njoftimi me shkrim që merrni nga Zyra e Dëgjimeve Administrative do t’ju tregojë shumën në dollarë që duhet të plotësoni për të vazhduar procesin e apelimit.
 - Duke ju treguar se si të paraqisni një apelim të Nivelit 3.
- Nëse apelimi juaj i Nivelit 2 refuzohet, duhet të vendosni nëse dëshironi të vazhdoni në Nivelin 3 dhe të bëni një apelim të tretë. Detajet se si ta bëni këtë gjenden në njoftimin me shkrim që merrni pas apelimit tuaj të Nivelit 2.
 - Apelimi i Nivelit 3 trajtohet nga Këshilli i Apelimit të Medicare. **Seksioni 10** në këtë kapitull shpjegon procesin për apelimet e Nivelit 3, 4 dhe 5.

Nëse vendimi është “jo” për të gjithë ose një pjesë të asaj që kam kërkuar, a mund të bëj një ankim tjetër?

Nëse vendimi i Zyrës së Dëgjimeve Administrative është “jo” për të gjithë ose një pjesë të asaj që keni kërkuar, ju keni **të drejta shtesë ankimi**.

Letra që merrni nga Zyra e Dëgjimeve Administrative do të përshkruajë këtë opsion tjetër të apelimit.

Shih **Seksionin 10** të këtij kapitulli për më shumë informacion mbi të drejtat tuaja të apelimit pas Nivelit 2.

Seksioni 6.5 Po sikur të na kërkonit t’ju rimbursojmë për një faturë që keni marrë për kujdesin mjekësor?

Ne nuk mund t’ju rimbursojmë drejtpërdrejt për një shërbim ose artikull të Medicaid. Nëse merrni një faturë për shërbimet dhe artikujt e mbuluar nga Medicaid, na dërgoni faturën. **Ju nuk duhet ta paguani faturën vetë.** Ne do të kontaktojmë drejtpërdrejt ofruesin dhe do të zgjidhim problemin. Por nëse paguani faturën, ju mund

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

të merrni një rimbursim nga ai ofrues i kujdesit shëndetësor nëse keni ndjekur rregullat për marrjen e shërbimit ose artikullit.

Kërkesa të rimbursoheni për diçka që keni paguar tashmë:

Nëse na dërgoni dokumentet duke kërkuar rimbursim, ju po kërkonit një vendim mbulimi. Ne nuk mund t'ju rimbursojmë drejtpërdrejt për një shërbim ose artikull të **Medicaid**. Nëse merrni një faturë për shërbimet dhe artikujt e mbuluar nga Medicaid, na dërgoni faturën. **Ju nuk duhet ta paguani faturën vetë.** Ne do të kontaktojmë drejtpërdrejt ofruesin e kujdesit shëndetësor dhe do të zgjidhim problemin. Por nëse paguani faturën, ju mund të merrni një rimbursim nga ai ofrues i kujdesit shëndetësor nëse keni ndjekur rregullat për marrjen e shërbimeve ose artikujve.

Nëse dëshironi që ne t'ju rimbursojmë për një shërbim ose artikull të **Medicare** ose po na kërkonit të paguajmë një ofrues të kujdesit shëndetësor për një shërbim ose artikull të Medicaid për të cilin keni paguar, do të na kërkonit të marrim këtë vendim mbulimi. Ne do të kontrollojmë për të parë nëse kujdesi mjekësor për të cilin keni paguar është një shërbim i mbuluar. Ne do të kontrollojmë gjithashtu nëse keni ndjekur të gjitha rregullat për përdorimin e mbulimit tuaj për kujdesin mjekësor.

- **Nëse i themi “po” kërkesës suaj:** Nëse kujdesi mjekësor nga Medicaid është i mbuluar, ne do t'ju dërgojmë pagesën për koston brenda 60 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Nëse kujdesi i Medicaid për të cilin keni paguar një ofrues të kujdesit shëndetësor është i mbuluar dhe ju mendoni se ne duhet të paguajmë ofruesin e kujdesit shëndetësor në vend të kësaj, ne do t'i dërgojmë ofruesit tuaj të kujdesit shëndetësor pagesën për koston brenda 60 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Më pas do t'ju duhet të kontaktoni ofruesin tuaj të kujdesit shëndetësor për ta bërë atë t'ju paguajë. Nëse nuk keni paguar për kujdesin mjekësor, ne do ta dërgojmë me postë pagesën direkt tek ofruesi i kujdesit shëndetësor.
- **Nëse i themi “jo” kërkesës suaj:** Nëse kujdesi mjekësor *nuk* mbulohet, ose nuk keni ndjekur të gjitha rregullat, ne nuk do të dërgojmë pagesë. Në vend të kësaj, ne do t'ju dërgojmë një letër që thotë se nuk do të paguajmë për shërbimet dhe arsyet pse.

Nëse nuk jeni dakord me vendimin tonë për t'ju refuzuar, **mund të bëni një apel.** Nëse bëni një apelim, do të thotë se po na kërkonit të ndryshojmë vendimin e mbulimit që morëm kur refuzuam kërkesën tuaj për pagesë.

Për ta bërë këtë apelim, ndiqni procesin për apelimet që përshkruajmë në Seksionin 6.3. Për ankesat në lidhje me rimbursimin, ju lutemi vini re:

- Ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë brenda 30 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë apelimin tuaj. Nëse po kërkonit që t'ju paguajmë për kujdesin mjekësor që keni marrë dhe paguar tashmë, nuk ju lejohet të kërkonit një apelim të shpejtë.
- Nëse Zyra e Dëgjimeve Administrative vendos që ne duhet të paguajmë, ne duhet t'ju dërgojmë juve ose ofruesit pagesën brenda 30 ditëve kalendarike. Nëse përgjigja për apelimin tuaj është “po” në çdo fazë të procesit të apelimt pas Nivelit 2, ne duhet t'ju dërgojmë pagesën që keni kërkuar juve ose ofruesit të kujdesit shëndetësor brenda 60 ditëve kalendarike.

Seksioni 6.6 Apelime të jashtme vetëm për Medicaid

Ju ose mjeku juaj mund të kërkonit vetëm një Apelim të Jashtëm **vetëm për përfitimet e mbuluara nga Medicaid.**

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Ju mund t'ju kërkonte Shteti të New York një **apelim të jashtëm** të pavarur nëse plani ynë vendos të refuzojë mbulimin për një shërbim mjekësor që ju dhe mjeku juaj e keni kërkuar sepse:

- nuk është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore ose
- është eksperimental ose hulumtues ose
- nuk është i ndryshëm nga kujdesi që mund të merrni në rrjetin e planit ose
- është në dispozicion nga një ofrues pjesëmarrës i cili ka trajnim dhe përvojë të saktë për të përmbushur nevojat tuaja.

Ky quhet **Apelim i Jashtëm** sepse vendimin e marrin shqyrtuesit që nuk punojnë për planin shëndetësor ose shtetin. Këta shqyrtues janë persona të kualifikuar të miratuar nga Shteti i New York. Shërbimi duhet të jetë në paketën e përfitimeve të planit ose të jetë një trajtim eksperimental. Juve nuk ju duhet të paguani për një apelim të jashtëm.

Përpara se të apelonit në shtet:

- Ju duhet të paraqisni një apelim të Nivelit 1 pranë planit dhe të merrni Vendimin e pafavorshëm të formës së prerë nga plani; **ose**
- Ju mund të kërkonte një apelim të jashtëm të përshpejtuar në të njëjtën kohë nëse nuk e keni marrë shërbimin dhe kërkonte një apelim të shpejtë. (Mjeku juaj do të duhet të thotë se një apelim i përshpejtuar është i nevojshëm); **ose**
- Ju dhe plani mund të bini dakord të anashkaloni procesin e apelimit të planit dhe të shkoni direkt te apelimi i jashtëm; **ose**
- Ju mund të provoni se plani nuk i ka ndjekur saktë rregullat kur përpunohet apelimi juaj i Nivelit 1.

Keni **4 muaj** kohë pasi të keni marrë Vendimin e pafavorshëm të formës së prerë nga plani për të kërkuar një apelim të jashtëm. Nëse ju dhe plani keni rënë dakord të kapërceni procesin e apelimit të planit, atëherë duhet të kërkonte apelimin e jashtëm brenda 4 muajve nga momenti kur keni bërë atë marrëveshje.

Për të kërkuar një apelim të jashtëm, plotësoni një aplikim dhe dërgojeni atë në Departamentin e Shërbimeve Financiare.

- Ju mund të telefononi Member Services në (833) 671-0440 nëse keni nevojë për ndihmë për të paraqitur një apelim.
- Ju dhe mjekët tuaj do të duhet të jepni informacion për problemin tuaj mjekësor.
- Aplikimi i apelimit të jashtëm thotë se çfarë informacioni do të nevojitet.

Ja disa mënyra për të marrë një aplikim:

- Telefononi Departamentin e Shërbimeve Financiare, 1-800-400-8882
- Shkoni në faqen e internetit të Departamentit të Shërbimeve Financiare në www.dfs.ny.gov.
- Kontaktoni planin shëndetësor në (833) 671-0440

Shqyrtuesi do të vendosë për apelimin tuaj të jashtëm brenda 30 ditësh. Nëse shqyrtuesi i apelimit të jashtëm kërkon më shumë informacion, mund të nevojitet më shumë kohë (deri në pesë ditë pune). Shqyrtuesi do t'ju tregojë juve dhe planit vendimin e formës së prerë brenda dy ditësh pas marrjes së vendimit.

Ju mund të merrni një vendim më të shpejtë nëse mjeku juaj thotë se një vonesë do të shkaktojë dëm serioz për shëndetin tuaj. Ky quhet **apelim i jashtëm i përshpejtuar**. Shqyrtuesi i apelimit të jashtëm do të vendosë një apelim të përshpejtuar brenda 72 orësh ose më pak. Shqyrtuesi do t'ju tregojë ju dhe planit vendimin menjëherë me telefon ose faks. Më vonë, shqyrtuesi do të dërgojë një letër që ju tregon vendimin.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Në çdo kohë gjatë procesit, ju ose dikush të cilit i besoni mund të paraqisni gjithashtu një ankesë për kohën e shqyrtimit në Departamentin e Shëndetësisë të Shtetit të New York duke telefonuar 1-866-712-7197.

SEKSIONI 7 Barnat tuaja me receta të Medicare Part D: Si të kërkonit një vendim mbulimi ose të bëni një apelim

Seksioni 7.1 Ky seksion tregon se çfarë të bëni nëse keni probleme me marrjen e një bari të Part D ose nëse dëshironi që ne t'ju rimbursojmë për një bar të Part D

Përfitimet tuaja përfshijnë mbulimin për shumë barna me receta. Për t'u mbuluar, bari duhet të përdoret për një indikacion të pranuar nga pikëpamja mjekësore. (Shihni Kapitullin 5 për më shumë informacion rreth një treguesi të pranuar nga pikëpamja mjekësore.) Për detaje rreth barnave, rregullave, kufizimeve dhe kostove të Part D, ju lutemi shihni Kapitujt 5 dhe 6. **Ky seksion ka të bëjë vetëm me barnat tuaja të Part D.** Për t'i mbajtur gjërat të thjeshta, ne përgjithësisht themi *bar* në Part tjetër të këtij seksioni, në vend që të përsërisim çdo herë *barin e mbuluar me receta për pacientët e jashtëm* ose *barin e Part D*. Ne përdorim gjithashtu termin “Lista e barnave” në vend të *Listës së barnave të mbuluara* ose *Formularit*.

- Nëse nuk e dini nëse një bar mbulohet ose nëse i përmbushni rregullat, mund të na pyesni. Disa barna kërkojnë që ju të merrni miratimin nga ne përpara se ne ta mbulojmë atë.
- Nëse farmacia juaj ju thotë se receta juaj nuk mund të plotësohet siç është shkruar, farmacia do t'ju japë një njoftim me shkrim që shpjegon se si të na kontaktoni për të kërkuar një vendim mbulimi.

Vendimet dhe apelimet e mbulimit të Part D

Termet ligjore

Një vendim fillestar mbulimi për barnat tuaja të Part D quhet **“përcaktim mbulimi”**.

Një vendim mbulimi është një vendim që marrim në lidhje me përfitimet dhe mbulimin tuaj ose në lidhje me shumën që do të paguajmë barnat tuaja. Ky seksion tregon se çfarë mund të bëni nëse jeni në ndonjë nga situatat e mëposhtme:

- Kërkonit të mbulonit një bar të Part D që nuk është në *Listën e barnave të mbuluara* të planit. **Kërkonit një përjashtim. Seksioni 7.2.**
- Kërkimi i heqjes dorë nga një kufizim në mbulimin e planit për një bar (siç janë kufizimet në sasinë e barit që mund të merrni, autorizimi i mëparshëm, ose kërkesa për të provuar një bar tjetër në fillim). **Kërkonit një përjashtim. Seksioni 7.2.**
- Kërkimi për të marrë miratimin paraprak për një bar. **Kërkonit një vendim mbulimi. Seksioni 7.4.**
- Paguani për një bar me receta që e keni blerë tashmë. **Na kërkonit që t'ju rimbursojmë. Seksioni 7.4.**

Nëse nuk jeni dakord me një vendim mbulimi që kemi marrë, ju mund ta apelonit vendimin tonë.

Ky seksion ju tregon se si të kërkonit vendime mbulimi dhe si të kërkonit një apelim.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Seksioni 7.2 Çfarë është një përjashtim?****Termat ligjore**

Kërkimi për mbulimin e një bari që nuk është në “Listën e barnave” nganjëherë quhet kërkesa për një **“përjashtim formular”**.

Kërkimi për heqjen e një kufizimi në mbulimin për një bar nganjëherë quhet kërkesa për një **“përjashtim formular”**.

Kërkimi për të paguar një çmim më të ulët për një bar jo të preferuar të mbuluar nganjëherë quhet kërkesa për një **“përjashtim të nivelit”**.

Nëse një bar nuk mbulohet në mënyrën që ju dëshironi të mbulohet, ju mund të na kërkonit të bëjmë një “përjashtim”. Një përjashtim është një lloj vendimi mbulimi.

Që ne të shqyrtojmë kërkesën tuaj për përjashtim, mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë do të duhet të shpjegojë arsyet mjekësore pse ju duhet miratimi i përjashtimit. Këtu janë dy shembuj të përjashtimeve që ju ose mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë mund të na kërkonit të bëjmë:

1. **Mbulimi i një bari të Part D për ju që nuk është në “Listën tonë të barnave”.**
2. **Heqja e një kufizimi për një bar të mbuluar.** Kapitulli 5 përshkruan rregullat ose kufizimet shitesë që zbatohen për barna të caktuara në “Listën tonë të barnave”.

Seksioni 7.3 Gjëra të rëndësishme që duhet të dini për të kërkuar përjashtime**Mjeku juaj duhet të na tregojë arsyet mjekësore**

Mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë duhet të na japë një deklaratë që shpjegon arsyet mjekësore për të kërkuar një përjashtim. Për një vendim më të shpejtë, përfshini këtë informacion mjekësor nga mjeku juaj ose nga një mjek tjetër që jep recetë kur kërkonit përjashtimin.

Në mënyrë tipike, “Lista jonë e barnave” përfshin më shumë se një bar për trajtimin e një gjendjeje të caktuar. Këto mundësi të ndryshme quhen barna “alternative”. Nëse një bar alternativ do të ishte po aq efektiv sa bari që po kërkonit dhe nuk do të shkaktonte më shumë efekte anësore ose probleme të tjera shëndetësore, ne në përgjithësi nuk do ta miratojmë kërkesën tuaj për një përjashtim.

Ne mund t’i themi “po” ose “jo” kërkesës tuaj

- Nëse e miratojmë kërkesën tuaj për një përjashtim, miratimi ynë zakonisht është i vlefshëm deri në fund të vitit të planit. Kjo është e vërtetë për sa kohë që mjeku juaj vazhdon të japë me recetë barin për ju dhe ai bar vazhdon të jetë i sigurt dhe efektiv për trajtimin e gjendjes tuaj.
- Nëse i themi “jo” kërkesës suaj, mund të kërkonit një shqyrtim tjetër duke bërë një apelim.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Seksioni 7.4 Hap pas hapi: Si të kërkonti një vendim mbulimi, duke përfshirë një përjashtim****Termat ligjore**

Një “vendim i shpejtë mbulimi” quhet “vendim i përshpejtuar i mbulimit”.

Hapi 1: Vendosni nëse keni nevojë për një “vendim standard mbulimi” ose një “vendim të shpejtë mbulimi”.

“Vendimet standarde të mbulimit” merren brenda **72 orëve** pasi kemi marrë deklaratën e mjekut tuaj. “Vendimet e shpejta të mbulimit” merren brenda **24 orëve** pasi kemi marrë deklaratën e mjekut tuaj.

Nëse e kërkon shëndeti juaj, na kërkonti t’ju japim një “vendim të shpejtë mbulimi”. Për të marrë një vendim të shpejtë mbulimi, duhet të plotësoni dy kërkesa:

- Ju duhet të kërkonti një *bar që nuk e keni marrë ende*. (Ju nuk mund të kërkonti që vendimi i mbulimit të shpejtë të paguhet për një bar që e keni blerë tashmë.)
- Përdorimi i afateve standarde *mund të shkaktojë dëm serioz në shëndetin tuaj ose të dëmtojë aftësinë tuaj për të funksionuar*.
- Nëse mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë na thotë se shëndeti juaj kërkon një “vendim të shpejtë mbulimi”, ne do t’ju japim automatikisht një vendim të shpejtë mbulimi.
- Nëse kërkonti vetë një vendim mbulimi të shpejtë, pa mbështetjen e mjekut tuaj ose të mjekut që jep recetë, ne do të vendosim nëse shëndeti juaj kërkon që ne t’ju japim një vendim të shpejtë mbulimi. Nëse nuk e miratojmë një vendim mbulimi të shpejtë, ne do t’ju dërgojmë një letër që:
 - Shpjegon se do të përdorim afatet standarde.
 - Shpjegon nëse mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë kërkon vendimin të shpejtë mbulimi, ne do t’ju japim automatikisht një vendim të shpejtë mbulimi.
 - Ju tregon se si mund të paraqisni një “ankesë të shpejtë” në lidhje me vendimin tonë për t’ju dhënë një vendim standard mbulimi në vend të vendimit të shpejtë të mbulimit që keni kërkuar. Ne do t’i përgjigjemi ankesës suaj brenda 24 orëve nga marrja.

Hapi 2: Kërkonti një “vendim standard mbulimi” ose “vendim të shpejtë mbulimi”.

Filloni duke i telefonuar, shkruar ose dërguar faks planit tonë për të bërë kërkesën tuaj që ne të autorizojmë ose të ofrojmë mbulim për kujdesin mjekësor që dëshironi. Ju gjithashtu mund të hyni në procesin e vendimit të mbulimit përmes faqes sonë të internetit. Ne duhet të pranojmë çdo kërkesë me shkrim, duke përfshirë një kërkesë të paraqitur në formularin e *Kërkesës për Përcaktimin e Mbulimit të Modelit CMS*, i cili është i disponueshëm në faqen tonë të internetit. Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit. Për të na ndihmuar në përpunimin e kërkesës suaj, ju lutemi sigurohuni që të përfshini emrin tuaj, informacionin e kontaktit dhe informacionin që identifikon se cili pretendim i mohuar po apelohe.

Këtë mund ta bëni ju, mjeku juaj (ose një mjek tjetër që jep recetë) ose përfaqësuesi juaj. Ju gjithashtu mund t’i kërkonti një avokati të veprorë në emrin tuaj. Seksioni 4 i këtij kapitulli tregon se si mund t’i jepni leje me shkrim dikujt tjetër që të veprorë si përfaqësuesi juaj.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Nëse po kërkonit një përjashtim, jepni “deklaratën mbështetëse”, e cila është arsyeja mjekësore për përjashtimin. Mjeku juaj ose mjeku tjetër që jep recetë mund të na dërgojë me faks ose me postë deklaratën. Ose mjeku juaj ose mjeku tjetër që jep recetë mund të na tregojë në telefon dhe të dërgojë më pas me faks ose me postë një deklaratë me shkrim nëse është e nevojshme.

Hapi 3: Ne e konsiderojmë kërkesën tuaj dhe ju japim përgjigjen tonë.***Afatet për një “vendim të shpejtë mbulimi”***

- Në përgjithësi, ne duhet t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 24 orëve** pasi kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Për përjashtime, ne do t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 24 orëve** pasi të kemi marrë deklaratën mbështetëse të mjekut tuaj. Ne do t’ju japim përgjigjen tonë më shpejt nëse shëndeti juaj e kërkon këtë.
 - Nëse nuk e përmbushim këtë afat, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të ankimimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e pavarur shqyrtuese.
- Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne duhet të ofrojmë mbulimin që kemi rënë dakord të ofrojmë brenda 24 orëve pasi kemi marrë kërkesën tuaj ose deklaratën e mjekut që mbështet kërkesën tuaj.
- Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne do t’ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse ne thamë “jo”. Ne do t’ju tregojmë gjithashtu se si mund të apeloni.

Afatet për një vendim mbulimi “standard” për një bar që nuk e keni marrë ende

- Ne duhet t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 72 orëve** pasi kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Për përjashtime, ne do t’ju japim përgjigjen tonë brenda 72 orëve pasi të kemi marrë deklaratën mbështetëse të mjekut tuaj. Ne do t’ju japim përgjigjen tonë më shpejt nëse shëndeti juaj e kërkon këtë.
 - Nëse nuk e përmbushim këtë afat, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të ankimimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e pavarur shqyrtuese.
- Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne duhet të ofrojmë mbulimin që kemi rënë dakord të ofrojmë brenda 72 orëve pasi kemi marrë kërkesën tuaj ose deklaratën e mjekut që mbështet kërkesën tuaj.
- Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne do t’ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse ne thamë “jo”. Ne do t’ju tregojmë gjithashtu se si mund të apeloni.

Afatet për një vendim mbulimi “standard” në lidhje me pagesën për një bar që e keni blerë tashmë

- Ne duhet t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 14 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Nëse nuk e përmbushim këtë afat, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të ankimimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e pavarur shqyrtuese.
- Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne gjithashtu duhet t’ju bëjmë pagesën brenda 14 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
- Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne do t’ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse ne thamë “jo”. Ne do t’ju tregojmë gjithashtu se si mund të apeloni.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Hapi 4: Nëse i themi “jo” kërkesës tuaj për mbulim, ju mund të bëni një apel.**

- Nëse ju themi “jo”, ju keni të drejtë të na kërkonit të rishqyrtojmë këtë vendim duke bërë apelim. Kjo do të thotë të kërkonit përsëri për të marrë mbulimin e barit që dëshironi. Nëse bëni një apel, do të thotë se po kaloni në Nivelin 1 të procesit të apelimit.

Seksioni 7.5 Hap pas hapi: Si të bëni një apelim të Nivelit 1**Termat ligjore**

Një apelim ndaj planit në lidhje me një vendim të mbulimit të barit në Part D quhet një “**vendim i dytë**” nga plani.

Një “apelim i shpejtë” quhet gjithashtu një “**vendim i dytë i përshpejtuar**”.

Hapi 1: Vendosni nëse keni nevojë për një “apelim standard” ose “apelim të shpejtë”.

Një “apelim standard” zakonisht bëhet brenda 7 ditëve. Një “apelim i shpejtë” zakonisht bëhet brenda 72 orëve. Nëse e kërkon shëndeti juaj, kërkonit një “apelim të shpejtë”

- Nëse po apeloni një vendim që kemi marrë në lidhje me një bar që nuk e keni marrë ende, ju dhe mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë do të duhet të vendosni nëse keni nevojë për një “apelim të shpejtë”.
- Kërkesat për marrjen e një “apelimi të shpejtë” janë të njëjta me ato për marrjen e një “vendimi për mbulim të shpejtë” në Seksionin 6.2 të këtij kapitulli.

Hapi 2: Ju, përfaqësuesi juaj, mjeku juaj ose mjek tjetër që jep recetë duhet të na kontaktoni dhe të bëni apelimin tuaj të Nivelit 1. Nëse shëndeti juaj kërkon një përgjigje të shpejtë, duhet të kërkonit një “apelim të shpejtë”.

- Për ankesat standarde, paraqisni një kërkesë me shkrim.** Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- Për apelime të shpejta, dërgoni ankesën tuaj me shkrim ose na telefononi në (833) 671-0440, TTY: 711.** Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- Ne duhet të pranojmë çdo kërkesë me shkrim,** duke përfshirë një kërkesë të paraqitur në formularin e Kërkesës për Riërcaktimin e Modelit CMS, i cili është i disponueshëm në faqen tonë të internetit SWHNY.com. Ju lutemi sigurohuni që të përfshini emrin tuaj, informacionin e kontaktit dhe informacionin në lidhje me pretendimin tuaj për të na ndihmuar në përpunimin e kërkesës suaj.
- Ju duhet ta bëni kërkesën tuaj të apelimit brenda 65 ditëve kalendarike** nga data e njoftimit me shkrim që kemi dërguar për t’ju dhënë përgjigjen tonë për vendimin e mbulimit. Nëse e humbisni këtë afat dhe keni një arsye të fortë për ta humbur atë, shpjegoni arsyen pse ankesa juaj është vonuar kur të bëni apelimin tuaj. Mund t’ju japim më shumë kohë për të bërë apelimin tuaj. Shembuj të arsyeve të forta mund të përfshijnë një sëmundje të rëndë që ju pengoi të kontaktoni me ne ose nëse ju kemi dhënë informacion të pasaktë ose të paplotë në lidhje me afatin për të kërkuar apelim.
- Mund të kërkonit një kopje të informacionit në apelimin tuaj dhe të shtoni më shumë informacion.** Ju dhe mjeku juaj mund të shtoni më shumë informacion për të mbështetur apelimin tuaj.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Hapi 3: Ne e konsiderojmë ankesën tuaj dhe ju japim përgjigjen tonë.

- Kur shqyrtojmë apelimin tuaj, i shqyrtojmë me kujdes të gjitha informacionet në lidhje me kërkesën tuaj për mbulim. Ne kontrollojmë nëse po ndiqnim të gjitha rregullat kur i thamë “jo” kërkesës suaj. Ne mund t’ju kontaktojmë ju ose mjekun tuaj ose një mjek tjetër që jep recetë për të marrë më shumë informacion.

Afatet për një “apelim të shpejtë”

- Për apelimet e shpejta, ne duhet t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 72 orëve pasi të kemi marrë apelimin tuaj**. Ne do t’ju japim përgjigjen tonë më shpejt nëse shëndeti juaj e kërkon këtë.
 - Nëse nuk ju japim një përgjigje brenda 72 orëve, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të ankimimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e pavarur shqyrtuese. **Seksioni 7.6** shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 2.
- Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne duhet të ofrojmë mbulimin që kemi rënë dakord të ofrojmë brenda 72 orëve pasi kemi marrë apelimin tuaj.
- Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne do t’ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse thamë “jo” dhe si mund ta apeloni vendimin tonë.

Afatet për një ankesë “standarde” për një bar që nuk e keni marrë ende

- Për apelimet standarde, ne duhet t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 7 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë apelimin tuaj. Ne do t’ju japim vendimin tonë më shpejt nëse nuk e keni marrë ende barin dhe gjendja juaj shëndetësore na kërkon ta bëjmë këtë.
 - Nëse nuk ju japim një vendim brenda 7 ditëve kalendarike, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të ankimimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e pavarur shqyrtuese. **Seksioni 7.6** shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 2.
- Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne duhet të ofrojmë mbulimin aq shpejt sa e kërkon shëndeti juaj, por jo më vonë se **7 ditë kalendarike** pasi të kemi marrë apelimin tuaj.
- Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne do t’ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse thamë “jo” dhe si mund ta apeloni vendimin tonë.

Afatet për një “standard apelim” në lidhje me pagesën për një bar që e keni blerë tashmë

- Ne duhet t’ju japim përgjigjen tonë **brenda 14 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Nëse nuk e përmbushim këtë afat, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të ankimimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e pavarur shqyrtuese.
- Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne gjithashtu duhet t’ju bëjmë pagesën brenda 30 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
- Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne do t’ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse ne thamë “jo”. Ne do t’ju tregojmë gjithashtu se si mund të apeloni.

Hapi 4: Nëse i themi “jo” ankesës tuaj, ju vendosni nëse dëshironi të vazhdoni me procesin e apelimit dhe të bëni një tjetër apelim.

- Nëse vendosni të bëni një tjetër apelim, kjo do të thotë se apelimi juaj vazhdon në Nivelin 2 të procesit të apelimit.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Seksioni 7.6 Hap pas hapi: Si të bëni një apelim të Nivelit 2****Termat ligjore**

Emri zyrtar për “organizatën e pavarur të shqyrtimit” është “**Organizata e shqyrtimit të pavarur.**” Nganjëherë quhet “**IRE.**”

Organizata e shqyrtimit të pavarur është një organizatë e pavarur që punësohet nga Medicare. Ajo nuk është e lidhur me ne dhe nuk është një agjenci qeveritare. Kjo organizatë vendos nëse vendimi që kemi marrë është i saktë apo nëse duhet ndryshuar. Medicare mbikëqyr punën e saj.

Hapi 1: Ju (ose përfaqësuesi juaj ose mjeku juaj ose mjek tjetër që jep recetë) duhet të kontaktoni me organizatën e rishikimit të pavarur dhe të kërkonit një shqyrtim të rastit tuaj.

- Nëse i themi “jo” apelimit tuaj të Nivelit 1, njoftimi me shkrim që ju dërgojmë do të përfshijë **udhëzime se si të bëni një apelim të Nivelit 2** me organizatën e shqyrtimit të pavarur. Këto udhëzime do të tregojnë se kush mund ta bëjë këtë apelim të Nivelit 2, cilat afate duhet të ndiqni dhe si të kontaktoni me organizatën e shqyrtimit. Sidoqoftë, nëse nuk e kemi përfunduar shqyrtimin tonë brenda kornizës kohore të zbatueshme, ose nuk kemi marrë një vendim të pafavorshëm në lidhje me përcaktimin e “rrezikut” sipas programit tonë të menaxhimit të barit, ne do ta përcjellim automatikisht kërkesën tuaj tek IRE.
- Ne do t’ia dërgojmë informacionin rreth apelimit tuaj kësaj organizate. Ky informacion quhet “dosja juaj e çështjes”. **Ju keni të drejtë të na kërkonit një kopje të dosjes suaj të çështjes.**
- Ju keni të drejtë t’i jepni organizatës së shqyrtimit të pavarur informacion shtesë për të mbështetur apelimin tuaj.

Hapi 2: Organizata e shqyrtimit të pavarur shqyrton apelimin tuaj.

Shqyrtuesit në organizatën e shqyrtimit të pavarur do të shikojnë me kujdes të gjithë informacionin në lidhje me apelimin tuaj.

Afatet për “apelim të shpejtë”

- Nëse e kërkon shëndeti juaj, kërkonit nga organizata e shqyrtimit të pavarur një “apelim të shpejtë”.
- Nëse organizata pranon t’ju bëjë një “apelim të shpejtë”, organizata duhet t’ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 72 orëve** pasi të ketë marrë kërkesën tuaj për apelim.

Afatet për një “apelim standard”

- Për apelimet standarde, organizata e shqyrtimit duhet t’ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 7 ditëve kalendarike** pasi të ketë marrë apelimin tuaj, nëse është për një bar që nuk e keni marrë ende. Nëse po kërkonit që t’ju paguajmë për një bar që e keni blerë tashmë, organizata e shqyrtimit duhet t’ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 14 ditëve kalendarike** pasi të ketë marrë kërkesën tuaj.

Hapi 3: Organizata e shqyrtimit të pavarur ju jep përgjigjen e tyre.

Për “apelime të shpejta”:

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar, ne duhet të ofrojmë mbulimin e barnave që është miratuar nga organizata e shqyrtimit **brenda 24 orëve** pasi kemi marrë vendimin nga organizata e shqyrtimit.

Për “apelimet standarde”:

- Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “po” për një pjesë ose të gjithë kërkesën tuaj për mbulim, ne duhet të ofrojmë mbulimin e barnave që është miratuar nga organizata e shqyrtimit **brenda 72 orëve** pasi kemi marrë vendimin nga organizata e shqyrtimit.
- Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur e rishikimit thotë “po” për një pjesë ose të gjithë kërkesën tuaj për t’ju rimbursuar për një bar që e keni blerë tashmë, ne duhet t’ju dërgojmë pagesën **brenda 30 ditëve kalendarike** pasi të marrim vendimin nga organizata e shqyrtimit.

Po sikur organizata e shqyrtimit t’i thotë “jo” apelimit tuaj?

Nëse kjo organizatë thotë “jo” për një pjesë ose të gjithë apelimin tuaj, kjo do të thotë se ata pajtohen me vendimin tonë për të mos miratuar kërkesën tuaj (ose një pjesë të kërkesës suaj). (Kjo quhet “lënia në fuqi e vendimit” ose “refuzimi i apelit tuaj”.) Në këtë rast, organizata e shqyrtimit të pavarur do t’ju dërgojë një letër:

- Duke shpjeguar vendimin e saj.
- Duke ju njoftuar për të drejtën për një apelim të Nivelit 3 nëse vlera në dollarë e mbulimit të barnave që po kërkon plotëson një minimum të caktuar. Nëse vlera në dollarë e mbulimit të barnave që po kërkon është shumë e ulët, nuk mund të bëni një ankim tjetër dhe vendimi në Nivelin 2 është i formës së prerë.
- Duke ju thënë vlerën në dollarë që duhet të diskutohet për të vazhduar me procesin e apelimit.

Hapi 4: Nëse çështja juaj plotëson kërkesat, ju zgjidhni nëse dëshironi ta çoni më tej apelimin tuaj.

- Ka tre nivele shtesë në procesin e apelimit pas Nivelit 2 (për një total prej pesë nivelesh apelimi). Nëse dëshironi të vazhdoni në një apelim të Nivelit 3, detajet se si ta bëni këtë gjenden në njoftimin me shkrim që merrni pas vendimit të apelimit të Nivelit 2.
- Apelimi i Nivelit 3 shqyrtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një arbitruer. **Seksioni 10** i këtij kapitulli ju tregon më shumë rreth procesit për apelimet e Nivelit 3, 4 dhe 5.

SEKSIONI 8 Si të na kërkon të mbulojmë një qëndrim më të gjatë në spital nëse mendoni se po dilni shumë shpejt

Kur shtroheni në spital, ju keni të drejtë të merrni të gjitha shërbimet spitalore të mbuluara që janë të nevojshme për të diagnostikuar dhe trajtuar sëmundjen ose dëmtimin tuaj.

Gjatë qëndrimit tuaj të mbuluar në spital, mjeku juaj dhe stafi i spitalit do të punojnë me ju për t’u përgatitur për ditën kur do të largoheni nga spitali. Ata do t’ju ndihmojnë të organizoni kujdesin që mund t’ju nevojitet pasi të largoheni.

- Dita që dilni nga spitali quhet “**data juaj e daljes**”.
- Kur të vendoset data e daljes tuaj, do t’ju tregojë mjeku ose personeli i spitalit.
- Nëse mendoni se po ju kërkohet të dilni nga spitali shumë shpejt, mund të kërkon një qëndrim më të gjatë në spital dhe kërkesa juaj do të merret parasysh.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Seksioni 8.1 Gjatë qëndrimit tuaj në spital, ju do të merrni një njoftim me shkrim nga Medicare që ju tregon për të drejtat tuaja**

Brenda dy ditëve nga shtrimi në spital, do t'ju jepet një njoftim me shkrim i quajtur *Një mesazh i rëndësishëm nga Medicare për të drejtat tuaja*. Të gjithë që kanë Medicare e marrin një kopje të këtij njoftimi.

Nëse nuk e merrni njoftimin nga dikush në spital (për shembull, një punonjës i çështjes ose infermiere), kërkojeni atë nga ndonjë punonjës spitali. Nëse keni nevojë për ndihmë, telefononi Member Services ose 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë (TTY 1-877-486-2048).

1. Lexojeni me kujdes këtë njoftim dhe bëni pyetje nëse nuk e kuptoni. Ai ju tregon:

- Të drejtën tuaj për të marrë shërbime të mbuluara nga Medicare gjatë dhe pas qëndrimit në spital, siç porositet nga mjeku juaj. Kjo përfshin të drejtën për të ditur se cilat janë këto shërbime, kush do të paguajë për to dhe ku mund t'i merrni ato.
- Të drejtën tuaj për t'u përfshirë në çdo vendim për qëndrimin tuaj në spital.
- Ku të raportoni çdo shqetësim që keni në lidhje me cilësinë e kujdesit spitalor.
- Të drejtën tuaj për të **kërkuar një shqyrtim të menjëhershëm** të vendimit për t'ju liruar nëse mendoni se po dilni shumë shpejt nga spitali. Kjo është një mënyrë zyrtare, ligjore për të kërkuar një vonesë në datën e daljes tuaj në mënyrë që ne ta mbulojmë kujdesin tuaj spitalor për një kohë më të gjatë.

2. Do t'ju kërkohet të nënshkruani njoftimin me shkrim për të treguar se e keni marrë atë dhe i kuptoni të drejtat tuaja.

- Juve ose dikujt që vepron në emrin tuaj do t'ju kërkohet të nënshkruani njoftimin.
- Nënshkrimi i njoftimit tregon **vetëm** se ju keni marrë informacionin për të drejtat tuaja. Njoftimi nuk jep datën e daljes tuaj. Nënshkrimi i njoftimit **nuk do të thotë** se jeni dakord për një datë daljeje.

3. Mbajeni kopjen tuaj të njoftimit pranë, në mënyrë që të keni informacionin në lidhje me apelimin (ose raportimin e një shqetësimi për cilësinë e kujdesit) nëse ju nevojitet.

- Nëse e nënshkruani njoftimin më shumë se dy ditë përpara datës së daljes, do të merrni një kopje tjetër përpara se të planifikoni të dilni.
- Për të parë paraprakisht një kopje të këtij njoftimi, mund të telefononi Member Services ose 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë në 1-877-486-2048. Ose mund të shihni njoftimin në internet në www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Seksioni 8.2 Hap pas hapi: Si të bëni një apelim të Nivelit 1 për të ndryshuar datën e daljes nga spitali

Nëse dëshironi të kërkonit që shërbimet tuaja spitalore si pacient i brendshëm të mbulohen nga ne për një kohë më të gjatë, do t'ju duhet të përdorni procesin e apelimit për të bërë këtë kërkesë. Para se të filloni, kuptoni se çfarë duhet të bëni dhe cilat janë afatet.

- **Ndiqu procesin.**
- **Përmbushni afatet.**
- **Kërkoni ndihmë nëse keni nevojë për të.** Nëse keni pyetje ose keni nevojë për ndihmë në çdo kohë, telefononi Member Services. Ose telefononi State Health Insurance Assistance Program, një organizatë qeveritare që ofron ndihmë të personalizuar.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Gjatë një apelimi të Nivelit 1, Quality Improvement Organization shqyrton apelimin tuaj. Ajo kontrollon për të parë nëse data juaj e planifikuar e daljes është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore për ju.

Quality Improvement Organization është një grup mjekësh dhe profesionistësh të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga qeveria federale për të kontrolluar dhe ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së kujdesit për personat me Medicare. Kjo përfshin shqyrtimin e datave të daljes nga spitali për personat me Medicare. Këta ekspertë nuk janë pjesë e planit tonë.

Hapi 1: Kontaktoni Quality Improvement Organization për gjendjen tuaj dhe kërkon një shqyrtim të menjëhershëm të daljes nga spitali. Ju duhet të veproni shpejt.

Si mund të kontaktoni me këtë organizatë?

- Njoftimi me shkrim që keni marrë (*Një mesazh i rëndësishëm nga Medicare për të drejtat tuaja*) ju tregon se si të kontaktoni me këtë organizatë. Ose gjeni emrin, adresën dhe numrin e telefonit të Quality Improvement Organization për shtetin tuaj në Kapitullin 2.

Veproni shpejt:

- Për të bërë apelimin tuaj, duhet të kontaktoni Quality Improvement Organization **përpara** se të dilni nga spitali dhe **jo më vonë se mesnata e ditës së daljes**.
 - Nëse e përmbushni këtë afat, mund të qëndroni në spital **pas** datës së daljes **pa paguar për këtë**, ndërsa prisni të merrni vendimin nga Quality Improvement Organization.
 - Nëse **nuk** e përmbushni këtë afat dhe vendosni të qëndroni në spital pas datës së planifikuar të daljes, **mund t'ju duhet të paguani të gjitha shpenzimet** për kujdesin spitalor që merrni pas datës së planifikuar të daljes.

Pasi të kërkon një shqyrtim të menjëhershëm të daljes nga spitali, Quality Improvement Organization do të na kontaktojë. Deri në mesditën e ditës pasi jemi kontaktuar, ne do t'ju japim një **Njoftim të detajuar të daljes**. Ky njoftim jep datën e planifikuar të daljes tuaj dhe shpjegon në detaje arsyet pse mjeku juaj, spitali dhe ne mendojmë se është e drejtë (e përshtatshme nga ana mjekësore) që ju të dilni në atë datë.

Mund të merrni një kopje të **Njoftimit të detajuar të daljes** duke telefonuar Member Services ose 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 1-877-486-2048.) Ose mund të shihni një shembull të njoftimit në internet në www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Step 2: Quality Improvement Organization kryen një shqyrtim të pavarur të rastit tuaj.

- Profesionistët e shëndetësisë në Quality Improvement Organization (“shqyrtuesit”) do t’ju pyesin juve (ose përfaqësuesin tuaj) pse besoni se mbulimi për shërbimet duhet të vazhdojë. Ju nuk keni nevojë të përgatitni asgjë me shkrim, por mund ta bëni këtë nëse dëshironi.
- Shqyrtuesit do të shikojnë gjithashtu informacionin tuaj mjekësor, do të bisedojnë me mjekun tuaj dhe do të shqyrtojnë informacionin që spitali dhe ne u kemi dhënë atyre.
- Deri në mesditën e ditës pasi shqyrtuesit na thonë për apelimin tuaj, ju do të merrni një njoftim me shkrim nga ne që jep datën tuaj të planifikuar të daljes. Ky njoftim gjithashtu shpjegon në detaje arsyet pse mjeku juaj, spitali dhe ne mendojmë se është e drejtë (e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore) që ju të dilni në atë datë.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Hapi 3: Brenda një dite të plotë pasi të ketë të gjitha informacionet e nevojshme, Quality Improvement Organization do t'ju japë përgjigjen e saj për apelimin tuaj.*****Çfarë ndodh nëse përgjigja është “po”?***

- Nëse organizata e shqyrtimit thotë “po”, **ne duhet të vazhdojmë t'ju ofrojmë shërbimet tuaja të mbuluara spitalore si pacient i brendshëm për aq kohë sa këto shërbime janë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore.**
- Ju do të duhet të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostove (të tilla si shumat e zbritshme zbritjet ose “copayments”, nëse zbatohen). Përveç kësaj, mund të ketë kufizime në shërbimet e mbuluara spitalore.

Çfarë ndodh nëse përgjigja është “jo”?

- Nëse organizata e shqyrtimit thotë “jo”, ata po thonë se data juaj e planifikuar e daljes është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore. Nëse ndodh kjo, **mbulimi ynë për shërbimet tuaja spitalore si pacient i brendshëm do të përfundojë** në mesditën e ditës pasi Quality Improvement Organization t'ju japë përgjigjen e saj për apelimin tuaj.
- Nëse organizata e shqyrtimit i thotë “jo” apelimit tuaj dhe ju vendosni të qëndroni në spital, atëherë **mund t'ju duhet të paguani koston e plotë** të kujdesit spitalor që merrni pas mesditës të ditës pasi Quality Improvement Organization t'ju japë përgjigjen e saj për apelimin tuaj.

Hapi 4: Nëse përgjigja për apelimin tuaj të Nivelit 1 është “jo”, ju vendosni nëse dëshironi të bëni një tjetër apelim.

- Nëse Quality Improvement Organization i ka thënë “jo” ankesës suaj **dhe** ju qëndroni në spital pas datës së planifikuar të daljes, atëherë mund të bëni një tjetër apelim. Bërja e një apelimi tjetër do të thotë se po kaloni në “Nivelin 2” të procesit të apelimit.

Seksioni 8.3 Hap pas hapi: Si të bëni një apelim të Nivelit 2 për të ndryshuar datën e daljes nga spitali

Gjatë një apelimi të Nivelit 2, ju i kërkon Quality Improvement Organization që ta rishqyrtojë vendimin për apelimin tuaj të parë. Nëse Quality Improvement Organization refuzon apelimin tuaj të Nivelit 2, mund t'ju duhet të paguani koston e plotë për qëndrimin tuaj pas datës së planifikuar të daljes.

Hapi 1: Kontaktoni përsëri me Quality Improvement Organization dhe kërkon një shqyrtim tjetër.

- Ju duhet ta kërkon këtë shqyrtim **brenda 60 ditëve kalendarike** pas ditës kur Quality Improvement Organization i tha “jo” apelimit tuaj të Nivelit 1. Ju mund ta kërkon këtë shqyrtim vetëm nëse qëndroni në spital pas datës kur mbulimi juaj për kujdesin përfundoi.

Hapi 2: Quality Improvement Organization kryen një shqyrtim të dytë të situatës suaj.

- Shqyrtuesit në Quality Improvement Organization do të shikojnë edhe një herë me kujdes të gjithë informacionin në lidhje me apelimin tuaj.

Hapi 3: Brenda 14 ditëve kalendarike nga marrja e kërkesës suaj për një apelim të Nivelit 2, shqyrtuesit do të vendosin për apelimin tuaj dhe do t'ju tregojnë vendimin e tyre.

Nëse organizata shqyrtuese thotë “po”:

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- **Ne duhet t’ju rimbursojmë** për pjesën tonë të kostove të kujdesit spitalor që keni marrë që nga mesdita e ditës pas datës kur apelimi juaj i parë u refuzua nga Quality Improvement Organization. **Ne duhet të vazhdojmë të ofrojmë mbulim për kujdesin tuaj si pacient i brendshëm për aq kohë sa është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore.**
- Ju duhet të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostove dhe mund të zbatohen kufizime mbulimi.

Nëse organizata shqyrtuese thotë “jo”:

- Do të thotë se ata pajtohen me vendimin e marrë për apelimin tuaj të Nivelit 1.
- Njoftimi që merrni do t’ju tregojë me shkrim se çfarë mund të bëni nëse dëshironi të vazhdoni me procesin e shqyrtimit.

Hapi 4: Nëse përgjigja është “jo”, do t’ju duhet të vendosni nëse dëshironi ta çoni më tej apelimin tuaj duke shkuar në Nivelin 3.

- Ka tre nivele shtesë në procesin e apelimit pas Nivelit 2 (për një total prej pesë nivelesh apelimi). Nëse dëshironi të vazhdoni në një apelim të Nivelit 3, detajet se si ta bëni këtë gjenden në njoftimin me shkrim që merrni pas vendimit të apelimit të Nivelit 2.
- Apelimi i Nivelit 3 shqyrtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një arbitruer. **Seksioni 10** i këtij kapitulli tregon më shumë rreth procesit për apelimet e Nivelit 3, 4 dhe 5.

SEKSIONI 9 Si të na kërkonit që të vazhdojmë të mbulojmë disa shërbime mjekësore nëse mendoni se mbulimi juaj po përfundon shumë shpejt

Seksioni 9.1	Ky Seksion ka të bëjë vetëm me tre shërbime: Kujdesin tuaj shëndetësor në shtëpi, kujdesi i institucionit të kualifikuar të infermierisë dhe shërbimet në institucion gjithëpërfshirës i rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF)
---------------------	--

Kur jeni duke marrë **shërbime shëndetësore të mbuluara në shtëpi, kujdes infermieror të kualifikuar ose kujdes rehabilitues (institucion gjithëpërfshirës i rehabilitimit për pacientë të jashtëm)**, ju keni të drejtë të vazhdoni të merrni shërbimet tuaja për atë lloj kujdesi për aq kohë sa kujdesi është i nevojshëm për të diagnostikuar dhe trajtuar sëmundjen apo lëndimin.

Kur vendosim se është koha të ndalojmë mbulimin e ndonjë prej tre llojeve të kujdesit për ju, ne duhet t’ju tregojmë paraprakisht. Kur të përfundojë mbulimi juaj për atë kujdes, **ne do të ndalojmë së paguari për kujdesin tuaj.**

Nëse mendoni se po i japim fund mbulimit të kujdesit tuaj shumë shpejt, **mund ta apeloni vendimin tonë.** Ky seksion ju tregon se si të kërkonit një apelim.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Seksioni 9.2 Ne do t'ju tregojmë paraprakisht se kur do të përfundojë mbulimi juaj****Termat ligjore**

“Njoftimi i mosmbulimit të Medicare.” Ju tregon se si mund të kërkonit një **“apelim të shpejtë”**. Kërkimi i një apelimi të shpejtë është një mënyrë zyrtare dhe ligjore për të kërkuar një ndryshim në vendimin tonë të mbulimit se kur duhet të ndalojmë kujdesin tuaj.

- 1. Ju merrni një njoftim me shkrim** të paktën dy ditë përpara se plani ynë të ndalojë mbulimin e kujdesit tuaj. Njoftimi ju thotë:
 - Datën kur do të ndalojmë mbulimin e kujdesit për ju.
 - Si të kërkonit një “apelim të shpejtë” për të na kërkuar që të vazhdojmë të mbulojmë kujdesin tuaj për një periudhë më të gjatë kohore.
- 2. Juve ose dikujt që vepron në emrin tuaj do t'ju kërkohet të nënshkruani njoftimin me shkrim për të treguar se e keni marrë atë.** Nënshkrimi i njoftimit tregon *vetëm* se ju keni marrë informacionin se kur do të ndalojë mbulimi juaj. **Nënshkrimi i tij nuk do të thotë se jeni dakord** me vendimin e planit për të ndaluar kujdesin.

Seksioni 9.3 Hap pas hapi: Si të bëni një apelim të Nivelit 1 që plani ynë të mbulojë kujdesin tuaj për një kohë më të gjatë

Nëse dëshironi të na kërkonit të mbulojmë kujdesin tuaj për një periudhë më të gjatë kohore, do t'ju duhet të përdorni procesin e apelimit për të bërë këtë kërkesë. Para se të filloni, kuptoni se çfarë duhet të bëni dhe cilat janë afatet.

- **Ndiqui procesin.**
- **Përmbushni afatet.**
- **Kërkoni ndihmë nëse keni nevojë për të.** Nëse keni pyetje ose keni nevojë për ndihmë në çdo kohë, telefononi Member Services. Ose telefononi State Health Insurance Assistance Program, një organizatë qeveritare që ofron ndihmë të personalizuar.

Gjatë një apelimi të Nivelit 1, Quality Improvement Organization shqyrton apelimin tuaj. Ajo vendos nëse data e përfundimit për kujdesin tuaj është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore.

Quality Improvement Organization është një grup mjekësh dhe ekspertësh të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga qeveria federale për të kontrolluar dhe ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së kujdesit për personat me Medicare. Kjo përfshin shqyrtimin e vendimeve të planit se kur është koha për të ndaluar mbulimin e llojeve të caktuara të kujdesit mjekësor. Këta ekspertë nuk janë pjesë e planit tonë.

Hapi 1: Bëni apelimin tuaj të Nivelit 1: kontaktoni Quality Improvement Organization dhe kërkonit një apelim të shpejtë. Ju duhet të veproni shpejt.

Si mund të kontaktoni me këtë organizatë?

- Njoftimi me shkrim që keni marrë (*Njoftimi për mosmbulimin nga Medicare*) ju tregon se si të kontaktoni me këtë organizatë. Ose gjeni emrin, adresën dhe numrin e telefonit të Quality Improvement Organization për shtetin tuaj në Kapitullin 2.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Si mund të kontaktoni me këtë organizatë?

• **Veproni shpejt:**

- Ju duhet të kontaktoni Quality Improvement Organization për të filluar apelimin tuaj **deri në mesditën e ditës përpara datës efektive** në Njoftimin për mosmbulimin nga Medicare.

Hapi 2: Quality Improvement Organization kryen një shqyrtim të pavarur të rastit tuaj.**Termat ligjore**

“Shpjegimi i detajuar i mosmbulimit.” Njoftim që jep detaje mbi arsyet e përfundimit të mbulimit.

Çfarë ndodh gjatë këtij shqyrtimi?

- Profesionistët e shëndetësisë në Quality Improvement Organization (“shqyrtuesit”) do t’ju pyesin juve, ose përfaqësuesin tuaj, pse besoni se mbulimi për shërbimet duhet të vazhdojë. Ju nuk keni nevojë të përgatitni asgjë me shkrim, por mund ta bëni këtë nëse dëshironi.
- Organizata e shqyrtimit do të shikojë gjithashtu informacionin tuaj mjekësor, do të bisedojnë me mjekun tuaj dhe do të shqyrtojnë informacionin që plani ynë u ka dhënë atyre.
- Deri në fund të ditës që shqyrtuesit na thonë për apelimin tuaj, ju do të merrni **Shpjegimin e detajuar të mosmbulimit** nga ne që shpjegon në detaje arsyet tona për përfundimin e mbulimit tonë për shërbimet tuaja.

Hapi 3: Brenda një dite të plotë pasi të kenë të gjithë informacionin që u nevojitet, shqyrtuesit do t’ju tregojnë vendimin e tyre.**Çfarë ndodh nëse shqyrtuesit thonë “po”?**

- Nëse shqyrtuesit i thonë “po” apelimit tuaj, atëherë **ne duhet të vazhdojmë të ofrojmë shërbimet tuaja të mbuluara për aq kohë sa është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore.**
- Ju do të duhet të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostove (të tilla si shumat e zbritshme zbritjet ose “copayments”, nëse zbatohen). Mund të ketë kufizime në shërbimet e mbuluara për ju.

Çfarë ndodh nëse shqyrtuesit thonë “jo”?

- Nëse shqyrtuesit thonë *jo*, atëherë **mbulimi juaj do të përfundojë në datën që ju kemi thënë.**
- Nëse vendosni të vazhdoni të merrni kujdesin shëndetësor në shtëpi, ose kujdesin e institucionit të kualifikuar të infermierisë, ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF) **pas kësaj date kur përfundon mbulimi juaj, atëherë do t’ju duhet ta paguani koston e plotë të këtij kujdesi vetë.**

Hapi 4: Nëse përgjigjja për apelimin tuaj të Nivelit 1 është “jo”, ju vendosni nëse dëshironi të bëni një tjetër apelim.

- Nëse shqyrtuesit i thonë “jo” apelimit tuaj të Nivelit 1 **dhe** ju zgjidhni të vazhdoni të merrni kujdes pasi të ketë përfunduar mbulimi juaj për kujdesin, atëherë mund të bëni një apelim të Nivelit 2.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Seksioni 9.4 Hap pas hapi: Si të bëni një apelim të Nivelit 2 që plani ynë të mbulojë kujdesin tuaj për një kohë më të gjatë**

Gjatë një apelimi të Nivelit 2, ju i kërkon Quality Improvement Organization që ta rishqyrtojë vendimin për apelimin tuaj të parë. Nëse Quality Improvement Organization e refuzon apelimin tuaj të Nivelit 2, mund t'ju duhet të paguani koston e plotë për kujdesin tuaj shëndetësor në shtëpi, ose kujdesin e institucionit të kualifikuar të infermierisë, ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF) pas datës kur thamë se mbulimi juaj do të përfundojë.

Hapi 1: Kontaktoni përsëri me Quality Improvement Organization dhe kërkon një shqyrtim tjetër.

- Ju duhet ta kërkon këtë shqyrtim **brenda 60 ditëve** pas datës kur Quality Improvement Organization i tha “jo” apelimit tuaj të Nivelit 1. Ju mund ta kërkon këtë shqyrtim vetëm nëse vazhdoni të merrni kujdes pas datës kur mbulimi juaj për kujdesin përfundoi.

Hapi 2: Quality Improvement Organization kryen një shqyrtim të dytë të situatës suaj.

- Shqyrtuesit në Quality Improvement Organization do të shikojnë edhe një herë me kujdes të gjithë informacionin në lidhje me apelimin tuaj.

Hapi 3: Brenda 14 ditëve nga marrja e kërkesës suaj të apelimit, shqyrtuesit do të vendosin për apelimin tuaj dhe do t'ju tregojnë vendimin e tyre.***Çfarë ndodh nëse organizata shqyrtuese thotë “po”?***

- Ne duhet t'ju rimbursojmë** pjesën tonë të kostove të kujdesit që keni marrë që nga data kur thamë se mbulimi juaj do të përfundonte. **Ne duhet të vazhdojmë të ofrojmë mbulim** për kujdesin për aq kohë sa është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore.
- Ju duhet të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostove dhe mund të ketë kufizime mbulimi që zbatohen.

Çfarë ndodh nëse organizata shqyrtuese thotë “jo”?

- Do të thotë se ata pajtohen me vendimin e marrë për apelimin tuaj të Nivelit 1.
- Njoftimi që merrni do t'ju tregojë me shkrim se çfarë mund të bëni nëse dëshironi të vazhdoni me procesin e shqyrtimit. Ai do t'ju japë detaje se si të kaloni në nivelin tjetër të apelimit, i cili trajtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një arbitruar.

Hapi 4: Nëse përgjigja është “jo”, do t'ju duhet të vendosni nëse dëshironi ta çoni më tej apelimin tuaj.

- Ka tre nivele shtesë të apelimit pas Nivelit 2, për një total prej pesë nivelesh apelimi. Nëse dëshironi të vazhdoni në një apelim të Nivelit 3, detajet se si ta bëni këtë gjenden në njoftimin me shkrim që merrni pas vendimit të apelimit të Nivelit 2.
- Apelimi i Nivelit 3 shqyrtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një arbitruar. **Seksioni 10** i këtij kapitulli tregon më shumë rreth procesit për apelimet e Nivelit 3, 4 dhe 5.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**SEKSIONI 10 Duke e çuar apelimin tuaj në Nivelin 3 dhe më tej****Seksioni 10.1 Nivelet 3 dhe 4 të Apelit për kërkesat e shërbimit mjekësor**

Ky seksion mund të jetë i përshtatshëm për ju nëse keni bërë një apelim të Nivelit 1 dhe një apelim të Nivelit 2, dhe të dy apeliemet tuaja janë refuzuar. Letra që merrni nga Zyra e Integruar e Dëgjimeve Administrative (IAHO) do t'ju tregojë se çfarë të bëni nëse dëshironi të vazhdoni procesin e apelit.

Nëse keni nevojë për ndihmë në çdo fazë të procesit të apelit, mund të kontaktoni me Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). Numri i telefonit është 1-844-614-8800.

Apeli i Nivelit 3 Këshilli i **Apelit të Medicare** (Këshilli) do të shqyrtojë apelimin tuaj dhe do t'ju japë një përgjigje. Këshilli është pjesë e qeverisë federale.

- Nëse përgjigja është “po”, ose nëse Këshilli e refuzon kërkesën tonë për të shqyrtuar një vendim të favorshëm apeli i Nivelit 3, procesi i apelit *mund ose mund të mos përfundojë*. Ndryshe nga një vendim në Nivelin 2, ne kemi të drejtë të apelojmë një vendim të Nivelit 3 që është i favorshëm për ju. Ne do të vendosim nëse do ta apelojmë këtë vendim në Nivelin 4.
 - Nëse vendosim të *mos* apelojmë vendimin, duhet t'ju autorizojmë ose t'ju ofrojmë kujdesin mjekësor brenda 60 ditëve kalendarike pas marrjes së vendimit të Këshillit.
 - Nëse vendosim ta apelojmë vendimin, do t'ju njoftojmë me shkrim.
- Nëse përgjigja është “jo”, ose nëse Këshilli e refuzon kërkesën për shqyrtim, procesi i apelit *mund ose mund të mos përfundojë*.
 - Nëse vendosni të pranoni këtë vendim që refuzon apelimin tuaj, procesi i apelit ka përfunduar.
 - Nëse nuk dëshironi ta pranoni vendimin, mund të jenë në gjendje të vazhdoni në nivelin tjetër të procesit të shqyrtimit. Nëse Këshilli i thotë “jo” apelit tuaj, njoftimi që merrni do t'ju tregojë nëse rregullat ju lejojnë të vazhdoni në një apelim të Nivelit 4 dhe si të vazhdoni me një apelim të Nivelit 4.

Apeli i Nivelit 4 Një gjyqtar në **Gjykatën Federale të Distriktit** do të shqyrtojë apelimin tuaj.

- Një gjyqtar do të shqyrtojë të gjithë informacionin dhe do të vendosë “po” ose “jo” për kërkesën tuaj. Kjo është një përgjigje e formës së prerë. Nuk ka më nivele të apelit pas Gjykatës Federale të Distriktit.

Seksioni 10.2 Apeli i shtesë të Medicaid

Ju gjithashtu keni të drejta të tjera apeli nëse apeli i juaj ka të bëjë me shërbime ose artikuj që Medicaid zakonisht i mbulon. Letra që merrni nga Zyra e Dëgjimeve të Drejta do t'ju tregojë se çfarë të bëni nëse dëshironi të vazhdoni procesin e apelit.

Seksioni 10.3 Nivelet e Apelit 3, 4 dhe 5 për kërkesat për barna të Part D

Ky seksion mund të jetë i përshtatshëm për ju nëse keni bërë një apelim të Nivelit 1 dhe një apelim të Nivelit 2, dhe të dy apeliemet tuaja janë refuzuar.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Nëse vlera e barit që keni apeluar plotëson një shumë të caktuar në dollarë, mund të jeni në gjendje të vazhdoni në nivele shtesë apelimi. Nëse shumta në dollarë është më e vogël, nuk mund të apelonit më tej. Përgjigja me shkrim që merrni për apelimin tuaj të Nivelit 2 do të shpjegojë se me kë të kontaktoni dhe çfarë të bëni për të kërkuar një apelim të Nivelit 3.

Për shumicën e situatave që përfshijnë apelime, tre nivelet e fundit të apelimit funksionojnë në të njëjtën mënyrë. Ja kush merret me shqyrtimin e apelimit tuaj në secilin prej këtyre niveleve.

Apelimi i Nivelit 3 **Një gjykatës i së drejtës administrative ose arbitruer që punon për qeverinë federale do të shqyrtojë apelimin tuaj dhe do t'ju japë një përgjigje.**

- **Nëse përgjigja është “po”, procesi i apelimit ka përfunduar.** Ne duhet të **autorizojmë ose sigurojmë mbulimin e barnave** që është miratuar nga gjyqtari i ligjit administrativ ose arbitruer **brenda 72 orëve (24 orë për apelimet e përshpejtuara) ose të bëjmë pagesën jo më vonë se 30 ditë kalendarike** pasi kemi marrë vendimin.
- **Nëse përgjigja është “jo”, procesi i apelimit mund të përfundojë ose jo.**
 - Nëse vendosni të pranoni këtë vendim që refuzon apelimin tuaj, procesi i apelimit ka përfunduar.
 - Nëse nuk dëshironi ta pranoni vendimin, mund të vazhdoni në nivelin tjetër të procesit të shqyrtimit. Njoftimi që merrni do t'ju tregojë se çfarë të bëni për një apelim të Nivelit 4.

Apelimi i Nivelit 4 **Këshilli i Apelimit të Medicare (Këshilli) do të shqyrtojë apelimin tuaj dhe do t'ju japë një përgjigje. Këshilli është pjesë e qeverisë federale.**

- **Nëse përgjigja është “po”, procesi i apelimit ka përfunduar.** Ne duhet të **autorizojmë ose sigurojmë mbulimin e barnave** që është miratuar nga Këshilli **brenda 72 orëve (24 orë për apelimet e përshpejtuara) ose të bëjmë pagesën jo më vonë se 30 ditë kalendarike** pasi kemi marrë vendimin.
- **Nëse përgjigja është “jo”, procesi i apelimit mund të përfundojë ose jo.**
 - Nëse vendosni të pranoni këtë vendim që refuzon apelimin tuaj, procesi i apelimit ka përfunduar.
 - Nëse nuk dëshironi ta pranoni vendimin, mund të jeni në gjendje të vazhdoni në nivelin tjetër të procesit të shqyrtimit. Nëse Këshilli i thotë “jo” apelimit tuaj ose e refuzon kërkesën tuaj për të shqyrtuar apelimin, njoftimi do t'ju tregojë nëse rregullat ju lejojnë të vazhdoni në një apelim të Nivelit 5. Ai do t'ju tregojë gjithashtu se me kë të kontaktoni dhe çfarë të bëni më pas nëse vendosni të vazhdoni me apelimin tuaj.

Apelimi i Nivelit 5 **Një gjyqtar në Gjykatën Federale të Distriktit do të shqyrtojë apelimin tuaj.**

- Një gjyqtar do të shqyrtojë të gjithë informacionin dhe do të vendosë “po” ose “jo” për kërkesën tuaj. Kjo është një përgjigje e formës së prerë. Nuk ka më nivele të apelimit pas Gjykatës Federale të Distriktit.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**SEKSIONI 11 Si të bëni një ankesë për cilësinë e kujdesit, kohën e pritjes, shërbimin ndaj klientit ose shqetësime të tjera****Seksioni 11.1 Cilat lloje të problemeve trajtohen nga procesi i ankesave?**

Procesi i ankesës përdoret *vetëm* për disa lloje problemesh. Kjo përfshin probleme që lidhen me cilësinë e kujdesit, kohën e pritjes dhe shërbimin ndaj klientit. Këtu janë shembuj të llojeve të problemeve të trajtuara nga procesi i ankesës.

Ankesa	Shembull
Cilësia e kujdesit tuaj mjekësor	Jeni i pakënaqur me cilësinë e kujdesit që keni marrë (duke përfshirë kujdesin në spital)?
Respektimi i privatësisë suaj	Nuk e respektoi dikush të drejtën tuaj për privatësi ose e shpërndau informacionin tuaj konfidencial?
Mosrespektimi, shërbimi i dobët ndaj klientit ose sjellje të tjera negative	- A ka qenë dikush i pasjellshëm ose mosrespektues ndaj jush? - Jeni i pakënaqur me Shërbimet tona të Anëtarëve? - A mendoni se jeni duke u inkurajuar të largoheni nga plani?
Koha e pritjes	- A keni vështirësi për të lënë një takim, apo po prisni shumë gjatë për ta lënë atë? - A jeni mbajtur në pritje për një kohë të gjatë nga mjekët, farmacistët ose profesionistë të tjerë të shëndetit? Apo nga Shërbimet tona të Anëtarëve ose staf tjetër në plan? - Shembujt përfshijnë pritjen e gjatë në telefon, në dhomën e pritjes ose të ekzaminimit ose marrjen e një recete.
Pastërtia	Jeni i pakënaqur me pastërtinë ose gjendjen e një klinike, spitali ose klinike mjeku?
Informacioni që merrni nga ne	- Nuk ju dhamë një njoftim të kërkuar? - Është i vështirë për t'u kuptuar informacioni ynë i shkruar?
Afatet kohore (Këto lloje ankesash lidhen të gjitha me afatin kohor të veprimeve tona në lidhje me vendimet e mbulimit dhe apelimet)	Nëse keni kërkuar një vendim mbulimi ose keni bërë një apelim dhe mendoni se nuk po përgjigjemi me shpejtësi të mjaftueshme, mund të bëni një ankesë për ngadalësinë tonë. Ja janë shembuj: - Ju na kërkuat një “vendim mbulimi të shpejtë” ose një “apelim të shpejtë” dhe ne kemi thënë “jo”; mund të bëni një ankesë. - Ju besoni se ne nuk po respektojmë afatet për vendimet e mbulimit ose apelimet; mund të bëni një ankesë. - Ju besoni se ne nuk po respektojmë afatet për mbulimin ose rimbursimin tuaj për disa artikuj ose shërbime mjekësore ose barna që janë miratuar; mund të bëni një ankesë.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Ankesa	Shembull
	Ju besoni se ne nuk arritëm t'i përmbushim afatet e kërkuara për përcjelljen e çështjes tuaj te organizata e shqyrtimit të pavarur; mund të bëni një ankesë.

Seksioni 11.2 Si të bëni një ankesë

Termat ligjore
- Një “ankesë” quhet gjithashtu një “ankim”. “Bërja e një ankese” quhet gjithashtu “paraqitja e një ankimi”. “Përdorimi i procesit për ankesat” quhet gjithashtu “përdorimi i procesit për paraqitjen e një ankimi”. - Një “ankesë e shpejtë” quhet gjithashtu një “ankim i përshpejtuar”.

Seksioni 11.3 Hap pas hapi: Bërja e një ankese**Hapi 1: Na kontaktoni menjëherë - me telefon ose me shkrim.**

- Zakonisht, telefonimi i Shërbimeve të Anëtarëve është hapi i parë.** Nëse ka ndonjë gjë tjetër që duhet të bëni, Member Services do t'ju njoftojnë.
- Nëse nuk dëshironi të telefononi (ose keni telefonuar dhe nuk keni mbetur të kënaqur), mund ta bëni ankesën tuaj me shkrim dhe ta dërgoni atë te ne. Nëse e bëni ankesën tuaj me shkrim, ne do t'i përgjigjemi ankesës tuaj me shkrim.
- Ne do të përpiqemi ta zgjidhim ankesën tuaj përmes telefonit. Nëse kërkon një përgjigje me shkrim, paraqisni një ankim me shkrim ose ankesa juaj lidhet me cilësinë e kujdesit, ne do t'ju përgjigjemi me shkrim. Nëse nuk mund ta zgjidhim ankesën tuaj me telefon, ne kemi një procedurë zyrtare për të shqyrtuar ankesat tuaja. Ne e quajmë këtë Procesi ynë i Ankimeve të Anëtarëve.
- Ju, ose përfaqësuesi juaj i autorizuar, keni të drejtë të paraqisni një ankim të përshpejtuar sa herë që Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) merr një zgjatje afati në marrjen e një vendimi për përcaktimin ose rishqyrtimin e organizatës, ose kur ne refuzojmë një kërkesë për të përshpejtuar një përcaktim apo rishqyrtim organizate. (Ne nuk mund të bëjmë një zgjatje afati kur marrim një vendim mbulimi ose vendosim një apelim që përfshin një bar të Part B ose të Part D.) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do t'u përgjigjet këtyre ankimeve të përshpejtuara brenda (24) orëve pas marrjes.
- Ne duhet ta adresojmë ankimin tuaj aq shpejt sa e kërkon rasti juaj bazuar në gjendjen tuaj shëndetësore, por jo më vonë se 30 ditë pas marrjes së ankesës suaj. Ne mund ta zgjasim afatin kohor deri në 14 ditë nëse ju kërkon zgjatjen e afatit, ose nëse kemi nevojë për informacion shtesë dhe vonesa është në interesin tuaj më të mirë.
- Pavarësisht nëse telefononi ose shkruani, duhet të kontaktoni menjëherë Member Services.** Ju mund ta bëni ankesën në çdo kohë pasi keni pasur problemin për të cilin dëshironi të ankoheni.

Kapitulli 8 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Hapi 2: Ne e shqyrtojmë ankesën tuaj dhe ju japim përgjigjen tonë.**

- **Nëse është e mundur, ne do t'ju përgjigjemi menjëherë.** Nëse na telefononi me një ankesë, ne mund të jemi në gjendje t'ju japim një përgjigje në të njëjtën telefonatë.
- **Shumica e ankesave marrin përgjigje brenda 30 ditëve kalendarike.** Nëse kemi nevojë për më shumë informacion dhe vonesa është në interesin tuaj më të mirë ose nëse kërkon më shumë kohë, mund të na duhen deri në 14 ditë të tjera kalendarike (gjithsej 44 ditë kalendarike) për t'iu përgjigjur ankesës suaj. Nëse vendosim të marrim ditë shtesë, do t'ju tregojmë me shkrim.
- **Nëse jeni duke bërë një ankesë sepse ne kemi refuzuar kërkesën tuaj për një “vendim të shpejtë mbulimi” ose një “apelim të shpejtë”, ne do t'ju japim automatikisht një “ankesë të shpejtë”.** Nëse keni një “ankesë të shpejtë”, do të thotë se ne do t'ju japim një përgjigje brenda 24 orëve.
- **Nëse nuk jemi dakord** me disa ose të gjitha ankesat tuaja ose nuk marrim përgjegjësi për problemin për të cilin ankoheni, ne do të përfshijmë arsyet tona në përgjigjen tonë ndaj jush.

Seksioni 11.4 Ju gjithashtu mund të bëni ankesa për cilësinë e kujdesit të Quality Improvement Organization

Kur ankesa juaj ka të bëjë me **cilësinë e kujdesit**, ju keni gjithashtu dy opsione shtesë:

- **Ju mund ta bëni ankesën tuaj direkt në Quality Improvement Organization.** Quality Improvement Organization është një grup mjekësh praktikantë dhe ekspertë të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga qeveria federale për të kontrolluar dhe përmirësuar kujdesin që u jepet pacientëve të Medicare. Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- *Ose*
- **Ju mund ta bëni ankesën tuaj si te Quality Improvement Organization ashtu edhe te ne në të njëjtën kohë.**

Seksioni 11.5 Ju gjithashtu mund t'i tregoni Medicare dhe Medicaid për ankesën tuaj

Ju mund të paraqisni një ankesë për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) direkt te Medicare. Për të paraqitur një ankesë te Medicare, shkoni te www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Ju gjithashtu mund të telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY/TDD mund të telefonojnë 1-877-486-2048.

KAPITULLI 9:

Përfundimi i anëtarësimit tuaj në plan

Kapitulli 9 Përfundimi i anëtarësimit tuaj në plan**SEKSIONI 1 Hyrje për përfundimin e anëtarësimit tuaj në planin tonë**

Përfundimi i anëtarësimit tuaj në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mund të jetë **vullnetar** (zgjedhja juaj) ose **jo vullnetar** (jo zgjedhja juaj):

- Ju mund të largoheni nga plani ynë sepse keni vendosur që dëshironi të largoheni. Seksionet 2 dhe 3 ofrojnë informacione për përfundimin vullnetarisht të anëtarësimit tuaj.
- Ka gjithashtu situata të kufizuara ku ju nuk zgjidhni të largoheni, por neve na kërkohet të ndërpresim anëtarësimin tuaj. Seksioni 5 ju tregon për situatat kur duhet t'i japim fund anëtarësimit tuaj.

Nëse po largoheni nga plani ynë, plani ynë duhet të vazhdojë të ofrojë kujdesin tuaj mjekësor dhe barnat me recetë dhe ju do të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostos derisa të përfundojë anëtarësimi juaj.

SEKSIONI 2 Kur mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë?

Seksioni 2.1	Ju mund të jeni në gjendje të përfundoni anëtarësimin tuaj sepse keni Medicare dhe Medicaid
---------------------	--

- Shumica e personave me Medicare mund ta përfundojnë anëtarësimin e tyre vetëm gjatë periudhave të caktuara të vitit. Duke qenë se keni Medicaid, mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë në çdo muaj të vitit. Ju keni gjithashtu opsione për t'u regjistruar në një plan tjetër Medicare në çdo muaj duke përfshirë:
 - Original Medicare me një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare
 - Original Medicare pa një plan të veçantë të barnave me recetë të Medicare (Nëse zgjidhni këtë opsion, Medicare mund t'ju regjistrojë në një plan barnash, përveç rastit kur jeni tërhequr nga regjistrimi automatik.), ose
 - Nëse përzgjidhni, një D-SNP i integruar që ofron Medicare tuaj dhe pjesën më të madhe ose të gjitha përfitimet dhe shërbimet tuaja të Medicaid në një plan.

Shënim: Nëse çregjistroheni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë për një periudhë të vazhdueshme prej 63 ditësh ose më shumë, mund t'ju duhet të paguani një gjobë regjistrimi me vonesë në Part D nëse i bashkoheni një plani barnash Medicare më vonë.

Kontaktoni zyrën tuaj shtetërore të Medicaid për të mësuar rreth opsioneve të planit tuaj Medicaid (numrat e telefonit janë në Kapitullin 2, Seksioni 6 i këtij dokumenti).

- Opsione të tjera të planit shëndetësor Medicare janë të disponueshme gjatë periudhës vjetore të regjistrimit. Seksioni 2.2 ju tregon më shumë rreth periudhës vjetore të regjistrimit.
- **Kur do të përfundojë anëtarësimi juaj?** Anëtarësimi juaj zakonisht përfundon në ditën e parë të muajit pasi të kemi marrë kërkesën tuaj për të ndryshuar planet tuaja. Regjistrimi juaj në planin tuaj të ri do të fillojë gjithashtu në këtë ditë.

Kapitulli 9 Përfundimi i anëtarësimit tuaj në plan**Seksioni 2.2 Ju mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj gjatë periudhës vjetore të regjistrimit**

Ju mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj gjatë **periudhës vjetore të regjistrimit** (e njohur edhe si periudha vjetore e regjistrimit të hapur). Gjatë kësaj kohe, shqyrtoni mbulimin tuaj shëndetësor dhe të barnave dhe vendosni për mbulimin për vitin e ardhshëm.

- **Periudha vjetore e regjistrimit** është nga data **15 tetor deri më 7 dhjetor**.
- **Zgjidhni të mbani mbulimin tuaj aktual ose të bëni ndryshime në mbulimin tuaj për vitin e ardhshëm.**

Nëse vendosni të kaloni në një plan të ri, mund të zgjidhni një nga llojet e mëposhtme të planeve:

- Një tjetër plan shëndetësor i Medicare, me ose pa mbulim të barnave me recetë.
- Original Medicare *me* një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare

OSE

- Original Medicare *pa* një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare.

- **Anëtarësimi juaj do të përfundojë në planin tonë** kur të fillojë mbulimi i planit tuaj të ri më 1 janar.

Nëse ju merrni “Extra Help” nga Medicare për të paguar barnat tuaja me recetë. Nëse kaloni në Original Medicare dhe nuk regjistroheni në një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare, Medicare mund t’ju regjistrojë në një plan barnash përveçse kur ju keni zgjidhur të dilni nga regjistrimi automatik.

Shënim: Nëse çregjistroheni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni 63 ditë ose më shumë radhazi pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë, mund t’ju duhet të paguani një gjobë regjistrimi me vonesë në Part D nëse i bashkoheni një plani barnash Medicare më vonë.

Seksioni 2.3 Ju mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj gjatë periudhës së regjistrimit të hapur në Medicare Advantage

Ju keni mundësinë të bëni një ndryshim në mbulimin tuaj shëndetësor gjatë **periudhës së regjistrimit të hapur në Medicare Advantage**.

- **Periudha vjetore e regjistrimit të hapur në Medicare Advantage** është nga 1 janari deri në 31 mars si edhe për përfituesit e rinj të Medicare që janë të regjistruar në një plan MA, nga muaji i kualifikimit për Part A dhe Part B deri në ditën e fundit të muajit të 3-të të kualifikimit.
- **Gjatë periudhës vjetore të regjistrimit të hapur të Medicare Advantage** ju mund:
 - Të kaloni në një plan tjetër Medicare Advantage me ose pa mbulim të barnave me recetë.
 - Të çregjistroheni nga plani ynë dhe të merrni mbulim nëpërmjet Original Medicare. Nëse zgjidhni të kaloni në Original Medicare gjatë kësaj periudhe, ju gjithashtu mund të bashkoheni në një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare në atë kohë.
- **Anëtarësimi juaj do të përfundojë** në ditën e parë të muajit pasi të regjistroheni në një plan tjetër të Medicare Advantage ose ne marrim kërkesën tuaj për të kaluar në Medicare origjinale. Nëse zgjidhni gjithashtu të regjistroheni në një plan barnash me recetë të Medicare, anëtarësimi juaj në planin e barnave do të fillojë ditën e parë të muajit pasi plani i barnave të marrë kërkesën tuaj për regjistrim.

Kapitulli 9 Përfundimi i anëtarësimit tuaj në plan**Seksioni 2.4 Në situata të caktuara, ju mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj gjatë një periudhe të veçantë regjistrimi**

Në situata të caktuara, mund të keni të drejtë ta përfundoni anëtarësimin tuaj në periudha të tjera të vitit. Kjo njihet si një **Periudhë speciale regjistrimi**.

Ju mund të keni të drejtë t'i jepni fund anëtarësimit gjatë një Periudhe speciale regjistrimi nëse ndonjë nga situatat e mëposhtme aplikohet për ju. Këta janë vetëm shembuj, për listën e plotë mund të kontaktoni me planin, të telefononi Medicare ose të vizitoni faqen e internetit të Medicare (www.medicare.gov):

- Zakonisht, kur jeni transferuar.
- Nëse keni New York Medicaid.
- Nëse keni të drejtë për “Extra Help” me pagesën e recetave tuaja të Medicare.
- Nëse ne shkelim kontratën tonë me ju.
- Nëse po merrni kujdes në një institucion, si p.sh. në një institucion përkujdesjeje ose në spital të kujdesit afatgjatë (LTC).
- Nëse regjistrohni në Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).
- **Shënim:** Nëse jeni në një program për menaxhimin e barnave, mund të mos jeni në gjendje të ndryshoni planet. Kapitulli 5, Seksioni 10 ju tregon më shumë rreth programeve të menaxhimit të barnave.
- **Shënim:** Seksioni 2.1 ju tregon më shumë rreth periudhës speciale të regjistrimit për personat me Medicaid.

Periudhat kohore të regjistrimit ndryshojnë në varësi të situatës suaj.

Për të zbuluar nëse keni të drejtë për një Periudhë speciale regjistrimi, ju lutemi telefononi Medicare në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Nëse keni të drejtë ta përfundoni anëtarësimin tuaj për shkak të një situatë të veçantë, mund të zgjidhni të ndryshoni mbulimin tuaj shëndetësor të Medicare dhe mbulimin e barnave me recetë. Ju mund të zgjidhni:

- Një tjetër plan shëndetësor i Medicare, me ose pa mbulim të barnave me recetë.
- Original Medicare *me* një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare
- - *ose* - Original Medicare *pa* një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare.

Shënim: Nëse çregjistrohni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni 63 ditë ose më shumë radhazi pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë, mund t'ju duhet të paguani një gjobë regjistrimi me vonesë në Part D nëse i bashkoheni një plani barnash Medicare më vonë.

Nëse ju merrni “Extra Help” nga Medicare për të paguar barnat tuaja me recetë. Nëse kaloni në Original Medicare dhe nuk regjistrohni në një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare, Medicare mund t'ju regjistrojë në një plan barnash përveçse kur ju keni zgjidhur të dilni nga regjistrimi automatik.

Anëtarësimi juaj zakonisht përfundon në ditën e parë të muajit pas marrjes së kërkesës tuaj për të ndryshuar planin tuaj.

Shënim: Seksionet 2.1 dhe 2.2 ju tregojnë më shumë rreth periudhës speciale të regjistrimit për personat me Medicaid dhe “Extra Help”.

Kapitulli 9 Përfundimi i anëtarësimit tuaj në plan**Seksioni 2.5 Ku mund të merrni më shumë informacion se kur mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj?**

Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me përfundimin e anëtarësimit, mund të:

- **Telefononi Member Services.**
- Gjeni informacionin në broshurën *Medicare & You 2025*.
- Kontaktoni **Medicare** në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. (TTY 1-877-486-2048).

SEKSIONI 3 Si ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë?

Tabela më poshtë shpjegon se si duhet ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë.

Nëse dëshironi të kaloni nga plani ynë te:	Ja se çfarë duhet të bëni:
• Një tjetër plan shëndetësor i Medicare	• Regjistrohuni në planin e ri shëndetësor të Medicare. Mbulimi juaj i ri do të fillojë në ditën e parë të muajit vijues. • Ju do të çregjistroheni automatikisht nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kur të fillojë mbulimi i planit tuaj të ri.
• Original Medicare <i>me</i> një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare	• Regjistrohuni në planin e ri të barnave me recetë të Medicare. Mbulimi juaj i ri do të fillojë në ditën e parë të muajit vijues. • Ju do të çregjistroheni automatikisht nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kur të fillojë mbulimi i planit tuaj të ri.
• Original Medicare <i>pa</i> një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare ◦ Nëse kaloni në Original Medicare dhe nuk regjistroheni në një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare, Medicare mund t'ju regjistrojë në një plan barnash përveçse kur ju keni zgjidhur të dilni nga regjistrimi automatik. ◦ Nëse çregjistroheni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni 63 ditë ose më shumë rresht pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë, mund t'ju duhet të paguani një gjobë regjistrimi me vonesë nëse i bashkoheni një plani të barnave të Medicare më vonë.	• Na dërgoni një kërkesë me shkrim për të çregjistruar Kontaktoni me Member Services nëse ju duhet më shumë informacion dhe si ta bëni këtë. • Ju mund të kontaktoni gjithashtu me Medicare, në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë, dhe kërkonit të çregjistroheni. Përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë në 1-877-486-2048. • Ju do të çregjistroheni nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kur të fillojë mbulimi juaj në Original Medicare.

Kapitulli 9 Përfundimi i anëtarësimit tuaj në plan

Shënim: Nëse çregjistroheni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni 63 ditë ose më shumë radhazi pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë, mund t'ju duhet të paguani një gjobë regjistrimi me vonesë në Part D nëse i bashkoheni një plani barnash Medicare më vonë.

Për pyetje rreth përfitimeve tuaja të Medicaid, kontaktoni me New York Medicaid në (800) 505-5678, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 ose Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, nga e hëna në të premte, 8:30 - 20:00, të shtunën 10:00 - 18:00. Pyesni se si ndikon bashkimi me një plan tjetër ose kthimi në Original Medicare në mënyrën se si e merrni mbulimin tuaj me Medicaid.

SEKSIONI 4 Derisa anëtarësimi juaj të përfundojë, ju duhet të vazhdoni të merrni artikujt, shërbimet dhe barnat tuaja mjekësore përmes planit tonë

Derisa të përfundojë anëtarësimi juaj në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dhe të fillojë mbulimi juaj i ri Medicare, ju duhet të vazhdoni t'i merrni artikujt tuaj mjekësorë, shërbimet dhe barnat me recetë nëpërmjet planit tonë.

- Vazhdoni të përdorni ofruesit tanë të rrjetit për të marrë kujdes mjekësor.
- Vazhdoni të përdorni farmacitë e rrjetit tonë për të marrë barnat e recetave tuaja.
- Nëse shtroheni në spital ditën që përfundon anëtarësimi juaj, qëndrimi juaj në spital do të mbulohet nga plani ynë derisa të dilni (edhe nëse dilni pasi të fillojë mbulimi juaj i ri shëndetësor).

SEKSIONI 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet ta përfundojë anëtarësimin tuaj në plan në situata të caktuara

Seksioni 5.1 Kur duhet t'i japim fund anëtarësimit tuaj në plan?

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet të përfundojë anëtarësimin tuaj në plan nëse ndodh ndonjë nga sa vijon:

- Nëse nuk keni më Medicare Part A dhe Part B.

Nëse nuk kualifikoheni më për Medicaid. Siç thuhet në Kapitullin 1, Seksioni 2.1, plani ynë është për personat që kanë të drejtë për Medicare dhe Medicaid. Kur Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) vendos që ju nuk i plotësoni më kërkesat e kualifikimit, do të merrni një letër njoftimi që tregon arsyen e çregjistrimit të mundshëm. Më pas do të keni 6 muaj (180 ditë) nga data e letres për t'u përgjigjur për rishqyrtimin e kualifikimit suaj për anëtarësim në Plan.

- Nëse largoheni nga zona jonë e shërbimit.
- Nëse jeni larg zonës sonë të shërbimit për më shumë se gjashtë muaj.
 - Nëse transferoheni ose bëni një udhëtim të gjatë, telefononi Member Services për të mësuar nëse vendi ku po transferoheni ose po udhëtoni është në zonën e planit tonë.
- Nëse burgoseni (shkoni në burg).

Kapitulli 9 Përfundimi i anëtarësimit tuaj në plan

- Nëse nuk jeni më shtetas i Shteteve të Bashkuara ose i pranishëm ligjërish në Shtetet e Bashkuara.
- Nëse gënjoni ose nuk tregoni ndonjë informacion në lidhje me sigurimet e tjera që keni që ofron mbulim të barnave me recetë.
- Nëse qëllimisht na jepni informacione të pasakta kur jeni duke u regjistruar në planin tonë dhe ky informacion ndikon në kualifikimin tuaj për planin tonë. (Ne nuk mund t'ju detyrojmë të largoheni nga plani ynë për këtë arsye nëse nuk marrim leje nga Medicare më parë.)
- Nëse silleni vazhdimisht në një mënyrë që është përçarëse dhe e bën të vështirë për ne që të ofrojmë kujdes mjekësor për ju dhe anëtarët e tjerë të planit tonë. (Ne nuk mund t'ju detyrojmë të largoheni nga plani ynë për këtë arsye nëse nuk marrim leje nga Medicare më parë.)
- Nëse lejoni dikë tjetër të përdorë kartën tuaj të anëtarësimit për të marrë kujdes mjekësor. (Ne nuk mund t'ju detyrojmë të largoheni nga plani ynë për këtë arsye nëse nuk marrim leje nga Medicare më parë.)
 - Nëse e përfundojmë anëtarësimin tuaj për këtë arsye, Medicare mund të kërkojë që rasti juaj të hetohet nga Inspektori i Përgjithshëm.
- Nëse ju kërkohet të paguani shumën shtesë të Part D për shkak të të ardhurave tuaja dhe nuk e paguani atë, Medicare do t'ju heqë nga plani ynë.

Ku mund të merrni më shumë informacion?

Nëse keni pyetje ose dëshironi më shumë informacion se kur mund ta përfundojmë anëtarësimin tuaj, telefononi Member Services.

Seksioni 5.2 Ne nuk mund t'ju kërkojmë të largoheni nga plani ynë për ndonjë arsye shëndetësore

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nuk lejohet t'ju kërkojë të largoheni nga plani ynë për ndonjë arsye të lidhur me shëndetin.

Çfarë duhet të bëni nëse ndodh kjo?

Nëse mendoni se ju kërkohet të largoheni nga plani ynë për një arsye të lidhur me shëndetin, telefononi Medicare në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 orë në ditë, 7 ditë në javë (TTY 1-877-486-2048).

Seksioni 5.3 Ju keni të drejtë të bëni një ankesë nëse ne e përfundojmë anëtarësimin tuaj në planin tonë

Nëse e përfundojmë anëtarësimin tuaj në planin tonë, duhet t'ju tregojmë me shkrim arsyet tona për përfundimin e anëtarësimit tuaj. Ne gjithashtu duhet të shpjegojmë se si mund të paraqisni një ankim ose të bëni një ankesë për vendimin tonë për t'i dhënë fund anëtarësimit tuaj.

KAPITULLI 10:

Njoftime ligjore

Kapitulli 10 Njoftime ligjore

SEKSIONI 1 Njoftim për ligjin në fuqi

Ligji kryesor që zbatohet për këtë dokument të Dëshmisë së mbulimit është Titulli XVIII i Ligjit të Social Security dhe rregulloret e krijuara sipas Ligjit të Social Security nga Centers for Medicare & Medicaid Services, ose CMS. Përveç kësaj, mund të zbatohen ligje të tjera federale dhe, në rrethana të caktuara, ligjet e shtetit ku jetoni. Kjo mund të ndikojë në të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja edhe nëse ligjet nuk përfshihen ose shpjegohen në këtë dokument.

SEKSIONI 2 Njoftim për mosdiskriminimin

Ne nuk diskriminojmë në bazë të racës, përkatësisë etnike, origjinës kombëtare, ngjyrës, fesë, seksit, gjinisë, moshës, orientimit seksual, aftësisë së kufizuar mendore ose fizike, gjendjes shëndetësore, përvojës me reklamimet, historikut mjekësor, informacionit gjenetik, dëshmisë së sigurimit ose vendndodhjes gjeografike brenda zonës së shërbimit. Të gjitha organizatat që ofrojnë plane Medicare Advantage, si plani ynë, duhet t'u binden ligjeve federale kundër diskriminimit, duke përfshirë Titullin VI të Ligjit të të Drejtave Civile të vitit 1964, Ligjit të Rehabilitimit të vitit 1973, Ligjit të Diskriminimit të Moshave të vitit 1975, Ligjit për Amerikanët me Aftësi të Kufizuara, Seksioni 1557 i Ligjit të Kujdesit të Përballueshëm, të gjitha ligjet e tjera që zbatohen për organizatat që marrin fonde federale, dhe çdo ligj dhe rregullore tjetër që zbatohet për ndonjë arsye tjetër.

Nëse dëshironi më shumë informacion ose keni shqetësime rreth diskriminimit ose trajtimit të padrejtë, ju lutemi telefononi Department of Health and Human Services, **Office for Civil Rights** (Departamenti i Shërbimeve Shëndetësore dhe Humane, Zyra për të Drejtat Civile) në numrin 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ose Zyrën tuaj lokale për të Drejtat Civile. Ju gjithashtu mund të rishikoni informacionin nga Zyra e Departamentit të Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore për të Drejtat Civile në <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Nëse keni një aftësi të kufizuar dhe keni nevojë për ndihmë për aksesin në kujdes, ju lutemi na telefononi në Member Services. Nëse keni një ankesë, si p.sh. një problem me aksesin e karriges me rrota, Member Services mund t'ju ndihmojnë.

SEKSIONI 3 Njoftim për të drejtat e zëvendësimit të Paguesit Sekondar të Medicare

Ne kemi të drejtën dhe përgjegjësinë të mbledhim pagesa për shërbimet e mbuluara të Medicare për të cilat Medicare nuk është paguesi kryesor. Sipas rregulloreve të CMS në 42 CFR Seksionis 422.108 dhe 423.462, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), si një organizatë e Medicare Advantage, do të ushtrojë të njëjtat të drejta rikuperimi që Sekretari ushtron sipas rregulloreve CMS në nënpjesët B deri në D të pjesës 411 të 42 CFR dhe rregullat e vendosura në këtë seksion zëvendësojnë çdo ligj të shtetit.

KAPITULLI 11:

Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme

Kapitulli 11 Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme

Qendra kirurgjike ambulatorë – Qendra kirurgjike ambulatorë është një ent që operon ekskluzivisht për qëllimin e ofrimit të shërbimeve kirurgjikale si pacient i jashtëm për pacientët që nuk kanë nevojë për shtrimin në spital dhe qëndrimi i pritshëm i të cilëve në qendër nuk i kalon 24 orë.

Apelimi – Apelimi është diçka që bëni nëse nuk jeni dakord me vendimin tonë për të refuzuar një kërkesë për mbulimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor ose barnave me recetë ose pagesën për shërbimet ose barnat që keni marrë tashmë. Ju gjithashtu mund të bëni një apelim nëse nuk jeni dakord me vendimin tonë për të ndaluar shërbimet që po merrni.

Periudha e përfitimit – Mënyra se si plani ynë dhe Original Medicare matin përdorimin tuaj të shërbimeve spitalore dhe të institucioneve të kualifikuara të infermierisë (SNF). Një periudhë përfitimi fillon ditën kur shkoni në një spital ose në një institucion të kualifikuar të infermierisë. Periudha e përfitimit përfundon kur nuk keni marrë asnjë kujdes spitalor (ose kujdes të kualifikuar në një SNF) për 60 ditë rresht. Nëse shkoni në një spital ose në një institucion të kualifikuar infermierie pasi të ketë mbaruar një periudhë përfitimi, fillon një periudhë e re përfitimi. Nuk ka limit për numrin e periudhave të përfitimit.

Produkt biologjik - Një bar me recetë që prodhohet nga burime natyrore dhe të gjalla si qelizat e kafshëve, qelizat bimore, bakteret ose majaja. Produktet biologjike janë më komplekse se barnat e tjera dhe nuk mund të kopjohen saktësisht, kështu që format alternative quhen biosimilarë. (Shih gjithashtu **“Produkti biologjik origjinal”** dhe **“Biosimilari”**).

Biosimilar - Një produkt biologjik që është shumë i ngjashëm, por jo identik, me produktin biologjik origjinal. Biosimilarët janë po aq të sigurt dhe efektivë sa produkti biologjik origjinal. Disa biosimilarë mund të zëvendësohen me produktin biologjik origjinal në farmaci pa pasur nevojë për një recetë të re. (Shihni **“Biosimilar i këmbyeshem”**)

Barnat me emër marke - Një bar me recetë që prodhohet dhe shitet nga kompania farmaceutike që fillimisht e ka hulumtuar dhe zhvilluar barin. Barnat me emër marke kanë të njëjtën formulë të përbërësit aktiv si versioni gjenerik i barit. Megjithatë, barnat gjenerike prodhohen dhe shiten nga prodhues të tjerë të barnave dhe në përgjithësi nuk janë të disponueshme derisa të ketë skaduar patentat për barin me emër marke.

Faza Catastrophic Coverage – Faza në përfitimin e barit të Part D që fillon kur ju (ose palë të tjera të kualifikuara në emrin tuaj) keni shpenzuar \$2,000 për barnat e mbuluara të Part D gjatë vitit të mbuluar. **Medicare & Medicaid Services (CMS)** – Agjencia federale që administron Medicare.

“Bashkësigurimi” – Një shumë që mund t’ju kërkohet të paguani, e shprehur si përqindje (për shembull 20%) si pjesa juaj e kostos për shërbimet ose barnat me recetë.

Ankesë - Emri zyrtar për të bërë një ankesë është **depozitimi i një ankimi**. Procesi i ankesës përdoret vetëm për disa lloje problemesh. Kjo përfshin probleme që lidhen me cilësinë e kujdesit, kohën e pritjes dhe shërbimin ndaj klientit që merrni. Ajo përfshin gjithashtu ankesa nëse plani juaj nuk ndjek periudhën kohore në procesin e apelimit.

Institucion gjithëpërfshirës i rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF) – Një strukturë që ofron kryesisht shërbime rehabilitimi pas një sëmundjeje ose dëmtimi, duke përfshirë terapinë fizike, shërbimet sociale ose psikologjike, terapinë e frymëmarrjes, terapinë profesionale dhe shërbimet e patologjisë së të folurit dhe shërbimet e vlerësimit në mjedis shtëpie.

“Copayment” (ose “copay”) – Një shumë që mund t’ju kërkohet të paguani si pjesën tuaj të kostos për një shërbim ose furnizim mjekësor, si vizita te mjeku, vizita në spital si pacient i jashtëm ose një bar me recetë. Një “copayment” është një shumë e caktuar (për shembull \$10), në vend të një përqindjeje.

Ndarja e kostos – Ndarja e kostos i referohet shumave që një anëtar duhet të paguajë kur merren shërbimet ose barnat. Ndarja e kostos përfshin çdo kombinim të tre llojeve të mëposhtme të pagesave: (1) çdo shumë e zbritshme

Kapitulli 11 Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme

që një plan mund të vendosë përpara se të mbulohen shërbimet ose barnat; (2) çdo shumë fikse “copayment” që kërkon një plan kur merret një shërbim ose bar specifik; ose (3) çdo shumë “coinsurance”, një përqindje e shumës totale të paguar për një shërbim ose bar që kërkon një plan kur merret një shërbim ose bar specifik.

Përcaktimi i mbulimit – Një vendim nëse një bar i dhënë me recetë për ju mbulohet nga plani dhe shuma, nëse ka, që ju kërkohej të paguani për recetën. Në përgjithësi, nëse e sillni recetën tuaj në një farmaci dhe farmacia ju thotë se receta nuk mbulohet nga plani juaj, ky nuk është një përcaktim mbulimi. Ju duhet të telefononi ose t'i shkruani planit tuaj për të kërkuar një vendim zyrtar në lidhje me mbulimin. Përcaktimet e mbulimit quhen vendime mbulimi në këtë dokument.

Barnat e mbuluara – Termi që përdorim për të nënkuptuar të gjitha barnat me recetë të mbuluara nga plani ynë.

Shërbimet e mbuluara – Termi që përdorim për të nënkuptuar të gjitha shërbimet dhe furnizimet e kujdesit shëndetësor që mbulohen nga plani ynë.

Mbulimi i kreditueshëm i barnave me recetë – Mbulimi i barnave me recetë (për shembull, nga një punëdhënës ose sindikatë) që pritët të paguajë, mesatarisht, të paktën aq sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare. Personat që kanë këtë lloj mbulimi kur kualifikohen për Medicare, në përgjithësi mund ta mbajnë atë mbulim pa paguar një gjobë, nëse vendosin të regjistrohen në mbulimin e barnave me recetë të Medicare më vonë.

Kujdesi kujdestar - Kujdesi kujdestar është kujdesi personal i ofruar në një institucion përkuqdesjeje, institucion për të sëmurët terminalë ose ambiente të tjera kur nuk keni nevojë për kujdes mjekësor të kualifikuar ose kujdes të kualifikuar infermierie. Kujdesi kujdestar, i ofruar nga persona që nuk kanë aftësi ose trajnime profesionale, përfshin ndihmën me aktivitetet e jetës së përditshme si larja, veshja, ngrënia, ulja ose ngritja nga shtrati ose karrigia, lëvizja rrotull dhe përdorimi i banjës. Mund të përfshijë gjithashtu llojin e kujdesit shëndetësor që shumica e personave bëjnë vetë, si përdorimi i pikave të syve. Medicare nuk paguan për kujdesin e kujdestarisë.

Norma e ndarjes së kostos ditore – Një normë ditore e ndarjes së kostos mund të zbatohet kur mjeku juaj ju përshkruan furnizimin e një muaji të plotë të barnave të caktuara dhe ju kërkohej të paguani një “copayment”. Një normë ditore e ndarjes së kostos është “copayment” e pjesëtuar me numrin e ditëve në furnizimin e një muaji. Ja një shembull: Nëse pagesa juaj e “copayment” për një furnizim njëmuor të një bari është \$30 dhe furnizimi njëmuor në planin tuaj është 30 ditë, atëherë “norma juaj ditore e ndarjes së kostos” është \$1 në ditë.

Çregjistroj ose Çregjistrimi – Procesi i përfundimit të anëtarësimit tuaj në planin tonë.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) Një lloj plani që regjistron individë që kanë të drejtë për Medicare (Titulli XVIII i Ligjit të Sigurimeve Shoqërore) dhe ndihmë mjekësore nga një plan shtetëror sipas Medicaid (Titulli XIX). Shtetet mbulojnë disa ose të gjitha kostot e Medicare, në varësi të shtetit dhe kualifikimit të individit.

Individët e dyfishtë të kualifikuar – Një person që kualifikohet për mbulimin e Medicare dhe Medicaid.

Pajisje mjekësore të qëndrueshme (DME) – Disa pajisje mjekësore që porositen nga mjeku juaj për arsye mjekësore. Shembujt përfshijnë paterica mbështetëse, karrige me rrota, paterica, sistemesh dyshekë të motorizuar, pajisje diabetike, pompa infuzioni IV, pajisje e gjenerimit të të folurit, pajisje oksigjeni, nebulizatorë ose shtretër spitali të porositura nga një ofrues për përdorim në shtëpi.

Emergjencia – Një emergjencë mjekësore është kur ju ose çdo person tjetër i kujdesshëm me njohuri mesatare të shëndetit dhe mjekësisë, besoni se keni simptoma mjekësore që kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor për të parandaluar humbjen e jetës (dhe, nëse jeni grua shtatzënë, humbjen e një fëmije të palindur), humbjen e një gjymtyre ose humbjen e funksionit të një gjymtyre, ose humbjen apo dëmtimin e rëndë të një funksioni trupor. Simptomat mjekësore mund të jenë një sëmundje, lëndim, dhimbje e fortë ose një gjendje mjekësore që po përkeqësohet shpejt.

Kapitulli 11 Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme

Kujdesi i emergjencës - Shërbimet e mbuluar që: (1) ofrohen nga një ofrues i kualifikuar për të ofruar shërbime emergjence; dhe (2) janë të nevojshme për të trajtuar, vlerësuar ose stabilizuar një gjendje mjekësore emergjence.

Dëshmia e mbulimit (EOC) dhe informacioni i zbulimit - Ky dokument, së bashku me formularin tuaj të regjistrimit dhe çdo bashkëngjitje tjetër, shtojcë ose mbulim tjetër opsional të zgjedhur, i cili shpjegon mbulimin tuaj, çfarë duhet të bëjmë ne, të drejtat tuaja dhe çfarë duhet të bëni si anëtar i planit tonë.

Përrjashtim – Një lloj vendimi mbulimi që, nëse miratohet, ju lejon të merrni një bar që nuk është në formularin tonë (një përrjashtim i formularit) ose të merrni një bar jo të preferuar në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos (një përrjashtim i nivelit). Ju gjithashtu mund të kërkonit një përrjashtim nëse plani ynë kërkon që ju të provoni një bar tjetër përpara se të merrni barin që po kërkonit, nëse plani ynë kërkon një autorizim paraprak për një bar dhe ju doni që të heqim kufizimet e kritereve, ose nëse plani ynë kufizon sasinë ose dozën e barit që po kërkonit (një përrjashtim i formularit).

Extra Help – Një program i Medicare për të ndihmuar personat me të ardhura dhe burime të kufizuara të paguajnë kostot e programit të barnave me recetë të Medicare, të tilla si primet, zbritjet dhe “coinsurance”.

Barna gjenerike - Një bar me recetë që është aprovuar nga Food and Drug Administration (FDA) se ka të njëjtët përbërës aktiv si bari i markës. Në përgjithësi, një bar gjenerik funksionon njësoj si një bar me emër marke dhe zakonisht kushton më pak.

Ankimi – Një lloj ankese që bëni për planin, ofruesit ose farmacitë tona, duke përfshirë një ankesë në lidhje me cilësinë e kujdesit tuaj. Kjo nuk përfshin mosmarrëveshje për mbulimin ose pagesën.

Ndihmës shëndetësor në shtëpi – Një person që ofron shërbime që nuk kanë nevojë për aftësitë e një infermieri ose terapisti të licencuar, si ndihma për kujdesin personal (p.sh. larja, përdorimi i tualetit, veshja ose kryerja e ushtrimeve të përshkruara).

Qendër për të sëmurët terminalë – Një përfitim që ofron trajtim të veçantë për një anëtar i cili është certifikuar nga pikëpamja mjekësore si i sëmurë terminal, që do të thotë se ka një jetëgjatësi prej 6 muajsh ose më pak. Ne, plani juaj, duhet t’ju ofrojmë një listë të qendrave për të sëmurët terminalë në zonën tuaj gjeografike. Nëse zgjidhni një qendër për të sëmurët terminalë dhe vazhdoni të paguani primet, ju jeni ende anëtar i planit tonë. Ju ende mund të merrni të gjitha shërbimet e nevojshme mjekësore, si dhe përfitimet shtesë që ne ofrojmë.

Qëndrimi si pacient i brendshëm - Një qëndrim në spital kur ju jeni pranuar zyrtarisht në spital për shërbime mjekësore të kualifikuara. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm.

Shuma mujore e përshtatjes në lidhje me të ardhurat (IRMAA) – Nëse të ardhurat tuaja bruto të modifikuara të përshtatura siç raportohen në deklaratën tuaj tatimore të IRS-së nga 2 vjet më parë janë mbi një shumë të caktuar, ju do të paguani shumën standarde të primit dhe një shumë mujore të përshtatjes të lidhur me të ardhurat, e njohur gjithashtu si IRMAA. IRMAA është një tarifë shtesë që i shtohet primit tuaj. Më pak se 5% e personave me Medicare preken, kështu që shumica e personave nuk do të paguajnë një prim më të lartë.

Faza Initial Coverage – Kjo është faza përpara se kostot tuaja të para të xhepit për vitin të kenë arritur shumën e pragut nga xhepi.

Periudha fillestare e regjistrimit – Kur kualifikoheni për herë të parë për Medicare, periudha kohore kur mund të regjistroheni për Medicare Part A dhe Part B. Nëse keni të drejtë për Medicare kur të mbushni 65 vjeç, periudha juaj fillestare e regjistrimit është periudha 7-mujore që fillon 3 muaj përpara muajit kur mbushni 65 vjeç, përfshin muajin kur mbushni 65 vjeç dhe përfundon 3 muaj pas muajit kur mbushni 65 vjeç.

Kapitulli 11 Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme

D-SNP e integruar – Një D-SNP që mbulon Medicare dhe shumicën ose të gjitha shërbimet e Medicaid sipas një plani të vetëm shëndetësor për grupe të caktuara individësh të kualifikuar si për Medicare ashtu edhe për Medicaid. Këta individë njihen gjithashtu si individë dyfish të kualifikuar me përfitim të plotë.

Biosimilar i këmbyeshtëm – Një biosimilar që mund të përdoret si zëvendësim për një produkt origjinal biosimilar në farmaci pa pasur nevojë për një recetë të re sepse plotëson kërkesat shtesë në lidhje me potencialin për zëvendësim automatik. Zëvendësimi automatik në farmaci i nënshtrohet ligjit të shtetit.

Lista e barnave të mbuluara (formulari ose “Lista e barnave”) – Një listë e barnave me recetë të mbuluara nga plani.

Subvencionimi për të ardhura të ulëta (LIS) – Shihni “Extra Help”.

Programi i Zbritjes së Prodhuesit – Një program sipas të cilit prodhuesit e barnave paguajnë një pjesë të kostos së plotë të planit për barnat dhe produkte biologjike me emër marke të mbuluara nga Part D. Zbritjet bazohen në marrëveshjet ndërmjet qeverisë federale dhe disa prodhuesve të barnave.

Shuma maksimale nga xhepi – Maksimumi që paguani nga xhepi gjatë vitit kalendarik për shërbimet e mbuluara të Part A dhe Part B. Shumat që paguani për primet e Part A dhe të Part B të Medicare dhe barnat me recetë nuk llogariten në shumën maksimale nga xhepi. Nëse kualifikoheni për ndihmë për ndarjen e kostove të Medicare sipas Medicaid, ju nuk jeni përgjegjës për të paguar kostot jashtë xhepit kundrejt shumës maksimale nga xhepi për shërbimet e mbuluara nga Part A dhe Part B. (Shënim: (Duke qenë se anëtarët tanë marrin gjithashtu ndihmë nga Medicaid, shumë pak anëtarë e arrijnë ndonjëherë këtë shumë maksimale nga xhepi).

Medicaid (ose Medical Assistance) – Një program i përbashkët federal dhe shtetëror që ndihmon me kostot mjekësore për disa persona me të ardhura të ulëta dhe burime të kufizuara. Programet shtetërore të Medicaid ndryshojnë, por shumica e kostove të kujdesit shëndetësor mbulohen nëse kualifikoheni si për Medicare ashtu edhe për Medicaid.

Indikacion i pranuar nga ana mjekësore – Një përdorim i një medikamenti që ose është aprovuar nga Food and Drug Administration ose mbështetet nga referenca të caktuara, të tilla si Informacioni i Barnave të Shërbimit Formulari të Spitaleve Amerikane dhe Sistemi i Informacionit Micromedex DRUGDEX.

Të nevojshme nga pikëpamja mjekësore – Shërbimet, furnizimet ose barnat që nevojiten për parandalimin, diagnostikimin ose trajtimin e gjendjes suaj mjekësore dhe përmbushin standardet e pranura të praktikës mjekësore.

Medicare – Programi federal i sigurimit shëndetësor për persona 65 vjeç e lart, disa persona nën moshën 65 vjeç me aftësi të kufizuara të caktuara dhe personat me sëmundje renale në fazën terminale (në përgjithësi ata me insuficiencë të përhershme të veshkave që kanë nevojë për dializë ose transplantim veshkash).

Periudha e regjistrimit të hapur në Medicare Advantage – Periudha kohore nga 1 janari deri më 31 mars, kur anëtarët në një plan Medicare Advantage mund të anulojnë regjistrimin e planit të tyre dhe të kalojnë në një plan tjetër të Medicare Advantage, ose të marrin mbulim nëpërmjet Original Medicare. Nëse zgjidhni të kaloni në Original Medicare gjatë kësaj periudhe, ju gjithashtu mund të bashkoheni në një plan të veçantë barnash me recetë të Medicare në atë kohë. Periudha e regjistrimit të hapur në Medicare Advantage është gjithashtu e disponueshme për një periudhë 3-mujore pasi një individ të kualifikohet fillimisht për Medicare.

Plani Medicare Advantage (MA) – Ndonjëherë quhet Medicare Part C. Një plan i ofruar nga një kompani private që kontraktin me Medicare për t’ju siguruar të gjitha përfitimet tuaja të Medicare Part A dhe Part B. Një plan Advantage Medicare mund të jetë një plan i) HMO, ii) PPO, a iii) plani privat Fee-for-Service Medicare (PFFS), ose iv) një plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Përveç zgjedhjes nga këto lloje planesh, një plan Medicare Advantage HMO ose PPO mund të jetë gjithashtu një Special Needs Plan (SNP). Në shumicën e rasteve,

Kapitulli 11 Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme

planet Medicare Advantage ofrojnë gjithashtu Medicare Part D (mbulim i barnave me recetë). Këto plane quhen plane Medicare Advantage me Mbulim të Barnave me Recetë.

Shërbimet e mbuluara nga Medicare – Shërbimet e mbuluara nga Medicare Part A dhe Part B. Të gjitha planet shëndetësore të Medicare duhet të mbulojnë të gjitha shërbimet që mbulohen nga Medicare Part A dhe B. Termi “Shërbimet e mbuluara nga Medicare” nuk përfshin përfitimet shtesë, si p.sh. sytë, shërbimet dentare ose dëgjimi, që mund të ofrojnë një plan Medicare Advantage.

Medicare Health Plan – Një plan shëndetësor i Medicare ofrohet nga një kompani private që kontraktin me Medicare për të ofruar përfitime të Part A dhe Part B për personat me Medicare që regjistrohen në plan. Ky term përfshin të gjitha planet Medicare Advantage, Medicare Cost, Special Needs, Demonstration/Pilot Programs dhe Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Mbulimi i barnave me recetë të Medicare (Medicare Part D) – Sigurim për të ndihmuar në pagesën e barnave me recetë si pacient i jashtëm, vaksinave, testeve biologjike dhe disa furnizimeve që nuk mbulohen nga Medicare Part A ose Part B.

Medigap (Medicare Supplement Insurance) Policy – Sigurim shtesë i Medicare që shitet nga kompanitë private të sigurimit për të mbushur “boshllëqet” në Original Medicare. Policat e Medigap funksionojnë vetëm me Original Medicare. (Një plan Advantage Medicare nuk është policë Medigap.)

Anëtar (anëtar i planit tonë, ose anëtar i planit) – Një person me Medicare që ka të drejtë të marrë shërbime të mbuluara, i cili është regjistruar në planin tonë dhe regjistrimi i të cilit është konfirmuar nga Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Member Services – Një departament brenda planit tonë përgjegjës për t’iu përgjigjur pyetjeve tuaja në lidhje me anëtarësimin, përfitimet, ankimet dhe apelimet tuaja.

Farmaci e rrjetit – Një farmaci që kontraktin me planin tonë ku anëtarët e planit tonë mund të marrin përfitimet e tyre të barnave me recetë. Në shumicën e rasteve, recetat tuaja mbulohen vetëm nëse ato mbushen në një prej farmacive të rrjetit tonë.

Ofrues i rrjetit - Ofrues është termi i përgjithshëm për mjekët, profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor, spitalet dhe objektet e tjera të kujdesit shëndetësor që janë të licencuara ose të certifikuara nga Medicare dhe nga shteti për të ofruar shërbime të kujdesit shëndetësor. **Ofruesit e rrjetit** kanë një marrëveshje me planin tonë për të pranuar plotësisht pagesën tonë si pagesë dhe në disa raste për të koordinuar, si dhe për të ofruar shërbime të mbuluara për anëtarët e planit tonë. Ofruesit e rrjetit quhen gjithashtu “ofruesit e planit”.

Përcaktimi i organizatës – Një vendim që merr plani ynë nëse mbulohen artikujt ose shërbimet ose sa duhet të paguani për artikujt ose shërbimet e mbuluara. Përcaktimet e organizatës quhen vendime mbulimi në këtë dokument.

Produkt biologjik origjinal – Një produkt biologjik që është miratuar nga Food and Drug Administration (FDA) dhe shërben si krahasim për prodhuesit që bëjnë një version biosimilar. Ai quhet gjithashtu një produkt referencë.

Original Medicare (Traditional Medicare ose Fee-for-service Medicare) – Original Medicare ofrohet nga qeveria, dhe jo një plan privat shëndetësor si Medicare Advantage Plans dhe planet e barnave me recetë. Në Original Medicare, shërbimet e Medicare mbulohen duke paguar shumat e pagesave të mjekëve, spitaleve dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor të vendosura nga Kongresi. Ju mund të shihni çdo mjek, spital ose ofrues tjetër të kujdesit shëndetësor që pranon Medicare. Ju duhet të paguani shumën e zbritshme. Medicare paguan pjesën e vet të shumës së miratuar nga Medicare dhe ju paguani pjesën tuaj. Original Medicare ka dy pjesë: Part A (Hospital Insurance) dhe Part B (Medical Insurance) dhe është i disponueshëm kudo në Shtetet e Bashkuara.

Kapitulli 11 Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme

Farmaci jashtë rrjetit – Një farmaci që nuk ka një kontratë me planin tonë për të koordinuar ose ofruar barna të mbuluara për anëtarët e planit tonë. Shumica e barnave që merrni nga farmacistë jashtë rrjetit nuk mbulohen nga plani ynë përveçse kur zbatohen kushte të caktuara.

Ofrues jashtë rrjetit ose institucion jashtë rrjetit – Një ofrues ose institucion që nuk ka një kontratë me planin tonë për të koordinuar ose ofruar shërbime të mbuluara për anëtarët e planit tonë. Ofruesit jashtë rrjetit janë ofrues që nuk janë të punësuar, në pronësi ose të operuar nga plani ynë.

Kostot nga xhepi – Shihni përkufizimin për ndarjen e kostos më lart. Kërkesa e një anëtarit për ndarjen e kostos për të paguar për një pjesë të shërbimeve ose barnave të marra referohet gjithashtu si kërkesë e kostos nga xhepi e anëtarit.

Pragu i pagesës jashtë xhepit – Shuma maksimale që paguani nga xhepi për barnat e Part D.

Plani PACE – Një plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) kombinon shërbimet dhe mbështetjen mjekësore, sociale dhe afatgjatë (LTSS) për personat e brishtë për të ndihmuar personat të qëndrojnë të pavarur dhe të jetojnë në komunitetin e tyre (në vend që të transferohen në një institucion përkujdesjeje) për aq kohë sa të jetë e mundur. Personat e regjistruar në planet e PACE i marrin përfitimet e tyre të Medicare dhe Medicaid përmes planit.

Part C – shih planin Medicare Advantage (MA).

Part D – Programi vullnetar i përfitimit të barnave me recetë të Medicare.

Barnat e Part D – Barnat që mund të mbulohen sipas Part D. Ne mund të ofrojmë ose jo të gjitha barnat e Part D. Disa kategori barnash janë përjashtuar nga mbulimi i Part D nga Kongresi. Disa kategori të barnave të Part D duhet të mbulohen nga çdo plan.

Gjoha e regjistrimit me vonesë në Part D – Një shumë e shtuar në primin tuaj mujor për mbulimin e barnave të Medicare nëse kaloni pa mbulim të kreditueshëm (mbulim që pritet të paguajë, mesatarisht, të paktën aq sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare) për një periudhë të vazhdueshme prej 63 ditë ose më shumë pasi kualifikoheni për herë të parë për t'u bashkuar me një plan të Part D. Nëse humbni “Extra Help”, mund t'i nënshtroheni gjobës së regjistrimit me vonesë nëse kaloni 63 ditë ose më shumë rresht pa Part D ose mbulim tjetër të kreditueshëm të barnave me recetë.

Prim – Pagesa periodike për Medicare, një kompani sigurimesh ose një plan të kujdesit shëndetësor për mbulimin shëndetësor ose të barnave me recetë.

Ofruesi i kujdesit parësor (PCP) – Mjeku ose një ofrues tjetër që shihni së pari për shumicën e problemeve shëndetësore. Në shumë plane shëndetësore të Medicare, ju duhet të vizitoheni tek ofruesi juaj i kujdesit parësor përpara se të vizitoheni te ndonjë ofrues tjetër i kujdesit shëndetësor.

Autorizim paraprak – Miratimi paraprak për të marrë shërbime ose barna të caktuara. Shërbimet e mbuluara që kanë nevojë për autorizim paraprak janë shënuar në grafikun e përfitimeve mjekësore në Kapitullin 4. Barnat e mbuluara që kanë nevojë për autorizim paraprak janë shënuar në formular dhe kriteret tona janë postuar në faqen tonë të internetit.

Protetikë dhe ortotikë – Pajisje mjekësore duke përfshirë, por pa u kufizuar me, mbajtëset e krahut, shpinës dhe qafës; gjymtyrët artificiale; sytë artificial; dhe pajisje të nevojshme për të zëvendësuar një pjesë ose funksion të brendshëm të trupit, duke përfshirë furnizimet e ostomisë dhe terapinë ushqimore enterale dhe parenterale.

Kapitulli 11 Përkufizimet e fjalëve të rëndësishme

Quality Improvement Organization (QIO) – Një grup mjekësh praktikantë dhe ekspertë të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga qeveria federale për të kontrolluar dhe përmirësuar kujdesin që u jepet pacientëve të Medicare.

Kufizimet e sasisë – Një mjet menaxhimi që është krijuar për të kufizuar përdorimin e barnave të zgjedhura për arsye cilësore, sigurie ose përdorimi. Kufizimet mund të jenë në sasinë e barit që ne mbulojmë për recetë ose për një periudhë të caktuar kohe.

“Real-Time Benefit Tool” – Një portal ose aplikacion kompjuterik në të cilin të regjistruarit mund të kërkojnë formularë të plotë, të saktë, në kohë, të përshatshëm klinikisht, formularë specifikë të regjistruar dhe informacione përfitimesh. Kjo përfshin shumat e ndarjes së kostos, medikamentet alternative formulare që mund të përdoren për të njëjtën gjendje shëndetësore si një medikament i caktuar dhe kufizimet e mbulimit (autorizimi paraprak, terapi hapash, kufijtë e sasisë) që zbatohen për medikamentet alternative.

Shërbimet e rehabilitimit – Këto shërbime përfshijnë terapi fizike, terapi të të folurit dhe gjuhës, dhe terapi profesionale.

Zona e shërbimit – Një zonë gjeografike ku duhet të jetoni për t’iu bashkuar një plani të caktuar shëndetësor. Për planet që kufizojnë se cilët mjekë dhe spitale mund të përdorni, në përgjithësi është gjithashtu zona ku mund të merrni shërbime rutinë (jo emergjence). Plani duhet t’ju çregjistrojë nëse lëvizni përgjithmonë nga zona e shërbimit të planit.

Kujdesi në institucion të kualifikuar të infermierisë (SNF) – Shërbime të kujdesit infermior të kualifikuar dhe rehabilitimit të ofruara në mënyrë të vazhdueshme, të përditshme, në një institucion të kualifikuar infermior. Shembuj të kujdesit përfshijnë terapi fizike ose injeksione intravenoze që mund të jepen vetëm nga një infermier i regjistruar ose mjek.

Special Needs Plan – Një lloj i veçantë i planit Medicare Advantage që ofron kujdes shëndetësor më të fokusuar për grupe të veçanta personash, si ata që kanë Medicare dhe Medicaid, që jetojnë në një qendër perkujdesjeje ose që kanë kushte të caktuara mjekësore kronike.

Terapia me hapa – Një mjet përdorimi që kërkon që së pari të provoni një bar tjetër për të trajtuar gjendjen tuaj mjekësore përpara se të mbulojmë barin që mund të ketë përshkruar fillimisht mjeku juaj.

Të ardhura nga Sigurimet Suplementare (SSI) – Një përfitim mujor i paguar nga Sigurimet Shoqërore për personat me të ardhura dhe burime të kufizuara që janë me aftësi të kufizuara, të verbër ose të moshës 65 vjeç e lart. Përfitimet e SSI nuk janë të njëjta me përfitimet e Sigurimeve Shoqërore.

Shërbimet urgjentisht të nevojshme – Një shërbim i mbuluar nga plani që kërkon kujdes të menjëhershëm mjekësor që nuk është emergjencë është një shërbim urgjentisht i nevojshëm nëse jeni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit, ose është e paarsyeshme duke pasur parasysh kohën, vendin dhe rrethanat për të marrë këtë shërbim nga ofruesit e rrjetit me të cilët ka kontratë plani. Shembuj të shërbimeve urgjentisht të nevojshme janë sëmundjet dhe lëndimet mjekësore të paparashikuara, ose shpërthimet e papritura të kushteve ekzistuese. Megjithatë, vizitat rutinë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore, të tilla si kontrollet vjetore, nuk konsiderohen si urgjentisht të nevojshme edhe nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit ose nëse rrjeti i planit është përkohësisht i padisponueshëm.

Shërbimet e ndihmës gjuhësore të Medicare



Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-671-0440. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-833-671-0440 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास नःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-833-671-0440 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक नःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-671-0440. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Bengali:

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে দো-ভাষীর পরামর্শ রয়েছে। কোনও দো-ভাষী পতে, আমাদের 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কউে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরামর্শ।

Yiddish:

מיר האבן פריי יבערזעצער בא דינונגס צו ענטפערן אלע פראגן וואס איר קען האבן וועגן אונזער געזונט אדער מעדיצין פלאן. צו באקומען א יבערזעצער, נאר רופן אונז אויף 1-833-671-0440. איינער וואס רעדט יידיש קען דיר העלפן. דאס איז א פריי סערוויס.

Urdu:

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Greek:

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνεία, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.

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

Metoda	Member Services - Qendra e Kontaktit
TELEFONONI	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. E hënë - e premte, nga ora 08:00 deri në 20:00 sipas orës lokale Member Services kanë gjithashtu shërbime përkthimi falas të gjuhës për jo-anglishtfolësit.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. E hënë - e premte, nga ora 08:00 deri në 20:00 sipas orës lokale
FAKS	(310) 507-6186
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
FAQJA E INTERNETIT	SWHNY.com

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP i New York) është një program shtetëror që merr para nga qeveria federale për të dhënë konsulencë falas për sigurimet shëndetësore lokale për personat me Medicare.

Metoda	Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(800) 701-0501 Nga e hëna në të premte, nga ora 8:30 deri në orën 17:00, sipas orës lokale.
SHKRUANI	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
FAQJA E INTERNETIT	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Deklarata e zbulimit e PRA Sipas Paperwork Reduction Act (Ligjit për Reduktimin e Dokumenteve) të vitit 1995, asnjë personi nuk i kërkohet që t'i përgjigjet një mbledhje të informacionit përveç nëse shfaq një numër të vlefshëm kontrolli OMB. Numri i vlefshëm i kontrollit OMB për këtë mbledhje informacioni është 0938-1051. Nëse keni komente ose sugjerime për përmirësimin e këtij formulari, ju lutemi shkruani në: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland