2025

Evidence of Coverage

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

New York H5992-007

Effective January 1 through December 31, 2025

H5992_25_007_NYEOC_C

(OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026

1 جنوری - 31 دسمبر 2025

کوریج کا ثبوت:

CHAPTER 1:
Getting started as a member **4**
SECTION 1 Introduction 5
SECTION 2 What makes you eligible to be a plan member? 6
SECTION 3 Important membership materials you will receive 8
SECTION 4 Your monthly costs for Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 10
SECTION 5 More information about your monthly premium 12
SECTION 6 Keeping your plan membership record up to date 12
SECTION 7 How other insurance works with our plan 13

CHAPTER 2:
Important phone numbers and resources **15**
SECTION 1 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) contacts (how to contact us, including how to reach Member Services) 16
SECTION 2 Medicare (how to get help and information directly from the Federal Medicare program) 20
SECTION 3 State Health Insurance Assistance Program (free help, information, and answers to your questions about Medicare) 21

SECTION 4 ..... Quality Improvement Organization 22
SECTION 5 ..... Social Security 23
SECTION 6 ..... Medicaid 23
SECTION 7 ..... Information about programs to help people pay for their prescription drugs 26
SECTION 8 ..... How to contact the Railroad Retirement Board 27
SECTION 9 ..... Do you have group insurance or other health insurance from an employer? 27

CHAPTER 3: *Using the plan for your medical and other covered services* 28

SECTION 1 ..... Things to know about getting your medical care and other services as a member of our plan 29
SECTION 2 ..... Use providers in the plan's network to get your medical care and other services 30
SECTION 3 ..... How to get services when you have an emergency or urgent need for care or during a disaster 33
SECTION 4 ..... What if you are billed directly for the full cost of your services? 35
SECTION 5 ..... How are your medical services covered when you are in a clinical research study? 35
SECTION 6 ..... Rules for getting care in a religious non-medical health care institution 36
SECTION 7 ..... Rules for ownership of durable medical equipment 37

CHAPTER 4:
(Medical Benefits Chart (what is covered **39**
SECTION 1
Understanding covered services 40
SECTION 2
Use the *Medical Benefits* Chart to find out what is covered 40
SECTION 3
What services are covered outside of Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)? 82
SECTION 4
What services are not covered by the plan? 83

CHAPTER 5:
Using the plan's coverage for Part D prescription drugs **86**
SECTION 1
Introduction 87
SECTION 2
Fill your prescription at a network pharmacy or through the plan's mail-order service 87
SECTION 3
Your drugs need to be on the plan's Drug List 90
SECTION 4
There are restrictions on coverage for some drugs 91
SECTION 5
What if one of your drugs is not covered in the way you'd like it to be covered? 92
SECTION 6
What if your coverage changes for one of your drugs? 94
SECTION 7
What types of drugs are *not* covered by the plan? 95
SECTION 8
Filling a prescription 96

Medicare کے صحت کے وظائف اور سروسز اور نسخہ جاتی دوا کی کوریج بطور ممبر Senior Whole Health از (New York NHC (HMO D-SNP

یہ دستاویز آپ کو 1 جنوری - 31 دسمبر، 2025 تک آپ کی Medicare اور Medicaid صحت کی نگہداشت، طویل مدتی نگہداشت، گھر اور کمیونٹی پر مبنی سروسز اور نسخہ جاتی دوا کی کوریج کی تفصیلات فراہم کرتی ہے۔ **یہ ایک اہم قانونی دستاویز ہے۔ براہِ کرم اسے محفوظ جگہ پر رکھیں۔**

اس دستاویز کے متعلق سوالات کے لیے، براہ کرم (833) 0440-671 پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔ (TTY صارفین کو چاہیئے کہ 711 پر کال کریں)۔ اوقاتِ کار 1 اکتوبر - 31 مارچ، ہفتے میں 7 دن، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 - رات 8 بجے تک ہیں۔ 1 اپریل - 30 ستمبر، مقامی وقت کے مطابق پیر - جمعہ، صبح 8 سے رات 8 بجے تک ہیں۔ یہ کال مفت ہوتی ہے۔

اس منصوبے، Senior Whole Health از (New York NHC (HMO D-SNP)، کی پیشکش Senior Whole Health of New York, Inc. کی جانب سے کی جاتی ہے۔ (جب اس کوریج کا ثبوت نامی دستاویز میں "ہم"، "ہمیں"، یا "ہمارا" استعمال ہو تو، اس سے مراد Senior Whole Health of New York, Inc ہے۔ جب اس میں "منصوبہ" یا "ہمارا منصوبہ" استعمال ہو تو، اس سے مراد Senior Whole Health از (New York NHC (HMO D-SNP ہے۔)

یہ دستاویز ہسپانوی، چینی، عربی، کوریائی، روسی، اطالوی، فرانسیسی، فرانسیسی کریول، یدش، پولش، تگالوگ، بنگالی، البانیائی، یونانی اور اردو زبان میں مفت دستیاب ہے۔

اس دستاویز کو آپ انگریزی کے علاوہ دیگر زبان (زبانوں) یا دیگر فارمیٹس، جیسا کہ بڑے پرنٹ، بریل یا آڈیو میں بھی مفت حاصل کر سکتے ہیں۔ کال کریں (833) 0440-671، (TTY: 711)۔ یہ کال مفت ہے۔

1 جنوری 2026 کو وظائف میں تبدیلی آ سکتی ہے۔

فارمولوں کا مجموعہ، فارمیسی نیٹ ورک، اور/یا فراہم کنندہ کا نیٹ ورک کسی بھی وقت تبدیل ہو سکتا ہے۔ جب ضرورت ہوئی تو آپ کو نوٹس موصول ہو گا۔ ہم متاثرہ مندرج افراد کو تبدیلیوں کے متعلق کم از کم 30 دن پہلے اطلاع دیں گے۔

یہ دستاویز آپ کے وظائف اور حقوق کی وضاحت کرتی ہے۔ اس دستاویز کے استعمال سے درج ذیل سمجھیں:

- اپنے منصوبے کے پریمیم اور خرچ کے اشتراک کے بارے میں؛
- اپنے طبی اور نسخہ جاتی دوا کے وظائف کے بارے میں؛
- اگر آپ کسی سروس یا علاج سے مطمئن نہ ہوں تو شکایت کیسے درج کروائیں؛
- اگر آپ کو مزید معاونت درکار ہو تو ہم سے کیسے رابطہ کریں؛ اور،
- Medicare قانون کی جانب سے درکار دیگر تحفظات۔

H5992_25_007_NYEOC_C

کوریج کا ثبوت 0252

مشمولات کا ٹیبل

باب 1:

□□□□ □□□□□□ □□□□ □□□□

سیکشن 1 تعارف

سیکشن 1.1 آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) میں اندراج یافتہ ہیں، جو کہ ایک خصوصی Medicare Advantage Plan (Special Needs Plan) ہے

آپ Medicare اور Medicaid دونوں کی جانب سے کوور شدہ ہیں:

- **Medicare** 65 برس یا اس سے زائد عمر کے افراد، خصوصی معذوریوں کے شکار 65 برس سے کم عمر کے کچھ افراد، اور گردوں کی بیماری کے آخری مرحلے (گردوں کا ناکارہ ہونا) کے شکار افراد کے لیے وفاقی صحت کی انشورنس کا پروگرام ہے۔
- **Medicaid** وفاقی اور ریاستی حکومت کا ایک مشترکہ پروگرام ہے جو محدود آمدنیوں اور وسائل والے مخصوص افراد کی طبی اخراجات کے حوالے سے مدد کرتا ہے۔ Medicaid کی کوریج ریاست اور آپ کو حاصل Medicaid کی قسم کی بنیاد پر مختلف ہوتی ہے۔ Medicaid کے حامل کچھ افراد اپنے Medicare پریمیمز اور دیگر اخراجات کے لیے ادائیگی میں مدد حاصل کرتے ہیں۔ دیگر افراد بھی اُن اضافی سروسز اور ادویات کے لیے کوریج حاصل کرتے ہیں جن کو Medicare کوور نہیں کرتا۔

آپ نے اپنی Medicare اور Medicaid کی نگہداشت صحت اور اپنی نسخہ جاتی دوا کی کوریج کو ہمارے منصوبے، Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ذریعے حاصل کرنے کا انتخاب کیا ہے۔ حصہ A اور حصہ B کی تمام سروسز کو کوور کرنا ہمارے لیے ضروری ہے۔ تاہم، اس منصوبے میں اخراجات کا اشتراک اور فراہم کنندہ تک رسائی Original Medicare سے مختلف ہے۔

Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) ایک خصوصی Medicare Advantage Plan (ایک Medicare Special Needs Plan) ہے، جس کا مطلب ہے کہ اس کے وظائف صحت کی نگہداشت کی خصوصی ضروریات کے حامل افراد کے لیے تیار کیے گئے ہیں۔ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) ان لوگوں کے لیے تیار کیا گیا ہے جو Medicare کے حامل ہیں اور جو Medicaid سے بھی اعانت حاصل کرنے کے حقدار ہیں۔

چونکہ آپ اپنے Medicare حصہ A اور B کے اخراجات کے اشتراک (کٹوتیوں، مشترکہ ادائیگیوں، اور مشترکہ انشورنس) کے لیے Medicaid سے معاونت حاصل کرتے ہیں، لہٰذا ہو سکتا ہے کہ آپ کو Medicare صحت کی نگہداشت کی سروسز کے لیے کوئی ادائیگی نہ کرنی پڑے۔ Medicaid طویل مدتی نگہداشت کی گھر اور کمیونٹی پر مبنی سروسز کی کوریج کر کے آپ کو دیگر فوائد بھی فراہم کرتا ہے جن کو عام طور پر Medicare کے تحت کوور نہیں کیا جاتا۔ آپ اپنی Medicare نسخہ جاتی ادویات کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے Medicare سے "اضافی مدد (Extra Help)" بھی حاصل کریں گے۔ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) آپ کے لیے ان تمام وظائف کا نظم کرنے میں مدد کرے گا، تاکہ آپ اُن صحت کی نگہداشت کی سروسز اور ادائیگی کی اعانت حاصل کر سکیں جس کے آپ حقدار ہیں۔

Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کو ایک نجی کمپنی چلاتی ہے۔ تمام Medicare Advantage Plans کی طرح، یہ Medicare Special Needs Plan بھی Medicare کی جانب سے منظور کیا گیا ہے۔ آپ کے Medicaid وظائف کے ربط کے لیے اس منصوبے کا New York Medicaid پروگرام کے ساتھ بھی ایک معاہدہ ہے۔ ہمیں آپ کی Medicare اور Medicaid صحت کی نگہداشت کی کوریج، بشمول آپ کی نسخہ جاتی دوا کی کوریج فراہم کرنے کی خوشی ہے۔

اس منصوبے کے تحت احاطہ، صحت کے اہل احاطہ جات (QHC) کے تحت اہل قرار پاتا ہے اور تحفظ مریض اور قابل استطاعت نگہداشت کے ایکٹ (ACA) کے تحت فرد کی مشترکہ ذمہ داری کے تقاضوں کو پورا کرتا ہے۔ مزید معلومات کے لیے براہ کرم انٹرنل ریونیو سروس (IRS) کی ویب سائٹ: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families وزٹ کریں۔

سیکشن 1.2 کوریج کا ثبوت نامی دستاویز کس بارے میں ہے؟

یہ □□□□□ □□ □□□□ نامی دستاویز آپ کو بتاتی ہے کہ آپ اپنی Medicare اور Medicaid طبی نگہداشت، طویل مدتی نگہداشت اور گھر اور کمیونٹی پر مبنی سروسز اور نسخہ جاتی ادویات کیسے حاصل کر سکتے ہیں۔ یہ اس بات کی وضاحت کرتی ہے کہ آپ کے حقوق اور ذمہ داریاں کیا ہیں، کیا کوور کیا جاتا ہے، آپ منصوبے کے ممبر کے طور پر کیا ادائیگی کرتے ہیں، اور اگر آپ کسی فیصلے یا علاج سے مطمئن نہ ہوں تو شکایت کیسے درج کروائی جاتی ہے۔

الفاظ □□□□□ اور □□□□ □□□ سروسز کا مطلب طبی نگہداشت سے طویل مدتی نگہداشت اور گھر اور کمیونٹی پر مبنی سروسز اور وہ نسخہ جاتی ادویات ہیں جو Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر کے طور پر آپ کے لیے دستیاب ہیں۔

آپ کے لیے یہ جاننا ضروری ہے کہ منصوبے کے اصول کیا ہیں اور آپ کے لیے کون سی سروسز دستیاب ہیں۔ ہم اس □□□□□ □□ □□□□ نامی دستاویز کو پڑھنے کی خاطر وقت نکالنے کے لیے آپ کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں۔

اگر آپ الجھن کا شکار ہوں، تشویش میں مبتلا ہوں یا آپ کا کوئی بھی سوال ہو، تو براہ کرم ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔

سیکشن 1.3 کوریج کا ثبوت نامی دستاویز کے متعلق قانونی معلومات

یہ □□□□□ □□ □□□□ ہمارے آپ سے کیے گئے معاہدے کا اس حوالے سے حصہ ہے کہ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) آپ کی نگہداشت کو کیسے کوور کرتا ہے۔ اس معاہدے کے بقیہ حصوں میں آپ کا اندراج کا فارم، کوور کردہ ادویات کی فہرست (ادویات کا مجموعہ)، اور ایسے کوئی بھی نوٹسز شامل ہیں جنہیں آپ اپنی کوریج میں ہونے والی تبدیلوں یا اپنی کوریج پر اثر انداز ہونے والی شرائط کے بارے میں ہماری جانب سے موصول کرتے ہیں۔ ان نوٹسز کو بعض اوقات اضافی فقرے یا ترامیم کہا جاتا ہے۔

یہ معاہدہ اُن مہینوں کے لیے نافذ العمل ہے جن میں آپ 1 جنوری 2025 اور 31 دسمبر 2025 کے درمیان Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) میں اندراج یافتہ گے۔

ہر تقویمی سال میں، Medicare ہمیں اُن منصوبوں میں تبدیلیاں کرنے کی اجازت دیتا ہے جن کی ہم پیشکش کرتے ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ ہم 31 دسمبر 2025 کے بعد Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے اخراجات اور وظائف میں تبدیلی کر سکتے ہیں۔ ہم 31 دسمبر 2025 کے بعد آپ کے سروس ایریا میں منصوبے کی فراہمی روکنے یا اسے کسی دوسرے سروس ایریا میں فراہم کرنے کا انتخاب بھی کر سکتے ہیں۔

Medicare (مراکز برائے Medicare اور Medicaid سروسز) کا ہر سال Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کی منظوری دینا ضروری ہوتا ہے۔ آپ ہر سال ہمارے منصوبے کے ممبر کے طور پر Medicare کوریج لینا جاری رکھ سکتے ہیں تاوقتیکہ ہم منصوبے کی فراہمی جاری رکھنے کا انتخاب کرتے ہیں اور Medicare منصوبے کی منظوری کی تجدید کرے۔

سیکشن 2 منصوبے کا ممبر بننے کے لیے آپ کو کیا چیز اہل بناتی ہے؟

سیکشن 2.1 آپ کی اہلیت کے لیے تقاضے

□□ □□□□□ □□□□□□ □□□ □□□□□□ □□ □□□ □□□ □□ □□ □□ □□:

- آپ Medicare حصہ A اور Medicare حصہ B دونوں کے حامل ہوں
- -- اور -- آپ ہمارے جغرافیائی سروس ایریا میں رہتے ہوں (ذیل میں سیکشن 2.3 ہمارے سروس ایریا کی وضاحت کرتا ہے)۔ جیلوں میں قید افراد کو جغرافیائی سروس ایریا میں رہائش پذیر نہیں سمجھا جاتا خواہ وہ جسمانی طور پر وہاں موجود ہی کیوں نہ ہوں۔
- -- اور -- آپ United States کے شہری ہوں یا قانونی طور پر United States میں موجود ہوں
- -- اور -- آپ ذیل میں واضح کردہ اہلیت کے خصوصی تقاضوں پر پورا اترتے ہوں۔

ہمارے منصوبے کے لیے اہلیت کے خصوصی تقاضے

ہمارا منصوبہ ان لوگوں کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے تیار کیا گیا ہے جو مخصوص Medicaid وظائف حاصل کرتے ہیں۔ (Medicaid وفاقی اور ریاستی حکومت کا ایک مشترکہ پروگرام ہے جو محدود آمدنیوں اور وسائل والے مخصوص افراد کی طبی اخراجات کے حوالے سے مدد کرتا ہے۔) ہمارے منصوبے کا اہل ہونے کی خاطر آپ کا Medicare اور Full Medicaid وظائف کا اہل ہونا ضروری ہے۔

براہ کرم نوٹ کریں: اگر آپ اپنی اہلیت کھو دیتے ہیں مگر آپ سے مناسب حد تک توقع کی جا سکتی ہے کہ آپ 3 ماہ کے اندر اپنی اہلیت واپس حاصل کر لیں گے، تو پھر آپ تب بھی ہمارے منصوبے میں ممبرشپ کے اہل ہوتے ہیں (باب 4، سیکشن 2.1 آپ کو تصور کردہ جاری اہلیت کے عرصے کے دوران کوریج اور لاگت کے اشتراک کے متعلق بتاتا ہے)۔

Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے لیے اضافی اہلیت کے تقاضے

درج بالا تقاضوں کے علاوہ، Senior Whole Health از New York NHC ایک رضاکارانہ پروگرام ہے جو خصوصی طور پر اُن لوگوں کے لیے تشکیل دیا گیا ہے جن کے پاس Medicare اور Medicaid موجود ہو، اور جنہیں اپنے گھروں اور کمیونٹیوں میں محفوظ طریقے سے رہنے کے لیے مربوط کردہ طبی سروسز درکار ہوں۔ طبی اہلیتوں اور اجازت کے اصولوں کا اطلاق ہوتا ہے۔

آپ Senior Whole health از New York NHC پروگرام میں شامل ہونے کے اہل ہیں اگر آپ Medicare اور Medicaid دونوں کی جانب سے کوور کردہ ہیں اور:

1. اندراج کے وقت کے مطابق طبی طور پر نرسنگ ہوم کے درجے کی نگہداشت کے اہل ہیں؛
2. اندراج کے وقت، یا اپنی صحت اور سلامتی کو خطرے میں ڈالے بغیر اپنے گھر اور کمیونٹی میں واپس جانے یا رہنے کے قابل ہیں؛
3. اندراج کی مؤثر تاریخ کے بعد 120 سے زائد دنوں کے لیے مندرجہ ذیل کمیونٹی پر مبنی طویل مدتی نگہداشت کی سروسز اور نگہداشت کے نظم کے درکار ہونے کا تجزیہ کیا گیا
   a. گھر میں نرسنگ سروسز
   b. گھر میں تھیراپیز
   c. گھر کے اندر Health Aide کی سروسز
   d. گھر کے اندر ذاتی نگہداشت کی سروسز
   e. بالغ فرد کی دن میں نگہداشت صحت
   f. نجی ڈیوٹی والی نرسنگ
   g. صارف کی ہدایت کردہ ذاتی معاونتی سروسز، اور
4. New York City کا انسانی وسائل کی فراہمی کا Medicaid کا دفتر (HRA) یا سماجی سروسز کے مقامی شعبے (LDSS) کی جانب سے Medicaid پروگرام کے تحت وظائف کے لیے اہل ہونے کا تعین کیا گیا ہو۔

سیکشن 2.2 Medicaid کیا ہے؟

Medicaid وفاقی اور ریاستی حکومت کا ایک مشترکہ پروگرام ہے جو اُن مخصوص افراد کی طبی اور طویل مدتی نگہداشت کے اخراجات کے حوالے سے مدد کرتا ہے جن کی آمدنیاں اور وسائل محدود ہیں۔ ہر ریاست طے کرتی ہے کہ آمدنی اور وسائل کے طور پر کیا شمار ہوتا ہے، کون اہل ہے، کن سروسز کو کوور کیا جاتا ہے، اور سروسز کے اخراجات کیا ہیں۔ ریاستیں یہ بھی طے کر سکتی ہیں کہ وہ اپنے پروگرام کو کس طرح چلائیں گی تاوقتیکہ وہ وفاقی ہدایات کی پیروی کرتی ہوں۔

علاوہ ازیں، Medicaid کے ذریعے ایسے پروگرامز کی پیشکش کی جاتی ہے جو Medicare کے حامل افراد کی اُن کے Medicare کے اخراجات، جیسے کہ Medicare پریمیمز کی ادائیگی میں مدد کرتے ہیں۔ یہ "Medicare Savings Programs" محدود آمدنی اور وسائل والے افراد کی ہر سال پیسوں کی بچت میں مدد کرتے ہیں:

- **مکمل وظیفہ دوہری اہلیت (FBDE):** کوئی شخص جو کہ Medicare کا حقدار ہو، QMB+ اور SLMB+ کے لیے آمدنی یا وسیلے کے معیار پر پورا نہ اترتا ہو، لیکن Medicaid کی پوری کوریج کے لیے یا تو مطلقاً یا طبی طور پر ضرورت مند ہونے، داخل شدہ افراد کے لیے آمدنی کے خصوصی درجوں، یا گھر یا کمیونٹی پر مبنی باز ناموں پر مبنی اختیاری کوریج کے گروپس کے تحت اہل ہو۔
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Medicare حصہ A اور حصہ B کے پریمیمز، اور دیگر اخراجات کے اشتراک (جیسے کٹوتیوں، مشترکہ انشورنس، اور مشترکہ ادائیگیوں) کی ادائیگی میں مدد کرتا ہے۔ یہ افراد Medicaid کے مکمل وظائف کے اہل بھی ہیں۔

سیکشن 2.3 Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے لیے منصوبے کا سروس ایریا یہ ہے

Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) صرف اُن افراد کے لیے دستیاب ہے جو ہمارے منصوبے کے سروس ایریا میں رہائش پذیر ہیں۔ ہمارے منصوبے کا ممبر رہنے کے لیے، آپ کا منصوبے کے سروس ایریا میں رہائش پذیر رہنا ضروری ہے۔ سروس ایریا کی ذیل میں وضاحت کی گئی ہے۔

ہمارے سروس ایریا میں New York کی درج ذیل کاؤنٹیز شامل ہیں: Bronx، Kings، Nassau، New York، Orange، Queens، Rockland، Richmond، اور Westchester۔

اگر آپ کسی نئی ریاست میں نقل مکانی کا ارادہ رکھتے ہیں، تو آپ کو اپنی ریاست کے Medicaid دفتر سے بھی رابطہ کرنا چاہیئے اور پوچھنا چاہیئے کہ یہ نقل مکانی آپ کے Medicaid کے وظائف پر کیسے اثر انداز ہو گی۔ Medicaid کے فون نمبرز اس دستاویز کے باب 2، سیکشن 6 میں موجود ہیں۔

اگر آپ سروس ایریا سے باہر نقل مکانی کا ارادہ رکھتے ہیں، تو آپ اس منصوبے کے ممبر نہیں رہ سکتے۔ براہ کرم یہ دیکھنے کے لیے ممبر سروسز سے رابطہ کریں کہ آیا آپ کے نئے ایریا میں ہمارا کوئی منصوبہ ہے۔ آپ کے نقل مکانی کرنے پر، آپ ایک خصوصی اندراج کے دورانیے کے حامل ہوں گے جو کہ آپ کو واپس Original Medicare پر منتقل ہونے یا آپ کے نئے مقام پر دستیاب Medicare کے صحت یا دوا کے منصوبے میں اندراج کرنے کی اجازت دے گا۔

یہ بھی ضروری ہے کہ اگر آپ نقل مکانی کریں یا اپنا ڈاک کا پتہ تبدیل کریں تو سوشل سکیورٹی کو کال کریں۔ آپ سوشل سکیورٹی کے لیے فون نمبرز اور رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 5 میں تلاش کر سکتے ہیں۔

سیکشن 2.4 U.S. شہری یا قانونی موجودگی

Medicare صحت کے منصوبے کے ممبر کا امریکی شہری ہونا یا قانونی طور پر ریاست ہائے متحدہ میں موجود ہونا ضروری ہے۔ اگر آپ اس بنیاد پر ممبر رہنے کے اہل نہیں رہتے تو Medicare (Medicare) اور Medicaid سروسز کے مراکز) Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کو مطلع کر دے گا۔ اگر آپ اس تقاضے پر پورا نہیں اترتے تو Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کو فہرست سے آپ کا نام خارج کرنا ہو گا۔

سیکشن 3 ممبرشپ کے اہم مواد جو آپ کو موصول ہوں گے

سیکشن 3.1 آپ کا منصوبے کی ممبرشپ کا کارڈ

آپ کے ہمارے منصوبے کے ممبر ہونے کے دوران، آپ کا اس منصوبے کے تحت کوور کردہ سروسز حاصل کرتے وقت اور نیٹ ورک فارمیسیز سے نسخہ جاتی ادویات حاصل کرتے وقت اپنا ممبرشپ کارڈ استعمال کرنا ضروری ہے۔ آپ کو اپنے فراہم کنندہ کو اپنا Medicaid کارڈ بھی دکھانا چاہیئے۔ آپ کو دکھانے کے لیے کہ آپ کا ممبرشپ کارڈ کیسا ہوگا، بطور نمونہ یہ ہے ایک ممبرشپ کارڈ:

اس منصوبے کا ممبر ہونے کے دوران کوور شدہ طبی سروسز کے لیے اپنا سرخ، سفید، اور نیلا Medicare کارڈ استعمال مت کریں۔ اگر آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبرشپ کارڈ کے بجائے اپنا Medicare کارڈ استعمال کرتے ہیں، تو آپ کو طبی سروسز کے تمام اخراجات خود ادا کرنے پڑ سکتے ہیں۔ اپنے Medicare کارڈ کو محفوظ جگہ پر رکھیں۔ اگر آپ کو ہسپتال کی سروسز، مریض خانے کی سروسز درکار ہوں، یا آپ Medicare سے منظور شدہ طبی تحقیقی مطالعوں جنہیں طبی ٹرائلز بھی کہا جاتا ہے، میں شرکت کرتے ہیں تو آپ سے اس کو دکھانے کے لیے کہا جا سکتا ہے۔

اگر آپ کا ممبرشپ کارڈ خراب ہو چکا ہے، گمشدہ ہے، یا چوری ہو چکا ہے، تو فوراً ممبر سروسز کو کال کریں اور ہم آپ کو ایک نیا کارڈ ارسال کر دیں گے۔

سیکشن 3.2 فراہم کنندہ/فارمیسی کی ڈائریکٹری

□□□□□ □□□□□/□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□□ SWHNY.com میں ہمارے موجودہ نیٹ ورک فراہم کنندگان اور پائیدار طبی ساز و سامان کے سپلائیرز کے نام درج ہوتے ہیں۔

نیٹ ورک فراہم کنندگان میں وہ ڈاکٹرز اور صحت کی نگہداشت کے دیگر پیشہ ور افراد، طبی گروپس، پائیدار طبی ساز و سامان کے سپلائیرز، ہسپتال، اور دیگر صحت کی نگہداشت کی سہولت گاہیں شامل ہیں جن کا ہمارے ساتھ ہماری ادائیگی اور منصوبے کے کسی بھی اخراجات کے اشتراک کو مکمل ادائیگی کے طور پر قبول کرنے کا معاہدہ ہے۔

نیٹ ورک فارمیسیز وہ تمام فارمیسیز ہیں جو ہمارے منصوبے کے ممبران کے لیے کوور شدہ نسخوں پر ادویات کی فراہمی سے متفق ہیں۔ آپ □□□□□ □□□□□/□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□□ کو اُس نیٹ ورک کی فارمیسی کو تلاش کرنے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں جسے آپ استعمال کرنا چاہتے ہیں۔ اس متعلق معلومات کے لیے باب 5، سیکشن 2.5 دیکھیں کہ آپ وہ فارمیسیز کب استعمال کر سکتے ہیں جو منصوبے کے نیٹ ورک میں موجود نہیں ہیں۔

آپ کا اپنی طبی نگہداشت اور سروسز حاصل کرنے کے لیے نیٹ ورک فراہم کنندگان کا استعمال کرنا ضروری ہے۔ اگر آپ باقاعدہ اجازت کے بغیر کہیں اور جاتے ہیں تو آپ کو مکمل ادائیگی کرنا ہو گی۔ اس میں استثنات صرف ہنگامی حالات، اُن فوری طور پر درکار سروسز کو حاصل ہیں کہ جب نیٹ ورک عدم دستیاب ہو (یعنی، اُن صورتوں میں جب اندرون نیٹ ورک سروسز حاصل کرنا ناموزوں یا ناممکن ہو)، بیرون از ایریا ڈایالائسز کی سروسز، اور وہ کیسز جن میں Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) بیرون از نیٹ ورک فراہم کنندگان کے استعمال کی اجازت دے۔

فراہم کنندگان، فارمیسیز اور سپلائیرز کی سب سے حالیہ فہرست ہماری ویب سائٹ SWHNY.com پر دستیاب ہے۔

اگر آپ کے پاس □□□□□ □□□□□/□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□□ کی اپنی کاپی موجود نہیں ہے، تو آپ ممبر سروسز سے کاپی (برقی یا ہارڈ کاپی کی صورت میں) کی درخواست کر سکتے ہیں۔ فراہم کنندہ کی ڈائریکٹریز کی ہارڈ کاپی کی درخواستیں تین کاروباری ایام کے اندر آپ کو ارسال کر دی جائیں گی۔

سیکشن 3.3 منصوبے کی □□□□ □□□ □□□□□□ □□ □□□□□ (□□□□□□□□□ □□ □□□□□□)

□□□□□□ □□□□ □□□□ □□□□□□ □□ □□□□□ (□□□□□□□□□ □□ □□□□□□) کا حامل ہے۔ ہم مختصراً اسے "فہرست ادویات" کہتے ہیں۔ یہ بتاتی ہے کہ حصہ D کی کون سی نسخہ جاتی ادویات Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) میں شامل حصہ D کے وظیفے کے تحت کوور شدہ ہیں۔ اس فہرست میں شامل ادویات منصوبے کی جانب سے ڈاکٹروں اور فارماسسٹس کی ایک ٹیم کی مدد سے منتخب کی گئی ہیں۔ اس فہرست کا Medicare کی جانب سے طے کیے گئے تقاضوں پر پورا اترنا ضروری ہے۔ Medicare نے Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کی "فہرست ادویات" کو منظور کر لیا ہے۔

"فہرست ادویات" آپ کو یہ بھی بتاتی ہے کہ آیا ایسے کوئی اصول ہیں جو آپ کی ادویات کے لیے کوریج کو محدود کرتے ہیں۔

ہم آپ کو "فہرست ادویات" کی ایک کاپی فراہم کریں گے۔ اس حوالے سے مکمل ترین اور حالیہ ترین معلومات حاصل کرنے کے لیے کہ کون سی ادویات کوور کی گئی ہیں، آپ منصوبے کی ویب سائٹ (SWHNY.com) ملاحظہ کر سکتے یا ممبر سروسز کو کال کر سکتے ہیں۔

سیکشن 4 Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے لیے آپ کے ماہانہ اخراجات

آپ کے اخراجات میں مندرجہ ذیل شامل ہو سکتے ہیں:

- منصوبے کا پریمیم (سیکشن 4.1)
- ماہانہ Medicare حصہ B پریمیم (سیکشن 4.2)
- حصہ D تاخیر سے اندراج کا جرمانہ (سیکشن 4.4)
- آمدنی سے متعلق ماہانہ ایڈجسٹ کردہ رقم (سیکشن 4.5)

سیکشن 4.1 منصوبے کا پریمیم

آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے لیے ایک علیحدہ ماہانہ منصوبے کا پریمیم ادا نہیں کرتے۔

سیکشن 4.2 ماہانہ Medicare حصہ B پریمیم

کئی ممبرز کو دیگر Medicare پریمیمز کی ادائیگی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے

کچھ ممبرز کو دیگر Medicare پریمیمز کی ادائیگی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جیسا کہ اوپر سیکشن 2 میں واضح کیا گیا ہے، ہمارے منصوبے کے لیے اہل ہونے کی خاطر، آپ کا Medicaid نیز Medicare حصہ A اور Medicare حصہ B دونوں کے لیے اپنی اہلیت کو برقرار رکھنا ضروری ہے۔ زیادہ تر Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبران کے لیے، Medicaid آپ کے حصہ A کے پریمیم (اگر آپ خود کار طور پر اس کے لیے اہل نہیں ہوتے) اور آپ کے حصہ B کے پریمیم کے لیے ادائیگی کرتا ہے۔

اگر Medicaid آپ کے لیے آپ کے Medicare پریمیمز کی ادائیگی نہیں کر رہا، تو آپ کا منصوبے کا ممبر رہنے کے لیے اپنے Medicare پریمیمز کی ادائیگی جاری رکھنا ضروری ہے۔ اس میں آپ کا حصہ B کا پریمیم شامل ہوتا ہے۔ اس میں حصہ A کا وہ پریمیم بھی شامل ہو سکتا ہے جو اُن ممبران پر اثر انداز ہوتا ہے جو پریمیم فری حصہ A کے لیے اہل نہیں ہیں۔

سیکشن 4.3 حصہ D تاخیر سے اندراج کا جرمانہ

چونکہ آپ دوہری اہلیت رکھتے ہیں، لہٰذا جب تک کہ آپ اپنا دوہری اہلیت کا درجہ برقرار رکھتے ہیں تب تک LEP کا آپ پر اطلاق نہیں ہوتا، تاہم اگر آپ اپنا دوہری اہلیت کا درجہ کھو دیتے ہیں، تو آپ کے لیے LEP جاری ہو سکتا ہے۔ حصہ D تاخیر سے اندراج کا جرمانہ ایک اضافی پریمیم ہے جسے حصہ D کی کوریج کے لیے اُس صورت میں لازماً ادا کرنا ہو گا جب آپ کے ابتدائی اندراج کے دورانیے کے اختتام کے بعد کسی بھی وقت، لگاتار 63 یا اس سے زائد دنوں کا کوئی ایسا دورانیہ ہو جس میں آپ حصہ D یا کوئی دوسری معتبر نسخہ جاتی دوا کی کوریج کے حامل نہ ہوں۔ معتبر نسخہ جاتی دوا کی کوریج وہ کوریج ہے جو Medicare کے کم سے کم معیار پر پورا اترتی ہے کیونکہ اس سے اوسطاً، کم از کم Medicare کی معیاری نسخہ جاتی دوا کی کوریج جتنی ادائیگی کی توقع کی جاتی ہے۔ تاخیر سے اندراج کے جرمانے کی لاگت اس بات پر منحصر ہوتی ہے کہ آپ نے حصہ D یا دیگر کسی معتبر نسخہ جاتی دوا کی کوریج کے بغیر کتنا عرصہ گزارا۔ آپ کو تب تک یہ جرمانہ ادا کرتے رہنا ہو گا جب تک کہ آپ کے پاس حصہ D کی کوریج موجود ہو۔

آپ کو اسے ادا **نہیں** کرنا ہو گا اگر:

- آپ اپنی نسخہ جاتی ادویات کی ادائیگی کے لیے Medicare سے "اضافی مدد (Extra Help)" موصول کرتے ہیں۔
- آپ نے معتبر کوریج کے بغیر لگاتار 63 دنوں سے کم عرصہ گزارا ہے۔
- آپ معتبر دوا کی کوریج کے کسی دوسرے ذریعے مثلاً ایک سابق آجر، یونین، TRICARE، یا صحت کی ایڈمنسٹریشن برائے امور سابق فوجی افراد (VA) کے حامل رہے ہیں۔ آپ کا انشورنس کنندہ یا آپ کا شعبہ انسانی وسائل ہر سال آپ کو بتائے گا کہ آیا آپ کی دوا کی کوریج معتبر کوریج ہے۔ یہ معلومات آپ کو خط میں ارسال کی جا سکتی ہے یا منصوبے کی طرف سے

نیوز لیٹر میں شامل کی جا سکتی ہے۔ یہ معلومات اپنے پاس رکھیں، کیونکہ اگر آپ بعد میں Medicare کے دوا کے منصوبے میں شامل ہوتے ہیں تو آپ کو اس کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

- **نوٹ کریں:** کسی بھی نوٹس میں یہ درج ہونا ضروری ہے کہ آپ کے پاس معتبر نسخہ جاتی دوا کی کوریج تھی جس سے Medicare کے معیاری نسخہ جاتی دوا کے منصوبے جتنی ادائیگی کرنے کی توقع ہے۔
- **نوٹ کریں:** مندرجہ ذیل معتبر نسخہ جاتی دوا کی کوریج □□□□ ہیں: نسخہ جاتی دوا کے رعایتی کارڈز، مفت کلینکس، اور دوا پر رعایت کی ویب سائٹس۔

جرمانے کی رقم کا تعین Medicare کرتا ہے۔ یہ ایسے کام کرتا ہے:

- پہلے، پورے مہینوں کی اُس تعداد کی گنتی کریں جس میں آپ نے اندراج کے اہل ہونے کے بعد Medicare میں اندراج کرنے میں تاخیر کی۔ یا اگر کوریج میں 63 دن یا اس سے زیادہ کا وقفہ تھا تو پورے مہینوں کی اُس تعداد کی گنتی کریں جس میں آپ کے پاس معتبر نسخہ جاتی دوا کی کوریج نہیں تھی۔ ہر اُس مہینے کا جرمانہ 1% ہے جس میں آپ کے پاس معتبر کوریج نہیں تھی۔ مثال کے طور پر، اگر آپ کوریج کے بغیر 14 ماہ گزارتے ہیں، تو جرمانہ 14% ہو گا۔
- پھر Medicare گزشتہ برس کے دوران ملک میں Medicare دوا کے منصوبوں کے اوسط ماہانہ مریمیم کی رقم کا تعین کرتا ہے۔ 2025 کے لیے، یہ اوسط پریمیم کی رقم [$34.70] ہے۔
- اپنے ماہانہ جرمانے کا حساب کرنے کے لیے، آپ جرمانے کی شرح فیصد اور اوسط ماہانہ پریمیم کو ضرب دیتے اور 10 سینٹس کے قریب ترین اسے مکمل ہندسہ بنا دیتے ہیں۔ یہاں دی گئی مثال میں، یہ 14% ضرب [$34.70] ہو گا، جو کہ [$4.85] بنتا ہے۔ یہ کُل ملا کر [$4.90] بن جاتا ہے۔ **یہ رقم حصہ D کے تاخیر سے اندراج کے جرمانے کے حامل کسی فرد کے ماہانہ پریمیم میں** شامل کر دی جائے گی۔

اس ماہانہ حصہ D کے تاخیر سے اندراج کے جرمانے کے متعلق نوٹ کرنے والی تین اہم چیزیں ہیں:

- پہلی، **جرمانہ ہر سال تبدیل ہو سکتا ہے،** کیونکہ اوسط ماہانہ پریمیم ہر سال تبدیل ہو سکتا ہے۔
- دوسری، جب تک آپ ایک ایسے منصوبے میں شامل ہیں جس میں Medicare حصہ D دوا کے وظائف ہیں تب تک آپ ہر ماہ **جرمانے کی ادائیگی جاری رکھیں گے،** خواہ آپ منصوبہ تبدیل ہی کیوں نہ کر لیں۔
- تیسرا، اگر آپ 65 سال سے کم عمر ہیں اور فی الحال Medicare وظائف موصول کر رہے ہیں، تو حصہ D تاخیر سے اندراج کا جرمانہ آپ کے 65 سال کے ہونے پر ری سیٹ ہو جائے گا۔ 65 برس کی عمر کے بعد، آپ کا حصہ D تاخیر سے اندراج کا جرمانہ صرف اُن مہینوں پر مبنی ہو گا جن میں آپ کے پاس Medicare کی عمر کو پہنچنے پر اپنے ابتدائی اندراج کے دورانیے کے بعد کوریج نہیں ہے۔

اگر آپ اپنے حصہ D کے تاخیر سے اندراج کے جرمانے سے غیر متفق ہیں، تو آپ یا آپ کا نمائندہ نظر ثانی کی درخواست کر سکتا ہے۔ عام طور پر، آپ کو اس نظرِ ثانی کی درخواست خود کو موصول ہونے والے اُس پہلے خط پر درج تاریخ کے بعد **60 دن کے اندر** کرنی ہو گی جس میں درج تھا کہ آپ کو تاخیر سے اندراج کا جرمانہ ادا کرنا ہو گا۔ تاہم، اگر آپ اس ہمارے منصوبے میں شامل ہونے سے قبل جرمانہ ادا کر رہے تھے، تو ہو سکتا ہے کہ آپ کے پاس اُس تاخیر سے اندراج کے جرمانے پر نظرِ ثانی کی درخواست کا دوسرا موقع نہ ہو۔

سیکشن 4.4 آمدنی سے متعلق ماہانہ ایڈجسٹمنٹ کی رقم

کچھ ممبران کو، حصہ D آمدنی سے متعلق ماہانہ ایڈجسٹمنٹ نامی ایک اضافی چارج کی ادائیگی کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے، جسے IRMAA بھی کہا جاتا ہے۔ اضافی چارج کا تعین آپ کے 2 برس قبل کے IRS ٹیکس ریٹرن پر رپورٹ کی گئی ترمیم شدہ ایڈجسٹ کردہ مجموعی آمدنی کا استعمال کر کے کیا جاتا ہے۔ اگر یہ رقم ایک مخصوص رقم سے زیادہ ہو، تو آپ معیاری پریمیم کی رقم اور اضافی IRMAA کی ادائیگی کریں گے۔ اپنی آمدنی کی بنیاد پر آپ کو جو اضافی رقم ادا کرنا پڑ سکتی ہے اس کے متعلق مزید معلومات کے لیے https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans ملاحظہ کریں۔

اگر آپ کو کوئی اضافی رقم ادا کرنے کی ضرورت ہو، تو سوشل سکیورٹی، نہ کہ آپ کا Medicare منصوبہ، آپ کو ایک خط ارسال کرے گا جو کہ آپ کو بتائے گا وہ اضافی رقم کتنی ہو گی۔ اضافی رقم، اس سے قطع نظر کہ آپ عام طور پر اپنے منصوبے کے پریمیم کی ادائیگی کیسے کرتے ہیں، آپ کے سوشل سکیورٹی، ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ، یا دفتر برائے عملے کا نظم کے وظیفے کے چیک سے روکی جائے گی، ماسوائے اس صورت کے کہ جب آپ کا ماہانہ وظیفہ واجب الادا اضافی رقم کی ادائیگی کے لیے ناکافی ہو۔ اگر آپ

کے وظیفے کا چیک اضافی رقم کو کوور کرنے کے لیے ناکافی ہے، تو آپ Medicare سے ایک بل حاصل کریں گے۔ **آپ کا اضافی رقم حکومت کو ادا کرنا لازمی ہے۔ اس کی ادائیگی آپ کے ماہانہ منصوبے کے پریمیم کے ساتھ نہیں کی جا سکتی۔ اگر آپ اضافی رقم ادا نہیں کرتے تو آپ کو منصوبے سے خارج کر دیا جائے گا اور آپ نسخہ جاتی دوا کی کوریج سے محروم ہو جائیں گے۔**

اگر آپ اضافی رقم کی ادائیگی سے غیر متفق ہیں، تو آپ سوشل سکیورٹی سے فیصلے پر نظر ثانی کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اس بارے میں مزید جاننے کے لیے کہ ایسا کیسے کرنا ہے، سوشل سکیورٹی سے 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) پر رابطہ کریں۔

سیکشن 5 آپ کے ماہانہ پریمیم کے متعلق مزید معلومات

سیکشن 5.1 کیا ہم سال کے دوران آپ کا ماہانہ منصوبے کا پریمیم تبدیل کر سکتے ہیں؟

نہیں۔ ہمیں سال کے دوران منصوبے کے ماہانہ منصوبے کے پریمیم کی وہ رقم تبدیل کرنے کی اجازت نہیں ہے جو ہم عائد کرتے ہیں۔ اگر اگلے سال کے لیے ماہانہ منصوبے کا پریمیم تبدیل ہوتا ہے تو ہم آپ کو ستمبر میں مطلع کریں گے اور تبدیلی 1 جنوری سے نافذ العمل ہو گی۔

تاہم، کچھ صورتوں میں، آپ واجب الادا ہونے کی صورت میں تاخیر سے اندراج کے جرمانے کی ادائیگی روکنے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ یا آپ کو تاخیر سے اندراج کرنے کے جرمانے کی ادائیگی شروع کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ تب ہو سکتا ہے اگر آپ "اضافی مدد (Extra Help)" پروگرام کے اہل ہو جاتے ہیں یا اگر آپ سال کے دوران "اضافی مدد (Extra Help)" پروگرام کے لیے اپنی اہلیت سے محروم ہو جاتے ہیں۔

- اگر آپ فی الحال حصہ D تاخیر سے اندراج کا جرمانہ ادا کر رہے ہیں اور سال کے دوران "اضافی مدد (Extra Help)" کے اہل ہو جاتے ہیں، تو آپ اپنے جرمانے کی ادائیگی روکنے کے قابل ہوں گے۔
- اگر آپ "اضافی مدد (Extra Help)" سے محروم ہو جاتے ہیں، تو حصہ D یا دیگر کسی معتبر نسخہ جاتی دوا کی کوریج کے بغیر لگاتار 63 یا اس سے زائد دن گزارنے پر آپ پر تاخیر سے اندراج کا جرمانہ ہو سکتا ہے۔

آپ باب 2، سیکشن 7 میں "اضافی مدد (Extra Help)" پروگرام کے متعلق مزید جان سکتے ہیں۔

سیکشن 6 اپنے منصوبے کی ممبرشپ کے ریکارڈ کو تازہ ترین رکھنا

آپ کے ممبرشپ ریکارڈ میں آپ کے اندراج کے فارم سے آپ کے پتے اور ٹیلی فون نمبر سمیت حاصل کی گئیں معلومات موجود ہیں۔ یہ آپ کے مخصوص منصوبے کی کوریج بشمول آپ کے بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ کو ظاہر کرتا ہے۔

منصوبے کے نیٹ ورک میں موجود ڈاکٹروں، ہسپتالوں، فارماسسٹس، اور دیگر فراہم کنندگان کے پاس آپ کے متعلق درست معلومات ہونا ضروری ہے۔ **یہ نیٹ ورک فراہم کنندگان آپ کے ممبرشپ ریکارڈ کو یہ جاننے کے لیے استعمال کرتے ہیں کہ کون سی سروسز اور ادویات کوور شدہ ہیں اور آپ کے لیے اخراجات کے اشتراک کی رقوم کیا ہیں۔** اس وجہ سے، یہ نہایت اہم ہے کہ آپ اپنی معلومات کو تازہ ترین رکھنے میں ہماری مدد کریں۔

ہمیں درج ذیل تبدیلیوں کے متعلق بتائیں:

- اپنے نام، اپنے پتے، یا اپنے فون نمبر میں تبدیلیاں
- آپ کو حاصل کسی دوسری صحت کی انشورنس کی کوریج میں تبدیلیاں (جیسا کہ آپ کے آجر کی جانب سے، آپ کے شوہر/بیوی یا گھریلو ساتھی کے آجر کی جانب سے، کارکنان کا زر تلافی، یا Medicaid)
- اگر آپ کسی واجب الادا رقم کے دعوے کے حامل ہیں، جیسا کہ کسی گاڑی کے حادثے کے حوالے سے دعوے
- اگر آپ کو کسی نرسنگ ہوم میں داخل کیا گیا ہے

- اگر آپ کسی بیرون ایریا یا بیرون نیٹ ورک ہسپتال یا ایمرجنسی روم میں نگہداشت حاصل کرتے ہیں
- اگر آپ کا مقررہ ذمہ دار فریق (جیسا کہ نگہداشت فراہم کنندہ) تبدیل ہوتا ہے
- اگر آپ کسی طبی تحقیقی مطالعے میں شرکت کر رہے ہیں (**نوٹ کریں:** آپ کو اُن طبی تحقیقاتی مطالعات کے متعلق اپنے منصوبے کو آگاہ کرنے کی ضرورت نہیں ہے جن میں آپ شرکت کا ارادہ رکھتے ہیں لیکن ہم ایسا کرنے کے لیے آپ کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں۔)

اگر ان معلومات میں سے کوئی بھی تبدیل ہوتی ہے، تو براہ کرم ممبر سروسز کو کال کر کے ہمیں مطلع کریں۔ ممبرز اپنا ڈاکٹر تبدیل کرنے، اپنی رابطے کی معلومات کو اپڈیٹ کرنے، نئے ID کارڈ کی درخواست دینے، خود کو درکار سروسز کے حوالے سے صحت کی یاد دہانیاں حاصل کرنے، یا اپنی سروس کی تاریخ دیکھنے کے لیے ایک آن لائن My Senior Whole Health اکاؤنٹ تخلیق کر سکتے ہیں۔ اپنا My Senior Whole Health اکاؤنٹ تخلیق کرنے یا اس تک رسائی حاصل کرنے کے لیے https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY ملاحظہ کریں۔

اگر آپ نقل مکانی کرتے ہیں یا اپنا ڈاک کا پتہ تبدیل کرتے ہیں تو تب بھی سوشل سکیورٹی سے رابطہ کرنا اہم ہوتا ہے۔ آپ سوشل سکیورٹی کے لیے فون نمبرز اور رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 5 میں تلاش کر سکتے ہیں۔

سیکشن 7 دوسری انشورنس ہمارے منصوبے کے ساتھ کیسے کام کرتی ہے

دیگر انشورنس

Medicare یہ تقاضہ کرتا ہے کہ ہم آپ سے آپ کو حاصل کسی بھی دیگر طبی یا دوا کی انشورنس کی کوریج کی معلومات جمع کریں۔ ایسا اس لیے کیونکہ ہمارا آپ کو حاصل کسی بھی دوسری کوریج کی اپنے منصوبے کے تحت وظائف کے ساتھ ربط سازی کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اسے **وظائف کا ربط** کہا جاتا ہے۔

ہر سال میں ایک مرتبہ، ہم آپ کو ایک خط ارسال کریں گے جس میں کسی بھی دوسری طبی یا دوا کی انشورنس کی کوریج درج ہو گی جس کا ہمیں علم ہو گا۔ براہ کرم ان معلومات کو غور سے پڑھیں۔ ہمارے منصوبے میں موجود رہنے کے لیے، آپ کو کچھ بھی کرنے کی ضرورت نہیں۔ اگر یہ معلومات درست نہیں ہیں، یا آپ کسی دوسری کوریج کے حامل ہیں جو کہ درج نہیں ہے، تو براہ کرم ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔ آپ کو اپنے منصوبے کے ممبر کا ID نمبر اپنے دیگر انشورنس فراہم کنندگان کو دینے کی ضرورت ہو سکتی ہے (جب آپ نے اُن کی شناخت کی تصدیق کر لی ہو اس کے بعد) تاکہ آپ کے بلوں کی ادائیگی درست طریقے سے اور بروقت ہو سکے۔

جب آپ کسی دوسری انشورنس کے حامل ہوتے ہیں (جیسے آجر کی گروپ صحت کی کوریج)، تو Medicare کی جانب سے اصول طے کیے گئے ہیں جو یہ تعین کرتے ہیں کہ آیا ہمارا منصوبہ پہلے ادائیگی کرے گا یا آپ کی دوسری انشورنس پہلے ادائیگی کرے گی۔ پہلے ادائیگی کرنے والی انشورنس کو بنیادی ادائیگی کنندہ کہا جاتا ہے اور وہ اپنی کوریج کی حدود تک ادائیگی کرتا ہے۔ بعد میں ادائیگی کرنے والا، جسے ثانوی ادائیگی کنندہ کہا جاتا ہے، صرف اس صورت میں ادائیگی کرے گا جب بنیادی کوریج کی جانب سے اخراجات کی کوریج باقی رہ گئی ہو۔ یہ ہو سکتا ہے کہ ثانوی ادائیگی کنندہ تمام غیر کوور شدہ رقم کی ادائیگی نہ کرے۔ اگر آپ کے پاس کوئی دوسری انشورنس ہے، تو اپنے ڈاکٹر، ہسپتال، اور فارمیسی کو بتائیں۔

آجر یا یونین گروپ کے صحت کے منصوبے کی کوریج پر ان اصولوں کا اطلاق ہوتا ہے:

- اگر آپ کے پاس ریٹائر فرد کی کوریج ہے، تو Medicare پہلے ادائیگی کرتا ہے۔
- اگر آپ کے گروپ کی صحت کے منصوبے کی کوریج آپ کی یا آپ کے کسی فرد خانہ کی موجودہ ملازمت پر مبنی ہے، تو پہلے ادائیگی کون کرے گا اس بات کا انحصار آپ کی عمر، آپ کے آجر کی جانب سے ملازمت پر مامور افراد کی تعداد، اور اس بات پر ہے کہ آیا آپ عمر، معذوری، یا گردوں کی آخری مرحلے کی بیماری (ESRD) پر مبنی Medicare کے حامل ہیں:
  - اگر آپ 65 سال سے کم عمر اور معذور ہیں اور آپ یا آپ کا کوئی فرد خانہ اب بھی کام کر رہا ہے، تو اگر آجر کے پاس 100 یا اس سے زائد ملازمین ہوں یا ایک متعدد آجر کے منصوبے میں کم از کم ایک آجر کے 100 سے زائد ملازمین ہوں تو آپ کا گروپ کی صحت کا منصوبہ پہلے ادائیگی کرے گا۔

- اگر آپ کی عمر 65 سال سے زیادہ ہے یا آپ کا شوہر/بیوی یا گھریلو پارٹنر ابھی بھی کام کر رہے ہیں، تو اگر آجر کے پاس 20 یا اس سے زائد ملازمین ہوں یا ایک متعدد آجر کے منصوبے میں کم از کم ایک آجر کے 20 سے زائد ملازمین ہوں تو آپ کا گروپ کی صحت کا منصوبہ پہلے ادائیگی کرے گا۔
- اگر آپ ESRD کی وجہ سے Medicare کے حامل ہیں، تو آپ کے Medicare کے لیے اہل ہونے کے بعد پہلے 30 ماہ کی ادائیگی پہلے آپ کا گروپ کی صحت کا منصوبہ کرے گا۔

کوریج کی یہ اقسام ہر قسم سے متعلقہ سروسز کے لیے عموماً پہلے ادائیگی کرتی ہیں:

- بلا قصور انشورنس (بشمول گاڑی کی انشورنس)
- ذمہ داری (بشمول گاڑی کی انشورنس)
- سیاہ پھیپھڑوں کے مرض کے وظائف
- کارکن کا معاوضہ

Medicaid اور TRICARE کبھی بھی Medicare کی کوور شدہ سروسز کے لیے پہلے ادائیگی نہیں کرتے۔ وہ صرف تب ادائیگی کرتے ہیں جب Medicare اور/یا آجر کے گروپ کے صحت کے منصوبوں نے ادائیگی کر دی ہو۔

باب 2:

□□□□□ □□□ □□□□□ □□□ □□□

سیکشن 1 Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے روابط (ہم سے کیسے رابطہ کریں، بشمول ممبر سروسز تک کیسے رسائی کریں)

ہمارے منصوبے کی ممبر سروسز سے کیسے رابطہ کریں

دعووں، بلنگ، یا ممبر کے کارڈ کے سوالات کے حوالے سے معاونت کے لیے، براہ کرم Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کی ممبر سروسز کو کال کریں یا خط لکھیں۔ ہمیں آپ کی مدد کر کے خوشی ہو گی۔

معلومات کے لیے رابطہ کریں – ممبر سروسز	طریقہ
(833) 671-0440 ان نمبرز پر کال مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے۔ ممبر سروسز کے پاس انگریزی نہ بولنے والوں کے لیے زبان کے ترجمے کی مفت سروسز بھی دستیاب ہیں۔	کال کریں
711 ان صرف ہیرا ہے تو اس نمبر کو ٹیلی فون اک خصوصی سائن و زبان درکار ہوتا ہے اس لیے ان کی سماعت کی دشواری ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہے۔ ان نمبرز پر کال مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے۔	TTY
(310) 507-6186	فیکس
Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201	خط لکھیں
SWHNY.com	ویب سائٹ

ہم سے کیسے رابطہ کریں جب آپ کوریج کے فیصلے یا اپنی طبی نگہداشت کے متعلق اپیل یا حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کے متعلق پوچھ رہے ہوں۔

کوریج کا فیصلہ وہ فیصلہ ہے جو ہم آپ کے وظائف اور کوریج یا اُس رقم کے متعلق کرتے ہیں جو ہم آپ کی طبی سروسز یا حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کے لیے ادا کریں گے۔ اپیل ہم سے اپنے کیے گئے کوریج کے فیصلے پر نظر ثانی کرنے اور اسے تبدیل کرنے کی درخواست کرنے کا ایک رسمی طریقہ ہے۔ اپنی طبی نگہداشت یا حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کے متعلق کوریج کے فیصلوں یا اپیلز کی درخواست کے حوالے سے مزید معلومات کے لیے، باب 8 (□□□ □□ □□ □□□□ □□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□ □□□□□) (□□ □□□□ □□□ □□ □□□□ □□) دیکھیں۔

معلومات کے لیے رابطہ کریں – لیصلہ کے جیروک لیے کے تشادگن یبط	طریقہ

طبی نگہداشت کے لیے کوریج کے فیصلے – رابطے کی معلومات	طریقہ
(833) 671-0440 ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے۔	کال کریں
711 اس نمبر کو ٹیلی فون کا خصوصی ساز و سامان درکار ہوتا ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہوتا ہے۔	TTY
ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے۔	
ایڈوانسڈ امیجنگ: (877) 731-7218؛ ٹرانسپلانٹس (877) 813-1206؛ Medical/بیرونی مریض روبہ جاتی صحت (844) 251-1450؛ اندرونی مریض (844) 834-2152؛ RX/Jcodes (866) 290-1309	فیکس
Senior Whole Health of New York Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802	خط لکھیں
SWHNY.com	ویب سائٹ

طبی نگہداشت کے لیے اپیلز - رابطے کی معلومات	طریقہ
(833) 671-0440 ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے۔	کال کریں
711 اس نمبر کو ٹیلی فون کا خصوصی ساز و سامان درکار ہوتا ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہوتا ہے۔ ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے۔	TTY
(562) 499-0610	فیکس
Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977	خط لکھیں

SWHNY.com	ویب سائٹ

طبی معاملات کی فیصلے کے لیے کوریج کے لیے ادویات کی نسخہ جاتی حصہ D کی – زبانی اپیلیں	طریقہ
(800) 665-3086 یہ نمبر زبانی کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے سے رات 8 بجے۔	کال کریں

طبی معاملات کی فیصلے کے لیے کوریج کے لیے ادویات کی نسخہ جاتی حصہ D کی – زبانی اپیلیں	طریقہ
711 اس نمبر کو ٹیلی فون کی خصوصی سازوسامان درکار ہوتا ہے اور یہ صرف ان ہوتا ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کے لیے دستیاب ہے لوگوں کے لیے۔ یہ نمبر زبانی کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے سے رات 8 بجے۔	TTY
(866) 290-1309	فیکس
Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047	خط لکھیں
SWHNY.com	ویب سائٹ

ہم سے کیسے رابطہ کریں جب آپ اپنی طبی نگہداشت یا حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کے متعلق شکایت کر رہے ہوں

آپ ہمارے متعلق یا ہمارے نیٹ ورک فراہم کنندگان یا فارمیسیوں میں سے کسی کے خلاف شکایت، بشمول اپنی نگہداشت کے معیار کے متعلق شکایت کر سکتے ہیں۔ اس قسم کی شکایت میں کوریج یا ادائیگی کے تنازعات شامل نہیں ہوتے۔ اپنی طبی نگہداشت کے حوالے سے شکایت کرنے کے متعلق مزید معلومات کے لیے، باب 8 *(□□□ □□ □□ □□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□ □□)* □□ □□□□□ □□ *(□□□□□ □□ □□□□□□ □□□□□□□ □□□□□□□ □□□□□□□ □□ □□□□□)* □□ □□□ □□□□ □□ *(□□ □□□□ □□□ □□)* دیکھیں۔

طبی شکایات کے متعلق حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کی – زبانی اپیلیں	طریقہ
(833) 671-0440 یہ نمبر زبانی کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے سے رات 8 بجے۔	کال کریں

طریقہ	طبی نگہداشت ای حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کے متعلق شکایتیں – ہمارے طبی معلومات کی
TTY	711 اس نمبر کو ٹیلی فون کے خصوصی سامان و سازو کے لیے استعمال کرنے والے صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہے۔ ان نمبروں پر کال مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے سے رات 8 بجے۔
فیکس	(562) 499-0610
خط لکھیں	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
MEDICARE ویب سائٹ	آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے متعلق کسی شکایت کو براہ راست Medicare کے پاس جمع کروا سکتے ہیں۔ Medicare کے پاس ایک آن لائن شکایت جمع کروانے کے لیے www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx پر جائیں۔

ہم سے طبی نگہداشت کے یا آپ کو موصول ہوئی دوا کے اخراجات کی ادائیگی کا کہنے کے لیے درخواست کہاں بھیجیں

اگر آپ کو کوئی بل موصول ہوا ہے یا آپ نے کسی سروسز کی ادائیگی کی ہے (جیسے فراہم کنندہ کا بل) جس کے متعلق آپ سمجھتے ہیں کہ اس کی ادائیگی ہمیں کرنی چاہیئے، تو آپ کو ہم سے باز ادائیگی یا فراہم کنندہ کا بل ادا کرنے کی درخواست کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ باب 6 (□□□□ □□ □□ □□ □□□□ □□□□□□□□ □□ □□□□ □□□ □□ □□□□ □□□ □□ □□ □□□□ □□□ □□□ □□□□□ □□□ □□ □□□□□□□ □□ □□□□□□ □□□ □□□ □□□□□ □□□ □□ □□□□□□□ □□ □□□□□□ □□□ □□□ □□) دیکھیں۔

براہ کرم نوٹ کریں: اگر آپ ہمیں ادائیگی کی درخواست ارسال کرتے ہیں اور ہم آپ کی درخواست کا کوئی حصہ رد کرتے ہیں، تو آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے باب 8 (□□□ □□ □□ □□□□ □□□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□□□ □□□□□□□ □□□□□□□ □□ □□□□□) (□□ □□□□ □□□ □□ □□□□□) دیکھیں۔

طریقہ	طبی نگہداشت کے لیے ادائیگی کی درخواستیں – ہمارے طبی معلومات کی
کال کریں	(833) 671-0440 ان نمبروں پر کال مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے سے رات 8 بجے۔
TTY	711 اس نمبر کو ٹیلی فون کے خصوصی سامان و سازو کے لیے استعمال کرنے والے صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہے۔ ان نمبروں پر کال مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے سے رات 8 بجے۔

(310) 507-6186	فیکس
Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802	خط لکھیں
SWHNY.com	ویب سائٹ

حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کے لیے ادائیگی کی درخواستیں – رابطے کی معلومات	**طریقہ**
(833) 671-0440 ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے۔	کال کریں
711	**TTY**
اس نمبر کو ٹیلی فون کی خصوصی سماعت و زبان کے لیے استعمال کرنے والے ہیں۔ اس نمبر کو صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہوتا ہے۔ ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ مقامی وقت کے مطابق، پیر - جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے۔	
(866) 290-1309	فیکس
Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047	خط لکھیں
SWHNY.com	ویب سائٹ

سیکشن 2 Medicare (وفاقی Medicare پروگرام سے براہ راست مدد اور معلومات کیسے حاصل کریں)

Medicare 65 برس یا اس سے زائد عمر کے افراد، 65 برس سے کم عمر کے کچھ معذور افراد، اور گردوں کی بیماری کے آخری مرحلے (گردوں کا مستقل طور پر ناکارہ ہونا جس کے لیے ڈایا لائسز یا گردوں کے ٹرانسپلانٹ کی ضرورت ہو) پر موجود افراد کے لیے وفاقی صحت کی انشورنس کا پروگرام ہے۔

Medicare کے لیے ذمہ دار وفاقی ایجنسی مراکز برائے Medicare و Medicaid کی سروسز ہے (جسے کبھی کبھار CMS بھی کہا جاتا ہے)۔ یہ ایجنسی Medicare Advantage کی تنظیموں بشمول ہمارے ساتھ معاہدے کرتی ہے۔

Medicare – Contact Information	Method

Medicare - Contact Information	Method
1-800-MEDICARE, or 1-800-633-4227 ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ ایک دن میں 24 گھنٹے، ہفتے میں 7 دن۔	کال کریں
1-877-486-2048 اس نمبر کو ٹیلی فون کی خصوصی سازو سامان درکار ہوتا ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہوتا ہے۔ ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔	TTY
www.Medicare.gov یہ Medicare کی آفیشل سرکاری ویب سائٹ ہے۔ یہ آپ کو Medicare اور موجودہ Medicare کے مسائل کے متعلق تازہ ترین معلومات فراہم کرتی ہے۔ اس میں ہسپتالوں، نرسنگ ہومز، طبیبوں، گھریلو صحت کی ایجنسیوں، اور ڈائیلائسز کے مراکز کے متعلق بھی معلومات موجود ہیں۔ اس میں وہ دستاویزات شامل ہیں جن کو آپ اپنے کمپیوٹر سے براہ راست پرنٹ کر سکتے ہیں۔ آپ اپنی رائے میں بھی Medicare کے اوطب تلاش کر سکتے ہیں۔ The Medicare website also has detailed information about your Medicare eligibility and enrollment options with the following tools: • **Medicare Eligibility Tool:** Medicare کی اہلیتی حیثیت کی معلومات فراہم کرتا ہے۔	ویب سائٹ

Medicare - Contact Information	Method
• **Medicare Plan Finder:** آپ کے ایریا میں دستیاب Medicare کی نسخہ جاتی دوا کے منصوبوں، Medicare صحت کے منصوبوں، اور Medigap (Medicare کی اضافی انشورنس) پالیسیوں کے متعلق شخصی بنائی گئیں معلومات فراہم کرتا ہے۔ These tools provide an *estimate* of what your out-of-pocket costs might be in different Medicare plans. You can also use the website to tell Medicare about any complaints you have about Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP): • Tell Medicare about your complaint: آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے متعلق کسی شکایت کو براہ راست Medicare کے پاس جمع کروا سکتے ہیں۔ To submit a complaint to Medicare, go to www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. آپ کی شکایات کو سنجیدگی سے Medicare لیتا ہے اور ان معلومات کو Medicare پروگرام کا معیار بہتر بنانے میں مدد کے لیے استعمال کرے گا۔ ریئنیس ای یریبیئال یمامق یک پآ وت ،ےہ یہن رٹوپپمک س اپ ےک پآ رگا یک پآ یمن رکنے مےہظحالم وک ٹئاس اس ےس اس ےتعامل ےک رٹوپپمک رٹنیس اپنے مک روا یہ ےتکس رک ال وک Medicare پآ ،ای یہ ےتکس وہ لباق ےک رکنے ددم رپ ٹئاس بیو ہو یہ ےہر رک ش الت تامولعم ایک پآ ہک یہ ےتکس اتب یہن ےگ۔ (You can call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.)	

State Health Insurance Assistance Program SECTION 3
(free help, information, and answers to your questions about Medicare)

ریاست کا بیمۂ صحت کا پروگرام (SHIP) ایک سرکاری پروگرام ہے جس کے تربیت یافتہ مشاورت کار ہر ریاست میں موجود ہیں۔ New York میں، SHIP کو صحت کی انشورنس کی معلومات، کاؤنسلنگ اور معاونت کا پروگرام (HIICAP) کہا جاتا ہے۔

صحت کی انشورنس کی معلومات، کاؤنسلنگ اور معاونت کا پروگرام (HIICAP) ایک آزاد (کسی انشورنس کمپنی یا صحت کے منصوبے سے غیر متصل) ریاستی پروگرام ہے جو Medicare کے حامل افراد کو مفت مقامی صحت کی انشورنس کی کاؤنسلنگ فراہم کرنے کے لیے وفاقی حکومت سے رقم حاصل کرتا ہے۔

صحت کی انشورنس کی معلومات، کاؤنسلنگ اور معاونت کے پروگرام (HIICAP) کے کاؤنسلرز اپنے Medicare کے حقوق سمجھنے میں آپ کی مدد کر سکتے ہیں، آپ کی طبی نگہداشت یا علاج کے متعلق شکایات کرنے میں آپ کی مدد کر سکتے ہیں، اور آپ کے Medicare بلز سے جڑے مسائل کو سلجھانے میں آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ صحت کی انشورنس کی معلومات، کاؤنسلنگ اور معاونت کے پروگرام (HIICAP) کے کاؤنسلرز Medicare کے سوالوں یا مسائل کے حوالے سے بھی آپ کی مدد کر سکتے ہیں اور آپ کے Medicare منصوبے کے انتخابات کو سمجھنے اور منصوبوں کی تبدیلی کے متعلق آپ کے سوالات کے جواب دینے میں بھی آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔

METHOD TO ACCESS SHIP and OTHER RESOURCES:
• Visit https://www.shiphelp.org (Click on SHIP LOCATOR in middle of page) ○ Select your **STATE** from the list. یہ آپ کو آپ کی ریاست کے مخصوص ذرائع اور فون نمبرز والے پیج پر لے کر جائے گا۔

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (New York's SHIP) – Contact Information	Method
(800) 701-0501	ٹیلی فون
New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251	خط
https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programhiicap	ویب سائٹ

سیکشن 4 معیار میں بہتری کی تنظیم

ہر ریاست میں Medicare بینیفیشریز کی خدمت کے لیے ایک متعین کردہ معیار میں بہتری کی تنظیم ہے۔ New York کے لیے، معیار میں بہتری کی تنظیم Livanta کہلاتی ہے۔

Livanta کے پاس ڈاکٹروں اور دیگر پیشہ ور نگہداشت صحت فراہم کنندگان کا ایک گروپ ہے جن کو Medicare کے حامل افراد کی نگہداشت کے معیار کا معائنہ کرنے اور اس کو بہتر بنانے میں مدد دینے کے لیے Medicare کی جانب سے ادائیگی کی جاتی ہے۔ Livanta ایک خود مختار تنظیم ہے۔ یہ ہمارے منصوبے سے متصل نہیں ہے۔

آپ کو ان میں سے کسی بھی صورت میں Livanta سے رابطہ کرنا چاہیئے:

- آپ کو خود کو موصول ہونے والی نگہداشت کے معیار کے متعلق کوئی شکایت ہے۔
- آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے ہسپتال میں قیام کی کوریج بہت جلد اختتام پذیر ہو رہی ہے۔
- آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی گھریلو نگہداشت صحت، مہارت یافتہ نرسنگ کے مرکز میں نگہداشت، یا جامع بیرونی مریض بحالی مرکز (CORF) کی سروسز کے لیے کوریج بہت جلد ختم ہو رہی ہے۔

Livanta (New York کی معیار میں بہتری کی تنظیم) - معلومات کے طبار	طریقہ
(866) 815-5440 پیر سے جمعہ مقامی وقت کے مطابق صبح 9:00 بجے تا شام 5:00 بجے؛ ہفتے کے اختتامی ایام اور چھٹیوں میں مقامی وقت کے مطابق صبح 11:00 بجے تا دوپہر 3:00 بجے۔	فون کال
711: اس نمبر کو ٹیلی فون کی خصوصی سماعت و گفتار کے لیے استعمال کریں جو سننے یا بولنے میں دشواری کے لیے ہے۔	TTY
Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701	خط
https://www.livantaqio.com/	ویب سائٹ

سیکشن 5 سوشل سکیورٹی

سوشل سکیورٹی Medicare کے لیے اہلیت کا تعین کرنے اور اندراج کے عمل کو سنبھالنے کے لیے ذمہ دار ہے۔ جو امریکی شہری اور قانونی طورپر رہائش پذیر شہری 65 سال سے اس سے زیادہ عمر کے ہوں، یا جن کو کوئی معذوری یا آخری مرحلے کی گردوں کی بیماری ہو اور وہ مخصوص شرائط پر پورا اترتے ہوں، تو وہ Medicare کے لیے اہل ہیں۔ اگر آپ پہلے ہی سوشل سکیورٹی کے چیکس حاصل کر رہے ہیں، تو Medicare میں اندراج خود کار طور پر ہو جاتا ہے۔ اگر آپ سوشل سکیورٹی کے چیکس حاصل نہیں کر رہے، تو آپ کو Medicare میں اندراج کروانا پڑے گا۔ Medicare کے لیے درخواست دینے کے لیے، آپ سوشل سکیورٹی کو کال کر سکتے ہیں یا اپنے مقامی سوشل سکیورٹی کے دفتر جا سکتے ہیں۔

سوشل سکیورٹی اس بات کا تعین کرنے کی بھی ذمہ دار ہے کہ کن افراد کو اپنی حصہ D کی دوا کی کوریج کے لیے اضافی رقم ادا کرنا ہو گی کیونکہ اُن کی آمدنی زیادہ ہے۔ اگر آپ نے سوشل سکیورٹی سے کوئی خط موصول کیا ہے جس میں آپ کو اضافی رقم ادا کرنے کا کہا گیا ہے اور آپ کے رقم کے حوالے سے سوالات ہیں یا کسی زندگی میں تبدیلی لانے والے واقعے کی وجہ سے آپ کی آمدنی میں کمی واقع ہوئی ہے، تو آپ سوشل سکیورٹی کو کال کر کے نظرِ ثانی کی درخواست کر سکتے ہیں۔

اگر آپ نقل مکانی کرتے ہیں یا اپنا ڈاک کا پتہ تبدیل کرتے ہیں، تو یہ ضروری ہے کہ آپ سوشل سکیورٹی سے رابطہ کر کے انہیں مطلع کریں۔

سوشل سکیورٹی – براہِ مہربانی معلومات	طریقہ
1-800-772-1213 ہفتے میں زبردن ان بدھ تک دستیاب ہے صبح 8:00 سے شام 7:00 بجے تک آپ سوشل سکیورٹی کے دفتر کو فون کر کے ملاقات کا وقت مقرر کرنے کا استعمال کر سکتے ہیں۔ 24 منٹ تک انتظار کرنے کے لیے فون کال کرنے کا حاصل کر سکتے ہیں۔	کال کریں
1-800-325-0778 ان افراد کے لیے ہے جو سماعت یا زبان کی خصوصی ٹیلی فون کی مدد کے لیے دستیاب ہے جو سننے یا بولنے میں دشواری کا شکار ہوں۔ ہفتے میں زبردن ان بدھ تک دستیاب ہے صبح 8:00 سے شام 7:00 بجے تک	TTY
www.ssa.gov	ویب سائٹ

سیکشن 6 Medicaid

Medicaid وفاقی اور ریاستی حکومت کا ایک مشترکہ پروگرام ہے جو محدود آمدنیوں اور وسائل کے حامل مخصوص افراد کی طبی اور طویل مدتی نگہداشت کے اخراجات کے حوالے سے مدد کرتا ہے۔ ہر ریاست طے کرتی ہے کہ آمدنی اور وسائل کے طور پر کیا شمار ہوتا ہے، کون اہل ہے، کن سروسز کو کوور کیا جاتا ہے، اور سروسز کے اخراجات کیا ہیں۔ ریاستیں یہ بھی طے کر سکتی ہیں کہ وہ اپنے پروگرام کو کس طرح چلائیں گی تاوقتیکہ وہ وفاقی ہدایات کی پیروی کرتی ہوں۔

علاوہ ازیں، Medicaid کے ذریعے ایسے پروگرامز کی پیشکش کی جاتی ہے جو Medicare کے حامل افراد کی اُن کے Medicare کے اخراجات، جیسے کہ Medicare پریمیمز کی ادائیگی میں مدد کرتے ہیں۔ یہ "Medicare Savings Programs" محدود آمدنی اور وسائل والے افراد کی ہر سال پیسوں کی بچت میں مدد کرتے ہیں:

- **مکمل وظیفہ دوہری اہلیت (FBDE):** کوئی شخص جو کہ Medicare کا حقدار ہو، QMB+ اور SLMB+ کے لیے آمدنی یا وسیلے کے معیار پر پورا نہ اترتا ہو، لیکن Medicaid کی پوری کوریج کے لیے یا تو مطلقاً یا طبی طور پر ضرورت مند ہونے، داخل شدہ افراد کے لیے آمدنی کے خصوصی درجوں، یا گھر یا کمیونٹی پر مبنی باز ناموں پر مبنی اختیاری کوریج کے گروپس کے تحت اہل ہو۔

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Medicare حصہ A اور حصہ B کے پریمیمز، اور دیگر اخراجات کے اشتراک (جیسے کٹوتیوں، مشترکہ انشورنس، اور مشترکہ ادائیگیوں) کی ادائیگی میں مدد کرتا ہے۔ یہ افراد Medicaid کے مکمل وظائف کے اہل بھی ہیں۔

اس منصوبے کا ممبر بننے کے لیے، آپ کا Medicare اور Medicaid دونوں میں اندراج ہونا چاہیئے اور آپ کو اندراج کے وقت منصوبے کی اہلیت کے تمام دیگر تقاضوں پر پورا اترنا چاہیئے۔

اگر آپ کے اُس معاونت کے متعلق سوالات ہیں جو آپ Medicaid سے حاصل کر رہے ہیں، تو New York Medicaid سے رابطہ کریں۔

New York State محکمہ صحت – طبی معلومات	**طریقہ**
(800) 505-5678 پیر تا جمعہ، صبح 8:30 بجے تا رات 8 بجے، ہفتہ صبح 10:00 تا شام 6:00 بجے۔	**کال کریں**
Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238	**ذاتی طور پر**
http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml	**ویب سائٹ**

Nassau کاؤنٹی کے اراکین مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

Nassau کاؤنٹی محکمہ برائے سماجی خدمات – طبی معلومات	**طریقہ**
(516) 227-7474	**کال کریں**
Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656	**ذاتی طور پر**
https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html	**ویب سائٹ**

Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond کاؤنٹی کے اراکین New York City کی انتظامیہ برائے انسانی وسائل/ محکمہ برائے سماجی خدمات سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

انتظامیہ برائے انسانی وسائل/محکمہ برائے سماجی خدمات	**طریقہ**
718-557-1399	**کال کریں**
https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page	**ویب سائٹ**

Orange کاؤنٹی کے اراکین مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات سے رابطہ کر سکتے ہیں

Orange کاؤنٹی محکمہ برائے سماجی خدمات	**طریقہ**
845-291-4000	**کال کریں**
Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678	**ذاتی طور پر**
https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services	**ویب سائٹ**

Rockland کاؤنٹی کے اراکین مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات سے رابطہ کر سکتے ہیں

زسورس ی جامس ےئارب ہمکحم اک ی ٹنؤاک Rockland	ہقی رط
845-364-3040	ی رک ل اک
Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970	ی ھکل طخ
http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/	ٹ ئ اس ب ی و

Westchester کاؤنٹی کے اراکین مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

تامولعم ی ک ےطبار - زسورس ی جامس ےئارب ہمکحم اک ی ٹنؤاک Westchester	ہقی رط
(914-995-3333)	ی رک ل اک
White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201	ی ھکل طخ
http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices	ٹ ئ اس ب ی و

محتسبِ اعلیٰ کا New York کا دفتر Medicaid میں اندراج شدہ افراد کی سروس یا بلنگ کے مسائل کے حوالے سے مدد کرتا ہے۔ وہ آپ کی ہمارے منصوبے کے حوالے سے شکایت یا اپیل فائل کرنے میں مدد کر سکتے ہیں۔

Office of the Ombudsman - Contact Information	Method
(888) 219-9818 Monday – Friday, 8:30 a.m. to 5:00 p.m.	ی رک ل اک
Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144	ی ھکل طخ
https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php	ٹ ئ اس ب ی و

محتسبِ اعلیٰ کا طویل مدتی نگہداشت کا پروگرام لوگوں کی نرسنگ ہومز کے متعلق معلومات جمع کرنے میں اور نرسنگ ہومز اور رہائشیوں یا اُن کے خاندانوں کے مابین مسائل کو حل کرنے میں مدد دیتا ہے۔

Long Term Care Ombudsman Program - Contact Information	Method
(855) 582-6769 Monday – Friday, 8:30 a.m. to 5:00 p.m.	ی رک ل اک
2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223	ی ھکل طخ
http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm	ٹ ئ اس ب ی و

SECTION 7 Information about programs to help people pay for their prescription drugs

The Medicare.gov website (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) provides information on how to lower your prescription drug costs. محدود آمدنیوں والے لوگوں کے لیے، معاونت کے دیگر پروگرامز بھی موجود ہیں، جن کی نیچے وضاحت کی گئی ہے۔

Medicare's "Extra Help" Program

چونکہ آپ Medicaid کے لیے اہل ہیں، لہٰذا آپ Medicare کی جانب سے اپنے نسخہ جاتی دوا کے منصوبے کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے "اضافی مدد (Extra Help)" حاصل کرنے کے اہل ہیں اور اسے حاصل کر رہے ہیں۔ You do not need to do anything further to get this "Extra Help."

If you have questions about "Extra Help," call:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048, 24 hours a day, 7 days a week;
- The Social Security Office at 1-800-772-1213, between 8 am and 7 pm, Monday through Friday. TTY users should call 1-800-325-0778; or
- Your State Medicaid Office (See Section 6 of this chapter for contact information).

اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کسی فارمیسی سے اپنا نسخہ حاصل کرتے وقت اخراجات کے اشتراک کی غلط رقم ادا کر رہے ہیں، تو ہمارے منصوبے کے پاس آپ کے لیے یا تو اپنے درست مشترکہ ادائیگی کے درجہ کا ثبوت حاصل کرنے کی درخواست کرنے، یا اگر آپ کے پاس پہلے سے ثبوت موجود ہے، تو اس ثبوت کو ہمیں فراہم کرنے کے لیے معاونت کی درخواست کرنے کا عمل موجود ہے۔

- The Best Available Evidence (BAE) located on the web at https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae. BAE کا استعمال ایک ممبر کی کم آمدن کی رعایت کے تعین کی خاطر کیا جاتا ہے۔ ہمارا ممبر سروسز کا شعبہ اور فارمیسی کا شعبہ اُن صورتوں کی نشان دہی کرتا ہے جہاں BAE پالیسی کا اطلاق ہوتا ہے۔ ممبرز اہلیت کو قائم کرنے کے لیے باب 2 میں درج فہرست ممبر سروسز کے پتے پر BAE کی دستاویزات ارسال کر سکتے ہیں۔ علاوہ ازیں اگر آپ کے سوالات ہوں تو آپ ممبر سروسز سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ Acceptable forms of evidence are:
  - SSA Award Letter
  - Notice of Award
  - Supplemental Security Income

جب ہم آپ کے مشترکہ ادائیگی کے درجے کو ظاہر کرنے والے ثبوت موصول کر لیں گے، تو ہم اپنا سسٹم اپڈیٹ کر دیں گے تاکہ جب آپ فارمیسی سے اگلی مرتبہ نسخے کے مطابق دوا حاصل کریں تو مشترکہ ادائیگی کی درست ادائیگی کر سکیں۔ اگر آپ اپنی مشترکہ ادائیگی کی زیادہ ادائیگی کر دیتے ہیں، تو ہم آپ کو رقم واپس کریں گے۔ ہم یا تو آپ کو آپ کی اضافی ادائیگی کی رقم کا چیک ارسال کریں گے یا مستقبل کی مشترکہ ادائیگیوں میں اس کا ازالہ کریں گے۔ اگر فارمیسی نے آپ سے کوئی مشترکہ ادائیگی حاصل نہیں کی اور آپ کی مشترکہ ادائیگی کو اپنے پاس آپ کے واجب الادا ادھار کے طور پر رکھے ہوئے ہے، تو ہم فارمیسی کو براہ راست ادائیگی کر سکتے ہیں۔ اگر ریاست نے آپ کی جانب سے ادائیگی کی ہے، تو ہم ریاست کو براہ راست ادائیگی کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے سوالات ہوں تو براہ کرم ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔

What if you have Extra Help and coverage from an AIDS Drug Assistance Program (ADAP)? (What is the AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

پروگرام برائے AIDS کی ادویات میں معاونت (ADAP) یہ یقینی بنانے میں مدد دیتا ہے کہ ADAP کے لیے اہل افراد جو کہ HIV/AIDS کے ساتھ زندگی گزار رہے ہیں، ان کے پاس زندگی بچانے والی HIV ادویات موجود ہیں۔ Medicare حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات جو ADAP کے فارمولوں کے مجموعے پر بھی موجود ہیں، New York State کے غیر انشورنس یافتہ نگہداشت کے پروگرام (ADAP) کے ذریعے نسخہ جاتی لاگت میں اشتراک کی مدد کے لیے اہل ہوتی ہیں۔

نوٹ کریں: اپنی ریاست میں ADAP کے اہل بننے کے لیے، افراد کو ریاست میں رہائش اور HIV اسٹیٹس، ریاست کی جانب سے بیان شدہ کے مطابق کم آمدن، اور غیر بیمہ یافتہ/کم بیمہ یافتہ کی حیثیت سمیت بعض معیارات پر پورا اترنا ہو گا۔ اگر آپ منصوبے تبدیل کرتے ہیں تو براہ کرم اپنے مقامی ADAP اندراج کے کارکن کو مطلع کریں تاکہ آپ معاونت وصول کرنا جاری رکھ سکیں۔ For information on eligibility criteria, covered drugs, or how to enroll in the program, please call the New York State Uninsured Care Program (ADAP) at (800) 542-2437 or (844) 682-4058.

How to contact the Railroad Retirement Board SECTION 8

ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ ایک آزاد وفاقی ایجنسی ہے جو ملک کے ریل روڈ کارکنان اور اُن کے خاندانوں کے لیے وظیفے کے جامع پروگرامز کا بندوبست کرتی ہے۔ اگر آپ اپنا Medicare ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ کے ذریعے حاصل کرتے ہیں، تو یہ اہم ہے کہ اگر آپ نقل مکانی کریں یا اپنا ڈاک کا پتہ تبدیل کریں تو اُن کو مطلع کریں۔ اگر آپ کے پاس ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ کی جانب سے آپ کو موصول ہونے والے وظائف کے حوالے سے سوالات ہیں، تو ایجنسی سے رابطہ کریں۔

Railroad Retirement Board - Contact Information	Method
1-877-772-5772 ان نمبر زر پر کال نہیں۔ 3:30 سے 9:00 بجے تک RRB کی ایجنٹ روا ،تعاون ،لگنم ،ریپ پآ وت ،ہیں بدابت "0" پآ رگا رک تاب سے سدنئامن 12:00 بجے سے 9:00 بجے وک ھدب روا ،کت سکتے ہیں۔ دن کت تامولعم مدش ڈراکیر روا نئال پلیہ RRB راک دوخ پآ وت ،ہیں بدابت "1" پآ رگا رک لصاح یرسائی راودن کے وٹیھچ روا مای اختتامی کے ہفتے کو ،بشمول ،وٹنھگ 24 کے سکتے ہیں۔	کال کریں
1-312-751-4701 کے وگول ان فرص ہی روا ہے اتوہ راکرد نامان و زاس یصوصخ اک نوف ٹیلی وک رب من اس ہے اتوہ انماس اک یراوشد میں دولبنے ای سننے ہی جنہی ہے بابستای لیے۔ Calls to this number are *not* free.	TTY
rrb.gov/	ویب سائٹ

سیکشن 9 کیا آپ کے پاس آجر کی جانب سے گروپ انشورنس یا دوسری کوئی صحت کی انشورنس ہے؟

اگر آپ (یا آپ کا شوہر/کی بیوی یا گھریلو پارٹنر) اپنے (یا آپ کے شوہر/کی بیوی یا گھریلو پارٹنر کے) آجر یا ریٹائر فرد کے گروپ سے اس منصوبے کے حصے کے طور پر وظائف حاصل کرتے ہیں، تو اگر آپ کے کوئی سوالات ہوں تو آپ آجر/یونین کے وظائف کے منتظم یا ممبر سروسز کو کال کر سکتے ہیں۔ آپ اپنے (یا اپنے شوہر/اپنی بیوی یا گھریلو پارٹنر کے) آجر یا ریٹائر فرد کے صحت کے وظائف، پریمیمز، یا اندراج کے دورانیے کے متعلق پوچھ سکتے ہیں۔ (ممبر سروسز کے فون نمبرز اس دستاویز کے پچھلے کور پر پرنٹ کیے گئے ہیں۔) آپ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE؛ (TTY: 1-877-486-2048) پر بھی اس منصوبے کے تحت اپنی Medicare کی کوریج سے متعلقہ سوالات کے ساتھ کال کر سکتے ہیں۔

اگر آپ کے پاس اپنے (یا اپنے شوہر/اپنی بیوی یا گھریلو پارٹنر کے) آجر یا ریٹائر فرد کی جانب سے کوئی دوسری نسخہ جاتی دوا کی کوریج ہے، تو براہ کرم **اس گروپ کے وظائف کے منتظم** سے رابطہ کریں۔ وظائف کا منتظم آپ کی اس بات کے تعین میں مدد کر سکتا ہے کہ آپ کی موجودہ نسخہ جاتی دوا کی کوریج ہمارے منصوبے کے ساتھ کیسے کام کرے گی۔

باب 3:

□□□ □□□ □□□□ □□ □□□□□□

□□□ □□ □□□□□ □□□ □□□□ □□□□

□□□□ □□□□□□□

سیکشن 1 ہمارے منصوبے کے ممبر کے طور پر اپنی طبی نگہداشت اور دیگر سروسز کو حاصل کرنے کے متعلق جاننے والی چیزیں

یہ باب اس چیز کی وضاحت کرے گا کہ آپ کو اپنی طبی نگہداشت اور دیگر سروسز کو کوور کرنے کے لیے منصوبے کے استعمال کے متعلق کیا جاننے کی ضرورت ہے۔ یہ اصطلاحات کی تعریف پیش کرتا ہے اور اُن اصولوں کی وضاحت کرتا ہے جن کی پیروی کرنے کی آپ کو طبی معالجوں، سروسز، ساز و سامان، نسخہ جاتی ادویات، اور منصوبے میں کوور شدہ دیگر طبی نگہداشت کو حاصل کرنے کے لیے ضروت ہے۔

اس متعلق تفصیلات کے لیے کہ کون سی طبی نگہداشت اور دیگر سروسز ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور کی گئی ہیں، اگلے باب، باب 4، میں موجود وظائف کا چارٹ استعمال کریں (□□□ □□□□□ □□ □□□□□ □□□ □□□□□ □□□ □□□□ □□)۔

سیکشن 1.1 نیٹ ورک فراہم کنندگان اور کوور شدہ سروسز کیا ہیں؟

- **فراہم کنندگان** ڈاکٹرز اور نگہداشت صحت کے دیگر پیشہ ور افراد ہیں جو طبی سروسز اور نگہداشت فراہم کرنے کے لیے ریاست کی جانب سے لائسنس یافتہ ہیں۔ فراہم کنندگان کی اصطلاح میں ہسپتال اور نگہداشت صحت کے دیگر مراکز بھی شامل ہیں۔
- **نیٹ ورک فراہم کنندگان** وہ ڈاکٹرز اور صحت کی نگہداشت کے دیگر پیشہ ور افراد، طبی گروپس، ہسپتال، اور دیگر نگہداشت صحت کے مراکز ہیں جن کا ہمارے ساتھ ہماری ادائیگی کو مکمل ادائیگی کے طور پر قبول کرنے کا معاہدہ ہے۔ ہم نے ان فراہم کنندگان کا اپنے منصوبے کے ممبرز کو کوور شدہ سروسز فراہم کرنے کے لیے بندوبست کیا ہے۔ ہمارے نیٹ ورک میں موجود فراہم کنندگان آپ کو دی جانے والی نگہداشت کا بل براہ راست ہمیں ارسال کرتے ہیں۔ جب آپ کسی نیٹ ورک فراہم کنندہ سے ملاقات کرتے ہیں، تو آپ کوور شدہ سروسز کے لیے کوئی ادائیگی نہیں کرتے۔
- **کوور شدہ سروسز** میں وہ تمام طبی نگہداشت، نگہداشت صحت کی سروسز، سپلائیز کا ساز و سامان، اور نسخہ جاتی ادویات شامل ہیں جو ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور شدہ ہیں۔ آپ کی طبی نگہداشت کے لیے کوور شدہ سروسز باب 4 میں وظائف کے چارٹ میں درج فہرست ہیں۔ نسخہ جاتی ادویات کے لیے آپ کی کوور شدہ سروسز کے متعلق باب 5 میں بات کی گئی ہے۔

سیکشن 1.2 اپنی طبی نگہداشت اور دیگر سروسز کو منصوبے کی جانب سے کوور کروانے کے بنیادی اصول

ایک Medicare اور Medicaid کے صحت کے منصوبے کے طور پر، Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کو Original Medicare کی جانب سے کوور کردہ تمام سروسز کو کوور کرنا ہو گا اور یہ Original Medicare کے تحت کوور کردہ سروسز کے علاوہ دیگر سروسز کی بھی پیشکش کر سکتا ہے۔

Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) عام طور پر تب تک آپ کی طبی نگہداشت کو کوور کرے گا جب تک کہ:

- **جو نگہداشت آپ موصول کر رہے ہیں وہ منصوبے کے طبی وظائف کے چارٹ میں شامل ہے** (یہ چارٹ اس دستاویز کے باب 4 میں ہے)۔
- **جو نگہداشت آپ موصول کرتے ہیں اسے طبی طور پر ضروری سمجھا جاتا ہے۔** طبی اعتبار سے ضروری کا مطلب ہے کہ آپ کے طبی مسئلے سے بچاؤ، اس کی تشخیص، یا علاج کے لیے سروسز، سپلائیز، ساز و سامان، یا ادویات درکار ہوں اور یہ طبی پریکٹس کے قبول کردہ معیارات پر پورا اترتے ہوں۔
- **آپ کا ایک نیٹ ورک کا بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (ایک PCP) ہے جو کہ آپ کو نگہداشت فراہم کر رہا اور اس کی نگرانی کر رہا ہے۔** ہمارے منصوبے کے ممبر کے طور پر، آپ کا ایک نیٹ ورک PCP کا انتخاب کرنا ضروری ہو گا (اس متعلق مزید معلومات کے لیے، اس باب میں سیکشن 2.1 دیکھیں)۔
- **آپ کا اپنی نگہداشت ایک نیٹ ورک فراہم کنندہ سے موصول کرنا ضروری ہے** (اس متعلق مزید معلومات کے لیے اس باب میں سیکشن 2 دیکھیں)۔ زیادہ تر کیسز میں، جو نگہداشت آپ بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ (ایسا فراہم کنندہ جو کہ ہمارے

منصوبے کے نیٹ ورک کا حصہ نہیں ہے) سے موصول کریں گے وہ کوور نہیں کی جائے گی۔ اس کا مطلب ہے کہ حاصل کی گئی سروسز کے لیے آپ کو فراہم کنندہ کو مکمل ادائیگی کرنا ہو گی۔ □□□ □□□□□□□□ □□ □□□:

- یہ منصوبہ اُس ہنگامی نگہداشت یا اُن فوری درکار سروسز کو کوور کرے گا جو کہ آپ ایک بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے حاصل کریں گے۔ اس متعلق مزید معلومات کے لیے، اور یہ دیکھنے کے لیے کہ ہنگامی یا فوری درکار سروسز کا کیا مطلب ہے، اس باب میں سیکشن 3 دیکھیں۔
- اگر آپ کو کسی ایسی طبی نگہداشت کی ضرورت ہے جس کے لیے Medicare یا Medicaid کو ہمارے منصوبے کی کوریج درکار ہو لیکن ہمارے نیٹ ورک میں ایسے کوئی ماہرین نہ ہوں جو یہ نگہداشت فراہم کرتے ہوں، تو آپ کسی بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے یہ نگہداشت اخراجات کے اُسی اشتراک پر حاصل کر سکتے ہیں جو آپ عام طور پر اندرون نیٹ ورک ادا کرتے ہیں۔ اس صورت میں پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے۔ براہ کرم معاونت کے لیے ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔ اس صورت میں، ہم ان سروسز کو آپ کے لیے بالکل مفت کوور کریں گے۔ بیرون نیٹ ورک ڈاکٹر سے ملنے کی منظوری حاصل کرنے کے متعلق مزید معلومات کے لیے، اس باب میں سیکشن 2.4 دیکھیں۔
- یہ منصوبہ گردے کے ڈایا لائسز کی اُن سروسز کو کوور کرتا ہے جو آپ منصوبے کے سروس ایریا سے عارضی طور پر باہر ہوتے ہوئے ایک Medicare کے تصدیق شدہ ڈایا لائسز کے مرکز سے حاصل کرتے ہیں یا جب اس سروس کے لیے آپ کا فراہم کنندہ عارضی طور پر غیر دستیاب یا ناقابلِ رسائی ہوتا ہے۔ ڈایا لائسز کے لیے اخراجات کے اشتراک کی جو ادائیگی آپ منصوبے کو کرتے ہیں وہ Original Medicare میں موجود اخراجات کے اشتراک سے کبھی تجاوز نہیں کر سکتی۔ اگر آپ منصوبے کے سروس ایریا سے باہر ہیں اور ایک ایسے فراہم کنندہ سے ڈایا لائسز حاصل کرتے ہیں جو کہ منصوبے کے نیٹ ورک سے باہر ہے، تو آپ کے اخراجات کا اشتراک اخراجات کے اُس اشتراک سے تجاوز نہیں کر سکتا جو آپ اندرون نیٹ ورک ادا کرتے ہیں۔ تاہم، اگر آپ کے ڈایا لائسز کا معمول کا اندرون نیٹ ورک فراہم کنندہ عارضی طور پر غیر دستیاب ہے اور آپ سروس ایریا کے اندر ایک بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے سروسز لینے کا انتخاب کرتے ہیں تو ڈایا لائسز کے لیے اخراجات کا اشتراک زیادہ ہو سکتا ہے۔

سیکشن 2 اپنی طبی نگہداشت اور دیگر سروسز کو حاصل کرنے کے لیے منصوبے کے نیٹ ورک میں موجود فراہم کنندگان استعمال کریں

سیکشن 2.1 نگہداشت کی فراہمی اور اس کی نگرانی کے لیے آپ کا ایک بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (PCP) کو منتخب کرنا ضروری ہے

PCP کیا ہے اور PCP آپ کے لیے کیا کرتا ہے؟

جب آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر بنتے ہیں، تو آپ کو ایک بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (PCP) کا انتخاب کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ آپ کا PCP ایک لائسنس یافتہ فراہم کنندہ ہوتا ہے جو ریاست کے تقاضوں کو پورا کرتا ہے اور آپ کو بنیادی طبی نگہداشت دینے کے لیے تربیت یافتہ ہوتا ہے۔

آپ کا PCP ایک New York State کا خاندانی طب، غیر جراحتی طب، طب پیری، طب بالغان یا خاندانی طبی معالج، یا ایک طبِ پیراں کا نرس پریکٹیشنر ہوتا ہے۔ آپ اپنی روز مرہ کی یا عام نگہداشت اپنے PCP سے حاصل کریں گے۔ آپ کا PCP اُن بقیہ کوور شدہ سروسز کو بھی مربوط کرے گا جو آپ منصوبے کے ممبر کے طور پر حاصل کرتے ہیں۔ اس میں ایکس ریز، لیبارٹری کے ٹیسٹس، تھیراپیز، ماہرین کی جانب سے نگہداشت، ہسپتالوں میں داخلے اور نگہداشت مابعد علاج شامل ہیں۔ آپ کی سروسز کے "ربط" میں دیگر منصوبے کے فراہم کنندگان سے آپ کی نگہداشت کے متعلق جاننا یا اس پر مشاورت کرنا بھی شامل ہے۔ کچھ صورتوں میں، آپ کے PCP کو ہم سے پیشگی اجازت (پیشگی منظوری) لینے کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ باب 4 میں موجود وظائف کا چارٹ یہ دکھاتا ہے کہ کن سروسز کو منصوبے سے پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے۔ آپ کا PCP ضروری اجازت لینے کے لیے Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) سے رابطہ کرے گا۔ چونکہ آپ کا PCP آپ کی طبی نگہداشت کو فراہم اور مربوط کرے گا، اس لیے آپ کو اپنے ماضی کے تمام طبی ریکارڈز اپنے PCP کے دفتر کو ارسال کر دینے چاہئیں۔

آپ اپنا PCP کیسے منتخب کرتے ہیں؟

جب آپ ہمارے منصوبے میں شامل ہوں گے تو آپ سے ایک PCP منتخب کرنے کا کہا جائے گا۔ جس PCP سے آپ ابھی ملتے ہیں، ہو سکتا ہے کہ وہ پہلے ہی Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) نیٹ ورک کا حصہ ہو۔ جب آپ ہمارے

منصوبے کے لیے درخواست دیں گے، تو ہم پتہ لگائیں گے کہ آیا آپ کا PCP ہمارے منصوبے کا حصہ ہے یا نہیں۔ اگر آپ کا ڈاکٹر Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کا حصہ نہیں ہے، تو آپ کو ہمارے نیٹ ورک میں سے ایک نیا منتخب کرنے اور ایک اپائنٹمنٹ طے کر کے اُس ڈاکٹر سے جلد از جلد ملنے کی ضرورت ہو گی۔

آپ سائن اپ کرتے وقت Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کی فراہم کنندہ اور فارمیسی کی ڈائریکٹری سے اپنا PCP منتخب کر سکتے ہیں۔ فراہم کنندگان کی حالیہ ترین فہرست کے لیے، ہماری ویب سائٹ پر فراہم کنندہ تلاش کریں کا سرچ ٹول استعمال کریں۔ آپ اس کتابچے کی پشت پر موجود ٹول فری نمبر پر ممبر سروسز سے بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کے ایریا میں

موجود PCPs کے ناموں کا جائزہ لیں گے، آپ جن دوسرے ڈاکٹروں سے ملتے ہیں ان کے متعلق پوچھیں گے اور یہ بھی پوچھیں گے کہ آپ کن ہسپتالوں میں جاتے ہیں۔ آپ سے PCP کا نام اپنی اندراج کی درخواست پر لکھنے کا کہا جائے گا۔ آپ اپنا PCP کسی بھی وقت تبدیل کر سکتے ہیں۔

اپنا PCP تبدیل کرنا

آپ کسی بھی وجہ سے، کسی بھی وقت اپنا PCP تبدیل کر سکتے ہیں۔ اس کے علاوہ، یہ ممکن ہے کہ آپ کا PCP ہمارے منصوبے کے فراہم کنندگان کے نیٹ ورک کو چھوڑ دے اور آپ کو ایک نیا PCP تلاش کرنا پڑے۔

اپنا PCP تبدیل کرنے کے لیے، ممبر سروسز کو کال کریں۔ جب آپ کال کریں، تو ہمیں یاد سے یہ بتائیں کہ آیا آپ کسی ماہرین سے مل رہے ہیں یا کوئی دوسری کوور شدہ سروسز حاصل کر رہے ہیں جن کے لیے آپ کے PCP کی اجازت درکار تھی (جیسا کہ آپ کی گھریلو صحت کی سروسز اور پائیدار طبی ساز و سامان)۔ ممبر سروسز اس بات کو یقینی بنانے میں مدد دیں گی کہ جب آپ اپنا PCP تبدیل کریں تو جو خصوصی نگہداشت اور دیگر سروسز آپ حاصل کرتے رہے ہیں اُنہیں جاری رکھ سکیں۔ وہ یہ یقینی بنانے کے لیے چیک کریں گے کہ جس PCP پر آپ منتقل ہونا چاہتے ہیں وہ نئے مریضوں کو قبول کر رہا ہے۔ ممبر سروسز آپ کے نئے PCP کا نام دکھانے کے لیے آپ کی ممبرشپ کا ریکارڈ تبدیل کریں گی۔ اپنے نئے PCP پر تبدیل ہونا آنے والے ماہ کے پہلے دن سے مؤثر ہو گا۔

وہ آپ کو ایک نیا ممبرشپ کارڈ بھی ارسال کریں گے جو کہ آپ کے نئے PCP کا نام اور فون نمبر ظاہر کرتا ہے۔

سیکشن 2.2 اپنے PCP کے حوالے کے بغیر آپ کن اقسام کی طبی نگہداشت اور دیگر سروسز حاصل کر سکتے ہیں؟

آپ نیچے درج سروسز اپنے PCP سے پیشگی منظوری حاصل کیے بغیر حاصل کر سکتے ہیں۔

- خواتین کی روزمرہ کی صحت کی نگہداشت، جس میں چھاتی کا معائنہ، اسکریننگ میموگرامز (چھاتی کے ایکس ریز)، پاپ ٹیسٹس، اور پیڑو کے ٹیسٹس شامل ہیں
- نزلہ زکام سے بچاؤ کے ٹیکے (یا ویکسینز)، COVID-19 کی ویکسینیشنز، ہیپاٹائٹس B کی ویکسینیشنز، اور نمونیا کی ویکسینیشنز
- نیٹ ورک کے فراہم کنندگان یا بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان کی طرف سے ہنگامی سروسز
- فوری درکار منصوبے کی کوور کردہ سروسز، جو کہ ایسی سروسز ہیں جن میں فوری طبی توجہ درکار ہوتی ہے مگر وہ ایمرجنسیز نہیں ہوتیں، بشرطیکہ آپ منصوبے کے سروس ایریا سے وقتی طور پر باہر ہوں، یا آپ کے وقت، جگہ، اور حالات کی وجہ سے کسی ایسے نیٹ ورک فراہم کنندگان سے اِس سروس کو حاصل کرنا نامعقول ہو کہ جن کے ساتھ منصوبے نے معاہدہ کر رکھا ہو۔ فوری درکار سروسز کی مثالوں میں ناگہانی طبی امراض اور چوٹیں، یا کسی موجودہ عارضے کا غیرمتوقع طور پر شدت اختیار کر جانا شامل ہے۔ تاہم، طبی طور پر ضروری معمول کے فراہم کنندہ کے دورے، جیسا کہ سالانہ چیک اپس، تب بھی فوری درکار نہیں سمجھے جاتے کہ اگر آپ منصوبے کے سروس ایریا سے باہر ہوں یا منصوبے کا نیٹ ورک وقتی طور پر غیردستیاب ہو۔
- گردے کے ڈایا لائسز کی سروسز جو آپ ایک Medicare کے تصدیق شدہ ڈایا لائسز کے مرکز سے تب حاصل کرتے ہیں جب آپ عارضی طور پر منصوبے کے سروس ایریا سے باہر ہوتے ہیں۔ اگر ممکن ہو، تو براہ کرم سروس ایریا چھوڑنے سے قبل ممبر سروسز کو کال کریں تاکہ ہم آپ کے دور ہونے کے دوران آپ کے بحالی کے ڈایا لائسز کی فراہمی کے انتظام میں مدد کر سکیں۔

سیکشن 2.3 ماہرین اور دیگر نیٹ ورک فراہم کنندگان سے کیسے نگہداشت حاصل کریں

ایک ماہر وہ ڈاکٹر ہوتا ہے جو کسی مخصوص بیماری یا جسم کے حصے کے لیے نگہداشت صحت کی سروسز فراہم کرتا ہے۔ ماہرین کئی اقسام کے ہوتے ہیں۔ یہاں چند مثالیں موجود ہیں:

- کینسر کے ماہرین کینسر کے مریضوں کی نگہداشت کرتے ہیں
- ماہرینِ امراضِ قلب دل کے امراض میں مبتلا مریضوں کی نگہداشت کرتے ہیں
- ماہر امراض ہڈی و جوڑ ہڈی، جوڑ، اور پٹھوں کی مخصوص بیماریوں والے مریضوں کی نگہداشت کرتے ہیں

آپ کا PCP سروسز کو مربوط کرنے، بشمول حسبِ موزونیت آپ کو ماہرین اور دیگر نیٹ ورک فراہم کنندگان کے پاس بھیجنے کا ذمہ دار ہے۔ نیٹ ورک ماہرین سے دفتر میں ملاقاتوں کے لیے پیشگی منظوری درکار نہیں ہے۔ اگر آپ کو کوئی ایسا طبی طریقہ کار یا سروس درکار ہے جس کے لیے منصوبے کی پیشگی اجازت درکار ہو، تو آپ کا PCP یا ماہر ہم سے رابطہ کر کے ضروری

پیشگی اجازت حاصل کرے گا۔ جن سروسز کو منصوبے کی پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے اُن کی نشاندہی اس دستاویز کے باب 4، سیکشن 2.1 میں کی گئی ہے۔ وہ سروسز جن کو منصوبے کی پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے، اُن کی مثالوں میں اختیاری (بغیر ہنگامی صورتحال کے) اندرونی مریض کی ہسپتال کی نگہداشت، ایک مہارت یافتہ نرسنگ کے مرکز میں داخلے، اور گھر پر نگہداشت صحت شامل ہیں۔

اگر آپ کو عام کاروباری اوقات کے بعد نگہداشت درکار ہو تو، براہ کرم اپنے PCP کو کال کریں۔ یہ معلومات آپ کے Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبرشپ ID کارڈ پر درج فہرست ہیں۔ اگر آپ کو لگتا ہے کہ یہ کوئی ہنگامی صورتحال ہے، تو فوری طبی امداد طلب کریں۔ مزید معلومات کے لیے، سیکشن 3، (کوور شدہ سروسز کیسے حاصل کریں جب آپ کو کوئی ہنگامی صورتحال درپیش ہو یا نگہداشت کی فوری ضرورت ہو) دیکھیں۔

اگر کوئی ماہر یا دوسرا کوئی نیٹ ورک فراہم کنندہ ہمارا منصوبہ چھوڑ دیتا ہے تو اُس صورت میں کیا ہوتا ہے؟

ہم سال کے دوران اُن ہسپتالوں، ڈاکٹروں، اور ماہرین (فراہم کنندگان) میں تبدیلیاں کر سکتے ہیں جو آپ کے منصوبے کا حصہ ہیں۔ اگر آپ کا ڈاکٹر یا ماہر آپ کا منصوبہ چھوڑ دیتا ہے تو آپ کے کچھ مخصوص حقوق اور حفاظتیں ہیں جن کا خلاصہ درج ذیل ہے:

- باوجودیکہ ہمارا فراہم کاران کا نیٹ ورک سال کے دوران تبدیل ہو سکتا ہے، ہمیں مستند ڈاکٹرز اور اسپیشلسٹس تک آپ کی رسائی کو کسی رکاوٹ کے بغیر فراہم کرتے رہنا ہو گا۔
- ہم آپ کو مطلع کریں گے کہ آپ کا فراہم کنندہ ہمارا منصوبہ چھوڑ رہا ہے تاکہ آپ کے پاس نئے فراہم کنندہ کو منتخب کرنے کے لیے وقت ہو۔
  - اگر آپ کا بنیادی نگہداشت یا رویہ جاتی صحت کا فراہم کنندہ ہمارا منصوبہ چھوڑ دیتا ہے، تو اگر آپ نے گزشتہ تین برس کے دوران اُس فراہم کنندہ سے ملاقات کی ہو گی تو ہم آپ کو مطلع کریں گے۔
  - اگر آپ کے دیگر فراہم کنندگان میں سے کوئی ہمارا منصوبہ چھوڑتا ہے، تو اگر آپ اُس فراہم کنندہ کے سپرد ہیں، فی الوقت اُن سے نگہداشت حاصل کر رہے ہیں، یا گزشتہ تین ماہ کے دوران اُن سے ملے ہیں تو ہم آپ کو مطلع کریں گے۔
- ہم آپ کی ایک نئے قابل اندرون نیٹ ورک فراہم کنندہ کے انتخاب میں مدد کریں گے جن تک آپ نگہداشت جاری رکھنے کے لیے رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔
- اگر آپ فی الحال اپنے موجودہ فراہم کنندہ کے ساتھ کسی طبی علاج یا تھیراپیز سے گزر رہے ہیں تو، آپ کے پاس اس بات کی درخواست کا حق ہے، اور ہم اسے یقینی بنانے کے لیے آپ کے ساتھ کام بھی کریں گے کہ، جو طبی طور پر ضروری علاج یا تھیراپیز آپ موصول کر رہے ہیں وہ جاری رہیں۔
- ہم آپ کو آپ کے لیے دستیاب اندراج کے مختلف دورانیوں اور اُن اختیارات کے متعلق معلومات فراہم کریں گے جو منصوبوں کی تبدیلی کے لیے آپ کے پاس ہو سکتے ہیں۔
- جب کوئی اندرون نیٹ ورک فراہم کنندہ یا وظیفہ غیر دستیاب ہو گا یا آپ کی طبی ضروریات کو مکمل کرنے کے لیے ناکافی ہو گا تو ہم کسی بھی طبی اعتبار سے ضروری کوور شدہ وظیفے کا اپنے فراہم کنندہ کے نیٹ ورک سے باہر لیکن اندرون نیٹ ورک اخراجات کے اشتراک کے مطابق انتظام کریں گے۔ پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
- اگر آپ کو علم ہوتا ہے کہ آپ کا ڈاکٹر یا ماہر آپ کا منصوبہ چھوڑ رہا ہے تو، براہ کرم ہم سے رابطہ کریں تاکہ ہم آپ کی نگہداشت کا نظم کرنے کے لیے ایک نئے فراہم کنندہ کی تلاش میں آپ کی معاونت کر سکیں۔
- اگر آپ کو لگتا ہے کہ ہم نے آپ کے گزشتہ فراہم کنندہ کی جگہ لینے کے لیے ایک قابل فراہم کنندہ فراہم نہیں کیا یا یہ کہ آپ کی نگہداشت کا موزوں طریقے سے نظم نہیں کیا جا رہا، تو آپ کے پاس حق ہے کہ آپ QIO کے پاس نگہداشت کے معیار کی شکایت فائل کریں، منصوبے کے پاس نگہداشت کے معیار کی شکایت کریں، یا دونوں کریں۔ براہ کرم باب 9 دیکھیں۔

سیکشن 2.4 بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان سے کیسے نگہداشت حاصل کریں

اگر آپ کو کسی ایسی خصوصی طبی نگہداشت کی ضرورت ہے جس کے لیے Medicare یا Medicaid کو ہمارے منصوبے کی کوریج درکار ہو لیکن ہمارے نیٹ ورک میں ایسے کوئی فراہم کنندگان نہ ہوں جو یہ نگہداشت فراہم کرتے ہوں، تو آپ کسی بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے یہ نگہداشت حاصل کر سکتے ہیں۔ اس میں اُس فراہم کنندہ کی سروسز شامل ہیں جو آپ کو درکار خصوصی سروس فراہم کرنے کے لیے منفرد طور پر اہل ہے، نیز وہ سروسز بھی جو کسی خصوصی مرکز یا مہارت کے مرکز میں فراہم کی جاتی ہیں (مثلاً ESRD سروسز)۔ کوئی اضافی وظیفے کی پابندیاں نہیں ہیں جن کا ہمارے نیٹ ورک یا سروس ایریا کے باہر اطلاق ہوتا ہو۔

یا تو آپ کو یا پھر آپ کے PCP کو بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان سے نگہداشت حاصل کرنے سے قبل ہمارے منصوبے سے پیشگی اجازت کے لیے لازمی رابطہ کرنا ہو گا۔ مدد کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔ اگر ہم آپ کو ایک بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے نگہداشت حاصل کرنے کی پیشگی اجازت دیتے ہیں، تو ہم ان سروسز کو ایسے کوور کریں گے گویا آپ نے نگہداشت کسی نیٹ ورک فراہم کنندہ سے حاصل کی ہو۔

یہ بہت اہم ہے کہ آپ کسی بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے ملنے سے قبل ہمارے منصوبے سے پیشگی اجازت حاصل کریں۔ اگر آپ کے پاس منصوبے کی منظوری نہیں ہے، تو ممکن ہے کہ ہمارا منصوبہ ان سروسز کو کوور نہ کرتا ہو۔ اگر فراہم کنندہ چاہتا ہے کہ آپ مزید نگہداشت کے لیے واپس آئیں، تو پہلے اس بات کو یقینی بنانے کے لیے یہ دیکھیں کہ ہمارے منصوبے کی جانب سے دی گئی منظوری بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے ایک سے زائد ملاقاتوں کو کوور کرتی ہے۔

نوٹ کریں: ممبرز ہنگامی صورتوں اور فوری طور پر درکار سروسز کے لیے بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان سے سروسز وصول کرنے کے حقدار ہیں۔ اس کے علاوہ، منصوبوں کا ESRD کے اُن مندرج افراد کے لیے ڈایا لائسز کی سروسز کو کوور کرنا لازمی ہے جنہوں نے منصوبے کے سروس ایریا کے باہر سفر کیا ہے اور معاہدہ یافتہ ESRD فراہم کنندگان تک رسائی سے قاصر رہے ہیں۔

سیکشن 3 کسی ہنگامی صورتحال یا نگہداشت کی فوری ضرورت کے وقت یا کسی آفت کے دوران سروسز کیسے حاصل کریں

سیکشن 3.1 اگر آپ کو کوئی طبی ہنگامی صورتحال درپیش ہو تو نگہداشت حاصل کرنا

طبی ہنگامی صورحال کیا ہے اور اگر یہ آپ کو درپیش ہو تو آپ کو کیا کرنا چاہیئے؟

ایک **طبی ہنگامی صورتحال** تب ہوتی ہے جب آپ کو، یا صحت اور طب کا اوسط علم رکھنے والے کسی عام ہوشیار فرد کو اس بات کا یقین ہو کہ آپ کو لاحق طبی علامات کو فوری طبی توجہ کی ضرورت ہے تاکہ آپ کی زندگی کے خاتمے (اور، اگر آپ ایک حاملہ عورت ہیں، تو نامولود بچے کے ضائع ہونے)، کسی عضو یا عضو کے کام کرنے کی صلاحیت کے ضائع ہونے، یا کسی جسمانی کام کرنے کی صلاحیت کے ضائع ہونے یا اس کو شدید نوعیت کا عذر پہنچنے کو روکا جا سکے۔ طبی علامات میں کوئی بیماری، چوٹ، شدید تکلیف، یا کوئی ایسی طبی کیفیت ہو سکتی ہے جو تیزی سے مزید بگڑتی جا رہی ہو۔

اگر آپ کو کوئی طبی ہنگامی صورتحال درپیش ہو تو:

- **جتنا جلدی ممکن ہو مدد حاصل کریں۔** مدد کے لیے 911 پر کال کریں یا قریب ترین ایمرجنسی روم یا ہسپتال جائیں۔ اگر ضرورت ہو تو ایمبولینس کے لیے کال کریں۔ آپ کو اپنے PCP سے پہلے منظوری یا حوالہ لینے کی ضرورت □□□□ ہے۔ آپ کو نیٹ ورک کا ڈاکٹر استعمال کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ یہ ممکن ہے کہ آپ کو جب بھی، United States یا اس کے علاقوں میں کہیں بھی، کوور شدہ ہنگامی طبی نگہداشت کی ضرورت ہو تو آپ اسے حاصل کریں اور ایسے فراہم کنندہ سے حاصل کریں جو ریاست کے موزوں لائسنس کا حامل ہو خواہ وہ ہمارے نیٹ ورک کا حصہ نہ ہوں۔
- **جتنا جلدی ممکن ہو، اس بات کو یقینی بنائیں کہ ہمارے منصوبے کو آپ کی ہنگامی صورتحال کے متعلق بتا دیا گیا ہے۔** ہمیں آپ کی طبی نگہداشت پر فالو اپ کی ضرورت ہے۔ آپ کو یا کسی اور کو ہمیں کال کر کے آپ کی ہنگامی نگہداشت کے متعلق، عام طور پر 48 گھنٹوں کے اندر بتانا چاہیئے۔ براہ کرم اپنے منصوبے کی ممبرشپ کے کارڈ کی پشت پر لکھے نمبر پر ممبر سروسز کو کال کریں۔

اگر آپ کو کوئی طبی ہنگامی صورتحال درپیش ہوتی ہے تو کیا کوور کیا جاتا ہے؟

ہمارا منصوبہ اُن صورتوں میں ایمبولینس کی سروسز کو کوور کرتا ہے جب کسی اور طریقے سے ایمرجنسی روم میں جانا آپ کی صحت کو خطرے میں ڈال سکتا ہے۔ ہم ہنگامی صورتحال کے دوران بھی طبی سروسز کو کوور کرتے ہیں۔

جو ڈاکٹرز آپ کو ہنگامی نگہداشت فراہم کر رہے ہیں وہ یہ طے کریں گے کہ آپ کی کیفیت کب سنبھلے گی اور طبی ہنگامی صورتحال کب ختم ہو گی۔

ہنگامی صورتحال کے اختتام کے بعد، آپ فالو اپ نگہداشت کے حقدار ہیں تاکہ یقینی بنایا جا سکے کہ آپ کی کیفیت میں بہتری آنا جاری رہے۔ آپ کے ڈاکٹرز آپ کا علاج جاری رکھیں گے جب تک کہ آپ کے ڈاکٹرز ہم سے رابطہ اور اضافی نگہداشت کے لیے منصوبہ بندی نہیں کرتے۔ آپ کی فالو اپ نگہداشت ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور شدہ ہو گی۔ اگر آپ کی ہنگامی نگہداشت بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان کی جانب سے فراہم کی گئی ہے، تو جوں ہی آپ کی طبی کیفیت اور حالات اجازت دیں گے، ہم نیٹ ورک فراہم کنندگان کی جانب سے آپ کی نگہداشت کا ذمہ اٹھانے کا انتظام کرنے کی کوشش کریں گے۔

اگر یہ طبی ہنگامی صورتحال نہیں تھی تو اُس صورت میں کیا ہوتا ہے؟

کبھی کبھار یہ جاننا مشکل ہو سکتا ہے کہ آیا آپ کو کوئی طبی ہنگامی صورتحال درپیش ہے۔ مثال کے طور پر، آپ ہنگامی نگہداشت میں - یہ سوچتے ہوئے جا سکتے ہیں کہ آپ کی صحت کو سنگین خطرہ لاحق ہے - اور ڈاکٹر یہ کہہ سکتا ہے کہ یہ دراصل کوئی طبی ہنگامی صورتحال نہیں تھی۔ اگر یہ پتہ چلتا ہے کہ یہ کوئی ہنگامی صورتحال نہیں تھی، تو اگر آپ معقول طور پر یہ سوچ رہے تھے کہ آپ کی صحت کسی شدید خطرے میں ہے، تو ہم آپ کی نگہداشت کو کوور کریں گے۔

تاہم، ڈاکٹر کے یہ کہہ دینے کے بعد کہ یہ کوئی ہنگامی صورتحال □□□□ تھی، ہم اضافی نگہداشت کو صرف اُس صورت میں کوور کریں گے جب آپ اضافی نگہداشت کو مندرجہ ذیل دو میں سے کسی ایک طریقے سے حاصل کرتے ہیں:

- آپ اضافی نگہداشت حاصل کرنے کے لیے کسی نیٹ ورک فراہم کنندہ کے پاس جاتے ہیں۔
- – □□ – جو اضافی نگہداشت آپ کو حاصل ہوتی ہے اسے فوری طور پر درکار سروسز سمجھا جاتا ہے اور آپ اس فوری نگہداشت کو حاصل کرنے کے لیے اصولوں کی پیروی کرتے ہیں (اس متعلق مزید معلومات کے لیے، ذیل میں سیکشن 3.2 دیکھیں)۔

سیکشن 3.2 اس وقت نگہداشت حاصل کرنا جب آپ کو سروسز کی فوری ضرورت ہو

فوری طور پر درکار سروسز کیا ہیں؟

منصوبے کی کوور کردہ کوئی سروس جس میں فوری طبی توجہ درکار ہو مگر وہ ایمرجنسی نہ ہو ایک فوری درکار سروس تب ہوتی ہے کہ اگر یا تو آپ منصوبے کے سروس ایریا سے وقتی طور پر باہر ہوں، یا آپ کے وقت، جگہ، اور حالات کے سبب ایسے نیٹ ورک فراہم کنندگان سے اس سروس کا حصول نامعقول ہو کہ جن کے ساتھ آپ کے منصوبے نے معاہدہ کر رکھا ہو۔ فوری درکار سروسز کی مثالوں میں ناگہانی طبی امراض اور چوٹیں، یا کسی موجودہ عارضے کا غیرمتوقع طور پر شدت اختیار کر جانا شامل ہے۔ تاہم، طبی طور پر ضروری معمول کے فراہم کنندہ کے دورے، جیسا کہ سالانہ چیک اپس، تب بھی فوری درکار نہیں سمجھے جاتے کہ اگر آپ منصوبے کے سروس ایریا سے باہر ہوں یا منصوبے کا نیٹ ورک وقتی طور پر غیردستیاب ہو۔

جب نیٹ ورک فراہم کنندگان عارضی طور پر غیر دستیاب یا ناقابلِ رسائی ہوں، تو فوری نگہداشت تک کسی بھی دستیاب فوری نگہداشت کے مرکز سے رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔ آپ (877) 353-0185 پر نرس کے مشورے کی لائن کو بھی کال کر سکتے ہیں۔ TTY صارفین کو چاہیئے کہ 711 پر کال کری۔

ں

ہمارا منصوبہ ریاست ہائے متحدہ سے باہر دنیا بھر میں ہنگامی نگہداشت کی سروسز کو مندرجہ ذیل حالات میں کوور کرتا ہے:

- آپ کو ہر تقویمی سال میں ہنگامی نگہداشت، اور بحالی کے بعد کی نگہداشت کی مد میں دنیا بھر میں $10,000 کی ہنگامی کوریج کی حد حاصل ہے۔
- یہ وظیفہ اُن سروسز تک محدود ہے جنہیں نگہداشت کی U.S. میں فراہمی کی صورت میں ہنگامی نگہداشت قرار دیا جاتا۔
- اگر آپ U.S. کے باہر ہنگامی نگہداشت موصول کرتے ہیں اور آپ کی ہنگامی حالت کے سنبھلنے کے بعد آپ کو اندرونی مریض کی نگہداشت درکار ہوتی ہے، تو آپ کو ایک نیٹ ورک ہسپتال میں واپس جانا ہو گا تاکہ آپ کی نگہداشت کو کوور کرنا جاری رکھا جا سکے یا پھر آپ کو اپنی اندرونی مریض نگہداشت ایک منصوبے سے منظور شدہ بیرون نیٹ ورک ہسپتال سے حاصل کرنی ہو گی۔ آپ کے اخراجات وہ مشترکہ اخراجات ہیں جو آپ ایک نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کریں گے۔ منصوبے کی زائد حد کا اطلاق ہوتا ہے۔
- آپ کو براہ راست سروسز کی ادائیگی کرنے اور باز نامے کا دعویٰ دائر کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
- غیر ملکی ٹیکسز اور فیسز (بشمول مگر بلا تحدید، کرنسی کی تبدیلی یا ٹرانزیکشن کی فیسز) کوور نہیں کی جاتیں۔ کسی دوسرے ملک سے واپس U.S. تک سفر کو کوور نہیں کیا جاتا۔
- روز مرہ کی نگہداشت اور پہلے سے طے شدہ یا اختیاری طریقہ ہائے کار کوور نہیں کیے جاتے۔

اگر آپ کے اس متعلق سوالات ہیں کہ ہم کسی سروسز کی ادائیگی کریں گے یا نہیں، تو آپ کے پاس یہ حق ہے کہ آپ ان کو حاصل کرنے سے قبل ہم سے یہ پوچھیں کہ آیا ہم انہیں کوور کریں گے۔ آپ کو تحریری طور پر بھی یہ پوچھنے کا حق ہے۔ اگر ہم کہتے ہیں کہ ہم اس سروس (سروسز) کو کوور نہیں کریں گے، تو آپ کے پاس ہمارے آپ کی نگہداشت کو کوور یا اس کی باز ادائیگی نہ کرنے کے فیصلے کے خلاف اپیل کرنے کا حق ہے۔

سیکشن 3.3 کسی آفت کے دوران نگہداشت حاصل کرنا

اگر آپ کی ریاست کا گورنر، U.S. سیکریٹری برائے صحت اور انسانی خدمات، یا ریاست ہائے متحدہ کا صدر آپ کے جغرافیائی ایریا میں ہنگامی یا آفت کی صورتحال کا اعلان کر دیتا ہے، تو آپ تب بھی اپنے منصوبے سے نگہداشت حاصل کرنے کے حقدار ہوتے ہیں۔

براہ کرم درج ذیل ویب سائٹ: SWHNY.com اس متعلق معلومات کے لیے ملاحظہ کریں کہ کسی آفت کے دوران درکار نگہداشت کو کیسے حاصل کیا جائے۔

اگر آپ کسی آفت کے دوران نیٹ ورک فراہم کنندہ کا استعمال نہیں کر سکتے، تو آپ کا منصوبہ آپ کو اندرون نیٹ ورک اخراجات کے اشتراک پر بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان سے نگہداشت حاصل کرنے کی اجازت دے گا۔ اگر آپ کسی آفت کے دوران کسی نیٹ ورک فارمیسی کا استعمال نہیں کر سکتے تو، آپ کسی بیرون نیٹ ورک فارمیسی سے اپنی نسخہ جاتی ادویات حاصل کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے براہ کرم باب 5، سیکشن 2.5 دیکھیں۔

سیکشن 4 اگر آپ کو آپ کی سروسز کے مکمل اخراجات کا براہ راست بل بھیج دیا جائے تو کیا ہو گا؟

سیکشن 4.1 آپ ہم سے کوور شدہ سروسز کی ادائیگی کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں

اگر آپ نے اپنی کوور شدہ سروسز کے لیے ادائیگی کی ہے، یا آپ کو کوور شدہ طبی سروسز کے لیے کوئی بل موصول ہوا ہے، تو باب 6 (□□ □□ □□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□ □□□□ □□□□ □□□ □□□ □□□□□ □□ □□□□□□□ □□ □□ □□ □□ □□ □□□□□□□□ □□ □□ □□□□□□□□ □□□□) پر جا کر اس متعلق معلومات حاصل کریں کہ کیا کرنا چاہیئے۔

سیکشن 4.2 اُس صورت میں آپ کو کیا کرنا چاہیئے اگر سروسز کو ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور نہیں کیا جاتا؟

Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) طبی اعتبار سے ضروری اُن تمام سروسز کو کوور کرتا ہے جو کہ اس دستاویز کے باب 4 میں طبی وظائف کے چارٹ میں درج فہرست ہیں۔ اگر آپ ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور نہ کی جانے والی سروسز موصول کرتے ہیں یا کوئی بیرون نیٹ ورک سروسز موصول کرتے ہیں جن کی اجازت نہیں دی گئی تھی، تو آپ سروسز کے مکمل اخراجات ادا کرنے کے ذمہ دار ہوں گے۔

ان کوور شدہ سروسز کے لیے جن پر وظیفے کی حد ہے، آپ ایسی کسی بھی سروسز کے لیے مکمل ادائیگی کریں گے جو آپ اُس قسم کی کوور شدہ سروس کے لیے اپنا وظیفہ مکمل استعمال کر لینے کے بعد حاصل کریں گے۔ اگر آپ اخراجات کے لیے تب ادائیگی کرتے ہیں جب وظیفے کی حد پوری ہو جائے، تو ان اخراجات کا براہ راست زیادہ سے زیادہ ادائیگی کی مد میں حساب نہیں کیا جائے گا۔

سیکشن 5 جب آپ کسی طبی تحقیقی مطالعے میں شامل ہوتے ہیں تو آپ کی طبی سروسز کو کیسے کوور کیا جاتا ہے؟

سیکشن 5.1 طبی تحقیقاتی مطالعہ کیا ہوتا ہے؟

ایک طبی تحقیقی مطالعہ (جسے □□□ □□□□□ بھی کہا جاتا ہے) ایک طریقہ ہے جس کے ذریعے ڈاکٹر اور سائنس دان نئی اقسام کی طبی نگہداشت کو ٹیسٹ کرتے ہیں، مثلاً کینسر کی ایک نئی دوا کتنے مؤثر طریقے سے کام کرتی ہے۔ چند مخصوص طبی تحقیقاتی مطالعے Medicare کی جانب سے منظور کیے گئے ہیں۔ Medicare کی جانب سے منظور شدہ طبی تحقیقاتی مطالعے عام طور پر رضا کاروں سے مطالعے میں شامل ہونے کی درخواست کرتے ہیں۔

جب Medicare مطالعے کو منظور کر لے گا، اور آپ دلچسپی ظاہر کریں گے، تو مطالعے پر کام کرنے والا کوئی فرد آپ سے رابطہ کرے گا تاکہ مطالعے کے متعلق آپ کو مزید وضاحت دے سکے اور دیکھ سکے کہ آیا آپ اُن تقاضوں پر پورا اترتے ہیں جو اس مطالعے کو چلانے والے سائنس دانوں نے طے کیے ہیں۔ آپ تب تک مطالعے میں شامل ہو سکتے ہیں جب تک کہ آپ مطالعے کے تقاضوں پر پورا اترتے ہوں اور آپ اس بات کو اچھی طرح سمجھتے □□□ قبول کرتے ہوں کہ اگر آپ مطالعے میں حصہ لیتے ہیں تو اس میں کیا کچھ شامل ہو گا۔

اگر آپ ایک Medicare کے منظور شدہ مطالعے میں حصہ لیتے ہیں، تو Original Medicare کوور شدہ سروسز کے اُن زیادہ تر اخراجات کی ادائیگی کرتا ہے جو آپ مطالعے کے حصے کے طور پر وصول کرتے ہیں۔ اگر آپ ہمیں بتاتے ہیں کہ آپ ایک اہل طبی ٹرائل میں ہیں، تو پھر آپ اس ٹرائل میں سروسز کے صرف اندرون نیٹ ورک اخراجات کے اشتراک کے ذمہ دار ہیں۔ اگر آپ نے زیادہ ادائیگی کی ہے، مثلاً، اگر آپ نے پہلے ہی Original Medicare کی اخراجات کے اشتراک کی رقم ادا کر دی ہے، تو ہم آپ کو اندرون نیٹ ورک اخراجات کے اشتراک اور آپ کی جانب سے کی گئی ادائیگی کے مابین فرق کی باز ادائیگی کریں گے۔ تاہم، آپ کو ہمیں یہ دکھانے کے لیے دستاویزات فراہم کرنے کی ضرورت ہو گی کہ آپ نے کتنی ادائیگی کی ہے۔ جب آپ کسی طبی تحقیقی مطالعے میں ہوں، تو آپ ہمارے منصوبے میں شامل رہ سکتے ہیں اور ہمارے منصوبے کے ذریعے اپنی بقیہ نگہداشت (وہ نگہداشت جس کا مطالعے سے تعلق نہیں) حاصل کرنا جاری رکھ سکتے ہیں۔

اگر آپ کسی Medicare سے منظور شدہ طبی تحقیقی مطالعے میں شامل ہوتے ہیں، تو آپ کو ہمیں مطلع کرنے یا ہم سے یا اپنے PCP سے اجازت لینے کی ضرورت □□□□ ہوتی۔ جو نگہداشت فراہم کنندگان طبی تحقیقی مطالعے کے حصے کے طور پر آپ کی نگہداشت فراہم کرتے ہیں ان کا ہمارے منصوبے کے فراہم کنندگان کے نیٹ ورک کا حصہ ہونا ضروری □□□□ ہے۔ براہِ کرم نوٹ کریں کہ اِس میں ایسے وظائف شامل نہیں ہیں کہ جن کے لیے ہمارا منصوبہ ذمہ دار ہو جن میں، بطور جزو، وظائف تک رسائی کے لیے کلینکل ٹرائل یا رجسٹری شامل ہے۔ اس میں ثبوت کی ڈویلپمنٹ کے ساتھ کوریج کی طلبگار قومی کوریج کی تعین کاریوں (NCDs-CED) اور تحقیقاتی ڈیوائس کے ٹرائلز (IDE) کے تحت واضح کردہ مخصوص وظائف شامل ہیں اور یہ پیشگی اجازت اور دیگر منصوبے کے اصولوں سے مشروط ہو سکتے ہیں۔

اگرچہ آپ کو کسی طبی تحقیقی مطالعے، جو Original Medicare کی جانب سے Medicare Advantage میں مندرج افراد کے لیے کوور شدہ ہو، میں شامل ہونے کے لیے ہمارے منصوبے کی اجازت کی ضرورت نہیں ہے، مگر ہم اس بات کے لیے آپ کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں کہ جب آپ کسی Medicare کے اہل شدہ طبی ٹرائلز میں شامل ہوں تو ہمیں پیشگی اطلاع کریں۔

اگر آپ ایک ایسے مطالعے میں شامل ہوتے ہیں جس کو Medicare نے منظور □□□□ کیا، تو □□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□ □□□□ □□□ □□□ □□□□□□□□ □□□□ □□ □□□□□□

سیکشن 5.2 جب آپ ایک طبی تحقیقی مطالعے میں شرکت کرتے ہیں، تو کون کس چیز کی ادائیگی کرتا ہے؟

جب آپ ایک Medicare سے منظور شدہ طبی تحقیقی مطالعے میں شامل ہوتے ہیں، تو Original Medicare روز مرہ کی ان اشیاء اور سروسز کو کوور کرتا ہے جو آپ مطالعے کے حصے کے طور پر وصول کرتے ہیں، بشمول:

- کمرہ و بورڈ برائے ہسپتال میں قیام جس کے لیے Medicare ادائیگی کرے گا خواہ آپ مطالعے میں شامل نہ ہوں
- کوئی آپریشن یا دوسرا طبی طریقہ کار اگر یہ تحقیقاتی مطالعے کا حصہ ہو
- نئی نگہداشت کے ضمنی اثرات اور پیچیدگیوں کا علاج

Medicare کے ان سروسز کے لیے اپنے حصے کے اخراجات کی ادائیگی کرنے کے بعد، بقیہ ادائیگی ہمارا منصوبہ کرے گا۔ تمام کوور شدہ سروسز کی طرح، آپ طبی تحقیقی مطالعے میں بھی حاصل کردہ کوور شدہ سروسز کے لیے کوئی ادائیگی نہیں کریں گے۔

When you are part of a clinical research study, **neither Medicare nor our plan will pay for any of the following**:

- Generally, Medicare will *not* pay for the new item or service that the study is testing unless Medicare would cover the item or service even if you were *not* in a study.
- Items or services provided only to collect data, and not used in your direct health care. For example, Medicare would not pay for monthly CT scans done as part of the study if your medical condition would normally require only one CT

- Items and services customarily provided by the research sponsors free-of-charge for any enrollee in the trial.

Do you want to know more?

You can get more information about joining a clinical research study by visiting the Medicare website to read or download the publication *Medicare and Clinical Research Studies.* (The publication is available at: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) آپ فون نمبر 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) پر دن کے 24 گھنٹے، ہفتے کے 7 دن کال کر سکتے ہیں۔ TTY users should call 1-877-486-2048.

SECTION 6 Rules for getting care in a religious non-medical health care institution

Section 6.1 What is a religious non-medical health care institution?

ایک مذہبی غیر طبی نگہداشت صحت کا ادارہ وہ مرکز ہے جو کسی ایسی کیفیت کے لیے نگہداشت فراہم کرتا ہے جس کا عام طور پر ایک ہسپتال یا مہارت یافتہ نرسنگ کے مرکز میں علاج کیا جاتا ہو۔ کسی ہسپتال یا ماہرانہ نرسنگ کے مرکز میں نگہداشت کا حصول اگر کسی ممبر کے مذہبی عقائد کے خلاف ہو تو، اُس صورت میں ہم ایک مذہبی غیر طبی نگہداشت صحت کے ادارے میں نگہداشت کے لیے کوریج فراہم کریں گے۔ یہ وظیفہ صرف حصہ A کی اندرونی مریض سروسز (غیر طبی صحت کی نگہداشت کی سروسز) کے لیے فراہم کیا جاتا ہے۔

Section 6.2 Receiving Care from a Religious Non-Medical Health Care Institution

ایک مذہبی غیر طبی نگہداشت صحت کے ادارے سے نگہداشت حاصل کرنے کے لیے، آپ کو ایک قانونی دستاویز پر دستخط کرنا ہوں گے جس میں لکھا ہو گا کہ آپ عقائد کی بنیاد پر کوئی ایسا طبی علاج حاصل کرنے کے خلاف ہیں جو کہ غیر مستثنیٰ ہے۔

- **Non-excepted** medical care or treatment is any medical care or treatment that is *voluntary* and *not required* by any federal, state, or local law.
- **Excepted** medical treatment is medical care or treatment that you get that is *not* voluntary or *is required* under federal, state, or local law.

To be covered by our plan, the care you get from a religious non-medical health care institution must meet the following conditions:

- The facility providing the care must be certified by Medicare.
- Our plan's coverage of services you receive is limited to *non-religious* aspects of care.
- If you get services from this institution that are provided to you in a facility, the following conditions apply:
  - آپ کا کسی ایسی طبی کیفیت میں مبتلا ہونا ضروری ہے جو آپ کو اندرونی مریض کی ہسپتال کی نگہداشت یا مہارت یافتہ نرسنگ کے ادارے کی نگہداشت کے لیے کوور شدہ سروسز موصول کرنے کی اجازت دے۔
  - – You must get approval in advance from our plan before you are admitted to the facility or – *and* your stay will not be covered.
  - – Medicare covers up to 90-days per benefit period. Medicaid – طبی طور پر ضروری ہونے کے *and* مطابق، آپ کے Medicare کے 90 دن کی حد سے زائد کے اندرونی مریض قیام کو کوور کرتا ہے۔ کوریج کی حدود باب 4 میں وظائف کے چارٹ میں "اندرونی مریض ہسپتال کی نگہداشت" کے نیچے واضح کی گئی ہیں۔

اس کے علاوہ، آپ کو Medicaid کی کوور شدہ سروسز کے متعلق مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز یا اپنی ریاست کے Medicaid کے دفتر (رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 6 میں درج فہرست ہیں) سے رابطہ کرنا چاہیئے تاکہ آپ اپنی کوریج کے تمام اختیارات کو سمجھ سکیں۔

سیکشن 7 پائیدار طبی ساز و سامان کی ملکیت کے اصول

سیکشن 7.1 کیا آپ ہمارے منصوبے کے تحت مخصوص تعداد میں ادائیگیاں کرنے کے بعد پائیدار طبی ساز و سامان کے مالک بن جائیں گے؟

پائیدار طبی ساز و سامان (DME) میں آکسیجن کا ساز و سامان اور سپلائیز، وہیل چیئرز، واکرز، پاور شدہ میٹریس سسٹمز، بیساکھیاں، ذیابیطس کی سپلائیز، آواز پیدا کرنے والی ڈیوائسز، IV انفیوژن کے پمپس، نیبولائزرز اور فراہم کنندہ کی جانب سے گھر میں استعمال کے لیے منگوائے گئے ہسپتال کے بیڈز شامل ہیں۔ ممبر چند مخصوص اشیاء، جیسا کہ مصنوعی اعضاء کا ہمیشہ مالک ہوتا ہے۔ اس سیکشن میں ہم دوسری اقسام کی DME کے متعلق بات کریں گے جو آپ کو کرائے پر لینا ہوں گی۔

Original Medicare میں، جو لوگ مخصوص اقسام کی DME کو کرائے پر لیتے ہیں، وہ 13 ماہ تک شے کی مشترکہ ادائیگیوں کے بعد اس سامان کے مالک بن جاتے ہیں۔ تاہم، Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر کے طور پر، آپ عام طور پر کرائے پر حاصل کی گئی DME اشیاء کی ملکیت حاصل نہیں کریں گے اس سے قطع نظر کہ آپ ہمارے منصوبے کے ممبر رہتے ہوئے شے کے لیے کتنی مشترکہ ادائیگیاں کرتے ہیں، خواہ آپ نے منصوبے میں شامل ہونے سے قبل DME کی شے کے لیے Original Medicare کے تحت 12 مسلسل ادائیگیاں ہی کیوں نہ کی ہوں۔ چند مخصوص محدود حالات کے تحت، ہم DME شے کی ملکیت آپ کو منتقل کر دیں گے۔ مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔

اگر آپ Original Medicare پر منتقل ہوتے ہیں تو اُن ادائیگیوں کا کیا ہو گا جو آپ نے پائیدار طبی ساز و سامان کے لیے کی ہیں؟

اگر آپ نے ہمارے منصوبے میں ہوتے ہوئے DME شے کی ملکیت حاصل نہیں کی، تو آپ کو منصوبے کی ملکیت حاصل کرنے کے لیے Original Medicare پر منتقل ہونے کے بعد لگاتار 13 نئی ادائیگیاں کرنا ہوں گی۔ اپنے منصوبے میں شامل رہتے ہوئے کی گئی ادائیگیوں کو شمار نہیں کیا جاتا۔

مثال 1: آپ نے Original Medicare میں شے کے لیے 12 یا اس سے کم لگاتار ادائیگیاں کی تھیں اور پھر ہمارے منصوبے میں شامل ہوئے تھے۔ جو ادائیگیاں آپ نے Original Medicare میں کی تھیں ان کو شمار نہیں کیا جاتا۔ آپ کو شے کی ملکیت حاصل کرنے سے قبل ہمارے منصوبے میں 13 ادائیگیاں کرنا ہوں گی۔

مثال 2: آپ نے Original Medicare میں شے کے لیے 12 یا اس سے کم لگاتار ادائیگیاں کی تھیں اور پھر ہمارے منصوبے میں شامل ہوئے تھے۔ آپ ہمارے منصوبے میں تھے لیکن آپ نے ہمارے منصوبے میں رہتے ہوئے ملکیت حاصل نہیں کی تھی۔ پھر آپ واپس Original Medicare پر منتقل ہوئے۔ جب آپ دوبارہ Original Medicare میں شامل ہوں گے تو شے کی ملکیت حاصل کرنے کے لیے آپ کو 13 نئی مسلسل ادائیگیاں کرنا ہوں گی۔ تمام گزشتہ ادائیگیوں (خواہ ہمارے منصوبے میں یا Original Medicare میں کی گئی ہوں) کو شمار نہیں کیا جاتا۔

سیکشن 7.2 آکسیجن کے ساز و سامان، سپلائیز، اور دیکھ بھال کے اصول

آپ آکسیجن کے کن وظائف کے حقدار ہیں؟

اگر آپ Medicare آکسیجن کے ساز و سامان کی کوریج کے لیے اہل ہوتے ہیں تو Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) مندرجہ ذیل کو کوور کرے گا:

- آپ آکسیجن کے کن وظائف کے حقدار ہیں؟
- آکسیجن اور آکسیجن پر مبنی امواد کی فراہمی
- آکسیجن اور آکسیجن پر مبنی امواد کی فراہمی کے لیے ٹیوبنگ اور متعلقہ آکسیجن کے آلات
- آکسیجن کے ساز و سامان کی بحالی و مرمت کاریاں

اگر آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کو چھوڑ دیتے ہیں یا آپ کو طبی طور پر آکسیجن کا ساز و سامان مزید درکار نہیں ہوتا، تو آکسیجن کا ساز و سامان لازماً واپس کرنا ہو گا۔

اگر آپ اپنا منصوبہ چھوڑ دیتے ہیں اور واپس Original Medicare پر منتقل ہو جاتے ہیں تو کیا ہو گا؟

Original Medicare کو آپ کو پانچ سال تک سروسز فراہم کرنے کے لیے ایک آکسیجن سپلائیر درکار ہوتا ہے۔ پہلے 36 ماہ کے دوران آپ ساز و سامان کو کرائے پر لیتے ہیں۔ بقیہ 24 ماہ میں ساز و سامان اور دیکھ بھال سپلائیر فراہم کرے گا (آپ تب بھی آکسیجن کے لیے مشترکہ ادائیگی کے ذمہ دار ہوں گے)۔ پانچ سال کے بعد آپ اُسی کمپنی کے ساتھ رہنے یا کسی دوسری کمپنی کے پاس جانے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ اس موقع پر، پانچ سال کا دور پھر سے شروع ہو گا، خواہ آپ اُسی کمپنی کے ساتھ رہتے ہیں، اور آپ کو پہلے 36 ماہ کے لیے مشترکہ ادائیگیاں کرنے کی ضرورت ہو گی۔ اگر آپ ہمارے منصوبے میں شامل ہوتے ہیں یا اسے چھوڑتے ہیں، تو پانچ سال کا دور پھر سے شروع ہوتا ہے۔

باب 4:

□□□□ □□□) □□□□ □□ □□□□□ □□□
(□□ □□□□ □□□

سیکشن 1 کوور شدہ سروسز کو سمجھنا

یہ باب ایک طبی وظائف کا چارٹ فراہم کرتا ہے جو Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر کے طور پر آپ کی کوور شدہ سروسز کو شامل فہرست کرتا ہے۔ اس باب میں بعد میں، آپ اُن طبی سروسز کے متعلق معلومات تلاش کر سکتے ہیں جو کوور شدہ نہیں ہیں۔ یہ چند مخصوص سروسز پر موجود حدود کی بھی وضاحت کرتا ہے۔

سیکشن 1.1 آپ اپنی کوور شدہ سروسز کے لیے کوئی ادائیگی نہیں کرتے

چونکہ آپ Medicaid سے معاونت حاصل کرتے ہیں، لہٰذا آپ اپنی کوور شدہ سروسز کے لیے تب تک کوئی ادائیگی نہیں کرتے جب تک کہ آپ اپنی نگہداشت حاصل کرنے کے لیے منصوبے کے اصولوں پر عمل کرتے ہیں۔ (اپنی نگہداشت حاصل کرنے کے حوالے سے منصوبے کے اصولوں کے متعلق مزید معلومات کے لیے باب 3 دیکھیں۔)

سیکشن 1.2 وہ زیادہ سے زیادہ رقم کیا ہو گی جو آپ Medicare حصہ A اور حصہ B کی کوور شدہ طبی سروسز کے لیے ادا کریں گے؟

نوٹ کریں: چونکہ ہمارے ممبرز کو Medicaid کی جانب سے بھی مدد ملتی ہے، لہٰذا بہت کم اراکین ہی جیب سے ادا کی جانے والی زیادہ سے زیادہ ادائیگی کی حد کو پہنچ پاتے ہیں۔ آپ حصہ A اور حصہ B کی کوور کردہ سروسز کے لیے زیادہ سے زیادہ براہ راست ادائیگیوں کے ضمن میں کسی قسم کی براہ راست ادائیگی کے ذمہ دار نہیں ہیں۔

چونکہ آپ ایک Medicare Advantage Plan میں شامل ہیں، لہٰذا آپ کو ہر سال Medicare حصہ A اور حصہ B کے تحت کوور شدہ طبی سروسز کے لیے براہ راست جو ادائیگی کرنا ہو گی اس کی رقم پر ایک حد عائد ہے۔ اس حد کو طبی سروسز کے لیے زیادہ سے زیادہ براہ راست ادا کی جانے والی (MOOP) رقم کہا جاتا ہے۔ 2025 کے تقویمی سال کے لیے یہ رقم $9,350 ہے۔

جو رقوم آپ کوور شدہ سروسز کے لیے ادا کرتے ہیں انہیں اس زیادہ سے زیادہ براہ راست ادائیگی کی رقم کی مد میں شمار کیا جاتا ہے۔ جو رقوم آپ اپنی حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کے لیے ادا کرتے ہیں اُن کو اس زیادہ سے زیادہ براہ راست ادا کی جانے والی رقم میں شمار نہیں کیا جاتا۔ اس کے علاوہ، جو رقوم آپ کچھ سروسز کے لیے ادا کرتے ہیں اُن کو آپ کی زیادہ سے زیادہ براہ راست ادا کی جانے والی رقم میں شمار نہیں کیا جاتا۔ ان سروسز کو طبی وظائف کے چارٹ میں اسٹیرک (*) سے نشان زد کیا جاتا ہے۔ اگر آپ زیادہ سے زیادہ براہ راست ادا کی جانے والی رقم کی $9,350 کی حد کو پہنچ جاتے ہیں، تو آپ کو بقیہ سال کے دوران حصہ A اور حصہ B کی کوور شدہ سروسز کے لیے کسی اخراجات کوئی براہ راست ادائیگی نہیں کرنی پڑے گی۔ تاہم، آپ کو Medicare حصہ B کے پریمیم کے لیے ادائیگی جاری رکھنا ہو گی (ماسوائے تب جب آپ کے لیے حصہ B کے پریمیم کی ادائیگی Medicaid یا کسی دوسرے فریقِ ثالث کی جانب سے کر دی گئی ہو)۔

سیکشن 2 □□□□ □□ □□□□□ □□□ کو استعمال کر کے جانیں کہ کیا کوور کیا گیا ہے

سیکشن 2.1 منصوبے کے ممبر کے طور پر آپ کی طبی، طویل مدتی نگہداشت یا گھر اور کمیونٹی پر مبنی سروسز کے وظائف

مندرجہ ذیل صفحوں پر موجود طبی وظائف کا چارٹ اُن سروسز کو درج فہرست کرتا ہے جنہیں Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کوور کرتا ہے۔ حصہ D کی نسخہ جاتی دوا کی کوریج باب 5 میں ہے۔ طبی وظائف کے چارٹ میں درج سروسز کو صرف تب کوور کیا جاتا ہے جب کوریج کے مندرجہ ذیل تقاضے پورے ہوتے ہیں:

- آپ کی Medicare اور Medicaid کی کوور شدہ سروسز کا Medicare اور Medicaid کی جانب سے تشکیل دی گئیں کوریج کی ہدایات کے مطابق فراہم کیا جانا ضروری ہے۔
- آپ کی سروسز (بشمول طبی نگہداشت، سروسز، سپلائیز، ساز و سامان، اور حصہ B کی نسخہ جاتی ادویات) طبی اعتبار سے ضروری ہونی □□□□□□□□۔ طبی اعتبار سے ضروری کا مطلب ہے کہ آپ کی طبی کیفیت سے بچاؤ، اس کی تشخیص، یا علاج کے لیے سروسز، سپلائیز، یا ادویات درکار ہوں اور یہ طبی پریکٹس کے قبول کردہ معیارات پر پورا اترتی ہوں۔

- نئے مندرج افراد کے لیے، آپ کا MA مربوط نگہداشت کا منصوبہ لازماً کم از کم 90 دن پر مبنی ایک منتقلی کی مدت فراہم کرے گا، جس دوران نیا MA منصوبہ کسی جاری علاج کے لیے شاید پیشگی اجازت کا طلبگار نہ ہو، چاہے علاج کسی ایسی سروس کے ضمن میں ہو کہ جس کا آغاز کسی بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ کے ساتھ کیا گیا ہو۔
- آپ اپنی نگہداشت ایک نیٹ ورک فراہم کنندہ سے موصول کرتے ہیں۔ زیادہ تر کیسز میں، جو نگہداشت آپ بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے موصول کریں گے وہ کوور نہیں کی جائے گی ماسوائے تب جب یہ کوئی ہنگامی حالت یا فوری نگہداشت ہو یا ماسوائے تب جب آپ کے منصوبے یا آپ کے نیٹ ورک فراہم کنندہ نے آپ کو حوالہ فراہم کیا ہو۔ اس کا مطلب ہے کہ حاصل کی گئی سروسز کے لیے آپ کو فراہم کنندہ کو مکمل ادائیگی کرنا ہو گی۔
- آپ کا ایک بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (ایک PCP) ہے جو کہ آپ کو نگہداشت فراہم کر رہا ہے اور اس کی نگرانی کر رہا ہے۔
- طبی وظائف کے چارٹ میں درج کچھ سروسز □□□ تب کوور کی جاتی ہیں جب آپ کا ڈاکٹر یا دوسرا نیٹ ورک فراہم کنندہ ہم سے پیشگی منظوری حاصل کرے (اسے کبھی کبھار پیشگی اجازت بھی کہا جاتا ہے)۔ طبی وظائف کے چارٹ میں وہ کوور شدہ سروسز بولڈ میں نشان زد ہیں جن کو پیشگی منظوری درکار ہوتی ہے۔
- If your coordinated care plan provides approval of a prior authorization request for a course of treatment, the approval must be valid for as long as medically reasonable and necessary to avoid disruptions in care in accordance with applicable coverage criteria, your medical history, and the treating provider's recommendation.

Other important things to know about our coverage:

- You are covered by both Medicare and Medicaid. Medicare صحت کی نگہداشت اور نسخہ جاتی ادویات کو کوور کرتا ہے۔ Medicaid آپ کے Medicare کے لیے اخراجات کے اشتراک، بشمول اندورنی مریض ہسپتال کی سروسز اور بیرونی مریض ہسپتال کی سروسز کو کوور کرتا ہے۔ Medicaid اُن سروسز کو بھی کوور کرتا ہے جنہیں Medicare کوور نہیں کرتا، مثلاً طویل مدتی نگہداشت، بلا نسخہ ادویات، گھر اور کمیونٹی پر مبنی سروسز، یا دیگر صرف Medicaid سروسز۔
- Like all Medicare health plans, we cover everything that Original Medicare covers. (If you want to know more about the coverage and costs of Original Medicare, look in your *Medicare & You 2025* handbook. View it online at www.medicare.gov or ask for a copy by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.)
- For all preventive services that are covered at no cost under Original Medicare, we also cover the service at no cost to you.
- اگر 2025 Medicare کے دوران کسی نئی سروسز کے لیے کوریج کو شامل کرتا ہے، تو Medicare یا ہمارا منصوبہ اُن سروسز کو کوور کرے گا۔
- چونکہ آپ Medicaid سے معاونت حاصل کرتے ہیں، لہٰذا آپ اپنی کوور شدہ سروسز کے لیے تب تک کوئی ادائیگی نہیں کرتے جب تک کہ آپ اپنی نگہداشت حاصل کرنے کے لیے منصوبے کے اصولوں پر عمل کرتے ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ کوور شدہ سروسز کے لیے، آپ کو کسی اخراجات کے اشتراک کی ادائیگی نہیں کرنا ہو گی (کوئی مشترکہ ادائیگی یا کٹوتیاں نہیں ہوں گی)۔ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر کے طور پر، ہم آپ کی Medicare کی کوور کردہ سروسز اور آپ کی Medicaid کیسروسز کی ربط کاری کرتے ہیں کیونکہ ہمارے منصوبے میں یہ دونوں کوور شدہ ہیں۔ ذیل میں وظیفے کی معلومات میں Medicare اور Medicaid کی کوور شدہ سروسز شامل ہیں۔
- If you are within our plan's 3-months period of deemed continued eligibility, we will continue to provide all Medicare Advantage plan-covered Medicare benefits. تاہم، اس دوران، ہم اُن Medicaid وظائف کو کوور کرنا جاری نہیں رکھیں گے جو قابلِ اطلاق Medicaid State Plan کے تحت شامل ہیں اور نہ ہی ہم اُن Medicare پریمیمز یا اخراجات کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے جن کے لیے اُس صورت میں ریاست ذمہ دار ہوتی کہ اگر آپ اپنی Medicaid کی اہلیت سے محروم نہ ہوتے۔ جو رقم آپ Medicare کی کوور شدہ سروسز کے لیے ادا کرتے ہیں وہ اس دورانیے میں بڑھ سکتی ہے۔

آپ وظائف کے چارٹ میں درج فہرست سروسز کے لیے تب تک کوئی ادائیگی نہیں کریں گے جب تک کہ آپ اوپر بیان کردہ کوریج کے تقاضوں پر پورا اترتے ہیں۔

Important Benefit Information for Enrollees Who Qualify for "Extra Help":

- Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) participates in the Value Based Insurance Design (VBID) Model. یہ پروگرام Medicare کو موقع دیتا ہے کہ وہ Medicare Advantage منصوبہ جات میں بہتری لانے کے نئے طریقے آزما سکے۔ VBID ماڈل کے حصے کے طور پر، Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) حصہ D کی ادویات کے لیے اخراجات کے اشتراک کے خاتمے کی پیشکش کرتا ہے۔ جو ممبرز "اضافی مدد (Extra Help)" موصول کرتے ہیں وہ تمام حصہ D کی ادویات کے لیے کوریج کے تمام مراحل میں اخراجات کے کم اشتراک ($0) کے حامل ہوں گے۔ اگر آپ کے اس وظیفے یا اس بات کے متعلق سوالات ہیں کہ یہ آپ کی مدد کیسے کرے گا، تو مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

Important Benefit Information for Enrollees with Chronic Conditions

- If you are diagnosed with the following chronic condition(s) identified below and meet certain criteria, you may be eligible for special supplemental benefits for the chronically ill.
  - Chronic alcohol and other drug dependence;
  - Autoimmune disorders;
  - Cancer;
  - Cardiovascular disorders;
  - Chronic heart failure;
  - Dementia;
  - Diabetes;
  - End-stage liver disease;
  - End-stage renal disease (ESRD);
  - Severe hematologic disorders;
  - HIV/AIDS;
  - Chronic lung disorders;
  - Chronic and disabling mental health conditions;
  - Neurologic disorders; and
  - Stroke

ہم آپ کی ان وظائف تک رسائی حاصل کرنے میں مدد کریں گے۔ آپ ممبر سروسز یا اپنے نگہداشت کے رابطہ کار کو اپنی درخواست کی ابتداء کرنے یا اضافی معلومات حاصل کرنے کے لیے کال کر سکتے ہیں۔

نوٹ کریں: اس وظیفے کی درخواست کر کے آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے نمائندوں کو بذریعہ فون، ڈاک، یا آپ کی درخواست میں واضح طور پر درج مواصلت کے کسی دوسرے ذریعے سے خود سے رابطہ کرنے کی اجازت دے رہے ہیں۔

- Please go to the *Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill* row in the below Medical Benefits Chart for further detail.
- Please contact us to find out exactly which benefits you may be eligible for.

You will see this apple next to the preventive services in the benefits chart.

Medical Benefits Chart

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Abdominal aortic aneurysm screening*	
خطرے پر موجود افراد کا ایک مرتبہ کا اسکریننگ الٹرا ساؤنڈ۔ اگر آپ خطرے کے چند مخصوص عوامل کے حامل ہوں اور اگر آپ اس کے لیے اپنے فزیشن، اسسٹنٹ فزیشن، نرس پریکٹیشنر، یا ماہر طبی نرس سے ایک حوالہ حاصل کریں تو منصوبہ اس اسکریننگ کو صرف تب کوور کرتا ہے۔	اس احتیاطی اسکریننگ کے اہل ممبرز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Acupuncture for chronic low back pain	
Covered services include: Up to 12 visits in 90 days are covered for Medicare beneficiaries under the following circumstances: For the purpose of this benefit, chronic low back pain is defined as: • lasting 12 weeks or longer; • nonspecific, in that it has no identifiable systemic cause (i.e., not associated with metastatic, inflammatory, infectious disease, etc.); • not associated with surgery; and • not associated with pregnancy. جو مریض بہتری کا مظاہرہ کریں گے اُن کے لیے اضافی آٹھ سیشنز کو کوور کیا جائے گا۔ ایک سال میں زیادہ سے زیادہ 20 تک آکوپنکچر کے معالجے فراہم کیے جائیں گے۔ اگر مریض بہتر نہیں ہو رہا یا اس کی حالت مزید بگڑتی جا رہی ہے تو علاج کو روک دینا ضروری ہے۔ Provider Requirements: فزیشنز (جیسا کہ سوشل سکیورٹی ایکٹ (ایکٹ) کے 1861(1)(r) میں تعریف کی گئی ہے) قابلِ اطلاق ریاستی تقاضوں کے تحت آکوپنکچر فراہم کر سکتے ہیں۔ Physician assistants (PAs), nurse practitioners (NPs)/clinical nurse specialists (CNSs) (as identified in 1861(aa) (5) of the Act), and auxiliary personnel may furnish acupuncture if they meet all applicable state requirements and have: • a masters or doctoral level degree in acupuncture or Oriental Medicine from a school accredited by the Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); and,	Medicare کی کوور شدہ آکوپنکچر کی سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Acupuncture for chronic low back pain (continued) • a current, full, active, and unrestricted license to practice acupuncture in a State, Territory, or Commonwealth (i.e. Puerto Rico) of the United States, or District of Columbia. آکوپنکچر فراہم کرنے والا ایسا معاون عملہ ہے جس کا ہمارے 42 CFR §§ 410.26 اور 410.27 میں موجود ضوابط کی جانب سے درکار کسی فزیشن، PA، یا NP/CNS کی موزوں درجے کی نگرانی کے تحت ہونا ضروری ہے۔	
Acupuncture Services (Supplemental)* اس کے علاوہ، Senior Whole Health از New York NHC سالانہ 30 مزید آکوپنکچر کے معالجوں کی پیشکش کرتا ہے۔ Supplemental acupuncture services are covered when determined as medically accepted standard of care for: o Headache; hip or knee joint pain associated with osteoarthritis (OA); or other extremity joint pain when chronic and unresponsive to standard medical care; pain syndromes involving the joints and associated soft tissues; musculoskeletal neck and back pain; nausea associated with chemotherapy; post-surgical nausea; and nausea associated with pregnancy o Covered acupuncture services do not include services for the treatment of asthma or addiction (including without limitation, smoking cessation)	There is no coinsurance, copayment or deductible for these services.
Ambulance services Covered ambulance services, whether for an emergency or non-emergency situation, include fixed wing, rotary wing, and ground ambulance services, to the nearest appropriate facility that can provide care only if they are furnished to a member whose medical condition is such that other means of transportation could endanger the person's health or if authorized by the plan. اگر کوور شدہ ایمبولینس کی سروسز کسی ہنگامی صورتحال کے لیے نہیں ہیں، تو اس بات کو ضبط تحریر میں لانا ہو گا کہ ممبر کی کیفیت ایسی ہے کہ سفر کا کوئی دوسرا ذریعہ اُن کی صحت کو خطرے میں ڈال سکتا ہے اور یہ کہ ایمبولینس کے ذریعے آمدورفت طبی طور پر ضروری ہے۔	There is no coinsurance, copayment, or deducible for these services. **پیشگی اجازت صرف غیر ہنگامی صورتحال میں بلائی گئی ایمبولینس کے لیے درکار ہوتی ہے۔** اگر آپ کو ہنگامی نگہداشت کی ضرورت ہے، تو 911 پر کال کریں اور ایمبولینس کی درخواست کریں۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Annual wellness visit*	
اگر آپ حصہ B کے 12 ماہ سے زیادہ عرصے کے لیے حامل رہے ہیں، تو آپ اپنے موجودہ صحت اور خطرے کے عناصر کی بنیاد پر ایک شخصی بنایا گیا احتیاط کا منصوبہ تشکیل دینے یا اپڈیٹ کرنے کے لیے تندرستی کا ایک سالانہ دورہ حاصل کر سکتے ہیں۔ اس کو ہر 12 ماہ میں ایک مرتبہ کوور کیا جاتا ہے۔ **نوٹ کریں:** آپ کا تندرستی کا پہلا سالانہ دورہ آپ کے Medicare میں خوش آمدید کے احتیاطی دورے کے بعد 12 ماہ کے اندر نہیں ہو سکتا۔ تاہم، اگر حصہ B آپ کے پاس 12 ماہ تک موجود رہ چکا ہے تو اس کے بعد آپ کو اپنے تندرستی کے سالانہ دورے کوور کروانے کے لیے Medicare میں خوش آمدید دورے کی ضرورت نہیں ہو گی۔	تندرستی کے سالانہ دورے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Bone mass measurement*	
اہل افراد کے لیے (عام طور پر، اس سے مراد وہ لوگ ہوتے ہیں جن کو ہڈیوں میں معدنیات کی کمی یا آسٹیوپوروسز کا خطرہ ہوتا ہے)، مندرجہ ذیل سروسز کو ہر 24 ماہ میں یا طبی طور پر ضروری ہونے کی صورت میں زیادہ تواتر سے کوور کیا جاتا ہے: ہڈیوں میں کثافت کی جانچ کرنے، ہڈیوں کی کمزوری کی نشان دہی کرنے، یا ہڈیوں کے معیار کا تعین کرنے کے طریقہِ کار، بشمول کسی فزیشن کے نتائج کی تشریح کرنے کے طریقہ ہائے کار۔	Medicare کی کوور شدہ ہڈیوں کی کثافت کی جانچ کی سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Breast cancer screening (mammograms)*	
Covered services include: • One baseline mammogram between the ages of 35 and 39 • One screening mammogram every 12 months for women age 40 and older • Clinical breast exams once every 24 months اسکریننگ میموگرافی چھاتی کے کینسر کی قبل از وقت نشان دہی کے لیے استعمال ہوتی ہے۔ Once a history of breast cancer has been established, and until there are no longer any signs or symptoms of breast cancer, ongoing mammograms are considered diagnostic and are covered under "Outpatient diagnostic tests and therapeutic services and supplies" in this chart. اسکریننگ میموگرافی کا سالانہ وظیفہ اُن ممبرز کے لیے دستیاب نہیں ہے جن میں چھاتی کے کینسر کے نشانات یا علامات موجود ہیں۔	کوور شدہ اسکریننگ میموگرامز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Cardiac rehabilitation services دل کی بحالی کی سروسز کے لیے جامع پروگرامز جن میں ورزش، تعلیم، اور کاؤنسلنگ شامل ہیں، اُن ممبرز کے لیے کوور کیے جاتے ہیں جو ڈاکٹر کے حکم کے ساتھ چند مخصوص شرائط پر پورا اترتے ہیں۔ منصوبہ دل کی انتہائی بحالی کے پروگرامز کو بھی کوور کرتا ہے جو کہ دل کی بحالی کے پروگرامز سے بالعموم زیادہ سخت یا زیادہ شدید نوعیت کے ہوتے ہیں۔	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Cardiovascular disease risk reduction visit (therapy for cardiovascular disease)* ہم آپ کی کارڈیو ویسکولر بیماری کے خطرے کی کمی لانے میں آپ کی مدد کے لیے آپ کے بنیادی نگہداشت کے ڈاکٹر سے فی سال ایک ملاقات کو کوور کرتے ہیں۔ اس دورے کے دوران، آپ کا ڈاکٹر اسپرین کے استعمال (اگر موزوں ہو تو) کے متعلق بات کر سکتا ہے، آپ کے فشار خون کا معائنہ کر سکتا ہے، اور یہ یقینی بنانے کے لیے آپ کو مشورے دے سکتا ہے کہ آپ صحت بخش غذا کھا رہے ہیں۔	شدید روہ جاتی تھیراپی کارڈیو ویسکولر مرض کے تدارک کے وظائف کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Cardiovascular disease testing* ہر 5 سالوں (60 مہینوں) میں ایک مرتبہ کارڈیو ویسکولر بیماری (یا کارڈیو ویسکولر بیماری کے زیادہ خطرے سے متعلقہ غیر عمومی حالات) کی جانچ کے لیے خون کے ٹیسٹس۔	ہر 5 سال میں ایک مرتبہ کوور ہونے والی کارڈیو ویسکولر بیماری کی ٹیسٹنگ کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Cervical and vaginal cancer screening* Covered services include: • For all women: Pap tests and pelvic exams are covered once every 24 months • If you are at high risk of cervical or vaginal cancer or you are of childbearing age and have had an abnormal Pap test within the past 3 years: one Pap test every 12 months	Medicare کے کوور شدہ پاپ اور پیڑو کے احتیاطی معائنوں کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Chiropractic services (Medicare-covered) Covered services include: • Manual manipulation of the spine to correct subluxation	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Colorectal cancer screening*	
The following screening tests are covered: • قولونوسکوپی کے لیے کم از کم یا زیادہ سے زیادہ عمر کی کوئی حد نہیں ہے اور یہ ہر 120 مہینوں (10 سالوں) میں زیادہ خطرے پر موجود نہ ہونے والے مریضوں کے لیے ایک مرتبہ، یا بڑی آنت کے کینسر کے زیادہ خطرے پر موجود نہ ہونے والے مریضوں کی کسی گزشتہ لچکدار دوخمہ بینی ہونے کے 48 ماہ بعد، اور زیادہ خطرے پر موجود مریضوں کے لیے کسی گزشتہ اسکریننگ قولونوسکوپی یا بیریم انیما کے بعد ہر 24 ماہ میں ایک بار کوور کی جاتی ہے۔ • 45 سال یا اس سے زائد عمر والے مریضوں کے لیے لچکدار دوخمہ بینی۔ مریض کو اسکریننگ قولونوسکوپی موصول ہونے کے بعد زیادہ خطرے پر موجود نہ ہونے والوں مریضوں کے لیے ہر 120 ماہ میں ایک مرتبہ۔ زیادہ خطرے پر موجود مریضوں کے لیے گزشتہ لچکدار دوخمہ بینی یا بیریم انیما کے بعد ہر 48 ماہ میں ایک مرتبہ۔ • 45 سال یا اس سے زائد عمر کے مریضوں کے لیے فضلے میں پوشیدہ خون کے ٹیسٹس کی اسکریننگ۔ ہر 12 ماہ میں ایک مرتبہ۔ • 45 سے 85 سال اور زیادہ خطرے کے معیار پر پورا نہ اترنے والے مریضوں کے لیے متعدد ہدفی پاخانے میں DNA کی ٹیسٹنگ۔ ہر 3 سالوں میں ایک مرتبہ۔ • 45 سے 85 سال اور زیادہ خطرے کے معیار پر پورا نہ اترنے والے مریضوں کے لیے خون پر مبنی حیاتیاتی نشانوں کے ٹیسٹس۔ ہر 3 سالوں میں ایک مرتبہ۔ • اُن مریضوں کے لیے قولونوسکوپی کے متبادل کے طور پر بیریم انیما جو زیادہ خطرے پر ہیں اور جن کی بیریم انیما کی آخری اسکریننگ یا قولونوسکوپی کی آخری اسکریننگ کو 24 ماہ ہو چکے ہیں۔ • اُس مریض کے لیے لچکدار دوخمہ بینی کے متبادل کے طور پر بیریم انیما جو 45 سال یا اس سے زائد عمر کا ہے اور زیادہ خطرے کا شکار نہیں ہے۔ آخری بیریم انیما کی اسکریننگ یا آخری لچکدار دوخمہ بینی کی اسکریننگ کے بعد 48 ماہ میں کم از کم ایک بار۔ بڑی آنت کے کینسر کی اسکریننگ کے ٹیسٹوں میں وہ اسکریننگ قولونوسکوپی شامل ہے جو Medicare کی کوور شدہ پاخانے پر مبنی بڑی آنت کے کینسر کی غیر جراحتی اسکریننگ کا مثبت نتیجہ آنے کے بعد کی جائے۔	Medicare کے کوور کردہ کسی کولوریکٹل کینسر اسکریننگ معائنے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے، اِس کا اطلاق بیریم انیماز پر نہیں ہوتا، کہ جن کے ضمن میں مشترکہ انشورنس کا اطلاق ہوتا ہے۔ کولونوسکوپی یا لچک پذیر سگموئڈوسکوپی کے دوران اگر آپ کا ڈاکٹر کسی پولپ یا دیگر کسی بافت کا پتا چلا کر اُسے نکال دے، تو اسکریننگ معائنہ ایک تشخیصی معائنہ بن جاتا ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Dental services	
عام طور پر، دانتوں کی احتیاطی سروسز (جیسا کہ صفائی، دانتوں کے روز مرہ کے معائنے، اور دانتوں کے ایکس ریز) Original Medicare کی جانب سے کوور نہیں کی جاتیں۔ تاہم، Medicare فی الوقت محدود حالات و واقعات میں ہی ڈینٹل سروسز کی مد میں ادائیگی کرتا ہے، بالخصوص کہ جب سروس کسی بینیفیشری کے بنیادی طبی عارضے کے خصوصی علاج کا ایک ناگزیر حصہ ہو۔ کچھ مثالوں میں فریکچر یا چوٹ کے بعد، جبڑے کی تشکیلِ نو، جبڑے پر مشتمل کینسر کے ریڈیائی علاج کے ضمن میں تیاری کے دوران دانت نکالنا، یا گردے کے ٹرانسپلانٹ کے بعد دانتوں کے معائنے شامل ہیں۔	ان سروسز کے لیے اہل ممبرز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **جامع ڈینٹل کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Dental services (Supplemental)*	
ہم نے دانتوں کی ایسی جامع کوریج فراہم کرنے کے لیے ایک وینڈر کے ساتھ شراکت داری کی ہے کہ جو New York State Medicaid کی جانب سے پیش کش کردہ سروسز کے عین مطابق ہو۔ سروسز کو کوور تب کیا جائے گا کہ جب وہ ہمارے وینڈرز کے نیٹ ورک کی وساطت سے کسی ملحقہ فراہم کنندہ سے وصول کی گئی ہوں۔ Your dental benefits include Diagnostic, Preventive, Restorative Services, Endodontics, Periodontics, Prosthodontics (removable), Prosthodontics (fixed), Maxillofacial Prosthetics, Implant Services, Oral and Maxillofacial Surgery, and Adjunctive General Services. For a complete list of services please visit www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm and select Updated Fee Schedule وظائف کے مندرجہ بالا لنک کردہ شیڈول میں درج کردہ کوڈز کو امریکی ڈینٹل ایسوسی ایشن (ADA) کی جانب سے دورانِ سال اپ ڈیٹ کیا جا سکتا ہے۔ اگر ڈینٹل ADA کوڈ کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہو، تو براہِ کرم ممبر سروسز کو کال کریں۔ اُن کے فون نمبرز آپ کے منصوبے کے ممبر ID کارڈ کے پچھلے حصے پر سے حاصل کیے جا سکتے ہیں۔ کچھ ڈینٹل سروسز میں شاید پیشگی اجازت درکار ہو اور اُن کا طبی طور پر ضروری ہونا لازم ہے۔ آپ کا فراہم کنندہ منصوبے کی درکار کوئی بھی اجازت آپ کے سپرد کرے گا۔ نوٹ کریں: مندرجہ بالا کوریج Medicare کے سپلیمینٹل ڈینٹل وظائف کے لیے ہے۔ آپ کا New York Medicaid ڈینٹل وظیفہ آپ کے Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کی جانب سے بھی فراہم کیا جاتا ہے۔ Medicaid کے اِس وظیفے پر کسی قسم کے سوالات کی صورت میں براہِ کرم منصوبے سے رابطہ کریں۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ اگر سروس کوور نہیں کی جاتی یا آپ اپنے الاؤنس کی زیادہ سے زیادہ حد سے تجاوز کر جاتے ہیں تو آپ اخراجات کے لیے ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔ حدود اور استثنات کا اطلاق ہو سکتا ہے۔ سروسز صرف تب دستیاب ہوتی ہیں جب اندرون نیٹ ورک معاہدہ یافتہ ڈینٹسٹس کی جانب سے فراہم کی جائیں۔ اگر آپ کسی بیرون نیٹ ورک ڈینٹل فراہم کنندہ سے نگہداشت حاصل کرتے ہیں تو آپ کو اپنی نگہداشت کی ادائیگی خود کرنا ہو گی۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Depression screening*	
ہم فی سال ڈپریشن کی ایک اسکریننگ کو کوور کرتے ہیں۔ اسکریننگ ایک بنیادی نگہداشت کے ماحول میں کرنا ضروری ہے جو فالو اپ علاج اور/یا حوالے فراہم کر سکتی ہو۔	ڈپریشن کے اسکریننگ کے سالانہ دورے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Diabetes screening*	
ہم اس اسکریننگ (اس میں نہار منہ گلوکوز ٹیسٹس بھی شامل ہیں) کو کوور کرتے ہیں اگر آپ مندرجہ ذیل خطرے کے عوامل میں سے کسی کے حامل ہیں: بلند فشار خون (ہائپرٹینشن)، کولیسٹرول اور ٹرائی گلیسرائیڈ کے غیر عمومی درجے (ڈسلیپیڈیمیا) کی تاریخ، موٹاپا، یا خون میں زیادہ شوگر (گلوکوز) کی تاریخ۔ ٹیسٹس تب بھی کوور کیے جا سکتے ہیں اگر آپ دیگر تقاضوں پر پورا اترتے ہوں، جیسے فربہ اندام ہونا اور خاندان میں ذیابیطس کی تاریخ ہونا۔ آپ اپنے حالیہ ترین ذیابیطس کے اسکریننگ ٹیسٹ کی تاریخ کے بعد ہر 12 ماہ میں ذیابیطس کی دو اسکریننگز کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔	Medicare کے کوور شدہ ذیابیطس کی اسکریننگ کے ٹیسٹس کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Diabetes self-management training, diabetic services and supplies*	
اُن تمام افراد کے لیے جن کو ذیابیطس ہے (انسولین اور بغیر انسولین والے صارفین کے لیے)۔ Covered services include: • Supplies to monitor your blood glucose: بلڈ گلوکوز مانیٹر، بلڈ گلوکوز ٹیسٹ اسٹرپس، لینسیٹ ڈیوائسز اور لینسیٹس، اور ٹیسٹ اسٹرپس اور مانیٹرز کی درستگی کی جانچ کے لیے گلوکوز کنٹرول سولوشنز۔ o Blood glucose (sugar) monitors o کوور کیے جاتے ہیں جب آپ کا ڈاکٹر آپ کے گھر میں استعمال کے لیے تجویز کرے۔ o ترجیحی برانڈ کے خون میں گلوکوز کے مانیٹرز کو پیشگی اجازت درکار نہیں ہوتی۔ o Blood glucose (sugar) test strips o ترجیحی برانڈ کی خون میں گلوکوز کے ٹیسٹ کی اسٹرپس کو پیشگی اجازت درکار نہیں ہوتی۔ o فی بھرائی سپلائی 30 دن تک محدود ہو سکتی ہے۔ o Insulin o Not covered under Medicare Part B. May be covered under Medicare Part D. o اگر آپ ایک بیرونی انسولین پمپ استعمال کرتے ہیں، تو انسولین اور پمپ پائیدار طبی ساز و سامان (DME) کے تحت کوور شدہ ہو سکتے ہیں۔ تاہم، یہ ممکن ہے کہ انسولین پمپس کے سپلائیرز انسولین فراہم نہ کریں۔ o Lancet devices and lancets o ٹیسٹ اسٹرپس اور مانیٹرز کی درستگی کا جائزہ لینے کے لیے گلوکوز کنٹرول کے محلول۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ سپلائیز کو تب کوور کیا جاتا ہے جب آپ کے پاس نسخہ موجود ہو اور آپ اِسے کسی نیٹ ورک کی ریٹیل فارمیسی پر یا Mail Service Pharmacy پروگرام کی وساطت سے بھروائیں۔ اگر آپ کو ذیابیطس میں پردہ چشم کے غیر سوزشی مرض یا کالے موتیا کی اسکریننگ کے لیے آنکھ کا معائنہ درکار ہے تو ڈاکٹر کی سروسز کے لیے اس چارٹ میں "نظر کی نگہداشت" دیکھیں۔ اگر آپ کو ذیابیطس ہے اور پیر کے معائنے کے لیے ڈاکٹر کو دکھانے کی ضرورت ہے تو اس چارٹ میں "پوڈیاٹری سروسز" دیکھیں۔ اگر آپ کو ذیابیطس ہے اور آپ کو میڈیکل نیوٹریشن تھیراپی سروسز (MNT) درکار ہیں تو اس چارٹ میں "میڈیکل نیوٹریشن تھیراپی" دیکھیں۔ **ذیابیطس کی سپلائیز، ذیابیطس کے جوتوں، اور جوتوں کے اندرونی تلوؤں کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔** **ترجیحی مینوفیکچرر کے لیے پیشگی اجازت درکار نہیں ہے۔** **Medicare کی کوور شدہ ذیابیطس کے ذاتی نظم کی تربیت کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت نہیں ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Diabetes self-management training, diabetic services and supplies* (continued) • For people with diabetes who have severe diabetic foot disease: فی تقویمی سال شخصی ناپ کے مطابق بنائے گئے جوتوں کا ایک جوڑا (بشمول ایسے جوتوں کے ساتھ فراہم کردہ جوتوں کے اندرونی تلوؤں کے) اور جوتے کے اندرونی تلوؤں کے دو اضافی جوڑے، یا ایک کھلے جوتوں کا جوڑا اور جوتوں کے اندرونی تلوؤں کے تین جوڑے (ایسے جوتوں کے ساتھ فراہم کردہ شخصی ناپ کے مطابق نہ بنائے گئے جوتوں کے قابل موقوفی اندرونی تلوؤں کو شامل نہ کرتے ہوئے)۔ کوریج میں فٹنگ شامل ہے۔ • ذیابیطس کے ذاتی نظم کی تربیت مخصوص شرائط کے تحت کوور کی جاتی ہے۔	

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Durable medical equipment (DME) and related supplies For a definition of durable medical equipment, see Chapter 12 as well) (.as Chapter 3, Section 7 of this document کوور شدہ اشیاء میں مندرجہ ذیل، بلا تحدید شامل ہیں: وہیل چیئرز، بیساکھیاں، پاور شدہ میٹریس سسٹمز، ذیابیطس کی سپلائیز، فراہم کنندہ کی جانب سے گھر میں استعمال کے لیے آرڈر کردہ ہسپتال کے بیڈز، IV کی انفیوژن پمپس، آواز پیدا کرنے والی ڈیوائسز، آکسیجن کا ساز و سامان، نیبولائزرز، اور واکرز۔ ہم Original Medicare کی جانب سے کوور کردہ تمام طبی طور پر ضروری DME کو کوور کرتے ہیں۔ اگر آپ کے ایریا میں موجود ہمارے سپلائیر کے پاس کوئی مخصوص برانڈ یا مینوفیکچرر موجود نہ ہو، تو آپ اُن سے دریافت کر سکتے ہیں کہ کیا وہ آپ کے لیے اِسے خصوصی طور پر آرڈر کر سکتے ہیں۔ The most recent .list of suppliers is available on our website at SWHNY.com بالعموم، New York NHC (HMO D-SNP) از Senior Whole Health فہرست پر موجودہ برانڈز اور مینوفیکچررز کی طرف سے Original Medicare کی جانب سے کوور کردہ کسی بھی DME کو کوور کرتا ہے۔ We will not cover other brands and manufacturers unless your doctor or other provider .tells us that the brand is appropriate for your medical needs تاہم، اگر آپ New York NHC (HMO D-SNP) از Senior Whole Health میں نئے ہیں اور DME کا کوئی ایسا برانڈ استعمال کر رہے ہیں کہ جو ہماری فہرست پر موجود نہیں، تو ہم 90 دن تک آپ کے لیے اِس برانڈ کو کوور کرتے رہیں گے۔ During this time, you should talk with your doctor to decide what brand is medically appropriate for you after this 90-day period. (If you disagree with your doctor, you can ask him or her to .refer you for a second opinion) اگر آپ (یا آپ کا فراہم کنندہ) منصوبے کی کوریج کے فیصلے سے متفق نہ ہوں، تو آپ یا آپ کا فراہم کنندہ اپیل دائر کر سکتے ہیں۔ آپ اِس صورت بھی ایک اپیل دائر کر سکتے ہیں کہ اگر آپ اِس بابت اپنے فراہم کنندہ کے فیصلے سے متفق نہ ہوں کہ آپ کے طبی عارضے کے لیے کون سی مصنوعہ یا برانڈ مناسب ہے۔ (For more information	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔** **ترجیحی مینوفیکچرر کے لیے پیشگی اجازت درکار نہیں ہے۔**
Durable medical equipment (DME) and related supplies (continued) about appeals, see Chapter 8, *What to do if you have a problem or (.(complaint (coverage decisions, appeals, complaints*	

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Emergency care Emergency care refers to services that are: • Furnished by a provider qualified to furnish emergency services, and • جن کی ایک ہنگامی طبی حالت کا جائزہ لینے یا اس کو مستحکم کرنے کے لیے ضرورت ہو۔ ایک طبی ہنگامی صورتحال تب ہوتی ہے جب آپ کو، یا صحت اور طب کا اوسط علم رکھنے والے کسی عام فرد کو اس بات کا یقین ہو کہ آپ کو لاحق طبی علامات کو فوری طبی توجہ کی ضرورت ہے تاکہ آپ کی زندگی کے خاتمے (اور، اگر آپ ایک حاملہ عورت ہیں، تو نامولود بچے کے ضائع ہونے)، کسی عضو کے ضائع ہونے، یا عضو کے کام کرنے کی صلاحیت کے ضائع ہونے کو روکا جا سکے۔ طبی علامات میں کوئی بیماری، چوٹ، شدید تکلیف، یا کوئی ایسی طبی کیفیت ہو سکتی ہے جو تیزی سے مزید بگڑتی جا رہی ہو۔ بیرون نیٹ ورک فراہم کی گئی ضروری ہنگامی سروسز کے اخراجات کا اشتراک ایسی سروسز کے اندرون نیٹ ورک فراہم ہونے جتنا ہی ہے۔ ریاست ہائے متحدہ (U.S.) کے باہر ہنگامی نگہداشت عالمی ہنگامی کوریج کے وظیفے کے تحت کوور شدہ ہو سکتی ہے۔ ایمرجنسی نگہداشت، اور بحالی کے بعد کی نگہداشت کے لیے ہم ہر تقویمی سال میں $10,000 تک کی عالمی ہنگامی کوریج کی پیشکش کرتے ہیں۔ مزید جاننے کے لیے اس چارٹ میں "عالمی ہنگامی نگہداشت کی کوریج" دیکھیں۔	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ اگر آپ ہسپتال میں داخل ہوتے ہیں، تو آپ اخراجات کے اشتراک کی وہ ادائیگی کریں گے جو کہ اس چارٹ میں "اندرونی مریض ہسپتال کی نگہداشت" میں واضح کی گئی ہے۔ Your cost-share is the same for in-network or out-of-network emergency services. If you receive emergency care at an out-of-network hospital and need inpatient care after your emergency condition is stabilized, you must return to a network hospital in order for your care to continue to be covered *OR* you must have your inpatient care at the out-of-network hospital authorized by the plan and your cost is the highest cost sharing you would pay at a network hospital.
Fitness benefit (Supplemental)* آپ تندرستی کے مراکز میں شرکت کے لیے تندرستی کے مرکز کی ممبرشپ حاصل کرتے ہیں۔ اگر آپ تندرستی کے مرکز میں جانے سے قاصر ہیں یا گھر سے ورزش کرنے کو ترجیح دیتے ہیں، تو آپ گھریلو تندرستی کی کٹ منتخب کر سکتے ہیں۔ یہ کٹ آپ کو اپنے گھر کے آرام دہ ماحول سے فعال رہنے میں مدد کرے گی۔ گھریلو تندرستی کے اختیارات میں تندرستی کا ٹریکر، مضبوطی یا یوگا کٹس شامل ہیں۔ اگر آپ ایک تندرستی کے مرکز میں ورزش کرنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو آپ ویب سائٹ دیکھ سکتے ہیں اور ایک شرکت کرنے والے مقام کا انتخاب کر سکتے ہیں، یا آپ کسی شرکت کرنے والے تندرستی کے مرکز میں براہ راست جا کر شروعات کر سکتے ہیں۔ شرکت کرنے والے ادارے اور تندرستی کے سلسلہ وار مراکز مقام کے حساب سے مختلف ہو سکتے اور تبدیلی سے مشروط ہوتے ہیں۔ کٹس تبدیل ہو سکتی ہیں۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ اپنے ورزش کے معمول کو شروع یا تبدیل کرنے سے پہلے ہمیشہ اپنے ڈاکٹر سے بات کریں۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Health and wellness education programs*	
Health Management Programs ہمارے پاس کسی تشخیص شدہ صحت کی حالت کا نظم کرنے میں آپ کی مدد کے لیے پروگرامز دستیاب ہیں۔ Programs include: • دمے کا نظم۔ • ڈپریشن کا نظم۔ • ذیابیطس کا نظم۔ • بلند فشار خون کا نظم۔ • کارڈیو ویسکولر بیماری (CVD) کا نظم۔ • پھیپھڑے میں رکاوٹ کی دائمی بیماری (COPD) کا نظم۔ • حمل کا نظم۔ سیکھنے کے مواد اور نگہداشت کی تجاویز دستیاب ہیں۔ ہم آپ کی اپنے فراہم کنندہ کے ساتھ کام کرنے میں بھی مدد کر سکتے ہیں۔ Enrollment in Health Management Programs: • آپ کو خود کار طور پر اُن پروگرام (پروگرامز) میں شامل کر دیا جاتا ہے جو آپ کے طبی یا فارمیسی کے دعووں کے ڈیٹا کی بنیاد پر آپ کی ضروریات کو سب سے بہترین طریقے سے پورا کرتے ہیں۔ • آپ اپنے فراہم کنندہ یا ذاتی حوالے کے ذریعے بھی شامل ہو سکتے ہیں۔ چند مخصوص تقاضے ہیں جنہیں اندراج کے لیے آپ کو پورا کرنا ضروری ہے۔ Disenrollment from Health Management Programs: • یہ پروگرامز رضا کارانہ ہیں، اور آپ کسی بھی وقت کسی پروگرام سے ہٹائے جانے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ You can learn more or enroll in any of the programs above by calling our Health Management Department at (866) 891-2320 (TTY: 711), (Monday to Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Eastern Standard Time.	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Health Promotion Programs Other programs designed to enrich your health and lifestyle are also available, such as: • سگریٹ نوشی کو روکنے کا پروگرام۔ • وزن پر قابو پانے کا پروگرام۔ For information and/or materials for smoking cessation or weight control call (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), Monday to Friday, 8 (a.m. to 8 p.m. (Eastern Standard Time.	
Nurse Advice Line	

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Health and wellness education programs* (continued) چاہے آپ کی صحت کو فوری تشویشناک صورتحال کا سامنا ہو، آپ کو طبی عارضے کے بارے میں سوالات درپیش ہوں، یا صحت کے دستیاب وسائل کے بارے میں عمومی معلومات چاہتے ہوں، نرس کی مشورہ جاتی لائن ہفتے کے 7 دن، دن کے 24 گھنٹے دستیاب ہے۔ ایک رجسٹرڈ نرس آپ کی اس بات کے تعین میں مدد کرے گی کہ آیا آپ اپنی نگہداشت کو گھر میں نظم کر سکتے ہیں یا آپ کو ایک طبی پیشہ ور فرد کی ضرورت ہے۔ ایک رجسٹرڈ نرس سے بیماریوں اور چوٹوں کے متعلق بات کرنے کے لیے، دن یا رات، کسی بھی وقت کال کریں۔ • No referral or prior authorization is needed یہ سروس ہنگامی صورتوں کے لیے نہیں ہے۔ کسی ہنگامی صورت میں، فوراً 911 ڈائل کریں۔	
Healthy You Card The plan's Healthy You card may be used to pay for select supplemental plan benefits such as: • Over-the-counter (OTC) • Food and Produce* • Transportation پہلے سے لوڈ کردہ ڈیبٹ کارڈ کریڈٹ کارڈ نہیں ہے۔ آپ کارڈ کو کیش میں تبدیل نہیں کر سکتے یا دیگر افراد کو ادھار کے طور پر نہیں دے سکتے۔ کاسمیٹک طریقہ ہائے کار اس وظیفے کے کارڈ کے تحت کوور نہیں کیے جاتے۔ کارڈ میں فنڈز سہ ماہی بنیاد پر لوڈ کیے جاتے ہیں۔ ہر سہ ماہی کے اختتام پر، کوئی بھی غیر استعمال شدہ مختص کردہ رقم اگلی سہ ماہی یا منصوبے کے اگلے سال میں شامل نہیں ہو گی۔ اگر آپ منصوبہ چھوڑ دیتے ہیں تو کوئی بھی غیر استعمال شدہ مختص کردہ فنڈز آپ کے اخراج کی مؤثر تاریخ پر منصوبے کو واپس منتقل ہو جائیں گے۔ اِس بارے میں مزید معلومات کے لیے کہ دائمی امراض، خوراک و مصنوعہ جاتی وظائف کے لیے خصوصی سپلیمینٹل وظائف کے لیے کیسے اہلیت حاصل کی جائے، براہِ کرم Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کی ممبر سروسز کو کال کریں۔ الاؤنسز برائے SSBCI تک رسائی حاصل کرنے کے لیے، ممبر کا ایک اہل دائمی کیفیت میں مبتلا ہونا؛ اُن کے پاس اُن کے موجودہ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) میں اندراج کے لیے مکمل کیا گیا ایک معقول HRA ہونا؛ اور انہیں Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کی کیس مینیجمنٹ کے ساتھ تعاون میں ایک فزیشن کی منظوری فراہم کرنا ضروری ہے۔ مزید معلومات کے لیے اس چارٹ میں "دائمی بیمار افراد کے لیے خصوصی اضافی وظائف" سے رجوع کریں۔	آپ کے Healthy You کارڈ کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**	**Hearing services** جب کسی فزیشن، آڈیولوجسٹ، یا کسی دیگر اہل فراہم کنندہ کی جانب سے اس بات کے تعین کے لیے سماعت اور توازن کے تشخیصی جائزے کیے جائیں کہ آیا آپ کو طبی علاج کی ضرورت ہے تو یہ بیرونی مریض نگہداشت کے طور پر کوور کیے جاتے ہیں۔ Medicare کے کوور شدہ سماعت اور توازن کے تشخیصی جائزے اس بات کے تعین میں مدد کرتے ہیں کہ آیا آپ کو طبی علاج کی ضرورت ہے یا نہیں۔ یہ جائزہ صرف ایک طبی ضرورت پر مبنی ہوتا ہے، جیسا کہ کسی بیماری، مرض، زخم، یا سرجری کی وجہ سے ہوئی سماعت کی محرومی۔ We cover the following under your Medicaid benefit when medically necessary to alleviate disability caused by loss or impairment of hearing: • Hearing aid selection, fitting and dispensing • Hearing aid checks, conformity evaluations and repairs • آلہ سماعت کی مصنوعات جیسا کہ ایئر مولڈز، خصوصی فٹنگز، اور تبدیلی کے پرزے۔ آڈیولوجی کی سروسز، بشمول تشخیصات اور ٹیسٹنگ، آلہ سماعت کے تجزیے اور نسخے۔
Medicare کی کوور شدہ احتیاطی HIV اسکریننگ کے لیے اہل ممبرز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔	**HIV screening*** For people who ask for an HIV screening test or who are at increased risk for HIV infection, we cover: • One screening exam every 12 months For women who are pregnant, we cover: • Up to three screening exams during a pregnancy

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Home health agency care گھر پر صحت کی سروسز حاصل کرنے سے قبل، ایک ڈاکٹر کو اس کی تصدیق کرنا ہو گی کہ آپ کو گھر پر صحت کی سروسز درکار ہیں اور وہ گھر پر صحت کی سروسز کی فراہمی کے لیے گھریلو صحت کی ایجنسی کو آرڈر کرے گا۔ آپ گھر تک محدود ہونے چاہیئیں، یعنی گھر سے باہر جانا بہت محنت طلب کام ہو۔ Covered services include, but are not limited to: • Part-time or intermittent skilled nursing and home health aide services (To be covered under the home health care benefit, your skilled nursing and home health aide services combined (must total fewer than 8 hours per day and 35 hours per week • Physical therapy, occupational therapy, and speech therapy • Medical and social services • Medical equipment and supplies	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Home infusion therapy گھر پر انفیوژن تھیراپی میں کسی شخص کو گھر میں رگ میں یا زیر جلد ادویات یا حیاتیاتی مادوں کی فراہمی شامل ہے۔ گھر میں انفیوژن کا عمل کرنے کے لیے درکار اجزاء میں دوا (مثلاً، اینٹی وائرلز، امیون گلوبیولین)، ساز و سامان (مثلاً، ایک پمپ)، اور سپلائیز (مثلاً ٹیوبنگ اور کیتھیٹرز) شامل ہیں۔ Covered services include, but are not limited to: • Professional services, including nursing services, furnished in accordance with the plan of care • Patient training and education not otherwise covered under the durable medical equipment benefit • Remote monitoring • Monitoring services for the provision of home infusion therapy and home infusion drugs furnished by a qualified home infusion therapy supplier	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
***Hospice care**	
You are eligible for the hospice benefit when your doctor and the hospice medical director have given you a terminal prognosis certifying that you're terminally ill and have 6 months or less to live if your illness runs its normal course. آپ کسی Medicare کے مستند مریض خانے کے پروگرام سے نگہداشت حاصل کر سکتی ہیں۔ Your plan is obligated to help you find Medicare-certified hospice programs in the plan's service area, including those the MA organization owns, controls, or has a financial interest in. Your hospice doctor can be a network provider or an out-of-network provider.	جب آپ Medicare کے مستند مریض خانے کے پروگرام میں اندراج کرواتے ہیں، تو آپ کی مریض خانے کی سروسز اور آپ کی حصہ A اور حصہ B کی سروسز جو آپ کے موذی مرض کی پیشگی تشخیص سے متعلق ہوں، اُن کی ادائیگی Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کی جانب سے نہیں بلکہ Original Medicare کی جانب سے کی جاتی ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
(Hospice care* (continued Covered services include: • Drugs for symptom control and pain relief • Short-term respite care • Home care For hospice services and for services that are covered by Medicare Part A or B and are related to your terminal prognosis: Medicare (بجائے ہمارے منصوبے کے) آپ کی لاعلاج بیماری کی تشخیص سے متعلقہ مریض خانے کی سروسز کے لیے آپ کے مریض خانے کے فراہم کنندہ کو ادائیگی کرے گا۔ آپ کے مریض خانے میں موجود رہنے کے دوران، آپ کا مریض خانے کا فراہم کنندہ اُن سروسز کے لیے Original Medicare کو بل ارسال کرے گا جن کی ادائیگی Original Medicare کرتا ہے۔ آپ کو Original Medicare کے اخراجات کے اشتراک کا بل دیا جائے گا۔ For services that are covered by Medicare Part A or B and are not related to your terminal prognosis: اگر آپ کو ایسی غیر ہنگامی، اور فوری درکار نہ ہونے والی سروسز کی ضرورت ہے جو کہ Medicare حصہ A یا B کے تحت کوور شدہ ہیں اور آپ کی لاعلاج بیماری کی تشخیص سے متعلقہ نہیں ہیں، تو ان سروسز کے لیے آپ کے اخراجات اس بات پر منحصر ہیں کہ آیا آپ ہمارے منصوبے کے نیٹ ورک میں موجود فراہم کنندہ کا استعمال اور منصوبے کے اصولوں کی پیروی (جیسا کہ اگر پیشگی اجازت کے حصول کا کوئی تقاضہ ہو) کرتے ہیں۔ • If you obtain the covered services from a network provider and follow plan rules for obtaining service, you only pay the plan cost-sharing amount for in-network services • If you obtain the covered services from an out-of-network provider, you pay the cost sharing under Fee-for-(Service Medicare (Original Medicare For services that are covered by Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) but are not covered by Medicare Part A or B: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) will continue to cover plan-covered services that are not covered under Part A or B whether or not they are related to your terminal prognosis. آپ ان سروسز کے لیے اپنے منصوبے کے اخراجات کی اشتراکی رقم ادا کرتے ہیں۔ For drugs that may be covered by the plan's Part D benefit: اگر ان ادویات کا آپ کی لاعلاج مریض خانے کی کیفیت سے تعلق نہیں ہے تو آپ اخراجات کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر ان کا تعلق آپ کی لاعلاج مریض خانے کی کیفیت سے ہے تو آپ Original Medicare کے اخراجات کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ ادویات کبھی بھی مریض خانے اور ہمارے منصوبے دونوں کی جانب سے بیک وقت کوور نہیں کی جاتیں۔ For more information,	ہمارا منصوبہ مریض خانے کے وظیفے کا انتخاب نہ کرنے والے لاعلاج بیمار فرد کے لیے مریض خانے کی مشاورت کی سروسز کو (صرف ایک مرتبہ) کوور کرتا ہے۔ اس وظیفے کے لیے اہل ممبرز کی کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
please see Chapter 5, Section 9.4 *(What if you're in Medicare-certified hospice)*.	
Hospice care* (continued) **نوٹ کریں:** اگر آپ کو غیر مریض خانہ کی نگہداشت (نگہداشت جس کا آپ کی لاعلاج بیماری کی شدت میں اضافے سے تعلق نہ ہو)، تو سروسز کے انتظام کے لیے آپ کو ہم سے رابطہ کرنا چاہیئے۔ ہمارا منصوبہ مریض خانے کے وظیفے کا انتخاب نہ کرنے والے لاعلاج بیمار فرد کے لیے مریض خانے کی مشاورت کی سروسز کو (صرف ایک مرتبہ) کوور کرتا ہے۔	
Immunizations* Covered Medicare Part B services include: • Pneumonia vaccines • Flu/influenza shots (or vaccines), once each flu/influenza season in the fall and winter, with additional flu/influenza shots (or vaccines) if medically necessary • Hepatitis B vaccines if you are at high or intermediate risk of getting Hepatitis B • COVID-19 vaccines • Other vaccines if you are at risk and they meet Medicare Part B coverage rules ہم اپنے حصہ D کے نسخہ جاتی دوا کے وظیفے کے تحت بھی زیادہ تر دیگر بالغانہ ویکسینز کو کوور کرتے ہیں۔ اضافی معلومات کے لیے براہ کرم باب 6، سیکشن 8 سے رجوع کریں۔	نمونیا، زکام/انفلوئنزا، ہیپاٹائٹس B، اور COVID-19 کی ویکسینز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
	Inpatient hospital care
آپ وظیفے کے ہر دورانیہ میں ہسپتال کے 1-90 دنوں کے لیے $0 ادا کرتے ہیں۔ Our plan covers 60 "lifetime reserve days." یہ "اضافی" دن ہیں جن کو ہم کوور کرتے ہیں۔ اگر آپ کا ہسپتال میں قیام وظیفے کے ایک دورانیے میں 90 دنوں سے زیادہ ہے، تو آپ ان اضافی 60 دنوں کا استعمال کر سکتے ہیں، آپ کی اندرونی مریض ہسپتال کی کوریج ہر وظیفے کے دورانیے میں 90 دنوں تک محدود ہو گی۔ اضافی سروسز آپ کے Medicaid کے وظائف اور ہدایات کے مطابق کوور کی جا سکتی ہیں۔ اگر آپ منظور شدہ اندرونی مریض کی نگہداشت اپنی ہنگامی حالت کے سنبھلنے کے بعد ایک بیرون نیٹ ورک ہسپتال سے حاصل کرتے ہیں، تو آپ کے اخراجات وہ اخراجات کا اشتراک ہوں گے جو آپ ایک نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کریں گے۔	اس میں اندرونی مریض کی قلیل مدتی، اندرونی مریض کی بحالی، طویل مدتی نگہداشت کے ہسپتال اور دیگر اقسام کی اندرونی مریض کی ہسپتال کی سروسز شامل ہیں۔ اندرونی مریض کی ہسپتال کی نگہداشت اس دن سے شروع ہوتی ہے جب آپ ڈاکٹر کے حکم کے ساتھ باضابطہ طور پر ہسپتال میں داخل کر دیے جاتے ہیں۔ آپ کے ڈسچارج ہونے سے پہلے والا دن آپ کا آخری اندرونی مریض کا دن ہوتا ہے۔ Covered services include but are not limited to: • Semi-private room (or a private room if medically necessary) • Meals including special diets • Regular nursing services • Costs of special care units (such as intensive care or coronary care units) • Drugs and medications • Lab tests • X-rays and other radiology services • Necessary surgical and medical supplies • Use of appliances, such as wheelchairs • Operating and recovery room costs

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
(Inpatient hospital care (continued • Physical, occupational, and speech language therapy • Inpatient substance use disorder services • Under certain conditions, the following types of transplants are covered: corneal, kidney, kidney-pancreatic, heart, liver, lung, heart/lung, bone marrow, stem cell, and intestinal/multivisceral. اگر آپ کو ٹرانسپلانٹ کی ضرورت ہے تو، ہم آپ کے کیس پر نظر ثانی ایک Medicare سے منظور شدہ ٹرانسپلانٹ کے مرکز سے کروانے کا انتظام کریں گے اور وہ طے کرے گا کہ آیا آپ ایک ٹرانسپلانٹ کے امیدوار ہیں۔ ٹرانسپلانٹس کے فراہم کنندگان مقامی یا سروس ایریا کے باہر سے ہو سکتے ہیں۔ اگر ہماری اندرون نیٹ ورک ٹرانسپلانٹ سروسز کمیونٹی کے طرز نگہداشت سے باہر ہیں، تو آپ مقامی طور پر ٹرانسپلانٹ کے حصول کا انتخاب کر سکتے ہیں بشرطیکہ مقامی ٹرانسپلانٹ کے فراہم کنندگان Original Medicare کا ریٹ قبول کرنے کے لیے رضامند ہوں۔ اگر Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) ٹرانسپلانٹ کی سروسز ایک ایسے مقام پر مہیا کرتا ہے جو کہ آپ کی کمیونٹی کے ٹرانسپلانٹس کے طرز نگہداشت سے باہر ہو اور آپ اس فاصلاتی مقام سے ٹرانسپلانٹس حاصل کرنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو ہم آپ اور آپ کے ایک ساتھی کے لیے مناسب رہائش اور سفری اخراجات کا بندوبست کریں گے یا ان کی ادائیگی کریں گے۔ • Blood - including storage and administration. Coverage of whole blood and packed red cells begins only with the fourth pint of blood that you need - you must either pay the costs for the first 3 pints of blood you get in a calendar year or have the blood donated by you or someone else. All other components of blood are covered beginning • Physician services **نوٹ کریں:** اندرونی مریض ہونے کے لیے، آپ کے فراہم کنندہ کا ایک حکم نامہ تحریر کرنا ضروری ہو گا تاکہ آپ کو باضابطہ طور پر ہسپتال کے اندرونی مریض کے طور پر داخل کیا جا سکے۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔ اگر آپ غیر یقینی کا شکار ہیں کہ آپ اندرونی مریض ہیں یا بیرونی مریض، تو آپ کو ہسپتال کے عملے سے پوچھنا چاہیئے۔ You can also find more information in a Medicare fact sheet called *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!* This fact sheet is available on the Web at https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users call 1-877-486-2048. آپ ان نمبرز پر دن کے 24 گھنٹے، ہفتے کے 7 دن، مفت کال کر سکتے ہیں۔	**پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
	Inpatient services in a psychiatric hospital
You pay $0 for days 1 - 90 of a hospital stay per benefit period. Our plan also covers 60 "lifetime reserve days." یہ "اضافی" دن ہیں جن کو ہم کوور کرتے ہیں۔ اگر آپ کا ایک وظیفے کے دورانیے میں ہسپتال میں قیام 90 دن سے زیادہ کا ہے، تو آپ ان اضافی دنوں کا استعمال کر سکتے ہیں۔ لیکن جب آپ ان اضافی 60 دنوں کو استعمال کر لیں گے، تو آپ کی اندرونی مریض کی ہسپتال کی کوریج کو ایک وظیفے کے دورانیے میں 90 دنوں تک محدود کر دیا جائے گا۔ اگر آپ منظور شدہ اندرونی مریض کی نگہداشت اپنی ہنگامی حالت کے سنبھلنے کے بعد ایک بیرون نیٹ ورک ہسپتال سے حاصل کرتے ہیں، تو آپ کے اخراجات وہ اخراجات کا اشتراک ہوں گے جو آپ ایک نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کریں گے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔** آپ کے ڈاکٹر کو ہمیں لازمی بتانا ہو گا کہ آپ کسی ہسپتال میں داخل ہونے جا رہے ہیں، ماسوائے کسی ہنگامی صورت کے۔	Covered services include mental health care services that require a hospital stay • You can get these services either in a general hospital or a psychiatric hospital that only cares for people with mental health conditions. • If you're in a psychiatric hospital (instead of a general hospital), Medicare only pays for up to 190 days of inpatient psychiatric hospital services during your lifetime. • If you used part of your 190-day lifetime limit prior to enrolling in our plan, then the number of covered lifetime hospital days is reduced by the number of inpatient days for mental health care treatment previously covered by Medicare in a psychiatric hospital. • The 190-day limit does not apply to mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital. • There's no limit to the number of benefit periods you can have when you get mental health care in a general hospital. آپ نفسیاتی ہسپتال میں نگہداشت حاصل کرتے وقت بھی متعدد وظیفہ جاتی دورانیے حاصل کر سکتے ہیں مگر اِس پر 190 دن کی لائف ٹائم حد عائد ہے۔ • Medicaid covers inpatient stays after the 190-day limit is reached. وظیفے کے دورانیے یا زندگی بھر کی کوئی حد نہیں ہے۔ • You must use contracted behavioral health providers. نیٹ ورک روہ جاتی صحت کے فراہم کنندگان کی فہرست کے لیے براہ کرم ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔ Medicare doesn't cover; • Private duty nursing • A phone or television in your room • A private room (unless medically necessary)
وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**	**Inpatient stay: Covered services received in a hospital or SNF during a non-covered inpatient stay** اگر آپ نے اپنے اندرونی مریض کے وظائف مکمل استعمال کر لیے ہیں یا اندرونی مریض کا قیام غیر معقول اور غیر ضروری ہے، تو ہم آپ کے اندرونی مریض کے قیام کو کوور نہیں کریں گے۔ تاہم، کچھ صورتوں میں، ہم چند مخصوص سروسز کو کوور کریں گے جو آپ ایک ہسپتال یا مہارت یافتہ نرسنگ کے ادارے (SNF) میں موصول کرتے ہیں۔ Covered services include but are not limited to: • Physician services • Diagnostic tests (like lab tests)

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Inpatient stay: Covered services received in a hospital or SNF during a non-covered inpatient stay (continued) • X-ray, radium, and isotope therapy including technician materials and services • Surgical dressings • Splints, casts and other devices used to reduce fractures and dislocations • Prosthetics and orthotics devices (other than dental) that replace all or part of an internal body organ (including contiguous tissue), or all or part of the function of a permanently inoperative or malfunctioning internal body organ, including replacement or repairs of such devices • Leg, arm, back, and neck braces; trusses; and artificial legs, arms, and eyes including adjustments, repairs, and replacements required because of breakage, wear, loss, or a change in the patient's physical condition • Physical therapy, speech therapy, and occupational therapy	
Medical nutrition therapy* یہ وظیفہ ذیابیطس، رینل (گردوں کی) بیماری (لیکن ڈایا لائسز پر موجود نہ ہونے والے) والے افراد کے لیے ہے، یا گردوں کے ٹرانسپلانٹ کے بعد جب آپ کے ڈاکٹر نے اس کا حکم دیا ہو۔ ہم آپ کے اُس پہلے سال کے دوران 3 گھنٹے کی روبرو کاؤنسلنگ سروسز کو کوور کرتے ہیں جس میں آپ Medicare (اس میں ہمارا منصوبہ، کوئی دوسرا Medicare Advantage منصوبہ، یا Original Medicare شامل ہے) کے تحت میڈیکل نیوٹریشن تھیراپی سروسز حاصل کرتے ہیں، اور اُس کے بعد ہر سال 2 گھنٹوں کو کوور کرتے ہیں۔ اگر آپ کی کیفیت، علاج، یا تشخیص تبدیل ہو جاتی ہے، تو آپ ممکنہ طور پر فزیشن کے حکم کے ساتھ علاج کے زیادہ گھنٹے حاصل کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔ ان سروسز کی تجویز ایک فزیشن کو دینی ہو گی اور اگر آپ کے علاج کی اگلے تقویمی سال میں ضرورت ہو تو اپنے حکم کی سالانہ تجدید کرنا ہو گی۔	Medicare کی کوور شدہ طبی غذائی تھیراپی کی سروسز کے لیے اہل ممبرز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)*	
Medicareکی صحت کے تمام منصوبہ جات کے تحت Medicare کے بینیفیشریز کے لیے MDPP سروسز کا احاطہ کیا جائے گا۔ MDPP صحت کے رویے کی تبدیلی کی ایک منظم مداخلت ہے جو وزن میں کمی اور ایک صحت مند طرزِ زندگی کو برقرار رکھنے میں حائل ہونے والی رکاوٹوں سے نمٹنے کے لیے اپنی غذا میں طویل مدتی تبدیلی، جسمانی سرگرمی میں اضافے، اور مسائل کے حل کی حکمت عملیوں کے متعلق عملی تربیت فراہم کرتا ہے۔	MDPP وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Medicare Part B prescription drugs یہ ادویات Original Medicare کے حصہ B کے تحت کوور شدہ ہیں۔ ہمارے منصوبے کے ممبرز ان ادویات کے لیے ہمارے منصوبے سے کوریج حاصل کرتے ہیں۔ Covered drugs include: • Drugs that usually aren't self-administered by the patient and are injected or infused while you are getting physician, hospital outpatient, or ambulatory surgical center services • Insulin furnished through an item of durable medical equipment (such as a medically necessary insulin pump) • Other drugs you take using durable medical equipment (such as nebulizers) that were authorized by the plan • The Alzheimer's drug, Leqembi®, (generic name lecanemab), which is administered intravenously. ادویہ کی لاگتوں کے علاوہ، آپ کو ایسے اضافی اسکینز اور ٹیسٹوں کی ضرورت بھی ہو سکتی ہے کہ جو آپ کی مجموعی لاگتوں میں شامل ہو سکیں۔ Talk to your doctor about what scans and tests you may need as part of your treatment • Clotting factors you give yourself by injection if you have hemophilia • Transplant/Immunosuppressive Drugs: Medicare اُس صورت میں ٹرانسپلانٹ دوا کی تھیراپی کوور کرتا ہے اگر Medicare نے آپ کے عضویاتی ٹرانسپلانٹ کی ادائیگی کی ہو۔ کوور شدہ ٹرانسپلانٹ کے وقت آپ کا حصہ A کا حامل ہونا لازم ہے، اور امیونوسپریسیو ادویات حاصل کرتے وقت آپ کا حصہ B کا حامل ہونا لازم ہے۔ Keep in mind, Medicare drug coverage (Part D) covers immunosuppressive drugs if Part B doesn't cover them • Injectable osteoporosis drugs, if you are homebound, have a bone fracture that a doctor certifies was related to post-menopausal osteoporosis, and cannot self-administer the drug • Some Antigens: Medicare covers antigens if a doctor prepares them and a properly instructed person (who could be you, the patient) gives them under appropriate supervision • Certain oral anti-cancer drugs: Medicare اِس صورت کچھ اورل کینسر کُش ادویات کو کوور کرتا ہے کہ جو آپ کھاتے ہیں کہ اگر وہی دوا بذریعہ انجیکشن لگائی جانے والی صورت میں دستیاب ہو یا دوا انجیکٹ کرنے لائق دوا کا ایک پروڈرگ (دوا کی ایک اورل قسم کہ، جو لی جائے، تو اُسی فعال جز میں تحلیل ہو جاتی ہے کہ جو انجیکٹ کرنے لائق دوا میں پائی گئی ہو) ہو۔ جیسے ہی نئی اورل کینسر ادویات دستیاب ہوں، حصہ B اُن کو ممکنہ طور پر کوور کر سکتا ہے۔ If Part B doesn't cover them, Part D does	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. انسولین کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **حصہ B کی ادویات سٹیپ تھیراپی سے مشروط ہو سکتی ہیں۔** **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
(Medicare Part B prescription drugs (continued • Oral anti-nausea drugs: Medicare covers oral anti-nausea drugs you use as part of an anti-cancer chemotherapeutic regimen if they're administered before, at, or within 48 hours of chemotherapy or are used as a full therapeutic replacement for an intravenous anti-nausea drug • Certain oral End-Stage Renal Disease (ESRD) drugs if the same drug is available in injectable form and the Part B ESRD benefit covers it • Calcimimetic medications under the ESRD payment system, including the intravenous medication Parsabiv®, and ®the oral medication Sensipar • Certain drugs for home dialysis, including heparin, the antidote for heparin when medically necessary, and topical anesthetics • Erythropoiesis-stimulating agents: Medicare covers erythropoietin by injection if you have End-Stage Renal Disease (ESRD) or you need this drug to treat anemia related to certain ®other conditions (such as Procrit) • Intravenous Immune Globulin for the home treatment of primary immune deficiency diseases • Parenteral and enteral nutrition (intravenous and tube feeding) کچھ کیسز میں، اس سے قبل کہ ہم اسی کیفیت کے لیے کسی دوسری دوا کو کوور کریں، ہمیں یہ چیز درکار ہوتی ہے کہ آپ اپنی طبی کیفیت کے علاج کے لیے پہلے کچھ مخصوص ادویات کا تجربہ کریں۔ مثلاً، اگر دوا A اور دوا B دونوں ہی کیفیت کا علاج کرتی ہوں لیکن دوا A کی قیمت کم ہو، تو آپ کو پہلے دوا A کا استعمال کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اگر حصہ A آپ کے لیے کام نہ کرے، تو ہم پھر دوا B کو کوور کریں گے۔ The following link will take you to a list of Part B Drugs that may be subject to Step Therapy SWHNY.com. ہم اپنے حصہ B اور حصہ D کے نسخہ جاتی دوا کے وظیفے کے تحت کچھ ویکسینز کو بھی کوور کرتے ہیں۔ باب 5 حصہ D کے نسخہ جاتی دوا کے وظیفے کی وضاحت کرتا ہے، بشمول اُن اصولوں کے جن کی نسخوں کی کوریج کے لیے آپ کی جانب سے پیروی کرنا ضروری ہے۔	

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Obesity screening and therapy to promote sustained weight loss* اگر آپ کا باڈی ماس انڈیکس 30 یا اس سے زیادہ ہے، تو ہم آپ کی وزن میں کمی میں مدد کے لیے انتہائی درجے کی کاؤنسلنگ کو کوور کرتے ہیں۔ یہ کاؤنسلنگ تب کوور کی جاتی ہے جب آپ اسے ایک بنیادی نگہداشت کے ماحول میں حاصل کرتے ہیں، جہاں اسے آپ کے جامع احتیاط کے منصوبے کے ساتھ مربوط کیا جا سکے۔ مزید جاننے کے لیے اپنے بنیادی نگہداشت کے ڈاکٹر یا پریکٹیشنر سے بات کریں۔	موٹاپے کی احتیاطی اسکریننگ اور تھیراپی کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Opioid treatment program services Members of our plan with opioid use disorder (OUD) can receive coverage of services to treat OUD through an Opioid Treatment Program (OTP) which includes the following services: • U.S. Food and Drug Administration (FDA)-approved opioid agonist and antagonist medication-assisted treatment (MAT) medications • Dispensing and administration of MAT medications (if applicable) • Substance use disorder counseling • Individual and group therapy • Toxicology testing • Intake activities • Periodic assessments	Medicare کے کوور شدہ بیرونی مریض کے درد کش ادویات سے علاج کے پروگرام کی سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **Medicare کے کوور شدہ بیرونی مریض کے درد کش ادویات سے علاج کے پروگرام کی سروسز کے لیے پیشگی اجازت درکار نہیں ہے، تاہم اس کی ضرورت ہو سکتی ہے اگر آپ کو علاج بمع درد کش ادویات درکار ہو۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Outpatient diagnostic tests and therapeutic services and supplies	
Covered services include, but are not limited to: • X-rays • Radiation (radium and isotope) therapy including technician materials and supplies • Surgical supplies, such as dressings • Splints, casts and other devices used to reduce fractures and dislocations • Laboratory tests • Blood - including storage and administration. Coverage of whole blood and packed red cells begins only with the fourth pint of blood that you need - you must either pay the costs for the first 3 pints of blood you get in a calendar year or have the blood donated by you or someone else. خون کے بقیہ تمام اجزاء کی کوریج استعمال ہونے والی پہلی بوتل سے شروع ہوتی ہے۔ • Other outpatient diagnostic tests - non-radiological diagnostic services such as EKGs, EEGs, pulmonary function tests, sleep studies, and treadmill stress tests. • Diagnostic radiological services (both complex and non-complex) such as specialized scans, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, nuclear studies, ultrasounds, diagnostic mammograms and interventional radiological procedures (myelogram, cystogram, angiogram, and barium studies). • No authorization is required for outpatient lab services and outpatient X-ray services.	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔** **بیرونی مریض کی لیب کی سروسز کی مد میں کوئی اجازت درکار نہیں ہے۔** **جینیاتی لیب ٹیسٹنگ کے لیے پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے۔**

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
	Outpatient hospital observation
ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**	مشاہدے کی سروسز ہسپتال کی وہ بیرونی مریض کی سروسز ہوتی ہیں جو اس بات کا تعین کرنے کے لیے دی جاتی ہیں کہ آیا آپ کو اندرونی مریض کے طور پر داخل کرنے کی ضرورت ہے یا آپ کو ڈسچارج کیا جا سکتا ہے۔ اس مقصد کے لیے کہ بیرونی مریض کی ہسپتال کے مشاہدے کی سروسز کوور ہو سکیں، انہیں Medicare کے تقاضوں پر پورا اترنا اور انہیں معقول اور ضروری قرار دیا جانا ضروری ہے۔ مشاہدے کی سروسز صرف تب کوور کی جاتی ہیں جب وہ کسی فزیشن کے حکم یا کسی ایسے فرد کے حکم سے فراہم کی جائیں جو ریاست کے لائسنس کے قانون اور ہسپتال کے عملے کے خصوصی ضابطوں کی جانب سے مریضوں کو ہسپتال میں داخل کرنے یا بیرونی مریض کے ٹیسٹس کا حکم دینے کے لیے اجازت یافتہ ہو۔ **نوٹ کریں:** تاوقتیکہ فراہم کنندہ نے آپ کو اندرونی مریض کے طور پر ہسپتال میں داخل کرنے کا حکم تحریر کیا ہو، آپ ایک بیرونی مریض ہیں اور بیرونی مریض کی ہسپتال کی سروسز کے لیے اخراجات کے اشتراک کی رقوم ادا کریں گے۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔ اگر آپ غیر یقینی کا شکار ہیں کہ آپ بیرونی مریض ہیں یا نہیں، تو آپ کو ہسپتال کے عملے سے پوچھنا چاہیئے۔ You can also find more information in a Medicare fact sheet called *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!* This fact sheet is available on the Web at https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users call 1-877-486-2048. آپ ان نمبرز پر دن کے 24 گھنٹے، ہفتے کے 7 دن، مفت کال کر سکتے ہیں۔

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
	Outpatient hospital services
ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔** **No authorization is required for outpatient lab services and outpatient x-ray services. جینیاتی لیب ٹیسٹنگ کے لیے پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے۔**	ہم طبی طور پر ضروری اُن سروسز کو کوور کرتے ہیں جو آپ کسی بیماری یا چوٹ کی تشخیص یا علاج کے لیے ہسپتال کے بیرونی مریض کے شعبے میں حاصل کرتے ہیں۔ Covered services include, but are not limited to: • Services in an emergency department or outpatient clinic, such as observation serviy • Laboratory and diagnostic tests billed by the hospital • Mental health care, including care in a partial-hospitalization program, if a doctor certifies that inpatient treatment would be required without it • X-rays and other radiology services billed by the hospital • Medical supplies such as splints and casts • Certain drugs and biologicals that you can't give yourself **نوٹ کریں:** تاوقتیکہ فراہم کنندہ نے آپ کو اندرونی مریض کے طور پر ہسپتال میں داخل کرنے کا حکم تحریر کیا ہو، آپ ایک بیرونی مریض ہیں اور بیرونی مریض کی ہسپتال کی سروسز کے لیے اخراجات کے اشتراک کی رقوم ادا کریں گے۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔ اگر آپ غیر یقینی کا شکار ہیں کہ آپ بیرونی مریض ہیں یا نہیں، تو آپ کو ہسپتال کے عملے سے پوچھنا چاہیئے۔
	(Outpatient hospital services (continued You can also find more information in a Medicare fact sheet called *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!* This fact sheet is available on the Web at https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔ آپ ان نمبرز پر دن کے 24 گھنٹے، ہفتے کے 7 دن، مفت کال کر سکتے ہیں۔

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
	Outpatient mental health care
There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. اپنی سالانہ ڈپریشن کی اسکریننگ کے لیے اس چارٹ میں "ڈپریشن اسکریننگ" دیکھیں۔ اگر آپ کو Medicare کی کوور کردہ بیرونی مریض کی دماغی صحت کی نگہداشت کے علاج کی ضرورت ہو تو اِس چارٹ میں "جزوی داخلۂ ہسپتال" ملاحظہ کریں۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**	Covered services include: دماغی صحت کی سروسز جو کہ ایک ریاست کے لائسنس یافتہ ماہر نفسیات یا کسی ڈاکٹر، طبی ماہر نفسیات، طبی سماجی کارکن، طبی ماہر نرس، لائسنس یافتہ پیشہ ور کاؤنسلر (LPC)، لائسنس یافتہ شادی اور خاندان کے تھیراپسٹ (LMFT)، نرس پریکٹشنر (NP)، فزیشن اسسٹنٹ (PA) یا کسی دوسرے Medicare کے دماغی صحت کی نگہداشت لیے اہل پیشہ ور فرد کی جانب سے قابل اطلاق ریاستی قوانین کے تحت حسب اجازت فراہم کی جاتی ہیں۔ Your Medicare outpatient mental health care coverage includes: • One depression screening every calendar year. اسکریننگ ایک بنیادی نگہداشت کے ڈاکٹر کے دفتر یا کسی ایسے بنیادی نگہداشت کے کلینک میں کی جانی چاہیئے جو فالو اپ علاج اور حوالے فراہم کر سکتا ہو۔ • Individual and group psychotherapy with doctors or certain licensed professionals allowed by the state where you get these services. • Family counseling, if the main purpose is to help with your treatment. • یہ جاننے کے لیے ٹیسٹنگ کرنا کہ آیا آپ وہ سروسز حاصل کر رہے ہیں جن کی آپ کو ضرورت ہے اور کیا آپ کا موجودہ علاج آپ کی مدد کر رہا ہے۔ • Psychiatric evaluation. • Medication management.
	Outpatient rehabilitation services
ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔	Covered services include: physical therapy, occupational therapy, and speech language therapy. بیرونی مریض کی بحالی کی سروسز کئی طرح کے بیرونی مریض کے ماحولوں میں فراہم کی جاتی ہیں، جیسا کہ ہسپتال کے بیرونی مریض کے شعبے، آزاد تھیراپسٹ کے دفاتر، اور بیرونی مریض کی بحالی کے جامع مراکز (CORFs)۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Outpatient substance use disorder services Covered services include: • Medicare کی کوور شدہ بیرونی مریض کی منشیات کے بے جا استعمال کی سروسز۔ • اس کے علاوہ، Medicaid انفرادی اور گروپ تھیراپی کے دوروں کو بھی کوور کرتا ہے۔ مندرج فرد کو ایک بارہ (12) ماہ کے دورانیے میں نیٹ ورک فراہم کنندہ کی جانب سے ایک تشخیص کے لیے ذاتی حوالے کے قابل ہونا چاہیئے۔ آپ کو لازمی طور پر ایک Senior Whole Health کے نگہداشت صحت کے روہ جاتی صحت کے فراہم کنندہ کا استعمال کرنا ہو گا۔ براہ کرم مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Outpatient surgery, including services provided at hospital outpatient facilities and ambulatory surgical centers **نوٹ کریں:** اگر آپ ایک ہسپتال کے مرکز میں سرجری کروا رہے ہیں، تو آپ کو اپنے فراہم کنندہ سے جاننا چاہیئے کہ آیا آپ اندرونی مریض ہوں گے یا بیرونی مریض۔ تاوقتیکہ فراہم کنندہ آپ کو اندرونی مریض کے طور پر ہسپتال میں داخل کرنے کا حکم تحریر نہیں کرتا، آپ ایک بیرونی مریض ہیں اور بیرونی مریض کی سرجری کے لیے اخراجات کے اشتراک کے رقوم ادا کریں گے۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Over-the-counter (OTC) items (Supplemental)* آپ منصوبے سے منظور شدہ OTC اشیاء، مصنوعات، اور ادویات پر اپنے Healthy You کارڈ کے ذریعے خرچ کرنے کے لیے ہر ماہ $100 حاصل کرتے ہیں۔ اس ماہانہ الاؤنس کا اشتراک آمدورفت کی غیر ہنگامی (سپلیمینٹل) سروسز کی مد میں ملنے والے الاؤنس کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ آپ اِس الاؤنس کا استعمال اپنے Healthy You کارڈ کے ساتھ OTC کی اشیاء یا آمدورفت کی سروسز، یا دونوں کے امتزاج کے لیے کر سکتے ہیں۔ آپ کی کوریج میں غیر نسخہ جاتی OTC صحت اور تندرستی کی اشیاء جیسا کہ وٹامنز، سن اسکرین، درد سے آرام کی ادویات، کھانسی اور زکام کی ادویات، اور پٹیاں شامل ہیں۔ You can order: Online – visit NationsOTC.com/Molina By Phone – 877-208-9243 to speak with a NationsOTC Member Experience Advisor at (TTY 711), 24 hours a day, seven days a week, 365 days a year. By Mail – Fill out and return the order form in the product catalog. ریٹیل مقامات میں شرکت کے ذریعے۔	اگر آپ اپنا Healthy You کارڈ استعمال کر رہے ہیں تو کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Over-the-counter (OTC) items (Supplemental)* (continued) منصوبے کی منظور کردہ OTC اشیاء کی مکمل فہرست کے لیے اپنے OTC 2025 کے پراڈکٹ کیٹلاگ سے رجوع کریں یا مزید معلومات کے لیے OTC معاونتی فرد کو کال کریں۔ OTC 2025 کے پراڈکٹ کیٹلاگ میں آپ کو اہم معلومات (آرڈر کی رہنما ہدایات) ملیں گی۔ مزید معلومات کے لیے، ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔	
Partial hospitalization services and Intensive outpatient services *Partial hospitalization* is a structured program of active psychiatric treatment provided as a hospital outpatient service or by a community mental health center, that is more intense than the care received in your doctor's, therapist's, licensed marriage and family therapist's (LMFT), or licensed professional counselor's office and is an alternative to inpatient hospitalization. *Intensive outpatient service* is a structured program of active behavioral (mental) health therapy treatment provided in a hospital outpatient department, a community mental health center, a Federally qualified health center, or a rural health clinic that is more intense than the care received in your doctor's, therapist's licensed marriage and family therapist's (LMFT), or licensed professional counselor's office but less intense than partial hospitalization.	Medicare کی کوور شدہ ہسپتال میں جزوی داخلے کی سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Physician/Practitioner services including doctor's office visits Covered services include: • Medically necessary medical care or surgery services furnished in a physician's office, certified ambulatory surgical center, hospital outpatient department, or any other location • Consultation, diagnosis, and treatment by a specialist • Basic hearing and balance exams performed by your PCP, if your doctor orders it to see if you need medical treatment • Certain telehealth services, including primary care services o آپ کو ان سروسز کو بالمشافہ دورے یا ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے حاصل کرنے کا اختیار حاصل ہے۔ اگر آپ ان میں کسی سروس کو ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے حاصل کرنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو آپ کو ایک ایسا نیٹ ورک فراہم کنندہ استعمال کرنا ہو گا جو ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے سروس کی پیشکش کرتا ہے۔ اگر آپ ان میں کسی سروس کو ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے حاصل کرنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو آپ کو ایک ایسا نیٹ ورک فراہم کنندہ استعمال کرنا ہو گا جو ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے سروس کی پیشکش کرتا ہے۔ To locate a network provider, visit our website at SWHNY.com.	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Physician/Practitioner services, including doctor's office visits (continued) o ورچوئل طبی دورے وہ طبی دورے ہیں جو آپ کو طبی مراکز کے باہر آن لائن ٹیکنالوجی اور براہ راست سمعی/بصری صلاحیتوں کا استعمال کرنے والے ورچوئل فراہم کنندگان کی جانب سے فراہم کیے جاتے ہیں۔ o نوٹ کریں: ورچوئل دوروں کے ذریعے تمام طبی کیفیات کا علاج نہیں کیا جا سکتا۔ ورچوئل دورے کا ڈاکٹر اس بات کی نشان دہی کرے گا کہ آیا آپ کو علاج کے لیے بالمشافہ کسی ڈاکٹر سے ملنے کی ضرورت ہے۔ • Telehealth services for monthly end-stage renal disease-related visits for home dialysis members in a hospital-based or critical access hospital-based renal dialysis center, renal dialysis facility, or the member's home. پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ • Telehealth services to diagnose, evaluate, or treat symptoms of a stroke, regardless of your location Prior authorization may be required. • Telehealth services for members with a substance use disorder or co-occurring mental health disorder, regardless of their location. پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ • Telehealth services for diagnosis, evaluation, and treatment of mental health disorders if: o You have an in-person visit within 6 months prior to your first telehealth visit o You have an in-person visit every 12 months while receiving these telehealth services o Exceptions can be made to the above for certain circumstances • Telehealth services for mental health visits provided by Rural Health Clinics and Federally Qualified Health Centers • Virtual check-ins (for example, by phone or video chat) with your doctor for 5-10 minutes **if**: o You're not a new patient **and** o The check-in isn't related to an office visit in the past 7 days **and** o The check-in doesn't lead to an office visit within 24 hours or the soonest available appointment • Evaluation of video and/or images you send to your doctor, and interpretation and follow-up by your doctor within 24 hours **if**:	

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
○ You're not a new patient **and** ○ The evaluation doesn't lead to an office visit within 24 hours or the soonest available appointment	
Physician/Practitioner services, including doctor's office visits (continued) • Consultation your doctor has with other doctors by phone, internet, or electronic health record • Second opinion prior to surgery • Non-routine dental care (covered services are limited to surgery of the jaw or related structures, setting fractures of the jaw or facial bones, extraction of teeth to prepare the jaw for radiation treatments of neoplastic cancer disease, or services that would be covered when provided by a physician) • ایک فزیشن کے دفتر یا ہسپتال کے بیرونی مریض کی ترتیب میں مانیٹرنگ کی سروسز اگر آپ خون کو جمنے سے روکنے والی ادویات، جیسا کہ کوماڈین، ہیپارین، یا وارفرین لے رہے ہوں۔	
Podiatry services (Medicare-covered) Covered services include: • Diagnosis and the medical or surgical treatment of injuries and diseases of the feet (such as hammer toe or heel spurs) • Routine foot care for members with certain medical conditions affecting the lower limbs	Medicare کی کوور شدہ پوڈیاٹری سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Prostate cancer screening exams* For men age 50 and older, covered services include the following - once every 12 months: • Digital rectal exam • Prostate Specific Antigen (PSA) test	PSA کے سالانہ ٹیسٹ کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Prosthetic and orthotic devices and related supplies وہ ڈیوائسز (ڈینٹل کے علاوہ) جو کسی جسم کے عضو یا کام کی صلاحیت کو مکمل یا جزوی طور پر تبدیل کرتی ہیں۔ ان میں بلا تحدید شامل ہیں پروستھیٹک اور اورتھوٹک ڈیوائسز کی ٹیسٹنگ، فٹنگ یا ان کے استعمال میں تربیت؛ نیز: کولوسٹومی کی نگہداشت سے براہ راست متعلقہ کولوسٹومی کے بیگز اور سپلائیز، پیس میکرز، بریسز، مصنوعی جوتے، مصنوعی اعضاء، اور مصنوعی چھاتیاں (بشمول چھاتیوں کو نکالنے کے بعد ایک سرجیکل سینہ بند)۔ اس میں مصنوعی اعضاء اور اورتھوٹک ڈیوائسز سے متعلقہ چند مخصوص سپلائیز، اور مصنوعی اعضاء اور اورتھوٹک ڈیوائسز کی مرمت اور/یا تبدیلی شامل ہے۔ Also includes some coverage following cataract removal or cataract surgery - see **Vision Care** later in this section for more detail.	There is no coinsurance, copayment, or deductible for members eligible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Pulmonary rehabilitation services اُن ممبرز کے لیے پھیپھڑوں کی بحالی کے جامع پروگرامز کوور کیے جاتے ہیں جن کو معتدل سے انتہائی شدید نوعیت کی پھیپھڑے میں رکاوٹ کی دائمی بیماری (COPD) ہے اور جن کے پاس پھیپھڑوں کی بحالی کے لیے سانس کی دائمی بیماری کا علاج کرنے والے ڈاکٹر کی جانب سے ایک حکم ہے۔	There is no coinsurance, copayment, or deductible for members eligible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Screening and counseling to reduce alcohol misuse* ہم Medicare کے حامل اُن بالغان کے لیے شراب کے بے جا استعمال کی ایک اسکریننگ کو کوور کرتے ہیں (بشمول حاملہ عورتوں کے) جو شراب کا بے جا استعمال تو کرتے ہیں لیکن شراب کے عادی نہیں ہیں۔ اگر شراب کے غلط استعمال کے حوالے سے آپ کی اسکریننگ مثبت آتی ہے، تو آپ کسی اہل بنیادی نگہداشت کے ڈاکٹر یا بنیادی نگہداشت کے ماحول میں پریکٹیشنر سے ایک سال میں 4 تک مختصر روبرو کاؤنسلنگ کے سیشنز حاصل کر سکتے ہیں (اگر آپ دورانِ کاؤنسلنگ قابل و ہوشمند رہیں)۔	Medicare کی کوور کردہ اسکریننگ اور کاؤنسلنگ برائے الکحل کے بےجا استعمال میں کمی کی خاطر تدارکی وظیفہ کی مد میں کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Screening for lung cancer with low dose computed tomography (LDCT)* For qualified individuals, a LDCT is covered every 12 months. **Eligible members are:** people aged 50 – 77 years who have no signs or symptoms of lung cancer, but who have a history of tobacco smoking of at least 20 pack-years and who currently smoke or have quit smoking within the last 15 years, who receive an order for LDCT during a lung cancer screening counseling and shared decision making visit that meets the Medicare criteria for such visits and be furnished by a physician or qualified non-physician practitioner. *For LDCT lung cancer screenings after the initial LDCT screening:* the member must receive an order for LDCT lung cancer screening, which may be furnished during any appropriate visit with a physician or qualified non-physician practitioner. اگر ایک فزیشن یا اہل غیر فزیشن پریکٹیشنر پھیپھڑوں کے کینسر کی اسکریننگ کی کاؤنسلنگ اور LDCT کے ساتھ پھیپھڑوں کے کینسر کی بعد کی اسکریننگز کے لیے مشترکہ فیصلہ سازی کے دورے کی فراہمی کا انتخاب کرتا ہے، تو اس دورے کا ایسے دوروں کے لیے Medicare کے معیار پر پورا اترنا ضروری ہے۔	Medicare کے کوور شدہ کاؤنسلنگ اور مشترکہ فیصلہ سازی کے دورے یا LDCT کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Screening for sexually transmitted infections (STIs) and counseling to prevent STIs * We cover sexually transmitted infection (STI) screenings for chlamydia, gonorrhea, syphilis, and Hepatitis B. These screenings are covered for STI when the tests are ordered by a primary care provider. ہم ان ٹیسٹوں کو 12 ماہ میں ایک بار یا حمل کے دوران مخصوص اوقات میں کوور کرتے ہیں۔ ہم STIs کے زیادہ خطرے کے حامل جنسی طور پر فعال بالغ افراد کے لیے ہر سال میں 20 سے 30 منٹ کے زیادہ شدت والے دو انفرادی روبرو رویہ جاتی کاؤنسلنگ سیشنز کو بھی کوور کرتے ہیں۔ ہم ان کاؤنسلنگ سیشنز کو صرف تب احتیاطی سروس کے طور پر کوور کریں گے اگر یہ بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ کی جانب سے فراہم کیے جائیں اور ایک بنیادی نگہداشت کی ترتیب، جیسا کہ ڈاکٹر کے دفتر میں منعقد کیے جائیں۔	There is no coinsurance, copayment, or deductible for the Medicare-covered screening for STIs and counseling for STIs preventive benefit.

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **Inpatient Dialysis Treatments** • اس چارٹ میں "اندرونی مریض کی ہسپتال میں نگہداشت" دیکھیں۔ **Home Dialysis Equipment and Supplies** • اس چارٹ میں "پائیدار طبی ساز و سامان اور متعلقہ سپلائیز" دیکھیں۔ **Home Support Services** • اس چارٹ میں "گھریلو صحت کی ایجنسی کی نگہداشت" دیکھیں۔ **Medicare Part B Dialysis Drugs** • اس چارٹ میں "Medicare حصہ B کی نسخہ جاتی ادویات" دیکھیں۔	**Services to treat kidney disease** Covered services include: • گردے کی نگہداشت کی تعلیم دینے اور ممبرز کو اُن کی نگہداشت کے متعلق سوچ سمجھ کر فیصلے کرنے میں مدد دینے کے لیے گردے کی بیماری کے متعلق تعلیم کی سروسز۔ ڈاکٹر کی جانب سے حوالہ دیے جانے پر مرحلہ IV کی دائمی گردوں کی بیماری کے شکار ممبرز کے لیے، ہم زندگی بھر میں گردے کی بیماری کے حوالے سے تعلیم کی سروسز کے چھ تک سیشنز کو کوور کرتے ہیں۔ • Outpatient dialysis treatments (including dialysis treatments when temporarily out of the service area, as explained in Chapter 3, or when your provider for this service is temporarily unavailable or inaccessible) • Inpatient dialysis treatments (if you are admitted as an inpatient to a hospital for special care) • Self-dialysis training (includes training for you and anyone helping you with your home dialysis treatments) • Home dialysis equipment and supplies • Certain home support services (such as, when necessary, visits by trained dialysis workers to check on your home dialysis, to help in emergencies, and check your dialysis equipment and water supply) ڈایا لائسز کے لیے چند مخصوص ادویات آپ کے Medicare کے حصہ B کے دوا کے وظیفے کے تحت کوور شدہ ہیں۔ For information about coverage for Part B Drugs, please go to the section **Medicare Part B prescription drugs.**

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
	Skilled nursing facility (SNF) care
ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔** ماسوائے کسی ہنگامی صورت کے، آپ کے ڈاکٹر کا منصوبے کو یہ بتانا لازمی ہو گا کہ آپ SNF میں داخل ہونے جا رہے ہیں۔ ہسپتال میں کوئی گزشتہ قیام درکار نہیں ہے۔	For a definition of skilled nursing facility care, see Chapter 12 of this document. Skilled nursing facilities are sometimes called SNFs.) Covered services include but are not limited to: • Semiprivate room (or a private room if medically necessary) • Meals, including special diets • Skilled nursing services • Physical therapy, occupational therapy, and speech therapy • Drugs administered to you as part of your plan of care (This includes substances that are naturally present in the body, such as blood clotting factors.) • Blood - including storage and administration. Coverage of whole blood and packed red cells begins only with the fourth pint of blood that you need - you must either pay the costs for the first three pints of blood you get in a calendar year or have the blood donated by you or someone else. خون کے بقیہ تمام اجزاء کی کوریج استعمال ہونے والی پہلی بوتل سے شروع ہوتی ہے۔ • Medical and surgical supplies ordinarily provided by SNFs • Laboratory tests ordinarily provided by SNFs • X-rays and other radiology services ordinarily provided by SNFs • Use of appliances such as wheelchairs ordinarily provided by SNFs • Physician/Practitiom‘ices بالعموم، آپ کو نیٹ ورک مراکز سے اپنی SNF نگہداشت حاصل ہو گی۔ However, under certain conditions liable to get your care from a facility that isn’t a network provider, if the facility accepts our plan’s amounts for payment. • A nursing home or continuing care retirement community where you were living right before you went to the hospital (as long as it provides skilled nursing facility care) • A SNF where your spouse or domestic partner is living at the time you leave the hospital

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Smoking and tobacco use cessation (counseling to stop smoking or tobacco use) If you use tobacco, but do not have signs or symptoms of tobacco-related disease: ہم احتیاطی سروس کے طور پر ایک 12 ماہ کے عرصے کے دوران دو کاؤنسلنگ کی عادت چھڑوانے کی کوششوں کو کوور کرتے ہیں جن کے لیے آپ کو کوئی اخراجات ادا نہیں کرنے ہوتے۔ ہر کاؤنسلنگ کی کوشش میں چار تک روبرو ملاقاتیں شامل ہیں۔ If you use tobacco and have been diagnosed with a tobacco-related disease or are taking medicine that may be affected by tobacco: ہم روکنے کی کاؤنسلنگ کی سروسز کوور کرتے ہیں۔ ہم ایک 12 ماہ کے عرصے کے دوران دو کاؤنسلنگ کی عادت چھڑوانے کی کوششوں کو کوور کرتے ہیں؛ تاہم، آپ خرچ کے قابلِ اطلاق اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ ہر کاؤنسلنگ کی کوشش میں چار تک روبرو ملاقاتیں شامل ہیں۔	Medicare کی کوور کردہ اسموکنگ اور تمباکو کے استعمال کی روک تھام کے ضمن میں تدارکی وظائف کی مد میں کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔
Smoking and tobacco use cessation services (Supplemental)* اگر آپ سیگریٹ نوشی ترک کرنا چاہتے ہیں تو آپ کو اپنے بنیادی نگہداشت کے فزیشن سے بات یا ہمارے صحت کی تعلیم کے شعبے کو کال کرنی چاہیئے۔ Medicare کے کوور شدہ سگریٹ نوشی اور تمباکو کے استعمال کو روکنے کے وظیفے کی کوریج کے علاوہ، منصوبہ سگریٹ نوشی یا تمباکو کی پراڈکٹس کے استعمال کو روکنے میں آپ کی مدد کے لیے ہر تقویمی سال میں 8 اضافی کاؤنسلنگ سروسز کو کوور کرتا ہے۔ اس سے قبل کہ منصوبہ اس وظیفے کے تحت کوریج کی ادائیگی کرے، آپ کو اپنا Medicare کا کوور شدہ تمباکو کے استعمال کو روکنے کا وظیفہ ختم کرنا ہو گا۔	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

What you must pay when you get these services	Services that are covered for you
	Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill
اگر آپ اپنا Healthy You کارڈ استعمال کر رہے ہیں تو کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **نگہداشت کے نظم کے پروگرام میں شمولیت درکار ہے۔** **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**	اگر آپ میں نیچے شناخت کی گئی (گئیں) دائمی کیفیت (کیفیات) کی تشخیص ہوئی ہے اور آپ ایک خصوصی اہلیت کے معیار پر پورا اترتے ہیں، تو آپ دائمی بیمار افراد کے لیے خصوصی اضافی وظائف کے اہل ہو سکتے ہیں۔ آپ کو ایک صحت کے خطرے کی تشخیص کا فارم جمع کروانے کی ضرورت ہو گی جس میں یہ شناخت کی گئی ہو کہ آپ کو درج شدہ امراض میں سے کوئی ایک لاحق ہے جو درج ذیل خصوصی اضافی وظائف تک رسائی نہ ملنے کے صورت میں مزید بگڑ سکتا ہے۔ • Chronic alcohol and other drug dependence; • Autoimmune disorders; • Cancer; • Cardiovascular disorders; • Chronic heart failure; • Dementia; • Diabetes; • End-stage liver disease;
	Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (continued) • End-stage renal disease (ESRD); • Severe hematologic disorders; • HIV/AIDS; • Chronic lung disorders; • Chronic and disabling mental health conditions; • Neurologic disorders; and • Stroke ہم آپ کی ان وظائف تک رسائی حاصل کرنے میں مدد کریں گے۔ آپ ممبر سروسز یا اپنے نگہداشت کے رابطہ کار کو اپنی درخواست کی ابتداء کرنے یا اضافی معلومات حاصل کرنے کے لیے کال کر سکتے ہیں۔ **نوٹ کریں:** اس وظیفے کی درخواست کر کے آپ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے نمائندوں کو بذریعہ فون، ڈاک، یا آپ کی درخواست میں واضح طور پر درج مواصلت کے کسی دوسرے ذریعے سے خود سے رابطہ کرنے کی اجازت دے رہے ہیں۔ منظور ہونے پر، آپ کے پہلے سے لوڈ شدہ Healthy You کارڈ میں SSBCI وظائف کی مد میں خرچ ہونے کے لیے خودکار طور پر ہر ماہ $73 تک لوڈ ہو جائے گا۔ ہر ماہ کے اختتام پر کوئی بھی غیر استعمال شدہ فنڈز اگلے ماہ میں شامل نہیں ہوں گے۔ **Food and Produce** اگر آپ اہل ہوئے، تو آپ کھانے اور اجناس پر خرچ کرنے کے لیے فی ماہ $73 حاصل کریں گے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Supervised Exercise Therapy (SET) SET اُن ممبرز کے لیے کوور کی جاتی ہے جن کو سیمپٹومیٹک پیریفیرل آرٹری کی بیماری (PAD) لاحق ہے۔ اگر SET پروگرام کے تقاضے پورے کیے جاتے ہیں تو ایک 12 ہفتوں کے عرصے میں 36 سیشنز تک کو کوور کیا جاتا ہے۔ The SET program must: • Consist of sessions lasting 30-60 minutes, comprising a therapeutic exercise-training program for PAD in patients with claudication • Be conducted in a hospital outpatient setting or a physician's office • Be delivered by qualified auxiliary personnel necessary to ensure benefits exceed harms, and who are trained in exercise therapy for PAD • Be under the direct supervision of a physician, physician assistant, or nurse practitioner/clinical nurse specialist who must be trained in both basic and advanced life support techniques	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Supervised Exercise Therapy (SET) (continued) اگر ایک نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے طبی طور پر ضروری سمجھا جائے تو SET کو 12 ہفتوں کے عرصے میں 36 سیشنز کے بعد بھی ایک طویل تر عرصے میں مزید 36 سیشنز کے لیے کوور کیا جا سکتا ہے۔	

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Transportation-non-emergency (Supplemental)	
اپنے Healthy You کارڈ پر اپنی صوابدید پر صحت سے متعلقہ کسی مقام تک آمدورفت کے لیے آپ کے پاس خرچ کرنے کی خاطر ہر ماہ $100 ہوں گے۔ یہ رقم "رائیڈز" کی مقررہ تعداد سے مطابقت نہیں رکھتی مگر اسے وظیفے کی حد تک کسی غیر ہنگامی آمدورفت کی خریداری کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ رقم غیر نسخہ جاتی ماہانہ الاؤنس (OTC) کے ساتھ ملا دی جاتی ہے۔ اگر آپ اپنے سہ ماہی وظیفے کی تمام رقم استعمال نہیں کرتے، تو بقیہ بیلنس زائد المیعاد ہو جائے گا اور اگلے ماہ میں شامل نہیں ہو گا۔ آپ اپنے پری لوڈ شدہ Healthy You کارڈ کو رائیڈ ہیلنگ ایپلیکیشنز پر، ٹیکسی سروسز پر رائیڈز خریدنے کے لیے، یا دیگر اقسام کی غیر ہنگامی آمدورفت، جیسا کہ بس پاسز، ریل کارڈز، یا دیگر عوامی آمدورفت کی اقسام کی مد میں استعمال کر سکتے ہیں۔ ممبران کو اِس الاؤنس کی وساطت سے دستیاب رائیڈز کی تعداد کو زیادہ کرنے کی ترغیب دی جاتی ہے۔ عمومی درخواست کردہ مقامات، جیسا کہ ڈایالائسز سینٹرز یا جسمانی تھیراپی کے مراکز کے لیے، کسی رائیڈ ہیلنگ یا ریٹیل آمدورفتی سروس سے شیڈول کروانے سے قبل یہ دیکھنے کے لیے براہِ راست فراہم کنندہ مرکز سے رابطہ کریں کہ کیا کوئی زیادہ سستی آمدورفت دستیاب ہے۔	اگر آپ اپنا Healthy You کارڈ استعمال کر رہے ہیں تو ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ اپنے سالانہ الاؤنس کی زائد حد سے تجاوز کر جانے پر لاگتوں کی ذمہ داری آپ پر عائد ہو سکتی ہے۔ حدود اور استثنات کا اطلاق ہو سکتا ہے۔ اگر آپ کو ہنگامی نگہداشت کی ضرورت ہے، تو 911 پر کال کریں اور ایمبولینس کی درخواست کریں۔ ہنگامی آمدورفت کے بارے میں مزید جاننے کے لیے اِس چارٹ میں "ایمبولینس سروسز" سے رجوع کریں۔
Urgently needed services	
منصوبے کی کوور کردہ ایسی کوئی سروس کہ جس میں فوری طبی توجہ کی ضرورت ہو مگر وہ کوئی ایمرجنسی نہ ہو اس صورت فوری درکار سروس ہوتی ہے کہ اگر یا تو آپ منصوبے کے سروس ایریا سے وقتی طور پر باہر ہوں، یا اگر آپ منصوبے کے سروس ایریا میں ہیں تب بھی، آپ کے وقت، جگہ، اور حالات کے سبب، اُن نیٹ ورک فراہم کنندگان سے اِس سروس کا حصول نامعقول ہو کہ جن کے ساتھ منصوبے نے معاہدہ کر رکھا ہو۔ آپ کا منصوبہ لازمی طور پر فوری درکار سروسز کا احاطہ کرے اور آپ سے صرف اندرون نیٹ ورک خرچ کے اشتراک کے چارجز لے۔ Examples of urgently needed services are unforeseen medical illnesses and injuries, or unexpected flare-ups of existing conditions. تاہم، طبی طور پر ضروری معمول کے فراہم کنندہ کے دورے، جیسا کہ سالانہ چیک اپس، تب بھی فوری درکار نہیں سمجھے جاتے کہ اگر آپ منصوبے کے سروس ایریا سے باہر ہوں یا منصوبے کا نیٹ ورک وقتی طور پر غیردستیاب ہو۔	ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Vision care Covered services include: • Outpatient physician services for the diagnosis and treatment of diseases and injuries of the eye, including treatment for age-related macular degeneration. Original Medicare doesn't cover routine eye exams (eye refractions) for eyeglasses/contacts • For people who are at high risk of glaucoma, we will cover one glaucoma screening each year. People at high risk of glaucoma include: people with a family history of glaucoma, people with diabetes, African-Americans who are age 50 and older, and Hispanic Americans who are 65 or older • For people with diabetes, screening for diabetic retinopathy is covered once per year • One pair of eyeglasses or contact lenses after each cataract surgery that includes insertion of an intraocular lens (If you have two separate cataract operations, you cannot reserve the benefit after the first surgery and purchase two eyeglasses after the second surgery). **Vision care (Supplemental)** • One routine eye exam every year • Eyewear, up to $350 limit every year Medicaid covered service • ماہرینِ بصارت پیمانی، ماہرینِ امراضِ چشم، اور آنکھوں کے نسخہ سازوں کی سروسز بشمول نظر کے چشمے، طبی طور پر ضروری کانٹیکٹ لینزز اور پولی کاربونیٹ لینزز، مصنوعی آنکھیں (پہلے سے دستیاب یا شخصی ضرورت کے مطابق بنائی گئیں)، کم بصارت کے امدادی آلات اور کم بصارت کی سروسز۔ کوریج میں پرزوں کی مرمت اور تبدیلی شامل ہے۔ نظر کے مسائل اور/یا آنکھوں کی بیماری کی تشخیص اور علاج کے لیے معائنے۔ ریفریکشن کے معائنے ہر 2 سال بعد ہونے تک محدود ہیں ماسوائے تب جب طبی طور پر ضروری ہوں۔ لازمی طور پر نیٹ ورک فراہم کنندہ کا استعمال کرنا ہو گا۔ فہرست کے لیے فراہم کنندہ اور فارمیسی کی ڈائریکٹری دیکھیں یا ممبر سروسز کو کال کریں۔	Medicare کی کوور شدہ نظر کی نگہداشت کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **آنکھوں پر پہنی جانے والی چیزوں کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Welcome to Medicare preventive visit The plan covers the one-time *Welcome to Medicare* preventive visit. The visit includes a review of your health, as well as education and	There is no coinsurance, copayment, or deductible for the *Welcome to Medicare* preventive visit.

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
(Welcome to Medicare preventive visit (continued • Important: We cover the *Welcome to Medicare* preventive visit only within the first 12 months you have Medicare Part B. When you make your appointment, let your doctor's office know you would like to schedule your *Welcome to Medicare* preventive visit.	
Worldwide emergency coverage (Supplemental)* As an added benefit, your coverage includes up to $10,000 every calendar year for worldwide emergent care outside of the United States (U.S.). This benefit is limited to services that would be classified as emergency care had the care been provided in the U.S. Worldwide coverage includes emergency care, and post-stabilization care. جب ایسی صورتیں پیش آئیں، تو ہم یہ چاہتے ہیں کہ آپ یا آپ کی نگہداشت کرنے والا کوئی فرد ہمیں کال کرے۔ جوں ہی آپ کی طبی کیفیت اور حالات اجازت دیں گے، ہم نیٹ ورک فراہم کنندگان کی جانب سے آپ کی نگہداشت کا ذمہ اٹھانے کا انتظام کرنے کی کوشش کریں گے۔ کسی دوسرے ملک سے واپس U.S. تک سفر کو کوور نہیں کیا جاتا۔ روز مرہ کی نگہداشت اور پہلے سے طے شدہ یا اختیاری طریقہ ہائے کار کوور نہیں کیے جاتے۔ غیر ملکی ٹیکسز اور فیسز (بشمول مگر بلا تحدید، کرنسی کی تبدیلی یا ٹرانزیکشن کی فیسز) کوور نہیں کی جاتیں۔ U.S. کا مطلب 50 ریاستیں، District of Columbia، Puerto Rico، the Virgin Islands، Guam، the Northern Mariana Island، اور American Samoa ہے۔	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. اگر آپ U.S. کے باہر ہنگامی نگہداشت موصول کرتے ہیں اور آپ کی ہنگامی حالت کے سنبھلنے کے بعد آپ کو اندرونی مریض کی نگہداشت درکار ہوتی ہے، تو آپ کو ایک نیٹ ورک ہسپتال میں واپس جانا ہو گا تاکہ آپ کی نگہداشت کو کوور کرنا جاری رکھا جا سکے یا پھر آپ کو اپنی اندرونی مریض نگہداشت ایک منصوبے سے منظور شدہ بیرون نیٹ ورک ہسپتال سے حاصل کرنی ہو گی۔ آپ کے اخراجات وہ مشترکہ اخراجات ہیں جو آپ ایک نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کریں گے۔ منصوبے کی زائد حد کا اطلاق ہوتا ہے۔ آپ کو U.S. سے باہر موصول ہوئی ہنگامی/فوری نگہداشت کی باز ادائیگی کے لیے دعویٰ دائر کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس وظیفے پر ہر تقویمی سال میں منصوبے کی $10,000 کی زیادہ سے زیادہ حد کا اطلاق ہوتا ہے۔

Section 2.2 Additional Medicaid-covered benefits for Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Members

Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) ایک دوہری اہلیت والا خصوصی ضروریات کا منصوبہ ہے جو Medicare کی کوریج کو Medicaid کے وظائف کے ساتھ اضافی طویل مدتی نگہداشت کی سروسز شامل کرتا ہے، اور یہ خصوصی طور پر اُن ممبرز کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے جن کو نرسنگ ہوم کے درجے کی نگہداشت درکار ہے۔ ذیل میں موجود چارٹ Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبرز کے لیے دستیاب Medicaid کے اضافی وظائف اور سروسز کو درج فہرست کرتا ہے۔

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Adult Day Health Care صحت کی نگہداشت کے کسی رہائشی مرکز یا منظور شدہ ایکسٹینشن سائٹ میں فراہم کی جانے والی نگہداشت اور سروسز۔ Must be provided: • Under the medical direction of a physician • By Adult Day Health Care staff • Based on the member's comprehensive needs assessment and care plan • صحت کی نگہداشت کے منصوبے کے ساتھ رابطہ جاری رکھتے ہوئے۔ اس میں نقل و حمل شامل ہے۔	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Certain Mental Health Services Covered services include: • Intensive Psychiatric Rehabilitation Treatment Programs, • Day Treatment, • Continuing Day Treatment, • Case Management for Seriously and Persistently Mentally Ill (sponsored by state or local mental health units), • Partial Hospitalizations, • Assertive Community Treatment (ACT), • Personalized Recovery Oriented Services (PROS)	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Consumer Directed Personal Care Services (CDPAS) دائمی بیماریوں یا جسمانی معذوریوں والے ممبرز کے لیے سروسز جن کو روز مرہ کی زندگی کی سرگرمیوں (ADL) یا مہارت یافتہ نرسنگ سروسز کے لیے مدد کی طبی ضرورت ہوتی ہے۔ اس میں کوئی بھی ایسی سروسز شامل ہیں جو ایک ذاتی نگہداشت کے معاون (گھریلو خدمت گار)، گھر پر صحت کے خدمت گار یا نرس کی جانب سے فراہم کی جائیں۔ **آپ کے پاس اپنے نگہداشت فراہم کنندگان کو منتخب کرنے کا اختیار اور آزادی ہے۔ اگر ضرورت ہو تو آپ، یا آپ کی جانب سے کام کرنے والا شخص، بھرتی کرنے، برطرف کرنے، تربیت کرنے، نگرانی کرنے، اور برخاست کرنے کے لیے ذمہ دار ہے۔**	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Dental Services کوور شدہ سروسز میں روز مرہ کی اور معمول کی ڈینٹل سروسز شامل ہیں، جیسا کہ دانتوں کا احتیاطی معائنہ، صفائی، ایکس ریز، فلنگز اور ایسی تبدیلیوں اور بے قاعدگیوں کو دیکھنے کے لیے دیگر سروسز جن کو علاج اور/ یا فالو اپ نگہداشت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ طبی طور پر ضروری ڈینٹل تنصیب کاریاں بھی شامل ہیں۔ Must have BOTH: • A letter from you doctor explaining how implants will help with your medical condition	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **کچھ سروسز، بشمول ڈینٹل امپلانٹس کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Dental Services (continued) • A letter from your dentist explaining why other alternatives will not correct your condition and why you require implants **آپ کو ڈینٹسٹ سے ملنے کے لیے اپنے PCP کی جانب سے حوالے کی ضرورت نہیں ہے۔**	
Durable Medical Equipment (DME) اس میں بغیر Medicare والے DME شامل ہیں جو Medicaid کی جانب سے کوور شدہ ہوتے ہیں، جیسا کہ طبی/سرجیکل سپلائیز کے علاوہ ڈیوائسز اور ساز و سامان، ٹب سٹولز اور پکڑنے کے لیے بارز، اور مصنوعی اور آرتھوٹک اپلائنسز۔ DME covered as long as the following criteria are met: • DME can withstand repeated use for a protracted period of time • Is primarily and customarily used for medical purposes • Is generally not useful to a person without illness or injury • Is usually fitted, designed or fashioned for a particular individual's use • Is ordered by a qualified practitioner گھر تک محدود رہنے کی کوئی پیشگی شرط نہ ہو۔	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **کچھ ساز و سامان کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Hearing Services	
سماعت کی محرومی یا خرابی کی وجہ سے ہوئی معذوری کو دور کرنے کے لیے سروسز اور پراڈکٹس۔ طبی طور پر ضروری ہونا لازمی ہے۔ Includes: • Hearing aid selection, fitting and dispensing • Hearing aid checks following dispensing • Hearing aid confomity evaluations and repairs • Audiology services including testing and exams, hearing aid evaluations and prescriptions • Hearing aids, ear molds, special fittings and replacement parts	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Home Care Services (Skilled)	
وہ مہارت یافتہ سروسز شامل ہیں جو Medicare کی جانب سے کوور نہیں کی جاتیں، جیسا کہ اُن مریضوں کے لیے دیکھ بھال کے پروگرامز کی نگرانی کے لیے فزیکل تھیراپسٹس جو اپنی بحالی کی قوت کے حد درجے پر پہنچ جائیں یا وہ نرسیں جو ذیابیطس والے معذور افراد کے لیے سرنجوں کو پہلے سے بھر لیں۔ اس میں گھر پر صحت کے معاون کی سروسز شامل ہیں جیسا کہ ایک سند یافتہ گھریلو صحت کی ایجنسی کی جانب سے تشکیل دیے گئے منظور شدہ نگہداشت کے منصوبے کی جانب سے درکار ہے۔	There is no coinsurance, copayment, or deductible for this benefit. **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Home Delivered and Congregate Meals	
وہ کھانے جو گھر پر یا اجتماعی ماحول میں فراہم کیے جائیں، جیسا کہ اُن افراد کے لیے سینئر سینٹرز جو خود کھانا تیار نہیں کر سکتے یا انہیں تیار کرواتے ہیں۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Inpatient Hospital Care, including Mental Health and Substance Use Disorder Care	
طبی طور پر ضروری نگہداشت، بشمول Medicare کے اندرونی مریض کی دماغی صحت کی نگہداشت کے زندگی بھر کے 190 دنوں کی حد سے زائد دنوں کے لیے۔ (Plan covers 365 days a year (366 in leap years	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Medical Social Services گھر پر ممبر کی دیکھ بھال سے متعلقہ سماجی مسائل کی خاطر امداد کا جائزہ، انتظام، اور فراہمی۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **ماسوائے ہنگامی صورتوں کے، پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے۔**
Medical/Surgical Supplies کوور شدہ وظیفہ طبی یا سرجیکل سپلائیز اور معائی/غیر امعائی فارمولا اور سپلیمینٹس کے لیے ہے -- وہ اشیاء جن کو عام طور پر صرف ایک مرتبہ استعمال کے قابل اور/یا قابلِ خرچ اشیاء سمجھا جاتا ہے۔ Enteral formula and nutritional supplement benefits are limited to individuals who cannot obtain nutrition through other means and to the following conditions: • Tube-fed individuals who cannot chew or swallow food and must obtain nutrition through formula via tube; and • Individuals with rare inborn metabolic disorders requiring specific medical formulas to provide essential nutrients	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Medical Transportation (routine/non-emergent) ایمبولینس کے ذریعے یک طرفہ اور دو طرفہ سفر، ایمبولیٹ، ساکن پنکھے یا ہوائی جہاز کا سفر، غلط بس، ٹیکسی کیب، لیوری، عوامی ذریعہ آمدورفت یا ممبر کی طبی کیفیت سے موزوں دیگر ذرائع۔ اگر ضروری ہو، تو اس میں ممبر کا ساتھ دینے کے لیے ذریعہ آمدورفت کا خدمت گار شامل ہوتا ہے۔ ذریعہ آمدورفت کے خدمت گار کا کھانا، رہائش، اور تنخواہ شامل ہو سکتی ہے۔ (No salary will be paid to an attendant who is the member's family).	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Nutrition اس میں غذائی ضروریات کی تشخیص، علاج کے منصوبوں کی تشکیل اور جائزہ، غذا کی تعلیم اور کاؤنسلنگ، اور اندرون سروس تعلیم شامل ہے۔ اس میں ثقافتی طور پر زیر غور لانے والی باتیں شامل ہیں۔ Coverage includes modified solid food products that are low-protein or contain modified protein for individuals with certain inherited disease of amino acid and organic acid metabolism.	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Outpatient Mental Health Treatment انفرادی اور گروپ تھیراپی کے دورے۔ ممبر ایک 12 ماہ کے دورانیے میں نیٹ ورک فراہم کنندہ کی طرف سے ایک تشخیص کے لیے خود کا حوالہ دے سکتا ہے۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Outpatient Treatment for Substance Use Disorder انفرادی اور گروپ دورے۔ شامل فرد کو ایک 12 ماہ کے دورانیے میں نیٹ ورک فراہم کنندہ کی جانب سے ایک تشخیص کے لیے ذاتی حوالے کے قابل ہونا چاہیئے۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Personal Care Services (PCS) ذاتی حفظان صحت؛ کپڑے پہننا اور کھانا؛ غذائی اور ماحولیاتی معاونت جیسا کہ کھانا بنانا اور گھر کی صفائی ستھرائی جیسی سرگرمیوں کے لیے طبی طور پر ضروری معاونت کو کوور کرتا ہے۔ سروسز ممبرز کے لیے اپنے گھر میں صحت اور حفاظت کو برقرار رکھنے کے لیے ضروری ہونی چاہیئیں۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Personal Emergency Response Services (PERS) PERS ایک الیکٹرانک ڈیوائس ہے جو افراد کو کسی جسمانی، جذباتی، یا ماحولیاتی ہنگامی صورت میں مدد حاصل کرنے کے قابل بناتی ہے۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Private Duty Nursing Services ایک رجسٹر شدہ پیشہ ور نرس (RN) یا ایسے لائسنس یافتہ پریکٹیکل نرس (LPN) کی جانب سے فراہم کی جانی چاہیئیں جس کے پاس NYS کے محکمہ تعلیم کی جانب سے ایک لائسنس اور موجودہ رجسٹریشن موجود ہو۔ سروسز کسی منظور شدہ اور تصدیق شدہ گھر پر صحت کی ایجنسی، لائسنس یافتہ گھر پر نگہداشت کی ایجنسی یا نجی پریکٹیشنر کی جانب سے فراہم کی جا سکتی ہیں۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

Services that are covered for you	What you must pay when you get these services
Prosthetic and Orthotic Devices وہ ڈیوائسز (ڈینٹل کے علاوہ) جو کسی جسم کے عضو یا کام کی صلاحیت کو مکمل یا جزوی طور پر تبدیل کرتی ہیں۔ These include but are not limited to: colostomy bags and supplies directly related to colostomy care, pacemakers, braces, prosthetic shoes, artificial limbs and breast prostheses (including a surgical brassiere after a mastectomy). مصنوعی اعضاء سے متعلقہ چند مخصوص سپلائیز شامل ہیں۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Outpatient Rehabilitation Services Covered services include: Physical and occupational therapy Speech language therapy	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Social Day Care ایک محفوظ ترتیب میں دن کے کسی بھی وقت سماجی میل جول، نگرانی، مانیٹرنگ، ذاتی نگہداشت اور غذا کی فراہمی کا ایک منظم اور جامع پروگرام۔ اس میں ADL، کیس کے نظم اور نقل و حمل کے حوالے سے اعانت شامل ہو سکتی ہے۔ طبی ضرورت پر مبنی کوریج۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**
Social and Environmental Supports طبی ضرورت کی معاونت کے لیے سروسز اور اشیاء شامل ہیں۔ اس میں گھر کی دیکھ بھال کی ذمہ داریاں، گھر داری/کام کاج کی سروسز، گھر کی بہتری اور آرام کی نگہداشت شامل ہو سکتی ہے۔	اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ **پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔**

SECTION 3 What services are covered outside of Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?

Section 3.1 Services *not* covered by Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Medicaid کی کوور شدہ کچھ ایسی سروسز ہیں جن کو Senior Whole Health از New York NHC (HMO D-SNP) کوور نہیں کرتا۔ آپ ان سروسز کو اپنے Medicaid وظائف کے کارڈ کے استعمال سے کسی بھی ایسے فراہم کنندہ سے حاصل کر سکتے ہیں جو Medicaid لیتا ہو۔ اگر آپ کا اس متعلق سوال ہے کہ آیا وظیفہ Senior Whole Health از New York NHC کی جانب سے کوور کیا جاتا ہے یا Medicaid کی جانب سے تو (833) 671-0440 (TTY 711) پر ممبر سروسز کو کال کریں۔

The following services are not covered by Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) but are available through Medicaid:

- Out of network Family Planning services under the direct access provisions,
- Medicaid Pharmacy Benefits as allowed by State Law (select drug categories excluded from the Medicare Part D benefit),
- Methadone Maintenance Treatment Programs,
- Rehabilitation Services Provided to Residents of OMH Licensed Community Residences (CRs) and Family Based Treatment Programs,
- Office for People With Developmental Disability Services,
- Comprehensive Medicaid Case Management,
- Directly Observed Therapy (DOT) for Tuberculosis Disease,

SECTION 4 What services are not covered by the plan?

Section 4.1 Services *not* covered by the plan

یہ سیکشن آپ کو بتاتا ہے کہ کون سی سروسز شامل نہیں ہیں۔

ذیل میں موجود چارٹ کچھ ایسی سروسز اور اشیاء کی وضاحت کرتا ہے جن کو منصوبے کی جانب سے کسی بھی صورتوں میں کوور نہیں کیا جاتا یا صرف مخصوص صورتوں میں ہی کوور کیا جاتا ہے۔

اگر آپ ایسی سروسز حاصل کرتے ہیں جو کہ شامل نہیں ہیں (غیر کوور شدہ)، تو آپ کو اُن کی ادائیگی ماسوائے درج ذیل صورتوں کے خود کرنا ہو گی۔ اگر آپ غیر شامل سروسز کسی ہنگامی مرکز میں بھی حاصل کرتے ہیں، تو غیر شامل سروسز کو تب بھی کوور نہیں کیا جاتا اور ہمارا منصوبہ اُن کی ادائیگی نہیں کرے گا۔ اس میں واحد استثنیٰ کی صورت تب ہے جب سروس کی اپیل کی جائے اور اپیل ہونے پر یہ فیصلہ ہو کہ: یہ ایک طبی سروس تھی جس کی ہمیں آپ کی مخصوص حالت کی وجہ سے ادائیگی کرنی چاہیئے تھی یا اسے کوور کرنا چاہیئے تھا۔ (For information about appealing a decision we have made to not cover a medical service, go to Chapter 9, Section 6.3 in this document.)

Services not covered by Medicare	Not covered under any condition	Covered only under specific conditions
Cosmetic surgery or procedures		• حادثاتی چوٹ کے کیسز میں یا جسم کے کسی ناقص عضو کی کام کرنے کی صلاحیت کو بہتر کرنے کے لیے کوور کی جاتی ہیں۔ • چھاتیوں کو نکالنے کے بعد چھاتی کی دوبارہ بناوٹ، اور اس کے علاوہ متوازن جسم کے لیے غیر متاثرہ چھاتی کی مد میں تمام مراحل کوور شدہ۔
Custodial care Custodial care is personal care that does not require the continuing attention of trained medical or paramedical personnel, such as care	**Not covered under any condition**	

Services not covered by Medicare	Not covered under any condition	Covered only under specific conditions

		that helps you with activities of daily .living, such as bathing or dressing
• Original Medicare کی جانب سے ایک Medicare کے منظور شدہ طبی تحقیقاتی مطالعے کے تحت یا ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور کیا جا سکتا ہو۔ See Chapter 3, Section 5 for more) .information on clinical research studies)		تجرباتی طبی اور سرجیکل طریقہ ہائے کار، ساز و سامان اور ادویات۔ تجرباتی طریقہ کار اور اشیاء وہ اشیاء اور طریقہ ہائے کار ہیں جن کے متعلق Original Medicare نے یہ تعین کیا ہو کہ عام طور پر میڈیکل کمیونٹی کی جانب سے قبول نہیں کیے جاتے۔
	Not covered under any condition	آپ کے قریبی عزیزوں یا آپ کے گھرانے کے افراد کی جانب سے نگہداشت کی مد میں فیس چارج کی جاتی ہے۔
	Not covered under any condition	آپ کے گھر میں کُل وقتی نرسنگ کی نگہداشت۔
Medicaid کے تحت کوور شدہ۔		Home-delivered meals
Medicaid کے تحت کوور شدہ۔		گھر داری کی سروسز بشمول گھر کی بنیادی معاونت، جیسے ہلکی پھلکی صفائی یا ہلکا پھلکا کھانا بنانا۔
	Not covered under any condition	فطری علاج کی سروسز (قدرتی یا متبادل معالجوں کا استعمال کرتا ہے)۔
• جوتے جو کسی ٹانگ کے بریس کا حصہ ہوں اور بریس کی قیمت میں شامل ہوں۔ ذیابیطسی پیر کی بیماری والے افراد کے لیے آرتھوپیڈک یا تھیراپیوٹک جوتے۔		Orthopedic shoes or supportive devices for the feet
	Not covered under any condition	کسی ہسپتال یا مہارت یافتہ نرسنگ کے ادارے میں آپ کے کمرے میں ذاتی اشیاء، جیسا کہ ٹیلی فون یا ایک ٹیلی ویژن۔
• صرف تب کوور کیا جاتا ہے جب طبی طور پر ضروری ہو۔		ہسپتال میں ایک نجی کمرہ۔
	Not covered under any condition	بانجھ کاری کے طریقہ ہائے کار کو ختم کرنا اور/یا غیر نسخہ جاتی حمل روکنے کی سپلائیز۔
• جوڑوں کے اپنی جگہ سے ہٹ جانے کو ٹھیک کرنے کے لیے ریڑھ کی ہڈی کو ہاتھوں سے ہلانے کو کوور کیا جاتا ہے۔		Routine chiropractic care

Covered only under specific conditions	Not covered under any condition	Services not covered by Medicare

معمول کی ڈینٹل نگہداشت، جیسا کہ صفائی، فلنگز یا مصنوعی دانت۔	**Not covered under any condition**	
ریڈیل قرنیہ شگافی، LASIK سرجری، اور کم نظر کے دیگر معاونتی آلات۔		• آنکھوں کا معائنہ اور نظر کے چشموں کا ایک جوڑا (یا کانٹیکٹ لینزز) کالے موتیے کی سرجری کے بعد لوگوں کے لیے کوور کردہ ہیں۔ • یہ منصوبہ نظر کی اضافی کوریج کی پیشکش کرتا ہے۔ مزید معلومات کے لیے اس باب کے سیکشن 2.1 میں، وظائف کے چارٹ میں "نظر کی نگہداشت" دیکھیں۔
Routine foot care		• Medicare کی ہدایات کے مطابق مہیا کی گئی کچھ محدود کوریج (مثلاً اگر آپ کو ذیابیطس ہو تو)۔
معمول کے سماعت کے معائنے، سماعت کے آلے، یا سماعت کے آلات کو فٹ کرنے کے لیے معائنے۔		Medicaid کے تحت کوور شدہ۔
Services considered not reasonable and necessary, according to Original Medicare standards	**Not covered under any condition**	

باب 5:
Using the plan’s coverage for Part D prescription drugs

How can you get information about your drug costs?

چونکہ آپ Medicaid کے لیے اہل ہیں، لہٰذا آپ Medicare کی جانب سے اپنے نسخہ جاتی دوا کے منصوبے کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے "اضافی مدد (Extra Help)" حاصل کرنے کے اہل ہیں اور اسے حاصل کر رہے ہیں۔ Because you are in the "Extra Help" program, **some information in this *Evidence of Coverage* about the costs for Part D prescription drugs does not apply to you.** We sent you a separate insert, called the *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (also known as the *Low-Income Subsidy Rider* or the *LIS Rider),* which tells you about your drug coverage. If you don't have this insert, please call Member Services and ask for the *LIS Rider*.

This chapter **explains rules for using your coverage for Part D drugs**. Medicare حصہ B کے دوا کے وظائف اور مریض خانے کی دوا کے وظائف کے لیے براہ کرم باب 4 دیکھیں۔

Medicare کی جانب سے کوور شدہ ادویات کے علاوہ، کچھ نسخہ جاتی ادویات آپ کے لیے آپ کے Medicaid وظائف کے تحت کوور شدہ ہیں۔

Medicaid کی دوا کی کوریج کی مزید معلومات کے لیے، آپ کو اپنی ریاست کے Medicaid دفتر سے رابطہ کرنا چاہیئے (رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 6 میں درج فہرست ہیں)۔

Basic rules for the plan's Part D drug coverage Section 1.1

The plan will generally cover your drugs as long as you follow these basic rules:

- You must have a provider (a doctor, dentist, or other prescriber) write you a prescription which must be valid under applicable state law.
- Your prescriber must not be on Medicare's Exclusion or Preclusion Lists.
- You generally must use a network pharmacy to fill your prescription. (See Section 2 in this chapter.) یا آپ منصوبے کی بذریعہ ڈاک آرڈر کردہ سروسز کی وساطت سے اپنے نسخے کو بھروا سکتے ہیں۔
- Your drug must be on the plan's List of *Covered Drugs* (*Formulary*) (we call it the Drug List for short). (See Section 3 in this chapter).
- Your drug must be used for a medically accepted indication. ایک "طبی طور پر قبول شدہ اشارہ" دوا کا وہ استعمال ہے جو یا تو انتظامیہ برائے خوراک و ادویات کی جانب سے منظور کیا گیا ہو یا جو مخصوص حوالہ جات کی جانب سے معاونت یافتہ ہو۔ (See Section 3 in this chapter for more information about a medically accepted indication.)
- Your drugs may require approval before we will cover it. (See Section 4 in this chapter for more information about restrictions on your coverage.)

SECTION 2 Fill your prescription at a network pharmacy or through the plan's mail-order service

Section 2.1 Use a network pharmacy

In most cases, your prescriptions are covered *only* if they are filled at the plan's network pharmacies. (See Section 2.5 for information about when we would cover prescriptions filled at out-of-network pharmacies.)

ایک نیٹ ورک فارمیسی وہ فارمیسی ہوتی ہے جس کا منصوبے کے ساتھ آپ کو کوور شدہ نسخہ جاتی ادویات فراہم کرنے کا معاہدہ ہوتا ہے۔ کوور شدہ ادویات کی اصطلاح کا مطلب حصہ D کی وہ تمام نسخہ جاتی ادویات ہیں جو منصوبے کی "فہرست ادویات" میں موجود ہیں۔

Section 2.2 Network pharmacies

How do you find a network pharmacy in your area?

To find a network pharmacy, you can look in your *Provider/Pharmacy Directory,* visit our website (SWHNY.com), and/or call Member Services.

آپ ہماری کسی بھی نیٹ ورک فارمیسی میں جا سکتے ہیں۔

What if the pharmacy you have been using leaves the network?

اگر وہ فارمیسی منصوبے کا نیٹ ورک چھوڑ دیتی ہے جس کا آپ استعمال کرتے رہے ہیں، تو آپ کو ایک نئی فارمیسی تلاش کرنا ہو گی جو کہ نیٹ ورک میں ہو۔ To find another pharmacy in your area, you can get help from Member Services or use the *Provider/ Pharmacy Directory.* You can also find information on our website at SWHNY.com.

What if you need a specialized pharmacy?

کچھ نسخوں کے مطابق نیٹ ورک فارمیسی سے ادویات حاصل کرنا لازمی ہے۔ Specialized pharmacies include:

- Pharmacies that supply drugs for home infusion therapy.
- Pharmacies that supply drugs for residents of a long-term care (LTC) facility. عام طور پر، ایک LTC مرکز (جیسا کہ ایک نرسنگ ہوم) کی اپنی ذاتی فارمیسی ہوتی ہے۔ اگر آپ کو ایک LTC مرکز میں اپنے حصہ D کے وظائف تک رسائی حاصل کرنے میں کوئی دشواری ہو تو، براہ کرم ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔

- Pharmacies that serve the Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (not available in Puerto Rico). ماسوائے ہنگامی صورتوں کے، ہمارے نیٹ ورک میں ان فارمیسیز تک صرف مقامی امریکیوں یا الاسکا کے مقامی باشندوں کی رسائی ہے۔
- فارمیسیز جو اُن ادویات کی فراہمی کرتی ہیں جن پر FDA کی جانب سے مخصوص علاقوں تک محدود رہنے کی پابندی ہے یا جن کو خصوصی طریقے سے سنبھالنے کی، ان کے فراہم کنندہ سے رابطے میں رہنے کی، یا ان کے استعمال کے متعلق تعلیم کی ضرورت ہوتی ہے۔ To locate a specialized pharmacy, look in your *Provider/Pharmacy Directory*SWHNY.com or call Member Services.

Using the plan's mail-order service Section 2.3

چند مخصوص اقسام کی ادویات کے لیے، آپ منصوبے کے نیٹ ورک کی ڈاک آرڈر سروس کا استعمال کر سکتے ہیں۔ عام طور پر، ڈاک آرڈر کے ذریعے فراہم کی گئی ادویات وہ ادویات ہوتی ہیں جو آپ روزانہ کی بنیاد پر، دائمی یا طویل-مدتی طبی حالت کے لیے لیتے ہیں۔ The drugs that are *not* available through the plan's mail-order service are marked with **"NM"** in our Drug List.

Our plan's mail-order service allows you to order **up to a 100-day supply**.

To get order forms and information about filling your prescriptions by mail call Member Services or visit our website at SWHNY.com.

عام طور پر ڈاک کے ذریعے آرڈر کردہ فارمیسی کا آرڈر زیادہ سے زیادہ 14 دنوں میں آپ کو پہنچا دیا جائے گا۔ اگر فوری ضرورت ہے یا یہ وقت تاخیر کا شکار ہے، تو براہ کرم ہماری ممبر سروسز پر اپنے نسخے کی عارضی سپلائی میں مدد حاصل کرنے کے لیے کال کریں۔

New prescriptions the pharmacy receives directly from your doctor's office.
نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے نسخہ موصول ہونے کے بعد، فارمیسی یہ دیکھنے کے لیے آپ سے رابطہ کرے گی کہ آیا آپ ادویات کو فوری طور پر یا بعد میں فل کروانا چاہتے ہیں۔ یہ اہم ہے کہ آپ ہر بار فارمیسی کی جانب سے رابطہ کیے جانے پر انہیں یہ بتانے کے لیے جواب دیں کہ آیا نیا نسخہ بھیجنا، موخر کرنا یا روکنا ہے۔

ڈاک-آرڈر کے نسخوں پر ری فلز کریں۔ For refills of your drugs, you have the option to sign up for an automatic refill program. اِس پروگرام کے تحت ہم تب آپ کے اگلے ری فِل کو خودکار طور پر زیرِ عمل لانا شروع کر دیں گے جب ہمارے ریکارڈز میں ظاہر ہو کہ آپ کی دوا ختم ہونے والی ہے۔ فارمیسی آپ سے ہر ری فل ارسال کرنے سے پہلے یہ یقینی بنانے کے لیے رابطہ کرے گی کہ آپ کو مزید ادویات کی ضرورت ہے، اور اگر آپ کے پاس کافی ادویات ہیں یا اگر آپ کی ادویات تبدیل ہو چکی ہیں تو آپ شیڈول کردہ ری فلز منسوخ کر سکتے ہیں۔

اگر آپ ہمارا خود کار ری فل پروگرام استعمال نہ کرنے کا انتخاب کرتے ہیں لیکن پھر بھی چاہتے ہیں کہ ڈاک-آرڈر فارمیسی آپ کو آپ کا نسخہ بھیجے، تو براہ کرم اپنا موجودہ نسخہ ختم ہونے سے 14 دن پہلے اپنی فارمیسی سے رابطہ کریں۔ یہ اس بات کو یقینی بنائے گا کہ آپ کا آرڈر آپ کو بروقت بھیجا جائے۔

To opt out of our program that automatically prepares mail-order refills, please call Member Services or visit our website at SWHNY.com.

Section 2.4 How can you get a long-term supply of drugs?

یہ منصوبہ ہمارے منصوبے کی "فہرست ادویات" میں روزانہ استعمال کی ادویات کی طویل مدتی سپلائی (اسے توسیعی فراہمی بھی کہا جاتا ہے) حاصل کرنے کے لیے دو طریقوں کی پیشکش کرتا ہے۔ (Maintenance drugs are drugs that you take on a regular basis, for a chronic or long-term medical condition.)

1. Some retail pharmacies in our network allow you to get a long-term supply of maintenance drugs. Your *Provider/Pharmacy Directory* SWHNY.com tells you which pharmacies in our network can give you a long-term supply of maintenance drugs. You can also call Member Services for more information.
2. You may also receive maintenance drugs through our mail-order program. براہ کرم مزید معلومات کے لیے سیکشن 2.3 ملاحظہ کریں۔

Section 2.5 When can you use a pharmacy that is not in the plan's network?

Your prescription may be covered in certain situations

Generally, we cover drugs filled at an out-of-network pharmacy *only* when you are not able to use a network pharmacy. آپ کی مدد کے لیے، ہمارے پاس اپنے سروس ایریا سے باہر نیٹ ورک فارمیسیز موجود ہیں جہاں آپ ہمارے منصوبے کے ممبر کے طور پر اپنے نسخہ جات پر دوبارہ ادویات حاصل کر سکتے ہیں۔ **Please check first with Member Services** to see if there is a network pharmacy nearby. ممکن ہے کہ آپ کو اپنی دوا کے لیے بیرون نیٹ ورک فارمیسی پر کی گئی ادائیگی اور کسی اندرون نیٹ فارمیسی میں کوور کردہ لاگت کے فرق کی ادائیگی کرنا درکار ہو۔

Here are the circumstances when we would cover prescriptions filled at an out-of-network pharmacy:

- If the prescription is related to urgently needed care
- If these prescriptions are related to care for a medical emergency
- Coverage will be limited to a 31-day supply unless the prescription is written for less.

How do you ask for reimbursement from the plan?

اگر آپ کو لازمی طور پر نیٹ ورک سے باہر فارمیسی استعمال کرنی ہے، تو آپ کو عموماً اس وقت اپنے نسخہ پر ادویات حاصل کرتے وقت مکمل رقم ادا کرنا ہو گی۔ آپ ہم سے باز ادائیگی کی درخواست کر سکتے ہیں۔ (Chapter 6, Section 2 explains how to ask the plan to pay you back.)

SECTION 3 Your drugs need to be on the plan's Drug List

Section 3.1 The Drug List tells which Part D drugs are covered

□□□□□□ □□ □□□□□□□□□ □□ □□□□□ □□□□ □□□□ □□□□□□ (*Evidence of Coverage,* **we call it the Drug List for short**.) کا حامل ہے۔ In this

اس فہرست میں شامل ادویات منصوبے کی جانب سے ڈاکٹروں اور فارماسسٹس کی ایک ٹیم کی مدد سے منتخب کی گئی ہیں۔ یہ فہرست Medicare کے تقاضوں پر پورا اترتی ہے اور Medicare کی جانب سے منظور کی جا چکی ہے۔

The Drug List includes the drugs covered under Medicare Part D. In addition to the drugs covered by Medicare, some prescription drugs are covered for you under your Medicaid benefits. Medicaid کی دوا کی کوریج کی مزید معلومات کے لیے، آپ کو اپنی ریاست کے Medicaid دفتر سے رابطہ کرنا چاہیئے (رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 6 میں درج فہرست ہیں)۔

ہم عموماً منصوبے کی "فہرست ادویات" پر ایک دوا کو اس وقت تک کوور کریں گے جب تک کہ آپ اس باب میں وضاحت کردہ دیگر اصولوں کی پیروی کریں اور اس دوا کا استعمال طبی طور پر قبول شدہ اشارہ ہو۔ A medically accepted indication is a use of the drug that is *either*:

- Approved by the Food and Drug Administration for the diagnosis or condition for which it is being prescribed, or
- Supported by certain references, such as the American Hospital Formulary Service Drug Information and the Micromedex DRUGDEX Information System.

فہرستِ ادویات میں برانڈ کے نام کی حامل ادویات، عمومی ادویات، اور بائیولوجیکل مصنوعات (جن میں حیاتیاتی مماثلات شامل ہو سکتے ہیں) شامل ہیں۔

برانڈ کے نام کی دوا ایک نسخہ جاتی دوا ہے جو دوا تیار کرنے والے کی جانب سے ٹریڈ مارک شدہ نام کے تحت فروخت کی جاتی ہے۔ بائیولوجیکل مصنوعات ایسی ادویات ہیں کہ جو عام ادویات سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہیں۔ "فہرست ادویات" پر، جب ہم "ادویات" کا حوالہ دیتے ہیں، تو اس کا مطلب دوا یا بائیولوجیکل پراڈکٹ ہو سکتا ہے۔

جنیرک دوا ایک نسخہ جاتی دوا ہے جو برانڈ کے نام کی دوا کے جیسے فعال اجزاء کی حامل ہے۔ بائیولوجیکل مصنوعات کے حیاتیاتی مماثلات نامی متبادلات ہوتے ہیں۔ Generally, generics and biosimilars work just as well as the brand name or ororiginal biological product and usually cost less. ایسے عام دوا کے متبادلات ہیں کہ جو کچھ حقیقی بائیولوجیکل مصنوعات کی مد میں کئی برانڈ کے نام کی حامل ادویات اور حیاتیاتی مماثل متبادلات کے لیے دستیاب ہوتے ہیں۔ کچھ حیاتیاتی مماثلات انٹرچینجیبل حیاتیاتی مماثلات ہیں اور، ریاستی قانون کی بنیاد پر، کسی فارمیسی پر کسی نئے نسخے کی ضرورت کے بغیر، اُنہیں ایسے ہی حقیقی بائیولوجیکل مصنوعہ کی جگہ استعمال کیا جا سکتا ہے کہ جیسے عمومی ادویات کو برانڈ کے نام والی ادویات کی جگہ استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ایسی ادویات کی اقسام کی تعریفات کے لیے باب 11 ملاحظہ کریں کہ جو دوا کی فہرست پر ہو سکتی ہیں۔

Over-the-Counter Drugs

ہمارا منصوبہ متعدد غیر نسخہ جاتی ادویات بھی کوور کرتا ہے۔ کچھ غیر نسخہ جاتی ادویات نسخہ جاتی ادویات سے کم مہنگی ہوتی ہیں اور اُنہی جتنا اچھا کام کرتی ہیں۔ مزید معلومات کے لیے، ممبر سروسز کو کال کریں۔

What is *not* on the Drug List?

منصوبہ تمام نسخہ جاتی ادویات کو کوور نہیں کرتا۔

- In some cases, the law does not allow any Medicare plan to cover certain types of drugs. (For more information about this, see Section 7.1 in this chapter.)
- In other cases, we have decided not to include a particular drug on the Drug List. کچھ صورتوں میں، آپ وہ دوا حاصل کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں جو "فہرست ادویات" میں موجود نہیں ہے۔ (For more information, please see Chapter 8.)

Section 3.2 How can you find out if a specific drug is on the "Drug List"?

You have 4 ways to find out:

1. Check the most recent Drug List we provided electronically.
2. Visit the plan's website (SWHNY.com). ویب سائٹ پر "فہرست ادویات" ہمیشہ حالیہ ترین ہوتی ہے۔
3. Call Member Services to find out if a particular drug is on the plan's Drug List or to ask for a copy of the list.
4. Use the plan's "Real-Time Benefit Tool" (Caremark.com or by calling Member Services). آپ اس ٹول کے ذریعے اپنی ادائیگی کا اندازہ لگانے کے لیے "فہرست ادویات" میں ادویات تلاش کر سکتے ہیں اور یہ دیکھ سکتے ہیں کہ آیا "فہرست ادویات" میں متبادل ادویات موجود ہیں جو یکساں کیفیت کا علاج کر سکتی ہیں۔

SECTION 4 There are restrictions on coverage for some drugs

Section 4.1 Why do some drugs have restrictions?

بعض نسخہ جاتی ادویات کے لیے، خاص قواعد عائد ہوتے ہیں کہ منصوبہ انہیں کیسے اور کب کوور کرتا ہے۔ ڈاکٹروں اور فارماسسٹس کی ایک ٹیم نے آپ اور آپ کے فراہم کنندہ کی حوصلہ افزائی کے لیے یہ اصول تیار کیے ہیں تاکہ ان ادویات کو سب سے مؤثر انداز میں استعمال کر سکیں۔ یہ معلوم کرنے کے لیے "فہرست ادویات" چیک کریں کہ آیا یہ پابندیاں آپ کی کسی دوا پر لاگو ہوتی ہیں جو آپ لیتے ہیں یا لینا چاہتے ہیں۔ اگر طبی طور پر ایک محفوظ، کم لاگت شدہ دوا ویسے ہی کام کرتی ہے جیسے کہ ایک زیادہ لاگت شدہ دوا تو کم لاگت شدہ اختیار کا استعمال کرنے کے لیے آپ کی اور آپ کے فراہم کنندہ کی حوصلہ افزائی کے لیے منصوبے کے اصول تیار کیے گئے ہیں۔

براہ کرم نوٹ کریں کہ بعض اوقات ہماری "فہرست ادویات" میں ایک دوا ایک سے زیادہ بار ظاہر ہو سکتی ہے۔ ایسا اس لیے ہے کیونکہ آپ کے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے تجویز کردہ ایک جیسی ادویات، طاقت، مقدار، یا دوا کی ساخت کی بنیاد پر مختلف ہو سکتی ہیں، اور مختلف تحدیدات یا لاگت کا اشتراک دوا کے مختلف ورژنز پر لاگو ہو سکتے ہیں (مثال کے طور پر، 10 ملی گرام بمقابلہ 100 ملی گرام؛ فی دن ایک بمقابلہ فی دن دو؛ گولی بمقابلہ مائع)۔

Section 4.2 What kinds of restrictions?

ذیل میں دیے گئے سیکشنز ہماری بعض ادویات کے لیے عائد کی گئی تحدیدات کی قسموں کے بارے میں آپ کو مزید بتائیں گے۔

اگر آپ کی دوا کے لیے تحدید موجود ہے، تو عموماً اس کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ ہمارے اس دوا کو کوور کرنے کے لیے آپ یا آپ کے فراہم کنندہ کو اضافی اقدامات کرنے پڑیں گے۔ ممبر سروسز سے یہ جاننے کے لیے رابطہ کریں کہ آپ کو یا آپ کے فراہم کنندہ کو اس دوا کی کوریج حاصل کرنے کے لیے کیا کرنے کی ضرورت ہو گی۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کے لیے یہ تحدید ختم کر دیں، تو آپ کو کوریج کی فیصلہ سازی کا عمل استعمال کرنے اور ہم سے استثنیٰ کی درخواست کرنے کی ضرورت ہو گی۔ ہم آپ کے لیے تحدید ختم کرنے پر متفق ہو سکتے ہیں یا نہیں ہو سکتے۔ (See Chapter 8.)

Getting plan approval in advance

اس سے پہلے کے ہم آپ کے لیے دوا کو کوور کرنے پر متفق ہوں، آپ کو اور آپ کے فراہم کنندہ کو، بعض ادویات کے لیے، منصوبے سے منظوری حاصل کرنے کی ضرورت ہو گی۔ This is called **prior authorization**. انہیں ادویات کی حفاظت کو یقینی بنانے اور بعض ادویات کے مناسب استعمال کی رہنمائی میں مدد کی خاطر عائد کیا گیا ہے۔ اگر آپ یہ منظوری حاصل نہیں کرتے، تو ہو سکتا ہے آپ کی دوا منصوبے کی جانب سے کوور نہ کی جائے۔

Trying a different drug first

یہ تقاضا آپ کی حوصلہ افزائی کرتا ہے کہ آپ منصوبے کے ایک دوسری دوا کوور کرنے سے پہلے کم قیمت لیکن عمومی طور پر اتنی ہی مؤثر ادویات آزمائیں۔ مثال کے طور پر، اگر دوا A اور دوا B یکساں طبی کیفیت کا علاج کرتی ہے اور دوا A کم قیمت ہے، تو

منصوبہ آپ سے دوا A کو پہلے آزمانے کا تقاضا کرسکتا ہے۔ If Drug A does not work for you, the plan will then cover Drug B. This requirement to try a different drug first is called **step therapy**.

Quantity limits

بعض ادویات کے لیے، ہم حد مقرر کر دیتے ہیں کہ آپ ہر مرتبہ نسخے کے مطابق دوا حاصل کرتے وقت کتنی دوا حاصل کر سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، اگر عمومی طور پر مخصوص دوا کے لیے صرف ایک گولی فی دن کے حساب سے لینا محفوظ تصور کیا جاتا ہے، تو ہم آپ کے نسخے کے لیے کوریج کو فی دن زیادہ سے زیادہ ایک گولی پر محدود کر سکتے ہیں۔

SECTION 5 What if one of your drugs is not covered in the way you'd like it to be covered?

Section 5.1 There are things you can do if your drug is not covered in the way you'd like it to be covered

ایسے حالات جن میں آپ نسخہ جاتی دوا لے رہے ہیں، یا وہ لے رہے ہیں جو آپ اور آپ کے فراہم کنندہ کو لگتا ہے کہ آپ کو لینی چاہیئے، جو ہمارے فارمولوں کے مجموعے میں شامل نہیں ہے یا ہمارے فارمولوں کے مجموعے میں تحدیدات کے ساتھ شامل ہے۔ For example:

- The drug might not be covered at all. یا ممکنہ طور پر دوا کا جنیرک ورژن کوور کیا جاتا ہے لیکن برانڈ کے نام کا جو ورژن آپ لینا چاہتے ہیں وہ کوور نہیں کیا جاتا۔
- The drug is covered, but there are extra rules or restrictions on coverage for that drug, as explained in Section 4.
- There are things you can do if your drug is not covered in the way that you'd like it to be covered.

اگر آپ کی دوا "فہرست ادویات" میں موجود نہیں ہے یا اگر آپ کی دوا پر پابندی عائد ہے، تو یہ معلوم کرنے کے لیے سیکشن 5.2 پر جائیں کہ آپ کیا کر سکتے ہیں۔

Section 5.2 What can you do if your drug is not on the Drug List or if the drug is restricted in some way?

If your drug is not on the Drug List or is restricted, here are options:

- آپ عارضی طور پر دوا کی فراہمی حاصل کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔
- You can change to another drug.
- You can request an **exception** and ask the plan to cover the drug or remove restrictions from the drug.

You may be able to get a temporary supply

مخصوص حالات کے تحت، منصوبے کو اس دوا کی عارضی سپلائی فراہم کرنا ضروری ہے جو آپ پہلے سے لے رہے ہیں۔ This temporary supply gives you time to talk with your provider about the changes.

To be eligible for a temporary supply, the drug you have been taking **must no longer be on the plan's Drug List OR is now restricted in some way**.

- **If you are a new member,** we will cover a temporary supply of your drug during the first **90 days** of your membership in the plan.
- **If you were in the plan last year,** we will cover a temporary supply of your drug during the first **90 days** of the calendar year.
- This temporary supply will be for a maximum of 31-day supply. اگر آپ کا نسخہ چند دنوں کے لیے تحریر شدہ ہے، تو ہم زیادہ سے زیادہ 31 دن تک دوا کی سپلائی فراہم کرنے کے لیے متعدد مرتبہ ادویات حاصل کرنے کی اجازت دیں گے۔ نسخے کے مطابق ادویات نیٹ ورک فارمیسی سے حاصل کرنا لازمی ہے۔ (Please note that the long-term care pharmacy may provide the drug in smaller amounts at a time to prevent waste.)
- **For those members who have been in the plan for more than 90 days and reside in a long-term care facility and need a supply right away:**

اگر آپ کا نسخہ چند دنوں کے لیے تحریر شدہ ہے، تو ہم خاص دوا کی ایک کی ہنگامی سپلائی کو ایک بار کے لیے 31 دنوں یا کم کے لیے کوور کریں گے۔ یہ مندرجہ بالا عارضی سپلائی کے علاوہ ہے۔

- If you are a new resident of an LTC facility and have been enrolled in our plan for more than 90 days and need a drug that isn't on our formulary or is subject to other restrictions, such as step therapy or quantity limits (dosage limits), we will cover a temporary 31-day emergency supply of that drug (unless the prescription is for fewer days) while the member pursues a formulary exception. استثنات ان حالات میں دستیاب ہیں جہاں آپ خود کو موصول ہونے والی نگہداشت کے درجے میں تبدیلی کا تجربہ کرتے ہیں جو آپ سے ایک مرکز یا علاج کے سینٹر سے دوسرے میں منتقلی کا تقاضا بھی کرتی ہیں۔ ایسے حالات میں، آپ ایک عارضی، آپ ایک وقتی ادویات حاصل کرنے کے استثنیٰ کے اہل ہو سکتے ہیں خواہ آپ اس منصوبے کے ممبر کے طور پر پہلے 90 دنوں میں شامل نہ ہوں۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ ہماری منتقلی کی پالیسی صرف ان ادویات پر لاگو ہوتی ہے جو "حصہ D" میں ہیں اور نیٹ ورک فارمیسی پر خریدی جاتی ہیں۔ منتقلی کی پالیسی کو وہ دوا خریدنے کے لیے استعمال نہیں کیا جا سکتا جو حصہ D میں شامل نہیں ہے یا بیرون نیٹ ورک دوا ہے، تاقتیکہ آپ نیٹ ورک سے باہر رسائی حاصل کرنے کے اہل ہو جاتے ہیں۔

ممبر سروسز کو، عارضی سپلائی کے بارے میں سوالات کے لیے کال کریں۔

آپ کے دوا کی عارضی سپلائی استعمال کرنے کے وقت کے دوران، آپ کو اپنے فراہم کنندہ سے یہ فیصلہ کرنے کے لیے بات کرنی چاہیئے کہ جب آپ کی عارضی سپلائی ختم ہو جائے تو کیا کریں۔ You have two options:

1) You can change to another drug

اپنے فراہم کنندہ سے اس بارے میں گفتگو کریں کہ آیا منصوبے کی جانب سے ایک مختلف دوا کوور کی جاتی ہے جو آپ کے لیے بھی کارگر ثابت ہو سکتی ہے۔ آپ یکساں طبی کیفیت کا علاج کرنے والی کوور کردہ ادویات کی فہرست کے بارے میں استفسار کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کر سکتے ہیں۔ آپ تبدیل کر کے کسی اور دوا پر جا سکتے ہیں۔

2) You can ask for an exception

آپ اور آپ کا فراہم کنندہ منصوبے سے استثنیٰ کے لیے درخواست کر سکتے اور دوا کو اس طرح کوور کر سکتے ہیں جیسے آپ کوور کرنا چاہتے ہیں۔ اگر آپ کا فراہم کنندہ کہتا ہے کہ آپ کے پاس وہ طبی وجوہات ہیں جو ہم سے استثنیٰ کی درخواست کا جواز پیش کرتی ہیں، تو آپ کا فراہم کنندہ آپ کو استثنیٰ کی درخواست دینے میں مدد دے سکتا ہے۔ مثلاً، آپ منصوبے سے دوا کو کوور کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں خواہ یہ منصوبے کی "فہرست ادویات" میں موجود نہ ہو۔ یا آپ منصوبے سے استثنیٰ کے لیے درخواست کر سکتے اور دوا کو بغیر تحدیدات کے کوور کر سکتے ہیں۔

اگر آپ ایک موجودہ ممبر ہیں اور جو دوا آپ لے رہے ہیں اسے فارمولوں کے مجموعے سے ختم کر دیا یا اگلے سال کے لیے کسی طریقے سے پابندی شدہ کر دیا جائے گا، تو ہم آپ کو نئے سال سے پہلے سے ہی کسی تبدیلی سے آگاہ کر دیں گے۔ آپ اگلے سال سے پہلے استثنیٰ کے لیے درخواست دے سکتے ہیں اور ہم آپ کی درخواست (یا آپ کے نسخہ تجویز کنندہ کے حمایتی بیان) کے موصول ہونے کے 72 گھنٹوں کے اندر آپ کو جواب دے دیں گے۔ اگر ہم آپ کی درخواست کو منظور کر لیتے ہیں، تو تبدیلی کے اثر انداز ہونے سے پہلے ہم کوریج کا اختیار دے دیں گے۔

If you and your provider want to ask for an exception, Chapter 8, Section 7.4 tells you what to do. It explains the procedures and deadlines that have been set by Medicare to make sure your request is handled promptly and fairly.

SECTION 6 What if your coverage changes for one of your drugs?

Section 6.1 The Drug List can change during the year

دوا کی کوریج میں زیادہ تر تبدیلیاں ہر سال کے آغاز (1 جنوری) میں ہوتی ہیں۔ However, during the year, the plan can make some changes to the "Drug List." For example, the plan might:

- **Add or remove drugs from the Drug List.**
- **Add or remove a restriction on coverage for a drug.**
- **Replace a brand name drug with a generic version of the drug.**
- **Replace an original biological product with an interchangeable biosimilar version of the biological product.**

ہمیں منصوبے کی "فہرست ادویات" میں تبدیلی کرنے سے پہلے Medicare کے تقاضوں کی پیروی لازمی کرنی ہو گی۔

اس باب میں مذکورہ ادویات کی اقسام کی تعریفات کے لیے باب 11 ملاحظہ کریں۔

Section 6.2 What happens if coverage changes for a drug you are taking?

Information on changes to drug coverage

"فہرست ادویات" میں تبدیلیاں واقع ہونے پر، ہم اپنی ویب سائٹ پر ان تبدیلیوں کے متعلق معلومات پوسٹ کرتے ہیں۔ ہم باقاعدگی سے شیڈول کردہ بنیادوں پر اپنی آن لائن "فہرست ادویات" بھی اپ ڈیٹ کرتے ہیں۔ یہ سیکشن اُن اقسام کی تبدیلیوں کی وضاحت کرتا ہے کہ جو ہم فہرستِ ادویات میں لا سکتے ہیں اور اگر ہم نے کسی ایسی دوا کے ضمن میں تبدیلیاں کیں کہ جو آپ لے رہے ہوئے تو ہم آپ کو براہِ راست نوٹس دیں گے۔

Changes we may make to the Drug List that affect you during the current plan year

- **Adding new drugs to the Drug List and <u>immediately</u> removing or making changes to a like drug on the Drug List.**
  - فہرستِ ادویات میں کسی دوا کا نیا ورژن شامل کرتے ہوئے، ممکن ہے کہ ہم کسی مماثل دوا کو فہرستِ ادویات سے فوری نکال دیں، کسی مماثل دوا کو خرچ کے اشتراک کے کسی اور درجے میں منتقل کر دیں، نئی پابندیاں شامل کریں، یا دونوں اقدامات کریں۔ دوا کا نیا ورژن خرچ کے اشتراک کے مماثل درجے یا اس سے کم درجے پر ہو گا اور اُس پر وہی یا اس سے کم پابندیاں ہوں گی۔
  - ہم یہ فوری تبدیلیاں صرف اس صورت لائیں گے کہ اگر ہم برانڈ کے نام والی کسی دوا کا ایک نیا عمومی ورژن شامل کر رہے ہوں یا کسی ایسی حقیقی بائیولوجیکل مصنوعہ کے مختلف نئے حیاتیاتی مماثل ورژنز شامل کر رہے ہوں کہ جو پہلے ہی دوا کی فہرست پر موجود تھی۔
  - ممکن ہے کہ ہم یہ تبدیلیاں فوری کریں اور آپ کو بعد میں بتائیں، چاہے آپ وہ دوا لے رہے ہوں کہ جو ہم نکال رہے ہیں یا جس میں تبدیلیاں لا رہے ہیں۔ اگر آپ اس وقت کوئی مماثل دوا لے رہے ہیں کہ جب ہم تبدیلی کریں، تو ہم آپ کو کی جانے والی مخصوص تبدیلی کے بارے میں بتائیں گے۔
- **Adding drugs to the Drug List and removing or making changes to a like drug on the Drug with advance notice.**
  - فہرستِ ادویات میں کسی دوا کا کوئی اور ورژن شامل کرتے وقت، ممکن ہے کہ ہم فہرستِ ادویات میں سے کوئی مماثل دوا نکال دیں، اسے خرچ کے اشتراک کے کسی مختلف درجے میں منتقل کر دیں، نئی پابندیاں شامل کریں، یا دونوں اقدامات کریں۔ دوا کا وہ ورژن کہ جو ہم شامل کریں گے خرچ کے اشتراک کے اسی درجے یا اس سے کم درجے پر ہو گا اور اس پر وہی یا اس سے کم پابندیاں عائد ہوں گی۔
  - ہم یہ تبدیلیاں صرف اس صورت میں کریں گے کہ اگر ہم برانڈ کے نام والی کسی دوا کا ایک نیا عمومی ورژن شامل کر رہے ہوں یا کسی ایسی حقیقی بائیولوجیکل مصنوعہ کے مختلف نئے حیاتیاتی مماثل ورژنز شامل کر رہے ہوں کہ جو پہلے ہی دوا کی فہرست پر موجود تھی۔

- ہم آپ کو تبدیلی لانے سے کم از کم 30 دن قبل آگاہ کریں گے، یا آپ کو تبدیلی کے بارے میں آگاہ کریں گے اور آپ دوا کا جو ورژن لے رہے ہیں اس کے 31 دن کے فِل کا احاطہ کریں گے۔

- **Removing unsafe drugs and other drugs on the Drug List that are withdrawn from the market.**
  - بعض اوقات ایک دوا غیر محفوظ تصور کی جاتی ہے یا کسی اور سبب مارکیٹ سے ہٹا دی جاتی ہے۔ ایسا ہونے پر، ہم دوا کو فوری طور پر "فہرست ادویات" سے نکال دیتے ہیں۔ اگر آپ وہ دوا لے رہے ہیں، تو ہم تبدیلی کرنے کے بعد آپ کو فوراً مطلع کر دیں گے۔

- **Making other changes to drugs on the Drug List**
  - سال کا آغاز ہونے کے بعد ہم دیگر تبدیلیاں کر سکتے ہیں جو آپ کے زیر استعمال ادویات کو متاثر کرتی ہیں۔ مثلاً، جو ہم FDA کے خانہ بند انتباہات یا Medicare کی جانب سے تسلیم شدہ نئی کلینکل ہدایات کی بنیاد پر کر سکتے ہیں۔
  - ہم آپ کو یہ تبدیلیاں لانے سے کم از کم 30 دن قبل آگاہ کریں گے، یا آپ کو تبدیلی کے بارے میں آگاہ کریں گے اور آپ دوا کا جو ورژن لے رہے ہیں اس کے 31 دن کے فِل کو کوور کریں گے۔

اگر ہم آپ کی لی جانے والی کسی قسم کی ادویات میں ان میں سے کوئی تبدیلیاں کرتے ہیں، تو ان اختیارات کے بارے میں اپنے تجویز کنندہ سے بات کریں کہ جو آپ کے لیے بہترین طور پر کارگر ہوں گے، جس میں اپنے عارضے کے علاج کے لیے کسی مختلف دوا پر منتقل ہونا، یا کسی ایسی دوا پر عائد کردہ نئی پابندیوں کو پورا کرنے کے لیے کوریج کے فیصلے کی درخواست کرنا شامل ہے کہ جو آپ لے رہے ہوں۔ آپ یا آپ کا تجویز کنندہ اس دوا یا دوا کے ورژن کی کوریج جاری رکھنے کی خاطر استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں کہ جو آپ لے رہے ہیں۔ کوریج کے فیصلے کی درخواست کرنے کے طریقے کے متعلق مزید معلومات کے لیے باب 9 دیکھیں۔

Changes to the Drug List that do not affect you during the current plan year

ہم "فہرست ادویات" میں مخصوص تبدیلیاں کر سکتے ہیں جو اوپر بیان نہیں کی گئیں۔ ان کیسز میں، اگر آپ تبدیلی کے دوران دوا لے رہے ہیں تو تبدیلی کا اطلاق آپ پر نہیں ہو گا؛ تاہم، اگر آپ اسی منصوبے میں شامل رہتے ہیں تو اگلے سال کے 1 جنوری سے شروع ہونے والے منصوبے میں یہ تبدیلیاں ممکنہ طور پر آپ کو متاثر کریں گی۔

In general, changes that will not affect you during the current plan year are:

- We put a new restriction on the use of your drug.
- We remove your drug from the Drug List.

اگر ان میں سے کوئی بھی تبدیلی آپ کے زیر استعمال دوا پر عائد ہوتی ہیں (مارکیٹ سے دستبرداری، ایک جنیرک دوا کا ایک برانڈ کے نام والی دوا کی جگہ لینا، یا مندرجہ بالا سیکشنز میں نوٹ کی گئی دیگر تبدیلی کے علاوہ)، تو پھر تبدیلی آپ کے استعمال یا اگلے سال کی 1 جنوری تک آپ لاگت کے اپنے اشتراکی حصے کے طور پر جو ادائیگی کرتے ہیں اسے متاثر نہیں کرے گی۔

ہم آپ کو موجودہ منصوبے کے سال کے دوران اس قسم کی تبدیلیوں کے بارے میں براہ راست نہیں بتائیں گے۔ آپ کو اگلے سال کے منصوبے کے لیے "فہرست ادویات" یہ دیکھنے کے لیے چیک کرنے کی ضرورت ہو گی (جب فہرست جاری اندراج کے مدت کے دوران دستیاب ہو) کہ آیا آپ کی لینے والی ادویات میں کوئی تبدیلیاں واقع ہوئی ہیں جو اگلے سال کے منصوبے میں آپ کو متاثر کریں گی۔

SECTION 7 What types of drugs are not covered by the plan?

Section 7.1 Types of drugs we do not cover

یہ سیکشن آپ کو بتاتا ہے کہ کس قسم کی نسخہ جاتی ادویات کو خارج کر دیا گیا ہے۔ اس کا مطلب ہے Medicare ان ادویات کے لیے ادائیگی نہیں کرتا۔

اگر آپ اپیل کرتے ہیں اور آپ کی درخواست کردہ دوا حصہ D کے تحت خارج شدہ میں نہیں پائی جاتی، تو ہم اس کی ادائیگی کریں گے یا اسے کوور کریں گے۔ (For information about appealing a decision, go to Chapter 8.) اگر ہماری جانب سے خارج شدہ دوا Medicaid کی جانب سے بھی خارج شدہ ہے، تو اس کے لیے آپ کو لازمی طور پر بذاتِ خود ادائیگی کرنی ہو گی۔

Here are three general rules about drugs that Medicare drug plans will not cover under Part D:

- Our plan's Part D drug coverage cannot cover a drug that would be covered under Medicare Part A or Part B.
- Our plan cannot cover a drug purchased outside the United States or its territories.
- Our plan cannot cover *off-label* use of a drug when the use is not supported by certian references, such as the American Hospital Formulary Service Drug Information and the Micromedex DRUGDEX Information System. آف-لیبل استعمال انتظامیہ برائے خوراک و دوا کی جانب سے منظور شدہ کے مطابق دوا کے لیبل پر نشاندہی کردہ کے علاوہ دوا کا کوئی بھی اور استعمال ہے۔

مزید برآں، قانون کے مطابق، ذیل میں ادویات کے درج ذیل شامل فہرست زمرے Medicare کی جانب سے کوور کردہ نہیں ہیں، تاہم ان میں سے کچھ ادویات آپ کی Medicaid دوا کی کوریج کے تحت آپ کے لیے کوور کی جا سکتی ہیں۔ آپ کو Medicaid کی دوا کی کوریج کی مزید معلومات کے لیے، ممبر سروسز یا اپنی ریاست کے Medicaid دفتر سے رابطہ کرنا چاہیئے (رابطہ کی معلومات باب 2، سیکشن 6 میں درج فہرست ہیں)۔

- Non-prescription drugs (also called over-the-counter drugs)
  - Drugs used to promote fertility
  - Drugs used for the relief of cough or cold symptoms
  - Drugs used for cosmetic purposes or to promote hair growth
  - Prescription vitamins and mineral products, except prenatal vitamins and fluoride preparations
  - Drugs used for the treatment of sexual or erectile dysfunction
  - Drugs used for treatment of anorexia, weight loss, or weight gain
  - Outpatient drugs for which the manufacturer seeks to require that associated tests or monitoring services be purchased exclusively from the manufacturer as a condition of sale

SECTION 8 Filling a prescription

Section 8.1 Provide your membership information

اپنی منتخب کردہ نیٹ ورک فارمیسی پر، اپنے نسخے کے مطابق ادویات حاصل کرنے کے لیے، اپنے منصوبے کی ممبرشپ کی معلومات فراہم کریں، جو آپ کے ممبرشپ کارڈ پر تلاش کی جا سکتی ہیں۔ نیٹ ورک فارمیسی خودکار طور پر آپ کی دوا کے لیے منصوبے کو بل دے گی۔

آپ کا اپنا New York Medicaid منصوبے کے ممبر کا ID کارڈ دکھانا ضروری ہے تاکہ نسخہ جات کے مطابق ادویات حاصل کر سکیں جو Medicaid کی جانب سے کوور کی جاتی ہیں۔

Section 8.2 What if you don't have your membership information with you?

اگر نسخہ کے مطابق دوا حاصل کرتے ہوئے آپ کے پاس اپنے منصوبے کی ممبرشپ معلومات موجود نہیں ہیں، تو آپ یا فارمیسی ضروری معلومات کے لیے منصوبے کو کال کر سکتے ہیں، یا آپ اپنے منصوبے کے اندراج کی معلومات دیکھنے کے لیے فارمیسی سے کہہ سکتے ہیں۔

If the pharmacy is not able to get the necessary information, **you may have to pay the full cost of the prescription when you pick it up. (You can then ask us to reimburse you.** See Chapter 6, Section 2 for information about how to ask the plan for reimbursement.)

SECTION 9 Part D drug coverage in special situations

Section 9.1 What if you're in a hospital or a skilled nursing facility for a stay that is covered by the plan?

اگر آپ منصوبے کی جانب سے کوور کردہ قیام کے لیے ایک ہسپتال یا ایک مہارت یافتہ نرسنگ کے مرکز میں داخل ہیں، تو ہم عموماً آپ کے قیام کے دوران آپ کی نسخہ جاتی ادویات کی قیمت کوور کریں گے۔ آپ کے ہسپتال یا مہارت یافتہ نرسنگ کا مرکز چھوڑنے کے بعد، منصوبہ نسخہ جاتی ادویات کو تب تک کوور کرے گا جب تک کہ ادویات اس باب میں بیان کردہ کوریج کے لیے ہمارے تمام اصولوں پر پورا اترتی ہوں۔

Section 9.2 What if you're a resident in a long-term care (LTC) facility?

عمومی طور پر، ایک طویل مدتی نگہداشت کے مرکز (جیسا کہ نرسنگ ہوم) کی اپنی فارمیسی ہوتی ہے یا ایسی فارمیسی کا استعمال کرتی ہے جو اپنے تمام رہائشیوں کو ادویات فراہم کرتی ہے۔ اگر آپ ایک LTC مرکز کے رہائشی ہیں، تو آپ اپنی نسخہ جاتی ادویات مرکز کی فارمیسی یا اس کے زیر استعمال فارمیسی سے حاصل کر سکتے ہیں جب تک کہ یہ ہمارے نیٹ ورک کا حصہ ہے۔

Check your *Provider/Pharmacy Directory*SWHNY.com to find out if your LTC facility's pharmacy or the one that it uses is part of our network. اگر ایسا نہیں ہے، یا اگر آپ کو مزید معلومات یا اعانت کی ضرورت ہے، تو براہ کرم ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔ اگر آپ LTC کے مرکز میں ہیں، تو ہمیں یقینی بنانا ہو گا کہ آپ ہماری LTC فارمیسیز کے نیٹ ورک کے ذریعے روزمرہ کے حصہ D کے وظائف حاصل کرنے کے قابل ہیں۔

What if you're a resident in a long-term care (LTC) facility and need a drug that is not on our Drug List or is restricted in some way?

براہ کرم عارضی یا ایمرجنسی فراہمی کے لیے سیکشن 5.2 کا حوالہ دیں۔

Section 9.3 What if you're in Medicare-certified hospice?

مریض خانہ اور ہمارا منصوبہ بیک وقت یکساں دوا کو کوور نہیں کرتے۔ اگر آپ Medicare کے مریض خانے میں داخل ہیں اور آپ کو مخصوص ادویات (مثلاً متلی دور کرنے والی ادویات، دافع قبض، درد سے نجات کی ادویات یا دافع اضطراب ادویات) کی ضرورت ہے جو آپ کے مریض خانے کی جانب سے کوور کردہ نہیں ہیں کیونکہ یہ آپ کے دائمی مرض اور متعلقہ حالات سے غیر متعلقہ ہیں، تو ہمارے منصوبے کے دوا کو کوور کرنے سے پہلے یا TW تجویز کنندہ یا آپ کے مریض خانے کے فراہم کنندہ کی جانب سے یہ اطلاع موصول کرنا ضروری ہے کہ دوا غیر متعلقہ ہے۔ ان ادویات کو تاخیر سے موصول کرنے سے بچنے کے لیے جو ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور کی جانی چاہیئیں، اپنے مریض خانے کے فراہم کنندہ یا نسخہ تجویز کنندہ سے اپنے نسخے پر ادویات بھروانے سے پہلے اطلاع دینے کی درخواست کریں۔

اس صورت میں کہ آپ یا تو اپنے مریض خانے کے انتخاب کو منسوخ کر دیتے یا اس سے خارج ہو جاتے ہیں، ہمارے منصوبے کو اس دستاویز میں وضاحت کردہ کے مطابق آپ کی ادویات کو کوور کرنا چاہیئے۔ اپنے Medicare مریض خانے کے وظیفے کے ختم ہونے پر اپنی منسوخی یا ڈسچارج کی تصدیق کے لیے دستاویزات فارمیسی پر لے کر آئیں تاکہ فارمیسی پر کسی بھی تاخیر سے بچ سکیں۔

SECTION 10 Programs on drug safety and managing medications

Section 10.1 Programs to help members use drugs safely

ہم اپنے ممبرز کے لیے دوا کے استعمال کے جائزوں کا انعقاد کرتے ہیں تاکہ یہ یقینی بنانے میں ان کی مدد کر سکیں کہ وہ محفوظ اور موزوں نگہداشت حاصل کر رہے ہیں۔

ہم ہر بار آپ کے اپنے نسخے پر ادویات حاصل کرنے پر جائزہ لیتے ہیں۔ ہم باقاعدگی سے اپنے ریکارڈز کا جائزہ بھی لیتے ہیں۔ During these reviews, we look for potential problems such as:

- Possible medication errors
- Drugs that may not be necessary because you are taking another similar drug to treat the same condition
- Drugs that may not be safe or appropriate because of your age or gender
- Certain combinations of drugs that could harm you if taken at the same time
- Prescriptions for drugs that have ingredients you are allergic to
- Possible errors in the amount (dosage) of a drug you are taking
- Unsafe amounts of opioid pain medications

اگر ہمیں آپ کے ادویات کے استعمال میں ممکنہ مسئلہ دکھائی دیتا ہے، تو ہم آپ کے فراہم کنندہ کے ساتھ مسئلہ درست کرنے کے لیے کام کریں گے۔

Section 10.2 Drug Management Program (DMP) to help members safely use their opioid medications

ہمارا ایک پروگرام ہے جو ممبرز کے لیے اس بات کو یقینی بنانے میں مدد دیتا ہے کہ وہ اپنی نسخہ جاتی درد کش اور دوسری کثرت سے بے جا استعمال ہونے والی ادویات کو محفوظ طریقے سے استعمال کریں۔ اس پروگرام کو دوا کے نظم کا پروگرام (DMP) کہا جاتا ہے۔ اگر آپ درد کش ادویات استعمال کرتے ہیں جو آپ متعدد نسخہ تجویز کنندگان یا فارمیسیز سے حاصل کرتے ہیں، یا اگر آپ نے حال ہی میں درد کش دوا کی زیادہ خوارک لی ہے، تو ہم آپ کے ڈاکٹرز سے یہ یقینی بنانے کے لیے گفتگو کر سکتے ہیں کہ آپ کا درد کش ادویات کا استعمال موزوں اور طبی طور پر ضروری ہے۔ آپ کے نسخہ تجویز کنندگان کے ساتھ کام کرتے ہوئے اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کی نسخہ جاتی درد کش یا سکون آور ادویات کا استعمال محفوظ نہیں، تو ہم آپ کے ان ادویات کو حاصل کرنے کے طریقے کو محدود کر سکتے ہیں۔ If we place you in our DMP, the limitations may be:

- Requiring you to get all your prescriptions for opioid or benzodiazepine medications from a certain pharmacy(ies)
- Requiring you to get all your prescriptions for opioid or benzodiazepine medications from a certainprescriber(s)
- Limiting the amount of opioid or benzodiazepine medications we will cover for you

اگر ہم آپ کے ان ادویات کو حاصل کرنے کے طریقے یا آپ کتنی مقدار حاصل کر سکتے ہیں اس کو محدود کرنے کا منصوبہ بناتے ہیں، تو ہم آپ کو پیشگی ایک خط بھیجیں گے۔ خط آپ کو بتائے گا کہ آیا ہم آپ کے لیے ان ادویات کی کوریج کو محدود کر دیں گے، یا آیا آپ کو ان ادویات کے لیے صرف ایک مخصوص نسخہ تجویز کنندہ یا فارمیسی سے نسخہ حاصل کرنے کی ضرورت ہو گی۔ آپ کے پاس ہمیں اپنے استعمال کے لیے ترجیحی نسخہ تجویز کنندگان یا فارمیسیز اور ایسی کسی بھی دوسری معلومات کے بارے میں بتانے کا موقع ہو گا جو آپ کے خیال میں ہمارے لیے جاننا اہم ہیں۔ آپ کو ردعمل دینے کا موقع ملنے کے بعد، اگر ہم ان ادویات کے لیے آپ کی کوریج کو محدود کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہم آپ کو حدود کی تصدیق کرنے والا ایک اور خط بھیجیں گے۔ اگر آپ سمجھتے ہیں ہم نے غلطی کی ہے یا آپ ہمارے فیصلے یا تحدید سے غیر متفق ہیں، تو آپ اور آپ کے نسخہ تجویز کنندہ اپیل کرنے کا حق رکھتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو ہم آپ کے کیس کا جائزہ لیں گے اور آپ کو نیا فیصلہ فراہم کریں گے۔ اگر ہم ان تحدیدات سے متعلقہ آپ کی درخواست کے کسی حصے کو رد کرنا جاری رکھتے ہیں جن کا اطلاق آپ کی ادویات تک رسائی پر ہوتا ہے، تو ہم خود کار طریقے سے آپ کے کیس کو اپنے منصوبے سے باہر ایک آزاد جائزہ کار کو بھیج دیں گے۔ اپیل کرنے کے طریقے کے متعلق معلومات کے لیے باب 9 دیکھیں۔

اگر آپ مخصوص طبی عارضوں جیسا کہ فعال کینسر سے متعلقہ درد یا سکل سیل کی بیماری میں مبتلا ہیں، آپ مریض خانے میں سکون آور یا اختتام زندگی کی نگہداشت حاصل کر رہے ہیں، یا طویل مدتی نگہداشت کے مرکز میں رہتے ہیں، تو آپ کو ہمارے DMP میں نہیں رکھا جائے گا۔

Section 10.3 Medication Therapy Management (MTM) program to help members manage their medications

ہمارا ایک پروگرام ہے جو ہمارے ممبرز کی ان کی صحت کی پیچیدہ ضرورتوں کے حوالے سے مدد کر سکتا ہے۔ ہمارا پروگرام دوا سے تھیراپی کے نظم (MTM) کا پروگرام کہلاتا ہے۔ یہ پروگرام رضاکارانہ اور مفت ہے۔ فارماسسٹس اور ڈاکٹرز کی ایک ٹیم نے اس پروگرام کو ہمارے لیے تیار کیا ہے تاکہ اس بات کو یقینی بنانے میں مدد دی جائے کہ ہمارے ممبرز اپنے زیر استعمال ادویات سے زیادہ سے زیادہ فائدہ حاصل کریں۔ کچھ ممبرز جو مختلف طبی عارضوں میں مبتلا ہیں اور ایسی ادویات لیتے ہیں جن کا خرچ دوا کے اخراجات کی مخصوص مالیت سے زیادہ ہے یا جو کسی DMP میں ہیں تاکہ ممبرز کو ان کی درد کش ادویات کے محفوظ استعمال میں مدد دی جائے، تو وہ ممبران MTM پروگرام کے ذریعے سروسز حاصل کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔ اگر آپ پروگرام کے لیے اہلیت رکھتے ہیں، تو کوئی فارماسسٹ یا صحت کا کوئی دوسرا پیشہ ور آپ کو آپ کی تمام ادویات کے لیے ایک جامع جائزہ پیش کرے گا۔ آپ جائزے کے دوران اپنی ادویات، اپنے اخراجات، اور اپنے نسخے اور بلا نسخہ ادویات کے متعلق خود کو درپیش کسی بھی مسائل یا سوالات کے بارے میں گفتگو کر سکتے ہیں۔ آپ ایک تحریری خلاصہ حاصل کریں گے جس میں تجویز کردہ کرنے کے کاموں کی فہرست ہے جس میں وہ اقدامات شامل ہیں جو آپ کو اپنی ادویات سے بہترین نتائج حاصل کرنے کے لیے اٹھانے چاہیئیں۔ آپ ادویات کی ایک فہرست بھی حاصل کریں گے جس میں آپ کے زیر استعمال تمام ادویات، آپ کتنی مقدار میں انہیں لیتے ہیں، اور آپ کب اور کیوں انہیں لیتے ہیں یہ سب شامل ہو گا۔ مزید برآں، MTM پروگرام کے ممبرز کنٹرول کردہ مواد کی حامل نسخہ جاتی ادویات کی محفوظ تلفی کے متعلق معلومات حاصل کریں گے۔

اپنے ڈاکٹر سے تجویز کردہ کرنے کے کاموں کی فہرست اور ادویات کی فہرست کے بارے میں گفتگو کرنا ایک اچھا خیال ہے۔ اپنے ڈاکٹرز، فارماسسٹس، اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان سے کسی بھی وقت گفتگو کرنے یا ملاقات کرنے کے لیے خلاصہ اپنے ساتھ لائیں۔ اپنی ادویات کی فہرست کو تازہ ترین اور اپنے ساتھ (مثلاً اپنے ID کے ساتھ) رکھیں مبادا آپ کو ہسپتال یا ایمرجنسی روم جانا پڑے۔

اگر ہمارا پروگرام آپ کی ضروریات پر پورا اترتا ہے، تو ہم آپ کا اندراج اس پروگرام میں خود کار طریقے سے کر کے آپ کو معلومات بھیج دیں گے۔ اگر آپ نے شرکت نہ کرنے کا فیصلہ کیا ہے، تو براہ کرم ہمیں مطلع کریں اور ہم آپ کو نکال دیں گے۔ براہ کرم ممبر سروسز سے اس پروگرام کے بارے میں کوئی بھی سوالات پوچھنے کے لیے رابطہ کریں۔

SECTION 11 We send you reports that explain payments for your drugs and which payment stage you are in

Section 11.1 We send you a monthly summary called the Part D Explanation of Benefits (the Part D EOB)

ہمارا منصوبہ آپ کی نسخہ جاتی ادویات کی لاگتوں اور اُن ادائیگیوں کا ٹریک رکھتا ہے کہ جو آپ نے فارمیسی پر نسخہ جات بھرواتے یا دوبارہ بھرواتے وقت کی ہوں۔ اِس طرح، ہم آپ کو بتا سکتے ہیں کہ آپ دوا کی ادائیگی کے ایک مرحلے سے دوسرے میں منتقل ہو گئے ہیں۔ In particular, there are two types of costs we keep track of:

- We keep track of how much you have paid. This is called your **Out-of-Pocket Costs**.
- We keep track of your **Total Drug Costs**. یہ وہ رقم ہے جو آپ اپنی جیب سے ادا کرتے ہیں یا دیگر افراد آپ کی جانب سے ادا کرتے ہیں اور اِس میں منصوبے کی جانب سے ادا کردہ رقم شامل ہوتی ہے۔

اگر گزشتہ ماہ کے دوران منصوبے کی وساطت سے آپ نے ایک یا زائد نسخہ جات بھروائے ہیں تو ہم آپ کو حصہ D کا EOB ارسال کریں گے۔ The Part D EOB includes:

- **Information for that month**. یہ رپورٹ اُن نسخہ جات کے بارے میں ادائیگی کی تفصیلات دیتی ہے کہ جو آپ نے گزشتہ ماہ میں بھروائے ہیں۔ یہ دوا کے کُل اخراجات، جو ادائیگی منصوبے نے کی، اور جو ادائیگی آپ نے اور آپ کی جانب سے دیگر افراد نے کی اُس کو ظاہر کرتا ہے۔

- **Totals for the year since January 1.** اِسے آغازِ سال تا موجودہ دن کی معلومات کہا جاتا ہے۔ یہ سال کے آغاز سے دوا کے کُل اخراجات اور آپ کی ادویات کی کُل ادائیگیاں دِکھاتی ہیں۔
- **Drug price information.** یہ معلومات دوا کی کُل قیمت، اور یکساں مقدار کے ہر نسخہ جاتی کلیم کی مد میں پہلی بھروائی سے قیمت میں اضافے کے بارے میں معلومات کو ظاہر کرتی ہیں۔
- **Available lower cost alternative prescriptions.** اِس میں ہر شراکتی کلیم کی مد میں نسبتاً کم خرچ کے اشتراک کی حامل دیگر دستیاب ادویات کے بارے میں معلومات شامل ہوں گی۔

Help us keep our information about your drug payments up to date

Section 11.2

اپنی دوا کی لاگتوں اور اپنی ادویات کی مد میں کی گئی ادائیگیوں کا ٹریک رکھنے کے لیے، ہم فارمیسیز سے ملنے والے ریکارڈز کا استعمال کرتے ہیں۔ Here is how you can help us keep your information correct and up to date:

- **Show your membership card every time you get a prescription filled.** اِس سے ہمیں یہ یقینی بنانے میں مدد ملتی ہے کہ ہم اُن نسخہ جات کے بارے میں جو آپ بھروا رہے ہیں اور آپ کی جانب سے کی جانے والی ادائیگی کے بارے میں جانتے ہیں۔
- **Make sure we have the information we need.** ایسے وقت بھی آتے ہیں کہ جب ہو سکتا ہے کہ آپ نسخہ جاتی دوا کی مکمل لاگت کی ادائیگی کریں۔ اِن صورتوں میں، ہم خودکار طور پر وہ معلومات حاصل نہیں کریں گے جو آپ کی اپنی جیب سے ادا کی جانے والی لاگتوں کا ٹریک رکھنے کی خاطر ہمیں ضرورت ہوتی ہیں۔ To help us keep track of your out-of-pocket costs, give us copies of your receipts Here are examples of when you should give us copies of your drug receipts:
  - When you purchase a covered drug at a network pharmacy at a special price or using a discount card that is not part of our plan's benefit
  - When you made a copayment for drugs that are provided under a drug manufacturer patient assistance program
  - Any time you have purchased covered drugs at out-of-network pharmacies or other times you have paid the full price for a covered drug under special circumstances

اگر آپ کو کسی کوور شدہ دوا کے لیے بل دیا گیا ہو، تو آپ ہمارے منصوبے سے درخواست کر سکتے ہیں کہ وہ خرچ کی مد میں ہمارے حصے کی ادائیگی کرے۔ ایسا کرنے کے طریقے کے بارے میں ہدایات کے لیے، باب 6، سیکشن 2 پر جائیں۔

- **Send us information about the payments others have made for you.** متعدد دیگر افراد اور تنظیموں کی جانب سے کی گئی ادائیگیاں بھی آپ کی اپنی جیب سے ادا کی جانے والی لاگتوں میں شمار ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر، AIDS ڈرگ اسسٹنس پروگرام (ADAP)، انڈین ہیلتھ سروسز، اور زیادہ تر خیراتی اداروں کی جانب سے کی جانے والی ادائیگیاں آپ کی اپنی جیب سے ادا کی جانے والی لاگتوں میں شمار ہوتی ہیں۔ اِن ادائیگیوں کا ریکارڈ رکھیں اور ہمیں ارسال کریں تاکہ ہم آپ کے اخراجات کو ٹریک کر سکیں۔
- **Check the written report we send you.** جب آپ حصہ D کا EOB موصول کریں، تو یہ یقینی بنانے کے لیے اس کا جائزہ لیں کہ معلومات مکمل اور درست ہیں۔ اگر آپ کے خیال میں کوئی چیز موجود نہ ہو یا آپ کو کوئی سوال درپیش ہو، تو براہِ کرم ممبر سروسز کو کال کریں۔ Plan members can access their EOBs online at Caremark.com. اِن رپورٹس کو یقینی طور پر سنبھال کر رکھیں۔

باب 6:

Asking us to pay a bill you have received for covered medical services or drugs

SECTION 1 Situations in which you should ask us to pay for your covered services or drugs

Our network providers bill the plan directly for your covered services and drugs - you should not receive a bill for covered services or drugs. اگر آپ کو حاصل ہونے والی طبی نگہداشت یا ادویات کے لیے بل موصول ہوتا ہے، تو آپ کو یہ بل ہمیں بھیجنا چاہیئے تاکہ ہم اِس کی ادائیگی کر سکیں۔ جب آپ ہمیں بل بھیجتے ہیں، تو ہم بل کو دیکھیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا سروسز اور ادویات کوور شدہ ہونی چاہیئیں۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ انہیں کوور شدہ ہونا چاہیئے، تو ہم فراہم کنندہ کو براہ راست ادائیگی کریں گے۔

If you have already paid for a Medicare service or item covered by the plan, you can ask our plan to pay you back (paying you back is often called **reimbursing** you). یہ آپ کا حق ہے کہ جب بھی آپ ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور کردہ طبی سروسز یا ادویات کے لیے ادائیگی کریں تو آپ کو ہمارے منصوبے کی جانب سے واپس ادائیگی کی جائے۔ ایسی ڈیڈ لائنز ہو سکتی ہیں جنہیں ادائیگی واپس حاصل کرنے کے لیے آپ کو لازمی طور پر پورا کرنا ہو گا۔ براہ کرم اس باب کا سیکشن 2 ملاحظہ کریں۔ آپ جب ہمیں اپنا پہلے سے ادا کردہ بل بھیجتے ہیں، تو ہم بل کو دیکھیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا سروسز یا ادویات کو کوور کرنا چاہیئے۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ انہیں کوور کرنا چاہیئے تو ہم آپ کو سروسز یا ادویات کے لیے واپس ادائیگی کریں گے۔

کچھ ایسے اوقات بھی ہو سکتے ہیں جب آپ کو فراہم کنندہ کی جانب سے خود کو موصول شدہ طبی نگہداشت کے لیے مکمل لاگت کا بل یا ممکنہ طور اپنی لاگت کے اشتراک میں اپنے حصے سے زیادہ کا بل موصول ہو جیسا کہ اس دستاویز میں بات کی گئی ہے۔ پہلے فراہم کنندہ کے ساتھ بل کا مسئلہ حل کرنے کی کوشش کریں۔ اگر یہ کارگر ثابت نہیں ہوتا، تو بل ادا کرنے کے بجائے اسے ہمیں بھیجیں۔ ہم بل کو دیکھیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا سروسز کوور کرنی چاہیئیں۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ انہیں کوور شدہ ہونا چاہیئے، تو ہم فراہم کنندہ کو براہ راست ادائیگی کریں گے۔ اگر ہم اسے ادا نہ کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہم فراہم کنندہ کو مطلع کر دیں گے۔ آپ کو کبھی بھی منصوبے کی جانب سے اجازت یافتہ لاگت کے اشتراک سے زیادہ ادائیگی نہیں کرنی چاہیئے۔ اگر یہ فراہم کنندہ معاہدہ یافتہ ہے، تو آپ تب بھی علاج کا حق رکھتے ہیں۔

Here are examples of situations in which you may need to ask our plan to pay you back or to pay a bill you have received:

1. When you've received emergency or urgently needed medical care from a provider who is not in our plan's network

آپ ہنگامی صورت میں یا فوری درکار سروسز کسی بھی فراہم کنندہ سے موصول کر سکتے ہیں، خواہ وہ فراہم کنندہ ہمارے نیٹ ورک کا حصہ ہو یا نہ ہو۔ ان صورتوں میں، فراہم کنندہ سے منصوبے کا بل بنانے کا کہیں۔

- اگر آپ نے نگہداشت موصول کرتے وقت پوری رقم بذات خود ادا کی ہے، تو ہم سے ادائیگی واپس حاصل کرنے کی درخواست کریں۔ ہمیں اپنی جانب سے کی گئی کسی بھی ادائیگی کی دستاویز بل کے ساتھ بھیجیں۔
- آپ کو فراہم کنندہ کی جانب سے ادائیگی کے لیے بل موصول ہو سکتا ہے جس میں اس ادائیگی کا کہا گیا ہوتا ہے جو آپ کے خیال میں آپ پر واجب الادا نہیں۔ ہمیں اپنی جانب سے پہلے کی گئی کسی بھی ادائیگی کی دستاویز بل کے ساتھ بھیجیں۔
  - اگر فراہم کنندہ کو کوئی چیز واجب الادا ہے، تو ہم براہ راست فراہم کنندہ کو ادائیگی کریں گے۔
  - اگر آپ پہلے سے اس سروس کے لیے ادائیگی کر چکے ہیں، تو ہم آپ کو ادائیگی واپس کریں گے۔

2. When a network provider sends you a bill you think you should not pay

نیٹ ورک کے فراہم کنندگان کو ہمیشہ براہ راست منصوبے کو بل دینا چاہیئے۔ لیکن بعض اوقات وہ غلطیاں کر دیتے ہیں، اور آپ سے آپ کی سروسز کے لیے ادائیگی کا مطالبہ کرتے ہیں۔

- Whenever you get a bill from a network provider, send us the bill. ہم فراہم کنندہ سے براہ راست رابطہ کریں گے اور بلنگ کا مسئلہ حل کریں گے۔

- If you have already paid a bill to a network provider, send us the bill along with documentation of any payment you have made. آپ کو ہم سے اپنے لیے کوور کردہ سروسز کی واپس ادائیگی کرنے کا کہنا چاہیئے۔

3. If you are retroactively enrolled in our plan

بعض اوقات منصوبے میں بمطابق ماضی کسی فرد کا اندراج ہوتا ہے۔ (This means that the first day of their enrollment has already passed. The enrollment date may even have occurred last year.)

اگر آپ کا ہمارے منصوبے میں اندراج بمطابق ماضی تھا اور آپ نے اپنے اندراج کی تاریخ کے بعد اپنے لیے کوور کردہ کسی بھی سروسز یا ادویات کی ادائیگی براہ راست کی ہے، تو آپ ہم سے ادائیگی واپس حاصل کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو کاغذی کارروائی جیسے کہ رسیدیں اور بل جمع کروانے کی ضرورت ہو گی تاکہ ہم باز ادائیگی کے معاملے کو حل کر سکیں۔

4. When you use an out-of-network pharmacy to get a prescription filled

اگر آپ کسی بیرون نیٹ ورک فارمیسی پر جاتے ہیں، تو فارمیسی ہو سکتا ہے کہ ہمیں براہ راست دعوٰی جمع کروانے کے قابل نہ ہو۔ جب ایسا ہوتا ہے، تو آپ کو اپنے نسخے پر ادویات کی مکمل ادائیگی کرنی ہو گی۔

ہم سے ادائیگی واپس کرنے کی درخواست کرنے کے لیے اپنی رسید کو محفوظ کریں اور ہمیں ایک کاپی بھیجیں۔ یاد رکھیں کہ ہم صرف محدود حالات میں بیرون نیٹ ورک فارمیسیز کو کوور کرتے ہیں۔ ان حالات پر گفتگو کرنے کے لیے باب 5، سیکشن 2.5 ملاحظہ کریں۔ ممکن ہے کہ ہم آپ کو کسی بیرون نیٹ ورک فارمیسی پر دوا کی مد میں آپ کی جانب سے کی جانے والی ادائیگی اور اُس رقم کے مابین فرق کے برابر رقم کی واپس ادائیگی نہ کریں کہ جو ہم کسی اندرون نیٹ ورک فارمیسی پر ادا کرتے۔

5. When you pay the full cost for a prescription because you don't have your plan membership card with you

اگر آپ کے پاس اپنے منصوبے کی ممبرشپ کا کارڈ نہیں ہے، تو آپ فارمیسی سے منصوبے کو کال کرنے یا منصوبے میں اپنے اندراج کی معلومات دیکھنے کا کہہ سکتے ہیں۔ تاہم، اگر فارمیسی فوری طور پر انہیں درکار اندراج کی معلومات حاصل نہ کر سکے، تو آپ کو نسخے پر ادویات کی مکمل قیمت کی ادائیگی بذات خود کرنے کی ضرورت پیش آ سکتی ہے۔ ہم سے ادائیگی واپس کرنے کی درخواست کرنے کے لیے اپنی رسید کو محفوظ کریں اور ہمیں ایک کاپی بھیجیں۔ ممکن ہے کہ ہم آپ کو اس صورت آپ کی جانب سے ادا کی جانے والی مکمل لاگت کی واپس ادائیگی نہ کر سکیں کہ اگر آپ کی جانب سے ادا کی جانے والی نقد قیمت نسخے کی مد میں ہماری طے کردہ قیمت سے زیادہ ہو۔

6. When you pay the full cost for a prescription in other situations

آپ نسخے پر ادویات کی مکمل قیمت ادا کر سکتے ہیں کیونکہ آپ کو معلوم ہوتا ہے کہ دوا کسی بھی وجہ سے کوور کردہ نہیں ہے۔

- مثلاً، ہو سکتا ہے دوا منصوبے کی "فہرست ادویات" میں موجود نہ ہو یا اس کا کوئی ایسا تقاضا یا پابندی ہو سکتی ہے جس کے بارے میں آپ نہیں جانتے یا آپ کے خیال میں اس کا اطلاق آپ پر نہیں ہوتا۔ اگر آپ دوا کو فوراً حاصل کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو آپ کو اس کے لیے مکمل قیمت ادا کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
- ہم سے ادائیگی واپس کرنے کی درخواست کرنے کے لیے اپنی رسید کو محفوظ کریں اور ہمیں ایک کاپی بھیجیں۔ کچھ حالات میں، ہمیں دوا کے حوالے سے آپ کو واپس ادائیگی کرنے کے لیے آپ کے ڈاکٹر سے مزید معلومات حاصل کرنے کی ضرورت پیش آ سکتی ہے۔ We may not pay you back the full cost you paid if the cash price you paid is higher than out negotiated price for the prescription.

جب آپ ادائیگی کے لیے ہمیں درخواست بھیجتے ہیں، تو ہم آپ کی درخواست کا جائزہ لیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا سروس یا دوا کو کوور کرنا چاہیئے۔ اسے کوریج کے لیے فیصلہ کرنا کہتے ہیں۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ اسے کوور کرنا چاہیئے، تو ہم سروس یا دوا کے لیے ادائیگی کریں گے۔ اگر ہم ادائیگی کے لیے آپ کی درخواست کو رد کر دیتے ہیں، تو آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔ اس دستاویز کے باب 8 میں یہ معلومات شامل ہیں کہ ایک اپیل کیسے کریں۔

SECTION 2 How to ask us to pay you back or to pay a bill you have received

آپ ہمیں تحریری درخواست بھیج کر خود کو واپس ادائیگی کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اگر آپ ایک تحریری درخواست بھیجتے ہیں، تو ہمیں اپنی جانب سے کی گئی کسی بھی ادائیگی کی دستاویز اور بل بھیجیں۔ اپنے ریکارڈز کے لیے اپنے بل اور رسیدوں کی کاپی بنانا ایک اچھا خیال ہے۔ **You must submit your claim to us within one (1) calendar year** of the date you received the service, item, or drug.

اس بات کو یقینی بنانے کے لیے کہ آپ ہمیں وہ تمام معلومات فراہم کر رہے ہیں جن کی ہمیں فیصلہ کرنے کے لیے ضرورت ہے، آپ اپنی ادائیگی کی درخواست کے لیے ہمارا دعوٰی فارم پُر کر سکتے ہیں۔

- You don't have to use the form, but it will help us process the information faster.
- Either download a copy of the form from our website (SWHNY.com) or call Member Services and ask for the form.

Mail your request for payment together with any bills or paid receipts to us at this address:

Medical Services reimbursements:

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

Prescription Drug reimbursements:

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

SECTION 3 We will consider your request for payment and say yes or no

Section 3.1 We check to see whether we should cover the service or drug

ہم ادائیگی کے لیے آپ کی درخواست موصول ہونے پر، اگر ہمیں آپ سے مزید کسی اضافی معلومات کی ضرورت پیش آئی تو ہم آپ کو آگاہ کریں گے۔ بصورت دیگر، ہم آپ کی درخواست کو زیر غور لا کر کوریج کا فیصلہ کریں گے۔

- اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ طبی نگہداشت یا دوا کوور کردہ ہے اور آپ نے تمام اصولوں پر عمل کیا ہے، تو ہم سروس کے لیے ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ پہلے سے ہی سروس یا دوا کے لیے ادائیگی کر چکے ہیں، تو ہم بذریعہ ڈاک آپ کو آپ کی باز ادائیگی بھیج دیں گے۔ اگر آپ نے دوا کی مکمل لاگت ادا کی ہے، تو شاید آپ کو آپ کی ادا کردہ مکمل رقم کی باز ادائیگی نہ کی جائے (مثال کے طور پر، اگر آپ نے دوا کسی بیرون نیٹ ورک فارمیسی سے حاصل کی ہے یا اگر دوا کی مد میں آپ کی جانب سے ادا کی جانے والی نقد رقم ہماری طے کردہ قیمت سے زیادہ ہے)۔ اگر آپ نے ابھی تک سروس یا دوا کے لیے ادائیگی نہیں کی، تو ہم فراہم کنندہ کو براہ راست ڈاک کے ذریعے ادائیگی بھیج دیں گے۔
- اگر ہم طبی نگہداشت یا دوا کوور نہ کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، یا آپ تمام اصولوں پر عمل نہیں کرتے، تو ہم نگہداشت یا دوا کے لیے ادائیگی نہیں کریں گے۔ ہم آپ کو وجوہات پر مشتمل ایک خط بھیجیں گے جس میں ہماری جانب سے ادائیگی نہ کرنے اور اس فیصلے کے خلاف اپیل کرنے کے آپ کے حقوق کی وضاحت درج ہو گی۔

Section 3.2 If we tell you that we will not pay for the medical care or drug, you can make an appeal

اگر آپ کے خیال میں ہم نے ادائیگی کے حوالے سے آپ کی درخواست رد کر کے یا وہ رقم جو ہم ادا کر رہے ہیں اس میں غلطی کی ہے، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ ہم سے ہمارے اس فیصلے کو تبدیل کرنے کی درخواست کر رہے ہیں جو ہم نے آپ کی ادائیگی کے لیے درخواست کو مسترد کرنے پر کیا تھا۔ اپیل کا عمل مفصل طریقہ ہائے کار اور اہم ڈیڈ لائنز کے ساتھ ایک رسمی عمل ہے۔ یہ اپیل کرنے کے طریقے کے متعلق تفصیلات کے لیے، اس دستاویز کے باب 8 پر جائیں۔

باب 7:
Your rights and responsibilities

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

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 مندرج افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود 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 کوضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

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

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک 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 سروس کو کوور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروس 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 (833) 0440-671 پر مقامی وقت کے مطابق، صبح 8 تا رات 8 بجے کال کر کے ممبر سروسز کو شکایت درج کروائیں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ آپ 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) پر کال کر کے یا دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 پر براہ راست کال کر کے Medicare کے ساتھ شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del

plan en un 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

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 .(или TTY: 1-800-537-7697 1-800-368-1019

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 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

Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki seksyon 1.1 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, telef\òn 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 nesesè 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

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

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

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

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

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

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

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

mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose TTY 1-800-537-7697 ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019.

Ενότητα 1.1 Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)

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

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

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

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

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

سیکشن 1.2 ہمارا یہ یقینی بنانا ضروری ہے کہ اپنی کوور کردہ سروسز اور ادویات تک رسائی آپ کو وقت پر حاصل ہو

آپ کے لیے کوور کردہ سروسز کا انتظام کرنے اور فراہم کرنے کے لیے آپ کو منصوبے کے نیٹ ورک میں بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (PCP) کا انتخاب کرنے کا حق حاصل ہے۔ آپ کو خواتین کی ماہر صحت (جیسا کہ گائناکالوجسٹ) کے پاس حوالے کے بغیر جانے کا بھی حق حاصل ہے۔

آپ کو منصوبے کے فراہم کنندگان کے نیٹ ورک کی جانب سے □□□□□ □□□ □□ □□□□ اپائنٹمنٹس اور کوور شدہ سروسز حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ اس میں آپ کو نگہداشت کی ضرورت پیش آنے پر ماہرین کی جانب سے وقت پر سروسز حاصل کرنے کا حق شامل ہے۔ آپ کو ہمارے نیٹ ورک کی کسی بھی فارمیسیز سے بغیر کسی تاخیر کے اپنے نسخے پر ادویات حاصل کرنے یا دوبارہ حاصل کرنے کا حق بھی حاصل ہے۔

اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کو طبی نگہداشت یا حصہ D کی ادویات مناسب وقت کے اندر حاصل نہیں ہو رہیں تو باب 8 بتاتا ہے کہ آپ کیا کر سکتے ہیں۔

سیکشن 1.3 ہمارا آپ کی ذاتی صحت کی معلومات کی رازداری کی حفاظت کرنا ضروری ہے

وفاقی اور ریاستی قوانین آپ کے طبی ریکارڈز اور ذاتی صحت کی معلومات کی رازداری کی حفاظت کرتے ہیں۔ ہم آپ کی ذاتی صحت کی معلومات کی حفاظت کرتے ہیں جیسا کہ ان قوانین کے مطابق درکار ہے۔

- آپ کی ذاتی صحت کی معلومات میں آپ کے اس منصوبے میں اندراج کے وقت ہمیں فراہم کردہ **ذاتی معلومات**، نیز آپ کے طبی ریکارڈز اور دیگر طبی اور صحت کی معلومات شامل ہیں۔
- آپ کو اپنی معلومات اور آپ کی صحت کی معلومات کو کیسے استعمال کیا جاتا ہے اس کو کنٹرول کرنے سے متعلق حقوق حاصل ہیں۔ ہم آپ کو ایک تحریری نوٹس دیتے ہیں، جسے □□□□□□□ □□ □□□□□□ □□ □□□□ کہتے ہیں، جو ان حقوق کے بارے میں بتاتا اور وضاحت کرتا ہے کہ ہم آپ کی صحت کی معلومات کی رازداری کی حفاظت کیسے کرتے ہیں۔

ہم آپ کی صحت کی معلومات کی رازداری کی حفاظت کیسے کرتے ہیں؟

- ہم یقینی بناتے ہیں کہ غیر مجاز لوگ آپ کے ریکارڈز کو نہ دیکھیں نہ تبدیل کریں۔
- سوائے ذیل میں نوٹ کردہ حالات کے لیے، اگر ہم آپ کی صحت کی معلومات کسی ایسے فرد کو دیتے ہیں جو آپ کو نگہداشت فراہم نہیں کر رہا یا آپ کی نگہداشت کے لیے ادائیگی نہیں کرتا، □□ □□ □□□□ □□□ □□□□□ □□ □□ □□□□□ □□□ □□□□ □□ □□ □□□□□ □□ □□□□□ □□□□ □□□□ □□□□□ □□□□□□ □□ □□ □□ □□ □□□□□ □□ □□ □□□□□ □□ □□ □□□□ □□□
□□□□□ □□□□ □□ □□□□□□ □□□□□□ □□ □□□□ □□□□□
- مخصوص استثنات موجود ہیں جن کے لیے ہمیں آپ سے پہلے تحریری اجازت لینے کی ضرورت نہیں ہوتی۔ یہ استثنات بذریعہ قانون اجازت یافتہ یا درکار ہوتے ہیں۔
  - ہمارے لیے آپ کی صحت کی معلومات ان حکومتی ایجنسیز کو فراہم کرنا ضروری ہیں جو نگہداشت کے معیار کا معائنہ کرتی ہیں۔
  - چونکہ آپ Medicare کے ذریعے ہمارے منصوبے کے ممبر ہیں، لہٰذا ہمارے لیے آپ کی صحت کی معلومات بشمول آپ کی حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کی معلومات Medicare کو فراہم کرنا ضروری ہے۔ اگر Medicare آپ کی معلومات تحقیق یا دیگر استعمالات کے لیے فراہم کرتا ہے، تو ایسا وفاقی قوانین اور ضوابط کے مطابق کیا جاتا ہے؛ عموماً، یہ اس چیز کا تقاضا کرتی ہے کہ وہ معلومات جو منفرد طور پر آپ کی شناخت کرتی ہوں انہیں شیئر نہ کیا جائے۔

آپ معلومات اپنے ریکارڈز میں ملاحظہ کر سکتے اور جان سکتے ہیں کہ کیسے اس کا اشتراک دوسروں کے ساتھ کیا گیا ہے

آپ کے پاس منصوبے میں محفوظ کردہ اپنے طبی ریکارڈز ملاحظہ کرنے اور اپنے ریکارڈز کی ایک کاپی حاصل کرنے کا حق ہے۔ ہمیں کاپیز بنانے کے لیے آپ سے فیس چارج کرنے کی اجازت ہوتی ہے۔ آپ کے پاس اپنے طبی ریکارڈز میں اضافے اور درستگیاں کرنے کے لیے ہم سے درخواست کرنے کا بھی حق ہے۔ اگر آپ ہم سے ایسا کرنے کی درخواست کرتے ہیں، تو ہم آپ کے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے ساتھ یہ فیصلہ کرنے کے لیے کام کریں گے کہ آیا تبدیلیاں کی جانی چاہیئیں۔

آپ کے پاس یہ جاننے کا حق ہے کہ آپ کی صحت کی معلومات کا اشتراک دوسروں کے ساتھ کسی بھی ایسے مقاصد کے لیے کیسے کیا جاتا ہے، جو معمول کا حصہ نہیں ہیں۔

اگر آپ کے اپنی ذاتی صحت کی معلومات کی رازداری کے بارے میں سوالات یا خدشات ہیں، تو براہ کرم ممبر سروسز کو کال کریں۔

SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC کی رازداری کی پریکٹسز کا نوٹس۔

یہ نوٹس وضاحت کرتا ہے کہ آپ کے متعلق طبی معلومات کیسے استعمال اور منکشف کی جا سکتی ہیں اور آپ ان معلومات تک رسائی کیسے حاصل کر سکتے ہیں۔ براہ کرم دھیان سے اس پر نظر ثانی کریں۔

Senior Whole Health of New York, Inc. dba "Senior Whole Health ("Senior Whole Health"، "ہم" یا "ہمارا") آپ کے متعلق صحت کی تحفظ یافتہ معلومات کو استعمال اور ان کا اشتراک کرتی ہے تاکہ آپ کے صحت کے وظائف بطور Senior Whole Health ممبر فراہم کر سکے۔ ہم آپ کی معلومات کو علاج، ادائیگی اور نگہداشت صحت کے آپریشنز انجام دینے کے لیے استعمال کرتے اور ان کا اشتراک کرتے ہیں۔ ہم آپ کی معلومات کو قانون کی اجازت اور تقاضے کے مطابق دوسری وجوہات کے لیے استعمال کرتے اور اس کا اشتراک بھی کرتے ہیں۔ یہ ہماری ذمہ داری ہے کہ آپ کی صحت کی معلومات کو نجی رکھا جائے اور اس نوٹس کی شرائط پر عمل کیا جائے۔ اس نوٹس کے نفاذ کی تاریخ 1 اکتوبر 2021 ہے۔ Molina Healthcare کی جانب سے

PHI کا مطلب تحفظ یافتہ صحت کی معلومات ہے۔ PHI وہ صحت کی معلومات ہیں جن میں آپ کا نام، ممبر کا نمبر یا دیگر شناختی علامات، شامل ہیں اور Senior Whole Health کی جانب سے اس کا استعمال یا اشتراک کیا جاتا ہے۔

Senior Whole Health کیوں آپ کی PHI کو استعمال کرتی یا اس کا اشتراک کرتی ہے؟

ہم آپ کو نگہداشت صحت کے وظائف فراہم کرنے کے لیے آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کرتے ہیں۔ آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک علاج، ادائیگی، اور نگہداشت صحت کے آپریشنز کے لیے کیا جاتا ہے۔

علاج کے لیے

Senior Whole Health آپ کو طبی نگہداشت فراہم کرنے یا اس کا انتظام کرنے کے لیے آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کر سکتا ہے۔ اس علاج میں آپ کے ڈاکٹرز یا دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان کے درمیان حوالہ جات بھی شامل ہوتے ہیں۔ مثلاً، ہم آپ کی صحت کی کیفیت کے بارے میں معلومات کا اشتراک ایک ماہر کے ساتھ کر سکتے ہیں۔ یہ چیز ماہر خصوصی کو آپ کے ڈاکٹر کے ساتھ آپ کے علاج کے بارے میں گفتگو کرنے میں مدد دیتی ہے۔

ادائیگی کے لیے

Senior Whole Health ادائیگی کے فیصلے کرنے کے لیے PHI کو استعمال یا اس کا اشتراک کر سکتا ہے۔ اس میں دعوے، علاج کے لیے منظوریاں، اور طبی ضرورت کے بارے میں فیصلے شامل ہو سکتے ہیں۔ آپ کا نام، آپ کی کیفیت، آپ کا علاج، اور فراہم کی جانے والی سپلائیز بل پر تحریر کی جا سکتی ہیں۔ مثلاً، ہم ڈاکٹر کو آگاہ کر سکتے ہیں کہ آپ کو ہماری جانب سے وظائف حاصل ہیں۔ ہم ڈاکٹر کو بل کی اس رقم کے بارے میں بھی بتائیں گے جو ہم ادا کریں گے۔

نگہداشت صحت کے آپریشنز کے لیے

Senior Whole Health ہمارے صحت کے منصوبے کو چلانے کے لیے آپ کے بارے میں PHI کا استعمال یا اشتراک کر سکتا ہے۔ مثلاً، ہم آپ کو صحت کے اس پروگرام کے بارے میں آگاہ کرنے کے لیے آپ کے دعوے سے معلومات کا استعمال کر سکتے ہیں جو آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ ہم آپ کی PHI کو ممبر کے خدشات کو حل کرنے کے لیے بھی استعمال یا اس کا اشتراک کر سکتے ہیں۔ آپ کی PHI کو یہ دیکھنے کے لیے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے کہ دعوؤں پر درستگی سے ادائیگی کی گئی ہے۔

نگہداشت صحت کے آپریشنز میں روزمرہ کی بہت سی کاروباری ضروریات شامل ہیں۔ اس میں بلاتحدید درج ذیل شامل ہیں:

- معیار بہتر بنانا؛
- صحت کے پروگرامز میں مخصوص کیفیات (جیسے کہ دمہ) کے حامل ممبرز کی مدد کے لیے اقدامات؛
- طبی جائزوں کا انتظام یا انعقاد کرنا؛
- قانونی سروسز، جس میں فراڈ اور بدسلوکی کا سراغ لگانے اور استغاثہ کے پروگرامز شامل ہیں؛
- قوانین کی اطاعت میں ہماری مدد کے لیے اقدامات؛
- ممبر کی ضروریات کو زیر بحث لانا، جس میں شکایات اور تکلیف کی وجوہات شامل ہیں۔

ہم آپ کی PHI کا دیگر کمپنیوں (**"کاروباری معاونین"**) کے ساتھ اشتراک کریں گے جو ہمارے صحت کے منصوبے کے لیے مختلف سرگرمیاں انجام دیتے ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو آپ کی اپائنٹمنٹس کے بارے میں یاد دہانی کے لیے بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو دوسرے علاج، یا صحت سے متعلق دیگر وظائف اور سروسز کے بارے میں آپ کو معلومات فراہم کرنے کے لیے بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

Senior Whole Health کب آپ کی PHI کو آپ کی تحریری اجازت (منظوری) کے بغیر استعمال یا ان کا اشتراک کر سکتا ہے؟
علاج، ادائیگی اور نگہداشت صحت کے آپریشنز کے علاوہ، قانون Senior Whole Health کو آپ کی PHI کو دیگر متعدد مقاصد کے لیے استعمال کرنے یا اشتراک کرنے کی اجازت دیتا یا تقاضا کرتا ہے، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:

قانون کی جانب سے تقاضا کردہ
ہم قانون کے تقاضے کے مطابق آپ کے بارے میں معلومات کا استعمال یا اشتراک کریں گے۔ ہم شعبہ صحت و انسانی سروسز (HHS) کے سیکرٹری کی جانب سے تقاضا کرنے پر آپ کی PHI کا اشتراک کریں گے۔ یہ عدالتی کیس، دیگر قانونی جائزے، یا نفاذ قانون کے مقاصد کے لیے درکار ہونے پر ہو سکتا ہے۔

صحت عامہ
آپ کی PHI کا صحت عامہ کی سرگرمیوں کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ اس میں بیماری سے بچاؤ یا اس پر کنٹرول کے لیے صحت عامہ کی ایجنسیز کی مدد کرنا شامل ہو سکتا ہے۔

نگہداشت صحت کی کوتاہی
آپ کی PHI کا حکومتی ایجنسیز کے ساتھ استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ انہیں آڈٹس کے لیے آپ کی PHI کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

تحقیق
آپ کی PHI کا مخصوص کیسز میں تحقیق کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے، جیسے کہ جب ایک رازداری یا ادارہ جاتی جائزہ بورڈ کی جانب سے منظور شدہ ہو۔

قانونی یا انتظامی کارروائیاں
آپ کی PHI کا قانونی کارروائیوں، جیسے کہ عدالتی حکم نامے کے جواب میں استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

نفاذ قانون
آپ کی PHI کا پولیس کے ساتھ نفاذ قانون کے مقاصد جیسے کہ کسی مشتبہ فرد، گواہ یا گمشدہ فرد کو تلاش کرنے میں مدد کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

صحت اور حفاظت
آپ کی PHI کا صحت عامہ کو ایک سنجیدہ خطرے سے بچانے یا حفاظت کے لیے اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

حکومتی عمل کاریاں
آپ کی PHI کا خصوصی عمل کاریوں کے لیے حکومت کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ صدر کی حفاظت کرنا ایک مثال ہو سکتی ہے۔

بدسلوکی، غفلت یا گھریلو تشدد کے متاثرین
آپ کی PHI کا قانونی حکام کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے اگر ہمیں یقین ہو کہ کوئی شخص تشدد یا غفلت سے متاثرہ ہے۔

کارکنان کا معاوضہ
آپ کی PHI کا کارکن کے معاوضے کے قوانین پر عمل درآمد کرنے کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

دیگر انکشافات
آپ کی PHI کا فیونرل ڈائریکٹرز یا کورونرز کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے تاکہ اپنا کام کرنے میں ان کی مدد کی جا سکے۔

Senior Whole Health کو کب آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کرنے کے لیے آپ سے تحریری اجازت (منظوری) کی ضرورت ہوتی ہے؟
Senior Whole Health کو اس نوٹس میں شامل فہرست مقاصد کے علاوہ کسی مقصد کے لیے آپ کے PHI کا استعمال یا اشتراک کرنے کی خاطر آپ کی تحریری اجازت درکار ہوتی ہے۔ Senior Whole Health کو درج ذیل کے لیے آپ کی PHI کا انکشاف کرنے سے پہلے آپ کی اجازت درکار ہوتی ہے: (1) سائیکوتھیراپی نوٹس کے زیادہ تر استعمالات اور انکشافات؛ (2) مارکیٹنگ کے مقاصد کے لیے استعمالات اور انکشافات؛ اور (3) ایسے استعمالات اور انکشافات جن میں PHI کی فروخت شامل ہے۔ آپ ہمیں دی گئی تحریری منظوری کو منسوخ کر سکتے ہیں۔ آپ کی تنسیخ کا اطلاق ان اقدامات پر نہیں ہو گا جو ہم آپ کی پہلے سے دی گئی منظوری کے سبب پہلے ہی کر چکے ہیں۔

آپ کے صحت کی معلومات کے حقوق کیا ہیں؟
آپ کو حق حاصل ہے کہ:

- **PHI کے استعمالات یا انکشافات (آپ کی PHI کا اشتراک کرنے) پر پابندیوں کی درخواست کریں**

آپ ہم سے علاج، ادائیگی یا نگہداشت صحت کے آپریشنز انجام دینے کے لیے اپنی PHI کا اشتراک نہ کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ ہم سے اپنی PHI کا اہل خانہ، دوستوں یا آپ کی نگہداشت صحت مین شامل آپ کے نامزد کردہ دیگر افراد کے ساتھ اشتراک نہ کرنے کی درخواست بھی کر سکتے ہیں۔ تاہم، ہمارا آپ کی درخواست سے متفق ہونا ضروری نہیں ہے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے Senior Whole Health کا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

- **PHI کی خفیہ مواصلات کی درخواست کریں**

آپ Senior Whole Health سے درخواست کر سکتے ہیں کہ وہ آپ کو آپ کی PHI مخصوص انداز میں یا مخصوص جگہ پر فراہم کریں تاکہ آپ کی PHI کو نجی رکھنے میں مدد ہو سکے۔ ہم معقول درخواستوں پر عمل کریں گے، اگر آپ ہمیں یہ بتاتے ہیں کہ کیسے اس PHI کے کُلی یا جزوی اشتراک سے آپ کی زندگی کو خطرہ لاحق ہو سکتا ہے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے Senior Whole Health کا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

- **اپنی PHI کا جائزہ لیں اور کاپی کریں**

آپ کو ہمارے پاس موجود اپنی PHI کا جائزہ لینے اور کاپی حاصل کرنے کا حق ہے۔ اس میں Senior Whole Health ممبر کے طور پر کوریج، دعوے، اور دیگر فیصلے کرنے میں استعمال ہونے والے ریکارڈز شامل ہو سکتے ہیں۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے Senior Whole Health کا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔ ہم ریکارڈز کی کاپی کرنے اور بذریعہ ڈاک بھیجنے کے لیے آپ سے ایک مناسب فیس چارج کر سکتے ہیں۔ کچھ مخصوص کیسز میں، ہم درخواست مسترد کر سکتے ہیں۔ اہم نوٹ: ہمارے پاس آپ کے طبی ریکارڈز کی مکمل کاپیز نہیں ہیں۔ اگر آپ اپنے طبی ریکارڈز کو دیکھنا چاہتے ہیں، ان کی کاپی حاصل کرنا چاہتے یا انہیں تبدیل کرنا چاہتے ہیں، تو براہ کرم اپنے ڈاکٹر یا کلینک سے رابطہ کریں۔

- **اپنی PHI میں ترمیم کریں**

آپ ہم سے اپنی PHI میں ترمیم (تبدیلی) کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اس میں صرف وہ ریکارڈز شامل ہیں جو ہم نے آپ کے بارے میں بطور ممبر رکھے تھے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے Senior Whole Health کا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر ہم آپ کی درخواست کو رد کر دیتے ہیں تو آپ ہمارے ساتھ غیر متفق ہونے کا ایک خط دائر کر سکتے ہیں۔

- **PHI انکشافات کی اکاؤنٹنگ موصول کریں (اپنی PHI کا اشتراک کرنا)**

آپ ہم سے درخواست کر سکتے ہیں کہ ہم آپ کو ان مخصوص فریقین کی فہرست فراہم کریں جن کے ساتھ ہم نے آپ کی درخواست کی تاریخ سے پہلے چھ سال کے دوران آپ کی PHI کا اشتراک کیا ہے۔ فہرست میں اشتراک کردہ PHI شامل نہیں ہوں گی جیسا کہ درج ذیل ہے:

- علاج، ادائیگی یا نگہداشت صحت کے آپریشنز کے لیے؛
- افراد کے ساتھ ان کی اپنی PHI کے بارے میں؛
- آپ کی اجازت کے ساتھ انجام دیا گیا اشتراک؛
- استعمال یا انکشاف کا واقعہ جو بصورت دیگر قابل اطلاق قانون کے تحت اجازت شدہ یا درکار ہے؛
- قومی سلامتی کے مفاد یا انٹیلی جنس کے مقاصد کے لیے جاری کردہ PHI؛ یا
- قابل اطلاق قانون کے مطابق محدود ڈیٹا سیٹ کے حصے کے طور پر۔

اگر آپ 12 مہینوں کی مدت میں ایک سے زائد بار اس فہرست کے لیے درخواست دیتے ہیں تو ہم ہر فہرست کے لیے مناسب فیس چارج کریں گے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے Senior Whole Health کا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

آپ مندرجہ بالا شامل فہرست میں سے کوئی بھی درخواست کر سکتے، یا اس نوٹس کی کاغذی کاپی حاصل کر سکتے ہیں۔ براہ کرم اپنے Senior Whole Health شناختی کارڈ پر موجود ٹول فری فون نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق صبح 8:00 بجے سے رات 8:00 بجے تک، Senior Whole Health ممبر سروسز کو کال کریں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔

اگر آپ کے حقوق کا تحفظ نہیں کیا گیا تو آپ کیا کر سکتے ہیں؟

اگر آپ کو یقین ہے کہ آپ کے رازداری کے حقوق کی خلاف ورزی کی گئی ہے تو آپ Senior Whole Health اور شعبہ برائے صحت و انسانی سروسز کو شکایت کر سکتے ہیں۔ ہم شکایت درج کروانے پر آپ کے خلاف کوئی کارروائی نہیں کریں گے۔ آپ کی نگہداشت اور وظائف کسی بھی طرح سے تبدیل نہیں ہوں گے۔

آپ اس پر ہمیں شکایت درج کروا سکتے ہیں:

بذریعہ فون:

Senior Whole Health ممبر سروسز کو اپنے Senior Whole Health کے شناختی کارڈ پر موجود ٹول فری فون نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق صبح 8:00 بجے سے رات 8:00 بجے تک کال کریں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔

تحریری طور پر:

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

آپ امریکی شعبہ برائے صحت و انسانی سروسز کے سیکرٹری کو اس پر شکایت درج کروا سکتے ہیں:

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

Senior Whole Health کی کیا ذمہ داریاں ہیں؟

Senior Whole Health سے تقاضا کیا جاتا ہے کہ:

- اپنا PHI نجی رکھیں؛
- آپ کو تحریری معلومات فراہم کرے جیسے کہ ہماری ذمہ داریوں کے متعلق یہ اور آپ کی PHI کے متعلق رازداری کی پریکٹسز؛
- آپ کی غیر محفوظ PHI کی کسی بھی خلاف ورزی کی صورت میں آپ کو نوٹس فراہم کرے؛
- مضمر مقاصد کے لیے آپ کی جینیاتی معلومات کا استعمال یا انکشاف نہ کرے؛
- اِس نوٹس کی شرائط پر عمل کریں۔

یہ نوٹس تبدیلی سے مشروط ہے

Senior Whole Health کسی بھی وقت اپنی معلومات کی پریکٹسز اور اس نوٹس کی شرائط کو تبدیل کرنے کا حق محفوظ رکھتا ہے۔ اگر ہم ایسا کرتے ہیں، تو نئی شرائط اور پریکٹسز کا اطلاق پھر ہمارے پاس موجود تمام PHI پر ہو گا۔ اگر ہم کوئی بھی مادی تبدیلیاں کرتے ہیں، تو Senior Whole Health نظر ثانی شدہ نوٹس ہماری ویب سائٹ پر پوسٹ کرے گا اور نظر ثانی شدہ نوٹس یا مادی تبدیلی کے بارے میں اور نظر ثانی شدہ نوٹس کو حاصل کرنے کے طریقے کی معلومات، ہمارے اگلی سالانہ ڈاک میں ہمارے ان ممبرز کو ارسال کرے گا جو اس وقت Senior Whole Health کے ذریعے کوور کردہ ہوں گے۔

رابطے کی معلومات

اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں تو براہ کرم درج ذیل آفس سے رابطہ کریں:

بذریعہ فون:

Senior Whole Health ممبر سروسز کو اپنے Senior Whole Health کے شناختی کارڈ پر موجود ٹول فری فون نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق صبح 8:00 بجے سے رات 8:00 بجے تک کال کریں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔

اس دستاویز کو آپ انگریزی کے علاوہ دیگر زبان (زبانوں) یا دیگر فارمیٹس جیسا کہ بڑے پرنٹ، بریل یا آڈیو شکل میں بھی مفت حاصل کر سکتے ہیں۔ Senior Whole Health ممبر سروسز کو اپنے Senior Whole Health کے شناختی کارڈ پر موجود ٹول فری فون نمبر

پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق صبح 8:00 بجے سے رات 8:00 بجے تک کال کریں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ یہ کال مفت ہے۔

سیکشن 1.4 ہمیں آپ کو منصوبے، اس کے فراہم کنندگان کے نیٹ ورک، اور آپ کی کوور شدہ سروسز کے بارے میں معلومات فراہم کرنا لازمی ہے

آپ کو بطور New York NHC (HMO D-SNP) از Senior Whole Health ممبر، ہم سے متعدد اقسام کی معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔

اگر آپ درج ذیل میں سے کسی بھی قسم کی معلومات حاصل کرنا چاہتے ہیں، تو براہ کرم ممبر سروسز کو کال کریں:

- **ہمارے منصوبے کے بارے میں معلومات۔** مثلاً اس میں ہمارے منصوبے کی مالی حالت کے بارے میں معلومات شامل ہیں۔
- **ہمارے نیٹ ورک کے فراہم کنندگان اور فارمیسیز کے بارے میں معلومات۔** آپ کو ہمارے نیٹ ورک میں فراہم کنندگان اور فارمیسیز کی اہلیتوں اور ہمارے اپنے نیٹ ورک میں فراہم کنندگان کو ادائیگی کرنے کے طریقے کے متعلق معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔
- **آپ کی کوریج کے بارے میں معلومات اور وہ اصول جن کی اپنی کوریج کو استعمال کرتے وقت پیروی کرنا ضروری ہے۔** باب 3 اور 4 طبی سروسز سے متعلق معلومات فراہم کرتے ہیں۔ باب 5 حصہ D کی نسخہ جاتی دوا کی کوریج کے بارے میں معلومات فراہم کرتا ہے۔
- **کچھ چیزیں کوور کردہ کیوں نہیں ہیں اور آپ اس صورتحال میں کیا کر سکتے ہیں اس بارے میں معلومات۔** باب 8 اس حوالے سے تحریری وضاحت کی درخواست کرنے پر معلومات فراہم کرتا ہے کہ کوئی طبی سروس یا حصہ D کی دوا کوور شدہ کیوں نہیں ہے یا آیا آپ کی کوریج پابندی یافتہ ہے۔ باب 8 ہم سے فیصلہ تبدیل کرنے کی درخواست کے حوالے سے بھی معلومات فراہم کرتا ہے، جسے اپیل کرنا بھی کہتے ہیں۔

سیکشن 1.5 ہمارا اپنی نگہداشت کے بارے میں فیصلے کرنے کے آپ کے حق کی حمایت کرنا ضروری ہے

آپ کو اپنے علاج کے اختیارات کے بارے میں جاننے اور اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں فیصلوں میں شریک ہونے کا حق ہے

آپ کو اپنے ڈاکٹرز اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان کی جانب سے مکمل معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ آپ کے فراہم کنندگان کا آپ کی طبی حالت اور آپ کے علاج کے انتخابات کی □□ □□□□□ □□□ □□□□□ □□□□ □□□□□ □□ □□□□ □□ □□
□□□□ □□□□ □□□□

آپ کو اپنی نگہداشت صحت کے فیصلوں میں مکمل طور پر شریک ہونے کا حق بھی ہے۔ آپ کے لیے کون سا علاج بہتر ہے اس بارے میں اپنے ڈاکٹرز کے ساتھ فیصلے کرنے میں آپ کی مدد کے لیے، آپ کے حقوق میں درج ذیل شامل ہیں:

- **اپنے تمام انتخابات کے بارے میں جاننا۔** آپ یہ حق رکھتے ہیں کہ آپ کو اپنی طبی کیفیت کے لیے تجویز کردہ علاج کے تمام اختیارات کے بارے میں بتایا جائے، خواہ ان کی قیمت کچھ بھی ہو یا آیا انہیں ہمارا منصوبہ کوور کرتا ہو۔ اس میں ان پروگرامز کے بارے میں بتایا جانا بھی شامل ہے جن کی پیشکش ہمارا منصوبہ کرتا ہے تاکہ ممبرز کی اپنی ادویات کا نظم کرنے اور ادویات کو محفوظ طریقے سے استعمال کرنے میں مدد کی جا سکے۔
- **خطرات کے بارے میں جاننا۔** آپ یہ حق رکھتے ہیں کہ آپ کو اپنی نگہداشت میں شامل کسی بھی خطرات کے بارے میں بتایا جائے۔ اگر کوئی مجوزہ طبی نگہداشت یا علاج کسی تحقیقی تجربے کا حصہ ہے تو آپ کو پیشگی بتانا ضروری ہے۔ آپ کے پاس ہمیشہ کسی بھی تجرباتی معالجوں کو مسترد کرنے کا اختیار ہوتا ہے۔
- **"نہیں" کہنے کا حق۔** آپ کسی بھی تجویز کردہ علاج کو مسترد کرنے کا حق رکھتے ہیں۔ اس میں ہسپتال یا دیگر طبی مرکز چھوڑنے کا حق شامل ہوتا ہے، خواہ آپ کا ڈاکٹر آپ کو نہ چھوڑنے کی نصیحت ہی کیوں نہ کرے۔ آپ کو یہ حق بھی ہے کہ آپ اپنی دوا لینا بند کر دیں۔ بلاشبہ، اگر آپ علاج مسترد کرتے ہیں یا دوا لینا بند کرتے ہیں، تو آپ اس کے نتیجے میں اپنے جسم کے ساتھ پیش آنے والی کسی بھی چیز کی مکمل ذمہ داری آپ قبول کرتے ہیں۔

اگر آپ اپنے لیے طبی فیصلے کرنے کے قابل نہیں ہیں تو آپ کو اس بارے میں ہدایات دینے کا حق ہے کہ کیا کرنا ہے

بعض اوقات لوگ حادثات یا سنگین بیماریوں کے سبب اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں فیصلے کرنے کے قابل نہیں ہوتے۔ اگر آپ کو اس صورتحال کا سامنا ہے تو آپ کو یہ کہنے کا حق حاصل ہے کہ آپ کیا چاہتے ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ، □□□ □□ □□□□□ □□□□ تو آپ:

- اگر آپ کبھی اپنے لیے فیصلے کرنے کے قابل نہیں رہتے، تو اپنے **طبی فیصلوں کے لیے کسی کو قانونی اتھارٹی** دینے کا ایک تحریری فارم پُر کریں۔
- **اپنے ڈاکٹرز کو اس بارے میں تحریری ہدایات دیں** کہ اگر آپ اپنے لیے فیصلے کرنے کے قابل نہیں رہتے تو آپ ان سے کس طرح اپنی طبی نگہداشت کا نظم چاہتے ہیں۔

وہ قانونی دستاویزات جو آپ ان حالات میں اپنی ہدایات قبل از وقت دینے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں انہیں **پیشگی ہدایات** کہا جاتا ہے۔ پیشگی ہدایات کے لیے مختلف اقسام اور ان کے مختلف نام ہیں۔ **زندگی میں وصیت** اور **نگہداشت صحت کے لیے پاور آف اٹارنی** کہلانے والی دستاویزات پیشگی ہدایات کی مثالیں ہیں۔

اگر آپ اپنی ہدایات دینے کے لیے پیشگی ہدایت استعمال کرنا چاہتے ہیں، تو آپ کو یہ کرنا ہے:

- **فارم حاصل کریں۔** آپ اپنے وکیل، کسی سماجی کارکن، یا کسی دفتری سپلائی اسٹورز کی طرف سے پیشگی ہدایتی فارم حاصل کر سکتے ہیں۔ آپ کبھی کبھار ایسی تنظیموں کی جانب سے بھی پیشگی ہدایتی فارمز حاصل کر سکتے ہیں کہ جو لوگوں کو Medicare کے بارے میں معلومات فراہم کرتے ہیں۔ فارمز کی درخواست کرنے کے لیے آپ ممبر سروسز سے بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔
- فارمز ہماری ویب سائٹ پر، اور https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/ پر کیئرنگ کنیکشنز کے لنک کی وساطت سے بھی دستیاب ہیں
- **اسے پُر کریں اور اس پر دستخط کریں۔** اس بات سے قطع نظر کہ آپ کہاں سے یہ فارم حاصل کرتے ہیں، یاد رکھیں کہ یہ ایک قانونی دستاویز ہے۔ آپ کو اسے ایک وکیل کی مدد سے تیار کروانے پر غور کرنا چاہیئے۔
- **موزوں لوگوں کو کاپیز دیں۔** آپ کو اپنے ڈاکٹر اور فارم پر اپنے اس نامزد کردہ فرد کو فارم کی ایک کاپی دینی چاہیئے جو آپ کے لیے فیصلے کر سکے اگر آپ نہیں کر سکتے۔ آپ اپنے قریبی دوستوں یا اہل خانہ کو کاپیز دینے کے خواہشمند ہو سکتے ہیں۔ ایک کاپی اپنے گھر پر رکھیں۔

اگر آپ کو وقت سے پہلے معلوم ہو جاتا ہے کہ آپ ہسپتال میں داخل ہونے جا رہے ہیں اور آپ نے پیشگی ہدایت پر دستخط کر دیے ہیں، **تو ہسپتال میں اپنے ہمراہ ایک کاپی لے کر جائیں۔**

- ہسپتال آپ سے استفسار کرے گے کہ آیا آپ نے اپنے پیشگی ہدایت کے فارم پر دستخط کیے ہیں اور آیا یہ آپ کے پاس ہے۔
- اگر آپ نے پیشگی ہدایت کے فارم پر دستخط نہیں کیے، تو ہسپتال کے پاس یہ فارمز دستیاب ہیں اور وہ آپ سے پوچھیں گے کہ آیا آپ ایک فارم پر دستخط کرنا چاہتے ہیں۔

یاد رکھیں، اس کا اختیار آپ کو ہے کہ آیا آپ پیشگی ہدایت مکمل کرنا چاہتے ہیں (بشمول کہ آیا آپ ایک پر ہسپتال میں ہوتے ہوئے دستخط کرنا چاہتے ہیں)۔ قانون کے مطابق، کوئی بھی اس بنیاد پر آپ کی نگہداشت سے انکار یا آپ کے ساتھ امتیازی سلوک نہیں کر سکتا کہ آیا آپ نے پیشگی ہدایت پر دستخط کیے ہیں یا نہیں۔

اگر آپ کی ہدایات پر عمل نہیں کیا جاتا تو اس صورت میں کیا ہوتا ہے؟

اگر آپ نے پیشگی ہدایت پر دستخط کیے ہیں اور آپ کو یقین ہے کہ ڈاکٹر یا ہسپتال نے اس میں موجود ہدایات پر عمل نہیں کیا، تو آپ New York State کے شعبہ صحت کی شکایت کی ہاٹ لائن 1-800-206-8125 (TTY 711) پر شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

سیکشن 1.6 آپ کے پاس شکایات کرنے اور ہم سے ہمارے کیے گئے فیصلوں پر دوبارہ نظر ثانی کی درخواست کرنے کا حق ہے

If you have any problems, concerns, or complaints and need to request coverage, or make an appeal, Chapter 8 of this document tells what you can do. Whatever you do - ask for a coverage decision, make an appeal, or make a complaint - **we are required to treat you fairly.**

Section 1.7 What can you do if you believe you are being treated unfairly or your rights are not being respected?

If it is about discrimination, call the Office for Civil Rights

If you believe you have been treated unfairly or your rights have not been respected due to your race, disability, religion, sex, health, ethnicity, creed (beliefs), age, sexual orientation, or national origin, you should call the

Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697, or call your local Office for Civil Rights.

Is it about something else?

If you believe you have been treated unfairly or your rights have not been respected, and it's not about discrimination, you can get help dealing with the problem you are having:

- You can **call Member Services**.
- You can **call the SHIP**. تفصیلات کے لیے، باب 2، سیکشن 3 پر جائیں۔
- Or, **you can call Medicare** at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week (TTY 1-877-486-2048).

Section 1.8 How to get more information about your rights

There are several places where you can get more information about your rights:

- You can **call Member Services**.
- You can **call the SHIP**. تفصیلات کے لیے، باب 2، سیکشن 3 پر جائیں۔
- You can contact **Medicare**.
  - You can visit the Medicare website to read or download the publication *Medicare Rights & Protections.* (The publication is available at: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
  - Or, you can call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week (TTY 1-877-486-2048).

SECTION 2 You have some responsibilities as a member of the plan

وہ کام جو بطور ایک منصوبہ ممبر آپ کو سر انجام دینے ہیں وہ ذیل میں فہرست کردہ ہیں۔ اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو براہ کرم ممبر سروسز کو کال کریں۔

- **Get familiar with your covered services and the rules you must follow to get these covered services.** اس کوریج کے ثبوت کو یہ جاننے کہ آپ کے لیے کیا کوور شدہ ہے اور ان اصولوں کو جاننے کے لیے استعمال کریں جن پر اپنی کوور شدہ سروسز کو حاصل کرنے کے لیے آپ کو عمل کرنے کی ضرورت ہے۔
  - باب 3 اور 4 آپ کی طبی سروسز کے بارے میں تفصیلات بیان کرتے ہیں۔
  - باب 5 آپ کی حصہ D کی نسخہ جاتی دوا کی کوریج کے بارے میں تفصیلات بیان کرتا ہے۔
- **If you have any other health insurance coverage or prescription drug coverage in addition to our plan, you are required to tell us.** باب 1 آپ کو ان وظائف کے ربط کے بارے میں بتاتا ہے۔
- **Tell your doctor and other health care providers that you are enrolled in our plan.** جب بھی آپ اپنی طبی نگہداشت یا حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات حاصل کریں تو اپنا منصوبے کا ممبرشپ کارڈ دکھائیں۔
- **Help your doctors and other providers help you by giving them information, asking questions, and following through on your care.**
  - بہترین نگہداشت حاصل کرنے میں مدد کے لیے، اپنے ڈاکٹرز اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان کو اپنی صحت کے مسائل کے بارے میں آگاہ کریں۔ علاج کے ان منصوبوں اور ہدایات پر عمل کریں جن پر آپ نے اور آپ کے ڈاکٹرز نے رضامندی کا اظہار کیا ہے۔

- یقینی بنائیں کہ آپ کے ڈاکٹرز ان تمام ادویات کے بارے میں جانتے ہیں جو آپ لیتے ہیں، جن میں بلا نسخہ ادویات، وٹامنز، اور سپلیمنٹس شامل ہیں۔
- اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو پوچھنے اور وہ جواب حاصل کرنے کو یقینی بنائیں جو آپ سمجھ سکتے ہیں۔

- **Be considerate.** ہم اپنے تمام ممبرز سے دوسرے مریضوں کے حقوق کا احترام کرنے کی توقع رکھتے ہیں۔ ہم آپ سے یہ بھی توقع کرتے ہیں کہ آپ اس انداز میں برتاؤ کریں گے جو آپ کے ڈاکٹر کے آفس، ہسپتالوں، اور دوسرے آفسز کو ہموار انداز میں چلانے میں مدد دیتا ہے۔
- **Pay what you owe.** As a plan member, you are responsible for these payments:
  - آپ کا منصوبے کا ممبر رہنے کے لیے اپنے Medicare کے پریمیمز کی ادائیگی جاری رکھنا ضروری ہے۔
  - اگر آپ کو اپنی زیادہ آمدن (آپ کے آخری ٹیکس ریٹرن پر رپورٹ کردہ کے مطابق) حصہ D کے لیے اضافی رقم کی ادائیگی کرنا درکار ہے، تو آپ کو لازماً اضافی رقم براہِ راست حکومت کو ادا کرتے رہنا ہو گی تاکہ منصوبے کے ممبر رہیں۔
- **If you move *within* our plan service area, we need to know** so we can keep your membership record up to date and know how to contact you.
- **If you move *outside* of our plan service area, you cannot remain a member of our plan.**
- If you move, it is also important to tell Social Security (or the Railroad Retirement Board).

باب 8:

What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

SECTION 1 Introduction

Section 1.1 What to do if you have a problem or concern

یہ باب مسائل اور خدشات سے نمٹنے کے لیے طریقہ ہائے کار کی وضاحت کرتا ہے۔ The process you use to handle your problem depends on the type of problem you are having:

- For some problems, you need to use the **process for coverage decisions and appeals.**
- For other problems, you need to use the **process for making complaints;** also called grievances.

ہر طریقہ کار اصولوں، کارروائیوں، اور ڈیڈ لائنز کے ایک سیٹ کا حامل ہے جس پر ہماری اور آپ کی جانب سے عمل کرنا لازمی ہے۔

Section 3 will help you identify the right process to use and what you should do.

Section 1.2 What about the legal terms?

کچھ اصولوں، طریقہ ہائے کار، اور ڈیڈ لائنز کی اقسام کے لیے قانونی اصطلاحات کی اس باب میں وضاحت کی گئی ہے۔ ان میں بہت سی اصطلاحات زیادہ تر لوگوں کے لیے نامانوس ہیں اور سمجھنے میں مشکل ہو سکتی ہیں۔ To make things easier, this chapter:

- Uses simpler words in place of certain legal terms. مثلاً، عمومی طور پر یہ باب "تکلیف کا سبب جمع کروانا" کے بجائے "شکایت درج کروانا"، "انضمام کردہ تنظیمی تعین کاری" یا "کوریج کی تعین کاری" یا "خطرے پر موجودگی کی تعین کاری" کے بجائے "کوریج کا فیصلہ" اور خود مختار جائزہ جاتی اکائی کے بجائے خود مختار جائزہ جاتی تنظیم کہتا ہے۔
- It also uses abbreviations as little as possible.

However, it can be helpful - and sometimes quite important - for you to know the correct legal terms. جاننا کہ آپ کو اپنی صورتحال کے لیے معلومات اور درست مدد حاصل کرنے میں کن اصطلاحات کا استعمال زیادہ درستگی سے بات چیت کرنے میں مدد دے گا۔ آپ کو یہ جاننے میں مدد دینے کے لیے کہ کن اصطلاحات کو استعمال کرنا ہے، جب ہم مخصوص اقسام کے حالات کا نظم کرنے کے لیے تفصیلات فراہم کرتے ہیں تو ہم قانون اصطلاحات شامل کرتے ہیں۔

SECTION 2 Where to get more information and personalized assistance

ہم آپ کی مدد کے لیے ہمیشہ موجود ہیں۔ یہاں تک کہ اگر آپ کو ہماری طرف سے اپنے کیے گئے علاج کے بارے میں کوئی شکایت ہے، تو ہم آپ کی شکایت کے حق کا احترام کرنے کے پابند ہیں۔ Therefore, you should always reach out to Member Services at (833) 671-0440, (TTY: 711), 7 days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., local time for help. لیکن بعض حالات میں آپ کسی ایسے فرد سے بھی مدد یا رہنمائی بھی حاصل کرنا چاہ سکتے ہیں جو ہمارے ساتھ منسلک نہیں ہے۔ ذیل میں دی گئیں دو اکائیاں آپ کی مدد کر سکتی ہیں۔

(State Health Insurance Assistance Program (SHIP

ہر ریاست کا تربیت یافتہ مشاورت کاران کے ساتھ ایک حکومتی پروگرام ہوتا ہے۔ یہ پروگرام ہمارے ساتھ یا کسی انشورنس کمپنی یا صحت کے منصوبے کے ساتھ منسلک نہیں ہوتا۔ اس پروگرام کے مشاورت کاران یہ سمجھنے میں آپ کی مدد کر سکتے ہیں کہ آپ کو اپنے مسئلہ سے نمٹنے کے لیے کون سا طریقہ کار استعمال کرنا چاہیئے۔ وہ آپ کے سوالات کا جواب بھی دے سکتے ہیں، آپ کو مزید معلومات دے سکتے ہیں، اور آپ کو کیا کرنا ہے اس حوالے سے ہدایت کی پیشکش کر سکتے ہیں۔

SHIP مشاورت کاران کی سروسز مفت ہوتی ہیں۔ You will find phone numbers and website URLs in Chapter 2, Section 3 of this document.

Medicare

آپ مدد حاصل کرنے کے لیے Medicare سے بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔ To contact Medicare:

- You can call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- You also can visit the Medicare website (www.medicare.gov).

You can get help and information from Medicaid

Method	New York State Department of Health, New York City's Human Resources Administration and other Local Districts of Social Services including Nassau, Orange, Rockland and Westchester County – Contact Information
کال کریں	New York State Department of Health (800) 505-5678 New York Human Resources Administration/Department of Social Services (DSS): (718) 557-1399 Nassau: (516) 227-7474 Orange: (845) 291-4000 Rockland: (845) 364-3040 Westchester کاؤنٹی: (914) 995-3333 پیر سے جمعہ، صبح 8:30 بجے سے رات 8 بجے، ہفتہ صبح 10 بجے سے شام 6 بجے۔
خط لکھیں	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

Method	New York State Department of Health, New York City's Human Resources Administration and other Local Districts of Social Services including Nassau, Orange, Rockland and Westchester County – Contact Information
ویب سائٹ	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

Method	محتسب اعلیٰ کا دفتر – طبی معلومات
کال کریں	(888) 219-9818 Monday – Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m.
TTY	711 This number requires special telephone equipment and is only for people who have difficulties with hearing or speaking.
ویب سائٹ	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

Method	Long Term Care Ombudsman – Contact Information
کال کریں	(855) 582-6769 Monday – Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m.
TTY	711 This number requires special telephone equipment and is only for people who have difficulties with hearing or speaking.
ویب سائٹ	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

Method	Livanta (New York's Quality Improvement Organization) – Contact Information
کال کریں	(866) 815-5440 Monday - Friday from 9:00 a.m. to 5 p.m. local time; weekends and holidays from 10:00 a.m. to 4 p.m. local time.
TTY	711: This number requires special telephone equipment and is only for people who have difficulties with hearing or speaking.

Method	Livanta (New York's Quality Improvement Organization) – Contact Information
ڈاک طریقہ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEB	https://www.livantaqio.com/

SECTION 3 Understanding Medicare and Medicaid complaints and appeals in our plan

آپ کے پاس Medicare ہے اور Medicaid کی جانب سے معاونت حاصل کریں۔ اس باب میں موجود معلومات کا اطلاق آپ کے Medicare کے تمام اور Medicaid کے زیادہ تر وظائف پر ہوتا ہے۔ اپنے زیادہ تر وظائف کے لیے، آپ اپنے Medicare وظائف اور Medicaid وظائف کے حوالے سے ایک ہی طریقہ کار استعمال کریں گے۔ اسے بعض اوقات "انضمام کردہ عمل" بھی کہتے ہیں کیونکہ یہ Medicare اور Medicaid کے طریقہ ہائے کار کو ملاتا، یا ضم کرتا ہے۔

بعض اوقات Medicare اور Medicaid کے طریقہ ہائے کار کو ملایا نہیں جا سکتا۔ ان حالات میں، آپ Medicare کی جانب سے وظیفے کے لیے کوور کردہ Medicare کا طریقہ کار اور Medicaid کی جانب سے وظیفے کے لیے کوور کردہ Medicaid کا طریقہ کار استعمال کرتے ہیں۔ These situations are explained in Section 6.4 of this chapter, "Step-by-step: How a Level 2 appeal is done."

PROBLEMS ABOUT YOUR BENEFITS

SECTION 4 Coverage decisions and appeals

اگر آپ کو کوئی مسئلہ یا خدشہ درپیش ہے، تو آپ کو اس باب کے صرف وہ حصے پڑھنے کی ضرورت ہے جن کا اطلاق آپ کی صورتحال پر ہوتا ہے۔ The information below will help you find the right section of this chapter for problems or complaints about **benefits covered by Medicare or Medicaid**.

Is your problem or concern about your benefits or coverage?

اس میں طبی نگہداشت (طبی اشیاء، سروسز اور/یا حصہ B کی نسخہ جاتی ادویات) آیا کوور کردہ ہے یا نہیں، انہیں کوور کیے جانے کے طریقے کے متعلق اور طبی نگہداشت کے لیے ادائیگی کے متعلق مسائل شامل ہیں۔

جی ہاں۔

Go on to the next section of this chapter, **Section 5, "A guide to the basics of coverage decisions and appeals."**

جی نہیں۔

Skip ahead to **Section 11** at the end of this chapter, **"How to make a complaint about quality of care, waiting times, customer service, or other concerns."**

SECTION 5 A guide to the basics of coverage decisions and appeals

Section 5.1 Asking for coverage decisions and making appeals: the big picture

کوریج کے فیصلے اور اپیلز، آپ کی طبی نگہداشت (سروسز، اشیاء، اور حصہ B کی نسخہ جاتی ادویات، بشمول ادائیگی) کے لیے کوریج اور وظائف سےمتعلق مسائل سے نبرد آزما ہوتے ہیں۔ To keep things simple, we generally refer to medical items, services and Medicare Part B prescription drugs as **medical care**. آپ کوریج کے فیصلے اور اپیلز کا طریقہ کار استعمال کرتے ہیں۔ یہ وہ طریقہ کار ہے جو آپ مسائل کے لیے استعمال کرتے ہیں جیسے آیا کچھ کوور کردہ ہے یا نہیں اور وہ انداز جس میں کچھ کوور کیا جاتا ہے۔

Asking for coverage decisions prior to receiving benefits

کوریج کا فیصلہ وہ فیصلہ ہوتا ہے جو ہم آپ کے وظائف اور کوریج یا اس رقم کے بارے میں کرتے ہیں جو ہم آپ کی طبی نگہداشت کے لیے ادا کریں گے۔ مثلاً اگر آپ کے منصوبے کے نیٹ ورک کا ڈاکٹر آپ کو نیٹ ورک میں غیر موجود کسی طبی ماہر کا حوالہ دیتا ہے، تو اس حوالے کو کوریج کا موافق فیصلہ سمجھا جائے گا جب تک کہ آپ کے نیٹ ورک کا ڈاکٹر یہ ظاہر نہ کر دے کہ آپ نے اس طبی ماہر کے لیے ایک معیاری تردیدی نوٹس موصول کیا ہے، یا کوریج کا ثبوت اسے واضح نہیں کر دیتا کہ یہ حوالہ کردہ سروس کسی بھی حالت میں کوور شدہ نہیں ہوتی۔ آپ یا آپ کے ڈاکٹر ہم سے رابطہ کر سکتے اور کوریج کے فیصلے کے لیے پوچھ سکتے ہیں اگر آپ کے ڈاکٹر کو یقین نہیں ہے کہ آیا ہم ایک خاص طبی سروس کوور کریں گے یا وہ اس طبی نگہداشت کو فراہم کرنے کے لیے انکار کرتا ہے جس کی آپ کے خیال میں آپ کو ضرورت ہے۔ دوسرے الفاظ میں، اگر آپ جاننا چاہتے ہیں کہ آیا ہم طبی نگہداشت کو آپ کے موصول کرنے سے پہلے کوور کریں گے، تو آپ ہم سے اپنے لیے کوریج کا فیصلہ کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔

محدود حالات میں کوریج کے فیصلے کی درخواست کو رد کر دیا جائے گا، جس کا مطلب ہے کہ ہم درخواست پر نظر ثانی نہیں کریں گے۔ ایک درخواست رد کرنے کی مثالوں میں شامل ہے کہ آیا درخواست نامکمل ہے، آیا کسی نے آپ کی جانب سے درخواست دی ہے لیکن وہ قانونی طور پر ایسا کرنے کے مجاز نہیں ہیں یا آیا آپ نے اپنی درخواست واپس لینے کی گزارش کی ہے۔ اگر ہم کوریج کے فیصلے کی درخواست کو مسترد کرتے ہیں، تو ہم ایک نوٹس بھیجیں گے جو وضاحت کرے گا کہ درخواست کیوں رد کی گئی تھی اور رد کرنے کے جائزے کے لیے درخواست کیسے کی جائے۔

ہم آپ کے لیے کوریج کا فیصلہ کر رہے ہیں جب کبھی ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کے لیے کیا کوور کردہ ہے اور ہم کتنی ادائیگی کرتے ہیں۔ کچھ کیسز میں، ہم فیصلہ کر سکتے ہیں کہ طبی نگہداشت کوور کردہ نہیں ہے یا آپ کے لیے Medicare کی جانب سے مزید کوور کردہ نہیں ہے۔ اگر آپ کوریج کے اس فیصلے سے غیر متفق ہیں، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔

Making an appeal

اگر ہم وظائف موصول کرنے سے پہلے یا بعد میں کوریج کا فیصلہ کرتے ہیں اور آپ مطمئن نہیں ہیں، تو آپ فیصلے پر "اپیل" کر سکتے ہیں۔ اپیل ہم سے اپنے کیے گئے کوریج کے فیصلے پر نظر ثانی کرنے اور اسے تبدیل کرنے کی درخواست کرنے کا ایک رسمی طریقہ ہے۔ مخصوص حالات میں، جس پر ہم بعد میں گفتگو کریں گے، آپ کوریج کے فیصلے کی تیز رفتار یا "فوری اپیل" کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کی اپیل کو اصل فیصلہ سازوں کے بجائے مختلف جائزہ کار دیکھیں گے۔

جب آپ پہلی بار ایک فیصلے کے لیے اپیل کرتے ہیں، تو اسے درجہ 1 کی اپیل کہا جاتا ہے۔ اس اپیل میں، ہم اپنے کیے گئے کوریج کے فیصلے کا جائزہ لیتے ہیں تاکہ یہ دیکھنے کے لے جانچ پڑتال کریں کہ آیا ہم مناسب انداز میں اصولوں پر عمل کر رہے تھے۔ ہم جائزہ مکمل کر لینے کے بعد آپ کو اپنے فیصلے سے آگاہ کرتے ہیں۔

محدود حالات میں درجہ 1 کی اپیل کو رد کر دیا جائے گا، جس کا مطلب یہ ہے کہ ہم درخواست کا جائزہ نہیں لیں گے۔ ایک درخواست رد کرنے کی مثالوں میں شامل ہے کہ آیا درخواست نامکمل ہے، آیا کسی نے آپ کی جانب سے درخواست دی ہے لیکن وہ قانونی طور پر ایسا کرنے کے مجاز نہیں ہیں یا آیا آپ نے اپنی درخواست واپس لینے کی گزارش کی ہے۔ اگر ہم درجہ 1 پر کی گئی اپیل کی درخواست

رد کر دیتے ہیں، تو ہم ایک نوٹس بھیجیں گے جو وضاحت کرے گا کہ درخواست کیوں رد کی گئی تھی اور رد کرنے کے جائزے کے لیے درخواست کیسے کی جائے۔

If we say no to all or part of your Level 1 appeal for medical care, your appeal will automatically go on to Level 2. درجہ 2 کی اپیل کا انعقاد "دفتر برائےانتظامی سماعتیں" کی جانب سے کیا جاتا ہے۔ وہ ہم سے منسلک نہیں ہیں۔

- Your case will be automatically sent to the Office of Administrative Hearings for a Level 2 appeal - you do not have to do anything. دفتر برائے انتظامی سماعت آپ کو یہ تصدیق کے لیے نوٹس ارسال کرے گا کہ انہیں آپ کی درجہ 2 کی اپیل موصول ہو گئی ہے۔
- See **Section 6.4** of this chapter for more information about Level 2 appeals.
- For Part D drug appeals, if we say no to all or part of your appeal, you will need to ask for a Level 2 appeal. حصہ D کی اپیلوں پر مزید گفتگو اس باب کے سیکشن 7 میں کی گئی ہے۔

اگر آپ درجہ 2 کی اپیل پر فیصلے سے مطمئن نہیں ہیں، تو آپ اپیلز کے اضافی درجوں کے ذریعے جاری رکھنے کے قابل ہو سکتے ہیں (اس باب کا سیکشن 10 درجہ 3، 4، اور 5 کی اپیلز کے طریقوں کی وضاحت کرتا ہے)۔

Section 5.2 How to get help when you are asking for a coverage decision or making an appeal

Here are resources if you decide to ask for any kind of coverage decision or appeal a decision:

- You **can call us at Member Services**.
- You **can get free help** from your State Health Insurance Assistance Program.
- **Your doctor or other health care provider can make a request for you.** اگر آپ کا ڈاکٹر درجہ 2 سے زائد کی اپیل میں مدد کرتا ہے، تو انہیں آپ کے نمائندے کے طور پر مقرر کرنے کی ضرورت ہو گی۔ براہ کرم ممبر سروسز کو کال کریں اور ان سے "نمائندے کی تقرری" کے فارم کی درخواست کریں۔ (The form is also available on Medicare's website at www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
  - آپ کے ڈاکٹر یا دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندہ طبی نگہداشت کے لیے آپ کی جانب سے کوریج کے فیصلے یا درجہ 1 کی اپیل کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کی اپیل درجہ 1 پر مسترد کر دی جاتی ہے، تو یہ خودکار طریقے سے درجہ 2 پر بھیج دی جائے گی۔
  - اگر آپ کا ڈاکٹر یا دیگر صحت کا فراہم کنندہ کہتا ہے کہ جو سروس یا شے آپ پہلے سے لے رہے ہیں انہیں آپ کی اپیل کے دوران جاری رہنا چاہیئے، تو آپ کو اپنے ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ کو اپنی جانب سے بطور نمائندہ عمل کرنے کے لیے نامزد کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
  - آپ کے ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ حصہ D کی نسخہ جاتی ادویات کے لیے، آپ کی جانب سے کوریج کے فیصلے یا درجہ 1 کی اپیل کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کی درجہ 1 کی اپیل مسترد کر دی جاتی ہے تو آپ کا ڈاکٹر یا نسخہ تجویز کنندہ درجہ 2 اپیل کی درخواست کر سکتے ہیں۔
- **You can ask someone to act on your behalf.** اگر آپ چاہتے ہیں، تو آپ کسی دوسرے فرد کو کوریج کے فیصلے یا اپیل کرنے کی درخواست کرنے کی غرض سے اپنے "نمائندہ" کے طور پر اپنی جانب سے عمل کرنے کے لیے نامزد کر سکتے ہیں۔
  - اگر آپ دوست، رشتہ دار یا دیگر فرد کو اپنا نمائندہ نامزد کرنا چاہتے ہیں، تو ممبر سروسز کو کال کریں اور "نمائندے کی تقرری" کے فارم کی درخواست کریں۔ (The form is also available on Medicare's website at www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) فارم اس شخص کو آپ کی جانب سے عمل کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ اس پر آپ کے اور آپ کی طرف سے عمل کرنے والے نامزد فرد کے دستخط ہونا ضروری ہیں۔ آپ کا ہمیں دستخط شدہ فارم کی ایک کاپی دینا ضروری ہے۔
  - اگرچہ ہم فارم کے بغیر اپیل کی درخواست کو قبول کر سکتے ہیں، لیکن ہم جائزے کے موصول ہونے تک اس کی ابتداء یا اسے مکمل نہیں کر سکتے۔ اگر ہمیں آپ کی اپیل کی درخواست موصول ہونے کے بعد 44 تقویمی ایام کے اندر فارم موصول نہیں ہوتا (آپ کی اپیل پر فیصلہ سازی کے لیے ہماری ڈیڈ لائن)، تو آپ کی اپیل کی درخواست رد کر دی جائے گی۔ اگر ایسا ہوتا ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری نوٹس ارسال کریں گے جس میں آپ کی اپیل کو رد کرنے کے ہمارے فیصلے پر نظر ثانی کے لیے دفتر برائے انتظامی سماعت کو درخواست کرنے کے حق کی وضاحت کی جائے گی۔

- **You also have the right to hire a lawyer.** آپ اپنے وکیل سے رابطہ کر سکتے ہیں یا اپنی مقامی بار ایسوسی ایشن سے وکیل کا نام یا دیگر حوالہ جاتی سروس حاصل کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اہل ہوتے ہیں تو کچھ گروپس ایسے بھی ہیں جو آپ کو مفت قانونی سروسز فراہم کریں گے۔ However, **you are not required to hire a lawyer** to ask for any kind of coverage decision or appeal a decision.

Section 5.3 Which section of this chapter gives the details for your situation?

چار مختلف حالات ہیں جن میں کوریج کے فیصلے اور اپیلز شامل ہوتی ہیں۔ Since each situation has different rules and deadlines, we give the details for each one in a separate section:

- **Section 6** of this chapter, "Your medical care: How to ask for a coverage decision or make an appeal"
- **Section 7** of this chapter, "Your Part D prescription drugs: How to ask for a coverage decision or make an appeal"
- **Section 8** of this chapter, "How to ask us to cover a longer inpatient hospital stay if you think the doctor is discharging you too soon"
- **Section 9** of this chapter, "How to ask us to keep covering certain medical services if you think your coverage is ending too soon" (Applies only to these services: home health care, skilled nursing facility care, and Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) services)

اگر آپ کو اندازہ نہیں ہے کہ کون سا سیکشن استعمال کرنا چاہیئے، تو ممبر سروسز کو کال کریں۔ آپ حکومتی تنظیموں جیسے کہ اپنی SHIP کی جانب سے بھی معلومات یا مدد حاصل کر سکتے ہیں۔

SECTION 6 Your medical care: How to ask for a coverage decision or make an appeal of a coverage decision

Section 6.1 This section tells what to do if you have problems getting coverage for medical care or if you want us to pay you back for your care

یہ سیکشن آپ کی طبی نگہداشت کے وظائف کے بارے میں ہے۔ These benefits are described in Chapter 4 of this document: Medical Benefits Chart (what is covered). کچھ صورتوں میں، حصہ B کی نسخہ جاتی دوا کی درخواست کے لیے مختلف اصولوں کا اطلاق ہوتا ہے۔ ان صورتوں میں، ہم وضاحت کریں گے کہ حصہ B کی نسخہ جاتی ادویات کے اصول کیسے طبی اشیاء اور سروسز کے اصولوں سے مختلف ہیں۔

This section tells what you can do if you are in any of the five following situations:

1. You are not getting certain medical care you want, and you believe that our plan covers this care. **کوریج کے فیصلے کی درخواست کریں۔ Section 6.2.**
2. Our plan will not approve the medical care your doctor or other health care provider wants to give you, and you believe that our plan covers this care. **کوریج کے فیصلے کی درخواست کریں۔ Section 6.2.**
3. You have received medical care that you believe our plan should cover, but we have said we will not pay for this care. **اپیل کریں۔ Section 6.3.**
4. You have received and paid for medical care that you believe our plan should cover, and you want to ask our plan to reimburse you for this care. **ہمیں بل بھیجیں۔ Section 6.5.**

5. You are being told that coverage for certain medical care you have been getting (that we previously approved) will be reduced or stopped, and you believe that reducing or stopping this care could harm your health. اپیل کریں۔ Section 6.3.

- **نوٹ کریں: If the coverage that will be stopped is for hospital care, home health care, skilled nursing facility care, or Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) services,** you need to read Sections 8 and 9 of this chapter. نگہداشت کی ان اقسام پر خصوصی اصولوں کا اطلاق ہوتا ہے۔

Step-by-step: How to ask for a coverage decision Section 6.2

Legal Terms
When a coverage decision involves your medical care, it is called an **"Integrated organization determination".**

Legal Terms
A "fast coverage decision" is called an **"expedited determination".**

Step 1: Decide if you need a standard coverage decision or a fast coverage decision.

عموماً "کوریج کا معیاری فیصلہ" حصہ B کی ادویات کے لیے 14 دنوں یا 72 گھنٹوں کے اندر کیا جاتا ہے۔ عموماً "تیز کوریج کا فیصلہ" طبی سروسز کے لیے 72 گھنٹوں، حصہ B کی ادویات کے لیے 24 گھنٹوں کے اندر کیا جاتا ہے۔ In order to get a fast coverage decision, you must meet two requirements:

- You may *only* ask for coverage for medical items and/or services (not requests for payment for items and/ or services already received).
- You can get a fast coverage decision only if using the standard deadlines could *cause serious harm to your health or hurt your ability to function.*
- **If your doctor tells us that your health requires a "fast coverage decision," we will automatically agree to give you a fast coverage decision.**
- **If you ask for a fast coverage decision on your own, without your doctor's support, we will decide whether your health requires that we give you a fast coverage decision.** If we do not approve a fast coverage decision, we will send you a letter that:
  - وضاحت کرتا ہے کہ ہم معیاری ڈیڈ لائنز کا استعمال کریں گے۔
  - وضاحت کرتا ہے کہ اگر آپ کا ڈاکٹر تیز کوریج کے فیصلے کے لیے درخواست کرتا ہے، تو ہم خودکار طور پر آپ کو تیز کوریج کا فیصلہ دے دیں گے۔
  - وضاحت کرتا ہے کہ آپ اپنے درخواست کردہ تیز کوریج کا فیصلہ دینے کے بجائے کوریج کا معیاری فیصلہ دینے کے ہمارے فیصلے کے بارے میں "تیز شکایت" درج کروا سکتے ہیں۔

Step 2: ہمارے منصوبے سے کوریج کا فیصلہ یا تیز کوریج کا فیصلہ کرنے کی درخواست کریں۔

- اپنی مطلوبہ طبی نگہداشت کے لیے ہماری اجازت یا کوریج فراہم کرنے کی خاطر اپنی درخواست کے لیے ہمارے منصوبے کو کال کرنے، خط لکھنے یا فیکس کرنے سے شروعات کریں۔ You, your doctor, or your representative can do this. باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔

Step 3: ہم آپ کی طبی نگہداشت کی کوریج کے لیے آپ کی درخواست پر غور کرتے ہیں اور آپ کو اپنا جواب دیتے ہیں۔

□□□□ □□□□□□□□ □□□□□ □□□ □□□□□□ □□□ □□ □□□□□□ □□□□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□

This means we will give you an answer within 14 calendar days after we receive your request **for a medical item or service**. If your request is for a **Medicare Part B prescription drug, we will give you an answer within 72 hours** after we receive your request.

- **However,** if you ask for more time, or if we need more information that may benefit you, **we can take up to 14 more days** if your request is for a medical item or service. اگر ہمیں اضافی دن درکار ہوں، تو ہم آپ کو تحریری طور آگاہ کر دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست Medicare کے حصہ B کی نسخہ جاتی دوا کے لیے ہے، تو ہم فیصلہ سازی کے لیے اضافی وقت نہیں لے سکتے۔
- If you believe we should not take extra days, you can file a "fast complaint". ہم فیصلہ کرتے ہی آپ کی شکایت کا جواب آپ کو دیں گے۔ (The process for making a complaint is different from the process for coverage decisions and appeals. See Section 11 of this chapter for information on complaints.)

For Fast Coverage decisions we use an expedited timeframe

تیز کوریج کے فیصلے کا مطلب ہے کہ اگر آپ کی درخواست طبی شے یا سروس کے لیے ہے تو ہم 72 گھنٹوں کے اندر آپ کو جواب دے دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست Medicare کے حصہ B کی نسخہ جاتی ادویات کے لیے ہے، تو ہم 24 گھنٹوں کے اندر جواب دیں گے۔

- **However,** if you ask for more time, or if we need more that may benefit you, **we can take up to 14 more days.** اگر ہمیں اضافی دن درکار ہوں، تو ہم آپ کو تحریری طور آگاہ کر دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست Medicare کے حصہ B کی نسخہ جاتی دوا کے لیے ہے، تو ہم فیصلہ سازی کے لیے اضافی وقت نہیں لے سکتے۔
- If you believe we should not take extra days, you can file a "fast complaint". (See Section 11 of this chapter for information on complaints.) ہم فیصلہ کرتے ہی آپ کو کال کریں گے۔
- **If our answer is no to part or all of what you requested,** we will send you a written statement that explains why we said no.

<u>Step 4</u>: اگر ہم آپ کی طبی نگہداشت کی کوریج کی درخواست کو مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔

- If we say no, you have the right to ask us to reconsider this decision by making an appeal. اس کا مطلب ہے کہ طبی نگہداشت کی وہ کوریج دوبارہ حاصل کرنے کی درخواست کریں جو آپ چاہتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ اپیلز کے طریقہ کار کے درجہ 1 پر عمل کرنے جا رہے ہیں۔

Step-by-step: How to make a Level 1 appeal Section 6.3

Legal Terms
An appeal to the plan about a medical care coverage decision is called a plan **"integrated reconsideration".**
A "fast appeal" is also called an **"expedited reconsideration".**

<u>Step 1</u>: Decide if you need a "standard appeal" or a "fast appeal".

عموماً ایک "معیاری اپیل" حصہ B کی ادویات کے لیے 7 دنوں یا 30 دنوں کے اندر کی جاتی ہے۔ عموماً ایک "تیز اپیل" 72 گھنٹوں کے اندر کی جاتی ہے۔

- If you are appealing a decision we made about coverage for care that you have not yet received, you and/or your doctor will need to decide if you need a "fast appeal." اگر آپ کا ڈاکٹر ہمیں بتاتا ہے کہ آپ کی صحت ایک "تیز اپیل" کا تقاضا کرتی ہے، تو ہم آپ کو تیز اپیل دے دیں گے۔
- The requirements for getting a "fast appeal" are the same as those for getting a "fast coverage decision" in Section 6.2 of this chapter.

Step 2: Ask our plan for an appeal or a fast appeal

- **If you are asking for a standard appeal, submit your standard appeal in writing.** آپ ہمیں اپیل کی درخواست بذریعہ کال بھی کر سکتے ہیں۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔
- **If you are asking for a fast appeal, make your appeal in writing or call us.** باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔
- **You must make your appeal request within 60 calendar days** from the date on the written notice we sent to tell you our answer on the coverage decision. اگر آپ نے اس ڈیڈ لائن کو پورا نہیں کرتے اور آپ کے پاس اسے پورا نہ کرنے کی ایک معقول وجہ ہے، تو اپنی اپیل کرتے ہوئے اپیل میں تاخیر کی وجہ کی وضاحت کریں۔ ہم آپ کو اپنی اپیل کرنے کے لیے مزید وقت دے سکتے ہیں۔ اچھے مقصد کی مثالوں میں سنگین بیماری شامل ہو سکتی ہے جس نے آپ کو ہم سے رابطہ کرنے سے روکے رکھا یا اگر ہم نے آپ کو اپیل کی درخواست کے لیے ڈیڈ لائن کے بارے میں غلط یا نامکمل معلومات دی ہوں۔
- **You can ask for a free copy of the information regarding your medical decision. آپ اور آپ کا ڈاکٹر اپنی اپیل کی حمایت کے لیے مزید معلومات شامل کر سکتے ہیں۔**

□□□□ □□ □□ □□□□ □□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□ □□ □□ □□□ □□□□□ □□ □□ □□ □□□ □□□
□□ □□□□□ □□ □□□□ □□□□ □□ □□ □□□□ □□□ □□ □□□□□ □□ □□□□ □□ □□ □□□ □□□ □□ □□□□□
□□□□ □□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□ □□□□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□

- If we decided to change or stop coverage for a service or item that you currently get, we will send you a notice before taking the proposed action.
- If you disagree with the action, you can file a Level 1 appeal. ہم سروس یا شے کو کوور کرنا جاری رکھیں گے اگر آپ ہمارے خط پر پوسٹ مارک کی تاریخ یا کارروائی کی مطلوبہ مؤثر تاریخ کے 10 دنوں کے اندر، جو بھی بعد میں ہو اس کے مطابق، درجہ 1 کی اپیل کے لیے درخواست دیتے ہیں۔
- If you meet this deadline, you can keep getting the service or item with no changes while your Level 1 appeal is pending. آپ بغیر کسی تبدیلی کے دیگر تمام سروسز یا اشیاء (جو آپ کی اپیل کا موضوع نہیں ہیں) حاصل کرنا جاری رکھ سکتے ہیں۔

Step 3: ہم آپ کی اپیل پر غور کرتے ہیں اور آپ کو اپنا جواب دیتے ہیں۔

- When we are reviewing your appeal, we take a careful look at all of the information. ہم یہ دیکھنے کے لیے چیک کرتے ہیں آیا ہم تمام اصولوں پر عمل کر رہے تھے جب ہم نے آپ کی درخواست کو مسترد کیا تھا۔
- We will gather more information if needed, possibly contacting you or your doctor.

"Deadlines for a "fast appeal

- For fast appeals, we must give you our answer **within 72 hours after we receive your appeal**. اگر آپ کی صحت ہم سے تقاضا کرتی ہے تو ہم جلدی جواب دیں گے۔
  - However, if you ask for more time, or if we need more information that may benefit you, we **can take up to 14 more calendar days** if your request is for a medical item or service. اگر ہمیں اضافی دن درکار ہوں، تو ہم آپ کو تحریری طور آگاہ کر دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست Medicare کے حصہ B کی نسخہ جاتی دوا کے لیے ہے، تو ہم اضافی وقت نہیں لے سکتے۔

- اگر ہم آپ کو 72 گھنٹوں کے اندر جواب نہیں دیتے (یا اگر ہم توسیع شدہ وقت کی مدت کے آخر تک اضافی دن لیتے ہیں)، تو ہم خودکار طور پر آپ کی درخواست کو اپیلز کی کارروائی کے مطابق درجہ 2 پر بھیج دیتے ہیں، جہاں اس کا جائزہ ایک خودمختار جائزاتی تنظیم کی جانب سے لیا جائے گا۔ سیکشن 6.4 درجہ 2 کی اپیل کی کارروائی کی وضاحت کرتا ہے۔
- **If our answer is yes to part or all of what you requested,** we must authorize or provide the coverage we have agreed to provide within 72 hours after we receive your appeal.
- **If our answer is no to part or all of what you requested,** we will send you our decision in writing and automatically forward your appeal to the Office of Administrative Hearings for a Level 2 appeal. دفتر برائے انتظامی سماعت آپ کے کیس پر سماعت کا شیڈول مقرر کرے گا، اور جب آپ کی اپیل موصول ہوتی ہے تو آپ کو تحریری طور پر سماعت کی تاریخ اور وقت کے بارے میں بتائے گا۔

Deadlines for a "standard" appeal

- For standard appeals, we must give you our answer **within 30 calendar days** after we receive your appeal. If your request is for a Medicare Part B prescription drug you have not yet received, we will give you our answer **within 7 calendar days** after we receive your appeal. اگر آپ کی صحت کی حالت ہم سے تقاضا کرتی ہے تو ہم آپ کو جلد اپنا فیصلہ دیں گے۔
- However, if you ask for more time, or if we need more information that may benefit you, **we can take up to 14 more calendar days** if your request is for a medical item or service. اگر ہمیں اضافی دن درکار ہوں، تو ہم آپ کو تحریری طور آگاہ کر دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست Medicare کے حصہ B کی نسخہ جاتی دوا کے لیے ہے، تو ہم فیصلہ سازی کے لیے اضافی وقت نہیں لے سکتے۔
- If you believe we should **not** take extra days, you can file a "fast complaint." جب آپ ایک فوری شکایت درج کرواتے ہیں، تو ہم آپ کو آپ کی شکایت کے 24 گھنٹوں کے اندر جواب دے دیں گے۔ (For more information about the process for making complaints, including fast complaints, see **Section 11** of this chapter.)
- اگر ہم آپ کو ڈیڈ لائن تک (یا توسیعی وقت کی مدت کے آخر تک) جواب نہیں دیتے، تو ہم آپ کی درخواست کو درجہ 2 کی اپیل پر بھیج دیں گے جہاں دفتر برائے انتظامی سماعت آپ کے کیس کی سماعت کرے گا۔ سیکشن 6.4 درجہ 2 کی اپیل کی کارروائی کی وضاحت کرتا ہے۔
- **If our answer is yes to part or all of what you requested,** we must authorize or provide the coverage within **30 calendar days,** or **within 7 calendar days** if your request is for a Medicare Part B prescription drug, after we receive your appeal.
- **If our plan says no to part or all of your appeal, you have additional appeal rights. ہم آپ کی درخواست کو خودکار طور پر درجہ 2 کی اپیل پر بھیج دیں گے جہاں دفتر برائے انتظامی سماعت آپ کے کیس کی یہ دیکھنے کے لیے سماعت کرے گا کہ آیا وہ ہمارے فیصلے سے متفق ہیں۔**
- If we say no to part or all of what you asked for, we will send you a letter.

Step-by-step: How a Level 2 appeal is done Section 6.4

The Office of Administrative Hearings **is an independent organization hired by Medicare and Medicaid**. یہ ہمارے ساتھ منسلک نہیں ہے اور نہ ہی یہ حکومتی ایجنسی ہے۔ یہ تنظیم فیصلہ کرتی ہے کہ آیا جو فیصلہ ہم نے کیا ہے وہ درست ہے یا اسے تبدیل کیا جانا چاہیئے۔ Medicare اور Medicaid اس کے کام کی نگرانی کرتے ہیں۔

درجہ 1 کی اپیل جلد از جلد مکمل ہونے پر ہم خودکار طور پر آپ کے کیس کو اپیلز کی کارروائی کے درجہ 2 پر بھیج دیں گے۔ دفتر برائے انتظامی سماعت آپ کے کیس میں ایک سماعت کا شیڈول مقرر کرے گا اور آپ کو تاریخ اور وقت کے بارے میں آگاہ کر دے گا۔ اگر ضرورت ہو تو آپ مختلف دن اور وقت کے لیے دوبارہ شیڈول کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔

اگر آپ اپنی درجہ 1 کی اپیل دائر کرتے وقت وظائف کے تسلسل کے اہل ثابت ہوتے ہیں، تو آپ کے اپیل کے تحت سروس، شے، یا دوا کے وظائف درجہ 2 کے دوران بھی جاری رہ سکتے ہیں۔ درجہ 1 کی اپیلز کے دوران اپنے وظائف کے تسلسل کو برقرار رکھنے کے بارے میں معلومات کے لیے صفحہ 154 پر جائیں۔

Level 2 Appeals Process:

Step 1: ہم آپ کا کیس دفتر برائے انتظامی سماعت کو بھیجیں گے۔ آپ کے کیس پر سنوائی دفتر برائے انتظامی سماعت کی جانب سے ہو گی۔

- We will send the information about your appeal to this organization. یہ معلومات آپ کی "کیس فائل" یا "ثبوت کا پیکٹ" کہلاتی ہیں۔ **ہم آپ کے ثبوت کے پیکٹ کی ایک مفت کاپی آپ کو بھیجیں گے۔**
- آپ یہ حق رکھتے ہیں کہ اپنی اپیل کی حمایت کے لیے دفتر برائے انتظامی سماعت کو اضافی معلومات فراہم کریں۔
- آپ کی سماعت کے دوران، دفتر برائے انتظامی سماعت میں سماعت کا افسر آپ کی اپیل سے متعلق تمام معلومات پر غور کرے گا، اور آپ کی درخواست کے بارے میں آپ سے اور آپ کے منصوبے کے عملے کی بات سنے گا۔

□□□ □□ □□ □□□□ □□□ □□ □□ *1* □□ *"□□□"* □□□□ □□□□ □□ □□ □□□□ □□ □□ *2* □□ □□□ *"□□□"* □□□□
□□□ □□□□ □□ □□□□

- "تیز اپیل" کے لیے جائزہ جاتی تنظیم کو آپ کی اپیل موصول ہونے کے بعد **72 گھنٹوں کے اندر** آپ کی درجہ 2 کی اپیل کے لیے جواب دینا ہو گا۔ کچھ کیسز میں، اگرچہ آپ کو درجہ 1 کے لیے تیز اپیل موصول ہوئی تھی، تاہم آپ درجہ 2 کے لیے خودکار طور پر فوری اپیل موصول نہیں کریں گے۔ آپ تیز اپیل صرف اس صورت میں حاصل کر سکتے ہیں اگر معیاری ڈیڈ لائنز کا استعمال آپ کی صحت کو شدید نقصان پہنچانے یا زیادہ سے زیادہ فعلیت دوبارہ حاصل کرنے میں آپ کی صلاحیت متاثر کرنے کا سبب بنا ہو۔

- اگر آپ کی درخواست ایک طبی شے یا سروس کے لیے ہے اور دفتر برائے انتظامی سماعت کو مزید معلومات اکٹھی کرنے کی ضرورت ہے جن سے آپ کو فائدہ ہو سکتا ہوتو **یہ 14 تقویمی دنوں سے زیادہ دن لے سکتا ہے۔** اگر آپ کی درخواست Medicare کے حصہ B کی نسخہ جاتی دوا کے لیے ہے، تو دفتر برائے انتظامی سماعت فیصلہ سازی کے لیے اضافی وقت نہیں لے سکتا۔

□□□ □□ □□ □□□□ □□□ □□ □□ *1* □□ *"□□□□□□□"* □□□□ □□□□ □□ □□ □□□□ □□ □□ *2* □□ □□□
□□ □□□□ □□□□ □□□□ *"□□□□□□□"*

- "معیاری اپیل" کے لیے اگر آپ کی درخواست طبی شے یا سروس کے لیے ہے تو، جائزہ جاتی تنظیم کو آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد **60 تقویمی دنوں کے اندر** آپ کی درجہ 2 کی اپیل کے لیے جواب ضرور دینا چاہیئے۔
- اگر آپ کی درخواست Medicare کے حصہ B کی نسخہ جاتی دوا کے لیے ہے، تو جائزہ جاتی تنظیم کو آپ کی درجہ 2 کی اپیل کا جواب آپ کی اپیل موصول ہونے پر **7 تقویمی ایام کے اندر** ضرور دینا چاہیئے۔
- تاہم، اگر آپ کی درخواست ایک طبی شے یا سروس کے لیے ہے اور دفتر برائے انتظامی سماعت کو مزید معلومات اکٹھی کرنے کی ضرورت ہے جن سے آپ کو فائدہ ہو سکتا ہو، تو **یہ 14 تقویمی دنوں سے زیادہ دن لے سکتا ہے۔** اگر آپ کی درخواست Medicare کے حصہ B کی نسخہ جاتی دوا کے لیے ہے، تو دفتر برائے انتظامی سماعت فیصلہ سازی کے لیے اضافی وقت نہیں لے سکتا۔

□□□□□ *2:* □□□□ □□□□□ □□□□□□□□ □□□□□ □□□□ □□□□ □□ □□ □□□□ □□□ □□□

دفتر برائے انتظامی سماعت تحریری طور پر اپنا فیصلہ آپ کو بتائے گا اور اس کی وجوہات کی وضاحت کرے گا۔

- **If the Office of Administrative Hearings says yes to part or all of your request**, we must authorize the medical care coverage **within 1 business day**.
- **If this organization says no to part or all of your appeal,** it means they agree with our plan that your request (or part of your request) for coverage for medical care should not be approved. (اسے "فیصلہ برقرار رکھنا" یا "آپ کی اپیل کو مسترد کرنا" کہتے ہیں۔) اس کیس میں، دفتر برائے انتظامی سماعت آپ کو ایک خط بھیجے گا:
  - اس کے فیصلے کی وضاحت کرنا۔
  - درجہ 3 کی اپیل کے حق سے آپ کو آگاہ کرے گا اگر ڈالر کی قیمت طبی نگہداشت کی کوریج کے لیے ایک مخصوص کم سے کم حد سے ملتی ہے۔ دفتر برائے انتظامی سماعت کی جانب سے آپ کو موصول ہونے والا تحریری نوٹس آپ کو ڈالر کی رقم بتائے گا جسے آپ کو اپیلز کی کارروائی جاری رکھنے کے لیے پورا کرنا ضروری ہے۔
  - آپ کو بتانا کہ درجہ 3 کی اپیل کیسے دائر کریں۔
- اگر آپ کی درجہ 2 کی اپیل مسترد کر دی جاتی ہے تو آپ کا یہ فیصلہ کرنا ضروری ہے کہ آیا آپ درجہ 3 پر جانا چاہتے اور تیسری اپیل کرنا چاہتے ہیں۔ اسے کیسے کرنا ہے اس حوالے سے تفصیلات اس تحریری نوٹس میں ہیں جو آپ کو آپ کی درجہ 2 کی اپیل کے بعد موصول ہوتا ہے۔

- درجہ 3 کی اپیل کا نظم Medicare کی اپیلز کونسل کی جانب سے کیا جاتا ہے۔ اس باب میں سیکشن 10 درجاتی عمل کے طریقے کی وضاحت کرتا ہے

اگر اس حوالے سے کُلی یا جزوی فیصلہ نفی میں ہے جس کے لیے میں نے درخواست دی تھی، تو کیا میں ایک اور اپیل کر سکتا ہوں؟

جس کی آپ نے درخواست کی ہے، اگر اس حوالے سے دفتر برائے انتظامی سماعت کا فیصلہ کُلی یا جزوی طور پر نفی میں ہے، تو آپ کو **اپیل کرنے کے اضافی حقوق** حاصل ہیں۔

دفتر برائے انتظامی سماعت کی جانب سے آپ کو موصول ہونے والا خط اگلی اپیل کے اختیار کو بیان کرے گا۔

درجہ 2 کے بعد اپنی اپیل کے حقوق کے حوالے سے مزید معلومات کے لیے اس باب کا **سیکشن 10** ملاحظہ کریں۔

سیکشن 6.5 اگر آپ ہمیں اپنی طبی نگہداشت میں موصول ہونے والے بل کے لیے واپس ادائیگی کی درخواست کرتے ہیں تو اس صورت میں کیا ہوتا ہے؟

ہم Medicaid سروس یا شے کے لیے براہِ راست آپ کو باز ادائیگی نہیں کر سکتے۔ اگر آپ کو Medicaid کی کوور کردہ سروسز اور اشیاء کی مد میں بل موصول ہوتا ہے، تو وہ بل ہمیں بھیجیں۔ آپ کو بل کی ادائیگی خود نہیں کرنی چاہیئے۔ ہم فراہم کنندہ سے براہ راست رابطہ کریں گے اور بلنگ کا مسئلہ حل کریں گے۔ لیکن اگر آپ پھر بھی بل ادا کرتے ہیں، تو آپ اس صورت نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ سے ریفنڈ حاصل کر سکتے ہیں کہ اگر آپ نے سروسز یا اشیاء کے حصول کی مد میں اصولوں کی پیروی کی ہو۔

اگر آپ منصوبے کی جانب سے کوور کردہ Medicaid کی سروس یا شے کے لیے پہلے ہی ادائیگی کر چکے ہیں، تو آپ ہمارے منصوبے سے اپنی واپس ادائیگی کے لیے درخواست کر سکتے ہیں (واپس ادائیگی کو اکثر آپ کو "باز ادائیگی" کرنا بھی کہتے ہیں)۔ یہ آپ کا حق ہے کہ جب بھی آپ ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور کردہ طبی سروسز یا ادویات کے لیے ادائیگی کریں تو آپ کو ہمارے منصوبے کی جانب سے واپس ادائیگی کی جائے۔ آپ جب ہمیں اپنا پہلے سے ادا کردہ بل بھیجتے ہیں، تو ہم بل کو دیکھیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا سروسز یا ادویات کو کوور کرنا چاہیئے۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ انہیں کوور کرنا چاہیئے تو ہم آپ کو سروسز یا ادویات کے لیے واپس ادائیگی کریں گے۔

کسی ایسی چیز کی واپس ادائیگی کا کہنا کہ جس کے لیے آپ پہلے ہی ادائیگی کر چکے ہیں:

اگر آپ باز ادائیگی کی درخواست کے لیے ہمیں کاغذی کارروائی بھیجتے ہیں، تو آپ کوریج کے فیصلے کے لیے درخواست کر رہے ہوتے ہیں۔ ہم Medicaid سروس یا شے کے لیے براہِ راست آپ کو باز ادائیگی نہیں کر سکتے۔ اگر آپ کو Medicaid کی کوور کردہ سروسز اور اشیاء کی مد میں بل موصول ہوتا ہے، تو وہ بل ہمیں بھیجیں۔ آپ کو بل کی ادائیگی خود نہیں کرنی چاہیئے۔ ہم براہِ راست نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ سے رابطہ کریں گے اور مسئلے سے نمٹ لیں گے۔ لیکن اگر آپ پھر بھی بل ادا کرتے ہیں، تو آپ اس صورت نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ سے ریفنڈ حاصل کر سکتے ہیں کہ اگر آپ نے سروسز یا اشیاء کے حصول کی مد میں اصولوں کی پیروی کی ہو۔

اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کو **Medicare** کی سروس یا شے کے لیے آپ کو باز ادائیگی کریں یا آپ ہم سے Medicaid کی اس سروس یا شے کے لیے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو ادائیگی کی درخواست کر رہے ہیں جس کی آپ نے ادائیگی کی ہے، تو آپ ہم سے کوریج کا یہ فیصلہ کرنے کی درخواست کریں گے۔ ہم دیکھنے کے لیے چیک کریں گے کہ آیا طبی نگہداشت جس کی ادائیگی آپ نے کی ہے وہ کوور شدہ سروس ہے۔ ہم یہ بھی دیکھنے کے لیے چیک کریں گے کہ آیا طبی نگہداشت کی کوریج استعمال کرنے کے لیے آپ نے تمام اصولوں پر عمل کیا ہے۔

- **اگر ہم آپ کی درخواست پر ہاں کہتے ہیں:** اگر medicare کوور کردہ ہے، تو ہم آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد 60 تقویمی ایام کے اندر آپ کو لاگت کے لیے ادائیگی بھیج دیں گے۔
  - اگر Medicaid کی نگہداشت کہ جس کی مد میں آپ نے نگہداشت صحت کے کسی فراہم کنندہ کو ادائیگی کی ہو کوور شدہ ہو اور آپ کے خیال میں ہمیں نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو ادائیگی کرنی چاہیئے، تو ہم آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو اس لاگت کی مد میں آپ کی درخواست موصول ہونے کے 60 تقویمی ایام کے اندر لاگت کی مد میں ادائیگی ارسال کریں گے۔
  - پھر آپ کو اپنے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ سے رابطہ کر کے اُن سے واپس ادائیگی حاصل کرنا ہو گی۔ اگر آپ نے طبی نگہداشت کی ادائیگی نہ کی ہو، تو ہم ادائیگی براہِ راست نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو ارسال کر دیں گے۔

- **اگر ہم آپ کی درخواست پر نہیں کہتے ہیں:** If the medical care is *not* covered, or you did not follow all the rules, we will not send payment. اس کی بجائے، ہم آپ کو ایک خط بھیجیں گے جس میں کہا جاتا ہے کہ ہم سروسز کے لیے ادائیگی نہیں کریں گے اور وجوہات بیان کی جاتی ہیں کہ ایسا کیوں ہے۔

اگر آپ ہمارے مسترد کیے جانے کے فیصلے سے متفق نہیں ہیں، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ ہم سے ہمارے اس فیصلے کو تبدیل کرنے کی درخواست کر رہے ہیں جو ہم نے آپ کی ادائیگی کے لیے درخواست کو مسترد کرنے پر کیا تھا۔

اس اپیل کو کرنے کے لیے، اپیلز کے طریقہ کار پر عمل کریں جو سیکشن 6.3 میں ہم نے بیان کیا ہے۔ باز ادائیگی سے متعلق اپیلز کے لیے، براہ کرم نوٹ کریں:

- آپ کی اپیل موصول ہونے کے بعد، ہمارا آپ کو 30 تقویمی ایام کے اندر جواب دینا ضروری ہے۔ اگر آپ ہم سے اپنی طبی نگہداشت کے لیے واپس ادائیگی کی درخواست کر رہے ہیں جو آپ پہلے سے موصول اور ادائیگی کر چکے ہیں، تو آپ کو تیز اپیل کی درخواست کرنے کی اجازت نہیں ہے۔
- اگر دفتر برائے انتظامی سماعت فیصلہ کرتا ہے کہ ہمیں ادائیگی کرنی چاہیئے، تو ہمارا آپ کو یا آپ کے فراہم کنندہ کو 30 تقویمی ایام کے اندر ادائیگی بھیجنا ضروری ہے۔ اگر درجہ 2 کے بعد آپ کی اپیلز کی کارروائی کے کسی مرحلے پر آپ کی اپیل کے لیے جواب ہاں میں ہوتا ہے، تو ہمیں آپ کی درخواست کردہ رقم آپ کو یا نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو 60 تقویمی دنوں کے اندر لازماً بھیجنی ہو گی۔

سیکشن 6.6 صرف Medicaid کے لیے بیرونی اپیلز

آپ اور آپ کا ڈاکٹر **صرف Medicaid کی جانب سے کوور کردہ وظائف** کے لیے بیرونی اپیل کی درخواست کر سکتے ہیں۔

آپ New York State سے ایک خود مختار **بیرونی اپیل** کی درخواست کر سکتے ہیں اگر ہمارا منصوبہ آپ کے اور آپ کے ڈاکٹر کی جانب سے درخواست کردہ طبی سروسز کے لیے کوریج مسترد کرنے کا فیصلہ کرتا ہے کیونکہ یہ:

- طبی طور پر ضروری نہیں ہے یا
- تجرباتی یا تحقیقی ہے یا
- اس نگہداشت سے مختلف نہیں ہے جو آپ منصوبے کے نیٹ ورک میں حاصل کر سکتے ہیں یا
- ایک شرکت کرنے والے فراہم کنندہ کی جانب سے دستیاب ہے جو آپ کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے درست تربیت اور تجربہ رکھتا ہے۔

اسے بیرونی اپیل کہا جاتا ہے کیونکہ اس میں وہ جائزہ کار فیصلہ کرتے ہیں جو صحت کے منصوبے یا ریاست کے ساتھ کام نہیں کرتے۔ یہ جائزہ کار New York State کی جانب سے منظور کردہ اہل لوگ ہوتے ہیں۔ سروس منصوبے کے وظیفے کے پیکج میں یا ایک تجرباتی علاج میں ہونا ضروری ہے۔ آپ کو ایک بیرونی اپیل کے لیے ادائیگی کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اس سے **پہلے** کہ آپ ریاست سے اپیل کریں:

- آپ کو منصوبے کے پاس درجہ 1 کی اپیل لازماً دائر کرنی ہو گی اور منصوبے کی حتمی غیر موافق تعین کاری حاصل کرنا ہو گی؛ **یا**
- آپ بیک وقت تیز رفتار بیرونی اپیل کے لیے درخواست کر سکتے ہیں اگر آپ نے سروس حاصل نہیں کی اور آپ تیز اپیل کے لیے درخواست کرتے ہیں۔ (آپ کے ڈاکٹر کو یہ کہنا ہو گا کہ تیز رفتار اپیل ضروری ہے)؛ **یا**
- آپ اور منصوبہ، منصوبے کی اپیلز کی کارروائی کو چھوڑنے اور براہ راست بیرونی اپیل کرنے کے لیے متفق ہو سکتے ہیں؛ **یا**
- You can prove the plan did not follow the rules correctly when processing your Level 1 appeal.

You have **4 months** after you get the plan's Final Adverse Determination to ask for an External Appeal. If you and the plan agreed to skip the plan's appeals process, then you must ask for the External Appeal within 4 months of when you made that agreement.

بیرونی اپیل کی درخواست کے لیے، ایپلیکیشن پُر کریں اور اسے شعبہ برائے مالی سروسز کو بھیجیں۔

- You can call Member Services at (833) 671-0440 if you need help filing an appeal.
- You and your doctors will have to give information about your medical problem.
- The External Appeal application says what information will be needed.

Here are some ways to get an application:

- Call the Department of Financial Services, 1-800-400-8882
- Go to the Department of Financial Services' website at www.dfs.ny.gov.
- Contact the health plan at (833) 671-0440

جائزہ کار آپ کی بیرونی اپیل کا فیصلہ 30 دنوں میں کرے گا۔ اگر بیرونی اپیل کا جائزہ کار مزید معلومات کا مطالبہ کرتا ہے، تو مزید وقت (پانچ ایام کار تک) درکار ہو سکتا ہے۔ جائزہ کار فیصلہ کرنے کے بعد دو دن کے اندر آپ کو اور منصوبے کو حتمی فیصلہ بتائے گا۔

اگر آپ کا ڈاکٹر کہتا ہے کہ تاخیر آپ کی صحت کے لیے سنگین نقصان کا سبب ہو گی تو آپ فوری فیصلہ حاصل کر سکتے ہیں۔ This is called an **expedited External Appeal**. بیرونی اپیل کا جائزہ کار تیز رفتار اپیل کے لیے 72 گھنٹوں یا کم میں فیصلہ کرے گا۔ جائزہ کار آپ کو اور منصوبے کو بذریعہ فون یا فیکس فیصلہ کے بارے میں فوراً آگاہ کر دے گا۔ بعد میں، جائزہ کار آپ کو خط ارسال کر کے فیصلے کے بارے میں آگاہ کر دے گا۔

آپ اور آپ کا کوئی قابل اعتماد فرد، کارروائی کے دوران کسی بھی وقت جائزے کے وقت کے بارے میں New York State کے شعبہ صحت کو 1-866-712-7197 کال کر کے شکایت بھی درج کروا سکتے ہیں۔

SECTION 7 Your Part D prescription drugs: How to ask for a coverage decision or make an appeal

Section 7.1 This section tells you what to do if you have problems getting a Part D drug or you want us to pay you back for a Part D drug

آپ کے وظائف میں بہت سی نسخہ جاتی ادویات کے لیے کوریج شامل ہے۔ کوور کیے جانے کے لیے، دوا کو لازماً طبی طور پر قبول شدہ اشارے کے لیے استعمال کرنا چاہیئے۔ (See Chapter 5 for more information about a medically accepted indication.) حصہ D کی ادویات، اصولوں، پابندیوں، اور اخراجات کے متعلق تفصیلات کے لیے براہ کرم باب 5 اور 6 دیکھیں۔ **یہ سیکشن صرف آپ کی حصہ D کی ادویات کے بارے میں ہے۔** To keep things simple, we generally say *drug* in the rest of this section, instead of repeating *covered outpatient prescription drug* or Part D drug every time. We also use the term "Drug List" instead of *List of Covered Drugs* or *Formulary*.

- If you do not know if a drug is covered or if you meet the rules, you can ask us. کچھ ادویات کے لیے تقاضا ہے کہ ہمارے اسے کوور کرنے سے پہلے آپ ہماری منظوری حاصل کریں گے۔
- If your pharmacy tells you that your prescription cannot be filled as written, the pharmacy will give you a written notice explaining how to contact us to ask for a coverage decision.

Part D coverage decisions and appeals

Legal Terms
An initial coverage decision about your Part D drugs is called a **"coverage determination."**

کوریج کا فیصلہ وہ فیصلہ ہوتا ہے جو ہم آپ کے وظائف اور کوریج یا اس رقم کے بارے میں کرتے ہیں جو ہم آپ کی ادویات کے لیے ادا کریں گے۔ This section tells what you can do if you are in any of the following situations:

- Asking to cover a Part D drug that is not on the plan's *List of Covered Drugs*. **استثنیٰ کی درخواست کریں۔ Section 7.2.**
- کسی دوا کے لیے منصوبے کی کوریج سے پابندی (جیسا کہ دوا کی اس مقدار پر حدود جو آپ حاصل کر سکتے ہیں، پیشگی تنظیم و ترتیب، یا پہلے کوئی اور دوا آزمانے کا تقاضا) ختم کرنے کی درخواست کرنا۔ **استثنیٰ کی درخواست کریں۔ Section 7.2.**
- Asking to get pre-approval for a drug. **کوریج کے فیصلے کی درخواست کریں۔ Section 7.4.**
- Pay for a prescription drug you already bought. **ہم سے واپس ادائیگی کی درخواست کریں۔ Section 7.4.**

اگر آپ ہمارے کیے گئے کوریج کے فیصلے سے غیر متفق ہیں، تو آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔

یہ سیکشن آپ کو کوریج کے فیصلے کی درخواست اور اپیل کی درخواست کیسے کریں، دونوں صورتوں کے بارے میں بتاتا ہے۔

Section 7.2 What is an exception?

Legal Terms

Asking for coverage of a drug that is not on the Drug List is sometimes called asking for a **"formulary exception".**

Asking for removal of a restriction on coverage for a drug is sometimes called asking for a **"formulary exception".**

Legal Terms

Asking to pay a lower price for a covered non-preferred drug is sometimes called asking for a **"tiering exception".**

If a drug is not covered in the way you would like it to be covered, you can ask us to make an "exception." استثنیٰ کوریج کے فیصلے کی ایک قسم ہے۔

ہمارے لیے آپ کی استثنیٰ کی درخواست پر غور کرنے کے لیے، آپ کے ڈاکٹر اور دیگر نسخہ تجویز کنندہ کو طبی وجوہات کی وضاحت کرنے کی ضرورت ہو گی کہ آپ استثنیٰ کی منظوری کیوں چاہتے ہیں۔ Here are two examples of exceptions that you or your doctor or other prescriber can ask us to make:

1. **Covering a Part D drug for you that is not on our Drug List.**
2. **Removing a restriction for a covered drug.** باب 5 اضافی اصولوں یا پابندیوں کی وضاحت کرتا ہے جو ہماری فہرست ادویات کی مخصوص ادویات پر لاگو ہوتی ہیں۔

Important things to know about asking for exceptions Section 7.3

Your doctor must tell us the medical reasons

آپ کے ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ کو ہمیں استثنیٰ کی درخواست کے لیے ایک بیان لازمی دینا چاہیئے جو طبی وجوہات کی وضاحت کرتا ہو۔ جب آپ استثنیٰ کے لیے درخواست دیں، تو اپنے ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ کی جانب سے یہ طبی معلومات تیز فیصلے کے لیے شامل کریں۔

عموماً، ہماری فہرست ادویات میں خاص طبی کیفیت کے علاج کے لیے ایک سے زیادہ ادویات شامل ہوتی ہیں۔ یہ مختلف ممکنات "متبادل" ادویات کہلاتی ہیں۔ اگر ایک متبادل دوا اتنی ہی پُراثر ہے جتنی کہ آپ کی درخواست کردہ دوا ہے اور یہ مزید کسی ضمنی اثرات یا صحت کے دیگر مسائل کا سبب نہیں بنے گی، تو عموماً ہم استثنیٰ کے لیے آپ کی درخواست کو منظور نہیں کریں گے۔

We can say yes or no to your request

- If we approve your request for an exception, our approval usually is valid until the end of the plan year. یہ اس وقت تک سچ ہے جب تک آپ کا ڈاکٹر آپ کے لیے دوا تجویز کرنا جاری رکھتا ہے اور دوا آپ کی کیفیت کا علاج کرنے میں محفوظ اور مؤثر رہنا جاری رہتی ہے۔
- If we say no to your request, you can ask for another review by making an appeal.

Step-by-step: How to ask for a coverage decision, including an exception Section 7.4

Legal Terms

“.A “fast coverage decision” is called an **“expedited coverage determination**

“.Step 1: Decide if you need a “standard coverage decision” or a “fast coverage decision

Standard coverage decisions” are made within **72 hours** after we receive your doctor’s statement. **“Fast” .coverage decisions”** are made within **24 hours** after we receive your doctor’s statement

If your health requires it, ask us to give you a “fast coverage decision.” **To get a fast coverage decision, you :must meet two requirements**

- You must be asking for a drug you have not yet received. (You cannot ask for fast coverage .decision to be paid back for a drug you have already bought)
- Using the standard deadlines could *cause serious harm to your health or hurt your ability to .function*
- **If your doctor or other prescriber tells us that your health requires a “fast coverage .decision,” we will automatically give you a fast coverage decision**
- **If you ask for a fast coverage decision on your own, without your doctor or prescriber’s support, we will decide whether your health requires that we give you a fast coverage decision.** If we :do not approve a fast coverage decision, we will send you a letter that
  - وضاحت کرتا ہے کہ ہم معیاری ڈیڈ لائنز کا استعمال کریں گے۔
  - وضاحت کرتا ہے کہ آیا آپ کا ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ تیز کوریج کے فیصلے کی درخواست کرتا ہے، ہم آپ کو خودکار طور پر تیز کوریج کا فیصلہ دے دیں گے۔
  - آپ کو بتاتا ہے کہ آپ خود کو آپ کا درخواست کردہ تیز کوریج کا فیصلہ دینے کے بجائے کوریج کا معیاری فیصلہ دینے کے ہمارے فیصلے کے بارے میں "فوری شکایت" کیسے درج کروا سکتے ہیں۔ ہم آپ کی شکایت موصول ہونے کے 24 گھنٹوں کے اندر جواب دیں گے۔

“.Step 2: Request a “standard coverage decision” or a “fast coverage decision

اپنی مطلوبہ طبی نگہداشت کے لیے ہماری اجازت یا کوریج فراہم کرنے کی خاطر اپنی درخواست کے لیے ہمارے منصوبے کو کال کرنے، خط لکھنے یا فیکس کرنے سے شروعات کریں۔ آپ کوریج کے فیصلے کی کارروائی تک رسائی ہماری ویب سائٹ کے ذریعے سے بھی حاصل کر سکتے ہیں۔ ہمیں کسی بھی تحریری درخواست کو قبول کرنا ہو گا، جس میں ہماری ویب سائٹ پر دستیاب CMS ماڈل کوریج کی تعین کاری کی درخواست کے فارم پر درخواست جمع کروانا شامل ہے۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔ اپنی درخواست کی عمل کاری میں ہماری معاونت کے لیے، براہ کرم اپنا نام، رابطے کی معلومات، اور یہ شناخت کرنے والی معلومات شامل کرنا یقینی بنائیں کہ کس مسترد کردہ دعوے پر اپیل کی جا رہی ہے۔

آپ، آپ کا ڈاکٹر، (یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ) یا آپ کا نمائندہ یہ کر سکتے ہیں۔ آپ کی طرف سے وکیل بھی کردار ادا کر سکتا ہے۔ اس باب کا سیکشن 4 بتاتا ہے کہ آپ کسی کو اپنے نمائندے کے طور پر کردار ادا کرنے کے لیے تحریری اجازت کیسے دے سکتے ہیں۔

- **If you are requesting an exception, provide the “supporting statement",** which is the medical .reasons for the exception آپ کا ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ وہ بیان ہمیں فیکس یا بذریعہ ڈاک ارسال کر سکتا ہے۔ یا آپ کا ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ ہمیں فون پر بتا سکتا ہے اور اگر ضروری ہو تو تحریری بیان فیکس یا بذریعہ ڈاک ارسال کر کے فالو اپ کر سکتے ہیں۔

Step 3: ہم آپ کی درخواست پر غور کرتے ہیں اور آپ کو اپنا جواب دیتے ہیں۔

“Deadlines for a “fast coverage decision

- We must generally give you our answer **within 24 hours** after we receive your request.

- For exceptions, we will give you our answer **within 24 hours** after we receive your doctor's supporting statement. اگر آپ کی صحت ہم سے تقاضا کرتی ہے تو ہم جلدی جواب دیں گے۔
- اگر ہم اس ڈیڈ لائن کو پورا نہیں کرتے، تو ہمیں آپ کی درخواست کو درجہ 2 کی اپیلز کی کارروائی کے لیے بھیجنے کی ضرورت ہوتی ہے، جہاں اس کا جائزہ خود مختار جائزاتی تنظیم کی جانب سے لیا جائے گا۔
- **If our answer is yes to part or all of what you requested,** we must provide the coverage we have agreed to provide within 24 hours after we receive your request or doctor's statement supporting your request.
- **If our answer is no to part or all of what you requested,** we will send you a written statement that explains why we said no. We will also tell you how you can appeal.

Deadlines for a "standard" coverage decision about a drug you have not yet received

- We must give you our answer **within 72 hours** after we receive your request.
- استثنات کے لیے، ہم آپ کے ڈاکٹر کا حمایتی بیان موصول کرنے کے بعد 72 گھنٹوں کے اندر آپ کو جواب دیں گے۔ اگر آپ کی صحت ہم سے تقاضا کرتی ہے تو ہم جلدی جواب دیں گے۔
- اگر ہم اس ڈیڈ لائن کو پورا نہیں کرتے، تو ہمیں آپ کی درخواست کو درجہ 2 کی اپیلز کی کارروائی کے لیے بھیجنے کی ضرورت ہوتی ہے، جہاں اس کا جائزہ خود مختار جائزاتی تنظیم کی جانب سے لیا جائے گا۔
- **If our answer is yes to part or all of what you requested,** we must **provide the coverage** we have agreed to provide **within 72 hours** after we receive your request or doctor's statement supporting your request.
- **If our answer is no to part or all of what you requested**, we will send you a written statement that explains why we said no. We will also tell you how you can appeal.

Deadlines for a "standard" coverage decision about payment for a drug you have already bought

- We must give you our answer **within 14 calendar days** after we receive your request.
- اگر ہم اس ڈیڈ لائن کو پورا نہیں کرتے، تو ہمیں آپ کی درخواست کو درجہ 2 کی اپیلز کی کارروائی کے لیے بھیجنے کی ضرورت ہوتی ہے، جہاں اس کا جائزہ خود مختار جائزاتی تنظیم کی جانب سے لیا جائے گا۔
- **If our answer is yes to part or all of what you requested,** we are also required to make payment to you within 14 calendar days after we receive your request.
- **If our answer is no to part or all of what you requested**, we will send you a written statement that explains why we said no. We will also tell you how you can appeal.

<u>Step 4:</u> اگر ہم آپ کی کوریج کی درخواست کو مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔

- If we say no, you have the right to ask us to reconsider this decision by making an appeal. اس کا مطلب اس دوا کی کوریج دوبارہ حاصل کرنے کی درخواست کرنا ہے جو آپ چاہتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ اپیلز کے طریقہ کار کے درجہ 1 پر عمل کرنے جا رہے ہیں۔

Step-by-step: How to make a Level 1 appeal Section 7.5

Legal Term
An appeal to the plan about a Part D drug coverage decision is called a plan **"redetermination".**
A "fast appeal" is also called an **"expedited redetermination".**

<u>Step 1:</u> Decide if you need a "standard appeal" or a "fast appeal".

"□□□ □□□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□ □□□□ □□ □□□□ 7 "□□□□ □□□□□□□" □□□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□ □□□□ □□ □□□□□□ 72 "□□□□ "If your health requires it, ask for a "fast appeal

- If you are appealing a decision we made about a drug you have not yet received, you and your doctor or other prescriber will need to decide if you need a "fast appeal".
- The requirements for getting a "fast appeal" are the same as those for getting a "fast coverage decision" in Section 6.4 of this chapter.

Step 2: آپ، آپ کا نمائندہ، ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ کو ہم سے رابطہ ضرور کرنا چاہیئے اور آپ کے لیے درجہ 1 کی اپیل کرنی چاہیئے۔ If your health requires a quick response, you must ask for a "fast appeal."

- **For standard appeals, submit a written request.** باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔
- **For fast appeals either submit your appeal in writing or call us at (833) 671-0440, TTY: 711.** باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔
- **We must accept any written request,** including a request submitted on the CMS Model Redetermination Request Form, which is available on our website SWHNY.com. براہ کرم اپنا نام، رابطے کی معلومات، اور اپنے دعوے سے متعلق معلومات کو شامل کرنا یقینی بنائیں تاکہ آپ کی درخواست پر کارروائی میں ہماری مدد ہو سکے۔
- **You must make your appeal request within 65 calendar days** from the date on the written notice we sent to tell you our answer on the coverage decision. اگر آپ نے اس ڈیڈ لائن کو پورا نہیں کرتے اور آپ کے پاس اسے پورا نہ کرنے کی ایک معقول وجہ ہے، تو اپنی اپیل کرتے ہوئے اپیل میں تاخیر کی وجہ کی وضاحت کریں۔ ہم آپ کو اپنی اپیل کرنے کے لیے مزید وقت دے سکتے ہیں۔ اچھے مقصد کی مثالوں میں سنگین بیماری شامل ہو سکتی ہے جس نے آپ کو ہم سے رابطہ کرنے سے روکے رکھا یا اگر ہم نے آپ کو اپیل کی درخواست کے لیے ڈیڈ لائن کے بارے میں غلط یا نامکمل معلومات دی ہوں۔
- **You can ask for a copy of the information in your appeal and add more information.**

آپ اور آپ کا ڈاکٹر اپنی اپیل کی حمایت کے لیے مزید معلومات شامل کر سکتے ہیں۔

Step 3: ہم آپ کی اپیل پر غور کرتے ہیں اور آپ کو اپنا جواب دیتے ہیں۔

- When we are reviewing your appeal, we take another careful look at all of the information about your coverage request. ہم یہ دیکھنے کے لیے چیک کرتے ہیں آیا ہم تمام اصولوں پر عمل کر رہے تھے جب ہم نے آپ کی درخواست کو مسترد کیا تھا۔ ہم آپ سے یا آپ کے ڈاکٹر سے یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ سےمزید معلومات حاصل کرنے کے لیے رابطہ کر سکتے ہیں۔

"Deadlines for a "fast appeal

- For fast appeals, we must give you our answer **within 72 hours after we receive your appeal**. اگر آپ کی صحت ہم سے تقاضا کرتی ہے تو ہم جلدی جواب دیں گے۔
  - اگر ہم آپ کو 72 گھنٹوں کے اندر جواب نہیں دیتے، تو ہمیں آپ کی درخواست کو اپیلز کی کارروائی کی درجہ 2 پر بھیجنا ہو گا، جہاں اس کا خود مختار جائزاتی ادارے کی جانب سے جائزہ لیا جائے گا۔ **Section 7.6** explains the Level 2 appeal process.
- **If our answer is yes to part or all of what you requested,** we must provide the coverage we have agreed to provide within 72 hours after we receive your appeal.
- **If our answer is no to part or all of what you requested,** we will send you a written statement that explains why we said no and how you can appeal our decision.

Deadlines for a "standard" appeal for a drug you have not yet received

- For standard appeals, we must give you our answer **within 7 calendar days** after we receive your appeal. اگر آپ کو ابھی تک دوا موصول نہیں ہوئی اور آپ کی صحت کی حالت ہم سے ایسا کرنے کا تقاضا کرتی ہے تو ہم آپ کو جلد اپنا فیصلہ دیں گے۔
  - اگر ہم آپ کو 7 تقویمی دنوں کے اندر فیصلہ نہیں دیتے، تو ہمیں آپ کی درخواست کو اپیلز کی کارروائی کی درجہ 2 پر بھیجنے کی ضرورت ہے، جہاں خود مختار جائزاتی تنظیم کی جانب سے اس کا جائزہ لیا جائے گا۔ **Section 7.6** explains the Level 2 appeal process.
- **If our answer is yes to part or all of what you requested,** we must provide the coverage as quickly as your health requires, but no later than **7 calendar days** after we receive your appeal.
- **If our answer is no to part or all of what you requested**, we will send you a written statement that explains why we said no and how you can appeal our decision.

Deadlines for a "standard appeal" about payment for a drug you have already bought

- We must give you our answer **within 14 calendar days** after we receive your request.
  - اگر ہم اس ڈیڈ لائن کو پورا نہیں کرتے، تو ہمیں آپ کی درخواست کو درجہ 2 کی اپیلز کی کارروائی کے لیے بھیجنے کی ضرورت ہوتی ہے، جہاں اس کا جائزہ خود مختار جائزاتی تنظیم کی جانب سے لیا جائے گا۔
- **If our answer is yes to part or all of what you requested,** we are also required to make payment to you within 30 calendar days after we receive your request.
- **If our answer is no to part or all of what you requested,** we will send you a written statement that explains why we said no. We will also tell you how you can appeal.

<u>Step 4:</u> اگر ہم آپ کی اپیل کو مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ فیصلہ کرتے ہیں کہ آیا آپ اپیلوں کی کارروائی جاری رکھنا چاہتے ہیں اور ایک اور اپیل کرنا چاہتے ہیں۔

- If you decide to make another appeal, it means your appeal is going on to Level 2 of the appeals process.

Step-by-step: How to make a Level 2 appeal Section 7.6

Legal Term
The formal name for the "independent review organization" is the **"Independent Review Entity."** It is sometimes called the **"IRE".**

The **independent review organization is an independent organization hired by Medicare**. یہ ہمارے ساتھ منسلک نہیں ہے اور نہ ہی یہ حکومتی ایجنسی ہے۔ یہ تنظیم فیصلہ کرتی ہے کہ آیا جو فیصلہ ہم نے کیا ہے وہ درست ہے یا اسے تبدیل کیا جانا چاہیئے۔ Medicare اپنے کام کی نگرانی کرتا ہے۔

<u>Step 1:</u> آپ (یا آپ کا نمائندہ یا آپ کا ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ) کو خود مختار جائزاتی تنظیم کے ساتھ رابطہ کرنے اور ان سے اپنے کیس کے جائزہ کی درخواست ضرور کرنی چاہیئے۔

- If we say no to your Level 1 appeal, the written notice we send you will include instructions **on how to make a Level 2** appeal with the independent review organization. یہ ہدایات آپ کو بتائیں گی کہ درجہ 2 کی اپیل کون کر سکتا ہے، آپ کو کن ڈیڈ لائنز پر ضرور عمل کرنا ہو گا، اور جائزاتی تنظیم تک رسائی کیسے کریں۔ تاہم، اگر ہم قابل اطلاق ٹائم فریم کے اندر اپنا جائزہ مکمل نہیں کرتے یا اپنی دوا کے نظم کے پروگرام کے تحت "خطرے پر موجودگی" کے حوالے سے ایک ناموافق فیصلہ کرتے ہیں، تو ہم خودکار طور پر آپ کے دعوے کو IRE کو بھیج دیں گے۔

- We will send the information about your appeal to this organization. This information is called your "case file." **You have the right to ask us for a copy of your case file.**
- You have a right to give the independent review organization additional information to support your appeal.

Step 2: خود مختار جائزاتی تنظیم آپ کی اپیل کا جائزہ لیتی ہے۔

خود مختار جائزاتی تنظیم کے جائزہ کاران آپ کی اپیل سے متعلق تمام معلومات کو بغور دیکھیں گے۔

"Deadlines for "fast appeal

- If your health requires it, ask the independent review organization for a "fast appeal."
- If the organization agrees to give you a "fast appeal," the organization must give you an answer to your Level 2 appeal **within 72 hours** after it receives your appeal request.

"Deadlines for "standard appeal

- For standard appeals, the review organization must give you an answer to your Level 2 appeal **within 7 calendar days** after it receives your appeal if it is for a drug you have not yet received. If you are requesting that we pay you back for a drug you have already bought, the review organization must give you an answer to your Level 2 appeal **within 14 calendar days** after it receives your request.

Step 3: خود مختار جائزاتی تنظیم اپنا جواب آپ کو دیتی ہے۔

"For "fast appeals:

- **If the independent review organization says yes to part or all of what you requested,** we must provide the drug coverage that was approved by the review organization **within 24 hours** after we receive the decision from the review organization.

"For "standard appeals:

- **If the independent review organization says yes to part or all of your request for coverage,** we must **provide the drug coverage** that was approved by the review organization **within 72 hours** after we receive the decision from the review organization.
- **If the independent review organization says yes to part or all of your request to pay you back** for a drug you already bought, we are required to **send payment to you within 30 calendar days** after we receive the decision from the review organization.

What if the review organization says no to your appeal?

If this organization says no to part or all of your appeal, it means they agree with our decision not to approve your request (or part of your request). (اسے "فیصلہ برقرار رکھنا" یا "آپ کی اپیل کو مسترد کرنا" کہتے ہیں۔) In this case, the independent review organization will send you a letter:

- Explaining its decision.
- جو آپ کو درجہ 3 کی اپیل کے حق سے آگاہ کرے گا اگر آپ کی درخواست کردہ دوا کی کوریج کی ڈالر کی قیمت ایک مخصوص کردہ کم سے کم حد تک پہنچتی ہے۔ اگر آپ کی درخواست کردہ دوا کی کوریج کی ڈالر کی قدر بہت کم ہے، تو آپ ایک اور اپیل نہیں کر سکتے اور درجہ 2 کا فیصلہ ہی حتمی قرار دیا جاتا ہے۔
- Telling you the dollar value that must be in dispute to continue with the appeals process.

Step 4: اگر آپ کا کیس تقاضوں پر پورا اترتا ہے، تو آپ یہ انتخاب کر سکتے ہیں کہ آیا آپ اپنی اپیل کو آگے بڑھانا چاہتے ہیں۔

- There are three additional levels in the appeals process after Level 2 (for a total of five levels of appeal). اگر آپ درجہ 3 کی اپیل پر جانا چاہتے ہیں، تو اس کو انجام دینے کی تفصیلات آپ کو درجہ 2 کی اپیل کے فیصلے کے بعد موصول ہونے والے اس تحریری نوٹس میں بیان کی گئی ہیں۔
- The Level 3 appeal is handled by an Administrative Law Judge or attorney adjudicator. **Section 10** of this chapter tells you more about the process for Level 3, 4, and 5 appeals.

SECTION 8 How to ask us to cover a longer inpatient hospital stay if you think you are being discharged too soon

جب آپ ہسپتال میں داخل ہوتے ہیں، تو آپ کو ہسپتال میں کوور کردہ تمام سروسز حاصل کرنے کا حق ہے، جو آپ کی تشخیص کرنے اور بیماری یا چوٹ کا علاج کرنے کے لیے ضروری ہیں۔

آپ کے کوور کردہ ہسپتال میں قیام کے دوران، آپ کا ڈاکٹر اور ہسپتال کا عملہ آپ کے ساتھ ہسپتال چھوڑنے کے دن کی تیاری کرنے کے لیے کام کرے گا۔ وہ آپ کے چھوڑنے کے بعد آپ کو درکار نگہداشت کا انتظام کرنے میں مدد کریں گے۔

- The day you leave the hospital is called your **"discharge date".**
- When your discharge date is decided, your doctor or the hospital staff will tell you.
- If you think you are being asked to leave the hospital too soon, you can ask for a longer hospital stay and your request will be considered.

Section 8.1 During your inpatient hospital stay, you will get a written notice from Medicare that tells you about your rights

Within two days of being admitted to the hospital, you will be given a written notice called *An Important Message from Medicare about Your Rights.* Medicare سے منسلک ہر کسی کو اس کی ایک کاپی موصول ہوتی ہے۔

اگر آپ کو ہسپتال میں کسی کی جانب سے یہ نوٹس موصول نہیں ہوتا، (مثلاً، کیس ورکر یا نرس)، تو ہسپتال کے کسی بھی ملازم سے اس بابت دریافت کریں۔ اگر آپ کو مدد کی ضرورت ہو، تو ممبر سروسز یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) پر دن کے 24 گھنٹے، ہفتے کے 7 دن (TTY 1-877-486-2048) کال کریں۔

1. **Read this notice carefully and ask questions if you don't understand it. It tells you:**
   - Your right to receive Medicare-covered services during and after your hospital stay, as ordered by your doctor. اس میں آپ کو یہ جاننے کا حق شامل ہے کہ یہ سروسز کیا ہیں، ان کی ادائیگی کون کرے گا، اور آپ انہیں کہاں حاصل کر سکتے ہیں۔
   - Your right to be involved in any decisions about your hospital stay.
   - Where to report any concerns you have about the quality of your hospital care.
   - Your right to **request an immediate review** of the decision to discharge you if you think you are being discharged from the hospital too soon. اپنی ڈسچارج کی تاریخ میں تاخیر کی درخواست کے لیے یہ ایک رسمی، قانونی راستہ ہے تاکہ ہم آپ کی ہسپتال کی نگہداشت کو طویل مدت کے لیے کوور کر سکیں۔
2. **You will be asked to sign the written notice to show that you received it and understand your rights.**
   - آپ یا آپ کی جانب سے کردار ادا کرنے والے فرد کو اس نوٹس پر دستخط کرنے کے لیے کہا جائے گا۔
   - Signing the notice shows ***only*** that you have received the information about your rights. نوٹس آپ کی ڈسچارج کی تاریخ نہیں بتاتا۔ Signing the notice **does *not* mean** you are agreeing on a discharge date.
3. **Keep your copy** of the notice handy so you will have the information about making an appeal (or reporting a concern about quality of care) if you need it.
   - If you sign the notice more than two days before your discharge date, you will get another copy before you are scheduled to be discharged.
   - To look at a copy of this notice in advance, you can call Member Services or 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.

You can also see the notice online at www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Section 8.2 Step-by-step: How to make a Level 1 appeal to change your hospital discharge date

اگر آپ ہماری جانب سے اندرونی مریض کے لیے کوور کردہ سروسز کی طویل مدت کے لیے درخواست کرنا چاہتے ہیں، تو آپ کو اس درخواست کو کرنے کے لیے اپیلز کی کارروائی استعمال کرنے کی ضرورت ہو گی۔ آغاز کرنے سے پہلے یہ سمجھیں کہ آپ کو کیا کرنے کی ضرورت ہے اور ڈیڈ لائنز کیا ہیں۔

- **طریقہ کار کی پیروی کریں۔**
- **Meet the deadlines.**
- **Ask for help if you need it.** اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں یا آپ کو کسی بھی وقت مدد کی ضرورت ہے، تو ممبر سروسز کو کال کریں۔ یا اپنے ریاستی صحت کی انشورنس کے اعانتی پروگرام کو کال کریں، ایک حکومتی تنظیم جو شخصی بنائی گئی اعانت فراہم کرتی ہے۔

معیار میں بہتری کی تنظیم درجہ 1 کی اپیل کے دوران، آپ کی اپیل کا جائزہ لیتی ہے۔ یہ اس چیز کو دیکھنے کے لیے چیک کرتی ہے کہ آیا آپ کی منصوبہ یافتہ ڈسچارج کی تاریخ طبی طور سے آپ کے لیے موزوں ہے۔

The **Quality Improvement Organization** is a group of doctors and other health care professionals paid by the Federal government to check on and help improve the quality of care for people with Medicare. اس میں Medicare کے ساتھ منسلک لوگوں کے لیے ہسپتال سے ڈسچارج ہونے کی تاریخوں کے جائزے شامل ہیں۔ یہ ماہرین ہمارے منصوبے کا حصہ نہیں ہیں۔

Step 1: اپنی ریاست کی معیار میں بہتری کی تنظیم سے رابطہ کریں اور ہسپتال سے اپنے ڈسچارج کے فوری جائزے کی درخواست کریں۔ آپ کو فوری طور پر عمل کرنا چاہیئے۔

How can you contact this organization?

- The written notice you received *(An Important Message from Medicare About Your Rights)* tells you how to reach this organization. یا باب 2 میں اپنی ریاست کے لیے معیار میں بہتری کی تنظیم کا نام، پتہ، اور فون نمبر تلاش کریں۔

Act quickly:

- To make your appeal, you must contact the Quality Improvement Organization before you leave the hospital and **no later than midnight the day of your discharge.**
  - If you meet this deadline, you may stay in the hospital after your discharge date **without paying for it** while you wait to get the decision from the Quality Improvement Organization.
  - If you do **not** meet this deadline and you decide to stay in the hospital after your planned discharge date, **you may have to pay all of the costs** for hospital care you receive after your planned discharge date.
- If you miss the deadline for contacting the Quality Improvement Organization, and you still wish to appeal,

ایک بار جب آپ ہسپتال سے ڈسچارج ہونے کے بعد فوری جائزے کی درخواست کرتے ہیں تو معیار میں بہتری کی تنظیم ہم سے رابطہ کرے گی۔ By noon of the day after we are contacted, we will give you a **Detailed Notice of Discharge**. یہ نوٹس آپ کو منصوبہ یافتہ ڈسچارج کی تاریخ دیتا ہے اور ان وجوہات کی تفصیلی وضاحت کرتا ہے کہ آپ کے ڈاکٹر، ہسپتال، اور ہمارے خیال میں یہ (طبی طور پر موزوں) کیوں ہے کہ آپ کو اس تاریخ پر ڈسچارج کر دیا جائے۔

You can get a sample of the **Detailed Notice of Discharge** by calling Member Services or 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week. (TTY users should call 1-877-486-2048.) Or you can see a sample notice online at www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Step 2: معیار میں بہتری کی تنظیم آپ کے کیس کے لیے ایک خود مختار جائزے کا انعقاد کرتی ہے۔

- Health professionals at the Quality Improvement Organization ("the reviewers") will ask you (or your representative). آپ کو کچھ بھی تحریری طور پر تیار کرنے کی ضرورت نہیں ہے، لیکن اگر آپ چاہتے ہیں تو ایسا کر سکتے ہیں۔ why you believe coverage for the services should continue
- The reviewers will also look at your medical information, talk with your doctor, and review information that the hospital and we have given to them.
- By noon of the day after the reviewers told us of your appeal, you will get a written notice from us that gives your planned discharge date. یہ نوٹس ان وجوہات کی تفصیلی وضاحت بھی کرتا ہے کہ آپ کے ڈاکٹر، ہسپتال، اور ہمارے خیال میں یہ (طبی طور پر موزوں) کیوں ہے کہ آپ کو اس تاریخ پر ڈسچارج کر دیا جائے۔

Step 3: معیار میں بہتری کی تنظیم تمام ضروری معلومات حاصل کرنے کے بعد ایک پورے دن کے اندر آپ کو آپ کی اپیل کا جواب دے گی۔

What happens if the answer is yes?

- If the review organization says yes, **we must keep providing your covered inpatient hospital services for as long as these services are medically necessary.**
- You will have to keep paying your share of the costs (such as deductibles or copayments, if these apply). علاوہ ازیں، ممکن ہے کہ آپ کی کوور کردہ ہسپتال کی سروسز پر تحدیدات عائد ہوں۔

What happens if the answer is no?

- If the review organization says no, they are saying that your planned discharge date is medically appropriate. If this happens, **our coverage for your inpatient hospital services will end** at noon on the day **after** the Quality Improvement Organization gives you its answer to your appeal.
- If the review organization says no to your appeal and you decide to stay in the hospital, then **you may have to pay the full cost** of hospital care you receive after noon on the day after the Quality Improvement Organization gives you its answer to your appeal.

Step 4: اگر آپ کی درجہ 1 کی اپیل کے لیے جواب نہیں میں ہے، تو فیصلہ کریں کہ آیا آپ ایک اور اپیل کرنا چاہتے ہیں۔

- If the Quality Improvement Organization has said no to your appeal, **and** you stay in the hospital after your planned discharge date, then you can make another appeal. ایک اور اپیل کرنے کا مطلب ہے کہ آپ اپیلز کے طریقہ کار کے "درجہ 2" پر عمل کرنے جا رہے ہیں۔

Section 8.3 Step-by-step: How to make a Level 2 appeal to change your hospital discharge date

درجہ 2 کی اپیل کے دوران، آپ نے معیار میں بہتری کی تنظیم سے اپنی پہلی اپیل پر اُن کے فیصلے کے بارے میں ایک بار مزید غور و فکر کرنے کی درخواست کی ہے۔ اگر معیار میں بہتری کی تنظیم آپ کی درجہ 2 کی اپیل کو مسترد کر دیتی ہے، تو آپ کو اپنی منصوبہ یافتہ ڈسچارج کی تاریخ کے بعد قیام کے لیے مکمل قیمت ادا کرنا پڑ سکتی ہے۔

Step 1: معیار میں بہتری کی تنظیم سے دوبارہ رابطہ کریں اور ایک اور جائزے کی درخواست کریں۔

- You must ask for this review **within 60 calendar days** after the day the Quality Improvement Organization said no to your Level 1 appeal. آپ اس جائزے کے لیے صرف اس صورت میں درخواست کر سکتے ہیں اگر اس تاریخ کے بعد آپ ہسپتال میں قیام کرتے ہیں جب نگہداشت کے لیے آپ کی کوریج ختم ہو گئی ہو۔

<u>Step 2:</u> معیار میں بہتری کی تنظیم آپ کی صورتحال کا دوسرا جائزہ لیتی ہے۔

- Reviewers at the Quality Improvement Organization will take another careful look at all of the information related to your appeal.

Step 3: جائزہ کار درجہ 2 کی اپیل کے لیے آپ کی درخواست کی رسید 14 تقویمی ایام کے اندر موصول ہونے کے بعد آپ کی اپیل کا فیصلہ کریں گے اور آپ کو اپنا فیصلہ بتائیں گے۔

If the review organization says yes:

- **We must reimburse you** for our share of the costs of hospital care you have received since noon on the day after the date your first appeal was turned down by the Quality Improvement Organization. **We must continue providing coverage for your inpatient hospital care for as long as it is medically necessary.**
- You must continue to pay your share of the costs and coverage limitations may apply.

If the review organization says no:

- It means they agree with the decision they made on your Level 1 appeal.
- The notice you get will tell you in writing what you can do if you wish to continue with the review process.

Step 4: اگر جواب نہیں میں ہے، تو آپ کو فیصلہ کرنے کی ضرورت ہو گی کہ آیا آپ اپنی اپیل کو درجہ 3 پر آگے بڑھانا چاہتے ہیں۔

- There are three additional levels in the appeals process after Level 2 (for a total of five levels of appeal). اگر آپ درجہ 3 کی اپیل پر جانا چاہتے ہیں، اس کو انجام دینے کے طریقے کے حوالے سے تفصیلات آپ کو درجہ 2 کی اپیل کے فیصلے کے بعد موصول ہونے والے اس تحریری نوٹس میں بیان کی گئی ہیں۔
- The Level 3 appeal is handled by an Administrative Law Judge or attorney adjudicator. **Section 10** of this chapter tells more about Levels 3, 4, and 5 of the appeals process.

Section 8.4 What if you miss the deadline for making your Level 1 appeal to change your hospital discharge date?

Legal Terms
A "fast review" (or "fast appeal") is also called an **"expedited appeal".**

You can appeal to us instead

جیسا کہ اوپر واضح کیا گیا ہے، کہ آپ کو اپنے ہسپتال کی ڈسچارج کی تاریخ کی درجہ 1 کی اپیل کا آغاز کرنے کے لیے فوری عمل کرنا ہو گا۔ اگر آپ معیار میں بہتری کی تنظیم سے رابطہ کرنے کی ڈیڈ لائن کو مکمل نہیں کر پاتے، تو اپنی اپیل کرنے کا ایک اور طریقہ ہے۔

If you use this other way of making your appeal, **the first two levels of appeal are different.**