

2026

কভারেজের প্রমাণ

Senior Whole Health of New York NHC

(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

1লা জানুয়ারী থেকে 31শে ডিসেম্বর, 2026 পর্যন্ত কার্যকর

1লা জানুয়ারী – 31শে ডিসেম্বর, 2026

2026 সালের জন্য কভারেজের প্রমাণ:

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর সদস্য হিসেবে আপনার Medicare স্বাস্থ্য সুবিধা এবং পরিষেবা এবং ওষুধের কভারেজ

এই নথিটি আপনাকে 1লা জানুয়ারী - 31শে ডিসেম্বর, 2026 পর্যন্ত আপনার Medicare এবং ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে বিশদ বিবরণ দেয়। এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ আইনি নথি। এটি একটি সুরক্ষিত স্থানে রাখুন।

এই নথিটি আপনার সুবিধা এবং অধিকার ব্যাখ্যা করে। এই নথিটি এইগুলি বুঝতে ব্যবহার করুন:

- আমাদের পরিকল্পনার প্রিমিয়াম এবং খরচ ভাগাভাগি
- আমাদের চিকিৎসা ও ওষুধের সুবিধা
- কোনো পরিষেবা বা চিকিৎসায় সন্তুষ্ট না হলে কীভাবে অভিযোগ দায়ের করবেন
- আমাদের সাথে কীভাবে যোগাযোগ করবেন
- Medicare আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় অন্যান্য সুরক্ষা।

এই নথি সম্পর্কে কোনো প্রশ্নের জন্য, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440। (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)। 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় সকাল 8 a.m. - 8 p.m., সপ্তাহে 7 দিন। 1লা এপ্রিল থেকে 30শে সেপ্টেম্বর, স্থানীয় সময় সোমবার - শুক্রবার, সকাল 8 a.m. - 8 p.m. এই কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

এই পরিকল্পনা, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Senior Whole Health of New York, Inc. কর্তৃক অফার করা হয়। (যখন এটি কভারেজের প্রমাণ হিসেবে "আমরা" বা "আমাদের" বলে তখন এর মানে হলো Senior Whole Health of New York, Inc.। যখন এটি "প্ল্যান" বা "আমাদের প্ল্যান" বলে তখন এর মানে হলো Senior Whole Health of New York NHC [HMO D-SNP]।)

Molina Healthcare হল Medicare-এর সাথে চুক্তিবদ্ধ একটি C-SNP D-SNP এবং HMO প্ল্যান। স্টেট Medicaid প্রোগ্রামের সাথে D-SNP প্ল্যানগুলোর একটি চুক্তি রয়েছে। চুক্তি নবায়নের উপর তালিকাভুক্তি নির্ভর করে।

Senior Whole Health প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার সম্পর্কিত আইন মেনে চলে এবং জাতি, জাতীয়তা, জাতীয় উৎস, ধর্ম, লিঙ্গ, লিঙ্গ পরিচয়, বয়স, মানসিক বা শারীরিক অক্ষমতা, স্বাস্থ্যের অবস্থা, স্বাস্থ্যসেবার প্রাপ্তি, দাবির অভিজ্ঞতা, চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস, জিনগত তথ্য, বীমাযোগ্যতার প্রমাণ, ভৌগলিক অবস্থানের নিরিখে বৈষম্য করে না।

এই নথিটি স্প্যানিশ, চীনা, আরবি, কোরিয়ান, রাশিয়ান, ইতালীয়, ফ্রেঞ্চ, ফ্রেঞ্চ ক্রেওল, ইন্ডিয়ান, পোলিশ, তাগালগ, বাংলা, আলবেনিয়ান, গ্রীক এবং উর্দু ভাষায় বিনামূল্যে পাওয়া যায়।

আপনি এই নথিটি ইংরেজি ভাষা(সমূহ) ব্যতীত বা অন্যান্য ফরম্যাটে বিনামূল্যে পেতে পারেন, যেমন- বড় মুদ্রণ, ব্রেইল বা অডিও আকারে। (833) 671-0440, (TTY: 711). কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

1লা জানুয়ারী, 2027-এ সুবিধাগুলি পরিবর্তিত হতে পারে।

আমাদের ফর্মুলারি, ফার্মেসি নেটওয়ার্ক, এবং/অথবা প্রদানকারী নেটওয়ার্ক যে কোনো সময় পরিবর্তন হতে পারে। আপনার উপর প্রভাব ফেলতে পারে এমন যে কোনো পরিবর্তন সম্পর্কে আপনি কমপক্ষে 30 দিন আগে বিজ্ঞপ্তি পাবেন।

বিষয়বস্তুর সারণী**বিষয়বস্তুর সারণী**

অধ্যায় 1:	একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা.....	4
বিভাগ 1	আপনি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর একজন সদস্য.....	4
বিভাগ 2	পরিকল্পনার যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা.....	5
বিভাগ 3	গুরুত্বপূর্ণ সদস্যপদ উপকরণ.....	7
বিভাগ 4	গুরুত্বপূর্ণ খরচের সারসংক্ষেপ.....	9
বিভাগ 5	আপনার মাসিক পরিকল্পনা প্রিমিয়াম সম্পর্কে আরও তথ্য.....	13
বিভাগ 6	আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ রেকর্ড আপ টু ডেট রাখুন.....	13
বিভাগ 7	অন্যান্য বীমা আমাদের প্ল্যানের সাথে কীভাবে কাজ করে.....	14
অধ্যায় 2:	ফোন নম্বর এবং সংস্থান.....	16
বিভাগ 1	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) যোগাযোগ.....	16
বিভাগ 2	Medicare থেকে সাহায্য নিন.....	19
বিভাগ 3	রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা সহায়তা কর্মসূচি (SHIP).....	20
বিভাগ 4	গুণগমান উন্নয়ন সংস্থা (QIO).....	21
বিভাগ 5	সামাজিক নিরাপত্তা.....	21
বিভাগ 6	Medicaid.....	22
বিভাগ 7	প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য অর্থ প্রদানে সহায়তা করার জন্য প্রোগ্রাম.....	25
বিভাগ 8	রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB).....	28
বিভাগ 9	যদি আপনার কোনো নিয়োগকর্তার কাছ থেকে গ্রুপ বীমা বা অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা থাকে.....	28
অধ্যায় 3:	আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা.....	29
বিভাগ 1	আমাদের পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা কীভাবে পাবেন.....	29
বিভাগ 2	চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা পেতে আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের প্রদানকারীদের ব্যবহার করুন.....	31
বিভাগ 3	জরুরি অবস্থা, দুর্যোগ, অথবা জরুরি চিকিৎসার প্রয়োজনে কীভাবে পরিষেবা পাবেন.....	35
বিভাগ 4	যদি আপনাকে আওতাভুক্ত পরিষেবার সম্পূর্ণ খরচের জন্য সরাসরি বিল করা হয়?.....	37
বিভাগ 5	একটি ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে চিকিৎসা পরিষেবা.....	37
বিভাগ 6	ধর্মীয় নন-মেডিকেল স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে পরিচর্যা নেওয়ার নিয়মাবলী.....	39
বিভাগ 7	টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের মালিকানার নিয়মাবলী.....	40
অধ্যায় 4:	চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে).....	42
বিভাগ 1	আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি বোঝা.....	42
বিভাগ 2	চিকিৎসা সুবিধার তালিকা আপনার চিকিৎসা সুবিধা এবং খরচ দেখায়.....	42
বিভাগ 3	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর বাইরের আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি.....	86

বিষয়বস্তুর সারণী

বিভাগ 4	যেসব পরিষেবা Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) বা/Medicaid এর আওতাভুক্ত নয়	87
অধ্যায় 5:	পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা	90
বিভাগ 1	আমাদের পরিকল্পনার পার্ট D ওষুধের কভারেজের জন্য মৌলিক নিয়ম	90
বিভাগ 2	একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে অথবা আমাদের পরিকল্পনার ডাকযোগে পরিষেবার মাধ্যমে আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করুন.....	91
বিভাগ 3	আপনার ওষুধগুলি আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় থাকা আবশ্যিক।	93
বিভাগ 4	কভারেজের উপর বিধিনিষেধযুক্ত ওষুধ	95
বিভাগ 5	যদি আপনার কোনো ওষুধ আপনার পছন্দ অনুযায়ী না থাকে, তাহলে আপনি কী করতে পারেন	96
বিভাগ 6	আমাদের ওষুধের তালিকা বছরের পর বছর পরিবর্তন হতে পারে.....	99
বিভাগ 7	যেসব ওষুধ আমরা অন্তর্ভুক্ত করি না.....	101
বিভাগ 8	কীভাবে একটি প্রেসক্রিপশন পূরণ করবেন	101
বিভাগ 9	বিশেষ পরিস্থিতিতে পার্ট D ওষুধের কভারেজ.....	102
বিভাগ 10	ওষুধের নিরাপত্তা এবং ব্যবস্থাপনা সংক্রান্ত প্রোগ্রাম	103
অধ্যায় 6:	পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন	106
বিভাগ 1	পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন	106
বিভাগ 2	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সদস্যদের জন্য ওষুধের পেমেন্টের পর্যায়গুলি	108
বিভাগ 3	আপনার পার্ট D সুবিধার ব্যাখ্যা ব্যাখ্যা করে যে আপনি কোন পেমেন্ট পর্যায়ে আছেন	108
বিভাগ 4	ছাড়যোগ্যতা পর্যায়.....	109
বিভাগ 5	প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়	110
বিভাগ 6	বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়.....	114
বিভাগ 7	পার্ট D টিকার জন্য আপনি কত টাকা দেবেন.....	115
অধ্যায় 7:	আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের বিলের অংশের জন্য বিল পরিশোধ করতে বলা	117
বিভাগ 1	যেসব পরিস্থিতিতে আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের অংশের টাকা পে করতে বলা উচিত	117
বিভাগ 2	কীভাবে আমাদের আপনাকে টাকা ফেরত দিতে বা আপনার প্রাপ্ত বিল পরিশোধ করতে বলবেন	119
বিভাগ 3	আমরা আপনার পেমেন্টের অনুরোধ বিবেচনা করব এবং হ্যাঁ অথবা না বলব।.....	120
অধ্যায় 8:	আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব	122
বিভাগ 1	আমাদের পরিকল্পনায় আপনার অধিকার এবং সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতাকে সম্মান করা উচিত.....	122
বিভাগ 2	পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে আপনার দায়িত্ব	141

বিষয়বস্তুর সারণী

অধ্যায় 9:	যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)	143
বিভাগ 1	আপনার যদি কোন সমস্যা বা উদ্বেগ থাকে তাহলে কী করবেন	143
বিভাগ 2	তথ্য এবং ব্যক্তিগতকৃত সাহায্য কোথা থেকে পাবেন	143
বিভাগ 3	Medicare এবং Medicaid অভিযোগ এবং আপিল বোঝা	144
বিভাগ 4	আপনার সমস্যার জন্য কোন প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করবেন	144
বিভাগ 5	কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিলের জন্য একটি নির্দেশিকা	145
বিভাগ 6	চিকিৎসা পরিচর্যা: কিভাবে একটি কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্তের ব্যাপারে জানতে চাইবেন বা একটি আপিল করবেন	148
বিভাগ 7	পার্ট D ওষুধ: কিভাবে একটি কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্তের ব্যাপারে জানতে চাইবেন বা একটি আপিল করবেন	159
বিভাগ 8	আপনি যদি মনে করেন যে আপনাকে খুব তাড়াতাড়ি হাসপাতাল থেকে ছুটি দেওয়া হচ্ছে, তাহলে দীর্ঘতর হাসপাতালে ভর্তি রোগী থাকার খরচ বহন করার জন্য আমাদের কাছে কীভাবে অনুরোধ করবেন।	168
বিভাগ 9	আপনি যদি মনে করেন যে আপনার কভারেজ খুব শীঘ্রই শেষ হয়ে যাচ্ছে তাহলে নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিষেবাগুলো কভার করতে কিভাবে আমাদেরকে জানাবেন	172
বিভাগ 10	আপনার আপিলকে 3, 4 এবং 5 স্তরে নিয়ে যাওয়া	176
বিভাগ 11	কীভাবে পরিচর্যার মান, অপেক্ষার সময়, গ্রাহক পরিষেবা, বা অন্যান্য উদ্বেগ সম্পর্কে অভিযোগ করবেন	178
অধ্যায় 10:	আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে	182
বিভাগ 1	আমাদের পরিকল্পনার আপনার সদস্যপদ বাতিল করার বিষয়ে ধারণা	182
বিভাগ 2	আপনি কখন আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন?	182
বিভাগ 3	আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ কীভাবে শেষ করবেন	185
বিভাগ 4	আপনার সদস্যপদ শেষ না হওয়া পর্যন্ত, আপনাকে আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে আপনার চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং ওষুধ পেতে হবে	186
বিভাগ 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কে কিছু পরিস্থিতিতে আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করতে হবে	187
অধ্যায় 11:	লিগ্যাল নোটিশ	189
বিভাগ 1	শাসন আইন সম্পর্কিত নোটিশ	189
বিভাগ 2	বৈষম্যহীনতা সম্বন্ধে বিজ্ঞপ্তি	189
বিভাগ 3	Medicare সেকেন্ডারি পেয়ার সাবরোগেশন অধিকার সম্পর্কে নোটিশ	189
অধ্যায় 12:	সংজ্ঞা	190

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

অধ্যায় 1:

একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

বিভাগ 1 **আপনি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর একজন সদস্য**

বিভাগ 1.1 **আপনি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এ নথিভুক্ত, যা হল একটি Medicare Special Needs পরিকল্পনা**

আপনি Medicare এবং Medicaid উভয়ের দ্বারাই আচ্ছাদিত:

- **Medicare** হল 65 বছর বা তার বেশি বয়সের ব্যক্তিদের জন্য ফেডারেল স্বাস্থ্য বীমা প্রোগ্রাম, 65 বছরের কম বয়সী কিছু নির্দিষ্ট প্রতিবন্ধী এবং অস্টিম-পর্যায়ের মূত্রনালীর রোগ (কিডনি নষ্ট) আছে এমন ব্যক্তিদের জন্য।
- **Medicaid** হল একটি যৌথ ফেডারেল এবং রাজ্য সরকারের প্রোগ্রাম যা সীমিত আয় এবং সংস্থান সহ নির্দিষ্ট ব্যক্তিদের চিকিৎসার খরচে সাহায্য করে। Medicaid কভারেজ স্টেট এবং আপনার Medicaid-এর ধরনের উপর নির্ভর করে পরিবর্তিত হয়। Medicaid তালিকাভুক্ত কিছু লোক তাদের Medicare প্রিমিয়াম এবং অন্যান্য খরচের ব্যয় নির্বাহে সহায়তা পান। অন্যান্য ব্যক্তির অতিরিক্ত পরিষেবা এবং ওষুধের জন্যও কভারেজ পান যা Medicare দ্বারা আচ্ছাদিত নয়।

আপনি আমাদের পরিকল্পনা, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর মাধ্যমে আপনার Medicare স্বাস্থ্যসেবা এবং আপনার ওষুধের কভারেজ পাওয়ার সিদ্ধান্ত নিয়েছেন। আমাদের পরিকল্পনায় সমস্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। তবে, আমাদের পরিকল্পনায় খরচ ভাগাভাগি এবং প্রদানকারীর অ্যাক্সেস Original Medicare থেকে আলাদা।

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) হল একটি বিশেষায়িত Medicare Advantage Plan (একটি Medicare স্পেশাল নিডস প্ল্যান), যার অর্থ হল সুবিধাগুলি বিশেষ স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রয়োজন আছে এমন ব্যক্তিদের জন্য তৈরি করা হয়েছে। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এমন ব্যক্তিদের জন্য তৈরি করা হয়েছে যাদের Medicare আছে এবং Medicaid থেকে সাহায্য পাওয়ার যোগ্য।

যেহেতু আপনি Medicare পার্ট A এবং B খরচ ভাগাভাগি (ছাড়যোগ্যতা, কোপেমেন্ট, এবং কোইন্সুরেন্স) এর মাধ্যমে Medicaid থেকে সাহায্য পান, তাই আপনার Medicare পরিষেবার জন্য আপনাকে কোনো পেমেন্ট করতে হবে না। Medicaid অন্যান্য সুবিধাও প্রদান করে, যে স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলি সাধারণত Medicare এর আওতায় আসে না। আপনার Medicare ওষুধের খরচ মেটাতে আপনি Medicare থেকে Extra Help-ও পাবেন। Medicare থেকে আপনার Medicare ওষুধের খরচ মেটাতে। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) আপনাকে এই সমস্ত সুবিধা পরিচালনা করতে সাহায্য করবে, যাতে আপনি আপনার প্রাপ্য স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং পেমেন্ট করতে সহায়তা পান।

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) একটি বেসরকারি কোম্পানি দ্বারা পরিচালিত হয়। সব Medicare Advantage Plan-এর মতোই, এই Medicare স্পেশাল নিডস পরিকল্পনাটি Medicare কর্তৃক অনুমোদিত। আপনার Medicaid সুবিধাগুলির সমন্বয় সাধনের জন্য আমাদের পরিকল্পনার New York Medicaid প্রোগ্রামের সাথে একটি চুক্তিও রয়েছে। আমরা আপনার Medicare কভারেজ প্রদান করতে পেরে আনন্দিত, যার মধ্যে ওষুধের কভারেজও রয়েছে।

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা**বিভাগ 1.2 কভারেজের প্রমাণসম্পর্কে আইনি তথ্য**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কীভাবে আপনার পরিচর্যাকে কভার করে তা সম্পর্কিত এই কভারেজের প্রমাণটি আপনার সাথে আমাদের চুক্তির একটি অংশ। এই চুক্তির অন্যান্য অংশগুলির মধ্যে রয়েছে আপনার তালিকাভুক্তির ফর্ম, আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা (ফর্মুলারি) এবং আপনার কভারেজের পরিবর্তন বা আপনার কভারেজকে প্রভাবিত করে এমন পরিস্থিতিগুলোর বিষয়ে আপনার আমাদের কাছ থেকে প্রাপ্ত যেকোনো বিজ্ঞপ্তি। এই নোটিশগুলোকে কখনো কখনো রাইডার বা সংশোধনী বলা হয়ে থাকে।

1লা জানুয়ারী, 2026 থেকে 31শে ডিসেম্বর, 2026 এর মধ্যে আপনি যে মাসগুলিতে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) তে নথিভুক্ত থাকবেন, সেই মাসগুলিতে এই চুক্তি কার্যকর থাকবে।

Medicare আমাদের প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে আমাদের দেওয়া পরিকল্পনাগুলিতে পরিবর্তন আনতে সাহায্য করে। এর মানে হল আমরা 31শে ডিসেম্বর, 2026 এর পরে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) খরচ এবং সুবিধাগুলি পরিবর্তন করতে পারি। আমরা 31শে ডিসেম্বর, 2026 এর পরে আপনার পরিষেবা এলাকায় আমাদের পরিকল্পনা অফার করা বন্ধ করে দিতেও পারি।

Medicare (Medicare ও Medicaid পরিষেবাগুলোর সেন্টারসমূহ) প্রতি বছর অবশ্যই Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-কে অনুমোদন করবে। আপনি প্রতি বছর আমাদের পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে Medicare কভারেজ পেতে পারেন, যতক্ষণ না আমরা আমাদের পরিকল্পনাটি অফার করা চালিয়ে যেতে চাই এবং Medicare আমাদের পরিকল্পনার অনুমোদন পুনর্নবীকরণ করে।

বিভাগ 2 পরিকল্পনার যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা**বিভাগ 2.1 যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা**

আপনি যদি এই সমস্ত শর্ত পূরণ করেন তবে আপনি আমাদের প্ল্যানের সদস্যপদ পাওয়ার যোগ্য:

- আপনার Medicare পার্ট A এবং Medicare পার্ট B উভয়ই আছে
- আপনি আমাদের ভৌগোলিক পরিষেবা এলাকায় থাকেন (নিচে বিভাগ 2.3-এ বর্ণিত আমাদের পরিষেবা এলাকার বর্ণনা রয়েছে)। কারাবন্দী ব্যক্তিদের ভৌগোলিক পরিষেবা এলাকায় বসবাসকারী হিসেবে বিবেচনা করা হয় না, এমনকি যদি তারা শারীরিকভাবে সেখানে অবস্থিতও হয়।
- আপনি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক অথবা আইনত মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে আছেন
- আপনি নিচে বর্ণিত বিশেষ যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করেন।

আমাদের প্ল্যানের জন্য বিশেষ যোগ্যতা সংশ্লিষ্ট শর্তাবলি

আমাদের পরিকল্পনাটি এমন ব্যক্তিদের চাহিদা পূরণের জন্য তৈরি করা হয়েছে যারা নির্দিষ্ট Medicaid সুবিধা পান। (Medicaid হল একটি যৌথ ফেডারেল এবং রাজ্য সরকারের প্রোগ্রাম যা সীমিত আয় এবং সংস্থান সহ নির্দিষ্ট ব্যক্তিদের চিকিৎসার খরচে সাহায্য করে।) আমাদের প্ল্যানের জন্য উপযুক্ত হওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই Medicare এবং সম্পূর্ণ Medicaid উভয় সুবিধার জন্য উপযুক্ত হতে হবে।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি আপনার যোগ্যতা হারান কিন্তু 6 মাসের মধ্যে যোগ্যতা ফিরে পাওয়ার আশা করা যায়, তাহলেও আপনি সদস্যপদ লাভের যোগ্য। অধ্যায় 4, ধারা 2.1 আপনাকে অব্যাহত যোগ্যতার সময়কালে কভারেজ এবং খরচ ভাগাভাগি সম্পর্কে বলে।

বিভাগ 2.2 Medicaid

Medicaid হলো ফেডারেল এবং স্টেট সরকারের একটি যৌথ প্রোগ্রাম যা সীমিত আয় এবং রিসোর্স থাকা নির্দিষ্ট লোকেদের চিকিৎসা এবং দীর্ঘমেয়াদী যত্নমূলক ব্যয় নির্বাহে সাহায্য করে। প্রতিটি রাজ্য সিদ্ধান্ত নেয় যে আয়

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

এবং সম্পদের মধ্যে কোনটি গুরুত্বপূর্ণ, কে যোগ্য, কোন পরিষেবাগুলি কভার করা হবে এবং পরিষেবার খরচ কত হবে। রাজ্যগুলিও সিদ্ধান্ত নিতে পারে যে তারা কীভাবে তাদের প্রোগ্রাম চালাবে যতক্ষণ না তারা ফেডারেল নির্দেশিকা অনুসরণ করে।

এছাড়াও, Medicaid মানুষকে তাদের Medicare খরচ, যেমন তাদের Medicare প্রিমিয়াম, পরিশোধ করতে সহায়তা করার জন্য প্রোগ্রাম অফার করে। এইসব Medicare সেভিংস প্রোগ্রাম সীমিত আয় এবং রিসোর্স থাকা ব্যক্তিদের প্রতি বছর অর্থ সাশ্রয় করতে সাহায্য করে:

- **সম্পূর্ণ সুবিধা দ্বৈত উপযোগী (FBDE):** Medicare এর অধিকার প্রাপ্ত কোনো ব্যক্তি QMB+ বা SLMB+ এর জন্য আয় বা সংস্থানের মানদণ্ড পূরণ করেন না, তবে তিনি হয় নিশ্চিতভাবে অথবা চিকিৎসাগত চাহিদা সম্পন্ন অবস্থা, প্রতিষ্ঠানের অধীন ব্যক্তিদের বিশেষ আয়ের স্তর, অথবা অভ্যন্তরীণ ও কমিউনিটি-ভিত্তিক ছাড়ের উপর গঠিত ঐচ্ছিক কভারেজ গ্রুপের মাধ্যমে পূর্ণ Medicaid কভারেজ পাওয়ার যোগ্য হবেন।
- **উপযুক্ত Medicare সুবিধাভোগী (QMB+):** Medicare পার্ট A এবং পার্ট B প্রিমিয়াম এবং অন্যান্য খরচ ভাগাভাগি (যেমন- ডিডাক্টিবল, কোইস্যুরেন্স এবং কো-পেমেন্ট) করতে সাহায্য করে। এই ব্যক্তির সম্পূর্ণ Medicaid সুবিধার জন্যও উপযুক্ত।

বিভাগ 2.3 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর জন্য পরিকল্পনা পরিষেবা এলাকা

Senior Whole Health of New York NHC কেবলমাত্র আমাদের পরিকল্পনা পরিষেবা এলাকায় বসবাসকারী ব্যক্তিদের জন্য উপলব্ধ। আমাদের পরিকল্পনার সদস্য থাকতে হলে, আপনাকে অবশ্যই আমাদের পরিকল্পনা পরিষেবা এলাকায় বসবাস চালিয়ে যেতে হবে।

আমাদের পরিষেবা এলাকার মধ্যে New York-এর এই সকল কাউন্টি অন্তর্ভুক্ত: Bronx; Kings; Nassau; New York; Orange; Queens; Richmond; Rockland; Westchester।

আপনি যদি একটি নতুন রাজ্যে যাওয়ার প্ল্যান করেন, তাহলে আপনাকে আপনার রাজ্যের Medicaid অফিসের সাথে যোগাযোগ করা উচিত এবং জিজ্ঞাসা করা উচিত যে এই পদক্ষেপটি কীভাবে আপনার Medicaid সুবিধাগুলিকে প্রভাবিত করবে। Medicaid-এর কল নম্বরগুলো এই নথির অধ্যায় 2, সেকশন 6-এ রয়েছে।

আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকা থেকে অন্যত্র চলে যান, তাহলে আপনি এই পরিকল্পনার সদস্য থাকতে পারবেন না। আপনার নতুন এলাকায় আমাদের কোনো পরিকল্পনা আছে কিনা তা জানতে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) নম্বরে কল করুন। যখন আপনি স্থানান্তরিত হবেন, তখন আপনার নতুন অবস্থানে Original Medicare এ সুইচ করার জন্য অথবা Medicare স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনায় নাম নথিভুক্ত করার জন্য একটি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কাল থাকবে।

আপনি যদি আপনার ডাক ঠিকানা স্থানান্তর করেন বা পরিবর্তন করেন, তাহলে সামাজিক নিরাপত্তা বিভাগকে কল করাও গুরুত্বপূর্ণ। 1-800-772-1213 নম্বরে সামাজিক নিরাপত্তাতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 1-800-325-0778 নম্বরে কল করুন)।

বিভাগ 2.4 মার্কিন নাগরিক বা বৈধ উপস্থিতি

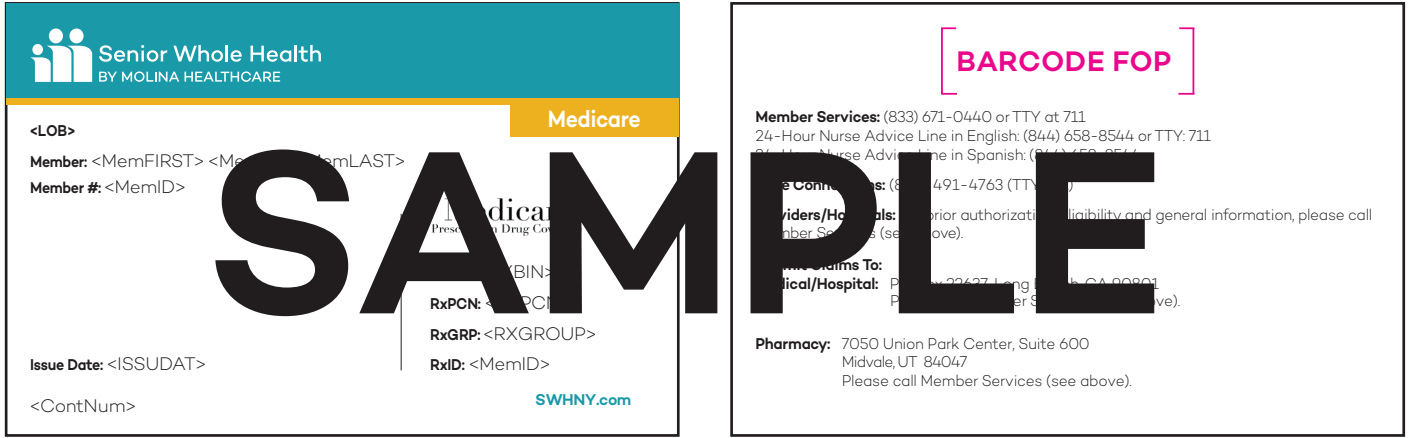
Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনার সদস্য হতে হলে আপনাকে অবশ্যই একজন মার্কিন নাগরিক হতে হবে অথবা আইনত মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে উপস্থিত থাকতে হবে। এই ভিত্তিতে যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনার সদস্য থাকার যোগ্য না হন, তাহলে Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কে অবহিত করবে। আপনি যদি এই প্রয়োজনীয়তা পূরণ না করেন তবে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-কে আপনাকে তালিকাভুক্তি থেকে বাদ দিতে হবে।

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

বিভাগ 3 গুরুত্বপূর্ণ সদস্যপদ উপকরণ

বিভাগ 3.1 আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ কার্ড

আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকা পরিষেবা এবং নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে প্রেসক্রিপশনের ওষুধের জন্য আপনার সদস্যপদ কার্ড ব্যবহার করুন। প্রতিবার পরিচর্যার জন্য উপস্থিত হওয়ার সময় আপনার Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) আইডি কার্ড এবং Medicaid আইডি কার্ড উভয়ই দেখাতে ভুলবেন না। এছাড়াও আপনার Medicaid কার্ড প্রোভাইডারকে দেখাতে হবে। আপনারটি কেমন হবে তা দেখতে এখানে একটি নমুনা সদস্যপদ কার্ড রয়েছে:



এই পরিকল্পনার সদস্য থাকাকালীন আপনার লাল, সাদা এবং নীল Medicare কার্ডটি আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবার জন্য ব্যবহার করবেন না। আপনি যদি আপনার Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্যপদ কার্ডের পরিবর্তে আপনার Medicare কার্ড ব্যবহার করেন তাহলে চিকিৎসা পরিষেবার সম্পূর্ণ খরচ আপনাকে নিজেই বহন করতে হতে পারে। আপনার Medicare কার্ডটি একটি সুরক্ষিত জায়গায় রাখুন। আপনার যদি হাসপাতাল পরিষেবা, ধর্মশালা পরিষেবার প্রয়োজন হয়, অথবা Medicare-অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়ন (যাকে ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালও বলা হয়) অংশগ্রহণের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনাকে এটি দেখাতে বলা হতে পারে।

যদি আমাদের প্ল্যান সদস্যপদ কার্ড ক্ষতিগ্রস্ত, হারিয়ে যায়, অথবা চুরি হয়ে যায়, তাহলে অবিলম্বে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) এবং আমরা আপনাকে একটি নতুন কার্ড পাঠাবো।

সেকশন 3.2 প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি

প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি SWHNY.com-এ আমাদের বর্তমান নেটওয়ার্ক প্রদানকারী এবং টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম প্রদানকারীদের তালিকাভুক্ত করে।

নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারগণ হলেন ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবাদানকারী, মেডিকেল গ্রুপ, টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম সরবরাহকারী, হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবামূলক ফ্যাসিলিটি যারা আমাদের পেমেন্ট এবং যেকোনো প্ল্যানের খরচ ভাগাভাগি সম্পূর্ণরূপে পেমেন্ট হিসেবে গ্রহণ করার জন্য আমাদের সাথে একটি চুক্তি করেছে।

আপনার চিকিৎসা সেবা এবং পরিষেবা পেতে আপনাকে অবশ্যই নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার ব্যবহার করতে হবে। আপনি যদি যথাযথ অনুমোদন ছাড়া অন্য কোথাও যান তবে আপনাকে সম্পূর্ণ অর্থ প্রদান করতে হবে।

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

ব্যতিক্রমগুলি হল জরুরি অবস্থা, নেটওয়ার্ক উপলব্ধ না থাকলে জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা (অর্থাৎ এমন পরিস্থিতি যেখানে নেটওয়ার্কের মধ্যে পরিষেবা পাওয়া অযৌক্তিক বা সম্ভব নয়), এলাকার বাইরে ডায়ালাইসিস পরিষেবা, এবং যখন Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা পরিষেবা প্রদানকারীদের ব্যবহারের অনুমোদন দেয়।

ফার্মেসি ডিরেক্টরি SWHNY.com-এ আমাদের নেটওয়ার্ক ফার্মেসিগুলির তালিকা করে।

নেটওয়ার্ক ফার্মেসি হল সেইসব ফার্মেসি যারা আমাদের পরিকল্পনার সদস্যদের জন্য কভার করা প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে সম্মত হয় আপনি যে নেটওয়ার্ক ফার্মেসিটি ব্যবহার করতে চান তা খুঁজে পেতে ফার্মেসি ডিরেক্টরি ব্যবহার করুন। আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে নেই এমন ফার্মেসিগুলি কখন ব্যবহার করা যাবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য অধ্যায় 5, বিভাগ 2.5 দেখুন। প্রদানকারী, ফার্মেসি এবং সরবরাহকারীদের সাম্প্রতিকতম তালিকা আমাদের SWHNY.com-এ পাওয়া যাবে।

যদি আপনার কোনো প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি না থাকে, তাহলে আপনি সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করে (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) একটি কপি (ইলেকট্রনিকভাবে বা কাগজের আকারে) চাইতে পারেন। অনুরোধকৃত কাগজ প্রদানকারী ডিরেক্টরিগুলি আপনাকে 3 কার্যদিবসের মধ্যে ডাকযোগে পাঠানো হবে।

ফার্মেসি ডিরেক্টরি SWHNY.com-এ আমাদের নেটওয়ার্ক ফার্মেসিগুলির তালিকা করে। **নেটওয়ার্ক ফার্মেসি** হল সেইসব ফার্মেসি যারা আমাদের পরিকল্পনার সদস্যদের জন্য কভার করা প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে সম্মত হয় আপনি যে নেটওয়ার্ক ফার্মেসিটি ব্যবহার করতে চান তা খুঁজে পেতে ফার্মেসি ডিরেক্টরি ব্যবহার করুন। আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে নেই এমন ফার্মেসিগুলি কখন ব্যবহার করা যাবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য অধ্যায় 5, বিভাগ 2.5 দেখুন।

বিভাগ 3.3 ওষুধের তালিকা (ফর্মুলারি)

আমাদের পরিকল্পনায় একটি আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা রয়েছে (যাকে ওষুধের তালিকা বা ফর্মুলারি বলা হয়)। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর অন্তর্ভুক্ত পার্ট D সুবিধার আওতায় কোন প্রেসক্রিপশন ওষুধ আওতাভুক্ত করা হয়েছে তা এটি বলে। এই তালিকার ওষুধগুলি আমাদের পরিকল্পনা অনুসারে ডাক্তার এবং ফার্মাসিস্টদের সহায়তায় নির্বাচন করা হয়। ওষুধের তালিকা অবশ্যই Medicare-এর প্রয়োজনীয়তা পূরণ করবে। Medicare ড্রাগ প্রাইস নেগোসিয়েশন প্রোগ্রামের অধীনে আলোচনা সাপেক্ষে মূল্য নির্ধারণ করা ওষুধগুলি আপনার ওষুধ তালিকায় অন্তর্ভুক্ত করা হবে যদি না সেগুলি অধ্যায় 5, ধারা 6-এ বর্ণিত হিসাবে অপসারণ এবং প্রতিস্থাপন করা হয়। Medicare Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ওষুধের তালিকা অনুমোদন করেছে।

ওষুধের তালিকাটি আরও বলে যে ওষুধের কভারেজ সীমাবদ্ধ করার জন্য কোনো নিয়ম আছে কিনা।

আমরা আপনাকে ওষুধের তালিকার একটি কপি দেব। কোন ওষুধগুলি কভার করা হয়েছে সে সম্পর্কে সর্বাধিক সম্পূর্ণ এবং সাম্প্রতিক তথ্য পেতে, পরিকল্পনার ওয়েবসাইট (SWHNY.com) দেখুন অথবা সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY 711) কল করুন।

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

বিভাগ 4 গুরুত্বপূর্ণ খরচের সারসংক্ষেপ

	2026 সালে আপনার খরচ
<p>মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম* *</p> <p>আপনার প্রিমিয়াম এই পরিমাণের চেয়ে বেশি হতে পারে। বিস্তারিত জানার জন্য বিভাগ 4.1 দেখুন।</p>	\$0
<p>সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেট টাকার পরিমাণ</p> <p>আওতাভুক্ত করা পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবাগুলির জন্য আপনি এটিই সবচেয়ে বেশি হিসাব বহির্ভূত ব্যয় প্রদান করবেন। (বিস্তারিত জানার জন্য অধ্যায় 4 বিভাগ 1 দেখুন।)</p>	<p>\$9,250</p> <p>পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার আওতাভুক্ত সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেট কোনো খরচ পরিশোধ করার জন্য আপনি দায়ী নন।</p>
<p>প্রাথমিক পরিচর্যা কার্যালয় ভিজিট</p>	<p>প্রতি ভিজিটে \$0</p> <p>আপনি যদি Medicaid এর অধীনে Medicare খরচ-ভাগাভাগি সহায়তার জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনাকে প্রতি ভিজিটের জন্য \$0 দিতে হবে।</p>
<p>বিশেষজ্ঞ কার্যালয়ে ভিজিট</p>	<p>প্রতি ভিজিটে \$0</p> <p>আপনি যদি Medicaid এর অধীনে Medicare খরচ-ভাগাভাগি সহায়তার জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনাকে প্রতি ভিজিটের জন্য \$0 দিতে হবে।</p>
<p>হাসপাতালে ভর্তি থাকা</p>	<p>\$0</p> <p>আপনি যদি Medicaid এর অধীনে Medicare খরচ ভাগাভাগি করে নেওয়ার জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনাকে \$0 দিতে হবে।</p>
<p>পার্ট D ওষুধের কভারেজের জন্য ছাড়যোগ্যতা (বিস্তারিত জানার জন্য অধ্যায় 6 বিভাগ 4 দেখুন।)</p>	<p>ছাড়যোগ্যতা হল \$615। আপনার যদি Extra Help থাকে, তাহলে এই ছাড়যোগ্যতা আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না। অধ্যায় 6 এ কভারেজ এবং সীমাবদ্ধতা সম্পর্কে অতিরিক্ত বিবরণ রয়েছে।</p>
<p>পার্ট D ওষুধের কভারেজ</p>	<p>প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ে কোপেমেন্ট:</p>

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা**2026 সালে আপনার খরচ**

(বার্ষিক \$0 কর্তনযোগ্য, প্রাথমিক কভারেজ এবং ক্যাটাষ্ট্রফিক কভারেজ পর্যায় সহ বিশদ বিবরণের জন্য অধ্যায় 6 দেখুন।)

ওষুধ টিয়ার 1: \$0

ওষুধ টিয়ার 2: জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন।

ওষুধ টিয়ার 3: জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন।

ওষুধ টিয়ার 4: জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন।

ওষুধ টিয়ার 5: জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন।

ওষুধ টিয়ার 6: \$0

বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়:

এই পেমেন্ট পর্যায়ে, প্ল্যানটি আপনার আওতাভুক্ত পার্ট D ওষুধের জন্য পুরো ব্যয় প্রদান করে।

আপনার খরচে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত হতে পারে:

- প্ল্যানের প্রিমিয়াম (সেকশন 4.1)
- মাসিক Medicare পার্ট B প্রিমিয়াম (সেকশন 4.2)
- পার্ট D দেরিতে ভর্তির জরিমানা (সেকশন 4.3)
- আয় সম্পর্কিত মাসিক সামঞ্জস্যকৃত পরিমাণ (সেকশন 4.4)
- Medicare প্রেসক্রিপশন পেমেন্ট পরিকল্পনার পরিমাণ (বিভাগ 4.5)

সেকশন 4.1 প্ল্যানের প্রিমিয়াম

আমাদের পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে, আপনাকে মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম প্রদান করতে হবে। 2026 সালের জন্য, Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP)-এর মাসিক পরিকল্পনা প্রিমিয়াম হল \$17.30।

আপনি যদি ইতিমধ্যেই এই প্রোগ্রামগুলির মধ্যে একটি থেকে সাহায্য পেয়ে থাকেন, তাহলে এই কভারেজের প্রমাণ এর প্রিমিয়াম সম্পর্কিত তথ্য আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নাও হতে পারে। আমরা আপনাকে একটি পৃথক সংযুক্তি পাঠিয়েছি, যার নাম কভারেজের প্রমাণ রাইডার ফর পিপল হু গেট Extra Help পেয়িং ফর প্রেসক্রিপশন ওষুধ (একে লো-ইনকাম সাবসিডি রাইডার বা LIS রাইডারও বলা হয়), এর মধ্যে আপনি আপনার ওষুধের কভারেজ খরচ সংক্রান্ত তথ্য পাবেন। যদি আপনার কাছে এই ইনসার্টটি না থাকে, তাহলে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) এবং LIS রাইডারটি চাইতে পারেন।

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

কিছু পরিস্থিতিতে, আমাদের পরিকল্পনার প্রিমিয়াম কম হতে পারে।

Extra Help প্রোগ্রাম সীমিত সংস্থানযুক্ত ব্যক্তিদের তাদের ওষুধের জন্য অর্থ প্রদান করতে সহায়তা করে। এই প্রোগ্রামগুলি সম্পর্কে আরও জানুন অধ্যায় 2, বিভাগ 7 এ। আপনি যদি যোগ্য হন, তাহলে এই প্রোগ্রামগুলির একটিতে নাম নথিভুক্ত করলে আপনার মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম কমতে পারে।

Medicare পার্ট B এবং পার্ট D প্রিমিয়াম বিভিন্ন আয়ের ব্যক্তিদের জন্য আলাদা। এই প্রিমিয়ামগুলি সম্পর্কে আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে 2026 Medicare খরচ নামক বিভাগে Medicare & You 2026 হ্যান্ডবুকের আপনার কপিটি দেখুন। Medicare ওয়েবসাইট (www.Medicare.gov/medicare-and-you) থেকে একটি কপি ডাউনলোড করুন অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে একটি মুদ্রিত কপি অর্ডার করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।

সেকশন 4.2 মাসিক Medicare পার্ট B প্রিমিয়াম

অনেক সদস্যকে অন্যান্য Medicare প্রিমিয়াম দিতে হয়

মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম পরিশোধের পাশাপাশি, কিছু সদস্যকে অন্যান্য Medicare প্রিমিয়ামও দিতে হয়। আমাদের পরিকল্পনার জন্য যোগ্য হতে উপরে বিভাগ 2-এ যেমন ব্যাখ্যা করা হয়েছে, আপনাকে Medicaid -এর জন্য আপনার যোগ্যতা বজায় রাখতে হবে এবং Medicare পার্ট A এবং Medicare পার্ট B উভয়ই থাকতে হবে। বেশিরভাগ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সদস্যদের জন্য, Medicaid আপনার পার্ট A প্রিমিয়াম (যদি আপনি স্বয়ংক্রিয়ভাবে এর জন্য যোগ্য না হন) এবং পার্ট B প্রিমিয়ামের জন্য পে করে।

যদি Medicaid আপনার Medicare প্রিমিয়াম পরিশোধ না করে, তাহলে আমাদের পরিকল্পনার সদস্য থাকার জন্য আপনাকে অবশ্যই আপনার Medicare প্রিমিয়াম পরিশোধ করতে হবে। এর মধ্যে আপনার পার্ট B এর প্রিমিয়াম অন্তর্ভুক্ত। আপনি যদি প্রিমিয়াম-মুক্ত পার্ট A এর জন্য যোগ্য না হন তবে আপনি পার্ট A এর জন্যও প্রিমিয়াম দিতে পারেন।

বিভাগ 4.3 পার্ট D দেরিতে ভর্তির জরিমানা

যেহেতু আপনি দ্বৈত-যোগ্য, তাই যতক্ষণ আপনি আপনার দ্বৈত-যোগ্য অবস্থা বজায় রাখবেন ততক্ষণ LEP প্রয়োজ্য হবে না, তবে যদি আপনি আপনার দ্বৈত-যোগ্য অবস্থা হারান, তাহলে আপনার LEP হতে পারে। পার্ট D দেরিতে ভর্তির জরিমানা হল একটি অতিরিক্ত প্রিমিয়াম যা পার্ট D কভারেজের জন্য অবশ্যই পরিশোধ করতে হবে যদি আপনার প্রাথমিক তালিকাভুক্তির সময়কাল শেষ হওয়ার পরে যে কোনো সময়, টানা 63 দিন বা তার বেশি সময় ধরে আপনার পার্ট D বা অন্যান্য বিশ্বাসযোগ্য ওষুধের কভারেজ না থাকে। ক্রেডিটেবল প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ হল এমন কভারেজ যা Medicare-এর ন্যূনতম মান পূরণ করে কারণ এটি গড়ে কমপক্ষে Medicare-এর স্ট্যান্ডার্ড ওষুধের কভারেজের সমান টাকা প্রদান করবে বলে আশা করা হয়। দেরিতে ভর্তির জরিমানার খরচ নির্ভর করে আপনি কতক্ষণ পার্ট D বা অন্যান্য ক্রেডিটেবল প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ ছাড়াই ছিলেন তার উপর। যতদিন আপনার পার্ট D কভারেজ থাকবে ততদিন আপনাকে এই জরিমানা দিতে হবে।

আপনাকে পার্ট D দেরিতে নথিভুক্তির জরিমানা দিতে হবে না যদি:

- আপনার ওষুধের খরচ মেটাতে আপনি Medicare থেকে Extra Help পান।
- আপনি একটানা 63 দিনেরও কম সময় ধরে বিশ্বাসযোগ্য কভারেজ ছাড়াই কাটান।
- আপনার অন্য কোনো উৎসের (যেমন প্রাক্তন নিয়োগকর্তা, ইউনিয়ন, TRICARE, অথবা ভেটেরান্স হেলথ অ্যাডমিনিস্ট্রেশন [VA]) মাধ্যমে বিশ্বাসযোগ্য ওষুধের কভারেজ থাকে। আপনার বীমাকারী বা মানবসম্পদ বিভাগ প্রতি বছর আপনাকে বলবে যে আপনার ওষুধের কভারেজ বিশ্বাসযোগ্য কিনা। আপনি এই তথ্যটি সেই পরিকল্পনা থেকে একটি চিঠি বা নিউজলেটারে পেতে পারেন। এই তথ্যটি সংরক্ষণ করে রাখুন, কারণ আপনি যদি পরে Medicare ওষুধের পরিকল্পনায় অংশগ্রহণ করেন তাহলে আপনার এটির প্রয়োজন হতে পারে।

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

- **দ্রষ্টব্য:** যে কোনো চিঠি বা নোটিশে অবশ্যই উল্লেখ করতে হবে যে আপনার কাছে প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ ছিল যা Medicare স্ট্যান্ডার্ড ওষুধের পরিকল্পনার সমান অর্থ প্রদান করবে বলে আশা করা হচ্ছে।
- **দ্রষ্টব্য:** প্রেসক্রিপশন ওষুধের ডিসকাউন্ট কার্ড, ফ্রি ক্লিনিক এবং ওষুধের ছাড়ের ওয়েবসাইটগুলি প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজের জন্য বিশ্বাসযোগ্য নয়।

Medicare পার্ট D দেরিতে নথিভুক্তির জরিমানার পরিমাণ নির্ধারণ করে। এটি যেভাবে কাজ করে:

- প্রথমে, আপনি নথিভুক্ত করার উপযুক্ত হওয়ার পরে, আপনি Medicare ওষুধ পরিকল্পনায় তালিকাভুক্ত করতে বিলম্বিত পুরো মাসের সংখ্যা গণনা করুন। অথবা যদি 63 দিন বা তার বেশি সময় ধরে বিরতি থাকে, তাহলে আপনার কত মাস ধরে ওষুধের কভারেজ বীমা ছিল না তা গণনা করুন। আপনার বিশ্বাসযোগ্য কভারেজ না থাকা প্রতি মাসের জন্য জরিমানা 1%। উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনি 14 মাস ধরে কভারেজ ছাড়াই থাকেন, তাহলে জরিমানার শতাংশ হবে 14%।
- তারপর Medicare পূর্ববর্তী বছরের (জাতীয় বেস বেনিফিশিয়ারি প্রিমিয়াম) থেকে দেশে Medicare ওষুধের পরিকল্পনার জন্য গড় মাসিক প্ল্যান প্রিমিয়ামের পরিমাণ নির্ধারণ করে। 2025-সালের জন্য এই গড় প্রিমিয়ামের পরিমাণ হল \$36.78। এই পরিমাণ 2026 সালের জন্য পরিবর্তিত হতে পারে।
- আপনার মাসিক জরিমানা গণনা করতে, জরিমানার শতাংশ এবং গড় মাসিক প্রিমিয়ামকে গুণ করুন এবং তারপরে এটিকে নিকটতম 10 সেন্টে পরিণত করুন। এখানে উদাহরণে, এটি \$36.78 এর 14% গুণ হবে, যা \$5.15 এর সমান। এটি রাউন্ড অফ হয়ে হবে \$5.20। **পার্ট D দেরিতে ভর্তির জরিমানা সহ কারো জন্য এই পরিমাণ মাসিক প্রিমিয়ামে যোগ করা হবে।**

মাসিক পার্ট D দেরিতে নথিভুক্তির জরিমানা সম্পর্কে তিনটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয় জানা উচিত:

- **জরিমানা প্রতি বছর পরিবর্তিত হতে পারে,** কারণ জাতীয় বেস বেনিফিশিয়ারি প্রিমিয়াম প্রতি বছর পরিবর্তিত হতে পারে।
- যতক্ষণ আপনি Medicare পার্ট D ওষুধের সুবিধা সহ একটি পরিকল্পনায় নথিভুক্ত থাকবেন, ততক্ষণ পর্যন্ত আপনাকে প্রতি মাসে **জরিমানা দিতে হবে,** এমনকি যদি আপনি পরিকল্পনা পরিবর্তন করেন।
- যদি আপনার বয়স 65 বছরের কম হয় এবং আপনি Medicare এ নথিভুক্ত হন, তাহলে আপনার বয়স 65 বছর হলে পার্ট D-তে দেরিতে ভর্তির জরিমানা পুনরায় সেট করা হবে। 65 বছর বয়সের পরে, আপনার পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা নির্ভর করবে কেবলমাত্র সেই মাসগুলির উপর যখন আপনার কভারেজ ছিল না, যা Medicare-এ বার্ষিকের জন্য প্রাথমিক তালিকাভুক্তির সময়কালের পরে হয়েছে।

আপনি যদি আপনার পার্ট D দেরিতে ভর্তির জরিমানা বিষয়ে সম্মত না হন তাহলে আপনি বা আপনার প্রতিনিধি একটি পর্যালোচনার জন্য বলতে পারেন। সাধারণত, আপনাকে প্রথম চিঠি পাওয়ার তারিখ থেকে **60 দিনের মধ্যে** এই পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করতে হবে যেখানে বলা থাকবে যে আপনাকে দেরিতে তালিকাভুক্তির জন্য জরিমানা দিতে হবে। তবে, যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনায় যোগদানের আগে জরিমানা পরিশোধ করে থাকেন, তাহলে আপনার কাছে সেই দেরিতে নথিভুক্তির জরিমানা পুনর্বিবেচনার জন্য অনুরোধ করার আর কোনো সুযোগ নাও থাকতে পারে।

বিভাগ 4.4 আয় সম্পর্কিত মাসিক সামঞ্জস্যের পরিমাণ

আপনি যদি আয়ের পরিবর্তনের কারণে এই পরিকল্পনার জন্য যোগ্যতা হারান, তাহলে কিছু সদস্যকে তাদের Medicare পরিকল্পনার জন্য অতিরিক্ত চার্জ দিতে হতে পারে, যা পার্ট D আয় সম্পর্কিত মাসিক সমন্বয় পরিমাণ (IRMAA) নামে পরিচিত। আপনার 2 বছর আগের IRS ট্যাক্স রিটার্নে উল্লিখিত পরিবর্তিত সামঞ্জস্যপূর্ণ মোট আয় ব্যবহার করে অতিরিক্ত চার্জ গণনা করা হয়। যদি এই পরিমাণটি একটি নির্দিষ্ট পরিমাণের বেশি হয় তাহলে আপনি স্ট্যান্ডার্ড প্রিমিয়ামের পরিমাণ এবং বাড়তি IRMAA পেমেন্ট করবেন। আপনার আয়ের উপর ভিত্তি করে আপনাকে যে অতিরিক্ত পরিমাণ পে করতে হতে পারে সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs দেখুন।

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

যদি আপনাকে অতিরিক্ত IRMAA দিতে হয়, তাহলে আপনার Medicare পরিকল্পনা নয়, সামাজিক নিরাপত্তা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবে যাতে বলা হবে যে অতিরিক্ত পরিমাণ কত হবে। আপনার সামাজিক নিরাপত্তা, রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড, অথবা অফিস অফ পার্সোনাল ম্যানেজমেন্ট বেনিফিট চেক থেকে অতিরিক্ত পরিমাণ আটকে রাখা হবে, আপনি সাধারণত আমাদের প্ল্যান প্রিমিয়াম যেভাবেই পরিশোধ করুন না কেন, যদি না আপনার মাসিক সুবিধা অতিরিক্ত পরিমাণ পরিশোধের জন্য যথেষ্ট না হয়। যদি আপনার বেনিফিট চেক অতিরিক্ত পরিমাণ কভার করার জন্য যথেষ্ট না হয়, তাহলে আপনি Medicare থেকে একটি বিল পাবেন। **আপনাকে সরকারকে অতিরিক্ত IRMAA দিতে হবে। এটি আপনার মাসিক পরিকল্পনা প্রিমিয়াম দিয়ে পরিশোধ করা যাবে না। আপনি যদি অতিরিক্ত IRMAA পরিশোধ না করেন, তাহলে আপনাকে আমাদের পরিকল্পনা থেকে বাদ দেওয়া হবে এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ হারাবেন।**

যদি আপনি অতিরিক্ত IRMAA প্রদানের বিষয়ে একমত না হন, তাহলে আপনি সামাজিক নিরাপত্তা সিদ্ধান্তটি পর্যালোচনা করার জন্য বলতে পারেন। এটি কীভাবে করবেন তা জানতে, 1-800-772-1213 নম্বরে সামাজিক নিরাপত্তাকে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 1-800-325-0778 নম্বরে কল করুন)।

বিভাগ 4.5 Medicare প্রেসক্রিপশন পেমেন্ট পরিকল্পনার পরিমাণ

আপনি যদি Medicare প্রেসক্রিপশন পেমেন্ট পরিকল্পনায় অংশগ্রহণ করেন, তাহলে প্রতি মাসে আপনাকে আমাদের পরিকল্পনার প্রিমিয়াম (যদি আপনার থাকে) দিতে হবে এবং আপনার স্বাস্থ্য বা ওষুধের পরিকল্পনা থেকে আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য একটি বিল পাবেন (ফার্মেসিকে পেমেন্ট করার পরিবর্তে)। আপনার মাসিক বিল আপনার পাওনা যেকোনো প্রেসক্রিপশনের ওষুধের উপর নির্ভর করে, এবং আপনার আগের মাসের ব্যালেন্সকে বছরের বাকি মাসগুলির সংখ্যা দিয়ে ভাগ করলে। অধ্যায় 2, বিভাগ 7 Medicare প্রেসক্রিপশন পেমেন্ট পরিকল্পনা সম্পর্কে আরও জানায়। এই পেমেন্ট বিকল্পের অংশ হিসেবে বিল করা পরিমাণের সাথে যদি আপনি একমত না হন, তাহলে আপনি অভিযোগ বা আপিল করার জন্য অধ্যায় 9-এর ধাপগুলি অনুসরণ করতে পারেন।

বিভাগ 5 আপনার মাসিক পরিকল্পনা প্রিমিয়াম সম্পর্কে আরও তথ্য

বিভাগ 5.1 আমাদের মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম সারা বছর ধরে পরিবর্তিত হবে না।

আমাদের পরিকল্পনার মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়ামের পরিমাণ বছরজুড়ে পরিবর্তন করার অনুমতি নেই। যদি আগামী বছরের জন্য মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম পরিবর্তন হয়, তাহলে আমরা আপনাকে সেপ্টেম্বরে জানাবো এবং নতুন প্রিমিয়াম 1লা জানুয়ারী থেকে কার্যকর হবে।

যদি আপনি Extra Help-এর জন্য যোগ্য হন অথবা বছরের মধ্যে Extra Help-এর জন্য আপনার যোগ্যতা হারান, তাহলে আমাদের পরিকল্পনার প্রিমিয়ামের যে অংশ আপনাকে দিতে হবে তা পরিবর্তিত হতে পারে। আপনি যদি আপনার ওষুধের কভারেজ খরচের জন্য Extra Help-এর জন্য যোগ্য হন, তাহলে Extra Help আপনার মাসিক পরিকল্পনা প্রিমিয়ামের একটি অংশ প্রদান করবে। আপনি যদি বছরের মধ্যে Extra Help-এর জন্য যোগ্যতা হারান, তাহলে আপনাকে সম্পূর্ণ মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম পরিশোধ করতে হবে। Extra Help সম্পর্কে আরও জানতে অধ্যায় 2, বিভাগ 7 দেখুন।

বিভাগ 6 আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ রেকর্ড আপ টু ডেট রাখুন

আপনার সদস্যপদ রেকর্ডে আপনার তালিকাভুক্তি ফর্ম থেকে তথ্য রয়েছে, যার মধ্যে আপনার ঠিকানা এবং ফোন নম্বরও রয়েছে। এটি আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী সহ আপনার নির্দিষ্ট প্ল্যানের কভারেজ দেখায়।

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের ডাক্তার, হাসপাতাল, ফার্মাসিস্ট এবং অন্যান্য প্রদানকারীরা আপনার সদস্যপদ রেকর্ড ব্যবহার করে কোন পরিষেবা এবং ওষুধগুলি কভার করা হয়েছে এবং আপনার খরচ-ভাগাভাগির পরিমাণ জানতে পারেন। এই কারণে, আপনার তথ্য আপ টু ডেট রাখতে আমাদের সাহায্য করা খুবই গুরুত্বপূর্ণ।

এই পরিবর্তনগুলির মধ্যে আপনার কোনোটি থাকলে, আমাদের জানান:

- আপনার নাম, ঠিকানা, অথবা ফোন নম্বরে পরিবর্তন
- আপনার অন্য কোনো স্বাস্থ্য কভারেজের পরিবর্তন (যেমন আপনার নিয়োগকর্তা, আপনার স্ত্রী বা গৃহকর্মীর নিয়োগকর্তা, কর্মীদের ক্ষতিপূরণ, অথবা Medicaid)
- কোনো দায়মূলক দাবি থাকলে, যেমন গাড়ি দুর্ঘটনার দাবি
- যদি আপনাকে কোনো নার্সিং হোমে ভর্তি করা হয়ে থাকেন
- যদি আপনি এলাকার বাইরের বা নেটওয়ার্কের বাইরের হাসপাতাল বা জরুরি কক্ষে চিকিৎসা পান
- যদি আপনার মনোনীত দায়িত্বশীল পক্ষ (যেমন একজন পরিচর্যািকারী) পরিবর্তিত হয়
- আপনি যদি কোনো ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করেন (**বিঃদ্রঃ:** আপনি যে ক্লিনিক্যাল অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করতে চান সে সম্পর্কে আমাদের পরিকল্পনা জানাতে হবে না, তবে আমরা আপনাকে তা করতে উৎসাহিত করছি।)

যদি এই তথ্যের কোনো পরিবর্তন হয়, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করে আমাদের জানান (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)। সদস্যগণ তাদের ডাক্তার পরিবর্তন করতে, তাদের যোগাযোগের তথ্য আপডেট করতে, একটি নতুন আইডি কার্ডের অনুরোধ করতে, তাদের প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলোতে স্বাস্থ্যগত রিমাইন্ডার পেতে বা তাদের পরিষেবার বিস্তারিত দেখতে একটি অনলাইন My Senior Whole Health অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে পারেন। আপনার My Senior Whole Health অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে বা অ্যাক্সেস করতে <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> দেখুন।

আপনার ডাক ঠিকানা স্থানান্তরিত হলে বা পরিবর্তন করলে সামাজিক নিরাপত্তার সাথে যোগাযোগ করাও গুরুত্বপূর্ণ। 1-800-772-1213 নম্বরে সামাজিক নিরাপত্তাতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 1-800-325-0778 নম্বরে কল করুন)।

বিভাগ 7 অন্যান্য বীমা আমাদের প্ল্যানের সাথে কীভাবে কাজ করে

অন্যান্য বীমা

Medicare এর জন্য আপনার অন্য যে কোনো চিকিৎসা বা ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করা প্রয়োজন যাতে আমরা আমাদের পরিকল্পনার অধীনে আপনার সুবিধাগুলির সাথে অন্য যেকোনো কভারেজের সমন্বয় করতে পারি। একে বলা হয় **সুবিধার সমন্বয়**।

বছরে একবার, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবো যেখানে আমাদের জানা অন্য কোনো চিকিৎসা বা ওষুধের কভারেজের তালিকা থাকবে। এই তথ্যটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন। যদি এটি সঠিক হয়, তাহলে আপনাকে কিছু করতে হবে না। যদি তথ্যটি সঠিক না হয়, অথবা আপনার যদি অন্য কোনো কভারেজ থাকে যা তালিকাভুক্ত নয়, তাহলে সদস্য পরিষেবা (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)। আপনার বিলগুলি সঠিকভাবে এবং সময়মতো পরিশোধ করার জন্য আপনাকে আপনার অন্যান্য বীমা প্রদানকারীদের (তাদের পরিচয় নিশ্চিত করার পরে) আমাদের পরিকল্পনা সদস্য আইডি নম্বর দিতে হতে পারে।

যখন আপনার অন্য বীমা থাকে (যেমন নিয়োগকর্তার গ্রুপ স্বাস্থ্য কভারেজ), তখন Medicare এর নিয়মগুলি নির্ধারণ করে যে আমাদের পরিকল্পনা নাকি আপনার অন্যান্য বীমা প্রথমে অর্থ প্রদান করবে। যে বীমা প্রথমে পে করে ("প্রাথমিক প্রদানকারী") তার কভারেজের সীমা পর্যন্ত পে করে। যে বীমা দ্বিতীয় পে করে, ("দ্বিতীয় প্রদানকারী") কেবল তখনই পে করে যখন প্রাথমিক কভারেজের দ্বারা কিছু খরচ আবৃত থাকে। সেকেন্ডারি

অধ্যায় 1: একজন সদস্য হিসেবে শুরু করা

প্রদানকারী সমস্ত অপ্রকাশিত খরচ পরিশোধ নাও করতে পারে। আপনার যদি অন্য বীমা থাকে তবে আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং ফার্মেসিকে তা বলুন।

নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়ন গ্রুপের স্বাস্থ্য পরিকল্পনা কভারেজের ক্ষেত্রে নিম্নোক্ত নিয়মাবলি প্রযোজ্য:

- আপনার যদি অবসরপ্রাপ্ত কভারেজ থাকে, Medicare প্রথমে অর্থ প্রদান করে।
- যদি আপনার গ্রুপ স্বাস্থ্য পরিকল্পনা কভারেজ আপনার বা পরিবারের একজন সদস্যের বর্তমান কর্মসংস্থানের উপর ভিত্তি করে হয়, কে প্রথমে অর্থ প্রদান করবে তা নির্ভর করে আপনার বয়সের উপর, আপনার নিয়োগকর্তার দ্বারা নিযুক্ত লোকের সংখ্যা এবং বয়স, অক্ষমতা বা অসুস্থ-পর্যায়ের মূত্রনালীর রোগ (ESRD)-এর উপর ভিত্তি করে আপনার Medicare আছে কিনা:
 - যদি আপনার বয়স 65 বছরের কম হয় এবং আপনি (অথবা আপনার পরিবারের সদস্য) এখনও কর্মরত থাকেন, তাহলে আপনার গ্রুপ স্বাস্থ্য পরিকল্পনা প্রথমে অর্থ প্রদান করবে যদি নিয়োগকর্তার 100 বা তার বেশি কর্মচারী থাকে অথবা একাধিক নিয়োগকর্তার পরিকল্পনায় কমপক্ষে একজন নিয়োগকর্তার 100 জনের বেশি কর্মচারী থাকে।
 - যদি আপনার বয়স 65 বছরের বেশি হয় এবং আপনি (অথবা আপনার স্ত্রী বা গৃহকর্মী) এখনও কর্মরত থাকেন, তাহলে আপনার গ্রুপ স্বাস্থ্য পরিকল্পনা প্রথমে অর্থ প্রদান করবে যদি নিয়োগকর্তার 20 বা তার বেশি কর্মচারী থাকে অথবা একাধিক নিয়োগকর্তার পরিকল্পনায় কমপক্ষে একজন নিয়োগকর্তার 20 জনের বেশি কর্মচারী থাকে।
- আপনার যদি ESRD-এর কারণে Medicare থাকে, তাহলে আপনি Medicare-এর জন্য উপযুক্ত হওয়ার পরে আপনার গ্রুপ স্বাস্থ্য পরিকল্পনাটি প্রথম 30 মাসের জন্য প্রথমে অর্থ প্রদান করবে।

এই ধরনের কভারেজ সাধারণত প্রতিটি ধরনের সম্পর্কিত পরিষেবাগুলির জন্য প্রথমে অর্থ প্রদান করে:

- নো-ফল্ট বীমা (অটোমোবাইল বীমা সহ)
- দায়বদ্ধতা (অটোমোবাইল ইন্স্যুরেন্স সহ)
- কালো ফুসফুসের উপকারিতা
- শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ

Medicaid এবং TRICARE কখনই Medicare-এর আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য প্রথম পে করে না। তারা শুধুমাত্র Medicare এবং/অথবা নিয়োগকর্তা গ্রুপ স্বাস্থ্য পরিকল্পনার অর্থ প্রদানের পরে অর্থ প্রদান করে থাকে।

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

অধ্যায় 2:

ফোন নম্বর এবং সংস্থান

বিভাগ 1 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) যোগাযোগ

ক্লেইম, বিলিং, অথবা সদস্য কার্ড সংক্রান্ত প্রশ্নগুলির জন্য, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন বা লিখুন। আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পেরে খুশি হব।

সদস্য পরিষেবা - যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সময়সূচী 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 a.m., সপ্তাহের 7 দিন। পর্যন্ত। সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) ইংরেজি ভাষাভাষী নন এমনদের জন্য বিনামূল্যে ভাষা দোভাষী পরিষেবাও রয়েছে।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সময়সূচী 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 a.m., সপ্তাহের 7 দিন।
ফ্যাক্স	(310) 507-6186
লিখুন	Senior Whole Health of New York Attn: সদস্য পরিষেবা 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

আপনার চিকিৎসা পরিচর্যার বিষয়ে কভারেজের সিদ্ধান্ত বা আপিল কীভাবে চাইবেন

কভারেজ সিদ্ধান্ত হল আপনার সুবিধা এবং কভারেজ সম্পর্কে অথবা আপনার চিকিৎসা পরিষেবা বা পার্ট D ওষুধের জন্য আমরা যে পরিমাণ টাকা পে করি সে সম্পর্কে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিই। আপিল হল কভারেজ সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা এবং পরিবর্তন করার জন্য অনুরোধ করার একটি আনুষ্ঠানিক উপায়। আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা বা পার্ট D ওষুধ সম্পর্কে কভারেজের সিদ্ধান্ত বা আপিল কীভাবে চাইবেন সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় 9 দেখুন।

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

চিকিৎসা পরিচর্যা বা পার্ট D ওষুধের জন্য কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিল - যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। চিকিৎসা পরিচর্যা বা পার্ট D ওষুধের জন্য কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিল - যোগাযোগের তথ্য TTY সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময়, 8 a.m. থেকে 5 p.m. পর্যন্ত
	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকেদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময়, 8 a.m. থেকে 5 p.m. পর্যন্ত
ফ্যাক্স	উন্নত ইমেজিং: (877) 731-7218; ট্রান্সপ্ল্যান্ট (877) 813-1206; চিকিৎসা/আচরণগত স্বাস্থ্য বহির্বিভাগীয় রোগী (844) 251-1450; হাসপাতালের আবাসিক রোগী (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
লিখুন	Molina Healthcare Attn: কভারেজের অনুরোধ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 প্রেসক্রিপশনের ওষুধ: Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা সম্পর্কে কীভাবে অভিযোগ করবেন

আপনি আপনার যত্নের গুণগতমান সম্পর্কিত অভিযোগ সহ আমাদের বা আমাদের নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার বা ফার্মেসিগুলোর ব্যাপারে অভিযোগ জানাতে পারেন। এই ধরনের অভিযোগের মধ্যে কভারেজ বা পেমেন্ট সংক্রান্ত বিরোধ জড়িত নয়। আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা সম্পর্কে অভিযোগ করার পদ্ধতি সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় 9 দেখুন।

চিকিৎসা পরিচর্যা সম্পর্কে অভিযোগ - যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময়, 8 a.m. থেকে 5 p.m. পর্যন্ত
---------	--

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

চিকিৎসা পরিচর্যা সম্পর্কে অভিযোগ - যোগাযোগের তথ্য

TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকেদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময়, 8 a.m. থেকে 5 p.m. পর্যন্ত
ফ্যাক্স	(562) 499-0610
লিখুন	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা বা ওষুধের খরচ আমাদের কাছে কীভাবে চাইবেন

যদি আপনার কাছে কোনো বিল থাকে বা পরিষেবার জন্য পে করা হয় (যেমন কোনো প্রদানকারীর বিল), তাহলে আপনার মনে হয় আমাদের পেমেন্ট করা উচিত, তাহলে আপনাকে আমাদের কাছে পেমেন্টের জন্য অনুরোধ করতে হতে পারে অথবা প্রদানকারীর বিল পরিশোধ করতে হতে পারে। আরও তথ্যের জন্য 7ম অধ্যায়ে যান।

আপনি যদি আমাদের বরাবর কোনো পেমেন্টের অনুরোধ পাঠান এবং আমরা আপনার অনুরোধের কোনো অংশ প্রত্যাখ্যান করি তাহলে আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন। আরও তথ্যের জন্য 9ম অধ্যায়ে যান।

পেমেন্টের অনুরোধ - যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত।
ফ্যাক্স	(866) 290-1309

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান**পেমেন্টের অনুরোধ - যোগাযোগের তথ্য****লিখুন**

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

প্রেসক্রিপশনের ওষুধ:

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

ওয়েবসাইট

SWHNY.com

বিভাগ 2 Medicare থেকে সাহায্য নিন

Medicare হল 65 বছর বা তার বেশি বয়সী ব্যক্তিদের জন্য, 65 বছরের কম বয়সী কিছু প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য এবং শেষ পর্যায়ের মূত্রনালীর রোগতে (স্থায়ী কিডনি খারাপ হওয়ার কারণে ডায়ালাইসিস বা কিডনি প্রতিস্থাপনের প্রয়োজন) আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য ফেডারেল স্বাস্থ্য বীমা প্রোগ্রাম।

Medicare-এর দায়িত্বে থাকা ফেডারেল সংস্থা হল সেন্টারস ফর Medicare অ্যান্ড Medicaid সার্ভিসেস (CMS)। এই সংস্থাটি আমাদের পরিকল্পনা সহ Medicare Advantage সংস্থাগুলির সাথে চুক্তি করে।

Medicare - যোগাযোগের তথ্য**কল করুন**

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন।
 24 ঘণ্টা, সপ্তাহের 7 দিনই।

TTY

1-877-486-2048
 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।
 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন।

লাইভ চ্যাট

www.Medicare.gov/talk-to-someone এ সরাসরি চ্যাট করুন।

লিখুন

Medicare কে PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 ঠিকানায় লিখুন।

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

Medicare - যোগাযোগের তথ্য

ওয়েবসাইট

www.Medicare.gov

- আপনার এলাকার Medicare স্বাস্থ্য ও ওষুধের পরিকল্পনা সম্পর্কে তথ্য পান, যার মধ্যে রয়েছে তাদের খরচ এবং তারা কী পরিষেবা প্রদান করে।
- Medicare-অংশগ্রহণকারী ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং সরবরাহকারীদের খুঁজুন।
- Medicare কী কী কভার করে তা জানুন, যার মধ্যে প্রতিরোধমূলক পরিষেবা (যেমন স্ক্রিনিং, ইনজেকশন বা টিকা, এবং বার্ষিক "ওয়েলনেস" ভিজিট) অন্তর্ভুক্ত।
- Medicare আপিলের তথ্য এবং ফর্মগুলি পান।
- পরিকল্পনা, নার্সিং হোম, হাসপাতাল, ডাক্তার, গৃহ স্বাস্থ্য এজেন্সি, ডায়ালাইসিস সুবিধা, হসপিটাল সেন্টার, ইনপেশেন্ট পুনর্বাসন সুবিধা এবং দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা হাসপাতাল দ্বারা প্রদত্ত যত্নের মান সম্পর্কে তথ্য পান।
- সহায়ক ওয়েবসাইট এবং ফোন নম্বরগুলি দেখুন।

Senior Whole Health of New York NHC সম্পর্কে আপনার যেকোনো অভিযোগ থাকলে তা Medicare-কে জানাতে আপনি www.Medicare.gov ওয়েবসাইটটিও দেখতে পারেন।

Medicare এর কাছে অভিযোগ জমা দিতে, www.Medicare.gov/my/medicare-complaint ওয়েবসাইটে যান। Medicare আপনার অভিযোগগুলোকে গুরুত্ব সহকারে বিবেচনা করে এবং প্রোগ্রামের মান উন্নত করতে Medicare এই তথ্যাবলি ব্যবহার করবে।

বিভাগ 3 রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা সহায়তা কর্মসূচি (SHIP)

স্টেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SHIP) হল একটি সরকারি কর্মসূচি যেখানে প্রতিটি রাজ্যে প্রশিক্ষিত পরামর্শদাতারা থাকেন এবং বিনামূল্যে সাহায্য, তথ্য এবং আপনার Medicare প্রশ্নের উত্তর প্রদান করেন। নিউ ইয়র্কে SHIP-কে বলা হয় হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP)।

হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) হল একটি স্বাধীন রাষ্ট্রীয় কর্মসূচি (কোনো বীমা কোম্পানি বা স্বাস্থ্য পরিকল্পনার সাথে সম্পর্কিত নয়) যা Medicare এর অধীনে থাকা ব্যক্তিদের বিনামূল্যে স্থানীয় স্বাস্থ্য বীমা পরামর্শ দেওয়ার জন্য ফেডারেল সরকারের কাছ থেকে টাকা পায়।

হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) পরামর্শদাতারা আপনার Medicare অধিকারগুলি বুঝতে, আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা বা চিকিৎসা সম্পর্কে অভিযোগ করতে এবং আপনার Medicare বিলের সমস্যাগুলি সমাধান করতে সাহায্য করতে পারেন। হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) পরামর্শদাতারা আপনাকে Medicare প্রশ্ন বা সমস্যা সমাধানে সাহায্য করতে পারেন, আপনার Medicare পরিকল্পনার পছন্দগুলি বুঝতে সাহায্য করতে পারেন এবং পরিকল্পনা পরিবর্তন সম্পর্কে প্রশ্নের উত্তর দিতে পারেন।

হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) (New York's SHIP) – যোগাযোগের তথ্য

কল করুন

(800) 701-0501

লিখুন

New York State NYSOFA
Office for the Aging, Agency Building #2
2 Empire State Plaza
Albany, New York 12223-1251

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান**হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) (New York's SHIP) – যোগাযোগের তথ্য****ওয়েবসাইট**<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>**বিভাগ 4 গুণগমান উন্নয়ন সংস্থা (QIO)**

প্রতিটি রাজ্যে একটি মনোনীত গুণগমান উন্নয়ন সংস্থা (QIO) Medicare এর সাথে থাকা ব্যক্তিদের সেবা প্রদান করে। নিউ ইয়র্কের গুণগতমান উন্নয়ন সংস্থাকে বলা হয় Livanta।

Livanta-এর একদল ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার রয়েছে যাদের Medicare দ্বারা অর্থ প্রদান করা হয়, যারা Medicare এর অধীনে থাকা ব্যক্তিদের পরীক্ষা-নিরীক্ষা এবং তাদের পরিচর্যার মান উন্নত করতে সহায়তা করে। Livanta একটি স্বাধীন সংস্থা। এটি আমাদের পরিকল্পনার সাথে যুক্ত নয়।

নিম্নোক্ত যেকোনো পরিস্থিতিতে আপনার Livanta-এর সাথে যোগাযোগ করা উচিত:

- আপনার পরিচর্যার মান নিয়ে আপনার অভিযোগ আছে। পরিচর্যার মান সংক্রান্ত উদ্বেগের উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে ভুল ওষুধ গ্রহণ, অপ্রয়োজনীয় পরীক্ষা বা পদ্ধতি, অথবা ভুল রোগ নির্ণয়।
- আপনার হাসপাতালে থাকার কভারেজ খুব তাড়াতাড়ি শেষ হয়ে যাচ্ছে বলে মনে হলে।
- আপনার মনে হয় আপনার গৃহ স্বাস্থ্যসেবা, দক্ষ নার্সিং সুবিধা পরিচর্যা, অথবা কম্প্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফেসিলিটি (CORF) পরিষেবার কভারেজ খুব শীঘ্রই শেষ হয়ে যাচ্ছে।

Livanta – (New York মান উন্নয়ন সংস্থা) - যোগাযোগের তথ্য**কল করুন**

(866) 815-5440

সোমবার - শুক্রবার স্থানীয় সময় 9 a.m. থেকে 5 p.m. পর্যন্ত; সাপ্তাহিক ছুটির দিন ও বন্ধের দিন স্থানীয় সময় 10 a.m. থেকে 4 p.m. পর্যন্ত।

TTY

711: এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।

লিখুন

Livanta
BFCC-QIO প্রোগ্রাম
Commence Health
PO Box 2687
Virginia Beach, VA 23450
Livanta (New York's Quality Improvement Organization) – Contact Information

ওয়েবসাইট<https://www.livantaqio.cms.gov/>**বিভাগ 5 সামাজিক নিরাপত্তা**

সামাজিক নিরাপত্তা Medicare যোগ্যতা নির্ধারণ করে এবং Medicare তালিকাভুক্তি পরিচালনা করে।

পার্ট D ওষুধের কভারেজের জন্য কাদের অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হবে তা নির্ধারণ করার জন্যও সামাজিক নিরাপত্তা দায়ী কারণ তাদের আয় বেশি। আপনি যদি সামাজিক নিরাপত্তা থেকে কোনো চিঠি পেয়ে থাকেন যাতে

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

আপনাকে বলা হয় যে আপনাকে অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হবে এবং সেই পরিমাণ সম্পর্কে আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা জীবন-পরিবর্তনকারী কোনো দুর্ঘটনার কারণে আপনার আয় কমে যায় তাহলে আপনি পুনর্বিবেচনার জন্য সামাজিক নিরাপত্তাকে কল করতে পারেন।

আপনি যদি আপনার ডাক ঠিকানা স্থানান্তর করেন বা পরিবর্তন করেন, তাহলে সামাজিক নিরাপত্তার সাথে যোগাযোগ করে তাদের জানান।

সামাজিক নিরাপত্তা – যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	1-800-772-1213 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার থেকে শুক্রবার, 8 a.m. থেকে 7 p.m. পর্যন্ত উপলব্ধ। রেকর্ড করা তথ্য পেতে এবং 24 ঘন্টা কিছু ব্যবসা পরিচালনা করতে সামাজিক নিরাপত্তার স্বয়ংক্রিয় টেলিফোন পরিষেবা ব্যবহার করুন।
TTY	1-800-325-0778 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকেদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার থেকে শুক্রবার, 8 a.m. থেকে 7 p.m. পর্যন্ত উপলব্ধ।
ওয়েবসাইট	www.SSA.gov

বিভাগ 6 Medicaid

Medicaid হল একটি যৌথ ফেডারেল এবং রাজ্য সরকারের প্রোগ্রাম যা সীমিত আয় এবং সংস্থান সহ নির্দিষ্ট ব্যক্তিদের চিকিৎসার খরচে সাহায্য করে। আয় এবং রিসোর্স হিসেবে কী গণনা করা হবে, কারা যোগ্য হবেন, কোন পরিষেবাগুলো আওতাভুক্ত করা হবে এবং পরিষেবাগুলোর ব্যয় প্রতিটি স্টেট নির্ধারণ করে। স্টেটগুলো ফেডারেল নির্দেশাবলি মেনে চলা সাপেক্ষে তাদের নিজস্ব কর্মসূচি কিভাবে পরিচালনা করবে সেই সিদ্ধান্তও নিতে পারে।

এছাড়াও, Medicaid -এর অফার করা কার্যক্রম রয়েছে যা Medicare তালিকাভুক্তদেরকে Medicare প্রিমিয়ামের মতো Medicare ব্যয় পরিশোধে সাহায্য করে। এইসব “Medicare সেভিংস প্রোগ্রাম” সীমিত আয় এবং রিসোর্স থাকা ব্যক্তিদের প্রতি বছর অর্থ সাশ্রয় করতে সাহায্য করে:

- **সম্পূর্ণ সুবিধা দ্বৈত উপযোগী (FBDE):** কখনও কখনও, ব্যক্তির Medicare খরচ-শেয়ারিং-এর পাশাপাশি সম্পূর্ণ Medicaid সুবিধার সীমিত কভারেজের জন্য যোগ্যতা অর্জন করতে পারে।
- **উপযুক্ত Medicare সুবিধাভোগী (QMB+):** Medicare পার্ট A এবং পার্ট B প্রিমিয়াম এবং অন্যান্য খরচ ভাগাভাগি (যেমন ছাড়যোগ্যতা, কোইনস্যুরেন্স এবং কোপেমেেন্ট) পরিশোধ করতে সাহায্য করে। এই ব্যক্তির সম্পূর্ণ Medicaid সুবিধার জন্যও উপযুক্ত।

এই প্ল্যানের সদস্য হওয়ার জন্য, আপনাকে Medicare এবং Medicaid-এ দ্বৈতভাবে নথিভুক্ত হতে হবে এবং তালিকাভুক্তির সময় অন্যান্য সমস্ত প্ল্যানের যোগ্যতার শর্তাবলি পূরণ করতে হবে।

Medicaid থেকে পাওয়া সাহায্য সম্পর্কে আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে যোগাযোগ করুন

New York State’s Medicaid Program – যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	1-800-541-2831 সোমবার থেকে শুক্রবার 8 a.m.-8 p.m., শনিবার 9 a.m.-1 p.m.
----------------	---

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

New York State's Medicaid Program – যোগাযোগের তথ্য

TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।
লিখুন	মানব সম্পদ প্রশাসন 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 আপনি আপনার স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিসেস বিভাগের (LDSS) কাছে চিঠি পাঠাতে পারেন। আপনার LDSS-এর ঠিকানাটি এখানে খুঁজুন: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm
ওয়েবসাইট	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Nassau কাউন্টির সদস্যরা স্থানীয় সমাজসেবা অধিদপ্তরে যোগাযোগ করতে পারেন।

Nassau County Department of Social Services

কল করুন	(516) 227-7474
লিখুন	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
ওয়েবসাইট	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Westchester কাউন্টির সদস্যরা স্থানীয় সমাজসেবা অধিদপ্তরে যোগাযোগ করতে পারেন।

Westchester County Department of Social Services

কল করুন	(914) 995-3333
লিখুন	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
ওয়েবসাইট	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Medicaid-এ নথিভুক্ত ব্যক্তিদের পরিষেবা বা বিলিং সমস্যায় সাহায্য করে। তারা আপনাকে আমাদের প্ল্যান অনুযায়ী অভিযোগ দায়ের বা আপিল করতে সাহায্য করতে পারে। এই ন্যায্যপাল আমাদের স্বাস্থ্য ও পুনরুদ্ধার পরিকল্পনা (HARP) এবং আমাদের Medicaid পরিচালিত পরিচর্যা (MMC) পরিকল্পনায় তালিকাভুক্ত ব্যক্তিদের সাহায্য করতে পারেন যারা দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা এবং সহায়তা পান।

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) — যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	1-844-614-8800 সোম-শুক্র। 9 a.m. - 5 p.m.।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) — যোগাযোগের তথ্য**লিখুন**

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
ইমেল: ican@cssny.org

ওয়েবসাইট

www.icannys.org

Community Health Advocates (CHA) Medicaid-এ নথিভুক্ত ব্যক্তিদের পরিষেবা বা বিলিংয়ের সমস্যায় সাহায্য করে। তারা আপনাকে আমাদের প্ল্যান অনুযায়ী অভিযোগ দায়ের বা আপিল করতে সাহায্য করতে পারে।

Community Health Advocates (CHA) – যোগাযোগের তথ্য**কল করুন**

1-844-614-8800 সোম-শুক্র। 9 a.m - 5 p.m.

TTY

711

এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।

লিখুন

Community Health Advocates (CHA)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
ইমেল: cha@cssny.org

ওয়েবসাইট

www.communityhealthadvocates.org

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) – যোগাযোগের তথ্য**কল করুন**

1-888-614-5400 সোম-বুধ। 9 a.m. – 7 p.m., বৃহস্পতি-শুক্র। 9 a.m. – 4 p.m.

TTY

711

এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়।

লিখুন

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
ইমেল: ombuds@oasas.ny.gov

ওয়েবসাইট

www.champny.org

The New York State Long Term Care Ombudsman Program মানুষকে নার্সিং হোম সম্পর্কে তথ্য পেতে এবং নার্সিং হোম এবং বাসিন্দাদের বা তাদের পরিবারের মধ্যে সমস্যা সমাধানে সহায়তা করে।

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

The New York State Long Term Care Ombudsman Program – যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	1-855-582-6769 সোম-শুক্র 8:00 a.m. – 4:00 p.m.
লিখুন	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 ইমেল: ombudsman@aging.ny.gov
ওয়েবসাইট	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

বিভাগ 7 প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য অর্থ প্রদানে সহায়তা করার জন্য প্রোগ্রাম

Medicare ওয়েবসাইটে (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) আপনার প্রেসক্রিপশনের ওষুধের খরচ কমানোর উপায় সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। নিচের প্রোগ্রামগুলি সীমিত আয়ের মানুষদের সাহায্য করতে পারে।

Medicare থেকে Extra Help

যেহেতু আপনি Medicaid এর জন্য যোগ্য, তাই আপনি আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনার খরচ মেটাতে Medicare থেকে Extra Help পাওয়ার যোগ্য। এই Extra Help পেতে আপনাকে আর কিছু করতে হবে না।

আপনার যদি "অতিরিক্ত সহায়তা" সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে, তাহলে কল করুন:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) | TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন;
- সোমবার থেকে শুক্রবার, 8 a.m. থেকে 7 p.m. এর মধ্যে, 1-800-772-1213 নম্বরে সামাজিক নিরাপত্তা অফিসে যোগাযোগ করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-800-325-0778 নম্বরে কল করুন; অথবা
- আপনার স্টেটের Medicaid অফিস (যোগাযোগের তথ্যের জন্য এই অধ্যায়ের সেকশন 6 দেখুন)।

আপনি যদি মনে করেন যে আপনি কোনো ফার্মেসিতে আপনার প্রেসক্রিপশনের জন্য ভুল পরিমাণ অর্থ প্রদান করছেন, তাহলে আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সঠিক কোপেমেেন্ট পরিমাণের প্রমাণ পেতে সহায়তা করার জন্য একটি প্রক্রিয়া রয়েছে। যদি আপনার কাছে ইতিমধ্যেই সঠিক পরিমাণের প্রমাণ থাকে, তাহলে আমরা আপনাকে এই প্রমাণ আমাদের সাথে ভাগ করে নিতে সাহায্য করতে পারি।

- দ্য বেস্ট অ্যাভেইলেবল এভিডেন্স (BAE) <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae> এ পাওয়া যাবে। একজন সদস্যের কম আয়ের ভর্তুকি নির্ধারণের জন্য BAE ব্যবহার করা হয়। আমাদের সদস্য পরিষেবা ডিপার্টমেন্ট এবং ফার্মেসি ডিপার্টমেন্ট এমন ক্ষেত্রসমূহ নির্ধারণ করে যেখানে BAE নীতি প্রযোজ্য। সদস্যগণ অধ্যায় 2-এ তালিকাভুক্ত সদস্য পরিষেবার ঠিকানায় যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য BAE নথিপত্র পাঠাতে পারে। উপরন্তু আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনি সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। প্রমাণের গ্রহণযোগ্য ফরমসমূহ:
 - SSA অ্যাওয়ার্ড লেটার
 - নোটিশ অব লেটার
 - স্যান্সিমেণ্টাল সিকিউরিটি ইনকাম

যখন আমরা সঠিক কোপেমেেন্টের স্তরের প্রমাণ পাব, তখন আমরা আমাদের সিস্টেম আপডেট করব যাতে আপনি আপনার পরবর্তী প্রেসক্রিপশন পাওয়ার সময় সঠিক কোপেমেেন্টের পরিমাণ পরিশোধ করতে পারেন। যদি আপনি আপনার কোপেমেেন্টের অতিরিক্ত টাকা পে করেন, তাহলে আমরা আপনাকে ফেরত দেব, হয় চেকের মাধ্যমে অথবা ভবিষ্যতের কোপেমেেন্টের ক্রেডিটের মাধ্যমে। যদি ফার্মেসি আপনার কোপেমেেন্ট সংগ্রহ

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

না করে এবং আপনার ঋণ থাকে, তাহলে আমরা সরাসরি ফার্মেসিতে পেমেন্ট করতে পারি। যদি কোনো স্টেট আপনার পক্ষ থেকে পেমেন্ট করে থাকে তাহলে আমরা সরাসরি সেই স্টেটকে পেমেন্ট করতে পারি। আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

আমাদের বেশিরভাগ সদস্যই তাদের প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনা খরচ মেটাতে Medicare থেকে Extra Help পাওয়ার যোগ্য এবং ইতিমধ্যেই পাচ্ছেন। একটি স্টেট ফার্মাসিউটিক্যাল সহায়তা কর্মসূচি (SPAP) থেকে আপনি “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” এবং কভারেজ পেলে কী হবে?

অনেক স্টেটে প্রেসক্রিপশন, ওষুধের পরিকল্পনার প্রিমিয়াম এবং/অথবা অন্যান্য ওষুধের খরচ পরিশোধে সহায়তা প্রদান করে। আপনি State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)-এ নথিভুক্ত হলে, Medicare Extra Help প্রথমে অর্থপ্রদান করে।

EPIC (এলডারলি ফার্মাসিউটিক্যাল ইন্স্যুরেন্স কভারেজ) (New York-এর স্টেট ফার্মাসিউটিক্যাল সহায়তা কর্মসূচি) – যোগাযোগের তথ্য

কল করুন

(800) 332-3742

সোমবার - শুক্রবার, স্থানীয় সময় সকাল ৪টা থেকে রাত ৫টা পর্যন্ত

লিখুন

EPIC

P.O. Box 15018

Albany, NY 12212-5018

ওয়েবসাইট

https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

আপনার কাছে “অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help)” এবং AIDS ওষুধ সহায়তা কর্মসূচি (ADAP) থাকলে কী হবে?

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS এ আক্রান্ত ব্যক্তিদের জীবন রক্ষাকারী HIV ওষুধ পেতে সাহায্য করে। Medicare পার্ট D ওষুধগুলি যেগুলি ADAP ফর্মুলারিতেও রয়েছে, সেগুলি New York স্টেট-নির্দিষ্ট ADAP তথ্যের মাধ্যমে প্রেসক্রিপশন খরচ-ভাগাভাগি সহায়তার জন্য যোগ্য।

দ্রষ্টব্য: আপনার স্টেটে ADAP-এর জন্য যোগ্য হতে হলে, ব্যক্তিদের অবশ্যই কিছু মানদণ্ড পূরণ করতে হবে, যার মধ্যে রয়েছে রাজ্যের বসবাসের প্রমাণ এবং HIV অবস্থা, কম আয় (রাজ্য দ্বারা সংজ্ঞায়িত), এবং বীমাবিহীন/কম বীমাবিহীন অবস্থা। আপনি যদি পরিকল্পনা পরিবর্তন করেন, তাহলে আপনার স্থানীয় ADAP তালিকাভুক্ত কর্মীকে অবহিত করুন যাতে আপনি সাহায্য পেতে পারেন। যোগ্যতার মানদণ্ড, আওতাভুক্ত ওষুধ, অথবা প্রোগ্রামে কীভাবে নাম নথিভুক্ত করবেন সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য, (800) 542-2437 বা 1-844-682-4058 নম্বরে কল করুন।

স্টেট ফার্মাসিউটিক্যাল অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম

অনেক স্টেটে State Pharmaceutical Assistance Programs রয়েছে যা আর্থিক চাহিদা, বয়স, চিকিৎসাগত সমস্যা বা অক্ষমতার উপর ভিত্তি করে ব্যক্তিদের প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পে করতে সহায়তা করে। প্রতিটি রাজ্যের সদস্যদের ওষুধের কভারেজ প্রদানের জন্য আলাদা নিয়ম রয়েছে।

New York স্টেটে, State Pharmaceutical Assistance Program হল EPIC (এলডারলি ফার্মাসিউটিক্যাল ইন্স্যুরেন্স কভারেজ)।

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

EPIC (এলডারলি ফার্মাসিউটিক্যাল ইন্স্যুরেন্স কভারেজ) (New York-এর স্টেট ফার্মাসিউটিক্যাল সহায়তা কর্মসূচি) – যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	(800) 332-3742 সোমবার - শুক্রবার, স্থানীয় সময় সকাল ৪টা থেকে রাত ৫টা পর্যন্ত
লিখুন	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
ওয়েবসাইট	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Medicare প্রেসক্রিপশন পেমেন্ট প্ল্যান

Medicare Prescription Payment Plan হল একটি পেমেন্ট বিকল্প যা আপনার বর্তমান ওষুধের কভারেজের সাথে কাজ করে এবং আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকা ওষুধের খরচ **ক্যালেন্ডার বছর** (জানুয়ারি - ডিসেম্বর) জুড়ে ছড়িয়ে দিয়ে পরিচালনা করতে সাহায্য করে। Medicare ওষুধের পরিকল্পনা বা Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনা যার ওষুধের কভারেজ আছে (যেমন Medicare Advantage প্ল্যান যার ওষুধের কভারেজ আছে) যে কেউ এই পেমেন্ট বিকল্পটি ব্যবহার করতে পারেন। **এই পেমেন্ট বিকল্পটি আপনার খরচ পরিচালনা করতে সাহায্য করতে পারে, কিন্তু এটি আপনার টাকা সাশ্রয় করে না বা আপনার ওষুধের খরচ কমায় না। আপনি যদি Medicare Prescription Payment Plan এ অংশগ্রহণ করেন এবং একই পার্ট D প্ল্যানে থাকেন, তাহলে আপনার অংশগ্রহণ স্বয়ংক্রিয়ভাবে 2026 সালের জন্য পুনর্নবীকরণ করা হবে।** যারা যোগ্য তাদের জন্য Medicare প্রেসক্রিপশন পেমেন্ট পরিকল্পনায় অংশগ্রহণের চেয়ে Medicare থেকে Extra Help এবং আপনার SPAP এবং ADAP থেকে সাহায্য বেশি সুবিধাজনক। এই পেমেন্ট বিকল্প সম্পর্কে আরও জানতে, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) অথবা www.Medicare.gov দেখুন।

Medicare Prescription Payment Plan – যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সময়সূচী 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় সকাল ৪ a.m. থেকে ৪ p.m., সপ্তাহের 7 দিন। 1লা এপ্রিল - 30শে সেপ্টেম্বর, সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময় ৪ a.m. থেকে ৪ p.m. পর্যন্ত। সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) ইংরেজি ভাষাভাষী নন এমনদের জন্য বিনামূল্যে ভাষা দোভাষী পরিষেবাও রয়েছে।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সময়সূচী 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় সকাল ৪ a.m. থেকে ৪ p.m., সপ্তাহের 7 দিন। 1লা এপ্রিল - 30শে সেপ্টেম্বর, সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময় ৪ a.m. থেকে ৪ p.m. পর্যন্ত।
ফ্যাক্স	(310) 507-6186
লিখুন	Senior Whole Health of New York Attn: সদস্য পরিষেবা 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

অধ্যায় 2: ফোন নম্বর এবং সংস্থান

বিভাগ ৪ রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB)

রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড হল একটি স্বতন্ত্র ফেডারেল এজেন্সি যেটি দেশের রেলপথ সংশ্লিষ্ট কর্মী এবং তাদের পরিবারের জন্য ব্যাপক উপকারী প্রোগ্রামগুলো পরিচালনা করে থাকে। আপনি যদি রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ডের মাধ্যমে Medicare পান, তাহলে আপনার ডাক ঠিকানা স্থানান্তরিত হলে বা পরিবর্তন করলে তাদের জানান। রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড থেকে আপনার সুবিধা সম্পর্কে প্রশ্নের জন্য, এজেন্সির সাথে যোগাযোগ করুন।

রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB) - যোগাযোগের তথ্য

কল করুন	1-877-772-5772 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সোমবার, মঙ্গলবার, বৃহস্পতিবার এবং শুক্রবার সকাল 9 a.m. থেকে 3:30 p.m. পর্যন্ত এবং বুধবার সকাল 9 a.m. থেকে 12 p.m. পর্যন্ত RRB প্রতিনিধির সাথে কথা বলতে "0" টিপুন। "1" টিপে স্বয়ংক্রিয় RRB হেল্পলাইনে প্রবেশ করুন এবং সপ্তাহান্ত এবং ছুটির দিনগুলি সহ 24 ঘন্টা রেকর্ড করা তথ্য পান।
TTY	1-312-751-4701 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জামের প্রয়োজন এবং এটি শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে কল করা বিনামূল্যে নয়।
ওয়েবসাইট	https://RRB.gov

বিভাগ ৯ যদি আপনার কোনো নিয়োগকর্তার কাছ থেকে গ্রুপ বীমা বা অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা থাকে

যদি আপনি (অথবা আপনার পতি/পত্নী বা গৃহস্থালীর সঙ্গী) এই পরিকল্পনার অংশ হিসেবে আপনার (অথবা আপনার পতি/পত্নী বা গৃহস্থালীর সঙ্গীর) নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গোষ্ঠীর কাছ থেকে সুবিধা পান, তাহলে যেকোনো প্রশ্নের জন্য নিয়োগকর্তা/ইউনিয়ন সুবিধা প্রশাসক বা সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) কল করুন। আপনার (বা আপনার স্বামী/স্ত্রী বা পারিবারিক সঙ্গীর) নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত বিষয়ক স্বাস্থ্য সুবিধা, প্রিমিয়াম বা তালিকাভুক্তির সময়কালের ব্যাপারে জিজ্ঞাসা করতে পারেন। (সদস্য পরিষেবার ফোন নম্বরসমূহ এই নথির পিছনের কভারে মুদ্রিত রয়েছে) এই পরিকল্পনার অধীনে আপনার MEDICARE কভারেজ সম্পর্কে প্রশ্ন থাকলে আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।

যদি আপনার (অথবা আপনার স্ত্রী বা গার্হস্থ্য সঙ্গীর) নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গোষ্ঠীর মাধ্যমে অন্য কোনো ওষুধের কভারেজ থাকে, তাহলে সেই **গোষ্ঠীর সুবিধা প্রশাসকের** সাথে যোগাযোগ করুন। আপনার বর্তমান ওষুধের কভারেজ আমাদের পরিকল্পনার সাথে কীভাবে কাজ করবে তা বুঝতে সুবিধা প্রশাসক আপনাকে সাহায্য করতে পারেন।

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

অধ্যায় 3:

আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

বিভাগ 1 আমাদের পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা কীভাবে পাবেন

এই অধ্যায়ে আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবার আওতায় আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করার বিষয়ে আপনার কী জানা প্রয়োজন তা ব্যাখ্যা করা হয়েছে। আমাদের পরিকল্পনা কোন চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত করে তার বিস্তারিত জানার জন্য, অধ্যায় 4-এ চিকিৎসা সুবিধার তালিকাটি দেখুন।

বিভাগ 1.1 নেটওয়ার্ক প্রদানকারী এবং আওতাভুক্ত পরিষেবা

- **পরিষেবা প্রদানকারী** বলতে বোঝায় বিভিন্ন ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী যারা চিকিৎসা পরিষেবা এবং যত্ন প্রদানের জন্য স্টেট কর্তৃক লাইসেন্সপ্রাপ্ত। “প্রদানকারী” শব্দটিতে হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সুবিধাকেও অন্তর্ভুক্ত।
- **নেটওয়ার্ক প্রদানকারীরা** হলেন ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার, চিকিৎসা গোষ্ঠী, হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা যাদের সাথে আমাদের পেমেন্ট সম্পূর্ণরূপে গ্রহণ করার চুক্তি রয়েছে। আমরা এই প্রদানকারীদের জন্য আমাদের পরিকল্পনায় সদস্যদের কাছে আওতাভুক্ত পরিষেবা প্রদানের ব্যবস্থা করেছি। আমাদের নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারগণ আপনার যত্নের বিনিময়ে আমাদেরকে সরাসরি বিল দেয়। আপনি যখন নেটওয়ার্ক প্রদানকারীকে দেখাবেন তখন আপনি আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলোর জন্য কোনো পেমেন্ট করবেন না।
- **আওতাভুক্ত পরিষেবার** মধ্যে রয়েছে আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত সমস্ত চিকিৎসা পরিচর্যা, স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা, সরবরাহ, সরঞ্জাম এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধ। চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি অধ্যায় 4-এর চিকিৎসা সুবিধার তালিকায় তালিকাভুক্ত করা হয়েছে। প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলো অধ্যায় 5-এ আলোচনা করা হয়েছে।

বিভাগ 1.2 আমাদের পরিকল্পনার আওতায় আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবার জন্য মৌলিক নিয়মাবলী

Medicare এবং Medicaid স্বাস্থ্য পরিকল্পনা হিসেবে, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) অবশ্যই Original Medicare কর্তৃক আওতাভুক্ত করা সমস্ত পরিষেবাগুলোকে কভার করতে হবে এবং Original Medicare-এর আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলো ছাড়াও অন্যান্য পরিষেবাগুলো অফার করতে পারে।

Senior Whole Health of New York অফ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সাধারণত আপনার চিকিৎসা সেবা কভার করবে ততক্ষণ:

- **আপনার পাওয়া চিকিৎসা পরিচর্যা** আমাদের পরিকল্পনার চিকিৎসা সুবিধার তালিকার 4র্থ অধ্যায়ে অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

- **আপনি যে পরিচর্যা পান তা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় বলে বিবেচিত হয়।** চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় মানে হলো যে পরিষেবা, সাপ্লাইজ, সরঞ্জাম বা ওষুধগুলো আপনার চিকিৎসাগত সমস্যার প্রতিরোধ, নির্ণয় বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন এবং চিকিৎসা ব্যবস্থার স্বীকৃত মানদণ্ডগুলো পূরণ করে।
- **আপনার একটি প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারীদের (একজন PCP) নেটওয়ার্ক আছে যারা আপনার পরিচর্যা প্রদান এবং তত্ত্বাবধান করেন।** আমাদের পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে, আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক PCP বেছে নিতে হবে (আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 2.1 দেখুন)।
 - বেশিরভাগ পরিস্থিতিতে, আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের অন্যান্য প্রদানকারী, যেমন বিশেষজ্ঞ, হাসপাতাল, দক্ষ নার্সিং সুবিধা, অথবা গৃহ স্বাস্থ্য সংস্থাগুলি ব্যবহার করার আগে আমাদের পরিকল্পনা আপনাকে আগে থেকেই অনুমোদন (একটি রেফারেল) দিতে হবে। আরও তথ্যের জন্য, বিভাগ 2.3 দেখুন।
 - জরুরি পরিচর্যা বা জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার জন্য আপনার পিসিপি (PCP) কাছ থেকে রেফারেলের প্রয়োজন নেই। আপনার PCP-এর থেকে আগাম অনুমোদন ছাড়াই আপনি যে অন্যান্য ধরণের পরিচর্যা পেতে পারেন সে সম্পর্কে জানতে, বিভাগ 2.2 দেখুন।
- **আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছ থেকে আপনার পরিচর্যা নিতে হবে** (বিভাগ 2 দেখুন)। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা কোনো প্রদানকারীর (যে প্রদানকারী আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের অংশ নয়) কাছ থেকে আপনি যে পরিচর্যা পান তা কভার করা হবে না। এর অর্থ হল, আপনার প্রাপ্ত পরিষেবার জন্য আপনাকে প্রদানকারীকে সম্পূর্ণ অর্থ প্রদান করতে হবে। এখানে 3টি ব্যতিক্রম রয়েছে:
 - আমাদের পরিকল্পনায় নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে আপনি যে জরুরি পরিচর্যা বা জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি পান তা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আরও তথ্যের জন্য, এবং জরুরি বা জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি কী তা জানতে, বিভাগ 3 দেখুন।
 - যদি আপনার এমন চিকিৎসা পরিচর্যার প্রয়োজন হয় যা Medicare আমাদের পরিকল্পনার আওতায় আনে কিন্তু আমাদের নেটওয়ার্কে এই পরিচর্যা প্রদানকারী কোনো বিশেষজ্ঞ না থাকে, তাহলে আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে এই পরিচর্যা পেতে পারেন যা আপনি সাধারণত নেটওয়ার্কের মধ্যে যে খরচ দেন। এই ক্ষেত্রে পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন। অনুগ্রহ করে সহায়তার জন্য সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন। এই পরিস্থিতিতে, আমরা আপনার জন্য বিনামূল্যে এই পরিষেবাগুলি কভার করব। নেটওয়ার্কের বাইরের ডাক্তারের সাথে দেখা করার অনুমোদন পাওয়ার বিষয়ে তথ্যের জন্য, বিভাগ 2.4 দেখুন।
 - আমাদের পরিকল্পনায় Medicare-প্রত্যয়িত ডায়ালাইসিস সুবিধায় আপনি যে কিডনি ডায়ালাইসিস পরিষেবাগুলি পান, সেগুলি অন্তর্ভুক্ত থাকে যখন আপনি সাময়িকভাবে আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন অথবা যখন আপনার পরিষেবা প্রদানকারী অস্থায়ীভাবে অনুপলব্ধ বা অ্যাক্সেসযোগ্য থাকে। আমাদের ডায়ালাইসিস পরিকল্পনার জন্য আপনি যে খরচ ভাগাভাগি করে দেবেন তা কখনই Original Medicare এর খরচ ভাগাভাগির চেয়ে বেশি হতে পারে না। আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন এবং আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে ডায়ালাইসিস পান, তাহলে আপনার খরচ ভাগাভাগি নেটওয়ার্কের মধ্যে আপনি যে খরচ ভাগাভাগি করে দিচ্ছেন তার চেয়ে বেশি হতে পারে না। তবে, যদি আপনার স্বাভাবিক ইন-নেটওয়ার্ক ডায়ালাইসিস প্রদানকারী অস্থায়ীভাবে অনুপলব্ধ থাকে এবং আপনি আমাদের পরিষেবা এলাকার মধ্যে আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে পরিষেবা পেতে চান, তাহলে ডায়ালাইসিসের জন্য আপনার খরচ ভাগাভাগি বেশি হতে পারে।

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

বিভাগ 2 চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা পেতে আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের প্রদানকারীদের ব্যবহার করুন

সেকশন 2.1 আপনার যত্ন প্রদান এবং তদারকি করার জন্য আপনাকে অবশ্যই একজন প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী (PCP) বেছে নিতে হবে

একজন PCP কে এবং আপনার জন্য PCP কী করেন?

আপনি যখন Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্য হন তখন আপনাকে একজন প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী (PCP) বেছে নিতে হবে। আপনার PCP একজন লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রোভাইডার যিনি স্টেটের শর্তাবলি পূরণ করেন এবং আপনাকে প্রাথমিক চিকিৎসা পরিচর্যা দেওয়ার ক্ষেত্রে প্রশিক্ষিত।

আপনার PCP হলো নিউ ইয়র্ক স্টেট ফ্যামিলি মেডিসিন, ইন্টারনাল মেডিসিন, জেরিয়াট্রিক মেডিসিন, অ্যাডাল্ট মেডিসিন বা ফ্যামিলি মেডিসিন বিষয়ক চিকিৎসক বা জেরোন্টোলজিক্যাল নার্স প্র্যাকটিশনার। আপনি আপনার PCP থেকে আপনার নিয়মিত বা প্রাথমিক যত্ন পাবেন। এছাড়াও প্ল্যান মেম্বার হিসেবে আপনি যে সমস্ত আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলো পাবেন PCP তার সমন্বয় করবে। এর মধ্যে রয়েছে এক্স-রে, ল্যাবরেটরি টেস্ট, থেরাপি, কেয়ার ফরম স্পেশালিস্ট, হাসপাতালে ভর্তি এবং ফলো-আপ বিষয়ক যত্ন। আপনার পরিষেবাগুলোকে "সমন্বয় করার" জন্য অন্যান্য প্ল্যানের প্রোভাইডারদের সাথে আপনার যত্ন পরীক্ষা করা বা পরামর্শ করাও জড়িত। কিছু ক্ষেত্রে, আপনার PCP-কে আমাদের প্ল্যান থেকে পূর্ব অনুমোদন (পূর্বানুমতি) নিতে হবে। প্ল্যান থেকে কোন পরিষেবাগুলোর পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন তা অধ্যায় 4-এর সুবিধার তালিকায় আছে। প্রয়োজনীয় অনুমোদন পেতে আপনার PCP Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সাথে যোগাযোগ করবে। যেহেতু আপনার PCP আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদান এবং সমন্বয় করবেন তাই আপনার অতীতের সমস্ত চিকিৎসা রেকর্ড আপনার PCP-এর অফিসে আপনাকে পাঠাতে হবে।

কীভাবে একজন PCP নির্বাচন করবেন

আপনি যখন আমাদের প্ল্যানের জন্য সাইন আপ করবেন তখন আপনাকে একটি PCP নির্বাচন করতে বলা হবে। আপনি বর্তমানে যে PCP দেখছেন তা ইতোমধ্যেই Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর নেটওয়ার্কের অংশ হতে পারে। আপনি যখন আমাদের প্ল্যানের জন্য আবেদন করবেন তখন আপনার PCP আমাদের প্ল্যানের অংশ কি না তা আমরা খুঁজে দেখব। যদি আপনার ডাক্তার Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর অংশ না হন তাহলে আপনাকে আমাদের নেটওয়ার্ক থেকে একটি নতুন নির্বাচন করতে হবে এবং যত তাড়াতাড়ি সম্ভব সেই ডাক্তারের সাথে দেখা করার জন্য একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট নির্ধারণ করতে হবে।

আপনি সাইন আপ করার সময় Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর প্রোভাইডার এবং ফার্মেসি ডিরেক্টরি থেকে আপনার PCP বেছে নিতে পারেন। প্রোভাইডারদের সর্বশেষ তালিকা পেতে, আমাদের ওয়েবসাইটে প্রোভাইডার খুঁজুন টুলটি ব্যবহার করুন। এছাড়াও আপনি এই পুস্তিকাটির পিছনে টোল-ফ্রি নম্বরে সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। আমরা আপনার এলাকার PCP-দের নাম পর্যালোচনা করব, আপনি যে অন্যান্য ডাক্তারদের সাথে দেখা করেন এবং কোন হাসপাতালে যান সে সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করব। আপনাকে আপনার নথিভুক্তকরণের আবেদনে PCP-এর নাম লিখতে বলা হবে। আপনি যে কোনো সময় নিজের PCP পরিবর্তন করতে পারেন।

আপনার PCP কীভাবে পরিবর্তন করবেন

আপনি যে কোনো কারণে, যেকোনো সময় আপনার PCP পরিবর্তন করতে পারেন। এটাও সম্ভব যে আপনার PCP আমাদের পরিকল্পনার প্রদানকারীদের নেটওয়ার্ক ছেড়ে চলে যেতে পারেন, এবং আপনাকে একটি নতুন PCP বেছে নিতে হবে।

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর একটি কন্টিনিউটি-অফ-কেয়ার (COC) পলিসি রয়েছে যা আপনাকে নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে চুক্তিবদ্ধ নন-কন্ট্রাক্টরদের সাথে যোগাযোগ অব্যাহত রাখার অনুমতি দেয়:

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

আপনি একজন নতুন সদস্য হলে, আপনাকে 90 দিন পর্যন্ত চিকিৎসা চালিয়ে যেতে হতে পারে:

- আপনি নথিভুক্তির সময় একজন অ-চুক্তিহীন অনুশীলনকারীর সাথে চিকিৎসার একটি সক্রিয় কোর্সে থাকলে।
- যদি আপনার কাছে বর্তমান DME সরঞ্জাম থাকে - তাহলে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) চুক্তিবিহীন প্রদানকারীদের কাছ থেকে প্রয়োজনীয় DME এবং মেরামতের অ্যাক্সেস অব্যাহত রাখবে।
- আপনি যদি গর্ভবতী হন তবে প্রসবোত্তর পরিষেবাগুলো সম্পূর্ণ না হওয়া পর্যন্ত বা অন্য প্রোভাইডারের কাছে নিরাপদ স্থানান্তরের জন্য প্রয়োজন হলে দীর্ঘ সময়ের জন্য ধারাবাহিকভাবে যত্ন পাবেন।

আপনি যদি একজন বিদ্যমান সদস্য হন, তাহলে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এবং আপনার অনুশীলনকারী বা সুবিধার মধ্যে একটি চুক্তি বাতিল করার পরে, নিম্নলিখিত সতর্কতাগুলি মেনে চলতে হলে, আপনি চলমান পরিষেবাগুলির জন্য এক বছর পর্যন্ত পরিচর্যার ধারাবাহিকতা পেতে পারেন:

- পরিষেবাগুলো হল আপনার সুবিধার অংশ।
- পরিচর্যার মানে সমস্যা থাকায় প্রোভাইডারকে বন্ধ করা হয়নি।
- আপনাকে দেখাশোনা করা চালিয়ে যেতে প্রোভাইডারকে সম্মত হতে হবে।
- প্রোভাইডার নিয়ন্ত্রক প্রয়োজনীয় হার গ্রহণ করতে সম্মত হয়েছে।

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কর্মীরা আপনার নন-কন্ট্রাক্টেড প্র্যাকটিশনারদের সাথে কাজ করবেন যাতে তাদেরকে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) নেটওয়ার্কে চুক্তিবদ্ধ প্রদানকারী হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করা যায় অথবা 90 দিনের ধারাবাহিকতা-পরিচর্যা সময়কালে নেটওয়ার্কের মধ্যে একজন প্র্যাকটিশনারকে আপনার পরিচর্যা স্থানান্তর করতে আপনার এবং প্রদানকারীদের সাথে কাজ করা যায়। আপনার সুবিধার সীমার মধ্যে যত্নের ধারাবাহিকতা প্রদান করা হবে।

নীতির ব্যতিক্রম:

1. আপনার যেকোনো অস্বাভাবিক চাহিদা মেটাতে, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কর্মীরা যতক্ষণ প্রয়োজন ততক্ষণ 90 দিনের সময়কাল বাড়িয়ে দিতে পারেন।
2. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কোনো অ-অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীদের দ্বারা অব্যাহত পরিচর্যা অনুমোদন করবে না যদি:
 - আপনাকে শুধুমাত্র একটি দীর্ঘস্থায়ী অবস্থা পর্যবেক্ষণ করতে হয়।
 - অনুশীলনকারীর সাথে বন্ধ করা চুক্তিটি অযোগ্যতা বা অনুপযুক্ত আচরণের জন্য একটি পেশাদার পর্যালোচনার পদক্ষেপের উপর ভিত্তি করে এবং তাতে আপনার ক্ষতি হতে পারে।

বিভাগ 2.2 PCP রেফারেল ছাড়াই আপনি যে চিকিৎসা পরিচর্যা এবং অন্যান্য পরিষেবা পেতে পারেন

নিচে তালিকাভুক্ত করা সেবাগুলো আপনি নিজের PCP-এর থেকে অগ্রিম অনুমোদন ছাড়াই পেতে পারেন।

- মহিলাদের নিয়মিত স্বাস্থ্যসেবা, যার মধ্যে রয়েছে স্তন পরীক্ষা, স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রাম (স্তনের এক্স-রে), প্যাপ পরীক্ষা এবং পেলভিক পরীক্ষা।
- ফ্লু শট, কোভিড-19 টিকা, হেপাটাইটিস B টিকা, এবং নিউমোনিয়া টিকা
- নেটওয়ার্কের প্রদানকারী বা নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা পরিষেবা প্রদানকারীর থেকে আপৎ কালীন পরিষেবা।
- জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিকল্পনা-আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি হল এমন পরিষেবা যার জন্য তাৎক্ষণিক চিকিৎসার প্রয়োজন (কিন্তু জরুরি নয়) যদি আপনি সাময়িকভাবে আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন, অথবা আপনার সময়, স্থান এবং পরিস্থিতি বিবেচনা করে নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের কাছ থেকে এই পরিষেবাটি নেওয়া অযৌক্তিক হয়। জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার উদাহরণ হল অপ্রত্যাশিত শারীরিক অসুস্থতা এবং আঘাত বা অনাকাঙ্ক্ষিতভাবে কোনো বিদ্যমান অবাস্থার ছড়িয়ে যাওয়া। আপনি যদি

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন বা আমাদের পরিকল্পনা নেটওয়ার্ক অস্থায়ীভাবে অনুপলব্ধ থাকে, তবুও চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় রুটিন পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে দেখা (যেমন বার্ষিক চেকআপ) জরুরিভাবে প্রয়োজন বলে বিবেচিত হবে না।

- আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে সাময়িকভাবে থাকাকালীন Medicare-প্রত্যয়িত ডায়ালাইসিস সুবিধায় আপনি যে কিডনি ডায়ালাইসিস পরিষেবাগুলি পান। যদি সম্ভব হয়, তাহলে পরিষেবা এলাকা ছেড়ে যাওয়ার আগে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) যাতে আপনি দূরে থাকাকালীন সময় রক্ষণাবেক্ষণ ডায়ালাইসিসের ব্যবস্থা করতে আমরা সাহায্য করতে পারি।

বিভাগ 2.3 বিশেষজ্ঞ এবং অন্যান্য নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের কাছ থেকে কীভাবে পরিচর্যা পাওয়া যায়

স্পেশালিস্ট অর্থাৎ বিশেষজ্ঞ হলেন একজন ডাক্তার যিনি একটি নির্দিষ্ট রোগ বা শরীরের বিশেষ অংশের জন্য স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা প্রদান করেন। অনেক ধরনের স্পেশালিস্ট রয়েছে। উদাহরণস্বরূপ:

- ক্যানসার আক্রান্ত রোগীদের জন্য অঙ্কোলজিস্ট কেয়ার
- হার্টের সমস্যা থাকা রোগীদের জন্য কার্ডিওলজিস্ট কেয়ার
- নির্দিষ্ট হাড়, জয়েন্ট বা পেশীর সমস্যা থাকা রোগীদের জন্য অর্থোপেডিস্ট কেয়ার

আপনার PCP যথাযথ অনুযায়ী স্পেশালিস্ট এবং অন্য নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের কাছে পাঠানো সহ পরিষেবাগুলো সমন্বয় করার জন্য দায়বদ্ধ। নেটওয়ার্কের স্পেশালিস্টদের কাছে অফিস ভিজিটের জন্য কোনো আগাম অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন নেই। আপনার যদি এমন কোনো প্রক্রিয়া বা পরিষেবার দরকার হয়, যেখানে পূর্ব অনুমোদন নিতে হবে, সেক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় আগাম অনুমোদন নেওয়ার জন্য আপনার PCP বা স্পেশালিস্ট আমাদের সঙ্গে যোগাযোগ করবেন। এই নথির অধ্যায় 4, ধারা 2.1-এ পরিকল্পনার পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন এমন পরিষেবাগুলি চিহ্নিত করা হয়েছে। যে সমস্ত সেবায় প্ল্যানের পূর্ব অনুমোদনের দরকার হয়, তার মধ্যে রয়েছে ইলেক্টিভ (নন-এমার্জেন্সি) হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা এবং দক্ষ নার্সিং সুবিধা ও গৃহ স্বাস্থ্য পরিচর্যাতে ভর্তি।

খোলা থাকার স্বাভাবিক সময়ের পর যদি আপনার যত্নের দরকার হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার PCP-কে কল করুন। এই তথ্যটি আপনার 'Senior Whole Health of New York অব Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সদস্যতার আইডি কার্ড'-এ তালিকাভুক্ত করা আছে। আপনার যদি মনে হয় একটা জরুরি পরিস্থিতি তৈরি হয়েছে, তাহলে সাথে সাথে চিকিৎসা সেবা নিন। আরও তথ্যের জন্য সেকশন 3 দেখুন (আপনার যদি অবিলম্বে বা জরুরি ভিত্তিতে যত্নের প্রয়োজন হয়, তাহলে কিভাবে আওতাভুক্ত সেবাগুলো পাবেন)।

যখন কোনো বিশেষজ্ঞ বা অন্য কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারী আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করেন

আমরা বছরজুড়ে আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে হাসপাতাল, ডাক্তার এবং বিশেষজ্ঞদের (প্রদানকারীদের) পরিবর্তন করতে পারি। যদি আপনার ডাক্তার বা বিশেষজ্ঞ আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করেন, তাহলে আপনার এই অধিকার এবং নিরাপত্তাগুলি রয়েছে:

- যদিও আমাদের পরিষেবা প্রদানকারীদের নেটওয়ার্ক বছর জুড়ে পরিবর্তিত হতে পারে, Medicare এর জন্য আপনার যোগ্য ডাক্তার এবং বিশেষজ্ঞদের সাথে নিরবচ্ছিন্ন যোগাযোগের সুযোগ থাকা প্রয়োজন।
- আমরা আপনাকে জানানো যে আপনার প্রদানকারী আমাদের পরিকল্পনা থেকে বেরিয়ে যাচ্ছেন যাতে আপনার কাছে নতুন প্রদানকারী বেছে নেওয়ার সময় থাকে।
 - যদি আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা বা আচরণগত স্বাস্থ্য প্রদানকারী আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করেন, তাহলে আপনি যদি গত 3 বছরের মধ্যে সেই প্রদানকারীর সাথে দেখা করে থাকেন তবে আমরা আপনাকে অবহিত করব।

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

- যদি আপনার অন্য কোনো প্রদানকারী আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করেন, তাহলে আমরা আপনাকে জানানো যে আপনি যদি সেই প্রদানকারীর সাথে নিযুক্ত হন, বর্তমানে তাদের কাছ থেকে যত্ন নিচ্ছেন, অথবা গত 3 মাসের মধ্যে তাদের সাথে দেখা করেছেন।
- অব্যাহত পরিচর্যার জন্য আমরা আপনাকে একটি নতুন যোগ্যতাসম্পন্ন ইন-নেটওয়ার্ক প্রদানকারী বেছে নিতে সাহায্য করব।
- আপনি যদি আপনার বর্তমান প্রদানকারীর সাথে চিকিৎসা বা থেরাপি নেন, তাহলে আপনার প্রয়োজনীয় চিকিৎসা বা থেরাপি চালিয়ে যাওয়ার জন্য অনুরোধ করার অধিকার আছে। আমরা আপনার সাথে কাজ করব যাতে আপনি পরিচর্যা নিতে পারেন।
- আমরা আপনাকে তালিকাভুক্তির সময়কাল এবং পরিকল্পনা পরিবর্তনের জন্য আপনার কাছে থাকা বিকল্পগুলি সম্পর্কে তথ্য দেব।
- যখন কোনও ইন-নেটওয়ার্ক প্রদানকারী বা সুবিধা আপনার চিকিৎসা চাহিদা পূরণের জন্য অনুপলব্ধ বা অপর্যাপ্ত হয়, তখন আমরা ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগাভাগির মাধ্যমে আমাদের প্রদানকারী নেটওয়ার্কের বাইরে যে কোনো চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সুবিধার ব্যবস্থা করব। পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।
- আপনি যদি জানতে পারেন যে আপনার ডাক্তার বা বিশেষজ্ঞ আমাদের পরিকল্পনা ছেড়ে যাচ্ছেন, তাহলে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন যাতে আমরা আপনার পরিচর্যা পরিচালনার জন্য একজন নতুন প্রদানকারী বেছে নিতে আপনাকে সাহায্য করতে পারি।
- যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে আমরা আপনার পূর্ববর্তী প্রদানকারীর পরিবর্তে একজন যোগ্য প্রদানকারী সরবরাহ করিনি অথবা আপনার পরিচর্যা যথাযথভাবে পরিচালিত হচ্ছে না, তাহলে আপনার QIO-তে পরিচর্যা র মান সম্পর্কে অভিযোগ দায়ের করার অধিকার আছে, আমাদের পরিকল্পনার বিরুদ্ধে যত্নের মান সম্পর্কে অভিযোগ করার অধিকার আছে, অথবা উভয়ই (অধ্যায় 9 দেখুন)।

বিভাগ 2.4 নেটওয়ার্কের বাইরের প্রদানকারীদের থেকে কীভাবে যত্ন পাবেন

যদি আপনার বিশেষায়িত চিকিৎসা পরিচর্যার প্রয়োজন হয় যা Medicare বা Medicaid আমাদের পরিকল্পনার আওতায় আনে এবং আমাদের নেটওয়ার্কে এমন কোনো প্রদানকারী না থাকে যারা এই পরিচর্যা প্রদান করতে পারে, তাহলে আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে পরিচর্যা পেতে পারেন। এর মধ্যে রয়েছে এমন পরিষেবা প্রদানকারীর পরিষেবা, যারা আপনার প্রয়োজন এমন কোনো সুনির্দিষ্ট পরিষেবা এবং একটি স্পেশালিটি সেন্টার বা উৎকর্ষ কেন্দ্র (যেমন, ESRD পরিষেবা) থেকে দেওয়া হয় এমন পরিষেবা প্রদান করার জন্য অনন্যভাবে উপযুক্ত। আমাদের নেটওয়ার্ক বা পরিষেবা এলাকার বাইরে সুবিধা সংক্রান্ত কোনো অতিরিক্ত বিধিনিষেধ নেই।

নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারদের থেকে যত্ন নেওয়ার আগে পূর্ব অনুমোদনের জন্য আপনাকে বা আপনার PCP-কে অবশ্যই আমাদের প্ল্যানের সাথে যোগাযোগ করতে হবে। সাহায্যের জন্য 'সদস্য পরিষেবা'-তে কল করুন। যদি নেটওয়ার্কের বাইরের প্রদানকারীর থেকে যত্ন নেওয়ার জন্য আমরা আপনাকে পূর্ব অনুমোদন প্রদান করি, তাহলে আমরা এই সেবাগুলো আওতাভুক্ত করব, যেমনটা আপনি এক নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর থেকে পেয়ে থাকেন।

নেটওয়ার্কের বাইরের প্রোভাইডারের সাথে দেখা করার আগে আমাদের প্ল্যান থেকে পূর্ব অনুমোদন নেওয়া অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। আপনার কাছে যদি প্ল্যানের অনুমোদন না থাকে, তাহলে আমাদের প্ল্যান থেকে এই সেবাগুলো হয়তো আওতাভুক্ত করা হবে না। পরিষেবা প্রদানকারী যদি চায় আরও পরিচর্যার জন্য আপনি ফিরে আসুন, তাহলে প্রথমে আমাদের প্ল্যান থেকে অনুমোদনটিতে নেটওয়ার্কের বাইরের পরিষেবা প্রদানকারী কাছে একবারের বেশি সাক্ষাতের সুবিধা আওতাভুক্ত আছে বলে নিশ্চিত হয়ে নিন।

দ্রষ্টব্য: সদস্যরা আপৎ কালীন পরিস্থিতি বা জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার জন্য নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা পরিষেবা প্রদানকারীদের থেকে পরিষেবা পাওয়ার অধিকারী। এছাড়াও, পরিকল্পনাগুলিতে ESRD সদস্যদের জন্য

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

ডায়ালাইসিস পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে যারা আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে ভ্রমণ করেছেন এবং চুক্তিবদ্ধ ESRD প্রদানকারীদের অ্যাক্সেস করতে পারছেন না।

বিভাগ 3 জরুরি অবস্থা, দুর্ঘটনা, অথবা জরুরি চিকিৎসার প্রয়োজনে কীভাবে পরিষেবা পাবেন

বিভাগ 3.1 আপনার যদি কোনো জরুরি চিকিৎসার প্রয়োজন হয়, তাহলে চিকিৎসানিন

একটি জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থা হলো যখন আপনি, অথবা স্বাস্থ্য ও চিকিৎসা সম্পর্কে গড়পড়তা জ্ঞানসম্পন্ন অন্য কোনো বিচক্ষণ সাধারণ ব্যক্তি বিশ্বাস করেন যে আপনার এমন কিছু চিকিৎসাগত লক্ষণ রয়েছে যার জন্য আপনার জীবনহানি (এবং, যদি আপনি একজন গর্ভবতী মহিলা হন, তাহলে একটি অজাত শিশুর মৃত্যু), একটি অঙ্গ বা অঙ্গের কার্যকারিতা হারানো, অথবা কোনো শারীরিক কার্যকারিতা হারানো বা গুরুতরভাবে ক্ষতিগ্রস্ত হওয়া রোধ করার জন্য তাৎক্ষণিক চিকিৎসা সহায়তা প্রয়োজন। চিকিৎসা লক্ষণগুলি অসুস্থতা, আঘাত, তীব্র ব্যথা, অথবা দ্রুত খারাপ হতে পারে এমন একটি চিকিৎসাগত অবস্থা হতে পারে।

আপনার যদি জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থা হয়:

- **এমন হলে যত দ্রুত সম্ভব সাহায্য নিন।** সাহায্যের জন্য 911 নম্বরে কল করুন বা আপনার নিকটবর্তী এমার্জেন্সি রুম বা হাসপাতালে যান। প্রয়োজন হলে অ্যাম্বুলেন্সের জন্য কল করুন। আপনার PCP এর থেকে প্রথমে অনুমোদন বা রেফারেল নেওয়ার প্রয়োজন নেই। আপনার কোনো নেটওয়ার্কের ডাক্তারকে ব্যবহার করার দরকার নেই। আপনি যখনই প্রয়োজন হবে, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র বা তার অঞ্চলের যে কোনো জায়গায় এবং উপযুক্ত রাষ্ট্রীয় লাইসেন্সধারী যে কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে জরুরি চিকিৎসা পরিচর্যা পেতে পারেন, এমনকি যদি তারা আমাদের নেটওয়ার্কের অংশ নাও হয়।
- **যত তাড়াতাড়ি সম্ভব, নিশ্চিত করুন যে আপনার জরুরি অবস্থা সম্পর্কে আমাদের পরিকল্পনার কাছে জানানো হয়েছে।** আপনার আপৎকালীন পরিচর্যার ব্যাপারে আমাদের ফলো আপ করতে হবে। আপনার আপৎকালীন পরিচর্যার ব্যাপারে, সাধারণত 48 ঘণ্টার মধ্যে আপনি বা অন্য কেউ আমাদের কল করে জানাতে পারেন। অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবার ফোন নম্বর এবং কাজের দিন এবং ঘন্টাগুলিতে কল করুন অথবা নম্বরটি কোথায় পাবেন তা ব্যাখ্যা করুন (যেমন, আমাদের পরিকল্পনা সদস্যপদ কার্ডের পিছনে)।

একটি জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি

আমাদের প্ল্যানে এমন পরিস্থিতিগুলোতে অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা আওতাভুক্ত করা হয়, যেখানে অন্য কোনো উপায়ে এমার্জেন্সি রুমে নিয়ে গেলে তা আপনার স্বাস্থ্যের উপর ঝুঁকি তৈরি করতে পারে। এছাড়া আমরা জরুরি পরিস্থিতিতে চিকিৎসা পরিষেবাও আওতাভুক্ত করি।

আপনার অবস্থা কখন স্থিতিশীল এবং কখন চিকিৎসাগত জরুরি অবস্থা শেষ হবে তা আপৎকালীন পরিচর্যা প্রদানকারী ডাক্তাররা সিদ্ধান্ত নেবেন।

জরুরি অবস্থা শেষ হওয়ার পরে, আপনার অবস্থা স্থিতিশীল রয়েছে কিনা তা নিশ্চিত করার জন্য আপনি ফলো-আপ পরিচর্যার অধিকারী। আপনার চিকিৎসক আমাদের সাথে যোগাযোগ না করা এবং অতিরিক্ত সেবার জন্য প্ল্যান না তৈরি করা পর্যন্ত আপনার চিকিৎসা করতে থাকবেন। আপনার ফলো-আপ যত্ন আমাদের প্ল্যানের আওতাভুক্ত থাকবে।

যদি আপনার আপৎকালীন পরিচর্যা নেটওয়ার্কের বাইরের প্রদানকারীদের দ্বারা প্রদান করা হয়, তাহলে আপনার চিকিৎসা অবস্থা এবং পরিস্থিতি অনুকূল হলে আমরা নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের আপনার পরিষেবা গ্রহণের ব্যবস্থা করার চেষ্টা করব।

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

এটি জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থা না হলে কী হবে?

অনেক সময় আপনার জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থা আছে কি না, তা জানতে পারা কঠিন হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আপনি হয়তো জরুরি পরিচর্যার জন্য যেতে পারেন—এই ভেবে যে আপনার স্বাস্থ্য গুরুতর ঝুঁকিতে আছে—এবং ডাক্তার হয়তো বলতে পারেন যে এটি মোটেও কোনো জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থা ছিল না। যদি দেখা যায় যে এটি কোনো জরুরি অবস্থা ছিল না, যদি আপনি যুক্তিসঙ্গতভাবে মনে করেন যে আপনার স্বাস্থ্য গুরুতর ঝুঁকিতে রয়েছে, তাহলে আমরা আপনার চিকিৎসার খরচ বহন করব।

তবে, ডাক্তার যখন বলবেন যে এটি জরুরি অবস্থা নয়, তখন আমরা কেবলমাত্র তখনই অতিরিক্ত পরিচর্যার খরচ বহন করব যদি আপনি এই ২টি উপায়ের যে কোনো একটিতে অতিরিক্ত পরিচর্যা পান:

- আপনি অতিরিক্ত পরিচর্যা নিতে কোনো একটি নেটওয়ার্কের পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে যান।
- আপনার অতিরিক্ত চিকিৎসা পরিচর্যা জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় বলে বিবেচিত হবে এবং এই জরুরি চিকিৎসা পরিচর্যা পেতে আপনাকে নিচের নিয়মগুলি অনুসরণ করতে হবে।

বিভাগ 3.2 যখন আপনার জরুরি পরিষেবার প্রয়োজন হয় তখন পরিচর্যা পান

যে পরিষেবার জন্য তাৎক্ষণিক চিকিৎসার প্রয়োজন (কিন্তু জরুরি নয়) তা জরুরিভাবে প্রয়োজন, যদি আপনি সাময়িকভাবে আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন, অথবা আপনার সময়, স্থান এবং পরিস্থিতি বিবেচনা করে নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের কাছ থেকে এই পরিষেবাটি নেওয়া অযৌক্তিক হয়। জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার উদাহরণ হল অপ্রত্যাশিত শারীরিক অসুস্থতা এবং আঘাত, বা অনাকাঙ্ক্ষিতভাবে কোনো বিদ্যমান অবস্থার ছড়িয়ে যাওয়া। তবে, আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন বা আমাদের পরিকল্পনা নেটওয়ার্ক অস্থায়ীভাবে অনুপলব্ধ থাকে, তবুও বার্ষিক চেকআপের মতো চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নিয়মিত পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে দেখা জরুরি বলে বিবেচিত হবে না।

যখন নেটওয়ার্ক প্রোভাইডাররা সাময়িকভাবে অনুপলভ্য বা তাদের নাগাল পাওয়া যাচ্ছে না, তখন যে কোনো উপলভ্য জরুরি পরিচর্যা সেন্টার ব্যবহার করে জরুরি পরিচর্যা নেওয়া যেতে পারে। আপনি (844) 658-8544 নম্বরে নার্স অ্যাডভাইস লাইনেও কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীদের 711 নম্বরে কল করা উচিত।

আমাদের পরিকল্পনা নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে বিশ্বব্যাপী জরুরি পরিচর্যা পরিষেবাগুলিকে কভার করে:

- জরুরি পরিচর্যা এবং পোস্ট-স্টেবিলাইজেশন যত্নের জন্য ইমার্জেন্সি কভারেজে প্রত্যেক ক্যালেন্ডার বছরে বিশ্বজুড়ে \$10,000 ব্যবহার করার অনুমোদন রয়েছে।
- এই সুবিধা কেবলমাত্র সেইসব পরিষেবার ক্ষেত্রেই সীমাবদ্ধ যেগুলিকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদান করা হলে জরুরি পরিচর্যা হিসেবে শ্রেণীবদ্ধ করা হবে।
- যদি আপনি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জরুরি পরিচর্যা গ্রহণ করেন এবং আপনার জরুরি অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পরেও ইনপেশেন্ট পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার পরিচর্যা অব্যাহত রাখার জন্য আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে ফিরে যেতে হবে অথবা পরিকল্পনা দ্বারা অনুমোদিত নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত হাসপাতালে আপনার ইনপেশেন্ট পরিচর্যা নিতে হবে। একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে আপনি যেটা পেমেন্ট করবেন, সেই খরচ-শেয়ারিং হলো আপনার খরচ। প্ল্যানের সর্বোচ্চ প্রয়োগ হয়।
- আপনাকে পরিষেবার জন্য হিসাবের বাইরে হওয়া ব্যয়ের ভার বহন করতে হতে পারে এবং ব্যয় পরিশোধের জন্য একটি দাবি পেশ করতে হবে।
- বিদেশি ট্যাক্স এবং ফি (এগুলো সহ, তবে এগুলোর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়: মুদ্রা কনভার্সন বা লেনদেনের ফি) আওতাভুক্ত নয়। অন্য কোনো দেশ থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে ফেরা আওতাভুক্ত নয়।
- নিয়মিত পরিচর্যা এবং পূর্ব-নির্ধারিত বা ঐচ্ছিক পদ্ধতিগুলি কভার করা হয় না।

কোনো সেবার জন্য আমরা পেমেন্ট করব কি না, সে ব্যাপারে আপনার প্রশ্ন থাকলে আপনি এটি পাওয়ার আগে আমাদের জিজ্ঞাসা করতে পারেন যে এটি আওতাভুক্ত কি না। এছাড়া আপনার লিখিতভাবে এটি জানতে চাওয়ার

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

অধিকার আছে। আমরা যদি বলি যে আমরা সেবা(গুলো) আওতাভুক্ত করব না, তাহলে আপনার যত্ন রিইমবার্স বা আওতাভুক্ত না করার ব্যাপারে আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপনি আবেদন করতে পারেন।

বিভাগ 3.3 দুর্যোগের সময় পরিচর্যা পান

যদি আপনার রাজ্যের গভর্নর, মার্কিন স্বাস্থ্য ও মানবসেবা সচিব, অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের রাষ্ট্রপতি আপনার ভৌগোলিক অঞ্চলে দুর্যোগ বা জরুরি অবস্থা ঘোষণা করেন, তবুও আপনি আমাদের পরিকল্পনা থেকে পরিচর্যা পাওয়ার অধিকারী।

দুর্যোগের সময় কীভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা পাওয়া যায় সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য SWHNY.com দেখুন।

যদি আপনি কোনো দুর্যোগের সময় কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারী ব্যবহার করতে না পারেন, তাহলে আমাদের পরিকল্পনা আপনাকে নেটওয়ার্কের বাইরের প্রদানকারীদের কাছ থেকে ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগাভাগির মাধ্যমে পরিচর্যা পাওয়ার সুযোগ দেবে। যদি আপনি কোনো দুর্যোগের সময় কোনো নেটওয়ার্ক ফার্মেসি ব্যবহার করতে না পারেন, তাহলে আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো ফার্মেসিতে আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে পারবেন। অধ্যায় 5, বিভাগ 2.5-এ যান।

বিভাগ 4 যদি আপনাকে আওতাভুক্ত পরিষেবার সম্পূর্ণ খরচের জন্য সরাসরি বিল করা হয়?

যদি আপনি আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য পে করে থাকেন অথবা যদি আপনি আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবার জন্য বিল পান, তাহলে আপনি আমাদের আওতাভুক্ত পরিষেবার খরচের অংশ পরিশোধ করতে বলতে পারেন। কী করতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য 7ম অধ্যায়ে যান।

বিভাগ 4.1 যদি পরিষেবাগুলি আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত না হয়

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) অধ্যায় 4-এর চিকিৎসা সুবিধার তালিকাতে তালিকাভুক্ত সমস্ত চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি কভার করে। যদি আপনি এমন পরিষেবা পান যা আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত নয়, অথবা আপনি অনুমোদন ছাড়াই নেটওয়ার্কের বাইরে পরিষেবা পান, তাহলে পরিষেবার সম্পূর্ণ খরচ বহন করার জন্য আপনাকে দায়ী থাকতে হবে।

যেসব আওতাভুক্ত পরিষেবার সুবিধার সীমাবদ্ধতা রয়েছে, সেই ধরনের আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আপনার সুবিধা ব্যবহার করার পরে আপনি যে কোনো পরিষেবার সম্পূর্ণ মূল্যও প্রদান করবেন। কোনো সুবিধা সংক্রান্ত উর্ধ্বসীমা ছুঁয়ে ফেলার পর খরচের জন্য আপনি ব্যয় বহন করলে, সেই খরচগুলি আপনার সর্বোচ্চ হিসাব বহির্ভূত খরচ হিসাবে বিবেচনা করা হবে না।

বিভাগ 5 একটি ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে চিকিৎসা পরিষেবা

বিভাগ 5.1 ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়ন বলতে কী বোঝায়

ক্লিনিক্যাল গবেষণামূলক অধ্যয়ন (যা ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল নামেও পরিচিত) হল নতুন ধরনের মেডিক্যাল পরিচর্যা পরীক্ষা করার জন্য চিকিৎসক এবং বিজ্ঞানীদের একটি পদ্ধতি, যেমন, ক্যানসারের একটি নতুন ওষুধ কতটা ভালোভাবে কাজ করবে। নির্দিষ্ট কিছু ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়ন Medicare দ্বারা অনুমোদিত। Medicare কর্তৃক অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে সাধারণত স্বৈচ্ছাসেবকদের অংশগ্রহণের জন্য অনুরোধ করা হয়। যখন আপনি একটি ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে থাকবেন, তখন আপনি আমাদের পরিকল্পনায় তালিকাভুক্ত থাকতে

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

পারবেন এবং আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে আপনার বাকি পরিচর্যা (অধ্যয়নের সাথে সম্পর্কিত নয় এমন পরিচর্যা) পেতে পারবেন।

Medicare একবার গবেষণা অনুমোদন করলে এবং আপনি আগ্রহ প্রকাশ করলে, গবেষণার ব্যাপারে আরও ব্যাখ্যা করতে এবং গবেষণাটি চালানো বিজ্ঞানীদের সেট করে দেওয়া শর্তাবলী আপনি মেনে চলছেন কি না, তা দেখার জন্য, গবেষণা টিমের তরফ থেকে আপনার সাথে যোগাযোগ করা হবে। অধ্যয়নের প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করলে এবং এখানে কী কী হতে পারে, সে ব্যাপারে সম্পূর্ণ ধারণা থাকলে আপনি অধ্যয়নটিতে অংশগ্রহণ করতে পারেন।

আপনি যদি Medicare-অনুমোদিত গবেষণায় অংশগ্রহণ করেন, তাহলে Original Medicare অধ্যয়নের অংশ হিসেবে আপনি যে আওতাভুক্ত পরিষেবা পান তার বেশিরভাগ খরচ বহন করে। আপনি যদি আমাদের বলেন যে আপনি একটি যোগ্য ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালে আছেন, তাহলে আপনি কেবল সেই ট্রায়ালের পরিষেবাগুলির জন্য ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগাভাগির জন্য দায়ী থাকবেন। আপনি যদি বেশি পে করে থাকেন—উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনি ইতিমধ্যেই Original Medicare খরচ-ভাগাভাগির পরিমাণ পরিশোধ করে থাকেন—তবে আমরা আপনার পেমেন্ট এবং নেটওয়ার্কের মধ্যে খরচ ভাগাভাগির মধ্যে হওয়া পার্থক্যটি ফেরত দেব। আপনি কত টাকা দিয়েছেন তা দেখানোর জন্য আপনাকে নথি প্রদান করতে হবে।

আপনি যদি Medicare-অনুমোদিত কোনো ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করতে চান, তাহলে আপনাকে আমাদের বা আপনার PCP-এর কাছ থেকে আমাদের জানাতে বা অনুমোদন নিতে হবে না। ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নের অংশ হিসেবে আপনার পরিচর্যা প্রদানকারীদের আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের অংশ হওয়ার প্রয়োজন নেই। (এটি এমন কিছু সুবিধার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয় যেগুলির জন্য সুবিধা মূল্যায়নের জন্য ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল বা রেজিস্ট্রি প্রয়োজন, যার মধ্যে প্রমাণ বিকাশ [NCDs-CED] এবং তদন্তমূলক ডিভাইস ছাড় [IDE] অধ্যয়নের সাথে কভারেজের প্রয়োজন এমন কিছু সুবিধা অন্তর্ভুক্ত।) এই সুবিধাগুলি পূর্ব অনুমোদন এবং অন্যান্য পরিকল্পনার নিয়মের অধীনও হতে পারে।

যদিও ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্য আপনার আমাদের পরিকল্পনার অনুমতির প্রয়োজন নেই, তবুও আমরা আপনাকে Medicare-যোগ্য ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালে অংশগ্রহণ করার সময় আগে থেকে আমাদের অবহিত করার জন্য উৎসাহিত করছি।

আপনি যদি Medicare কর্তৃক অনুমোদিত নয় এমন কোনো অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করেন, তাহলে অধ্যয়নে অংশগ্রহণের সমস্ত খরচ বহন করার জন্য আপনি দায়ী থাকবেন।

বিভাগ 5.2 ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে পরিষেবার জন্য কে পে করবে

একবার আপনি Medicare-অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে যোগদান করলে, Original Medicare অধ্যয়নের অংশ হিসাবে আপনি যে নিয়মিত জিনিসপত্র এবং পরিষেবাগুলি পান তা কভার করে, যার মধ্যে রয়েছে:

- এমনকি আপনি অধ্যয়নে অংশগ্রহণ না করলেও কোনো হাসপাতালে থাকার জন্য রুম এবং বোর্ড, যেটার জন্য Medicare পে করবে।
- একটি অপারেশন বা অন্য মেডিকেল পদ্ধতি, যাটি সেটা গবেষণা অধ্যয়নের অংশ হয়ে থাকে
- নতুন পরিচর্যা থেকে তৈরি হওয়া পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া এবং জটিলতার চিকিৎসা

যখন আপনি একটি ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে থাকবেন, তখন Medicare বা আমাদের পরিকল্পনা নিম্নলিখিত কোনোটির জন্য পে করবে না:

- সাধারণত, Medicare অধ্যয়নটি পরীক্ষা করা নতুন আইটেম বা পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করবে না যদি না Medicare আপনি গবেষণায় না থাকলেও আইটেম বা পরিষেবাটি কভার করে।

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

- শুধুমাত্র তথ্য সংগ্রহের জন্য প্রদত্ত জিনিসপত্র বা পরিষেবা এবং আপনার সরাসরি স্বাস্থ্যসেবায় ব্যবহৃত হয় না। উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনার চিকিৎসার জন্য সাধারণত শুধুমাত্র একটি CT স্ক্যানের প্রয়োজন হয়, তাহলে Medicare একটি অধ্যয়নে অংশ হিসেবে করা CT সিটি স্ক্যানের জন্য অর্থ প্রদান করবে না।
- গবেষণার স্পনসরদের দ্বারা প্রদত্ত জিনিসপত্র এবং পরিষেবাগুলি পরীক্ষায় অংশগ্রহণকারী ব্যক্তিদের জন্য বিনামূল্যে।

একটি ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে যোগদান সম্পর্কে আরও তথ্য পান

ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে যোগদান সম্পর্কে আরও তথ্য Medicare প্রকাশনা *Medicare and Clinical Research Studies* থেকে পাবেন, যা www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf এ উপলব্ধ। আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরেও কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।

বিভাগ 6 ধর্মীয় নন-মেডিকেল স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে পরিচর্যা নেওয়ার নিয়মাবলী

বিভাগ 6.1 একটি ধর্মীয় অ-চিকিৎসা স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান

ধার্মিক, নন-মেডিকেল স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান হলো একটি কেন্দ্র, যেখানে এমন শারীরিক অবস্থার ক্ষেত্রে যত্ন প্রদান করা হয়, যা সাধারণত একটি হাসপাতালে বা দক্ষ নার্সিং সুবিধাতে করা যায়। যদি কোনো হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধায় চিকিৎসা পরিচর্যা পাওয়া কোনো সদস্যের ধর্মীয় বিশ্বাসের বিরুদ্ধে হয়, তাহলে আমরা পরিবর্তে একটি ধর্মীয় নন-চিকিৎসা স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদান করব। এই সুবিধাটি শুধুমাত্র পার্ট A ইনপেশেন্ট পরিষেবার জন্য প্রদান করা হয় (নন-চিকিৎসা স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা)।

বিভাগ 6.2 ধর্মীয় অ-চিকিৎসা স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান থেকে কীভাবে পরিচর্যা পাবেন

একটি ধর্মীয় অ-চিকিৎসা স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান থেকে পরিচর্যা পেতে, আপনাকে একটি আইনি নথিতে স্বাক্ষর করতে হবে যেখানে বলা আছে যে আপনি **ব্যতিক্রমহীন** চিকিৎসা গ্রহণের বিরোধিতা করছেন।

- অ-ব্যতিক্রম** চিকিৎসা পরিচর্যা বা চিকিৎসা হলো এমন যেকোনো চিকিৎসা পরিচর্যা বা চিকিৎসা যা **স্বৈচ্ছায়** প্রদান করা হয় এবং কোনো ফেডারেল, রাজ্য বা স্থানীয় আইন দ্বারা **প্রয়োজন নয়**।
- ব্যতিক্রম** চিকিৎসা হলো এমন চিকিৎসা পরিচর্যা বা চিকিৎসা যা আপনি **স্বৈচ্ছায়** পান **না** অথবা ফেডারেল, রাজ্য বা স্থানীয় আইনের অধীনে **প্রয়োজন**।

আমাদের প্ল্যানের আওতাভুক্ত হতে গেলে, আপনি যে ধর্মীয় অ-চিকিৎসা স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান থেকে যত্ন পান, সেটিকে অবশ্যই এই শর্তগুলো পূরণ করতে হবে:

- পরিষেবা প্রদানকারী কেন্দ্রকে অবশ্যই Medicare-এর তরফে সার্টিফিকেটপ্রাপ্ত হতে হবে।
- আমাদের পরিকল্পনায় কেবল পরিচর্যার **অ-ধর্মীয়** দিকগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
- আপনি যদি এই প্রতিষ্ঠান থেকে কোনো সুবিধায় পরিষেবা পান, তাহলে নিম্নলিখিত শর্তাবলী প্রযোজ্য:
 - আপনার অবশ্যই এমন একটি চিকিৎসাগত সমস্যা থাকতে হবে, যা আপনাকে হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা বা দক্ষ নার্সিং সুবিধা পরিচর্যার আওতাভুক্ত পরিষেবা গ্রহণের অনুমতি দেয়।
 - **এবং** – আপনাকে সুবিধা কেন্দ্রে ভর্তি হওয়ার আগে আমাদের পরিকল্পনা থেকে আগাম অনুমোদন নিতে হবে, অন্যথায় আপনার থাকার খরচ কভার করা হবে না।
 - Medicare হাসপাতালে ভর্তি রোগীর কভারেজের সীমা প্রযোজ্য

এছাড়া, আপনার কভারেজ সংক্রান্ত সমস্ত বিকল্প বুঝতে Medicaid-আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির ব্যাপারে আরও তথ্যের জন্য সদস্য পরিষেবা অথবা আপনার স্টেটের Medicaid অফিসে (যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2, সেকশন 6-তে তালিকাভুক্ত করা আছে) যোগাযোগ করুন।

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

বিভাগ 7 টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের মালিকানার নিয়মাবলী

বিভাগ 7.1 আমাদের পরিকল্পনার অধীনে নির্দিষ্ট সংখ্যক অর্থ প্রদানের পরে আপনি কোনো টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের মালিক হবেন না।

টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME) এর মধ্যে রয়েছে অক্সিজেন সরঞ্জাম এবং সরবরাহ, হুইলচেয়ার, ওয়াকার, পাওয়ার্ড গদি ব্যবস্থা, ক্রাচ, ডায়াবেটিস সরবরাহ, কথা তৈরির যন্ত্র, IV ইনফিউশন পাম্প, নেবুলাইজার এবং বাড়িতে সদস্যদের ব্যবহারের জন্য প্রদানকারী কর্তৃক অর্ডার করা হাসপাতালের বিছানা। সদস্যের কাছে সর্বদা কিছু DME জিনিসপত্র থাকে, যেমন প্রস্টেটিক্স। অন্যান্য ধরনের DME আপনাকে ভাড়া নিতে হবে।

Original Medicare-এ, যারা নির্দিষ্ট ধরনের DME ভাড়া করেন, তারা 13 মাসের জন্য আইটেমের জন্য কো-পেমেন্ট করার পরে সরঞ্জামের মালিক হন। তবে, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর সদস্য হিসেবে, আমাদের পরিকল্পনার সদস্য থাকাকালীন আপনি যতই কো-পেমেন্ট করুন না কেন, সাধারণত আপনি ভাড়া করা DME আইটেমের মালিকানা **পাবেন না**। আমাদের প্ল্যানে যোগদানের আগে আপনি যদি Original Medicare অধীনে DME আইটেমের জন্য টানা 12 বার অর্থপ্রদান করে থাকেন, তবুও আপনি মালিকানা পাবেন না। কিছু সীমিত পরিস্থিতিতে, আমরা DME আইটেমের মালিকানা আপনার কাছে হস্তান্তর করব। আরও তথ্যের জন্য (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

আপনি যদি Original Medicare-এ সুইচ করেন তবে টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের জন্য আপনার প্রদত্ত অর্থের কী হবে?

আমাদের পরিকল্পনায় থাকাকালীন যদি আপনি DME আইটেমটির মালিকানা না পান, তাহলে DME আইটেমটির মালিকানা পেতে Original Medicare-এ সুইচ করার পরে আপনাকে টানা 13টি নতুন পেমেন্ট করতে হবে। আমাদের পরিকল্পনায় নথিভুক্ত হওয়ার সময় আপনি যে পেমেন্ট করেছেন তা এই 13টি পেমেন্টের মধ্যে গণনা করা হবে না।

উদাহরণ 1: আপনি Original Medicare-এ আইটেমটির জন্য একটানা 12টি বা তার কম পেমেন্ট করেছেন এবং তারপর আমাদের প্ল্যানে যোগ দিয়েছেন। Original Medicare-এ আপনার করা পেমেন্ট গণনা করা হবে না। জিনিসটি কেনার আগে আপনাকে আমাদের পরিকল্পনার 13টি পেমেন্ট করতে হবে।

উদাহরণ 2: আপনি Original Medicare-এ আইটেমটির জন্য একটানা 12টি বা তার কম পেমেন্ট করেছেন এবং তারপর আমাদের প্ল্যানে যোগ দিয়েছেন। আমাদের পরিকল্পনায় থাকাকালীন আপনি আইটেমটির মালিকানা পাননি। তারপর আপনি Original Medicare-এ ফিরে যাবেন। Original Medicare এ পুনরায় যোগদানের পর, আপনাকে আইটেমটির মালিকানা পেতে টানা 13টি নতুন পেমেন্ট করতে হবে। আপনার ইতিমধ্যে করা যে কোনো পেমেন্ট (আমাদের প্ল্যানে হোক বা Original Medicare-এ) গণনা করা হবে না।

বিভাগ 7.2 অক্সিজেন সরঞ্জাম, জোগান এবং রক্ষণাবেক্ষণের নিয়ম

আপনি যদি Medicare অক্সিজেন সরঞ্জাম কভারেজের উপযুক্ত হন, তাহলে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এগুলো আওতাভুক্ত করবে:

- অক্সিজেনের সরঞ্জাম ভাড়া
- অক্সিজেন এবং অক্সিজেনের সামগ্রী ভাড়া
- অক্সিজেন এবং অক্সিজেন সামগ্রী সরবরাহের জন্য টিউবিং এবং সম্পর্কিত অক্সিজেন আনুষঙ্গিক জিনিসপত্র
- অক্সিজেনের উপকরণের রক্ষণাবেক্ষণ ও মেরামত

আপনি যদি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ছেড়ে দেন অথবা চিকিৎসাগতভাবে আর অক্সিজেন সরঞ্জামের প্রয়োজন না হয়, তাহলে অক্সিজেন সরঞ্জামটি ফেরত দিতে হবে।

অধ্যায় 3: আপনার চিকিৎসা এবং অন্যান্য আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আমাদের পরিকল্পনা ব্যবহার করা

আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করেন এবং Original Medicare এ ফিরে যান তাহলে কী হবে?

Original Medicare এর জন্য 5 বছরের জন্য আপনাকে পরিষেবা প্রদানের জন্য একজন অক্সিজেন প্রদানকারী প্রয়োজন। প্রথম 36 মাসের জন্য আপনাকে সরঞ্জামের ভাড়া দিতে হবে। বাকি 24 মাস প্রদানকারী সরঞ্জাম এবং রক্ষণাবেক্ষণ সরবরাহ করবে (অক্সিজেনের জন্য কোপেমেন্টের জন্য আপনি এখনও দায়ী)। 5 বছর পর আপনি একই কোম্পানিতে থাকতে পারেন অথবা অন্য কোম্পানিতে যেতে পারেন। এই মুহুর্তে, 5 বছরের চক্র আবার শুরু হয়, এমনকি যদি আপনি একই কোম্পানিতে থাকেন, এবং আপনাকে আবার প্রথম 36 মাসের জন্য কোপেমেন্ট করতে হবে। আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনায় যোগদান করেন বা ত্যাগ করেন, তাহলে 5 বছরের চক্র আবার শুরু হবে।

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)**অধ্যায় 4:****চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)****বিভাগ 1 আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি বোঝা**

চিকিৎসা সুবিধার তালিকায় Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর সদস্য হিসেবে আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির তালিকা রয়েছে। এই বিভাগটি এমন চিকিৎসা পরিষেবা সম্পর্কেও তথ্য দেয় যা আওতাভুক্ত নয় এবং নির্দিষ্ট পরিষেবার সীমাবদ্ধতা ব্যাখ্যা করে।

বিভাগ 1.1 আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য আপনাকে কোনো টাকা দিতে হবে না

যেহেতু আপনি Medicaid থেকে সাহায্য পান, তাই আপনার চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আমাদের পরিকল্পনার নিয়ম মেনে চললে আপনাকে আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য কোনো টাকা দিতে হবে না। (আপনার পরিচর্যা পাওয়ার জন্য আপনার পরিকল্পনার নিয়ম সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য অধ্যায় 3 দেখুন।)

বিভাগ 1.2 Medicare পার্ট A এবং পার্ট B এর আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবার জন্য আপনি সর্বাধিক কত টাকা দিতে হবে?

দ্রষ্টব্য: কারণ আমাদের সদস্যগণ Medicaid থেকে সহায়তা পান, খুব কম সদস্যই সর্বাধিক আউট-অব-পকেটের পরিমাণে পৌঁছান। পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার জন্য সর্বাধিক আউট-অফ-পকেট পরিমাণের জন্য আপনি কোনো আউট-অফ-পকেট খরচ পরিশোধ করার জন্য দায়ী নন।

Medicare Advantage Plans এ Medicare পার্ট A এবং পার্ট B এর আওতায় চিকিৎসা পরিষেবার জন্য প্রতি বছর আপনার পকেট থেকে কত টাকা দিতে হবে তার সীমা রয়েছে। এই সীমাকে চিকিৎসা পরিষেবার জন্য সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেট (MOOP) পরিমাণ বলা হয়। **2026 সালের ক্যালেন্ডার বছরের জন্য MOOP এর পরিমাণ \$9,250।**

আওতাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য আপনি যে পেমেন্ট করেন, সেটি এই সর্বাধিক পকেট থেকে খরচ হওয়া অর্থরাশির ক্ষেত্রে বিবেচিত হবে। প্ল্যান প্রিমিয়াম এবং পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি যে পরিমাণ টাকা পে করেন তা আপনার সর্বোচ্চ ব্যয়ের মধ্যে গণনা করা হয় না। এছাড়াও, কিছু পরিষেবার জন্য আপনি যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন তা আপনার সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেটের মধ্যে গণনা করা হয় না। এই পরিষেবাগুলোকে চিকিৎসা সুবিধার চার্টের মধ্যে অ্যাস্টেরিস্ক (*) দিয়ে চিহ্নিত করা হয়। যদি আপনি সর্বোচ্চ \$9,250 এর আউট-অফ-পকেট খরচে পৌঁছে যান, তাহলে বছরের বাকি সময় পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার জন্য আপনাকে কোনো আউট-অফ-পকেট খরচ দিতে হবে না। তবে, আপনাকে অবশ্যই Medicare পার্ট B প্রিমিয়াম প্রদান করতে হবে (যদি না আপনার পার্ট B প্রিমিয়াম Medicaid বা অন্য কোনো তৃতীয় পক্ষ দ্বারা পরিশোধ করা হয়)।

বিভাগ 2 চিকিৎসা সুবিধার তালিকা আপনার চিকিৎসা সুবিধা এবং খরচ দেখায়

পরবর্তী পৃষ্ঠাগুলিতে চিকিৎসা সুবিধার তালিকা Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কর্তৃক আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির তালিকা রয়েছে (পার্ট D ওষুধের কভারেজ অধ্যায় 5 এ রয়েছে)। চিকিৎসা সুবিধার তালিকায় তালিকাভুক্ত পরিষেবাগুলি কেবলমাত্র তখনই আওতাভুক্ত হবে যখন এই প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করা হবে:

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

- আপনার Medicare আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি অবশ্যই Medicare কভারেজ নির্দেশিকা অনুসারে প্রদান করা উচিত।
- আপনার পরিষেবাগুলি (চিকিৎসা পরিচর্যা, পরিষেবা, সরবরাহ, সরঞ্জাম এবং পার্ট B ওষুধ সহ) অবশ্যই চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় হতে হবে। চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় মানে এমন সেবা, সরবরাহ বা ওষুধপত্র, যা আপনার চিকিৎসাগত সমস্যা প্রতিরোধ, শনাক্ত বা চিকিৎসা করতে দরকার এবং অবশ্যই মেডিক্যাল প্র্যাক্টিসের স্ট্যান্ডার্ড স্বীকার করতে হবে।
- নতুন নথিভুক্তদের জন্য, আপনার MA সমন্বিত পরিচর্যা প্ল্যানটি অবশ্যই ন্যূনতম 90-দিনের ট্রানজিশন পিরিয়ড প্রদান করবে, এই সময়ের মধ্যে চিকিৎসার কোর্সটি কোনো নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত প্রদানকারীর দ্বারা শুরু হওয়া কোনো পরিষেবার জন্য হলেও, নতুন MA প্ল্যানে চিকিৎসার কোনো সক্রিয় কোর্সের জন্য পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন নাও হতে পারে।
- আপনি একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর থেকে যত্ন পাচ্ছেন। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে আপনি যে পরিচর্যা পান তা কভার করা হবে না যদি না এটি জরুরি বা জরুরি পরিচর্যা হয়, অথবা যদি না আমাদের পরিকল্পনা বা কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারী আপনাকে রেফারেল দেয়। এর অর্থ হল, নেটওয়ার্কের বাইরের পরিষেবাগুলির জন্য আপনি প্রদানকারীকে সম্পূর্ণ পে করবেন।
- আপনার একজন প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী (একজন PCP) আছেন যিনি আপনার চিকিৎসা প্রদান এবং তত্ত্বাবধান করেন।
- চিকিৎসা সুবিধার তালিকায় তালিকাভুক্ত কিছু পরিষেবা শুধুমাত্র তখনই আওতাভুক্ত হয় যদি আপনার ডাক্তার বা অন্য নেটওয়ার্ক প্রদানকারী আমাদের কাছ থেকে আগাম অনুমোদন পান (কখনও কখনও পূর্ব অনুমোদন বলা হয়)। আওতাভুক্ত করা যে পরিষেবাগুলির জন্য আগে থেকে অনুমোদনের প্রয়োজন হয়, সেগুলিকে চিকিৎসা সুবিধার তালিকায় **মোট অক্ষরে** চিহ্নিত করা হয়েছে।
- যদি আপনার সমন্বিত পরিচর্যা পরিকল্পনা চিকিৎসার একটি কোর্সের জন্য পূর্ব অনুমোদনের অনুরোধের অনুমোদন প্রদান করে, তাহলে প্রয়োজ্য কভারেজ মানদণ্ড, আপনার চিকিৎসা ইতিহাস এবং চিকিৎসা প্রদানকারীর সুপারিশ অনুসারে পরিচর্যার ব্যাঘাত এড়াতে যত্নসূচক চিকিৎসাগতভাবে যুক্তিসঙ্গত এবং প্রয়োজনীয় ততক্ষণ অনুমোদনটি বৈধ থাকতে হবে।

আমাদের কভারেজের ব্যাপারে অন্যান্য যে গুরুত্বপূর্ণ জিনিস জানা দরকার:

- আপনি Medicare এবং Medicaid উভয়ের দ্বারাই আচ্ছাদিত। Medicare-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্যসেবার এবং প্রেসক্রিপশনের ওষুধ আওতাভুক্ত করা হয়। Medicaid আপনার Medicare সেবাগুলোর খরচ শেয়ারিং আওতাভুক্ত করে, যার মধ্যে রয়েছে হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিষেবা এবং আউটপেশেন্ট হসপিটাল পরিষেবা। Medicaid এমন পরিষেবাগুলিও অন্তর্ভুক্ত করে যা Medicare কভার করে না, যেমন পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবা, দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা, ওভার-দ্য-কাউন্টার ওষুধ, গৃহ এবং সম্প্রদায়-ভিত্তিক পরিষেবা, অথবা অন্যান্য Medicaid-ওনলি পরিষেবা।
- সমস্ত ধরনের Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনার মতো, আমরা এমন সবকিছু আওতাভুক্ত করি, যা Original Medicare-এ আওতাভুক্ত করা হয়ে থাকে। (Original Medicare-এর কভারেজ এবং খরচ সম্পর্কে আরও জানতে, আপনার Medicare & You 2026 হ্যান্ডবুকটি দেখুন।) এটি অনলাইনে www.Medicare.gov এ দেখুন অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে একটি কপির জন্য বলুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।
- Original Medicare এর অধীনে বিনামূল্যে কভার করা প্রতিরোধমূলক পরিষেবাগুলির জন্য, আমরা আপনার জন্য বিনামূল্যে সেই পরিষেবাগুলিও কভার করি।
- Medicare যদি 2026-এর সময় কোনো নতুন সেবার জন্য কভারেজ যোগ করে, তাহলে Medicare অথবা আমাদের প্ল্যান থেকে সেই সেবাগুলো আওতাভুক্ত করা হবে।
- আপনি যেহেতু Medicaid থেকে সাহায্য পাবেন, তাই নিজের যত্ন পাওয়ার জন্য প্ল্যানের নিয়মাবলী মেনে চলতে পারলে আপনার আওতাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য আপনাকে কিছু পেমেন্ট করতে হবে না। এর মানে হলো যে আওতাভুক্ত সেবাগুলোর জন্য আপনাকে খরচ-শেয়ারের ব্যাপারে কিছু পেমেন্ট করতে হবে

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

না (কোনো কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই)। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর সদস্য হিসাবে, আমরা আপনার Medicare-এ আওতাভুক্ত করা পরিষেবা এবং আপনার Medicaid পরিষেবাগুলির সমন্বয় করি, কারণ উভয়ই আমাদের প্ল্যানের আওতায় রয়েছে। নিচের সুবিধার তথ্যে Medicare এবং Medicaid এর আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

- আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনার 6 মাসের (180 দিন) ধরে নেওয়া অব্যাহত যোগ্যতার সময়ের মধ্যে থাকেন, তাহলে আমরা Medicare Advantage plan-আওতাভুক্ত সমস্ত Medicare সুবিধা প্রদান চালিয়ে যাব। তবে, এই সময়কালে, আমরা প্রযোজ্য Medicaid State Plan এর আওতায় অন্তর্ভুক্ত Medicaid সুবিধাগুলি কভার করব না, এবং Medicare প্রিমিয়াম বা খরচ ভাগাভাগি করে নেব না যার জন্য স্টেট অন্যথায় দায়ী থাকত যদি আপনি আপনার Medicaid যোগ্যতা হারান। এই সময়ের মধ্যে আপনি Medicare আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য যে পরিমাণ টাকা পে করেন তা বাড়তে পারে।

আপনি যদি Medicaid এর অধীনে Medicare খরচ-ভাগাভাগি সহায়তার জন্য যোগ্য হন, তাহলে চিকিৎসা সুবিধার তালিকাতে তালিকাভুক্ত পরিষেবাগুলির জন্য আপনাকে কোনো পেমেন্ট করতে হবে না, যতক্ষণ না আপনি উপরে বর্ণিত কভারেজের প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করেন। করেন।

গুরুতর সমস্যায় ভুক্তভোগী নথিভুক্তদের জন্য গুরুত্বপূর্ণ সুবিধার তথ্য

- আপনার যদি নিচে তালিকাভুক্ত কোনো দীর্ঘস্থায়ী সমস্যা(গুলি) ধরা পড়ে এবং আপনি নির্দিষ্ট মানদণ্ড পূরণ করেন, তাহলে আপনি দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থদের জন্য বিশেষ সম্পূর্ণ সুবিধার জন্য যোগ্য হতে পারেন।
 - দীর্ঘস্থায়ী অ্যালকোহল ব্যবহারের ব্যাধি এবং অন্যান্য মাদক ব্যবহারের ব্যাধি (SUDs)
 - অটোইমিউন ব্যাধি
 - ক্যানসার
 - কার্ডিওভাস্কুলার ব্যাধি
 - গুরুতর হার্ট ফেলিওর
 - ডিমেনশিয়া
 - ডায়াবেটিস মেলিটাস
 - অতিরিক্ত ওজন, স্থূলতা এবং বিপাকীয় সিন্ড্রোম
 - দীর্ঘস্থায়ী গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল রোগ
 - দীর্ঘস্থায়ী কিডনি রোগ (CKD)
 - গুরুতর হেমাটোলজিক ডিসঅর্ডার
 - HIV/AIDS
 - দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের সমস্যা
 - গুরুতর এবং প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টিকারী মানসিক স্বাস্থ্যের সমস্যা
 - স্নায়বিক ব্যাধি
 - স্ট্রোক
 - অঙ্গ প্রতিস্থাপনের পর
 - ইমিউনোডেফিসিয়েন্সি এবং ইমিউনোসপ্রেসিভ ব্যাধি
 - জ্ঞানীয় দুর্বলতার সাথে সম্পর্কিত শর্ত
 - কার্যকরী চ্যালেঞ্জ সহ শর্ত
 - দীর্ঘস্থায়ী সমস্যা যা দৃষ্টি, শ্রবণশক্তি (বধিরতা), স্বাদ, স্পর্শ এবং গন্ধকে ব্যাহত করে
 - এমন সমস্যা যা ব্যক্তিদের বজায় রাখা বা বজায় রাখার জন্য অব্যাহত থেরাপি পরিষেবার প্রয়োজন

আমরা আপনাকে এই সুবিধাগুলো অ্যাক্সেস করতে সাহায্য করব। আপনার অনুরোধ প্রক্রিয়া শুরু করতে অথবা অতিরিক্ত তথ্য পেতে আপনার পরিচর্যা সমন্বয়কারী কিংবা 'সদস্য পরিষেবা'-তে কল করতে পারেন।


দ্রষ্টব্য: এই সুবিধার জন্য অনুরোধ করার মাধ্যমে আপনি Senior Whole Health of New York NHC প্রতিনিধিদের আপনার আবেদনে স্পষ্টভাবে উল্লেখিত ফোন, মেল বা যোগাযোগের অন্য কোনো পদ্ধতির মাধ্যমে আপনার সাথে যোগাযোগ করার অনুমতি দিচ্ছেন।

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

- আরও বিস্তারিত জানার জন্য, নিচের চিকিৎসা সুবিধার তালিকায় দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থদের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধাগুলি দেখুন।
- আপনি ঠিক কোন সুবিধাগুলির জন্য যোগ্য হতে পারেন তা জানতে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।

 এই আপেলটি Medicare সুবিধার তালিকায় প্রতিরোধমূলক পরিষেবাগুলি দেখায়।




চিকিৎসা সুবিধার তালিকা

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>অ্যাবডোমিনাল অ্যারোটিক অ্যানেউরিসাম স্কিনিং</p> <p>ঝুঁকিতে থাকা ব্যক্তিদের জন্য এককালীন স্কিনিং আল্ট্রাসাউন্ড। আমাদের পরিকল্পনাটি শুধুমাত্র তখনই এই স্কিনিংকে অন্তর্ভুক্ত করবে যদি আপনার কিছু ঝুঁকির কারণ থাকে এবং আপনি যদি আপনার চিকিৎসক, চিকিৎসক সহকারী, নার্স অনুশীলনকারী, অথবা ক্লিনিক্যাল নার্স বিশেষজ্ঞের কাছ থেকে এর জন্য রেফারেল পান।</p>	<p>এই প্রতিরোধমূলক স্কিনিংয়ের ক্ষেত্রে যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>
	<p>পিঠের গুরুতর ব্যথার জন্য আকুপাংচার</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <p>90 দিনের মধ্যে 12টি পর্যন্ত পরিদর্শন নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে কভার করা হয়:</p> <p>এই সুবিধার উদ্দেশ্যের জন্য, পিঠের গুরুতর ব্যথাকে এইভাবে সংজ্ঞাভুক্ত করা হয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 সপ্তাহ বা তারও বেশি সময় ধরে থাকা; • সুনির্দিষ্ট নয়, অর্থাৎ যেখানে শনাক্ত করা যায় এমন সিস্টেমিক কারণ নেই (অর্থাৎ মেটাস্ট্যাটিক, ইনফ্লেমেটরি, সংক্রামক রোগ ইত্যাদির সাথে সংযুক্ত নয়); • সার্জারির সাথে সংযুক্ত নয়; এবং • প্রেগনেন্সির সাথে সংযুক্ত নয়। <p>যেসব রোগীর উন্নতি দেখা যাচ্ছে তাদের জন্য অতিরিক্ত 8টি সেশনের আওতায় আনা হবে। বছরে 20টির বেশি আকুপাংচার চিকিৎসা করা যাবে না।</p> <p>রোগীর যদি উন্নতি না হয় বা পরিস্থিতি আগের মতো হয়ে যায়, তাহলে অবশ্যই চিকিৎসা বন্ধ করতে হবে।</p> <p>প্রোভাইডারের শর্তাবলী:</p> <p>চিকিৎসকরা (যেমনটা দ্য সামাজিক নিরাপত্তা অ্যাক্ট (দ্য অ্যাক্ট)-এর 1861(r)(1)-তে সংজ্ঞাভুক্ত করা আছে) স্টেটের নিয়ম বা আইন অনুযায়ী আকুপাংচার পরিচালনা করতে পারেন।</p> <p>চিকিৎসক সহকারী (PA), নার্স অনুশীলনকারী (NP)/ক্লিনিক্যাল নার্স বিশেষজ্ঞ (CNS) (যেমন আইনের 1861(aa)(5) এ চিহ্নিত করা হয়েছে), এবং সহায়ক কর্মীরা আকুপাংচার করতে পারে, যদি তারা সমস্ত প্রয়োজ্য রাষ্ট্রীয় প্রয়োজনীয়তা পূরণ করে, এবং:</p>	<p>Medicare-আওতাভুক্ত আকুপাংচার পরিষেবাগুলোর জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>




অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>পিঠের গুরুতর ব্যথার জন্য আকুপাংচার (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> • অ্যাক্রিডিটেশন কমিশন অন আকুপাংচার অ্যান্ড ওরিয়েন্টাল মেডিসিন (ACAOM) দ্বারা স্বীকৃত স্কুল থেকে আকুপাংচার বা ওরিয়েন্টাল মেডিসিনে স্নাতকোত্তর বা ডক্টরাল স্তরের ডিগ্রি থাকে; এবং, • মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের একটি স্টেট, অঞ্চল, অথবা কমনওয়েলথ (অর্থাৎ, পুয়ের্তো রিকো), অথবা District of Columbia আকুপাংচার অনুশীলনের জন্য একটি বর্তমান, পূর্ণ, সক্রিয় এবং অবাধ লাইসেন্স। <p>আকুপাংচার প্রদানকারী সহায়ক কর্মীদের অবশ্যই একজন চিকিৎসক, PA, অথবা NP/CNS-এর যথাযথ তত্ত্বাবধানে থাকতে হবে যা আমাদের 42 CFR §§ 410.26 এবং 410.27 প্রবিধান অনুসারে প্রয়োজনীয়।</p>	
<p>আকুপাংচার পরিষেবা (সম্পূরক) *</p> <p>আকুপাংচার পরিষেবার জন্য প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে সর্বোচ্চ 30টি পর্যন্ত চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় ভিজিটের পরিকল্পনা করুন।</p> <p>পরিপূরক আকুপাংচার সেবাগুলো তখনই আওতাভুক্ত করা হয়, যখন এগুলোর যত্নের জন্য মেডিক্যালি গ্রহণযোগ্য স্ট্যান্ডার্ড হিসাবে আওতাভুক্ত হিসাবে বিবেচিত করা হয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • মাথাব্যথা; অস্টিওআর্থরাইটিস (OA) এর সাথে সম্পর্কিত নিতম্ব বা হাঁটুর জয়েন্টে ব্যথা; অথবা দীর্ঘস্থায়ী এবং মানসম্মত চিকিৎসা পরিচর্যার প্রতি সাড়া না দিলে অন্যান্য অঙ্গ-প্রত্যঙ্গের জয়েন্টে ব্যথা; জয়েন্ট এবং সংশ্লিষ্ট নরম টিস্যুর সাথে সম্পর্কিত ব্যথার লক্ষণ; পেশীবহল ঘাড় এবং পিঠে ব্যথা; কেমোথেরাপির সাথে সম্পর্কিত বমি বমি ভাব; অস্ত্রোপচারের পরে বমি বমি ভাব; এবং গর্ভাবস্থার সাথে সম্পর্কিত বমি বমি ভাব • আওতাভুক্ত আকুপাংচার সেবার মধ্যে অ্যাস্থমা বা আসক্তি সংক্রান্ত চিকিৎসার জন্য সেবা অন্তর্ভুক্ত নয় (যার মধ্যে সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ধূমপান ছেড়ে দেওয়া অন্তর্ভুক্ত) 	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p>
<p>অ্যাম্বুলেন্স সেবা</p> <p>জরুরি বা অ-জরুরি আচ্ছাদিত অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে ফিক্সড উইং, রোটারি উইং এবং গ্রাউন্ড অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা, নিকটতম উপযুক্ত সুবিধায় যা পরিচর্যা প্রদান করতে পারে</p> <p>যদি সেগুলি এমন কোনো সদস্যের জন্য সজ্জিত থাকে যার চিকিৎসার অবস্থা এমন যে পরিবহনের অন্যান্য উপায় ব্যক্তির স্বাস্থ্যের জন্য বিপন্ন হতে পারে অথবা যদি আমাদের পরিকল্পনা দ্বারা অনুমোদিত হয়। যদি আওতাভুক্ত অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবাগুলি জরুরি অবস্থার জন্য না হয়, তাহলে এটি নথিভুক্ত করা উচিত যে সদস্যের অবস্থা এমন যে পরিবহনের অন্যান্য উপায় ব্যক্তির স্বাস্থ্যের জন্য বিপন্ন হতে পারে এবং অ্যাম্বুলেন্সে পরিবহন চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়।</p>	<p>Medicare-আওতাভুক্ত অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবার জন্য কোনো কোইন্স্যুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>শুধুমাত্র নন-এমার্জেন্ট অ্যাম্বুলেন্সের জন্য পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>বার্ষিক সুস্থতা দর্শন</p> <p>যদি আপনার পার্ট B 12 মাসের বেশি সময় ধরে থাকে, তাহলে আপনি আপনার বর্তমান স্বাস্থ্য এবং ঝুঁকির কারণগুলির উপর ভিত্তি করে একটি ব্যক্তিগতকৃত প্রতিরোধ প্ল্যান তৈরি বা আপডেট করতে একটি বার্ষিক সুস্থতা পরিদর্শন পেতে পারেন। এটি প্রতি 12 মাসে একবার আওতাভুক্ত করা হয়।</p> <p>দ্রষ্টব্য: আপনার প্রথম বার্ষিক সুস্থতা পরিদর্শন আপনার Medicare প্রতিরোধমূলক পরিদর্শনে স্বাগতম হওয়ার 12 মাসের মধ্যে হতে পারে না। তবে, 12 মাস পার্ট B এর ওষুধ গ্রহণের পর বার্ষিক সুস্থতার সাক্ষাৎটি আওতাভুক্তির জন্য আপনার "ওয়েলকাম টু Medicare" সাক্ষাতের প্রয়োজন নেই।</p>	<p>বার্ষিক সুস্থতা পরিদর্শনের জন্য কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট অথবা ছাড় নেই।</p>
	<p>হাড়ের ভর পরিমাপ</p> <p>যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য (সাধারণত, এর অর্থ হাড়ের ভর হারানোর ঝুঁকিতে থাকা ব্যক্তির বা অস্টিওপোরোসিসের ঝুঁকিতে থাকা ব্যক্তির), চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনে প্রতি 24 মাস বা তার বেশি সময় অন্তর নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি কভার করা হয়: হাড়ের ভর সনাক্তকরণ, হাড়ের ক্ষয় সনাক্তকরণ, বা হাড়ের গুণমান নির্ধারণের পদ্ধতি, যার মধ্যে একজন চিকিৎসকের ফলাফলের ব্যাখ্যা অন্তর্ভুক্ত।</p>	<p>Medicare-আওতাভুক্ত হাড়ের ভর পরিমাপের জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>স্তন ক্যান্সার স্ক্রিনিং (ম্যামোগ্রাম)*</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 থেকে 39 বছর বয়সের মধ্যে একটি বেসলাইন ম্যামোগ্রাম • 40 বছর বা তার বেশি বয়সের মহিলাদের জন্য প্রতি 12 মাসে একটি স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রাম • প্রতি 24 মাসে একবার ক্লিনিকাল স্তন পরীক্ষা <p>স্তন ক্যান্সারের প্রাথমিক সনাক্তকরণের জন্য একটি স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রাফি ব্যবহার করা হয়। একবার স্তন ক্যান্সারের ইতিহাস প্রতিষ্ঠিত হয়ে গেলে, এবং স্তন ক্যান্সারের আর কোনো লক্ষণ বা উপসর্গ না পাওয়া পর্যন্ত, চলমান ম্যামোগ্রামগুলিকে ডায়াগনস্টিক হিসাবে বিবেচনা করা হয় এবং এই চার্টে "আউটপেশেন্ট ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা এবং থেরাপিউটিক পরিষেবা এবং সরবরাহ" এর অধীনে আওতাভুক্ত করা হয়। স্তন ক্যান্সারের চিহ্ন বা লক্ষণ রয়েছে এমন সদস্যদের জন্য স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রাফি বার্ষিক সুবিধা পাওয়া যায় না।</p>	<p>আওতাধীন স্ক্রিনিং ম্যামোগ্রামের জন্য কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা ছাড় নেই।</p>
	<p>কার্ডিয়াক পুনর্বাসন পরিষেবা</p> <p>কার্ডিয়াক পুনর্বাসন পরিষেবাগুলোর বিস্তৃত প্রোগ্রামগুলো যার মধ্যে অনুষীলন, শিক্ষা এবং কাউন্সেলিং অন্তর্ভুক্ত রয়েছে এমন সদস্যদের জন্য আওতাভুক্ত করা হয় যারা ডাক্তারের আদেশে নির্দিষ্ট শর্ত পূরণ করে।</p> <p>আমাদের পরিকল্পনায় নিবিড় কার্ডিয়াক পুনর্বাসন কর্মসূচিও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা সাধারণত কার্ডিয়াক পুনর্বাসন কর্মসূচির চেয়ে বেশি কঠোর বা তীব্র হয়।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>কার্ডিওভাসকুলার রোগের ঝুঁকি হ্রাস পরিদর্শন (কার্ডিওভাসকুলার রোগের জন্য থেরাপি)*</p> <p>কার্ডিওভাসকুলার রোগের ঝুঁকি কমাতে সহায়তা করার জন্য আমরা আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা ডাক্তারের সাথে প্রতি বছর একটি দর্শন কভার করি। এই পরিদর্শনকালে, আপনার ডাক্তার অ্যাসপিরিন ব্যবহার নিয়ে আলোচনা করতে পারেন (যদি উপযুক্ত হয়), আপনার রক্তচাপ পরীক্ষা করতে পারেন এবং আপনি স্বাস্থ্যকর খাচ্ছেন তা নিশ্চিত করার জন্য আপনাকে টিপস দিতে পারেন।</p>	<p>নিবিড় আচরণগত থেরাপি কার্ডিওভাসকুলার রোগ প্রতিরোধমূলক সুবিধার জন্য কোনো কোইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>কার্ডিওভাসকুলার ব্যাধি স্ক্রিনিং পরীক্ষা</p> <p>কার্ডিওভাসকুলার ব্যাধি (বা কার্ডিওভাসকুলার ব্যাধির উচ্চতর ঝুঁকির সাথে যুক্ত অস্বাভাবিকতা) শনাক্তকরণের জন্য রক্ত পরীক্ষা প্রতি 5 বছরে (60 মাস)।</p>	<p>কার্ডিওভাসকুলার রোগ পরীক্ষার জন্য কোনো মুদ্রা বীমা, কোপেমেেন্ট বা ছাড় নেই যা প্রতি 5 বছরে একবার আওতাভুক্ত করা হয়।</p>
	<p>জরায়ু ও যোনি ক্যান্সার স্ক্রিনিং</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • সকল নারীর জন্য: প্যাপ পরীক্ষা এবং শ্রোণী পরীক্ষা প্রতি 24 মাসে একবার আওতাভুক্ত করা হয় • যদি আপনার জরায়ুমুখ বা যোনি ক্যান্সারের ঝুঁকি বেশি থাকে অথবা আপনার সন্তান ধারণের বয়স হয় এবং গত 3 বছরে অস্বাভাবিক প্যাপ পরীক্ষা করা হয়ে থাকে: প্রতি 12 মাসে একটি Pap পরীক্ষা 	<p>Medicare-আওতাভুক্ত প্রিভেন্টিভ প্যাপ এবং পেলভিক পরীক্ষার জন্য কোনো কোইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>কাইরোপ্র্যাকটিক পরিষেবা (Medicare-আওতাভুক্ত)</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • সাবলাক্সেশন সংশোধন করতে মেরুদণ্ডের ম্যানুয়াল ম্যানিপুলেশন 	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p>
	<p>দীর্ঘস্থায়ী ব্যথা ব্যবস্থাপনা এবং চিকিৎসা পরিষেবা</p> <p>দীর্ঘস্থায়ী ব্যথা (3 মাসের বেশি স্থায়ী হয় বা পুনরাবৃত্ত ব্যথা) সহ বসবাসকারী ব্যক্তিদের জন্য মাসিক পরিষেবাগুলি কভার করা হয়। পরিষেবাগুলির মধ্যে ব্যথা মূল্যায়ন, ওষুধ ব্যবস্থাপনা, এবং পরিচর্যা সমন্বয় এবং পরিকল্পনা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p>




অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>কোলোরেক্টাল ক্যান্সার স্ক্রিনিং*</p> <p>নিম্নলিখিত স্ক্রিনিং পরীক্ষাগুলি আওতাভুক্ত করা হয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> কোলনোস্কোপির কোনো ন্যূনতম বা সর্বোচ্চ বয়সের সীমাবদ্ধতা নেই এবং উচ্চ ঝুঁকিতে নেই এমন রোগীদের জন্য প্রতি 120 মাস (10 বছর) একবার, অথবা কোলোরেক্টাল ক্যান্সারের উচ্চ ঝুঁকিতে নেই এমন রোগীদের জন্য পূর্ববর্তী নমনীয় সিগময়েডোস্কোপির 48 মাস পরে এবং পূর্ববর্তী স্ক্রিনিং কোলনোস্কোপির পরে উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা রোগীদের জন্য প্রতি 24 মাসে একবার এটি কভার করা হয়। 45 বছর বা তার বেশি বয়সী রোগীদের জন্য কম্পিউটেড টোমোগ্রাফি কোলোনোগ্রাফি, যাদের কোলোরেক্টাল ক্যান্সারের উচ্চ ঝুঁকি নয় এবং শেষ স্ক্রিনিং কম্পিউটেড টোমোগ্রাফি কোলোনোগ্রাফি সঞ্চালনের মাসের পর কমপক্ষে 59 মাস অতিবাহিত হলে অথবা শেষ স্ক্রিনিং ফ্লেক্সিবল সিগময়েডোস্কোপি বা স্ক্রিনিং কোলোনোস্কোপি সঞ্চালনের মাসের পর 47 মাস অতিবাহিত হলে এই বিমাটি কভার করা হয়। কোলোরেক্টাল ক্যান্সারের উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা রোগীদের জন্য, শেষ স্ক্রিনিং কম্পিউটেড টোমোগ্রাফি কোলোনোগ্রাফি বা শেষ স্ক্রিনিং কোলোনোস্কোপি সঞ্চালিত হওয়ার পর কমপক্ষে 23 মাস অতিবাহিত হওয়ার পরে একটি স্ক্রিনিং কম্পিউটেড টোমোগ্রাফি কোলোনোগ্রাফির জন্য অর্থ প্রদান করা যেতে পারে। 45 বছর বা তার বেশি বয়সের রোগীদের জন্য নমনীয় সিগময়েডোস্কোপি। রোগীর স্ক্রিনিং কোলনোস্কোপি করার পর উচ্চ ঝুঁকিতে নেই এমন রোগীদের জন্য প্রতি 120 মাসে একবার। শেষ ফ্লেক্সিবল সিগময়েডোস্কোপি বা কম্পিউটেড টোমোগ্রাফি কোলোনোগ্রাফি থেকে উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা রোগীদের জন্য প্রতি 48 মাসে একবার। 45 বছর বা তার বেশি বয়সী রোগীদের জন্য ফিকাল-অকাল্ট রক্ত পরীক্ষা স্ক্রিনিং। প্রতি 12 মাসে একবার। 45 থেকে 85 বছর বয়সী রোগীদের জন্য মাল্টিটাগেট স্ট্রুলা DNA যারা উচ্চ ঝুঁকির মানদণ্ড পূরণ করেনি। প্রতি 3 বছরে একবার। 45 থেকে 85 বছর বয়সী এবং উচ্চ ঝুঁকির মানদণ্ড পূরণ করে না এমন রোগীদের জন্য রক্ত-ভিত্তিক বায়োমার্কার পরীক্ষা। প্রতি 3 বছরে একবার। কোলোরেক্টাল ক্যান্সার স্ক্রিনিং পরীক্ষায় Medicare-আওতাভুক্ত নন-ইনভেসিভ স্ট্রুলা-ভিত্তিক কোলোরেক্টাল ক্যান্সার স্ক্রিনিং পরীক্ষা ইতিবাচক ফলাফল দেওয়ার পরে ফলো-অন স্ক্রিনিং কোলনোস্কোপি অন্তর্ভুক্ত থাকে। কোলোরেক্টাল ক্যান্সার স্ক্রিনিং পরীক্ষাগুলির মধ্যে একটি পরিকল্পিত স্ক্রিনিং ফ্লেক্সিবল সিগময়েডোস্কোপি বা স্ক্রিনিং কোলনোস্কোপি অন্তর্ভুক্ত থাকে যার মধ্যে টিস্যু বা অন্যান্য পদার্থ অপসারণ করা হয়, অথবা স্ক্রিনিং পরীক্ষার সাথে সম্পর্কিত, ফলাফল হিসাবে এবং একই ক্লিনিক্যাল অভিগুণে সজ্জিত অন্যান্য পদ্ধতি অন্তর্ভুক্ত থাকে। 	<p>Medicare-আওতাভুক্ত কোলোরেক্টাল ক্যান্সার স্ক্রিনিং পরীক্ষার জন্য কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই। যদি আপনার ডাক্তার কোলনোস্কোপি বা নমনীয় সিগময়েডোস্কোপির সময় একটি পলিপ বা অন্য টিস্যু খুঁজে পান এবং অপসারণ করেন, তাহলে স্ক্রিনিং পরীক্ষাটি একটি ডায়াগনস্টিক পরীক্ষায় পরিণত হয়।</p> <p>পার্ট B ডিডাক্টিবল প্রযোজ্য নয়।</p> <p>যদি স্ক্রিনিংয়ের সময় কোনো অস্বাভাবিকতা ধরা পড়ে এবং সেই সময়ে প্রদানকারী কর্তৃক ব্যবস্থা নেওয়া হয়, তাহলে অতিরিক্ত পরিষেবাগুলি (বায়োপসি বা অন্যান্য হস্তক্ষেপ) একটি ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা হিসাবে বিবেচিত হবে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>দাঁতের চিকিৎসা পরিষেবা (Medicare-আওতাভুক্ত)</p> <p>সাধারণভাবে, প্রতিরোধমূলক দাঁতের চিকিৎসা পরিষেবা (যেমন ক্লিনিং, নিয়মিত দাঁতের পরীক্ষা এবং দাঁতের এক্স-রে) Original Medicare-এর আওতায় পড়ে না। তবে, Medicare সীমিত সংখ্যক পরিস্থিতিতে দাঁতের চিকিৎসা পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করে, বিশেষ করে যখন সেই পরিষেবাটি একজন ব্যক্তির প্রাথমিক চিকিৎসাগত সমস্যার নির্দিষ্ট চিকিৎসার একটি অবিচ্ছেদ্য অংশ। উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে ফ্ল্যাকচার বা আঘাতের পরে চোয়ালের পুনর্গঠন, চোয়ালের সাথে জড়িত ক্যান্সারের জন্য রেডিয়েশন চিকিৎসার প্রস্তুতির জন্য দাঁত তোলা, অথবা অঙ্গ প্রতিস্থাপনের আগে মৌখিক পরীক্ষা।</p> <p>*এটি কভারেজের গ্যারান্টি নয়।</p> <p>*পূর্ব অনুমোদন সাপেক্ষে কিছু পদ্ধতি। আপনার দস্তচিকিৎসক এক্স-রে এবং একটি বিবরণের মতো নথি জমা দেবেন যা প্রমাণ করবে যে পদ্ধতিগুলি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় এবং গ্রহণযোগ্য ক্লিনিক্যাল নির্দেশিকা পূরণ করে।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির যোগ্য সদস্যদের জন্য ছাড়যোগ্য কোইস্যুরেন্স বা কোপেমেেন্ট নেই।</p> <p>সর্বজনীন ডেন্টালের জন্য পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>দাঁতের চিকিৎসা পরিষেবা (সম্পূর্ণক) *</p> <p>New York State Medicaid দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবাগুলির সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ ডেন্টাল কভারেজ সরবরাহ করার জন্য আমরা একজন বিক্রেতার সাথে একটি অংশীদারিত্ব প্রতিষ্ঠা করেছি। আমাদের ভেশুরস নেটওয়ার্কের মাধ্যমে কোনো অধিভুক্ত প্রোভাইডারের কাছ থেকে প্রাপ্ত হলে পরিষেবাগুলি আওতাভুক্ত করা হবে।</p> <p>আপনার দাঁতের সুবিধার মধ্যে রয়েছে ডায়াগনস্টিক, প্রিভেনটিভ, রিস্টোরোটিভ সার্ভিস, এন্ডোডন্টিক্স, পিরিওডন্টিক্স, প্রস্টোডন্টিক্স (রিমুভেবল), প্রস্টোডন্টিক্স (ফিক্সড), ম্যাক্সিলোফেসিয়াল প্রস্টেটিক্স, ইমপ্লান্ট সার্ভিস, ওরাল এবং ম্যাক্সিলোফেসিয়াল সার্জারি এবং অ্যাডজাস্টিভ জেনারেল সার্ভিস।</p> <p>পরিষেবার সম্পূর্ণ তালিকার জন্য অনুগ্রহ করে www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm এ যান এবং আপডেট করা ফি শিডিউল নির্বাচন করুন</p> <p>উপরের সুবিধার সময়সূচী লিঙ্কে তালিকাভুক্ত কোডগুলি আমেরিকান ডেন্টাল অ্যাসোসিয়েশন (ADA) বছরের মধ্যে আপডেট করতে পারে। ডেন্টাল ADA কোড সম্পর্কে আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবায় কল করুন। তাদের ফোন নম্বর আপনার প্ল্যান সদস্য আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া থাকবে। কিছু দাঁতের চিকিৎসা পরিষেবার পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে এবং চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় হতে হবে। আপনার প্রদানকারী আপনার জন্য যেকোনো পরিকল্পনা-প্রয়োজনীয় অনুমোদন পরিচালনা করবে।</p>	<p>এখানে কোনো কোইস্যুরেন্স বা কোপেমেেন্ট নেই।</p> <p>একজন দস্ত চিকিৎসকের দ্বারা সুপারিশকৃত সমস্ত দাঁতের চিকিৎসা পদ্ধতির আওতায় নাও আসতে পারে। দস্তচিকিৎসককে আপনাকে বলতে বলুন যে পরিকল্পনাটি কত টাকা দেবে এবং আপনাকে আউট-অফ-পকেট কত দিতে হবে।</p> <p>যদি কোনো পরিষেবা কভার না করা হয় বা আপনি যদি আপনার সর্বাধিক ভাতা অতিক্রম করে থাকেন তবে ব্যয়ের জন্য আপনি দায়বদ্ধ হতে পারেন। সীমাবদ্ধতা এবং অপসারণ প্রযোজ্য হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>দাঁতের চিকিৎসা পরিষেবা (সম্পূরক) * (চলছে)</p> <p>দ্রষ্টব্য: উপরের কভারেজ Medicare সাপ্লিমেন্টাল ডেন্টাল বেনিফিটের জন্য। আপনার New York Medicaid ডেন্টাল বেনিফিট আপনার Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) দ্বারাও পরিচালিত হয়। এই Medicaid সুবিধার বিষয়ে যেকোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে প্ল্যানের সাথে যোগাযোগ করুন।</p>	
	<p>ডিপ্ৰেশন স্ক্রিনিং</p> <p>আমরা প্রতি বছর হতাশার জন্য একটি স্ক্রিনিং কভার করি। স্ক্রিনিংটি এমন একটি প্রাথমিক পরিচর্যা কেন্দ্রে করা উচিত যেখানে ফলো-আপ চিকিৎসা এবং/অথবা রেফারেল প্রদান করা যেতে পারে।</p>	<p>বার্ষিক ডিপ্ৰেশন স্ক্রিনিং ভিজিটের জন্য ছাড়যোগ্য কোইস্যুরেন্স বা কোপেমেেন্ট নেই।</p>
	<p>ডায়াবেটিস স্ক্রিনিং</p> <p>আপনার যদি এই ঝুঁকির কারণগুলির মধ্যে কোনটি থাকে তবে আমরা এই স্ক্রিনিং (উপবাসের গ্লুকোজ পরীক্ষা সহ) কভার করি: উচ্চ রক্তচাপ (উচ্চ রক্তচাপ), অস্বাভাবিক কোলেস্টেরল এবং ট্রাইগ্লিসেরাইড স্তরের ইতিহাস (ডিসলিপিডেমিয়া), স্থূলতা, অথবা উচ্চ রক্তে শর্করার (গ্লুকোজ) ইতিহাস। আপনি অতিরিক্ত ওজন এবং ডায়াবেটিসের পারিবারিক ইতিহাসের মতো অন্যান্য প্রয়োজনীয়তা পূরণ করলে পরীক্ষাগুলোও আওতাভুক্ত করা যেতে পারে।</p> <p>আপনার সাম্প্রতিক ডায়াবেটিস স্ক্রিনিং পরীক্ষার তারিখের পর থেকে প্রতি 12 মাস অন্তর আপনি সর্বাধিক 2 বার ডায়াবেটিস স্ক্রিনিংয়ের জন্য যোগ্য হতে পারেন।</p>	<p>Medicare-আওতাভুক্ত ডায়াবেটিস স্ক্রিনিং পরীক্ষার জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>ডায়াবেটিস স্ব-ব্যবস্থাপনা প্রশিক্ষণ, ডায়াবেটিস পরিষেবা এবং সরবরাহ</p> <p>ডায়াবেটিস আছে এমন সকল ব্যক্তির জন্য (ইনসুলিন ব্যবহারকারী এবং নন-ইনসুলিন ব্যবহারকারী)। আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • আপনার রক্তের গ্লুকোজ নিরীক্ষণের জন্য উপকরণ: রক্তের গ্লুকোজ মনিটর, রক্তের গ্লুকোজ টেস্ট স্ট্রিপ, ল্যানসেট ডিভাইস এবং ল্যানসেট, এবং টেস্ট স্ট্রিপ এবং মনিটরের নির্ভুলতা পরীক্ষা করার জন্য গ্লুকোজ-নিয়ন্ত্রণ সমাধান। <ul style="list-style-type: none"> ◦ ব্লাড গ্লুকোজ (সুগার) মনিটর <ul style="list-style-type: none"> ◦ আপনার ডাক্তার আপনার বাড়িতে ব্যবহারের জন্য পরামর্শ দিলে আওতাভুক্ত করা হয়। ◦ পছন্দনীয় ব্র্যান্ডের ব্লাড গ্লুকোজ মনিটরের পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন নেই। ◦ ব্লাড গ্লুকোজ (সুগার) যাচাইয়ের স্ট্রিপসমূহ <ul style="list-style-type: none"> ◦ পছন্দনীয় ব্র্যান্ডের ব্লাড গ্লুকোজ পরীক্ষার স্ট্রিপগুলোর পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন নেই। 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইস্যুরেন্স, কো-পেমেেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আপনার কাছে প্রেসক্রিপশন থাকলে এবং নেটওয়ার্ক খুচরা ফার্মেসিতে বা মেল সার্ভিস ফার্মেসি প্রোগ্রামের মাধ্যমে তা পূরণ করলে সরবরাহগুলি আওতাভুক্ত করা হয়।</p> <p>ডায়াবেটিক রেটিনোপ্যাথি বা গ্লুকোমা স্ক্রিনিংয়ের জন্য যদি আপনার চোখের পরীক্ষা প্রয়োজন হয়, তাহলে ডাক্তারের পরিষেবার জন্য এই চার্জে “ভিশন কেয়ার” দেখুন।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>ডায়াবেটিস স্ব-ব্যবস্থাপনা প্রশিক্ষণ, ডায়াবেটিস পরিষেবা এবং সরবরাহ (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> প্রতি রিফিল 30 দিনের সরবরাহের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকতে পারে। ট্রু মেট্রিক্স আমাদের পছন্দের ডায়াবেটিস সরবরাহ প্রস্তুতকারক। আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে আমাদের পরিকল্পনা সূত্রটি দেখুন অথবা অতিরিক্ত তথ্যের জন্য সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। পরীক্ষার স্ট্রিপ ও মনিটরগুলোর নির্ভুলতা যাচাইয়ের জন্য গ্লুকোজ-কন্ট্রোল সলিউশন। তীব্র মাত্রার ডায়াবেটিক ফুট ডিজিস থাকা ডায়াবেটিসে আক্রান্ত ব্যক্তির জন্য: প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে এক জোড়া থেরাপিউটিক কাস্টম-মোন্ডেড জুতো (এই ধরনের জুতোর সাথে প্রদত্ত ইনসার্ট সহ) এবং দুটি অতিরিক্ত জোড়া ইনসার্ট, অথবা এক জোড়া ডেপথ জুতো এবং তিন জোড়া ইনসার্ট (এই ধরনের জুতোর সাথে প্রদত্ত নন-কাস্টোমাইজড রিমুভেবল ইনসার্ট সহ)। কভারেজে ফিটিং অন্তর্ভুক্ত থাকে। ডায়াবেটিস স্ব-ব্যবস্থাপনা প্রশিক্ষণ নির্দিষ্ট শর্তের অধীনে অন্তর্ভুক্ত। Medicare-আওতাভুক্ত ডায়াবেটিক পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে: <ul style="list-style-type: none"> বার্ষিক চোখের পরীক্ষা এবং গ্লুকোমা পরীক্ষা পায়ের পরীক্ষা নিরীক্ষা মেডিক্যাল নিউট্রিশন থেরাপি পরিষেবা (MNT) 	<p>আপনি যদি ডায়াবেটিস আক্রান্ত হন এবং পা পরীক্ষা করার দরকার হয় তবে এই চার্টের "পডিয়াট্রি সার্ভিস" দেখুন।</p> <p>আপনি যদি ডায়াবেটিস আক্রান্ত হন এবং আপনার মেডিকেল নিউট্রিশন থেরাপি সার্ভিস (MNT) দরকার হয় তাহলে আপনি এই চার্টের "মেডিকেল নিউট্রিশন থেরাপি" দেখুন।</p> <p>ডায়াবেটিকের জিনিসপত্র, ডায়াবেটিক জুতা এবং ইনসার্টসমূহের ক্ষেত্রে পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p> <p>পছন্দের প্রস্তুতকারকের ক্ষেত্রে পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন নেই।</p> <p>Medicare-আওতাভুক্ত ডায়াবেটিস স্ব-ব্যবস্থাপনা প্রশিক্ষণের জন্য পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন নেই।</p>
<p>টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME) ও সংশ্লিষ্ট জিনিসপত্রসমূহ (টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের সংজ্ঞা জানতে, অধ্যায় 12 এবং অধ্যায় 3 দেখুন)</p> <p>আওতাভুক্ত জিনিসপত্রের মধ্যে রয়েছে, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়, হুইলচেয়ার, ক্রাচ, পাওয়ার্ড ম্যাট্রেস সিস্টেম, ডায়াবেটিস সরবরাহ, বাড়িতে ব্যবহারের জন্য প্রদানকারী দ্বারা অর্ডার করা হসপিটাল বেড, IV ইনফিউশন পাম্প, স্পিচ জেনারেটিং যন্ত্র, অক্সিজেন সরঞ্জাম, নেবুলাইজার এবং ওয়াকার।</p> <p>আমরা Original Medicare-এর মাধ্যমে কভারকৃত সব ধরনের প্রয়োজনীয় DME কভার করি। যদি আপনার এলাকার আমাদের প্রদানকারীর কাছে কোনো নির্দিষ্ট ব্র্যান্ড বা প্রস্তুতকারক না থাকে, তাহলে আপনি তাদের জিজ্ঞাসা করতে পারেন যে তারা আপনার জন্য এটি বিশেষভাবে অর্ডার করতে পারে কিনা। প্রদানকারীদের সাম্প্রতিক তালিকা আমাদের ওয়েবসাইটে SWHNY.com-এ উপলব্ধ।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেণ্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME) ও সংশ্লিষ্ট জিনিসপত্রসমূহ (চলছে)</p> <p>সাধারণত, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এই তালিকার ব্র্যান্ড এবং নির্মাতাদের কাছ থেকে Original Medicare-এর আওতাভুক্ত যেকোনো DME কভার করে। আমরা অন্যান্য ব্র্যান্ড এবং নির্মাতাদের কভার করব না যদি না আপনার ডাক্তার বা অন্য কোনো প্রদানকারী আমাদের বলেন যে ব্র্যান্ডটি আপনার চিকিৎসার প্রয়োজনের জন্য উপযুক্ত। আপনি যদি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) তে নতুন হন এবং আমাদের তালিকায় নেই এমন কোনো ব্র্যান্ডের DME ব্যবহার করেন, তাহলে আমরা 90 দিন পর্যন্ত আপনার জন্য এই ব্র্যান্ডের চিকিৎসা অব্যাহত রাখব। এই সময়ের মধ্যে, এই 90 দিনের পরে কোন ব্র্যান্ডটি চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত তা নির্ধারণ করার জন্য আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলা উচিত। (যদি আপনি আপনার ডাক্তারের সাথে একমত না হন, তাহলে আপনি তাদের দ্বিতীয় মতামতের জন্য আপনাকে রেফার করতে বলতে পারেন।)</p> <p>যদি আপনি (অথবা আপনার প্রদানকারী) আমাদের পরিকল্পনার কভারেজ সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন, তাহলে আপনি বা আপনার প্রদানকারী আপিল দায়ের করতে পারেন। আপনার চিকিৎসার জন্য কোন পণ্য বা ব্র্যান্ড উপযুক্ত সে সম্পর্কে আপনার সরবরাহকারীর সিদ্ধান্তের সাথে আপনি যদি একমত না হন তবে আপনি আপিলও করতে পারেন। (আপিল সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় 9 দেখুন)</p>	
<p>জরুরি পরিচর্যা</p> <p>জরুরি পরিচর্যা বলতে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলিকে বোঝায়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • জরুরি পরিষেবা প্রদানের জন্য যোগ্য সরবরাহকারী দ্বারা সজ্জিত, এবং • জরুরি চিকিৎসাগত সমস্যার মূল্যায়ন বা স্থিতিশীল করার জন্য প্রয়োজন। <p>জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থা হলো সেটাই যখন আপনি বা স্বাস্থ্য ও ওষুধ সম্পর্কে সাধারণ জ্ঞান সহ কোনো বিচক্ষণ ব্যক্তি মনে করেন যে আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত সেই লক্ষণগুলি রয়েছে যেগুলো কারণে জন্য প্রাণহানি রোধ করার জন্য (এবং যদি আপনি গর্ভবতী মহিলা হন, অনাগত সন্তানের ক্ষতি), একটি অঙ্গ হারানো বা কোনো অঙ্গের কার্যকারিতা হ্রাস ঠেকানোর জন্য তাৎক্ষণিক চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করা দরকার। চিকিৎসা লক্ষণগুলি অসুস্থতা, আঘাত, তীব্র ব্যথা, অথবা দ্রুত খারাপ হতে পারে এমন একটি চিকিৎসাগত অবস্থা হতে পারে।</p> <p>নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা জরুরি পরিষেবাগুলির খরচ ভাগাভাগি নেটওয়ার্কের মধ্যে থাকা পরিষেবাগুলির মতোই।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>যদি আপনি কোনো হাসপাতালে ভর্তি হন, তাহলে এই চার্টে "হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা"-এ বর্ণিত খরচ-ভাগাভাগি আপনাকে দিতে হবে।</p> <p>নেটওয়ার্কের ভেতরে বা বাইরের জরুরি পরিষেবার জন্য আপনার খরচ-ভাগ একই।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>জরুরি পরিচর্যা (চলছে)</p> <p>মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের (মার্কিন) বাইরের জরুরি পরিচর্যা বিশ্বব্যাপী জরুরি কভারেজ সুবিধার আওতায় আসতে পারে। আমরা প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে জরুরি পরিচর্যা এবং স্থিতিশীলতা-পরবর্তী পরিচর্যার জন্য বিশ্বব্যাপী \$10,000 পর্যন্ত জরুরি কভারেজ অফার করি। আরো জানতে এই চার্টের "বিশ্বব্যাপী জরুরি পরিচর্যা কভারেজ" দেখুন।</p>	<p>যদি আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো হাসপাতালে জরুরি পরিচর্যা পান এবং আপনার জরুরি অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পরেও ইনপেশেন্ট পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার পরিচর্যা অব্যাহত রাখার জন্য আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে স্থানান্তর করতে হবে অথবা আমাদের পরিকল্পনা দ্বারা অনুমোদিত নেটওয়ার্কের বাইরের হাসপাতালে আপনার ইনপেশেন্ট পরিচর্যা নিতে হবে এবং আপনার খরচ হল সর্বোচ্চ খরচ ভাগাভাগি প্রদান করা যা আপনি একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে প্রদান করেন।</p>
<p>ফিটনেস বেনিফিট (সম্পূরক) *</p> <p>আপনি অংশগ্রহণমূলক ফিটনেস সেন্টারে ফিটনেস সেন্টারের সদস্যপদ নিন। আপনি যদি কোনো ফিটনেস সেন্টারে যেতে না পারেন বা বাড়ি থেকে কাজ করতে পছন্দ করেন তাহলে আপনি একটি হোম ফিটনেস কিট নির্বাচন করতে পারেন। কিটটি আপনাকে আপনার বাড়িতে সাচ্ছন্দে থাকার জন্য সক্রিয় রাখতে সাহায্য করবে। হোম ফিটনেস বিকল্পগুলির মধ্যে ফিটনেস ট্র্যাকার, বলবর্ধক বা যোগা কিটগুলি পেতে পারেন।</p> <p>আপনি যদি কোনো ফিটনেস সেন্টারে ওয়ার্কআউট করার বেছে নেন তাহলে আপনি ওয়েবসাইটটি দেখতে পারেন এবং একটি অংশগ্রহণমূলক অবস্থান নির্বাচন করতে পারেন অথবা শুরু করার জন্য একটি অংশগ্রহণমূলক ফিটনেস সেন্টারে সরাসরি যেতে পারেন। অংশগ্রহণকারী সুবিধা এবং ফিটনেস চেইন জায়গা ভেদে আলাদা হতে পারে এবং এটি পরিবর্তন হতে পারে। কিটগুলি পরিবর্তন হতে পারে।।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আপনার ব্যায়াম রুটিন শুরু বা পরিবর্তন করার আগে সর্বদা আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলুন।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>হেলথ ও ওয়েলনেস এডুকেশন প্রোগ্রাম</p> <ul style="list-style-type: none"> একটি নির্ণীত স্বাস্থ্যের অবস্থা পরিচালনা করতে আপনাকে সাহায্য করার জন্য আমাদের কাছে প্রোগ্রাম উপলব্ধ রয়েছে। প্রোগ্রামগুলির মধ্যে রয়েছে হাঁপানি ব্যবস্থাপনা বিষণ্নতা ব্যবস্থাপনা ডায়াবেটিস ব্যবস্থাপনা উচ্চ রক্তচাপ ব্যবস্থাপনা কার্ডিওভাস্কুলার ডিজিজ (CVD) ব্যবস্থাপনা ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (COPD) ব্যবস্থাপনা <p>শিখন উপকরণ ও সেবা পরামর্শসমূহ উপলব্ধ রয়েছে। আমরা আপনাকে আপনার প্রদানকারীর সাথেও কাজ করতে সহায়তা করতে পারি।</p> <p>হেলথ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামগুলিতে তালিকাভুক্তি:</p> <ul style="list-style-type: none"> আপনাকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রোগ্রাম(গুলিতে) তালিকাভুক্ত করা হবে যেটা মেডিকেল ও ফার্মেসির দাবী করা তথ্যের উপর ভিত্তি করে সব চেয়ে ভালো ভাবে আপনার চাহিদাগুলো পূরণ করে। আপনি আপনার প্রদানকারীর মাধ্যমেও নথিভুক্ত করতে পারেন অথবা স্ব-রেফার করতে পারেন। <p>তালিকাভুক্ত করতে আপনাকে অবশ্যই কিছু শর্ত পূরণ করতে হবে।</p> <p>হেলথ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামগুলি থেকে নামকরণ:</p> <ul style="list-style-type: none"> এই প্রোগ্রামগুলি স্বেচ্ছায় পরিচালিত হয় এবং আপনি যে কোনো সময় প্রোগ্রাম থেকে বের হয়ে আসতে পারেন। <p>আপনি আরও জানতে অথবা উপরের যেকোনো প্রোগ্রামে নথিভুক্ত হতে পারেন আমাদের স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা বিভাগে (866) 891-2320 (TTY: 711), সোমবার থেকে শুক্রবার, 8 a.m. থেকে 8 p.m.(পূর্ব মান সময়) কল করে।</p> <p>হেলথ প্রমোশন প্রোগ্রামসমূহ</p> <p>আপনার হেলথ এবং লাইফস্টাইল সমৃদ্ধ করার জন্য ডিজাইন করা অন্যান্য প্রোগ্রামগুলিও উপলব্ধ করা হয়েছে, যেমন:</p> <ul style="list-style-type: none"> একটি ধূমপান রোধ করার প্রোগ্রাম। একটি ওজন নিয়ন্ত্রণ প্রোগ্রাম। <p>ধূমপান ত্যাগ বা ওজন নিয়ন্ত্রণ সম্পর্কিত তথ্য এবং/অথবা উপকরণের জন্য (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), সোমবার থেকে শুক্রবার, 8 a.m. থেকে 8 p.m.(পূর্ব মান সময়) কল করে।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>Health and wellness education programs (চলছে)</p> <p>নার্স অ্যাডভাইস লাইন</p> <p>আপনার তাৎক্ষণিক স্বাস্থ্য উদ্বেগ, একটি চিকিৎসাগত সমস্যা সম্পর্কে প্রশ্ন, বা উপলব্ধ স্বাস্থ্য সংস্থান সম্পর্কে সাধারণ তথ্য পেতে দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিন নার্স পরামর্শ লাইন উপলব্ধ।</p> <p>আপনি আপনার বাড়িতে আপনার সেবা ব্যবস্থাপনা করতে পারেন কিনা বা একজন মেডিকেল পেশাদারের পরামর্শ প্রয়োজন কিনা তা নির্ধারণ করতে একজন রেজিস্টার্ড নার্স আপনাকে সাহায্য করবে।</p> <p>টোল-ফ্রি নার্স অ্যাডভাইস লাইনের ফোন নম্বরটি হল: 844) 658-8544, (TTY/TDD: 711)</p> <p>অসুস্থতা বা আঘাতের বিষয়ে রেজিস্টার্ড নার্সের সাথে কথা বলার জন্য দিনে বা রাতে যে কোনো সময় কল করুন।</p> <ul style="list-style-type: none"> • কোন রেফারেল বা পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন নেই <p>এই পরিষেবাটি জরুরি পরিস্থিতির জন্য নয়। জরুরি পরিস্থিতিতে, অবিলম্বে 911 ডায়াল করুন।</p>	
<p>হেলদি ইউ কার্ড</p> <p>এই পরিকল্পনার Healthy You কার্ড আপনাকে প্রতি মাসে নির্দিষ্ট কিছু সম্পূর্ণ পরিকল্পনার সুবিধার জন্য \$285 এর সম্মিলিত ব্যয় ভাতা প্রদান করে, যেমন:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ওভার-দ্য-কাউন্টার (OTC) • OTC হিয়ারিং এইডস • খাদ্য ও উৎপাদন* • পরিবহন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত যেকোনো অবস্থান • চিকিৎসা বহির্ভূত প্রয়োজনে পরিবহন* • ইউটিলিটি <p>প্রিলোড করা ডেবিট কার্ডটি ক্রেডিট কার্ড নয়। আপনি কার্ডটিকে নগদে রূপান্তর করতে পারবেন না বা অন্য লোকদের কাছে ধার দিতে পারবেন না। কসমেটিক পদ্ধতিগুলি এই সুবিধা কার্ডের আওতায় নেই। কার্ডে মাসিক ভিত্তিতে ফান্ড লোড করা হয়। প্রতি মাসের শেষে, কোনো অব্যবহৃত বরাদ্দকৃত অর্থ পরবর্তী মাসে বা পরবর্তী বছরের প্ল্যানে বহন করা হবে না। আপনি যদি প্ল্যানটি ত্যাগ করেন তাহলে আপনার কার্যকরী বাতিলের তারিখে সমস্ত অব্যবহৃত বরাদ্দকৃত তহবিল প্ল্যানে ফিরে যাবে।</p>	<p>তোমার হেলদি ইউ কার্ডের জন্য কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>Healthy You কার্ড (চলছে)</p> <p>দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা, খাদ্য ও উৎপাদনের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধার জন্য কীভাবে যোগ্যতা অর্জন করবেন সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। SSBICI-এর ভাতা পেতে, সদস্যদের অবশ্যই একটি যোগ্য দীর্ঘস্থায়ী রোগ থাকতে হবে; এবং Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কেস ম্যানেজমেন্টের সাথে একত্রে চিকিৎসকের অনুমোদন প্রদান করতে হবে। আরো তথ্যের জন্য এই চার্টে "ক্রনিক্যালি III এর জন্য স্পেশাল সাপ্লিমেন্টাল বেনিফিট" পড়ুন।</p>	
<p>হেয়ারিং পরিষেবাসমূহ</p> <p>আপনার চিকিৎসার প্রয়োজন কিনা তা নির্ধারণের জন্য আপনার প্রদানকারী কর্তৃক সম্পাদিত ডায়াগনস্টিক হিয়ারিং এবং ভারসাম্য মূল্যায়নগুলি, যখন আপনি একজন চিকিৎসক, অডিওলজিস্ট, বা অন্য কোনো যোগ্যতাসম্পন্ন প্রদানকারীর কাছ থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করেন, তখন বহির্বিভাগের রোগীদের পরিচর্যার আওতায় পড়ে।</p> <p>Medicare-আওতাভুক্ত ডায়াগনস্টিক হিয়ারিং এবং ব্যালেন্স পরীক্ষা আপনার চিকিৎসার প্রয়োজন কিনা তা নির্ধারণ করতে সাহায্য করে।</p> <p>পরীক্ষাটি শুধুমাত্র চিকিৎসার প্রয়োজনের উপর ভিত্তি করে করা হয়, যেমন অসুস্থতা, রোগ, আঘাত বা অস্ত্রোপচারের কারণে শ্রবণশক্তি হারানো।</p> <p>হেয়ারিং পরিষেবা (সম্পূরক) *</p> <p>Medicare-আওতাভুক্ত শ্রবণ পরিষেবাগুলি ছাড়াও, আপনি প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে একবার একটি নিয়মিত শ্রবণ পরীক্ষা পেতে পারেন। নিয়মিত শ্রবণ পরীক্ষার পর, আপনাকে একটি শ্রবণযন্ত্র লাগানো হতে পারে। আপনার কাছাকাছি একটি ইন-নেটওয়ার্ক শ্রবণ প্রদানকারী খুঁজে পেতে:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. আমাদের সদস্য পরিষেবা বিভাগে কল করুন, অথবা 2. অনলাইনে অনুসন্ধান করুন – MolinaHealthcare.com/Medicare-এ আমাদের সম্পূরক শ্রবণ প্রদানকারী অনলাইন অনুসন্ধান টুল ব্যবহার করে। <p>প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে একবার শ্রবণযন্ত্রের ফিটিং/মূল্যায়ন করা যেতে পারে।</p> <p>যদি আপনাকে বলা হয় যে আপনার শ্রবণযন্ত্রের প্রয়োজন আছে, তাহলে আপনি প্রতি 2 বছর অন্তর পরিকল্পনা-অনুমোদিত সরবরাহকারীর কাছ থেকে উভয় কানের জন্য সর্বাধিক 2টি পূর্ব-নির্বাচিত শ্রবণযন্ত্র পেতে পারেন।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>HIV স্ক্রিনিং</p> <p>যারা HIV স্ক্রিনিং পরীক্ষার জন্য অনুরোধ করেন অথবা HIV সংক্রমণের ঝুঁকিতে আছেন, তাদের জন্য আমরা নিম্নলিখিতগুলি কভার করি:</p> <ul style="list-style-type: none"> প্রতি 12 মাসে একটি স্ক্রিনিং পরীক্ষা <p>আপনি যদি গর্ভবতী হন, তাহলে আমরা কভার করি:</p> <ul style="list-style-type: none"> গর্ভাবস্থায় সর্বোচ্চ 3টি স্ক্রিনিং পরীক্ষা। 	<p>Medicare-আওতাভুক্ত প্রতিরোধমূলক HIV স্ক্রিনিংয়ের জন্য যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>গৃহ স্বাস্থ্য এজেন্সি পরিচর্যা</p> <p>আপনি বাড়িতে স্বাস্থ্য পরিষেবা পাওয়ার আগে, একজন ডাক্তারকে অবশ্যই প্রত্যয়িত করতে হবে যে আপনার বাড়িতে স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রয়োজন এবং তিনি বাড়িতে স্বাস্থ্য এজেন্সি দ্বারা বাড়িতে স্বাস্থ্য পরিষেবা সরবরাহের আদেশ দেবেন। আপনাকে অবশ্যই ঘরমুখো হতে হবে, যার অর্থ বাড়ি ছাড়া একটি বড় প্রচেষ্টা।</p> <p>আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> খণ্ডকালীন বা অন্তর্বর্তীকালীন দক্ষ নার্সিং এবং গৃহ স্বাস্থ্য এইড পরিষেবা (গৃহ স্বাস্থ্য কেয়ার বেনিফিটের আওতায় আসার জন্য, আপনার দক্ষ নার্সিং এবং গৃহ স্বাস্থ্য এইড পরিষেবাগুলির মোট ব্যবহার প্রতিদিন 8 ঘণ্টার কম এবং সপ্তাহে 35 ঘণ্টার কম হতে হবে) শারীরিক থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ থেরাপি চিকিৎসা ও সামাজিক সেবা চিকিৎসা সরঞ্জাম এবং সাপ্লাইজ 	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>হোম ইনফিউশন থেরাপি</p> <p>হোম ইনফিউশন থেরাপিতে বাড়িতে একজন ব্যক্তির শরীরে ওষুধ বা জৈবিক পদার্থ তার শিরায় বা ত্বকের নিচে প্রয়োগ করা জড়িত থাকে। হোম ইনফিউশন সম্পাদনের জন্য প্রয়োজনীয় উপাদানগুলির মধ্যে রয়েছে ওষুধ (উদাহরণস্বরূপ, অ্যান্টিভাইরালস, ইমিউন গ্লোবুলিন), সরঞ্জাম (উদাহরণস্বরূপ, একটি পাম্প) এবং সাপ্লাইজ (উদাহরণস্বরূপ, টিউবিং এবং ক্যাথেটার)।</p> <p>আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> আমাদের পরিচর্যা পরিকল্পনা অনুসারে সজ্জিত নার্সিং পরিষেবা সহ পেশাদার পরিষেবা রোগীর প্রশিক্ষণ ও শিক্ষা অন্যথায় টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম বেনিফিটের কভারে আসে না দূর থেকে পর্যবেক্ষণ একজন যোগ্য হোম ইনফিউশন থেরাপি প্রদানকারীর মাধ্যমে সজ্জিত হোম ইনফিউশন থেরাপি ও হোম ইনফিউশন ওষুধগুলির বিধানের জন্য পর্যবেক্ষণ পরিষেবাগুলি 	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>হসপিস কেয়ার</p> <p>আপনার ডাক্তার এবং হসপিসের মেডিকেল ডিরেক্টর যখন আপনাকে একটি টার্মিনাল প্রগনোসিস দেবেন যেখানে প্রমাণিত হবে যে আপনি মারাখুঁকভাবে অসুস্থ এবং যদি আপনার অসুস্থতা স্বাভাবিকভাবে চলতে থাকে তবে আপনার 6 মাস বা তার কম সময় বেঁচে থাকার সম্ভাবনা রয়েছে, তখন আপনি হসপিস সুবিধার জন্য যোগ্য হবেন। আপনি যেকোনো Medicare-প্রত্যয়িত হসপিস প্রোগ্রাম থেকে চিকিৎসা সেবা পেতে পারেন। আমাদের পরিকল্পনা আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকাতে Medicare-প্রত্যয়িত হসপিস প্রোগ্রামগুলি খুঁজে পেতে আপনাকে সাহায্য করতে বাধ্য, যার মধ্যে রয়েছে আমাদের মালিকানাধীন, নিয়ন্ত্রণাধীন বা আর্থিক স্বার্থযুক্ত প্রোগ্রামগুলি। আপনার হসপিস ডাক্তার একজন নেটওয়ার্ক প্রদানকারী বা নেটওয়ার্কের বাইরের একজন প্রদানকারী হতে পারেন।</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • উপসর্গ নিয়ন্ত্রণ এবং ব্যথা উপশমের জন্য ওষুধ • স্বল্পমেয়াদী অবসরকালীন পরিচর্যা • হোম কেয়ার <p>যখন আপনি কোনো হসপিস-এ ভর্তি হন, তখন আপনার আমাদের পরিকল্পনায় থাকার অধিকার থাকে; যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনায় থাকেন তবে আপনাকে অবশ্যই পরিকল্পনার প্রিমিয়াম প্রদান করতে হবে।</p> <p>আপনার টার্মিনাল প্রগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত হসপিস পরিষেবা এবং Medicare পার্ট A বা B এর আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির জন্য:</p> <p>Original Medicare (আমাদের পরিকল্পনার পরিবর্তে) আপনার হসপিস পরিষেবা এবং আপনার টার্মিনাল প্রগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত যেকোনো পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার জন্য আপনার হসপিস প্রদানকারীকে অর্থ প্রদান করবে। আপনি যখন হসপিস প্রোগ্রামে থাকবেন, তখন আপনার হসপিস প্রদানকারী Original Medicare-এর পরিষেবাগুলির জন্য বিল দেবে। আপনাকে Original Medicare খরচ ভাগাভাগির জন্য বিল করা হবে।</p> <p>Medicare পার্ট A বা B এর আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির জন্য যা আপনার টার্মিনাল প্রগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত নয়: আপনার যদি Medicare পার্ট A বা B এর আওতায় থাকা অ-জরুরি, জরুরিভাবে নয় এমন পরিষেবার প্রয়োজন হয় যা আপনার টার্মিনাল প্রগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত নয়, তাহলে এই পরিষেবাগুলির জন্য আপনার খরচ নির্ভর করে আপনি আমাদের পরিকল্পনা নেটওয়ার্কের কোনো প্রদানকারী ব্যবহার করেন কিনা এবং পরিকল্পনার নিয়ম মেনে চলেন কিনা (যেমন পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন আছে কিনা)।</p>	<p>যখন আপনি Medicare-প্রত্যয়িত হসপিস প্রোগ্রামে নথিভুক্ত হন, তখন আপনার হসপিস পরিষেবা এবং আপনার টার্মিনাল প্রগনোসিস সম্পর্কিত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবাগুলির খরচ Original Medicare দ্বারা প্রদান করা হয়, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) দ্বারা নয়।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>হসপিস পরিচর্যা (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> • যদি আপনি কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছ থেকে আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি পান এবং পরিষেবা পাওয়ার জন্য পরিকল্পনার নিয়মগুলি অনুসরণ করেন, তাহলে আপনি কেবলমাত্র আমাদের নেটওয়ার্কের মধ্যে পরিষেবাগুলির জন্য পরিকল্পনার খরচ-ভাগ করে নেওয়ার পরিমাণ প্রদান করবেন। • যদি আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি পান, তাহলে আপনি Original Medicare-এর অধীনে খরচ ভাগাভাগি করে টাকা পে করবেন। <p>Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) দ্বারা আওতাভুক্ত কিন্তু Medicare Part A বা B দ্বারা আওতাভুক্ত নয় এমন পরিষেবাগুলির জন্য: Senior Whole Health of New York NHC পরিকল্পনার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি কভার করতে থাকবে যা পার্ট A বা B এর আওতায় নেই, সেগুলি আপনার টার্মিনাল প্রগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত হোক বা না হোক। এই পরিষেবাগুলির জন্য আপনি আমাদের পরিকল্পনার খরচ-ভাগাভাগির পরিমাণ প্রদান করবেন।</p> <p>আমাদের পরিকল্পনার পার্ট D সুবিধার আওতায় থাকা ওষুধের জন্য: যদি এই ওষুধগুলি আপনার টার্মিনাল হসপিস অবস্থার সাথে সম্পর্কিত না হয়, তাহলে আপনাকে খরচ ভাগাভাগি করে পে করতে হবে। যদি এগুলি আপনার টার্মিনাল হসপিস অবস্থার সাথে সম্পর্কিত হয়, তাহলে আপনাকে Original Medicare খরচ ভাগাভাগি করে পে করতে হবে। ওষুধগুলি একই সাথে হসপিস এবং আমাদের পরিকল্পনা উভয়ের মাধ্যমে কখনো আওতাভুক্ত করা হয় না। আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় 5, বিভাগ 9.4 দেখুন।</p> <p>দ্রষ্টব্য: যদি আপনার হসপিটাল ছাড়া অন্য কোনো পরিচর্যার প্রয়োজন হয় (যে পরিচর্যা আপনার টার্মিনাল প্রগনোসিসের সাথে সম্পর্কিত নয়), তাহলে পরিষেবার ব্যবস্থা করতে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।</p> <p>আমাদের প্ল্যানটি হসপিস বেনিফিট বেছে নেননি এমন একজন চূড়ান্তভাবে অসুস্থ ব্যক্তির জন্য হসপিস পরামর্শ পরিষেবাগুলি (কেবল একবার) কভার করে।</p>	

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>টিকা</p> <p>আওতাভুক্ত করা Medicare পার্ট B এর সেবাগুলোর মধ্যে নিম্নোক্ত গুলো রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • নিউমোনিয়া ভ্যাকসিন • ফলু/ইনফলুয়েঞ্জা শট (বা টিকা), শরৎ এবং শীতকালে প্রতি ফলু/ইনফলুয়েঞ্জা মৌসুমে একবার, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত ফলু/ইনফলুয়েঞ্জা শট (বা টিকা) সহ। • হেপাটাইটিস B ভ্যাকসিন যদি আপনি হেপাটাইটিস B-তে আক্রান্ত হওয়ার উচ্চ বা মাঝারি ঝুঁকিতে থাকেন • কোভিড 19 টিকা • অন্যান্য ভ্যাকসিন, যদি আপনার অন্যান্য রোগের ঝুঁকি থাকে এবং যদি ভ্যাকসিনগুলো Medicare পার্ট B এর কভারেজ নিয়মাবলী অনুসরণ করে <p>আমরা আমাদের পার্ট D ওষুধের সুবিধার আওতায় প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য অন্যান্য বেশিরভাগ টিকাও কভার করি। আরও তথ্যের জন্য অধ্যায় 6, বিভাগ 8 দেখুন।</p>	<p>নিউমোনিয়া, ফলু/ইনফলুয়েঞ্জা, হেপাটাইটিস B, এবং কোভিড-19 টিকার জন্য কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা</p> <p>এর মধ্যে রয়েছে ইনপেশেন্ট অ্যাকিউট, ইনপেশেন্ট পুনর্বাসন, দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা হাসপাতাল এবং অন্যান্য ধরণের হাসপাতালে ভর্তি রোগী পরিষেবা। হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা শুরু হয় যেদিন আপনি ডাক্তারের আদেশে আনুষ্ঠানিকভাবে হাসপাতালে ভর্তি হন সেই দিন। আপনাকে ছেড়ে দেওয়ার আগের দিনটি আপনার শেষ আন্তর্বিভাগের দিন।</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির অন্তর্ভুক্ত তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • সেমি-প্রাইভেট ঘর (অথবা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনে একটি ব্যক্তিগত ঘর) • বিশেষ ডায়েট সহ খাবার • নিয়মিত নার্সিং পরিষেবা • বিশেষ কেয়ার ইউনিটগুলির ব্যয় (যেমন নিবিড় কেয়ার বা করোনারি কেয়ার ইউনিট) • ওষুধ ও চিকিৎসা • ল্যাব টেস্ট • এক্স-রে এবং অন্যান্য রেডিওলজি পরিষেবা 	<p>প্রতি সুবিধার সময়কালে হাসপাতালে থাকার 1-90 দিনের জন্য আপনাকে \$0 দিতে হবে।</p> <p>আমাদের প্ল্যানটি 60টি "লাইফটাইম রিজার্ভ ডে" কভার করে। এই "অতিরিক্ত" দিনগুলো আমরা কভার করি। যদি আপনার হাসপাতালে থাকার সময়কাল প্রতি সুবিধার সময়কাল 90 দিনের বেশি হয়, তাহলে আপনি এই অতিরিক্ত 60 দিন ব্যবহার করতে পারেন, আপনার হাসপাতালে ভর্তি রোগী কভারেজ প্রতি সুবিধার সময়কালের জন্য 90 দিনের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> • প্রয়োজনীয় অস্ত্রোপচার ও চিকিৎসা সামগ্রী • ছুইলচেয়ারের মতো সরঞ্জামগুলির ব্যবহার • অপারেটিং এবং রিকভারি রুম খরচ • ফিজিক্যাল, পেশাগত এবং স্পিচ ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপি • হাসপাতালের আবাসিক রোগীর মাদকাসক্তি পরিষেবা • নির্দিষ্ট কিছু অবস্থার অধীনে, নিম্নলিখিত ধরণের প্রতিস্থাপন করা হয়: কনিয়াল, কিডনি, কিডনি-অগ্ন্যাশয়, হৃদয়, লিভার, ফুসফুস, হৃদয়/ফুসফুস, অস্থি মজ্জা, স্টেম সেল এবং অল্প/মাল্টিভিসারাল। আপনার যদি প্রতিস্থাপনের প্রয়োজন হয়, তাহলে আমরা আপনার কেসটি একটি Medicare-অনুমোদিত প্রতিস্থাপন কেন্দ্র দ্বারা পর্যালোচনা করার ব্যবস্থা করব যা সিদ্ধান্ত নেবে যে আপনি প্রতিস্থাপনের জন্য উপযুক্ত কিনা। ট্রান্সপ্ল্যান্ট প্রদানকারী স্থানীয় অথবা পরিষেবা এলাকার বাইরে হতে পারে। যদি আমাদের ইন-নেটওয়ার্ক ট্রান্সপ্ল্যান্ট পরিষেবাগুলি সম্প্রদায়ের পরিচর্যার ধরণ থেকে বেরিয়ে আসে, তাহলে আপনি স্থানীয়ভাবে যেতে পারেন যতক্ষণ না স্থানীয় ট্রান্সপ্ল্যান্ট প্রদানকারীরা Original Medicare হার গ্রহণ করতে ইচ্ছুক। যদি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) আপনার সম্প্রদায়ের ট্রান্সপ্ল্যান্টের পরিচর্যার ধরণ ছাড়া অন্য কোনো স্থানে ট্রান্সপ্ল্যান্ট পরিষেবা প্রদান করে এবং আপনি এই দূরবর্তী স্থানে ট্রান্সপ্ল্যান্ট করতে চান, তাহলে আমরা আপনার এবং আপনার সঙ্গীর জন্য উপযুক্ত থাকার ব্যবস্থা এবং পরিবহন খরচের ব্যবস্থা করব বা পে করব। Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ট্রান্সপ্ল্যান্ট সম্পর্কিত চিকিৎসা পরিচর্যার সুনির্দিষ্ট বিবরণ প্রদান করে, যার দৈনিক সর্বোচ্চ আয় প্রতিদিন \$150 পর্যন্ত। এছাড়াও, অভ্যন্তরীণ রাজস্ব পরিষেবা (IRS) দ্বারা বর্ণিত করদাতাদের জন্য স্ট্যান্ডার্ড মাইলেজ হারের সমতুল্য পরিমাণে মাইলেজ পরিশোধের জন্য অনুরোধ করা যেতে পারে যা সামঞ্জস্য করা হয় এবং জনসাধারণের জন্য বিজ্ঞপ্তি প্রকাশিত হয়। পরিকল্পনার নির্দেশিকা অনুসারে, ভ্রমণ, থাকার ব্যবস্থা, খাবার এবং মাইলেজ রিইমবার্সমেন্টের জন্য সর্বোচ্চ প্রদেয় পরিমাণ হল প্রতি প্রতিস্থাপনের জন্য পাঁচ হাজার ডলার (\$5,000)। • রক্ত - সংরক্ষণ এবং পরিচালনা সহ। সম্পূর্ণ রক্ত এবং প্যাকড লোহিত রক্তকণিকার কভারেজ আপনার প্রয়োজনীয় চতুর্থ পিন্ট রক্ত দিয়েই শুরু হয়। একটি ক্যালেন্ডার বছরে প্রথম 3টি পিন্ট রক্তের খরচ আপনাকে দিতে হবে অথবা আপনার বা অন্য কারো কাছ থেকে রক্ত দান করতে হবে। প্রথম পিন্ট থেকে শুরু করে রক্তের অন্যান্য সমস্ত উপাদান কভার করা হয়। • চিকিৎসকের সেবা 	<p>অতিরিক্ত পরিষেবাগুলি আপনার Medicaid বেনিফিট এবং নির্দেশিকা অনুসারে কভার হতে পারে।</p> <p>আপনার জরুরি অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পরে যদি আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো হাসপাতালে অনুমোদিত ইনপেশেন্ট কেয়ার পান, তাহলে আপনার খরচ হবে নেটওয়ার্ক হাসপাতালে আপনার দেওয়া খরচ ভাগাভাগি করে নেওয়া।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>



অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা (চলছে)</p> <p>দ্রষ্টব্য: একজন আন্তর্বিভাগ রোগী হওয়ার জন্য, আপনার প্রদানকারীকে অবশ্যই আপনাকে আনুষ্ঠানিকভাবে হাসপাতালের আন্তর্বিভাগের রোগী হিসাবে ভর্তি করানোর জন্য একটি আদেশ লিখতে হবে। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন, তবে আপনাকে এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে। যদি আপনি নিশ্চিত না হন যে আপনি একজন ইনপেশেন্ট নাকি আউটপেশেন্ট, তাহলে হাসপাতালের কর্মীদের জিজ্ঞাসা করুন।</p> <p>Medicare তথ্যপত্র <i>Medicare হাসপাতালের সুবিধাগুলি</i> থেকে আরও তথ্য পান। এই তথ্যপত্রটি www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ওয়েবসাইটে অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে পাওয়া যাবে। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন। আপনি এই নম্বরগুলিতে বিনামূল্যে, 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিন কল করতে পারেন।</p>	
<p>একটি মানসিক হাসপাতালে আন্তর্বিভাগ পরিষেবা</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে মানসিক স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যার জন্য হাসপাতালে থাকার প্রয়োজন</p> <ul style="list-style-type: none"> • আপনি এই পরিষেবাগুলি একটি সাধারণ হাসপাতাল অথবা শুধুমাত্র মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থার লোকদের পরিচর্যা করে এমন একটি মানসিক হাসপাতালে পেতে পারেন। • আপনি যদি একটি মানসিক হাসপাতালে থাকেন (সাধারণ হাসপাতালের পরিবর্তে), Medicare আপনার জীবদ্দশায় শুধুমাত্র 190 দিনের ইনপেশেন্ট সাইকিয়াট্রিক হাসপাতালের পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করে। • আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনায় নাম নথিভুক্ত করার আগে আপনার 190 দিনের জীবনকালের সীমার কিছু অংশ ব্যবহার করে থাকেন, তাহলে আজীবন হাসপাতালের কভার করা দিনের সংখ্যা Medicare দ্বারা পূর্বে মানসিক স্বাস্থ্যসেবা হাসপাতালের আওতাভুক্ত রোগীদের দিনের সংখ্যা দ্বারা হ্রাস পায়। • 190 দিনের সীমা একটি সাধারণ হাসপাতালের মনোরোগ ইউনিটে প্রদত্ত মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়। • আপনি যখন কোনো সাধারণ হাসপাতালে মানসিক স্বাস্থ্যসেবা পান তখন আপনার সুবিধার সময়কালের সংখ্যার কোনো সীমা নেই। আপনি যখন কোনো মানসিক হাসপাতালে কেয়ার পান, তখন একাধিক সুবিধা আপনি পাবেন, তবে সেখানে 190 দিনের আজীবনের সীমা আছে। 	<p>প্রতি সুবিধার সময়কালে হাসপাতালে থাকার 1 - 90 দিনের জন্য আপনাকে \$0 দিতে হবে।</p> <p>আমাদের পরিকল্পনাটি 60 "লাইফটাইম রিজার্ভ ডে" কভার করে। এই "অতিরিক্ত" দিনগুলো আমরা কভার করি। যদি আপনার হাসপাতালে থাকার সময়কাল প্রতি সুবিধার সময়কাল 90 দিনের বেশি হয়, তাহলে আপনি এই অতিরিক্ত দিন ব্যবহার করতে পারেন। তবে একবার আপনি এই অতিরিক্ত 60 দিন ব্যবহার করলে, আপনার হাসপাতালে ভর্তি রোগীর কভারেজ প্রতি সুবিধার সময়কাল 90 দিনের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>একটি মানসিক হাসপাতালে আন্তর্বিভাগ পরিষেবা (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 190-দিনের সীমা অতিক্রম করার পর Medicaid হাসপাতালে ভরতি থাকার খরচ কভার করে। কোনো সুবিধার সময়কাল বা জীবনকাল সীমা নেই। • আপনাকে অবশ্যই চুক্তিবদ্ধ আচরণগত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের ব্যবহার করতে হবে। অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাতে অথবা নেটওয়ার্ক আচরণগত স্বাস্থ্য প্রদানকারীদের তালিকার সাথে যোগাযোগ করুন। <p>Medicare যা কভার করে না:</p> <ul style="list-style-type: none"> • প্রাইভেট ডিউটি নার্সিং • আপনার ঘরের ফোন বা টেলিভিশন <p>ব্যক্তিগত রুম (চিকিৎসার ক্ষেত্রে প্রয়োজন না হলে)</p>	<p>আপনার জরুরি অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পরে যদি আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো হাসপাতালে অনুমোদিত ইনপেশেন্ট পরিচর্যা পান, তাহলে আপনার খরচ হবে সেটাই যা আপনি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে খরচ ভাগাভাগি হিসেবে করেন।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p> <p>জরুরি অবস্থা ব্যতীত, আপনার ডাক্তার অবশ্যই আমাদের জানাবেন যে আপনি হাসপাতালে ভর্তি হতে চলেছেন।</p>
<p>হাসপাতালে ভর্তি রোগীর থাকা: আওতাভুক্ত নয় এমন হাসপাতালে ভরতি থাকার সময় আপনি হাসপাতাল বা SNF-এ যেসব আওতাভুক্ত পরিষেবা পাবেন</p> <p>যদি আপনার ইনপেশেন্ট সুবিধাগুলি শেষ হয়ে যায় অথবা ইনপেশেন্ট থাকা যুক্তিসঙ্গত এবং প্রয়োজনীয় না হয়, তাহলে আমরা আপনার ইনপেশেন্ট থাকার খরচ বহন করব না। কিছু ক্ষেত্রে, আমরা হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধা (SNF) থাকাকালীন আপনি যে কিছু পরিষেবা পাবেন তা কভার করব। আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • চিকিৎসকের সেবা • ডায়াগনস্টিক টেস্ট (ল্যাব টেস্টের মতো) • এক্স-রে, রেডিয়াম এবং আইসোটোপ থেরাপি, যার মধ্যে রয়েছে টেকনিশিয়ান উপকরণ এবং পরিষেবা। • সার্জিক্যাল ড্রেসিংস • ফ্র্যাকচার এবং ডিসলোকেশন কমাতে ব্যবহৃত স্প্লিন্ট, কাস্ট এবং অন্যান্য ডিভাইস • প্রস্বেটিক ও অর্থোটিক ডিভাইস (ডেন্টাল ব্যতীত) যা শরীরের অভ্যন্তরীণ অঙ্গগুলির সমস্ত বা আংশিক (সংলগ্ন টিস্যু সহ), বা স্থায়ীভাবে নিষ্ক্রিয় বা ত্রুটিযুক্ত অভ্যন্তরীণ শরীরের অঙ্গগুলির কার্যকারিতার সমস্ত বা আংশিক প্রতিস্থাপন করে, এই ধরনের ডিভাইসগুলির প্রতিস্থাপন বা মেরামত সহ • পা, বাহু, পিঠ এবং ঘাড়ের ব্রেস; ট্রাস, এবং কৃত্রিম পা, বাহু এবং চোখ, যার মধ্যে রয়েছে রোগীর ভাঙ্গন, ক্ষয়, ক্ষতি বা শারীরিক অবস্থার পরিবর্তনের কারণে প্রয়োজনীয় সমন্বয়, মেরামত এবং প্রতিস্থাপন। <p>শারীরিক থেরাপি, স্পিচ থেরাপি, এবং পেশাগত থেরাপি</p>	<p>বেনিফিটের ক্ষেত্রে কোইস্যুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>মেডিকেল নিউট্রিশন থেরাপি</p> <p>এই বেনিফিটটি ডায়াবেটিস, রেনাল (কিডনি) রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য (তবে ডায়ালাইসিসের ক্ষেত্রে নয়), বা আপনার ডাক্তারের নির্দেশে কিডনি প্রতিস্থাপনের পরে।</p> <p>Medicare-এর অধীনে আপনি যে প্রথম বছরে মেডিকেল নিউট্রিশন থেরাপি পরিষেবা পাবেন (এতে আমাদের পরিকল্পনা, অন্য কোনো Medicare Advantage plan, বা Original Medicare অন্তর্ভুক্ত) সেই বছরে আমরা 3 ঘন্টার মুখোমুখি কাউন্সেলিং পরিষেবা এবং তার পর প্রতি বছর 2 ঘন্টার জন্য আওতাভুক্ত থাকি। যদি আপনার অবস্থা, চিকিৎসা, বা রোগ নির্ণয়ের পরিবর্তন হয়, তাহলে চিকিৎসকের নির্দেশে আপনি আরও বেশি সময় ধরে চিকিৎসা পেতে পারেন। একজন চিকিৎসককে অবশ্যই এই পরিষেবাগুলি নির্ধারণ করতে হবে এবং পরবর্তী ক্যালেন্ডার বছরে আপনার চিকিৎসার প্রয়োজন হলে প্রতি বছর তাদের অর্ডার নবায়ন করতে হবে।</p>	<p>Medicare-আওতাভুক্ত চিকিৎসা পুষ্টি থেরাপি পরিষেবার জন্য যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো কোইন্সুরেন্স, কো-পেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>Medicare ডায়াবেটিস প্রতিরোধ কর্মসূচি (MDPP)</p> <p>সকল Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনার আওতায় যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য MDPP পরিষেবাগুলি কভার করা হয়।</p> <p>MDPP হল একটি সুগঠিত স্বাস্থ্য আচরণ পরিবর্তন হস্তক্ষেপ যা দীর্ঘমেয়াদী খাদ্যতালিকাগত পরিবর্তন, বর্ধিত শারীরিক কার্যকলাপ এবং ওজন হ্রাস এবং একটি স্বাস্থ্যকর জীবনধারা বজায় রাখার চ্যালেঞ্জগুলি কাটিয়ে ওঠার জন্য সমস্যা সমাধানের কৌশলগুলির উপর ব্যবহারিক প্রশিক্ষণ প্রদান করে।</p>	<p>MDPP সুবিধার জন্য কোইন্সুরেন্স, কো-পেমেেন্ট বা ছাড় নেই।</p>
	<p>Medicare পার্ট B ওষুধ</p> <p>এই ওষুধগুলো Original Medicare পার্ট B এর আওতায় রয়েছে। আমাদের পরিকল্পনার সদস্যরা আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে এই ওষুধগুলির জন্য কভারেজ পান। আওতাভুক্ত ওষুধগুলোর মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • যেসব ওষুধ সাধারণত রোগী নিজে নিজে খায় না এবং চিকিৎসক, হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগী, অথবা অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সেন্টারের পরিষেবা গ্রহণের সময় ইনজেকশন বা ইনফিউশন দেওয়া হয় • টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের কোনো আইটেমের মাধ্যমে সরবরাহ করা ইনসুলিন (যেমন একটি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় ইনসুলিন পাম্প) • আমাদের পরিকল্পনা অনুসারে অনুমোদিত টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (যেমন নেবুলাইজার) ব্যবহার করে আপনি যে অন্যান্য ওষুধ গ্রহণ করেন 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>পার্ট B ওষুধগুলো স্টেপ থেরাপির শর্তাধীন হতে পারে।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>Medicare পার্ট B ওষুধ (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> Alzheimer ওষুধ, Leqembi® (জেনেরিক নাম lecanemab), যা শিরাপথে দেওয়া হয়। ওষুধের খরচ ছাড়াও, আপনার অতিরিক্ত স্ক্যান এবং পরীক্ষার আগে এবং/অথবা চিকিৎসার সময় প্রয়োজন হতে পারে এমন খরচ, আপনার সামগ্রিক খরচে যোগ করা হতে পারে। আপনার চিকিৎসার অংশ হিসেবে আপনার কী কী স্ক্যান এবং পরীক্ষার প্রয়োজন হতে পারে সে সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলুন। আপনার যদি হিমোফিলিয়া থাকে তবে জমাট বাঁধার কারণগুলো আপনি নিজেই ইনজেকশনের মাধ্যমে দেন। ট্রান্সপ্ল্যান্ট/ইমিউনোসাপ্রেসিভ ওষুধ: Medicare ট্রান্সপ্ল্যান্ট থেরাপির ওষুধ আওতাভুক্ত করে, যদি Medicare আপনার ট্রান্সপ্ল্যান্টের জন্য অর্থপ্রদান করে থাকে। আওতাভুক্ত ট্রান্সপ্ল্যান্টের সময় আপনার অবশ্যই পার্ট A থাকতে হবে এবং ইমিউনোসাপ্রেসিভ ওষুধ নেওয়ার সময় আপনার অবশ্যই পার্ট B থাকতে হবে। Medicare পার্ট D ওষুধের কভারেজ ইমিউনোসাপ্রেসিভ ওষুধলিকে কভার করে যদি পার্ট B সেগুলিকে কভার না করে যদি আপনার বাড়িতে আবদ্ধ থাকেন, আপনার হাড় ভেঙে গিয়ে থাকে এবং ডাক্তার নিশ্চিত করেন যে এটি মেনোপজের পরে অস্টিওপোরোসিসের সাথে সম্পর্কিত, তাহলে আপনি নিজে ওষুধটি নিতে পারবেন না কয়েকটি অ্যান্টিজেন: Medicare বিভিন্ন অ্যান্টিজেনকেও আওতাভুক্ত করে যদি কোনও ডাক্তার সেগুলিকে প্রস্তুত করেন এবং একজন সঠিকভাবে নির্দেশিত ব্যক্তি (যিনি আপনি, রোগী নিজেও হতে পারেন) উপযুক্ত তত্ত্বাবধানের মধ্যে সেগুলি দেন নির্দিষ্ট মৌখিকভাবে খাওয়া ক্যান্সার-রোধী ওষুধ: Medicare কিছু ওরাল ক্যান্সারের ওষুধগুলিকে কভার করে যা আপনি মুখের মাধ্যমে গ্রহণ করেন, যদি একই ওষুধটি একটি ইনজেকশন হিসাবে পাওয়া যায় বা ইনজেকশন দিয়ে প্রয়োগযোগ্য ওষুধটি একটি প্রোওষুধ হয় (একটি ওষুধের মুখ দিয়ে খাওয়ার ধরন, যখন খাওয়া হয়, তখন ইনজেকশন দিয়ে প্রয়োগযোগ্য ওষুধের মধ্যে থাকা সক্রিয় উপাদানের মতো একই উপাদান ভেঙে যায়) ইনজেকশনযোগ্য ওষুধের। মুখ দিয়ে খাওয়া নতুন ক্যান্সারের ওষুধ এসে যাওয়ার ফলে, পার্ট B সেগুলিকে আওতাভুক্ত করতে পারে। যদি পার্ট B সেগুলিকে আওতাভুক্ত না করে, তাহলে পার্ট D করে মৌখিকভাবে খাওয়ার বমিভাব-রোধক ওষুধ: ক্যান্সার-বিরোধী কেমোথেরাপিউটিক পদ্ধতির অংশ হিসেবে আপনি যে মৌখিকভাবে খাওয়ার বমিভাব-রোধক ওষুধ ব্যবহার করেন, Medicare সেই ওষুধগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করে, যদি সেগুলি কেমোথেরাপির আগে, পরে বা 48 ঘন্টার মধ্যে দেওয়া হয় অথবা শিরাপথে বমিভাব-রোধ ওষুধের সম্পূর্ণ থেরাপিউটিক প্রতিস্থাপন হিসাবে ব্যবহৃত হয় 	

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>Medicare পার্ট B ওষুধ (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare পার্ট B-এর আওতায় কিছু মৌখিকভাবে খাওয়ার শেষ পর্যায়ের মূত্রনালীর রোগ (ESRD) ওষুধ • ESRD পেপেন্ট সিস্টেমের অধীনে ক্যালসিমিমেটিক এবং ফসফেট বাইন্ডার ওষুধ, যার মধ্যে রয়েছে শিরায় দেওয়া ওষুধ Parsabiv® এবং মৌখিক ওষুধ Sensipar® • হেপারিন, হেপারিনের জন্য অ্যান্টিডট চিকিৎসাগতভাবে যখন প্রয়োজন এবং টপিক্যাল অ্যানেস্থেটিক সহ, হোম ডায়ালাইসিসের জন্য নির্দিষ্ট কিছু ওষুধপত্র • এরিথ্রোপয়েসিস-উদ্দীপক এজেন্ট: যদি আপনার এন্ড-স্টেজ মূত্রনালীর রোগ (ESRD) থাকে অথবা আপনার অন্যান্য কিছু অবস্থার (যেমন Retacrit®, Aranesp®) সাথে সম্পর্কিত অ্যানিমিয়ার চিকিৎসার জন্য এই ওষুধের প্রয়োজন হয়, তাহলে Medicare ইনজেকশনের মাধ্যমে এরিথ্রোপয়েটিন কভার করে। • প্রাথমিক ইমিউন ডেফিসিয়েন্সি রোগের ঘরোয়া চিকিৎসার জন্য ইন্ট্রাভেনাস ইমিউন গ্লোবিউলিন • প্যারেন্টাল এবং এন্টারাল পুষ্টি (শিরা এবং টিউবের মাধ্যমে খাওয়ানো) • কিছু ক্ষেত্রে, আমরা চাই যে আপনি একই অবস্থার জন্য অন্য ওষুধ আওতাভুক্ত করার আগে আপনার চিকিৎসার অবস্থার চিকিৎসা করার জন্য প্রথমে কিছু ওষুধ ব্যবহার করুন। উদাহরণস্বরূপ, যদি ওষুধ A এবং ওষুধ B উভয়ই অবস্থার চিকিৎসা করে তবে ওষুধ A এর দাম কম, আপনাকে প্রথমে ওষুধ A ব্যবহার করতে হতে পারে। যদি ওষুধ A আপনার জন্য কাজ না করে, তাহলে আমরা ওষুধ B এর উপর কাজ করব। স্টেপ থেরাপির প্রয়োজন কিনা তা আমরা কীভাবে নির্ধারণ করি সে সম্পর্কে আরও জানতে আপনি SWHNY.com-এ ভিজিট করে জানতে পারবেন। <p>আমরা পার্ট B-এর অধীনে কিছু টিকা এবং পার্ট D-এর অধীনে বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের টিকাও কভার করি।</p> <p>5ম অধ্যায়ে আমাদের পার্ট D ওষুধের সুবিধা ব্যাখ্যা করা হয়েছে, যার মধ্যে প্রেসক্রিপশনের আওতায় থাকাকালীন আপনাকে যে নিয়মগুলি অনুসরণ করতে হবে তা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে পার্ট D ওষুধের জন্য আপনাকে কত টাকা দিতে হবে তা অধ্যায় 6 এ ব্যাখ্যা করা হয়েছে।</p>	
	<p>টেকসই ওজন কমানোকে উৎসাহিত করতে স্থূলতা স্ক্রিনিং এবং থেরাপি</p> <p>যদি আপনার বডি মাস ইনডেক্স 30 বা তার বেশি থাকে, তাহলে আমরা আপনাকে ওজন কমাতে সাহায্য করার জন্য নিবিড় কাউন্সেলিং কভার করি। এই কাউন্সেলিং আওতাভুক্ত করা হয় যদি আপনি এটি একটি প্রাথমিক পরিচর্যা সেটিংয়ে পান, যেখানে এটি আপনার ব্যাপক প্রতিরোধ পরিকল্পনার সাথে সমন্বয় করা যেতে পারে। আরো জানতে আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা ডাক্তার বা প্র্যাক্টিশনারের সাথে কথা বলুন।</p>	<p>প্রতিরোধমূলক স্থূলতা স্ক্রিনিং এবং থেরাপির জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেপেন্ট বা ছাড় নেই।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>Opioid treatment প্রোগ্রাম পরিষেবা</p> <p>আমাদের পরিকল্পনার যে সদস্যরা ওপিওয়েড ইউজ ব্যাধি (OUD) আক্রান্ত, তারা ওপিওয়েড চিকিৎসা কর্মসূচি (OTP) এর মাধ্যমে OUD চিকিৎসার জন্য পরিষেবার কভারেজ পেতে পারেন যার মধ্যে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • মার্কিন খাদ্য ও ওষুধ প্রশাসন (FDA) অনুমোদিত ওপিওয়েড অ্যাগোনিষ্ট এবং অ্যান্টাগনিষ্ট ওষুধ-সহায়তা চিকিৎসা (MAT) ওষুধ • MAT মেডিকেশনের ডিসপেন্সিং এবং প্রয়োগ (যদি প্রযোজ্য হয়) • মাদক ব্যবহারের কাউন্সেলিং • স্বতন্ত্র এবং গ্রুপ থেরাপি • টেক্সিকোলজি টেস্টিং • ইন্টেক অ্যাক্টিভিটি • পর্যায়ক্রমিক মূল্যায়ন 	<p>Medicare-আওয়েড বহির্বিভাগীয় রোগী ওপিওয়েড চিকিৎসা কর্মসূচির পরিষেবার জন্য কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই</p> <p>Medicare-আওতাভুক্ত বহির্বিভাগীয় ওপিওয়েড চিকিৎসা প্রোগ্রাম পরিষেবার জন্য পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন নেই, তবে যদি আপনার ওপিওয়েড চিকিৎসার ওষুধের প্রয়োজন হয় তবে এটি প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা এবং থেরাপিউটিক পরিষেবা এবং সরবরাহ</p> <p>আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • এক্স-রে • টেকনিশিয়ান উপকরণ এবং সরবরাহ সহ বিকিরণ (রেডিয়াম এবং আইসোটোপ) থেরাপি • অস্ত্রোপচারের প্রয়োজনীয় জিনিসপত্র, যেমন ড্রেসিং • ফ্ল্যাকচার এবং ডিসলোকেশন কমাতে ব্যবহৃত স্প্লিন্ট, কাস্ট এবং অন্যান্য ডিভাইস • ল্যাবরেটরি পরীক্ষা • রক্ত - সংরক্ষণ এবং পরিচালনা সহ। সম্পূর্ণ রক্ত এবং প্যাকড লোহিত রক্তকণিকার কভারেজ শুরু হয় কেবলমাত্র আপনার প্রয়োজনীয় চতুর্থ পাইন্ট রক্ত দিয়ে হয় - আপনাকে এক ক্যালেন্ডার বছরে প্রথম 3টি পাইন্ট রক্তের খরচ বহন করতে হবে অথবা আপনার বা অন্য কারো দ্বারা রক্ত দান করতে হবে। ব্লাডের অন্যান্য সকল উপাদান প্রথম পিন্ট ব্যবহার থেকে শুরু করে আওতাভুক্ত করা হয় • অন্যান্য বহির্বিভাগীয় রোগ নির্ণয়ের পরীক্ষা - নন-রেডিওলজিক্যাল ডায়াগনস্টিক পরিষেবা যেমন EKGs, EEGs, পালমোনারি ফাংশন পরীক্ষা, ঘুমের অধ্যয়ন এবং ট্রেডমিল স্ট্রেস পরীক্ষা। • ডায়াগনস্টিক রেডিওলজিক্যাল পরিষেবা (জটিল এবং অ-জটিল উভয়) যেমন বিশেষায়িত স্ক্যান, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, নিউক্লিয়ার স্টাডিজ, আল্ট্রাসাউন্ড, ডায়াগনস্টিক ম্যামোগ্রাম এবং ইন্টারভেনশনাল রেডিওলজিক্যাল পদ্ধতি (মাইলোগ্রাম, সিস্টোগ্রাম, অ্যাঞ্জিওগ্রাম এবং বেরিয়াম স্টাডিজ)। • বহির্বিভাগীয় ল্যাব পরিষেবা এবং বহির্বিভাগীয় এক্স-রে পরিষেবার জন্য কোনো অনুমোদনের প্রয়োজন নেই। 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের হাসপাতালে পর্যবেক্ষণ</p> <p>পর্যবেক্ষণ পরিষেবাগুলো হলো হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগীদের পরিষেবা যা আপনাকে ইনপেশেন্ট হিসাবে ভর্তি করা দরকার বা ডিসচার্জ করা যেতে পারে কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য দেওয়া হয়।</p> <p>আউটপেশেন্ট হাসপাতালের পর্যবেক্ষণ পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত করার জন্য, সেগুলিকে Medicare এর মানদণ্ড পূরণ করতে হবে এবং যুক্তিসঙ্গত এবং প্রয়োজনীয় বলে বিবেচিত হতে হবে। রোগীদের হাসপাতালে ভর্তি করার জন্য বা বহির্বিভাগের রোগীদের পরীক্ষার আদেশ দেওয়ার জন্য স্টেটের লাইসেন্স আইন এবং হাসপাতালের কর্মীদের উপবিধি দ্বারা অনুমোদিত একজন চিকিৎসক বা অন্য ব্যক্তির আদেশ দ্বারা শুধুমাত্র তখনই পর্যবেক্ষণ পরিষেবাগুলো আওতাভুক্ত করা হয়।</p> <p>দ্রষ্টব্য: যদি না প্রদানকারী আপনাকে হাসপাতালে ভর্তির জন্য আদেশ লিখে থাকেন, তাহলে আপনি একজন বহির্বিভাগীয় রোগী এবং বহির্বিভাগীয় হাসপাতালের পরিষেবার জন্য খরচ-ভাগ করে নেওয়ার পরিমাণ প্রদান করবেন। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন, তবে আপনাকে এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে। যদি আপনি নিশ্চিত না হন যে আপনি আউটপেশেন্ট রোগী কিনা, তাহলে হাসপাতালের কর্মীদের জিজ্ঞাসা করুন।</p> <p>Medicare তথ্যপত্র <i>Medicare হাসপাতালের সুবিধাগুলি</i> থেকে আরও তথ্য পান। এই তথ্যপত্রটি www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ওয়েবসাইটে অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে পাওয়া যাবে। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন। আপনি এই নম্বরগুলিতে বিনামূল্যে, দিনে 24 ঘণ্টা, সপ্তাহের 7 দিন কল করতে পারেন।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের হাসপাতালে পরিষেবা</p> <p>ডায়াগনোসিস বা আঘাতজনিত চিকিৎসার জন্য আপনি হাসপাতালের বহির্বিভাগে যে প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সেবা পান, সেগুলোর খরচ আমরা বহন করবো।</p> <p>আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • জরুরি বিভাগ বা বহির্বিভাগীয় ক্লিনিকের পরিষেবা, যেমন পর্যবেক্ষণ পরিষেবা বা বহির্বিভাগীয় সার্জারি • ল্যাবরেটরি এবং ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা হাসপাতাল দ্বারা বিল করা হয় • মানসিক স্বাস্থ্যসেবা, যার মধ্যে আংশিক-হাসপাতালে ভর্তি প্রোগ্রামের অধীনে পরিচর্যা অন্তর্ভুক্ত, যদি একজন ডাক্তার প্রত্যয়িত করেন যে এটি ছাড়া ইনপেশেন্ট চিকিৎসার প্রয়োজন হবে • হাসপাতালের করা এক্স-রে এবং অন্যান্য রেডিওলজি পরিষেবার বিল • চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় জিনিসপত্র, যেমন স্প্লিন্ট ও কাস্ট • কিছু ওষুধ এবং জৈবিক পদার্থ যা আপনি নিজেই দিতে পারবেন না 	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>এই চার্জে অন্যান্য সুবিধার আওতায় বহির্বিভাগীয় হাসপাতাল পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আউটপেশেন্ট হাসপাতাল সেটিংয়ে কেয়ার প্রদান করার সময়ে এগুলি এবং অন্যান্য সুবিধা দেখুন:</p> <p>“জরুরি পরিচর্যা”</p> <p>“বিশ্বব্যাপী আপৎ কালীন/ জরুরি কভারেজ”</p> <p>“বহির্বিভাগীয় রোগীদের ডায়াগনস্টিক</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>বহির্বিভাগীয় রোগীদের হাসপাতাল পরিষেবা (চলছে)</p> <p>দ্রষ্টব্য: যদি না প্রদানকারী আপনাকে হাসপাতালে ভর্তির জন্য আদেশ লিখে থাকেন, তাহলে আপনি একজন বহির্বিভাগীয় রোগী এবং বহির্বিভাগীয় হাসপাতালের পরিষেবার জন্য খরচ-ভাগ করে নেওয়ার পরিমাণ প্রদান করবেন। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন, তবে আপনাকে এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে। যদি আপনি নিশ্চিত না হন যে আপনি আউটপেশেন্ট রোগী কিনা, তাহলে হাসপাতালের কর্মীদের জিজ্ঞাসা করুন।</p> <p>আপনি আপনি কি হাসপাতালে ভরতি থাকা রোগী নাকি বহির্বিভাগীয় রোগী? শিরোনামের একটি Medicare তথ্যপত্রে আরও তথ্য পেতে পারেন। যদি আপনার Medicare থাকে- তাহলে জিজ্ঞাসা করুন! এই তথ্যপত্রটি ওয়েবে https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ঠিকানায় অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে পাওয়া যাবে। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন। আপনি এই নম্বরগুলিতে বিনামূল্যে, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহের 7 দিন কল করতে পারেন।</p>	<p>“পরীক্ষা এবং থেরাপিউটিক পরিষেবা এবং সরবরাহ”</p> <p>“হাসপাতালের বহির্বিভাগীয় সুবিধা এবং অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সেন্টারে বহির্বিভাগীয় সার্জারি প্রদান করা হয়”</p> <p>“হাসপাতালে আংশিক ভর্তি”</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>বহির্বিভাগের রোগীদের মানসিক স্বাস্থ্যসেবা</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <p>রাষ্ট্রীয় লাইসেন্সপ্রাপ্ত মনোরোগ বিশেষজ্ঞ বা ডাক্তার, ক্লিনিক্যাল সাইকোলজিস্ট, ক্লিনিক্যাল সমাজকর্মী, ক্লিনিক্যাল নার্স বিশেষজ্ঞ, লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদার পরামর্শদাতা (LPC), লাইসেন্সপ্রাপ্ত বিবাহ এবং পারিবারিক থেরাপিস্ট (LMFT), নার্স অনুশীলনকারী (NP), চিকিৎসক সহকারী (PA), অথবা প্রযোজ্য রাষ্ট্রীয় আইন অনুসারে অনুমোদিত অন্যান্য Medicare-যোগ্য মানসিক স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার দ্বারা প্রদত্ত মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা।</p> <p>আপনার Medicare আউটপেশেন্ট মানসিক স্বাস্থ্যসেবা কভারেজ অন্তর্ভুক্ত:</p> <ul style="list-style-type: none"> প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে একটি ডিপ্রেসন স্ক্রিনিং। স্ক্রিনিংটি অবশ্যই একটি প্রাথমিক পরিচর্যা ডাক্তারের কার্যালয় বা প্রাথমিক পরিচর্যা ক্লিনিকে করা উচিত যা ফলো-আপ চিকিৎসা এবং রেফারেল প্রদান করতে পারে। আপনি যেখানে এই পরিষেবাগুলো পান সেই স্টেট দ্বারা অনুমোদিত ডাক্তার বা নির্দিষ্ট লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদারদের সাথে ব্যক্তিগত এবং গ্রুপ সাইকোথেরাপি। পারিবারিক কাউন্সেলিং, যদি প্রধান উদ্দেশ্য হয় আপনার চিকিৎসায় সাহায্য করা। 	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইন্সুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>আপনার বার্ষিক ডিপ্রেসন স্ক্রিনিং এর জন্য এই তালিকায় “ডিপ্রেসন স্ক্রিনিং” দেখুন।</p> <p>আপনার যদি Medicare-আওতাভুক্ত বহির্বিভাগীয় মানসিক স্বাস্থ্যসেবা চিকিৎসার প্রয়োজন হয়, তাহলে এই চার্টে “আংশিক হাসপাতালে ভর্তি” দেখুন।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের মানসিক স্বাস্থ্যসেবা (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> • আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলো আপনি পাচ্ছেন কিনা এবং আপনার বর্তমান চিকিৎসা আপনাকে সাহায্য করছে কিনা তা খুঁজে বের করার জন্য পরীক্ষা করা। • মনস্তাত্ত্বিক মূল্যায়ন। • ওষুধ ব্যবস্থাপনা। 	
<p>বহির্বিভাগীয় রোগীর পুনর্বাসন পরিষেবা</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে: শারীরিক থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপি।</p> <p>বহির্বিভাগীয় রোগীর পুনর্বাসন পরিষেবাগুলো বিভিন্ন বহিরাগত রোগী সেটিংসে যেমন হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগী বিভাগ, স্বতন্ত্র থেরাপিস্ট অফিস এবং কমপ্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফ্যাসিলিটি (CORF) সরবরাহ করা হয়।</p>	<p>এই সুবিধার ক্ষেত্রে কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>বহির্বিভাগের রোগীদের মাদক অপব্যবহার জনিত ব্যাধির পরিষেবাদি</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare বহির্বিভাগে রোগীদের মাদকের অপব্যবহার পরিষেবাগুলো কভার করে। • এছাড়াও, Medicaid পৃথক এবং গ্রুপ থেরাপি ভিজিটগুলোকে কভার করে। তালিকাভুক্ত ব্যক্তিকে অবশ্যই বারো (12) মাসের মধ্যে একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছ থেকে একটি মূল্যায়নের জন্য স্ব-রেফারেন্স করতে সক্ষম হতে হবে। <p>আপনাকে অবশ্যই একজন Senior Whole Health Healthcare আচরণগত স্বাস্থ্য প্রোভাইডার ব্যবহার করতে হবে।</p> <p>আরো তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন।</p>	<p>এই সুবিধার ক্ষেত্রে কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগীদের ফ্যাসিলিটি এবং অ্যাম্বুলারি সার্জিক্যাল সেন্টারে প্রদত্ত পরিষেবা সহ বহির্বিভাগের রোগীর অস্ত্রোপচার</p> <p>দ্রষ্টব্য: যদি আপনার কোনো হাসপাতালে অস্ত্রোপচার হয়, তাহলে আপনার প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করা উচিত যে আপনি ইনপেশেন্ট নাকি আউটপেশেন্ট হবেন। যদি না প্রদানকারী আপনাকে হাসপাতালে ভর্তির আদেশ লেখেন, তাহলে আপনি একজন বহির্বিভাগীয় রোগী এবং বহির্বিভাগীয় অস্ত্রোপচারের খরচ-ভাগ করে নেওয়ার পরিমাণ প্রদান করবেন। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন, তবে আপনাকে এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে।</p>	<p>এই সুবিধার ক্ষেত্রে কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>ওভার-দ্যা-কাউন্টার (OTC) পণ্য (পরিপূরক)*</p> <p>আপনার Healthy You কার্ডের মাধ্যমে পরিকল্পনা-অনুমোদিত OTC আইটেম, পণ্য এবং ওষুধের জন্য প্রতি মাসে আপনি \$285 এর সম্মিলিত ভাতা পাবেন। এই মাসিক ভাতা খাদ্য ও উৎপাদন (SSBCI)*, পরিকল্পনা অনুমোদিত স্থানে পরিবহন, OTC শ্রবণযন্ত্র, পরিবহন অ-জরুরি (SSBCI)* পরিষেবা এবং ইউটিলিটি (SSBCI)* এর ভাতার সাথে ভাগ করা হয়। আপনি এই ভাতা OTC পণ্য, খাদ্য ও উৎপাদন (SSBCI)*, পরিকল্পনা অনুযায়ী অনুমোদিত স্থানগুলিতে পরিবহন, OTC শ্রবণযন্ত্র, পরিবহন, অ-জরুরি (পরিপূরক) পরিষেবা, অথবা ইউটিলিটি (বিদ্যুৎ, প্রাকৃতিক গ্যাস এবং জল) সংক্রান্ত সহায়তার জন্য ব্যবহার করতে পারেন। যদি আপনি আপনার মাসিক ভাতার পুরোটা ব্যবহার না করেন, তাহলে অবশিষ্ট ব্যালেন্সের মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে এবং পরবর্তী মাসে রোলওভার হবে না।</p> <p>আপনার কভারেজের মধ্যে রয়েছে প্রেসক্রিপশনবিহীন OTC স্বাস্থ্য ও সুস্থতার জিনিসপত্র যেমন ভিটামিন, সানস্ক্রিন, ব্যথানাশক, কাশি ও ঠান্ডা লাগার ওষুধ এবং ব্যাল্ডেজ।</p> <p>আপনি অর্ডার করতে পারেন:</p> <p>অনলাইনে – NationsOTC.com/Molina দেখুন</p> <p>ফোনের মাধ্যমে – 877-208-9243 নম্বরে একজন NationsOTC সদস্যের সাথে কথা বলুন</p> <p>অভিজ্ঞ পরামর্শদাতা (TTY 711), দিনে 24 ঘণ্টা, সপ্তাহে সাত দিন ও বছরে 365 দিন।</p> <p>ডাকযোগে – পণ্য ক্যাটালগে অর্ডার ফর্মটি পূরণ করে ফেরত পাঠান।</p> <p>অংশগ্রহণকারীর রিটেল লোকেশনের মাধ্যমে।</p> <p>পরিকল্পনা-অনুমোদিত OTC পণ্যের সম্পূর্ণ তালিকার জন্য আপনার 2026 OTC পণ্য ক্যাটালগ দেখুন অথবা আরও তথ্যের জন্য একজন OTC সহায়তাকারীকে কল করুন। আপনি 2026 OTC প্রোডাক্ট ক্যাটালগের মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য (অর্ডারের নির্দেশিকা) পাবেন।</p> <p>আরো তথ্যের জন্য, সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন।</p> <p>*দীর্ঘস্থায়ী সমস্যার জন্য যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা</p>	<p>আপনি যদি আপনার Healthy You কার্ড ব্যবহার করেন তবে কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p> <p>আপনি আপনার সর্বোচ্চ মাসিক অ্যালাউন্সের সীমা ছাড়িয়ে গেলেন খরচ দেওয়ার জন্য দায়বদ্ধ হতে পারেন।</p> <p>সীমাবদ্ধতা এবং অপসারণ প্রযোজ্য হতে পারে।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>আংশিক হাসপাতালে ভর্তি পরিষেবাসমূহ এবং নিবিড় বহির্বিভাগের রোগী পরিষেবাসমূহ</p> <p>আংশিক হাসপাতালে ভর্তি হল একটি সক্রিয় মানসিক চিকিৎসার কাঠামোগত প্রোগ্রাম যা হাসপাতালের বহির্বিভাগীয় পরিষেবা বা একটি কমিউনিটি মানসিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র দ্বারা প্রদান করা হয় যা আপনার ডাক্তার, থেরাপিস্ট, লাইসেন্সপ্রাপ্ত বিবাহ এবং পারিবারিক থেরাপিস্ট (LMFT), অথবা লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদার পরামর্শদাতার অফিসে পাওয়া পরিচর্যার চেয়ে বেশি তীব্র এবং এটি ইনপেশেন্ট হাসপাতালে ভর্তির বিকল্প।</p> <p>ইনটেনসিভ বহির্বিভাগীয় পরিষেবা হল একটি হাসপাতালের বহির্বিভাগীয় বিভাগ, একটি কমিউনিটি মানসিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র, একটি ফেডারেল যোগ্যতাসম্পন্ন স্বাস্থ্য কেন্দ্র, অথবা একটি গ্রামীণ স্বাস্থ্য ক্লিনিকে প্রদত্ত সক্রিয় আচরণগত (মানসিক) স্বাস্থ্য থেরাপির একটি কাঠামোগত প্রোগ্রাম যা আপনার ডাক্তার, থেরাপিস্ট, লাইসেন্সপ্রাপ্ত বিবাহ এবং পারিবারিক থেরাপিস্ট (LMFT), অথবা লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদার পরামর্শদাতার অফিসে পাওয়া পরিচর্যার চেয়ে বেশি তীব্র কিন্তু আংশিক হাসপাতালে ভর্তির চেয়ে কম তীব্র।</p>	<p>Medicare-আওতাভুক্ত আংশিক হাসপাতালে ভর্তি পরিষেবার জন্য কোনো কোইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
<p>চিকিৎসক/প্র্যাক্টিশনারদের পরিষেবা, ডাক্তারের কার্যালয় ভিজিট সহ</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় চিকিৎসা পরিচর্যা বা সার্জারি পরিষেবা আপনি একজন চিকিৎসকের অফিস, প্রত্যয়িত অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সেন্টার, হাসপাতালের বহির্বিভাগে, অথবা অন্য যেকোনো স্থানে পাবেন। পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে। • একজন বিশেষজ্ঞের কনসালটেশন, ডায়াগনোসিস এবং চিকিৎসা • আপনার ডাক্তার যদি আপনার চিকিৎসার প্রয়োজন হয় কিনা তা দেখার জন্য আপনার PCP দ্বারা পরিচালিত মৌলিক শ্রবণশক্তি এবং ভারসাম্য পরীক্ষা • কিছু টেলিহেলথ পরিষেবা, যার মধ্যে রয়েছে: প্রাথমিক পরিচর্যা পরিষেবা <ul style="list-style-type: none"> ◦ আপনার কাছে ব্যক্তিগত ভিজিটের মাধ্যমে বা টেলিহেলথের মাধ্যমে এই পরিষেবাগুলি পাওয়ার বিকল্প রয়েছে। আপনি যদি টেলিহেলথের মাধ্যমে এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে একটি পেতে চান তবে আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারী ব্যবহার করতে হবে যিনি টেলিহেলথ দ্বারা পরিষেবাটি অফার করেন। আপনি যদি টেলিহেলথের মাধ্যমে এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে একটি পেতে চান তবে আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারী ব্যবহার করতে হবে যিনি টেলিহেলথ দ্বারা পরিষেবাটি অফার করেন। একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারী শনাক্ত করতে, আমাদের SWHNY.com ওয়েবসাইটে যান। 	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p>



অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>চিকিৎসক/প্র্যাক্টিশনারদের পরিষেবা, ডাক্তারের কার্যালয় ভিজিট সহ (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ভার্সুয়াল মেডিকেল ভিজিট হলো অনলাইন প্রযুক্তি এবং লাইভ অডিও/ভিডিও ক্ষমতা ব্যবহার করে এমন ভার্সুয়াল প্রোভাইডারদের দ্বারা মেডিকেল ফ্যাসিলিটির বাইরে আপনার কাছে দেওয়া মেডিকেল ভিজিট। ◦ দ্রষ্টব্য: ভার্সুয়াল ভিজিটের মাধ্যমে সব চিকিৎসাগত সমস্যার চিকিৎসা করা যায় না। ভার্সুয়াল ভিজিট ডাক্তার আপনাকে চিকিৎসার জন্য ব্যক্তিগতভাবে ডাক্তারের সাথে দেখা করার প্রয়োজন কিনা তা শনাক্ত করবেন। • হাসপাতাল-ভিত্তিক বা ক্রিটিক্যাল অ্যাক্সেস হাসপাতাল-ভিত্তিক মূত্রনালীর ডায়ালাইসিস সেন্টার, মূত্রনালীর ডায়ালাইসিস সুবিধা, অথবা সদস্যের বাড়িতে হোম ডায়ালাইসিস সদস্যদের জন্য মাসিক শেষ পর্যায়ের মূত্রনালীর রোগ-সম্পর্কিত ভিজিটের জন্য টেলিহেলথ পরিষেবা। পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে। • স্ট্রোকের লক্ষণ নির্ণয়, মূল্যায়ন বা উপসর্গের চিকিৎসার জন্য টেলিহেলথ পরিষেবা, আপনার অবস্থান নির্বিশেষে পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে। • মাদকদ্রব্য ব্যবহারের ব্যাধি বা সহ-ঘটমান মানসিক স্বাস্থ্য ব্যাধিতে আক্রান্ত সদস্যদের জন্য টেলিহেলথ পরিষেবা, তাদের অবস্থান নির্বিশেষে। পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে। • মানসিক স্বাস্থ্যের সমস্যা নির্ণয়, মূল্যায়ন এবং চিকিৎসার জন্য টেলিহেলথ পরিষেবা, যদি: <ul style="list-style-type: none"> ◦ আপনার প্রথম টেলিহেলথ ভিজিটের 6 মাসের মধ্যে আপনার একটি ব্যক্তিগত ভিজিট করার সুযোগ রয়েছে। ◦ এই টেলিহেলথ পরিষেবাগুলি গ্রহণ করার সময় আপনার প্রতি 12 মাস অন্তর একবার ব্যক্তিগতভাবে দেখা করার সুযোগ থাকে। ◦ কিছু নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে উপরোক্ত ক্ষেত্রে ব্যতিক্রম করা যেতে পারে • মানসিক স্বাস্থ্য পরিদর্শনের জন্য টেলিহেলথ পরিষেবা গ্রামীণ স্বাস্থ্য ক্লিনিক এবং ফেডারেল যোগ্য স্বাস্থ্য কেন্দ্র কর্তৃক প্রদত্ত • আপনার ডাক্তারের সাথে 5-10 মিনিটের জন্য ভার্সুয়াল চেক-ইন (উদাহরণস্বরূপ, ফোন বা ভিডিও চ্যাটের মাধ্যমে) করুন যদি: <ul style="list-style-type: none"> ◦ আপনি নতুন রোগী না হন এবং ◦ চেক-ইনটি গত 7 দিনের মধ্যে অফিস ভিজিটের সাথে সম্পর্কিত না হয় এবং ◦ চেক-ইনের ফলে 24 ঘন্টার মধ্যে অফিসে যাওয়া বা যত তাড়াতাড়ি সম্ভব অ্যাপয়েন্টমেন্ট নেওয়া সম্ভব হয় না। • আপনার ডাক্তারের কাছে পাঠানো ভিডিও এবং/অথবা ছবির মূল্যায়ন, এবং 24 ঘন্টার মধ্যে আপনার ডাক্তারের দ্বারা ব্যাখ্যা এবং ফলোআপ, যদি: 	



অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>চিকিৎসক/প্র্যাক্টিশনারদের পরিষেবা, ডাক্তারের কার্যালয় ভিজিট সহ (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> • আপনি নতুন রোগী না হন এবং • মূল্যায়নটি গত 7 দিনে অফিস ভিজিটের সাথে সম্পর্কিত নয় এবং • মূল্যায়নটি 24 ঘণ্টার মধ্যে অফিস ভিজিট বা অতি দ্রুত উপলভ্য অ্যাপয়েন্টমেন্টের দিকে না যায় • ফোন, ইন্টারনেট বা বৈদ্যুতিকভাবে স্বাস্থ্য বিষয়ক রেকর্ডের মাধ্যমে আপনার ডাক্তার অন্যান্য ডাক্তারের সাথে যে পরামর্শ করেন • অস্ত্রোপচারের আগে অন্য নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর দ্বিতীয় মতামত • নন-রুটিন দাঁতের যত্ন (চোয়াল বা সংশ্লিষ্ট কাঠামোর অস্ত্রোপচার, চোয়াল বা মুখের হাড়ের ভাঙন, নিওপ্লাস্টিক ক্যান্সার রোগের রেডিয়েশন চিকিৎসার জন্য চোয়াল প্রস্তুত করার জন্য দাঁত তোলা, অথবা এমন পরিষেবা যা ডাক্তারের দ্বারা সরবরাহ করা হলে আওতাভুক্ত করা হবে)। পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে। • যদি আপনি Coumadin, Heparin, অথবা Warfarin এর মতো জমাট বাঁধা রোধী ওষুধ গ্রহণ করেন, তাহলে চিকিৎসকের অফিসে বা বহির্বিভাগীয় হাসপাতালের সেটিংয়ে পর্যবেক্ষণ পরিষেবা। 	
	<p>পডিয়াট্রি চিকিৎসা পরিষেবা (Medicare-আওতাভুক্ত)</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • রোগ নির্ণয় এবং পায়ের আঘাত ও রোগের চিকিৎসা কিংবা সার্জিক্যাল চিকিৎসা (যেমন হ্যামার টো বা হিল স্পার্স) • নিচের দিকের অঙ্গকে প্রভাবিত করা নির্দিষ্ট কিছু মেডিকেল অবস্থায় আক্রান্ত সদস্যদের জন্য রুটিন ফুট কেয়ার 	<p>এই সুবিধার ক্ষেত্রে কোনো কোইস্যুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>HIV প্রতিরোধের জন্য প্রি-এক্সপোজার প্রফিল্যাক্সিস (PrEP)</p> <p>আপনার যদি HIV না থাকে, কিন্তু আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী নির্ধারণ করেন যে আপনি HIV এর ঝুঁকিতে আছেন, তাহলে আমরা প্রি-এক্সপোজার প্রফিল্যাক্সিস (PrEP) ওষুধ এবং সম্পর্কিত পরিষেবাগুলি কভার করি।</p> <p>আপনি যদি যোগ্য হন, তাহলে আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FDA-অনুমোদিত মৌখিক বা ইনজেকশনযোগ্য PrEP ওষুধ। যদি আপনি ইনজেকশনযোগ্য ওষুধ পান, তাহলে আমরা ওষুধের ইনজেকশনের খরচও বহন করব। • প্রতি 12 মাসে সর্বোচ্চ 8টি ব্যক্তিগত কাউন্সেলিং সেশন (HIV ঝুঁকি মূল্যায়ন, HIV ঝুঁকি হ্রাস এবং ওষুধ গ্রহণ সহ)। • প্রতি 12 মাসে সর্বোচ্চ 8 বার HIV স্ক্রিনিং। <p>এককালীন হেপাটাইটিস B ভাইরাস স্ক্রিনিং।</p>	<p>PrEP সুবিধার জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্যতা নেই।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>প্রোস্টেট ক্যান্সারের স্ক্রিনিং পরীক্ষা</p> <p>50 বছর বা তার বেশি বয়সী পুরুষদের জন্য, আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে - প্রতি 12 মাসে একবার:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ডিজিটাল রেকটাল পরীক্ষা • প্রোস্টেট স্পেসিফিক অ্যান্টিজেন (PSA) পরীক্ষা 	<p>বার্ষিক PSA পরীক্ষার জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ডিডাক্টিবল নেই।</p>
	<p>প্রস্থেটিক ও অর্থোটিক ডিভাইস এবং সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় জিনিসপত্র</p> <p>ডিভাইস (ডেন্টাল ব্যতীত) যা শরীরের কোনো অংশ বা ফাংশনের সমস্ত বা আংশিক প্রতিস্থাপন করে। এর মধ্যে রয়েছে পরীক্ষা, ফিটিং, অথবা প্রস্থেটিক এবং অর্থোটিক ডিভাইস ব্যবহারের প্রশিক্ষণ; সেইসাথে কোলস্টেমি ব্যাগ এবং কোলস্টেমি পরিচর্যার সাথে সরাসরি সম্পর্কিত সরবরাহ, পেসমেকার, ব্রেস, প্রস্থেটিক জুতো, কৃত্রিম অঙ্গ এবং ব্রেস্ট প্রস্থেসিস (মাস্টেক্টমির পরে একটি সার্জিক্যাল ব্রেসিয়ার সহ)। প্রস্থেটিক ডিভাইস ও প্রস্থেটিক এবং অর্থোটিক ডিভাইসগুলির মেরামত এবং/অথবা প্রতিস্থাপন সম্পর্কিত কিছু সরবরাহ অন্তর্ভুক্ত করে। ছানি অপসারণ বা ছানি অস্ত্রোপচারের পরে কিছু কভারেজও অন্তর্ভুক্ত - আরও বিস্তারিত জানার জন্য এই টেবিলের পরে ভিশন কেয়ারে যান।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইস্যুরেন্স, কোপেমেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>পালমোনারি পুনর্বাসন পরিষেবা</p> <p>পালমোনারি রিহ্যাবিলিটেশন-এর বিস্তৃত প্রোগ্রামগুলি এমন সদস্যদের জন্য আওতাভুক্ত করা হয়েছে যাদের মাঝারি থেকে খুব গুরুতর দীর্ঘস্থায়ী অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (COPD) আছে এবং দীর্ঘস্থায়ী শ্বাসযন্ত্রের রোগের চিকিৎসা প্রদানকারী ডাক্তারের কাছ থেকে পালমোনারি রিহ্যাবিলিটেশনের আদেশ রয়েছে।</p>	<p>এই সুবিধার ক্ষেত্রে কোনো কোইস্যুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>
	<p>অ্যালকোহলের অপব্যবহার কমাতে স্ক্রিনিং এবং কাউন্সেলিং</p> <p>আমরা প্রাপ্তবয়স্কদের (গর্ভবতী মহিলাদের সহ) জন্য একটি অ্যালকোহল অপব্যবহার স্ক্রিনিং কভার করি যারা অ্যালকোহলের অপব্যবহার করে কিন্তু অ্যালকোহল নির্ভর নয়।</p> <p>যদি আপনার অ্যালকোহলের অপব্যবহারের রিপোর্ট পজিটিভ আসে, তাহলে আপনি বছরে সর্বাধিক 4টি সংক্ষিপ্ত মুখোমুখি কাউন্সেলিং সেশন পেতে পারেন (যদি আপনি কাউন্সেলিং চলাকালীন যোগ্য এবং সতর্ক থাকেন) যা একজন যোগ্য প্রাথমিক চিকিৎসা ডাক্তার বা প্রাথমিক পরিচর্যা কেন্দ্রের অনুশীলনকারী দ্বারা প্রদান করা হয়।</p>	<p>অ্যালকোহলের অপব্যবহার প্রতিরোধমূলক সুবিধা কমাতে Medicare-আওতাভুক্ত স্ক্রিনিং এবং কাউন্সেলিং-এর জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>লো ডোজ কম্পিউটেড টোমোগ্রাফি (LDCT) দ্বারা ফুসফুসের ক্যান্সারের স্ক্রিনিং</p> <p>যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য, প্রতি 12 মাস অন্তর একটি LDCT কভার করা হয়।</p> <p>যোগ্য সদস্যরা হলেন 50 – 77 বছর বয়সী ব্যক্তিরা যাদের ফুসফুসের ক্যান্সারের কোনো লক্ষণ বা উপসর্গ নেই, কিন্তু যাদের কমপক্ষে 20 প্যাক-বছর ধরে তামাক ধূমপানের ইতিহাস রয়েছে এবং যারা বর্তমানে ধূমপান করেন বা গত 15 বছরের মধ্যে ধূমপান ছেড়ে দিয়েছেন, যারা ফুসফুসের ক্যান্সার স্ক্রিনিং কাউন্সেলিং এবং ভাগ করে নেওয়া সিদ্ধান্ত গ্রহণের সময় LDCT-এর জন্য একটি আদেশ পান যা এই ধরনের ভিজিটের জন্য Medicare এর মানদণ্ড পূরণ করে এবং একজন চিকিৎসক বা যোগ্য নন-চিকিৎসক অনুশীলনকারী দ্বারা সরবরাহ করা হয়।</p> <p><i>প্রাথমিক LDCT স্ক্রিনিংয়ের পরে LDCT ফুসফুসের ক্যান্সার স্ক্রিনিংয়ের জন্য:</i> সদস্যদের অবশ্যই LDCT ফুসফুসের ক্যান্সার স্ক্রিনিংয়ের জন্য একটি আদেশ পেতে হবে, যা একজন চিকিৎসক বা যোগ্য নন-চিকিৎসক অনুশীলনকারীর সাথে যেকোনো উপযুক্ত ভিজিটের সময় সরবরাহ করা যেতে পারে। যদি একজন চিকিৎসক বা যোগ্য নন-চিকিৎসক অনুশীলনকারী LDCT-এর সাথে পরবর্তী ফুসফুস ক্যান্সার স্ক্রিনিংয়ের জন্য ফুসফুস ক্যান্সার স্ক্রিনিং কাউন্সেলিং এবং ভাগ করে নেওয়া সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য পরিদর্শন করার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে এই ভিজিটের জন্য Medicare মানদণ্ড পূরণ করতে হবে।</p>	<p>Medicare আওতাভুক্ত কাউন্সেলিং এবং শেয়াকৃত সিদ্ধান্ত গ্রহণের ভিজিট বা LDCT-এর ক্ষেত্রে কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>হেপাটাইটিস C ভাইরাস সংক্রমণের জন্য স্ক্রিনিং</p> <p>আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা ডাক্তার বা অন্য কোনো যোগ্যতাসম্পন্ন স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী যদি হেপাটাইটিস C স্ক্রিনিং অর্ডার করেন এবং আপনি নিম্নলিখিত শর্তগুলির মধ্যে একটি পূরণ করেন, তাহলে আমরা একটি হেপাটাইটিস C স্ক্রিনিং কভার করি:</p> <ul style="list-style-type: none"> • আপনি উচ্চ ঝুঁকিতে আছেন কারণ আপনি অবৈধ ইনজেকশন ওষুধ ব্যবহার করেন বা ব্যবহার করেছেন। • 1992 সালের আগে আপনার ব্লাড ট্রান্সফিউশন করা হয়েছিল। • আপনার জন্ম 1945-1965 সালের মধ্যে। <p>আপনার যদি জন্ম 1945-1965 সালের মধ্যে হয় এবং আপনি উচ্চ ঝুঁকিতে রয়েছেন বলে বিবেচিত না হন, তাহলে আমরা একবার স্ক্রিনিংয়ের জন্য পে করি। আপনি যদি উচ্চ ঝুঁকিতে থাকেন (উদাহরণস্বরূপ, আপনি আপনার আগের নেতিবাচক হেপাটাইটিস সি স্ক্রিনিং পরীক্ষার পর থেকে অবৈধ ইনজেকশন ওষুধ ব্যবহার করে চলেছেন), আমরা বার্ষিক স্ক্রিনিং কভার করি।</p>	<p>হেপাটাইটিস C ভাইরাসের জন্য Medicare-আওতাভুক্ত স্ক্রিনিংয়ের জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>যৌনবাহিত সংক্রমণ (STI) এর জন্য স্ক্রিনিং এবং STI প্রতিরোধের জন্য কাউন্সেলিং</p> <p>আমরা ক্ল্যামিডিয়া, গনোরিয়া, সিফিলিস এবং হেপাটাইটিস বি-এর ক্ষেত্রে যৌন সংক্রমণ (STI) স্ক্রিনিংগুলি কভার করি। এই স্ক্রিনিংগুলি গর্ভবতী মহিলাদের জন্য এবং প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী কর্তৃক পরীক্ষার আদেশ দেওয়ার সময় STI-এর ঝুঁকিতে থাকা নির্দিষ্ট কিছু লোকের জন্য কভারকৃত। আমরা প্রতি 12 মাসে একবার বা গর্ভাবস্থায় নির্দিষ্ট সময়ে এই পরীক্ষাগুলি কভার করি।</p> <p>আমরা প্রতি বছর যৌনভাবে সক্রিয় প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য যারা STI-এর ঝুঁকিতে আছেন, তাদের জন্য 20 থেকে 30 মিনিটের মুখোমুখি উচ্চ-তীব্র আচরণগত পরামর্শ সেশনের মাধ্যমে 2 জন পর্যন্ত ব্যক্তিকে কভার করি। আমরা এই কাউন্সেলিং সেশনগুলি কেবলমাত্র প্রতিরোধমূলক পরিষেবা হিসাবেই কভার করি যদি সেগুলি প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী দ্বারা সরবরাহ করা হয় এবং ডাক্তারের কার্যালয়ে মতো প্রাথমিক পরিচর্যা সেটিংয়ে অনুষ্ঠিত হয়।</p>	<p>Medicare-আওতাভুক্ত STI স্ক্রিনিং এবং STI প্রতিরোধমূলক সুবিধার জন্য কাউন্সেলিং-এর ক্ষেত্রে কোনো কোনো কোইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>কিডনি রোগের চিকিৎসা সেবা</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • কিডনি রোগ বিষয়ে শিক্ষা সেবা কিডনির যত্ন নেওয়া শেখানো এবং সদস্যদের তাদের যত্ন সম্পর্কে যুক্তিসম্মত সিদ্ধান্ত নিতে সহায়তা করে। IV পর্যায়ের দীর্ঘস্থায়ী কিডনি রোগে আক্রান্ত সদস্যদের জন্য, যখন তাদের ডাক্তার তাদের রেফার করেন, আমরা প্রতি জীবদশায় 6টি পর্যন্ত কিডনি রোগ শিক্ষা পরিষেবা প্রদান করি। • বহিরাগত রোগীদের ডায়ালাইসিস চিকিৎসা (অধ্যায় 3-এ বর্ণিতভাবে, অস্থায়ীভাবে পরিষেবা এলাকার বাইরে ডায়ালাইসিস চিকিৎসা সহ, অথবা যখন এই পরিষেবার জন্য আপনার প্রদানকারী অস্থায়ীভাবে অনুপলভ্য বা অ্যাক্সেসযোগ্য নয়) • ইনপেশেন্ট ডায়ালাইসিস চিকিৎসা (যদি আপনি বিশেষ পরিচর্যার জন্য হাসপাতালে ইনপেশেন্ট হিসেবে ভর্তি হন) • স্ব-ডায়ালাইসিস প্রশিক্ষণ (আপনার এবং আপনার বাড়িতে ডায়ালাইসিস চিকিৎসায় সাহায্যকারী যে কোনো ব্যক্তির প্রশিক্ষণ অন্তর্ভুক্ত) • হোম ডায়ালাইসিস সরঞ্জাম ও সরবরাহ • কিছু হোম সাপোর্ট পরিষেবা (যেমন, প্রয়োজনে আপনার বাড়ির ডায়ালাইসিস পরীক্ষা করতে, জরুরি পরিস্থিতিতে সহায়তা করতে এবং আপনার ডায়ালাইসিস সরঞ্জাম ও পানি সরবরাহ পরীক্ষা করতে প্রশিক্ষিত ডায়ালাইসিস কর্মীদের মাধ্যমে ভিজিট করা) <p>ডায়ালাইসিসের জন্য কিছু ওষুধ Medicare পার্ট B এর আওতায় রয়েছে। পার্ট B ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে তথ্যের জন্য, এই টেবিলে Medicare পার্ট B ওষুধ দেখুন।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইস্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p> <p>ইনপেশেন্ট ডায়ালাইসিস চিকিৎসা</p> <ul style="list-style-type: none"> • এই চার্টে "হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা" দেখুন। <p>হোম ডায়ালাইসিস সরঞ্জাম ও সরবরাহ</p> <ul style="list-style-type: none"> • এই চার্টে "টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম এবং সংশ্লিষ্ট সরবরাহ" দেখুন। <p>হোম সাপোর্ট সার্ভিস</p> <ul style="list-style-type: none"> • এই চার্টে "গৃহ স্বাস্থ্য এজেন্সি পরিচর্যা" দেখুন। <p>Medicare পার্ট B ডায়ালাইসিস ওষুধ</p> <ul style="list-style-type: none"> • এই চার্টে "Medicare পার্ট B প্রেসক্রিপশন ওষুধ" দেখুন।

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>স্কিলড নার্সিং ফ্যাসিলিটি (SNF) কেয়ার (দক্ষ নার্সিং সুবিধা পরিচর্যার সংজ্ঞা জানতে, অধ্যায় 12 দেখুন।) স্কিলড নার্সিং ফ্যাসিলিটি-কে কখনও কখনও SNF বলা হয়।</p> <p>আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়:</p> <ul style="list-style-type: none"> • সেমি-প্রাইভেট রুম (বা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে একটি প্রাইভেট রুম) • বিশেষ ডায়েট সহ খাবার • দক্ষ নার্সিং সেবা • শারীরিক থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ থেরাপি • আমাদের চিকিৎসা পরিকল্পনার অংশ হিসেবে আপনাকে যেসব ওষুধ দেওয়া হয়েছে (এর মধ্যে রয়েছে শরীরে প্রাকৃতিকভাবে উপস্থিত পদার্থ, যেমন রক্ত জমাট বাঁধার উপাদান)। • রক্ত - সংরক্ষণ এবং পরিচালনা সহ। সম্পূর্ণ রক্ত এবং প্যাকড লোহিত রক্তকণিকার কভারেজ আপনার প্রয়োজনীয় চতুর্থ পাইন্ট রক্ত দিয়েই শুরু হয় - আপনাকে এক ক্যালেন্ডার বছরে প্রথম 3টি পাইন্ট রক্তের খরচ বহন করতে হবে অথবা আপনার বা অন্য কারো দ্বারা রক্তদান করতে হবে। ব্লাডের অন্যান্য সকল উপাদান প্রথম পিন্ট ব্যবহার থেকে শুরু করে আওতাভুক্ত করা হয়। • চিকিৎসা এবং অস্ত্রোপচারের সরবরাহ সাধারণত SNF দেয় • ল্যাবরেটরি টেস্ট সাধারণত SNF দেয় • এক্স-রে এবং অন্যান্য রেডিওলজি পরিষেবা যা সাধারণত SNF দ্বারা সরবরাহ করা হয় • সাধারণত SNF-এর সরবরাহ করা হুইলচেয়ারের মতো যন্ত্রপাতির ব্যবহার • চিকিৎসক/প্র্যাকটিশনার সেবা <p>সাধারণত, আপনি নেটওয়ার্ক সুবিধা থেকে SNF পরিচর্যা পান। নিচে তালিকাভুক্ত কিছু শর্তের অধীনে, যদি সুবিধাটি আমাদের পরিকল্পনার পরিমাণ পেমেন্টের জন্য গ্রহণ করে, তাহলে আপনি এমন একটি সুবিধার জন্য ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগাভাগি করে দিতে সক্ষম হতে পারেন যা নেটওয়ার্ক প্রদানকারী নয়।</p> <ul style="list-style-type: none"> • একটি নার্সিং হোম বা অব্যাহত কেয়ার রিটায়ারমেন্ট কমিউনিটি যেখানে আপনি হাসপাতালে যাওয়ার ঠিক আগে বাস করছিলেন (যতদিন এটি দক্ষ নার্সিং সুবিধা পরিচর্যা প্রদান করে) • একটি SNF যেখানে আপনি হাসপাতাল ছেড়ে যাওয়ার সময় আপনার স্ত্রী বা পারিবারিক সঙ্গী অবস্থান করছেন 	<p>এই সুবিধার ক্ষেত্রে কোনো কোইস্যুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p> <p>জরুরি অবস্থা ব্যতীত, আপনার ডাক্তারকে অবশ্যই প্ল্যানটি সম্পর্কে জানাতে হবে যে আপনি SNF-এ ভর্তি হতে চলেছেন। আগে থেকে হাসপাতালে থাকার প্রয়োজন নেই।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

	আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
	<p>ধূমপান ও তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার বন্ধ করা (ধূমপান বা তামাক ব্যবহার বন্ধ করার পরামর্শ)</p> <p>ধূমপান এবং তামাক ব্যবহারের অবসান কাউন্সেলিং বহির্বিভাগের রোগী এবং হাসপাতালে ভর্তি রোগীদের জন্য কভার করা হয় যারা এই মানদণ্ডগুলি পূরণ করে:</p> <ul style="list-style-type: none"> • তামাক ব্যবহার করুন, তা সে তামাকজনিত রোগের লক্ষণ বা উপসর্গ প্রদর্শন করুক না কেন। • কাউন্সেলিংয়ের সময় দক্ষ এবং সতর্ক • একজন যোগ্যতাসম্পন্ন চিকিৎসক বা অন্য Medicare-স্বীকৃত অনুশীলনকারী কাউন্সেলিং প্রদান করেন <p>আমরা প্রতি বছর 2টি বন্ধের প্রচেষ্টা কভার করি (প্রতিটি প্রয়াসে সর্বাধিক 4টি ইন্টারমিডিয়েট বা নিবিড় সেশন অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, যেখানে রোগী প্রতি বছর 8টি পর্যন্ত সেশন পেতে পারেন।)</p>	<p>Medicare-আওতাভুক্ত ধূমপান এবং তামাক ব্যবহার বন্ধের প্রতিরোধমূলক সুবিধার জন্য কোনো কোইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য নেই।</p>
	<p>ধূমপান ও তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার বন্ধের পরিষেবা (পরিপূরক)*</p> <p>আপনি যদি ধূমপান ছাড়তে চান তবে আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী চিকিৎসকের সাথে কথা বলুন বা আমাদের স্বাস্থ্য শিক্ষা বিভাগে কল করুন।</p> <p>Medicare-আওতাভুক্ত ধূমপান এবং তামাক ব্যবহার বন্ধের সুবিধার আওতায় প্রদত্ত কভারেজ ছাড়াও, এই পরিকল্পনাটি প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে 8টি অতিরিক্ত কাউন্সেলিং পরিষেবা কভার করে যা আপনাকে ধূমপান বা তামাকজাত দ্রব্য ব্যবহার বন্ধ করতে সাহায্য করবে।</p> <p>এই সুবিধার আওতায় পরিকল্পনাটি কভারেজের জন্য পেমেেন্ট করার আগে আপনাকে অবশ্যই আপনার Medicare-আওতাভুক্ত তামাক ব্যবহার বন্ধের সুবিধাটি ব্যবহার করতে হবে।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্স্যুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p>
	<p>দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধা</p> <p>যদি আপনার নিচে চিহ্নিত দীর্ঘস্থায়ী সমস্যার কোনো একটি ধরা পড়ে এবং আপনি নির্দিষ্ট মানদণ্ড পূরণ করেন, তাহলে আপনি দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থদের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধার জন্য যোগ্য হতে পারেন।</p> <ul style="list-style-type: none"> • অটোইমিউন ডিসঅর্ডার; • কার্ডিওভাস্কুলার ব্যাধি • গুরুতর হার্ট ফেলিওর • ডিমেনশিয়া • ডায়াবেটিস মেলিটাস • দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের সমস্যা • দীর্ঘস্থায়ী কিডনি রোগ (CKD) • দীর্ঘস্থায়ী অ্যালকোহল ব্যবহারের ব্যাধি এবং অন্যান্য মাদক ব্যবহারের ব্যাধি (SUDs) • ক্যানসার 	<p>আপনি যদি আপনার Healthy You কার্ড ব্যবহার করেন তবে কোনো কোইন্স্যুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>কেয়ার ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ প্রয়োজন হতে পারে। সদস্যদের চিকিৎসা ইতিহাসের তথ্যের অভাবের ভিত্তিতে পরীক্ষার জন্য চিকিৎসকের অনুমোদনও নিতে হবে।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধা (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> • অতিরিক্ত ওজন, স্থূলতা এবং বিপাকীয় সিন্ড্রোম • দীর্ঘস্থায়ী গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল রোগ • গুরুতর হেমাটোলজিক ডিসঅর্ডার • HIV/AIDS • গুরুতর এবং প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টিকারী মানসিক স্বাস্থ্যের সমস্যা • স্নায়বিক ব্যাধি • স্ট্রোক • অঙ্গ প্রতিস্থাপনের পর • ইমিউনোডেফিসিয়েন্সি এবং ইমিউনোসপ্রেসিভ ব্যাধি • জ্ঞানীয় দুর্বলতার সাথে সম্পর্কিত শর্ত • কার্যকরী চ্যালেঞ্জ সহ শর্ত • দীর্ঘস্থায়ী সমস্যা যা দৃষ্টি, শ্রবণশক্তি (বধিরতা), স্বাদ, স্পর্শ এবং গন্ধকে ব্যাহত করে • এমন সমস্যা যা ব্যক্তিদের বজায় রাখা বা বজায় রাখার জন্য অব্যাহত থেরাপি পরিষেবার প্রয়োজন <p>আমরা আপনাকে এই সুবিধাগুলো অ্যাক্সেস করতে সাহায্য করব। আপনার অনুরোধ প্রক্রিয়া শুরু করতে অথবা অতিরিক্ত তথ্য পেতে আপনার পরিচর্যা সমন্বয়কারী কিংবা 'সদস্য পরিষেবা'-তে কল করতে পারেন।</p> <p>দ্রষ্টব্য: এই সুবিধার জন্য অনুরোধ করার মাধ্যমে আপনি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) প্রতিনিধিদের আপনার আবেদনে স্পষ্টভাবে উল্লেখিত ফোন, মেইল বা যোগাযোগের অন্য কোনো পদ্ধতির মাধ্যমে আপনার সাথে যোগাযোগ করার অনুমতি দিচ্ছেন।</p> <p>অনুমোদনের পর, আপনার প্রিলোডেড Healthy You কার্ডটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রতি মাসে \$285 এর সম্মিলিত ভাতা সহ লোড হবে যা SSBCI সুবিধার জন্য ব্যবহার করা হবে। প্রতি মাসের শেষে কোনো অব্যবহৃত তহবিল পরবর্তী মাসের ব্যবহার করা যাবে না।</p> <p>খাদ্য ও উৎপাদন*</p> <p>উপরে তালিকাভুক্ত দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতায়ুক্ত সুবিধাভোগীরাও Healthy You কার্ড সুবিধার মাধ্যমে খাদ্য এবং উৎপাদন সুবিধার জন্য যোগ্য। আপনার Healthy You কার্ডে স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রতি মাসে সর্বোচ্চ \$285 লোড করা হবে, যার সাথে ওভার-দ্যা-কাউন্টার (OTC) আইটেম, OTC শ্রবণযন্ত্র, পরিকল্পনা অনুমোদিত স্বাস্থ্য কেন্দ্রের জন্য পরিবহন, নন-মেডিকেল প্রয়োজনের জন্য পরিবহন এবং ইউটিলিটি* (বিদ্যুৎ এবং প্রাকৃতিক গ্যাস, জল) অন্তর্ভুক্ত থাকবে।</p>	


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধা (চলছে)</p> <p>আপনার Healthy You কার্ডের ভাটা ব্যবহার করে আপনি আপনার নিকটবর্তী অংশগ্রহণকারী স্থানীয় দোকানে বিভিন্ন ব্র্যান্ড-নাম এবং জেনেরিক স্বাস্থ্যকর খাদ্য পণ্য কিনতে পারবেন, অথবা SWHMA.com-এ কোনো অতিরিক্ত খরচ ছাড়াই হোম ডেলিভারির মাধ্যমে অনলাইনে কিনতে পারবেন।</p> <p>প্রতি মাসের শেষে কোনো অব্যবহৃত তহবিল পরবর্তী মাসের ব্যবহার করা যাবে না।</p> <p>চিকিৎসা বহির্ভূত প্রয়োজনে পরিবহন*</p> <p>আপনি আপনার Healthy You কার্ড ব্যবহার করে নন-মেডিকেল প্রয়োজনের জন্য ফিটনেস সেন্টার, ফুড প্যান্ট্রি, মুদি দোকান, OTC সরবরাহ কেনার জন্য ফার্মেসি, ধর্মীয় পরিষেবা এবং বয়স্কদের জন্য কেন্দ্রের মতো অনুমোদিত স্থানে রাইড কিনতে পারেন। আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে প্রিফাভেড ডেবিট Healthy You কার্ড বিভাগে যান।</p> <p>ইউটিলিটি*</p> <p>ইউটিলিটি (বিদ্যুৎ ও প্রাকৃতিক গ্যাস, জল) সহায়তার জন্য সুবিধার আওতায় যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য সদস্যদের অবশ্যই একটি মূল্যায়নে অংশগ্রহণ করতে হবে।</p> <p>আপনার Healthy You কার্ডে স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রতি মাসে সর্বোচ্চ \$285 লোড করা হবে, যার সাথে ওভার-দ্যা-কাউন্টার (OTC) আইটেম, OTC শ্রবণযন্ত্র, খাদ্য ও পণ্য*, পরিকল্পনা অনুমোদিত স্বাস্থ্য কেন্দ্রের জন্য পরিবহন এবং চিকিৎসা বহির্ভূত প্রয়োজনের জন্য পরিবহন অন্তর্ভুক্ত থাকবে।</p> <p>*দীর্ঘস্থায়ী সমস্যার যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা</p>	
<p>সুপারভাইজড এক্সারসাইজ থেরাপি (SET)</p> <p>লক্ষণগত পেরিফেরাল আর্টারি ডিজিজ (PAD) রয়েছে এমন সদস্যদের জন্য SET আওতাভুক্ত।</p> <p>SET প্রোগ্রামের প্রয়োজনীয়তা পূরণ হলে 12 সপ্তাহের মধ্যে সর্বোচ্চ 36টি সেশন কভার করা হবে।</p> <p>SET প্রোগ্রামটি অবশ্যই:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30-60 মিনিট স্থায়ী সেশন নিয়ে গঠিত, যার মধ্যে রয়েছে ক্লোডিকেশন রোগীদের PAD-এর জন্য একটি থেরাপিউটিক এক্সারসাইজ-প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম। • হাসপাতালের বহিরাগত রোগীর সেটিং বা চিকিৎসকের অফিসে পরিচালনা করা হবে • ক্ষতির চেয়ে উপকার বেশি তা নিশ্চিত করার জন্য প্রয়োজনীয় যোগ্যতাসম্পন্ন সহায়ক কর্মীদের মাধ্যমে ডেলিভার করা হবে এবং যারা PAD-এর জন্য অনুশীলন থেরাপিতে প্রশিক্ষিত 	<p>এই সুবিধার জন্য যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো কোইস্যুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।</p>


অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>সুপারভাইজড এক্সারসাইজ থেরাপি (SET) (চলছে)</p> <ul style="list-style-type: none"> একজন চিকিৎসক, চিকিৎসক সহকারী, বা নার্স প্র্যাকটিশনার / ক্লিনিকাল নার্স বিশেষজ্ঞের সরাসরি তত্ত্বাবধানে থাকুন যাকে অবশ্যই বেসিক এবং উন্নত লাইফ সাপোর্ট কৌশল উভয় ক্ষেত্রেই প্রশিক্ষিত হতে হবে <p>স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী যদি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় বলে মনে করেন, তাহলে SET 12 সপ্তাহ ধরে 36টি সেশনের পরেও দীর্ঘ সময় ধরে অতিরিক্ত 36টি সেশনের আওতায় আসতে পারে।</p>	
<p>পরিবহন-অ-জরুরি (পরিপূরক)</p> <p>আপনার Healthy You কার্ডে আপনার বিবেচনার ভিত্তিতে স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত স্থানে পরিবহনের জন্য প্রতি মাসে মোট \$285 ভাতা রয়েছে। এই পরিমাণ নির্দিষ্ট সংখ্যক "রাইড" এর সাথে সঙ্গতিপূর্ণ নয় তবে সুবিধা সীমা পর্যন্ত অ-জরুরি পরিবহন খরচ কিনতে ব্যবহার করা যেতে পারে। এই পরিমাণ ওভার-দ্য-কাউন্টার (OTC) জিনিসপত্র, OTC শ্রবণযন্ত্র, খাদ্য ও উৎপাদন*, পরিকল্পনা অনুমোদিত স্বাস্থ্য কেন্দ্রের জন্য পরিবহন এবং ইউটিলিটি মাসিক ভাতার সাথে মিলিত হয়। আপনি যদি আপনার ত্রৈমাসিক সুবিধার সমস্ত পরিমাণ ব্যবহার না করেন, তাহলে অবশিষ্ট ব্যালেন্সের মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে এবং পরবর্তী সুবিধার সময়কালের রোলওভার হবে না।</p> <p>আপনি আপনার প্রিলোডেড Healthy You কার্ড ব্যবহার করে রাইড-হেলিং অ্যাপ্লিকেশন, ট্যাক্সি পরিষেবা, অথবা অন্যান্য অ-জরুরি পরিবহন, যেমন বাস পাস, রেল কার্ড, অথবা অন্যান্য ধরণের পাবলিক ট্রানজিটের জন্য রাইড কিনতে পারেন। এই অ্যালাউন্সে উপলভ্য রাইডের সংখ্যা সর্বোচ্চ করার জন্য সদস্যদের অনুপ্রেরণা দেওয়া হয়। সাধারণত অনুরোধ করা গন্তব্যস্থলগুলির জন্য, যেমন ডায়ালাইসিস সেন্টার বা শারীরিক থেরাপি সুবিধা, রাইড-হেলিং বা রিটেইল পরিবহন পরিষেবার মাধ্যমে সময় নির্ধারণ করার আগে আরও সশ্রয়ী পরিবহন উপলব্ধ কিনা তা দেখার জন্য সরাসরি সরবরাহকারীর সাথে যোগাযোগ করুন।</p>	<p>আপনি যদি Healthy You কার্ড ব্যবহার করেন তাহলে এই পরিষেবাগুলির কোনো কোইস্যুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>আপনার সর্বোচ্চ বার্ষিক অ্যালাউন্সের থেকে বেশি হলে খরচের জন্য আপনি দায়বদ্ধ থাকতে পারেন।</p> <p>সীমাবদ্ধতা এবং অপসারণ প্রযোজ্য হতে পারে। যদি আপনার জরুরি পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, তাহলে 911 নম্বরে ডায়াল করে অ্যাম্বুলেন্সের অনুরোধ করুন।</p> <p>জরুরি পরিবহন সম্বন্ধে আরও জানতে এই চার্টের "অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা" বিভাগটি দেখুন।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
*দীর্ঘস্থায়ী সমস্যার যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা	
<p>জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা</p> <p>একটি পরিকল্পনা-আওতাভুক্ত পরিষেবা যার জন্য তাৎক্ষণিক চিকিৎসার প্রয়োজন হয় কিন্তু জরুরি অবস্থা নয়, সেটি একটি জরুরি প্রয়োজন, যদি আপনি সাময়িকভাবে আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন, অথবা, এমনকি যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার মধ্যে থাকেন, তবুও আপনার সময়, স্থান এবং পরিস্থিতি বিবেচনা করে নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের কাছ থেকে এই পরিষেবাটি নেওয়া অস্বাভাবিক। আমাদের পরিকল্পনায় জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে এবং শুধুমাত্র আপনার কাছ থেকে নেটওয়ার্কের মধ্যে খরচ ভাগাভাগির সমান টাকা নেওয়া হবে। জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার উদাহরণ হল অপ্রত্যাশিত শারীরিক অসুস্থতা এবং আঘাত, বা অনাকাঙ্ক্ষিতভাবে কোনো বিদ্যমান অবস্থার ছড়িয়ে যাওয়া। আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন বা আমাদের পরিকল্পনা নেটওয়ার্ক অস্থায়ীভাবে অনুপলব্ধ থাকে, তবুও চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় রুটিন পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে দেখা (যেমন বার্ষিক চেকআপ) জরুরিভাবে প্রয়োজন বলে বিবেচিত হবে না।</p>	<p>এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো কো-ইন্সুরেন্স, কোপেমেেন্ট বা কর্তনযোগ্য প্রযোজ্য নয়।</p>
<p> ভিশন কেয়ার (Medicare আওতাভুক্ত)</p> <p>আওতাভুক্ত করা পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> বয়স-সম্পর্কিত ম্যাকুলার ডিজেনারেশনের চিকিৎসা সহ চোখের রোগ এবং আঘাতের নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য বহির্বিভাগীয় চিকিৎসক পরিষেবা। Original Medicare চশমা/কন্টাক্টের জন্য নিয়মিত চক্ষু পরীক্ষা (চোখের প্রতিসরণ) কভার করে না। গ্লুকোমার উচ্চ ঝুঁকি থাকা ব্যক্তিদের জন্য, আমরা প্রতি বছর একবার গ্লুকোমা স্ক্রিনিং কভার করি। গ্লুকোমার উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা ব্যক্তিদের মধ্যে রয়েছে গ্লুকোমার পারিবারিক ইতিহাস রয়েছে এমন ব্যক্তির, ডায়াবেটিসে আক্রান্ত ব্যক্তির, 50 বছর বা তার বেশি বয়সী আফ্রিকান আমেরিকানরা এবং 65 বছর বা তার বেশি বয়সী হিস্পানিক আমেরিকানরা। ডায়াবেটিসে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য, ডায়াবেটিক রেটিনোপ্যাথির স্ক্রিনিং বছরে একবার আওতাভুক্ত করা হয় প্রতিটি ছানি অস্ত্রোপচারের পরে এক জোড়া চশমা বা কন্টাক্ট লেন্স যাতে একটি ইন্ট্রাওকুলার লেন্স ঢোকানো থাকে। যদি আপনার 2টি পৃথক ছানি অপারেশন করা হয়, তাহলে আপনি প্রথম অস্ত্রোপচারের পরে সুবিধা সংরক্ষণ করতে পারবেন না এবং দ্বিতীয় অস্ত্রোপচারের পরে 2টি চশমা কিনতে পারবেন না। <p>Vision care (সম্পূরক)</p> <ul style="list-style-type: none"> প্রতি বছর একটি নিয়মিত চোখের পরীক্ষা চশমা, প্রতি বছর \$350 পর্যন্ত সীমা 	<p>এই সুবিধার জন্য যোগ্য সদস্যদের জন্য কোনো কোইন্সুরেন্স বা কোপে নেই।</p> <p>চশমার জন্য পূর্ব অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>ভিশন কেয়ার (Medicare আওতাভুক্ত) (চলছে) Medicaid আওতাভুক্ত পরিষেবার মধ্যে রয়েছে:</p> <ul style="list-style-type: none"> চক্ষু বিশেষজ্ঞ, চক্ষুরোগ-চিকিৎসক এবং অপথ্যালমিক ডিসপেনসারের পরিষেবা যার মধ্যে রয়েছে চশমা, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় কন্টাক্ট লেন্স এবং পলিকার্বোনেট লেন্স, কৃত্রিম চোখ (স্টক বা কাস্টম-তৈরি), লো ভিশন এইড এবং লো ভিশন পরিষেবা। কভারেজের মধ্যে অংশগুলির মেরামত বা প্রতিস্থাপন অন্তর্ভুক্ত। <p>ভিজুয়াল ক্রটি এবং/অথবা চোখের রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসার জন্য পরীক্ষা। প্রতিসরণের জন্য পরীক্ষাগুলি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় না হলে প্রতি 2 বছরে সীমাবদ্ধ। অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারী ব্যবহার করতে হবে। সরবরাহকারী এবং ফার্মেসি ডিরেক্টরি দেখুন বা তালিকার জন্য সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।</p>	
 <p>“Medicare-এ স্বাগত” প্রতিরোধমূলক পরিদর্শন</p> <p>আমাদের পরিকল্পনায় এককালীন <i>ওয়েলকাম টু Medicare</i> প্রিভেন্টিভ ভিজিট অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। এই ভিজিট আপনার স্বাস্থ্যের পর্যালোচনা, সেইসাথে আপনার প্রয়োজনীয় প্রতিরোধমূলক পরিষেবা (কিছু নির্দিষ্ট স্ক্রিনিং এবং শট সহ) সম্পর্কে শিক্ষা এবং পরামর্শ এবং প্রয়োজনে অন্যান্য যত্নের জন্য রেফারেল অন্তর্ভুক্ত থাকবে।</p> <ul style="list-style-type: none"> গুরুত্বপূর্ণ: Medicare পার্ট B-তে আপনার প্রথম 12 মাসের মধ্যেই আমরা <i>ওয়েলকাম টু Medicare</i> প্রিভেন্টিভ ভিজিট কভার করি। যখন আপনি আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্ট করবেন, তখন আপনার ডাক্তারের কার্যালয়কে জানান যে আপনি আপনার <i>ওয়েলকাম টু Medicare</i> প্রিভেন্টিভ ভিজিটের সময়সূচী নির্ধারণ করতে চান। 	<p>Medicare-এ স্বাগত প্রতিরোধমূলক পরিদর্শনের ক্ষেত্রে কোনো কোইস্যুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা ছাড় নেই।</p>
<p>বিশ্বব্যাপী জরুরি কভারেজ (পরিপূরক)*</p> <p>একটি অতিরিক্ত বেনিফিট হিসেবে, আপনার কভারেজটিতে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের (U.S.) বাইরে বিশ্বব্যাপী জরুরি পরিচর্যার জন্য প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে \$10,000 পর্যন্ত অন্তর্ভুক্ত রয়েছে</p> <p>এই সুবিধা কেবলমাত্র সেইসব পরিষেবার মধ্যে সীমাবদ্ধ যেগুলিকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে প্রদান করা হলে জরুরি পরিচর্যা হিসাবে শ্রেণীবদ্ধ করা হত। বিশ্বব্যাপী কভারেজের মধ্যে জরুরি পরিচর্যা এবং স্থিতিশীলকরণ পরবর্তী পরিচর্যা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।</p> <p>যখন এমন পরিস্থিতিগুলি ঘটে, আমরা আপনাকে বা আপনার যত্নশীল কাউকে আমাদের কল করতে বলি। আপনার চিকিৎসাগত অবস্থা এবং পরিস্থিতি অনুকূল হলেই আমরা নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের আপনার পরিচর্যা করার ব্যবস্থা করার চেষ্টা করব।</p> <p>অন্য কোনো দেশ থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে ফেরা আওতাভুক্ত নয়। নিয়মিত পরিচর্যা এবং পূর্ব-নির্ধারিত বা ঐচ্ছিক পদ্ধতিগুলি কভার করা হয় না।</p>	<p>এই সুযোগ সুবিধার ক্ষেত্রে কো-ইস্যুরেন্স, কো-পেমেন্ট বা কোনো ধরনের ছাড় নেই।</p> <p>যদি আপনি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জরুরি পরিচর্যা গ্রহণ করেন এবং আপনার জরুরি অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পরেও ইনপেশেন্ট পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার পরিচর্যা অব্যাহত রাখার জন্য আপনাকে অবশ্যই একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে ফিরে যেতে হবে অথবা</p>

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

আওতাভুক্ত পরিষেবা	আপনি কী প্রদান করেন
<p>বিশ্বব্যাপী জরুরি কভারেজ (পরিপূরক)*(চলছে)</p> <p>বিদেশি ট্যাক্স এবং ফি (এগুলো সহ, তবে এগুলোর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়: মুদ্রা কনভার্সন বা লেনদেনের ফি) আওতাভুক্ত নয়।</p> <p>U.S. বলতে 50টি স্টেটকে বুঝায়, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island এবং American Samoa.</p>	<p>পরিকল্পনা দ্বারা অনুমোদিত নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত হাসপাতালে আপনার ইনপেশেন্ট পরিচর্যা নিতে হবে।</p> <p>একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালে আপনি যেটা পেমেন্ট করবেন, সেই খরচ-শেয়ারিং হলো আপনার খরচ। প্ল্যানের সর্বোচ্চ প্রয়োগ হয়।</p> <p>মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে প্রাপ্ত আপৎ কালীন/জরুরি পরিচর্যার জন্য আপনাকে রিইমবার্সমেন্টের ক্লেইম দাখিল করতে হতে পারে</p> <p>এই বেনিফিটের জন্য প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে সর্বোচ্চ \$10,000-এর প্ল্যান প্রযোজ্য।</p>

বিভাগ 3 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর বাইরের আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি

নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP) দ্বারা আচ্ছাদিত নয় তবে Medicaid এর মাধ্যমে উপলব্ধ:

- নেটওয়ার্কের বাইরে পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবাগুলি সরাসরি অ্যাক্সেস বিধানের অধীনে,
- স্টেট আইন দ্বারা অনুমোদিত Medicaid ফার্মেসি বেনিফিট (Medicare পার্ট D বেনিফিট থেকে বাদ দেওয়া ওষুধ বিভাগগুলি নির্বাচন করুন),
- মেথাদোন রক্ষণাবেক্ষণ চিকিৎসা প্রোগ্রাম
- OMH লাইসেন্সপ্রাপ্ত কমিউনিটি রেসিডেন্স (CRs) এবং পরিবারভিত্তিক চিকিৎসা প্রোগ্রামগুলির বাসিন্দাদের জন্য প্রদত্ত পুনর্বাসন পরিষেবা,
- বিকাশমূলক প্রতিবন্ধী পরিষেবা সহ লোকেদের জন্য অফিস,
- কম্প্রিহেন্সিভ Medicaid কেস ম্যানেজমেন্ট,
- যক্ষা রোগের জন্য সরাসরি পর্যবেক্ষণ থেরাপি (DOT),

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

বিভাগ 4 যেসব পরিষেবা Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) বা Medicaid এর আওতাভুক্ত নয়

এই বিভাগটি আপনাকে বলে যে কোন পরিষেবাগুলি বাদ দেওয়া হয়েছে।

নিচের চার্টে এমন পরিষেবা এবং আইটেমগুলির তালিকা দেওয়া হয়েছে যা কোনো অবস্থাতেই আমাদের পরিকল্পনা বা Medicaid এর আওতায় আসে না অথবা শুধুমাত্র নির্দিষ্ট অবস্থায় Medicaid এর আওতায় আসে।

আপনি যদি এমন পরিষেবাগুলি গ্রহণ করেন যা বাদ দেওয়া হয়েছে (আওতাভুক্ত নয়), আপনাকে অবশ্যই নিচে তালিকাভুক্ত নির্দিষ্ট শর্তাদি ব্যতীত সেগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে। এমনকি যদি আপনি জরুরি সুবিধায় বাদ দেওয়া পরিষেবাগুলি পান, তবুও বাদ দেওয়া পরিষেবাগুলি কভার করা হয় না, এবং আমাদের পরিকল্পনা তাদের জন্য কোনো অর্থ প্রদান করবে না। একমাত্র ব্যতিক্রম হলো যদি পরিষেবাটি আপিল করা হয় এবং সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়: যে এটি একটি চিকিৎসা পরিষেবা যা আপনার নির্দিষ্ট পরিস্থিতির কারণে আমাদের অর্থ প্রদান করা বা আওতাভুক্ত করা উচিত ছিল। (চিকিৎসা পরিষেবা না দেওয়ার জন্য আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তার বিরুদ্ধে আপিল করার বিষয়ে তথ্যের জন্য, অধ্যায় 9, বিভাগ 6.3 দেখুন।)

Medicare দ্বারা আওতাভুক্ত নয় এমন পরিষেবাগুলি শুধুমাত্র নির্দিষ্ট অবস্থার অধীনে আওতাভুক্ত

অ্যাকুপাংচার	নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে দীর্ঘস্থায়ী কোমরের ব্যাথায় আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য উপলব্ধ
কসমেটিক সার্জারি বা পদ্ধতি	দুর্ঘটনাজনিত আঘাতের ক্ষেত্রে বা শরীরের বিকৃত অঙ্গের কার্যকারিতা উন্নত করার জন্য আওতাভুক্ত করা হয় মাস্টেকটমির পরে স্তন পুনর্গঠনের সব পর্যায়ের জন্য, সেইসাথে একটি অবিকৃত স্তন যাতে একই রকম দেখতে লাগে তার জন্য করা ব্যবস্থাপনা আওতাভুক্ত করা হয়
কাস্টোডিয়াল কেয়ার কাস্টোডিয়াল পরিচর্যা হল ব্যক্তিগত পরিচর্যা যার জন্য প্রশিক্ষিত চিকিৎসা বা প্যারামেডিক্যাল কর্মীদের ক্রমাগত মনোযোগের প্রয়োজন হয় না, যেমন এমন পরিচর্যা যা আপনাকে দৈনন্দিন জীবনযাত্রার কাজকর্মে সাহায্য করে, যেমন স্নান করা বা পোশাক পরা।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়
পরীক্ষামূলক চিকিৎসা ও অস্ত্রোপচার পদ্ধতি, সরঞ্জাম ও ওষুধ পরীক্ষামূলক পদ্ধতি ও আইটেমগুলি হলো সেই আইটেম ও পদ্ধতি যা Original Medicare দ্বারা নির্ধারিত হয় যা সাধারণত মেডিক্যাল কমিউনিটি কর্তৃক গৃহীত হয় না	Medicare-অনুমোদিত ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নের অধীনে অথবা আমাদের পরিকল্পনার অধীনে Original Medicare দ্বারা আচ্ছাদিত হতে পারে (ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়ন সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য অধ্যায় 3, বিভাগ 5 দেখুন)

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

Medicare দ্বারা আওতাভুক্ত নয় এমন পরিষেবাগুলি শুধুমাত্র নির্দিষ্ট অবস্থার অধীনে আওতাভুক্ত	
কেয়ারের জন্য আপনার নিকটাত্মীয় বা আপনার পরিবারের সদস্যদের চার্জ করা ফি	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়
আপনার বাড়িতে পূর্ণকালীন নার্সিং পরিচর্যা	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়
বাড়িতে ডেলিভার করা খাবার	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়
হোমমেকার পরিষেবার মধ্যে রয়েছে মৌলিক গৃহস্থালির সাহায্য, যার মধ্যে রয়েছে হালকা গৃহস্থালির কাজ বা হালকা খাবার তৈরি।	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়
প্রাকৃতিক চিকিৎসা সেবা (যা প্রাকৃতিক বা বিকল্প চিকিৎসা ব্যবহার করে)	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়
পায়ের জন্য অর্থোপেডিক জুতা বা সহায়ক ডিভাইস	জুতা যা একটি পায়ের বন্ধনীর অংশ এবং বন্ধনীর খরচ অন্তর্ভুক্ত করা হয়। ডায়াবেটিক ফুট রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য অর্থোপেডিক বা থেরাপিউটিক জুতো। অর্থোপেডিক জুতা Medicaid-এর আওতাভুক্ত হতে পারে
হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধাতে আপনার কক্ষের ব্যক্তিগত আইটেম, যেমন টেলিফোন বা টেলিভিশন	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়
হাসপাতালে ব্যক্তিগত কক্ষ	শুধুমাত্র চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় হলে অন্তর্ভুক্ত করা হয়
জীবাণুমুক্তকরণ পদ্ধতি এবং/ অথবা প্রেসক্রিপশনবিহীন গর্ভনিরোধক সরবরাহের বিপরীতকরণ	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়
নিয়মিত কাইরোপ্র্যাকটিক কেয়ার	মেরুদণ্ডের ম্যানুয়াল ম্যানিপুলেশনের মাধ্যমে সাবলোকেশনকে ঠিক করা
নিয়মিত দাঁতের পরিচর্যা, যেমন পরিষ্কার করা, ফিলিং করা, অথবা ডেনচার	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয় আরও তথ্যের জন্য চিকিৎসা সুবিধার তালিকা দেখুন।
নিয়মিত চোখের পরীক্ষা, চশমা, রেডিয়াল কেরাটোমি, ল্যাসিক সার্জারি এবং অন্যান্য লো ভিশন সহায়ক উপকরণ	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয় আরও তথ্যের জন্য চিকিৎসা সুবিধার তালিকা দেখুন।

অধ্যায় 4: চিকিৎসা সুবিধার তালিকা (যা অন্তর্ভুক্ত আছে)

Medicare দ্বারা আওতাভুক্ত নয় এমন পরিষেবাগুলি শুধুমাত্র নির্দিষ্ট অবস্থার অধীনে আওতাভুক্ত	
নিয়মিত পায়ের যত্ন	Medicare নির্দেশিকা অনুসারে কিছু সীমিত কভারেজ প্রদান করা হয় (যেমন, যদি আপনার ডায়াবেটিস থাকে) আরও তথ্যের জন্য চিকিৎসা সুবিধার তালিকা দেখুন।
নিয়মিত শ্রবণ পরীক্ষা, শ্রবণ যন্ত্র, বা শ্রবণ যন্ত্রের ফিটিং পরীক্ষা	Medicaid এর মধ্যে টেস্ট এবং পরীক্ষা, শ্রবণযন্ত্রের মূল্যায়ন এবং প্রেসক্রিপশন (চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়) অন্তর্ভুক্ত ছিল। আরও তথ্যের জন্য চিকিৎসা সুবিধার তালিকা দেখুন।
Original Medicare স্ট্যান্ডার্ড অনুসারে পরিষেবাগুলি যুক্তিসঙ্গত ও প্রয়োজনীয় নয় বলে বিবেচনা করা হয়	কোনো অবস্থাতেই আওতাভুক্ত নয়

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা**অধ্যায় 5:****পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা****আপনি কিভাবে আপনার ওষুধের খরচ সম্পর্কে তথ্য পেতে পারেন?**

যেহেতু আপনি Medicaid-এর জন্য যোগ্য, তাই আপনি আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনার খরচ মেটাতে Medicare থেকে Extra Help পাওয়ার যোগ্য এবং পাচ্ছেন। যেহেতু আপনি Extra Help প্রোগ্রামে আছেন, তাই **পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের খরচ সম্পর্কে এই কভারেজের প্রমাণ কিছু তথ্য আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।** আমরা আপনাকে একটি পৃথক সংযুক্তি পাঠিয়েছি, যার নাম *কভারেজের প্রমাণ রাইডার ফর পিপল হু গোট Extra Help পেয়িং ফর প্রেসক্রিপশন ওষুধ* (একে *লো-ইনকাম সাবসিডি রাইডার* বা *LIS রাইডার*ও বলা হয়), এর মধ্যে আপনি আপনার ওষুধের কভারেজ খরচ সংক্রান্ত তথ্য পাবেন। যদি আপনার কাছে এই ইনসার্টি না থাকে, তাহলে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) এবং *LIS রাইডার*টি চাইতে পারেন। (সদস্য পরিষেবার ফোন নম্বরসমূহ এই নথির পিছনের কভারে মুদ্রিত রয়েছে।)

বিভাগ 1 আমাদের পরিকল্পনার পার্ট D ওষুধের কভারেজের জন্য মৌলিক নিয়ম

Medicare পার্ট B ওষুধের সুবিধা এবং হসপিটাল ওষুধের সুবিধার জন্য অধ্যায় 4-এর চিকিৎসা সুবিধার তালিকাটি দেখুন।

Medicare এর আওতাভুক্ত ওষুধ ছাড়াও, কিছু প্রেসক্রিপশন ওষুধ আপনার Medicaid সুবিধার আওতাভুক্ত।

Medicaid ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে আরও জানতে, আপনার সদস্য পরিষেবা বা আপনার স্টেট Medicaid অফিসে যোগাযোগ করুন (যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2-এর সেকশন 6-এ তালিকাভুক্ত করা হয়েছে)।

আমাদের পরিকল্পনা সাধারণত আপনার ওষুধের আওতায় থাকবে, যদি আপনি এই নিয়মগুলি অনুসরণ করেন:

- আপনার অবশ্যই একজন প্রদানকারী দ্বারা (একজন ডাক্তার, দস্তচিকিৎসক, অথবা অন্য কোনো প্রেসক্রাইবার) আপনাকে একটি প্রেসক্রিপশন লিখতে হবে যা প্রযোজ্য রাষ্ট্রীয় আইনের অধীনে বৈধ।
- আপনার প্রেসক্রাইবার অবশ্যই Medicare-এর এক্সক্লুশন বা প্রিক্লুশন তালিকায় থাকবেন না।
- আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার জন্য আপনাকে সাধারণত একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসি ব্যবহার করতে হবে (বিভাগ 2 দেখুন)। আপনি আমাদের পরিকল্পনার ডাকযোগে পরিষেবার মাধ্যমে আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে পারেন।
- আপনার ওষুধটি অবশ্যই আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় থাকতে হবে (বিভাগ 3 দেখুন)।
- আপনার ওষুধ অবশ্যই চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত নির্দেশনার জন্য ব্যবহার করতে হবে। "চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত ইঞ্জিত" হল এমন ওষুধের ব্যবহার যা হয় FDA দ্বারা অনুমোদিত অথবা নির্দিষ্ট রেফারেন্স দ্বারা সমর্থিত। (চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত ইঞ্জিত সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 3 দেখুন)।
- আপনার ওষুধটি কভার করার জন্য সম্মত হওয়ার আগে নির্দিষ্ট মানদণ্ডের ভিত্তিতে আমাদের পরিকল্পনা থেকে অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে। (আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 4 দেখুন)

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা**বিভাগ 2 একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে অথবা আমাদের পরিকল্পনার ডাকযোগে পরিষেবার মাধ্যমে আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করুন**

বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, আপনার প্রেসক্রিপশনগুলি কেবল তখনই কভার করা হয় যদি সেগুলি আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্ক ফার্মেসীগুলিতে পূরণ করা হয়। (নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে ভর্তি করা প্রেসক্রিপশনগুলি আমরা কখন কভার করি সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য বিভাগ 2.5 দেখুন।)

একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসি হল এমন একটি ফার্মেসি যার সাথে আপনার আওতাভুক্ত ওষুধ সরবরাহের জন্য আমাদের পরিকল্পনার একটি চুক্তি রয়েছে। "আওতাভুক্ত ওষুধ" শব্দটি আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকার সমস্ত পার্ট D ওষুধকে বোঝায়।

বিভাগ 2.1 নেটওয়ার্ক ফার্মেসির**আপনার এলাকায় একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসি খুঁজুন**

নেটওয়ার্ক ফার্মেসি খুঁজতে, আপনার প্রোভাইডার/ফার্মেসি ডিরেক্টরিতে যান, আমাদের ওয়েবসাইট (SWHNY.com) দেখুন এবং/অথবা সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) -এ কল করুন।

আপনি আমাদের যেকোনো নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে যেতে পারেন।

যদি আপনার ফার্মেসি নেটওয়ার্ক থেকে বেরিয়ে যায়

যদি আপনার ব্যবহৃত ফার্মেসিটি আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কের বাইরে চলে যায়, তাহলে আপনাকে নেটওয়ার্কে একটি নতুন ফার্মেসি খুঁজে বের করতে হবে। আপনার এলাকায় অন্য কোনো ফার্মেসি খুঁজে পেতে, (833) 671-0440 নম্বরে (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) সদস্য পরিষেবাগুলির সাহায্য নিন অথবা প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি ব্যবহার করুন। এছাড়াও আপনি আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-এ গিয়ে তথ্য খুঁজে পেতে পারেন।

বিশেষায়িত ফার্মেসি

কিছু প্রেসক্রিপশন অবশ্যই একটি বিশেষায়িত ফার্মেসিতে পূরণ করতে হবে। বিশেষায়িত ফার্মেসিগুলির মধ্যে রয়েছে:

- হোম ইনফিউশন থেরাপির জন্য ওষুধ সরবরাহ করে এমন ফার্মেসির তালিকা।
- দীর্ঘমেয়াদী কেয়ার (LTC) সুবিধার বাসিন্দাদের জন্য ওষুধ সরবরাহ করে এমন ফার্মেসির তালিকা। সাধারণত, LTC ফ্যাসিলিটি (যেমন একটি নার্সিং হোম) এর নিজস্ব ফার্মেসি থাকে। যদি আপনার LTC সুবিধা থেকে পার্ট D ওষুধ পেতে সমস্যা হয়, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।
- ভারতীয় স্বাস্থ্যসেবা/ট্রাইবাল/শহুরে ভারতীয় স্বাস্থ্য প্রোগ্রাম পরিষেবা প্রদানকারী ফার্মেসির তালিকা (পুয়ের্তো রিকো-তে উপলভ্য নয়)। জরুরি অবস্থা ব্যতীত, কেবল নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভদের আমাদের নেটওয়ার্কের এই ফার্মেসিগুলিতে অ্যাক্সেস রয়েছে।
- যেসব ফার্মেসি FDA কর্তৃক নির্দিষ্ট কিছু স্থানে সীমাবদ্ধ ওষুধ সরবরাহ করে অথবা যাদের ব্যবহারের উপর বিশেষ পরিচালনা, সরবরাহকারী সমন্বয় বা শিক্ষার প্রয়োজন হয়। একটি বিশেষায়িত ফার্মেসি খুঁজে পেতে, আপনার প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি SWHNY.com-এ যান অথবা (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা**বিভাগ 2.2 আমাদের পরিকল্পনার মেইল-অর্ডার পরিষেবা**

নির্দিষ্ট ধরণের ওষুধের জন্য, আপনি আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্ক ডাকযোগে পরিষেবা ব্যবহার করতে পারেন। সাধারণত, ডাকযোগে পাঠানোর আদেশ মাধ্যমে সরবরাহ করা ওষুধগুলি হল সেই ওষুধ যা আপনি নিয়মিত গ্রহণ করেন, দীর্ঘস্থায়ী বা দীর্ঘমেয়াদী চিকিৎসা অবস্থার জন্য। আমাদের পরিকল্পনার ডাকযোগে পরিষেবার মাধ্যমে যে ওষুধগুলি পাওয়া যায় না সেগুলিকে আমাদের ওষুধের তালিকায় ডাকযোগে পাঠানোর আদেশ উপলব্ধ নেই "NM" হিসাবে চিহ্নিত করা হয়।

আমাদের পরিকল্পনার মেল-অর্ডার পরিষেবা আপনাকে **100 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত** অর্ডার করতে অনুমতি দেয়।

অর্ডার ফর্ম এবং আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণের তথ্য ডাকযোগে পেতে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন অথবা আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com দেখুন।

সাধারণত, 14 দিনের মধ্যে একটি মেইল-অর্ডার ফার্মেসি অর্ডার আপনার কাছে পৌঁছে দেওয়া হবে। যদি একটি জরুরি প্রয়োজন হয় বা এই সময়টি বিলম্বিত হয়, তাহলে আপনার প্রেসক্রিপশনের একটি অস্থায়ী সরবরাহ পাওয়ার জন্য সাহায্যের জন্য সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।

ফার্মেসি সরাসরি আপনার ডাক্তারের কার্যালয় থেকে নতুন প্রেসক্রিপশন পায়।

ফার্মেসি স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছ থেকে প্রেসক্রিপশন পাওয়ার পর, তারা আপনার সাথে যোগাযোগ করে দেখবে যে আপনি ওষুধটি তাৎক্ষণিকভাবে পূরণ করতে চান নাকি পরে চান। ফার্মেসি যখনই আপনার সাথে যোগাযোগ করবে তখনই সাড়া দেওয়া গুরুত্বপূর্ণ, যাতে নতুন প্রেসক্রিপশন পাঠানো, বিলম্ব করা, নাকি বন্ধ করা উচিত তা তাদের জানানো যায়।

মেইল-অর্ডার প্রেসক্রিপশনের রিফিল। আপনার ওষুধের রিফিলের জন্য, আপনি অটোমেটিক রিফিল প্রোগ্রামের জন্য সাইন আপ করার সুযোগ পাবেন। এই প্রোগ্রামের অধীনে, যখন আমাদের রেকর্ড দেখায় যে আপনার ওষুধ শেষ হওয়ার কাছাকাছি চলে আসবে, তখন আমরা আপনার পরবর্তী রিফিল স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রক্রিয়া করা শুরু করি। প্রতিটি রিফিল পাঠানোর আগে ফার্মেসি আপনার সাথে যোগাযোগ করবে যাতে নিশ্চিত করা যায় যে আপনার আরও ওষুধের প্রয়োজন, এবং যদি আপনার পর্যাপ্ত ওষুধ থাকে বা আপনার ওষুধ পরিবর্তিত হয়ে থাকে তবে আপনি নির্ধারিত রিফিল বাতিল করতে পারেন।

যদি আপনি আমাদের অটো-রিফিল প্রোগ্রামটি ব্যবহার না করার সিদ্ধান্ত নেন কিন্তু তবুও চান যে মেইল-অর্ডার ফার্মেসি আপনাকে আপনার প্রেসক্রিপশন পাঠাক, তাহলে আপনার বর্তমান প্রেসক্রিপশন শেষ হওয়ার 14 দিন আগে আপনার ফার্মেসিতে যোগাযোগ করুন। এটি নিশ্চিত করবে যে আপনার অর্ডার সময়মতো আপনাকে পাঠানো হবে।

আমাদের প্রোগ্রাম থেকে বেরিয়ে আসতে, যা স্বয়ংক্রিয়ভাবে ডাকযোগে রিফিল পাঠাতে প্রস্তুত করে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন অথবা SWHNY.com এ আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন।

যদি আপনি স্বয়ংক্রিয়ভাবে ডাকযোগে এমন একটি রিফিল পান যা আপনি চান না, তাহলে আপনি ফেরত পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন।

বিভাগ 2.3 দীর্ঘমেয়াদী ওষুধের সরবরাহ কীভাবে পাবেন

আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় দীর্ঘমেয়াদী রক্ষণাবেক্ষণ ওষুধের সরবরাহ (যাকে বর্ধিত সরবরাহও বলা হয়) পাওয়ার দুটি উপায় রয়েছে। (রক্ষণাবেক্ষণের ওষুধ হল সেই ওষুধ যা আপনি নিয়মিত দীর্ঘস্থায়ী বা দীর্ঘমেয়াদী চিকিৎসার জন্য গ্রহণ করেন।)

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

1. আমাদের নেটওয়ার্কের কিছু রিটেইল ফার্মেসী আপনাকে দীর্ঘমেয়াদী রক্ষণাবেক্ষণের ওষুধ পেতে দেয়। আপনার প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি SWHNY.com আপনাকে বলে যে আমাদের নেটওয়ার্কের কোন ফার্মেসিগুলি আপনাকে দীর্ঘমেয়াদী রক্ষণাবেক্ষণের ওষুধ সরবরাহ করতে পারে। আরও তথ্যের জন্য আপনি সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) নম্বরেও কল করতে পারেন।
2. আপনি আমাদের মেল-অর্ডার প্রোগ্রামের মাধ্যমেও রক্ষণাবেক্ষণের ওষুধ পেতে পারেন। আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 2.3 দেখুন।

বিভাগ 2.4 আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে নেই এমন একটি ফার্মেসি ব্যবহার করা

সাধারণত, আমরা কেবল তখনই নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে ভর্তি করা ওষুধের খরচ কভার করি যখন আপনি নেটওয়ার্ক ফার্মেসি ব্যবহার করতে পারবেন না। আমাদের পরিষেবা এলাকার বাইরেও আমাদের নেটওয়ার্ক ফার্মেসি রয়েছে যেখানে আপনি আমাদের পরিকল্পনার সদস্য হিসাবে প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে পারেন। কাছাকাছি কোনো নেটওয়ার্ক ফার্মেসি আছে কিনা তা জানতে প্রথমে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) নম্বরে সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন।

আমরা শুধুমাত্র এই পরিস্থিতিতে নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে পূরণ করা প্রেসক্রিপশনগুলি কভার করি:

- যদি প্রেসক্রিপশন জরুরি প্রয়োজনীয় যত্নের সাথে সম্পর্কিত হয়।
- যদি প্রেসক্রিপশনগুলি জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থা প্রয়োজন হয়।
- কভারেজ 31 দিনের সরবরাহের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে যদি না প্রেসক্রিপশন কম দিনের কথা উল্লেখ করা হয়।

যদি আপনাকে নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো ফার্মেসি ব্যবহার করতে হয়, তাহলে আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণের সময় আপনাকে সাধারণত সম্পূর্ণ খরচ (আপনার স্বাভাবিক খরচের অংশের পরিবর্তে) দিতে হবে। আপনি আমাদের খরচের অংশের জন্য আপনাকে অর্থ পরিশোধ করতে বলতে পারেন। (আমাদের পরিকল্পনা কীভাবে আপনাকে ফেরত দিতে বলবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য অধ্যায় 7, বিভাগ 2 দেখুন।) নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে ওষুধের জন্য আপনি যে খরচ দেবেন এবং নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে আমরা যে খরচ বহন করব তার মধ্যে পার্থক্য আপনাকে দিতে হতে পারে।

বিভাগ 3 আপনার ওষুধগুলি আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় থাকা আবশ্যিক।

বিভাগ 3.1 কোন পার্ট D ওষুধগুলি আওতাভুক্ত করা হয়েছে যা ওষুধের তালিকাটি থেকে জানা যায়

আমাদের পরিকল্পনায় একটি আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা (ফর্মুলারি) রয়েছে। এই কভারেজের প্রমাণে, আমরা এটিকে ওষুধের তালিকা বলি।

এই তালিকার ওষুধগুলি আমাদের পরিকল্পনা অনুসারে ডাক্তার এবং ফার্মাসিস্টদের সহায়তায় নির্বাচন করা হয়। তালিকাটি Medicare-এর প্রয়োজনীয়তা পূরণ করে এবং Medicare দ্বারা অনুমোদিত হয়েছে।

ওষুধের তালিকায় কেবল Medicare পার্ট D-এর আওতাভুক্ত ওষুধগুলি দেখানো হয়েছে। Medicare এর আওতাভুক্ত ওষুধগুলি ছাড়াও, কিছু প্রেসক্রিপশন ওষুধ আপনার Medicaid সুবিধার আওতাভুক্ত। Medicaid ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে আরও জানতে, আপনার সদস্য পরিষেবা বা আপনার স্টেট Medicaid অফিসে যোগাযোগ করুন (যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2-এর সেকশন 6-এ তালিকাভুক্ত করা হয়েছে)।

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

আমরা সাধারণত আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকার একটি ওষুধকে কভার করি, যতক্ষণ না আপনি এই অধ্যায়ে বর্ণিত অন্যান্য কভারেজ নিয়মগুলি অনুসরণ করেন এবং চিকিৎসাগতভাবে স্বীকৃত ইঞ্জিতের জন্য ওষুধের ব্যবহার করেন। চিকিৎসাগতভাবে স্বীকৃত ইঞ্জিত হল এমন ওষুধের ব্যবহার যা নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি:

- যে রোগ নির্ণয় বা অবস্থার জন্য এটি নির্ধারিত, তার জন্য FDA কর্তৃক অনুমোদিত, অথবা
- যেমন আমেরিকান হসপিটাল ফর্মুলারি সার্ভিস ওষুধ ইনফরমেশন এবং Micromedex DRUGDEX ইনফরমেশন সিস্টেম-এর মতো কিছু নির্দিষ্ট রেফারেন্স দ্বারা সমর্থিত হয়েছে।

ওষুধের তালিকায় ব্র্যান্ডের নামযুক্ত ওষুধ, জেনেরিক ওষুধ এবং জৈবিক পণ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে (যার মধ্যে বায়োসিমিলার অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে)।

ব্র্যান্ড নামের ওষুধ হল একটি প্রেসক্রিপশন ওষুধ যা ওষুধ প্রস্তুতকারকের মালিকানাধীন একটি ট্রেডমার্ক নামে বিক্রি হয়। বায়োলজিক্যাল প্রোডাক্ট হল ওষুধ যা সাধারণ ওষুধের থেকে বেশি জটিল। "ওষুধের তালিকা"-এ, যখন আমরা "ওষুধ" উল্লেখ করি, এর অর্থ হতে পারে ওষুধ বা বায়োলজিক্যাল পণ্য।

একটি জেনেরিক ওষুধ হল একটি প্রেসক্রিপশন ওষুধ যার ব্র্যান্ড নামের ওষুধের মতো একই সক্রিয় উপাদান রয়েছে। জৈবিক পণ্যের বিকল্প আছে যাকে বায়োসিমিলার বলা হয়। সাধারণত, জেনেরিক এবং বায়োসিমিলারগুলি ব্র্যান্ডের নামযুক্ত ওষুধ বা আসল বায়োলজিক্যাল পণ্যের মতো ভালো কাজ করে এবং সাধারণত এতে খরচ কম হয়। অনেক ব্র্যান্ড নামের ওষুধের জন্য জেনেরিক ওষুধের বিকল্প এবং কিছু আসল জৈবিক পণ্যের জন্য বায়োসিমিলার বিকল্প আছে। কিছু বায়োসিমিলার হল বিনিময়যোগ্য বায়োসিমিলার এবং রাষ্ট্রীয় আইনের উপর নির্ভর করে, নতুন প্রেসক্রিপশনের প্রয়োজন ছাড়াই ফার্মেসিতে মূল জৈবিক পণ্যের জন্য বিকল্প হতে পারে, ঠিক যেমন জেনেরিক ওষুধগুলি ব্র্যান্ড নামের ওষুধের জন্য বিকল্প হতে পারে।

ওষুধের তালিকায় থাকা ওষুধের প্রকারভেদের সংজ্ঞা জানতে অধ্যায় 12 দেখুন।

ওভার-দ্যা-কাউন্টার ওষুধ

আমাদের প্লানেও নির্দিষ্ট কিছু ওভার-দ্যা-কাউন্টার ওষুধ আওতাভুক্ত করা হয়। কিছু ওভার-দ্যা-কাউন্টার ওষুধ প্রেসক্রিপশনের ওষুধের চেয়ে কম ব্যয়বহুল এবং ঠিক একইভাবে কাজ করে। আরও তথ্যের জন্য, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

যেসব ওষুধ ওষুধের তালিকায় নেই

আমাদের পরিকল্পনায় সমস্ত প্রেসক্রিপশন ওষুধ অন্তর্ভুক্ত নয়।

- কিছু ক্ষেত্রে, আইন কোনো Medicare পরিকল্পনাকে নির্দিষ্ট ধরণের ওষুধের আওতায় আনার অনুমতি দেয় না। (আরও তথ্যের জন্য, বিভাগ 7 দেখুন।)
- অন্যান্য ক্ষেত্রে, আমরা ওষুধের তালিকায় কোনো নির্দিষ্ট ওষুধ অন্তর্ভুক্ত না করার সিদ্ধান্ত নিয়েছি।
- কিছু ক্ষেত্রে, আপনি এমন একটি ওষুধ পেতে পারেন যা আমাদের ওষুধের তালিকায় নেই। (আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় 9 দেখুন)।

বিভাগ 3.2 ওষুধের তালিকায় থাকা ওষুধের জন্য ছয়টি (6) খরচ-ভাগাভাগির স্তর

আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকার প্রতিটি ওষুধ ছয়টি (6) খরচ-ভাগাভাগি স্তরের একটিতে রয়েছে। সাধারণভাবে, স্তর যত বেশি হবে, ওষুধের দাম তত বেশি হবে:

- স্তর 1 - পছন্দের জেনেরিক
- স্তর 2- জেনেরিক
- স্তর 3 - প্রেফার্ড ব্র্যান্ড
- স্তর 4 - নন-প্রেফার্ড ওষুধ

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

- স্তর 5 - বিশেষায়িত স্তর
- স্তর 6 - পরিচর্যার ওষুধ নির্বাচন করুন

আপনার ওষুধটি কোন খরচ-ভাগাভাগি স্তরে রয়েছে তা জানতে, আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় এটি দেখুন। প্রতিটি খরচ-ভাগাভাগি স্তরে ওষুধের জন্য আপনি যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন তা অধ্যায় 6 এ দেখানো হয়েছে।

বিভাগ 3.3 কীভাবে খুঁজে বের করবেন যে কোনো নির্দিষ্ট ওষুধ ওষুধের তালিকায় আছে কিনা

আমাদের ওষুধের তালিকায় কোনো ওষুধ আছে কিনা তা জানতে, আপনার কাছে এই বিকল্পগুলি রয়েছে:

- আমরা ইলেকট্রনিকভাবে প্রদান করা সবচেয়ে সাম্প্রতিক ওষুধের তালিকা দেখুন।
- প্ল্যানের ওয়েবসাইট (SWHNY.com)-এ যান। ওয়েবসাইটে ওষুধের তালিকা সর্বদা সবচেয়ে আপডেটেড থাকে।
- আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় কোনো নির্দিষ্ট ওষুধ আছে কিনা তা জানতে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) নম্বরে কল করুন অথবা তালিকার একটি কপি চান।
- আমাদের পরিকল্পনার "রিয়েল-টাইম বেনিফিট টুল" (Caremark.com অথবা সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করে) ব্যবহার করুন। আপনি কত টাকা দেবেন তার একটি অনুমান পেতে ওষুধের তালিকায় থাকা ওষুধগুলি অনুসন্ধান করুন এবং দেখুন ওষুধের তালিকায় এমন কোনো বিকল্প ওষুধ আছে কিনা যা একই অবস্থার চিকিৎসা করতে পারে। আপনি (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতেও কল করতে পারেন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

বিভাগ 4 কভারেজের উপর বিধিনিষেধযুক্ত ওষুধ

বিভাগ 4.1 কেন কিছু ওষুধের উপর বিধিনিষেধ রয়েছে

কিছু প্রেসক্রিপশন ওষুধের ক্ষেত্রে, আমাদের পরিকল্পনা কখন এবং কীভাবে সেগুলি কভার করে তা বিশেষ নিয়ম দ্বারা সীমাবদ্ধ। ডাক্তার এবং ফার্মাসিস্টদের একটি দল আপনাকে এবং আপনার প্রদানকারীকে সবচেয়ে কার্যকর উপায়ে ওষুধ ব্যবহারের উৎসাহ দিতে এই নিয়মগুলি তৈরি করেছে। আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করেন বা নিতে চান এই ক্ষেত্রে বিধিনিষেধগুলির মধ্যে কোনটি প্রযোজ্য তা জানতে, "ওষুধের তালিকা" দেখুন।

যদি একটি নিরাপদ, কম দামের ওষুধ উচ্চ দামের ওষুধের মতোই চিকিৎসাগতভাবে কার্যকর হয়, তাহলে আমাদের পরিকল্পনার নিয়মগুলি আপনাকে এবং আপনার প্রদানকারীকে সেই কম দামের বিকল্পটি ব্যবহার করতে উৎসাহিত করার জন্য তৈরি করা হয়েছে।

মনে রাখবেন যে কখনও কখনও একটি ওষুধ আমাদের ওষুধের তালিকায় একাধিকবার উপস্থিত হতে পারে। এর কারণ হল আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর দ্বারা নির্ধারিত ওষুধের শক্তি, পরিমাণ বা ফর্মের উপর ভিত্তি করে একই ওষুধ ভিন্ন হতে পারে এবং ওষুধের বিভিন্ন সংস্করণের ক্ষেত্রে বিভিন্ন বিধিনিষেধ বা খরচ ভাগাভাগি প্রযোজ্য হতে পারে (উদাহরণস্বরূপ, 10 mg বনাম 100 mg; প্রতিদিন একটি বনাম 2টি; ট্যাবলেট বনাম লিকুইড)।

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা**বিভাগ 4.2 বিধিনিষেধের প্রকারভেদ**

যদি আপনার ওষুধের উপর কোনো বিধিনিষেধ থাকে, তাহলে সাধারণত এর অর্থ হল আপনাকে বা আপনার প্রদানকারীকে ওষুধটি কভার করার জন্য অতিরিক্ত পদক্ষেপ নিতে হবে। ওষুধের কভারেজ পেতে আপনি বা আপনার সরবরাহকারী কী করতে পারেন তা জানতে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)। **যদি আপনি চান যে আমরা আপনার জন্য এই বিধিনিষেধ প্রত্যাহার করি, তাহলে আপনাকে কভারেজ সিদ্ধান্ত প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করতে হবে এবং আমাদেরকে ব্যতিক্রম করতে বলতে হবে।** আমরা আপনার জন্য সীমাবদ্ধতার ছাড় দিতে সম্মত হতে পারি বা নাও হতে পারি। (অধ্যায় 9 দেখুন।)

আগ্রিমভাবে প্ল্যানের অনুমোদন পাওয়া

নির্দিষ্ট কিছু ওষুধের জন্য, আপনার জন্য ওষুধটি কভার করার জন্য আমরা সম্মত হওয়ার আগে আপনাকে বা আপনার প্রদানকারীকে নির্দিষ্ট মানদণ্ডের ভিত্তিতে আমাদের পরিকল্পনা থেকে অনুমোদন নিতে হবে। এটি **প্রাথমিক অনুমোদন** বলে। ওষুধের নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে এবং নির্দিষ্ট ওষুধের যথাযথ ব্যবহারের নির্দেশনা দিতে সহায়তা করার জন্য এটি সঠিক স্থানে রাখা হয়েছে। যদি আপনি এই অনুমোদন না পান, তাহলে আপনার ওষুধ আমাদের পরিকল্পনার আওতায় নাও আসতে পারে। আমাদের পরিকল্পনার পূর্ব অনুমোদনের মানদণ্ড সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) অথবা আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-এ কল করে পাওয়া যেতে পারে।

প্রথমে ভিন্ন একটি ওষুধ ব্যবহার করে দেখা

এই প্রয়োজনীয়তা আপনাকে আমাদের পরিকল্পনায় অন্য কোনো ওষুধ অন্তর্ভুক্ত করার আগে কম ব্যয়বহুল কিন্তু সাধারণত কার্যকর ওষুধ চেষ্টা করার জন্য উৎসাহিত করে। উদাহরণস্বরূপ, যদি ওষুধ A এবং ওষুধ B একই রোগের চিকিৎসা করে এবং ওষুধ A কম ব্যয়বহুল হয়, তাহলে আমাদের পরিকল্পনার জন্য আপনাকে প্রথমে ওষুধ A চেষ্টা করতে হতে পারে। যদি ওষুধ A আপনার জন্য কাজ না করে, তাহলে আমাদের পরিকল্পনায় ওষুধ B অন্তর্ভুক্ত থাকবে। প্রথমে ভিন্ন ওষুধ চেষ্টা করার এই প্রয়োজনীয়তাকে **স্টেপ থেরাপি** বলা হয়। আমাদের পরিকল্পনার ধাপে ধাপে থেরাপির মানদণ্ড সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) অথবা আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-এ কল করে জানা যাবে।

পরিমাণের সীমাবদ্ধতা।

নির্দিষ্ট কিছু ওষুধের জন্য, আমরা প্রতিবার আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় আপনি কতটা ওষুধ পেতে পারেন তা সীমা নির্ধারণ করি। উদাহরণস্বরূপ, যদি একটি নির্দিষ্ট ওষুধের জন্য প্রতিদিন শুধুমাত্র একটি পিল গ্রহণ করা সাধারণত নিরাপদ বলে মনে করা হয়, তাহলে আমরা আপনার প্রেসক্রিপশনের কভারেজ প্রতিদিন একটির চেয়ে বেশি পিল দিব না।

বিভাগ 5 যদি আপনার কোনো ওষুধ আপনার পছন্দ অনুযায়ী না থাকে, তাহলে আপনি কী করতে পারেন

এমন পরিস্থিতি রয়েছে যেখানে আপনি যে প্রেসক্রিপশনের ওষুধ গ্রহণ করেন, অথবা আপনি এবং আপনার সরবরাহকারী মনে করেন যে আপনার সেবন করা উচিত, তা আমাদের ওষুধের তালিকায় নেই বা বিধিনিষেধ রয়েছে। উদাহরণস্বরূপ:

- ওষুধটি একেবারেই আওতাভুক্ত করা না হতেও পারে। অথবা ওষুধের জেনেরিক সংস্করণটি কভার করা যেতে পারে কিন্তু আপনি যে ব্র্যান্ড নামটি নিতে চান তা কভার করা হবে না।
- ওষুধটি কভারেজের আওতায় আছে, কিন্তু সেই ওষুধের কভারেজের উপর অতিরিক্ত নিয়ম বা বিধিনিষেধ রয়েছে।

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

যদি আপনার ওষুধের দাম ভাগাভাগি করে নেওয়ার স্তর থাকে যা আপনার ধারণার চেয়ে বেশি ব্যয়বহুল করে তোলে, তাহলে আপনি কী করতে পারেন তা জানতে বিভাগ 5.1 দেখুন।

যদি আপনার ওষুধ ওষুধের তালিকায় না থাকে বা সীমাবদ্ধ থাকে, তাহলে আপনি যা করতে পারেন তার জন্য এখানে বিকল্পগুলি দেওয়া হল:

- আপনি একটি অস্থায়ী ওষুধ সরবরাহ পেতে সক্ষম হতে পারেন।
- আপনি অন্য ওষুধে পরিবর্তন করতে পারেন।
- আপনি একটি ব্যতিক্রম চাইতে পারেন এবং আমাদের পরিকল্পনা অনুযায়ী ওষুধটি কভার করতে বা ওষুধ থেকে বিধিনিষেধ অপসারণ করতে বলতে পারেন।

আপনি একটি অস্থায়ী সরবরাহ পেতে পারেন

নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে, আমাদের পরিকল্পনায় আপনি ইতিমধ্যেই যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার একটি অস্থায়ী সরবরাহ প্রদান করা উচিত। এই অস্থায়ী সরবরাহ আপনাকে আপনার প্রদানকারীর সাথে পরিবর্তন সম্পর্কে কথা বলার সময় দেয়।

অস্থায়ী সরবরাহের জন্য যোগ্য হতে হলে, আপনার গ্রহণ করা ওষুধটি **আর আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় থাকা উচিত নয়** অথবা **সেটি এখন কোনোভাবে সীমাবদ্ধ থাকা উচিত**।

- **আপনি যদি একজন নতুন সদস্য হন**, তাহলে আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ লাভের প্রথম 90 দিনের মধ্যে আপনার ওষুধের একটি অস্থায়ী সরবরাহ আমরা বহন করব।
- **গত বছর যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনায় থাকতেন**, তাহলে আমরা ক্যালেন্ডার বছরের প্রথম 90 দিনের মধ্যে আপনার ওষুধের একটি অস্থায়ী সরবরাহ কভার করব।
- এই অস্থায়ী সরবরাহ সর্বাধিক 31 দিনের জন্য প্রযোজ্য হবে। যদি আপনার প্রেসক্রিপশন কম দিনের জন্য লেখা হয়, তাহলে আমরা সর্বোচ্চ 31 দিনের ওষুধ সরবরাহের জন্য একাধিক ফিল অনুমোদন করব। প্রেসক্রিপশন অবশ্যই নেটওয়ার্ক ফার্মেসি থেকে পূরণ করতে হবে। (মনে রাখবেন যে দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা ফার্মেসি অপচয় রোধ করার জন্য একবারে কম পরিমাণে ওষুধ সরবরাহ করতে পারে।)
- **যেসব সদস্য 90 দিনেরও বেশি সময় ধরে আমাদের পরিকল্পনায় আছেন এবং দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা কেন্দ্রে থাকেন এবং অবিলম্বে সরবরাহের প্রয়োজন হয় তাদের জন্য:** আমরা একটি নির্দিষ্ট ওষুধের 31 দিনের জরুরি সরবরাহের খরচ কভার করব, অথবা যদি আপনার প্রেসক্রিপশন কম দিনের জন্য লেখা হয় তবে তার চেয়ে কম। এটি উপরের অস্থায়ী সরবরাহের সাথে সংযুক্ত।
- আপনি যদি LTC-এর একজন নতুন সুবিধাভুক্ত হন এবং 90 দিনের বেশি সময় ধরে আমাদের প্ল্যানে নথিভুক্ত হন এবং এমন একটি ওষুধের প্রয়োজন হয় যা অন্যান্য বিধিনিষেধের কারণে আমাদের ফর্মুলারিতে না থাকে, যেমন স্টেপ থেরাপি বা পরিমাণ সীমা (ডোজের সীমা), আমরা সেই ওষুধের একটি অস্থায়ী 31-দিনের জরুরি সরবরাহ অনুমোদন করব (যদি না প্রেসক্রিপশনটি কম দিনের জন্য হয়) এবং যখন সদস্য একটি ব্যতিক্রমি ফর্মুলারি অনুসরণ করেন। আপনি যে লেভেলে যত্ন বা পরিচর্যা পাচ্ছেন তার পরিবর্তন ঘটলে এবং সেইসাথে আপনাকে একটি প্রতিষ্ঠান বা চিকিৎসা কেন্দ্র থেকে অন্যটিতে স্থানান্তর করতে হয় এমন পরিস্থিতিতে ব্যতিক্রম থাকবে। এই ধরনের পরিস্থিতিতে, আপনি প্ল্যানের সদস্য হিসাবে প্রথম 90 দিনের বাইরে থাকলেও আপনি একটি অস্থায়ী, একবার পূর্ণ ব্যতিক্রমীর জন্য প্রযোজ্য হবেন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে আমাদের রূপান্তর নীতি শুধুমাত্র সেই ওষুধগুলির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য যেগুলি "পার্ট D" এবং একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে কেনা ট্রানজিশন নীতিটি পার্ট D-বহির্ভূত ওষুধ বা নেটওয়ার্ক বহির্ভূত ওষুধ কেনার জন্য ব্যবহার করা যাবে না, যদি না আপনি নেটওয়ার্ক বহির্ভূত অ্যাক্সেসের জন্য যোগ্য হন।

অস্থায়ী সরবরাহ সম্পর্কে প্রশ্নের জন্য, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

যখন আপনি অস্থায়ীভাবে ওষুধ ব্যবহার করছেন, তখন আপনার অস্থায়ী সরবরাহ শেষ হয়ে গেলে কী করবেন তা সিদ্ধান্ত নিতে আপনার সরবরাহকারীর সাথে কথা বলা উচিত। আপনার 2টি বিকল্প আছে:

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা**বিকল্প 1. আপনি অন্য ওষুধে পরিবর্তন করতে পারেন।**

আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকা অন্য কোনো ওষুধ আপনার জন্য ঠিক ততটা ভালো কাজ করতে পারে কিনা তা নিয়ে আপনার সরবরাহকারীর সাথে কথা বলুন। একই রোগের চিকিৎসার জন্য আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা জানতে সদস্য পরিষেবা (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) নম্বরে কল করুন। এই তালিকাটি আপনার সরবরাহকারীকে একটি অনুমোদিত ওষুধ খুঁজে পেতে সাহায্য করতে পারে যা আপনার জন্য কাজ করতে পারে।

বিকল্প 2. আপনি একটি ব্যতিক্রমের জন্য বলতে পারেন

আপনি এবং আপনার প্রদানকারী আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে একটি ব্যতিক্রম তৈরি করতে এবং আপনার পছন্দ মতো ওষুধটি কভার করার জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বলেন যে আপনার চিকিৎসাগত কারণে আমাদের কাছে ব্যতিক্রম চাওয়ার যুক্তিসঙ্গত কারণ আছে, তাহলে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী আপনাকে ব্যতিক্রম চাইতে সাহায্য করতে পারেন। উদাহরণস্বরূপ, আপনি আমাদের পরিকল্পনাকে একটি ওষুধের আওতায় আনার জন্য অনুরোধ করতে পারেন, যদিও এটি আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় নেই। অথবা আপনি আমাদের পরিকল্পনাকে ব্যতিক্রম করতে এবং কোনো বিধিনিষেধ ছাড়াই ওষুধটি কভার করতে বলতে পারেন।

আপনি যদি বর্তমান সদস্য হন এবং আপনার গ্রহণ করা কোনো ওষুধ যদি ফর্মুলারি থেকে বাদ দেওয়া হয় অথবা আগামী বছরের জন্য কোনোভাবে সীমাবদ্ধ করা হয়, তাহলে নতুন বছরের আগে আমরা আপনাকে কোনো পরিবর্তন সম্পর্কে জানাব। আপনি আগামী বছরের আগে একটি ব্যতিক্রম চাইতে পারেন এবং আপনার অনুরোধ (অথবা আপনার প্রেসক্রাইবারের সমর্থনকারী বিবৃতি) পাওয়ার 72 ঘন্টার মধ্যে আমরা আপনাকে উত্তর দেব। যদি আমরা আপনার অনুরোধ অনুমোদন করি, তাহলে পরিবর্তন কার্যকর হওয়ার আগে আমরা ওষুধের জন্য কভারেজ অনুমোদন করব।

যদি আপনি এবং আপনার প্রদানকারী ব্যতিক্রম চাইতে চান, তাহলে কী করতে হবে তা জানতে অধ্যায় 8, বিভাগ 7.4 দেখুন। এটি আপনার অনুরোধটি দ্রুত এবং ন্যায্যভাবে পরিচালনা করা নিশ্চিত করার জন্য Medicare দ্বারা নির্ধারিত পদ্ধতি এবং সময়সীমা ব্যাখ্যা করে।

বিভাগ 5.1 আপনার ওষুধ যদি খরচ ভাগাভাগির স্তরে থাকে যা আপনার মনে হয় খুব বেশি, তাহলে কী করবেন?

যদি আপনার ওষুধ খরচ ভাগাভাগির স্তরে থাকে যা আপনার খুব বেশি মনে হয়, তাহলে আপনি যা করতে পারেন তা হল:

আপনি অন্য ওষুধে পরিবর্তন করতে পারেন।

যদি আপনার ওষুধের দাম ভাগাভাগি করার স্তর খুব বেশি বলে মনে হয়, তাহলে আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন। কম খরচ-ভাগাভাগি স্তরে অন্য কোনো ওষুধ থাকতে পারে যা আপনার জন্য ঠিক ততটাই কার্যকর হতে পারে। একই রোগের চিকিৎসার জন্য আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা জানতে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)। এই তালিকাটি আপনার সরবরাহকারীকে একটি অনুমোদিত ওষুধ খুঁজে পেতে সাহায্য করতে পারে যা আপনার জন্য কাজ করতে পারে।

আপনি একটি ব্যতিক্রমের জন্য বলতে পারেন

আপনি এবং আপনার প্রদানকারী আমাদের পরিকল্পনা অনুযায়ী ওষুধের খরচ ভাগাভাগির স্তরে একটি ব্যতিক্রম করতে বলতে পারেন যাতে আপনি এর জন্য কম পে করতে পারেন। যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বলেন যে আপনার চিকিৎসাগত কারণে আমাদের কাছে ব্যতিক্রম চাওয়ার যুক্তিসঙ্গত কারণ আছে, তাহলে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী আপনাকে নিয়মের ব্যতিক্রম চাইতে সাহায্য করতে পারেন।

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

যদি আপনি এবং আপনার প্রদানকারী ব্যতিক্রম চাইতে চান, তাহলে কী করতে হবে তা জানতে অধ্যায় 9, ধারা 7 দেখুন। এটি আপনার অনুরোধটি দ্রুত এবং ন্যায্যভাবে পরিচালনা করা নিশ্চিত করার জন্য Medicare দ্বারা নির্ধারিত পদ্ধতি এবং সময়সীমা ব্যাখ্যা করে।

আমাদের স্তর 5 বিশেষায়িত ওষুধগুলি এই ধরনের ব্যতিক্রমের জন্য যোগ্য নয়। আমরা এই স্তরে ওষুধের খরচ ভাগাভাগির পরিমাণ কমাই না।

বিভাগ 6 আমাদের ওষুধের তালিকা বছরের পর বছর পরিবর্তন হতে পারে

ওষুধের কভারেজের অধীনে বেশিরভাগ পরিবর্তন প্রতি বছরের শুরুতে (1 জানুয়ারী) ঘটে। তবে, বছরজুড়ে, আমাদের পরিকল্পনা ওষুধের তালিকায় কিছু পরিবর্তন আনতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আমাদের পরিকল্পনা হতে পারে:

- ওষুধের তালিকাটি থেকে ওষুধ যোগ করুন বা সরান।
- একটি ওষুধের জন্য কভারেজের উপর একটি সীমাবদ্ধতা যোগ করুন বা সরান।
- ওষুধের জেনেরিক সংস্করণ দিয়ে একটি ব্র্যান্ডের নামযুক্ত ওষুধ প্রতিস্থাপন করুন।
- বায়োলজিক্যাল পণ্যের একটি বিনিময়যোগ্য বায়োসিমিলার সংস্করণ দিয়ে একটি আসল বায়োলজিক্যাল পণ্য প্রতিস্থাপন করুন।

আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকা পরিবর্তন করার আগে আমাদের অবশ্যই Medicare এর প্রয়োজনীয়তাগুলি অনুসরণ করতে হবে।

ওষুধের কভারেজ পরিবর্তন সংক্রান্ত তথ্য

যখন "ওষুধের তালিকা"-এ পরিবর্তন ঘটে, আমরা সেই পরিবর্তনগুলি সম্পর্কে আমাদের ওয়েবসাইটে তথ্য পোস্ট করি। এছাড়াও আমরা নিয়মিত আমাদের অনলাইনে ওষুধের তালিকাটি আপডেট করতে পারি। কখনও কখনও আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করেন তাতে কোনো পরিবর্তন করা হলে আপনি সরাসরি বিজ্ঞপ্তি পাবেন।

এই পরিকল্পনা বছরে আপনাকে প্রভাবিত করে এমন ওষুধের কভারেজের পরিবর্তনগুলি

- ওষুধের তালিকায় নতুন ওষুধ যোগ করা এবং ওষুধের তালিকা থেকে অবিলম্বে একটি একই ধরনের ওষুধ অপসারণ করা বা এতে পরিবর্তন করা।
 - আমরা অবিলম্বে ওষুধের তালিকা থেকে অনুরূপ ওষুধটি বাদ দিতে পারি, অনুরূপ ওষুধটিকে একটি ভিন্ন খরচ-ভাগাভাগি স্তরে স্থানান্তর করতে পারি, নতুন বিধিনিষেধ যুক্ত করতে পারি, অথবা উভয়ই করতে পারি। ওষুধের নতুন সংস্করণ একই বা কম খরচ-শেয়ারিং টিয়ারে থাকবে এবং এটি একই বা কম বিধিনিষেধযুক্ত হবে।
 - আমরা এই তাৎক্ষণিক পরিবর্তনগুলি তখনই করব যখন আমরা কোনো ব্র্যান্ড নামের একটি নতুন জেনেরিক সংস্করণ যুক্ত করব অথবা ওষুধের তালিকায় ইতিমধ্যেই থাকা কোনো মূল জৈবিক পণ্যের কিছু নতুন বায়োসিমিলার সংস্করণ যুক্ত করব।
 - আমরা এই পরিবর্তনগুলি অবিলম্বে করতে পারি এবং পরে আপনাকে জানাতে পারি, এমনকি যদি আপনি সেই ওষুধটি গ্রহণ করেন যা আমরা অপসারণ করি বা পরিবর্তন করি। আমরা পরিবর্তন করার সময় যদি আপনি একই রকম ওষুধ গ্রহণ করেন, তাহলে আমরা আপনাকে আমাদের করা কোনো নির্দিষ্ট পরিবর্তন সম্পর্কে বলব।
- ওষুধের তালিকায় ওষুধ যুক্ত করা এবং অগ্রিম বিজ্ঞপ্তি দিয়ে ওষুধের তালিকায় কিছু ওষুধ সরিয়ে ফেলা বা পরিবর্তন করা।
 - ওষুধের তালিকায় ওষুধের অন্য সংস্করণ যোগ করার সময়, আমরা ওষুধের তালিকাটি থেকে একটি পছন্দের ওষুধ সরিয়ে ফেলতে পারি, এটিকে একটি ভিন্ন খরচ-শেয়ারিং স্তরে স্থানান্তর করতে, নতুন বিধিনিষেধ যোগ করতে বা উভয়ই করতে পারি। আমরা যে ওষুধটি যোগ করব তা একই বা কম খরচ-ভাগাভাগি স্তরে থাকবে এবং একই বা কম বিধিনিষেধ সহ হবে।

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

- আমরা এই পরিবর্তনগুলি কেবল তখনই করব যখন আমরা কোনো ব্র্যান্ড নামের ওষুধের একটি নতুন জেনেরিক সংস্করণ যুক্ত করব অথবা ওষুধের তালিকায় ইতিমধ্যেই থাকা কোনো মূল

জৈবিক পণ্যের কিছু নতুন বায়োসিমিলার সংস্করণ যুক্ত করব।

- আমরা পরিবর্তন করার কমপক্ষে 30 দিন আগে আপনাকে জানাবো অথবা পরিবর্তন সম্পর্কে আপনাকে জানাবো এবং আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার 31 দিনের ভার্শন পূরণের কথাও বলব।

• ওষুধের তালিকাটিতে থাকা অনিরাপদ ওষুধ এবং অন্যান্য ওষুধ হল বাজার থেকে বাদ দেওয়া ওষুধ।

- কখনও কখনও একটি ওষুধ অনিরাপদ বলে বা অন্য কারণে বাজার থেকে সরিয়ে নেওয়া যেতে পারে। যদি এটি ঘটে, আমরা অবিলম্বে "ওষুধের তালিকা" থেকে ওষুধটি সরিয়ে দিতে পারি। আপনি যদি সেই ওষুধটি গ্রহণ করেন, তাহলে পরিবর্তন করার পরে আমরা আপনাকে জানাব।

• ওষুধের তালিকাটিতে থাকা অন্যান্য ওষুধ পরিবর্তন করা।

- বছর শুরু হলে আমরা অন্যান্য পরিবর্তন করতে পারি যা আপনার সেবন করা ওষুধকে প্রভাবিত করে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা FDA বন্ধযুক্ত সতর্কতা বা Medicare দ্বারা স্বীকৃত নতুন ক্লিনিক্যাল নির্দেশিকাগুলির উপর ভিত্তি করে পরিবর্তন করতে পারি।
- এই পরিবর্তনগুলি করার কমপক্ষে 30 দিন আগে আমরা আপনাকে জানাব, অথবা পরিবর্তন সম্পর্কে আপনাকে জানাব এবং আপনার গ্রহণ করা ওষুধের অতিরিক্ত 31 দিনের পরিমাণ কভার করব।

যদি আমরা আপনার গ্রহণ করা যে কোনো ওষুধে এই পরিবর্তনগুলি করি, তাহলে আপনার প্রেসক্রাইবারের সাথে আপনার জন্য সবচেয়ে ভালো কাজ করবে এমন বিকল্পগুলি সম্পর্কে কথা বলুন, যার মধ্যে রয়েছে আপনার অবস্থার চিকিৎসার জন্য অন্য কোনো ওষুধ পরিবর্তন করা, অথবা আপনি যে ওষুধ গ্রহণ করছেন তার উপর কোনো নতুন বিধিনিষেধ পূরণের জন্য কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করা। আপনি বা আপনার প্রেসক্রাইবার ওষুধ বা আপনি যে ওষুধটি গ্রহণ করছেন তার সংস্করণটি অবিরতভাবে আওতাভুক্ত করার জন্য আমাদের কাছে একটি ব্যতিক্রমের জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন। ব্যতিক্রম সহ, কীভাবে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করবেন সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় 9 দেখুন।

এই পরিকল্পনা বছরে ওষুধের তালিকার পরিবর্তনগুলি যা আপনাকে প্রভাবিত করবে না

আমরা ওষুধের তালিকায় কিছু পরিবর্তন করতে পারি যা উপরে বর্ণিত নয়। এই ক্ষেত্রে, পরিবর্তনটি করার সময় আপনি যদি ওষুধটি গ্রহণ করেন তবে পরিবর্তনটি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না; তবে, যদি আপনি একই পরিকল্পনায় থাকেন তবে পরবর্তী পরিকল্পনা বছরের 1লা জানুয়ারি থেকে এই পরিবর্তনগুলি আপনার উপর প্রভাব ফেলবে।

সাধারণভাবে, বর্তমান পরিকল্পনা বছরে যে পরিবর্তনগুলি আপনাকে প্রভাবিত করবে না সেগুলি হল:

- আমরা আপনার ওষুধকে উচ্চতর খরচ-ভাগাভাগি স্তরে স্থানান্তরিত করি।
- আমরা আপনার ওষুধের ব্যবহারের উপর একটি নতুন বিধিনিষেধ আরোপ করেছি।
- আমরা "ওষুধ তালিকা" থেকে ওষুধ সরিয়ে দেই।

যদি আপনার গ্রহণ করা কোনো ওষুধের ক্ষেত্রে এই পরিবর্তনগুলির কোনোটি ঘটে (বাজার থেকে ওষুধ প্রত্যাহার, ব্র্যান্ড নামের ওষুধের পরিবর্তে জেনেরিক ওষুধ, অথবা উপরের অংশগুলিতে উল্লিখিত অন্যান্য পরিবর্তন ব্যতীত), তাহলে পরবর্তী বছরের 1লা জানুয়ারি পর্যন্ত আপনার ব্যবহার বা খরচের অংশ হিসাবে আপনি যা প্রদান করবেন তার উপর এই পরিবর্তনের কোনো প্রভাব পড়বে না।

বর্তমান পরিকল্পনা বছরে আমরা আপনাকে সরাসরি এই ধরনের পরিবর্তন সম্পর্কে বলব না। পরবর্তী পরিকল্পনা বছরের জন্য (যখন তালিকাটি উন্মুক্ত তালিকাভুক্তির সময়কালে উপলব্ধ থাকে) ওষুধের তালিকাটি পরীক্ষা করে দেখতে হবে যে আপনার গ্রহণ করা ওষুধে এমন কোনো পরিবর্তন আছে কিনা যা পরবর্তী পরিকল্পনা বছরে আপনার উপর প্রভাব ফেলবে।

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা**বিভাগ 7 যেসব ওষুধ আমরা অন্তর্ভুক্ত করি না**

কিছু ধরণের প্রেসক্রিপশন ওষুধ বাদ দেওয়া হয়েছে। এর মানে হল Medicare এই ওষুধের জন্য পে করে না। যদি আপনি আপিল করেন এবং চাওয়া ওষুধটি পার্ট D-এর অধীনে বাদ না পড়ে, তাহলে আমরা এর জন্য পে করব অথবা এর খরচ বহন করব। (একটি সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার তথ্যের জন্য, অধ্যায় 9 এ যান।) যদি আমাদের পরিকল্পনা দ্বারা বাদ দেওয়া ওষুধটি Medicaid দ্বারাও বাদ দেওয়া হয়, তাহলে আপনাকে এটি নিজের খরচে কিনতে হবে।

Medicare ওষুধের পরিকল্পনাগুলো পার্ট D-এর আওতায় আসবে না এমন ওষুধ সম্পর্কে এখানে 3টি সাধারণ নিয়ম রয়েছে:

- আমাদের পরিকল্পনার পার্ট D ওষুধের কভারেজ এমন কোনো ওষুধের কভারেজ দিতে পারে না যা Medicare পার্ট A বা পার্ট B এর আওতায় আসবে।
- আমাদের পরিকল্পনা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র বা তার অঞ্চলের বাইরে কেনা কোনো ওষুধের আওতায় পড়তে পারে না।
- আমেরিকান হসপিটাল ফর্মুলারি সার্ভিস ড্রাগ ইনফরমেশন এবং মাইক্রোমেডেক্স DRUGDEX ইনফরমেশন সিস্টেমের মতো নির্দিষ্ট রেফারেন্স দ্বারা সমর্থিত না হলে আমাদের পরিকল্পনাটি কোনো ওষুধের *লেবেল-বহির্ভূত* ব্যবহারকে কভার করতে পারে না। *লেবেল-বহির্ভূত* ব্যবহার হল FDA দ্বারা অনুমোদিত ওষুধের লেবেলে নির্দেশিত ওষুধ ব্যতীত অন্য কোনো ওষুধের ব্যবহার।

এছাড়াও, আইন অনুসারে, নিচে তালিকাভুক্ত ওষুধের নিম্নলিখিত বিভাগগুলি Medicare-এর আওতাভুক্ত নয়। তবে, এই ওষুধগুলির মধ্যে কিছু আপনার Medicaid ওষুধের কভারেজের আওতায় থাকতে পারে। Medicaid ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, আপনার সদস্য পরিষেবাতে বা আপনার রাজ্য Medicaid অফিসের সাথে যোগাযোগ করা উচিত (যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2, বিভাগ 6 এ তালিকাভুক্ত করা হয়েছে)।

- প্রেসক্রিপশন বহির্ভূত ওষুধ (ওভার-দ্য-কাউন্টার ওষুধও বলা হয়)
 - ফাটিলিটি বাড়াতে ব্যবহৃত ওষুধ
 - কাশি বা সর্দির উপসর্গ উপশমের জন্য ব্যবহৃত ওষুধ
 - প্রসাধনী উদ্দেশ্যে বা চুলের বৃদ্ধির জন্য ব্যবহৃত ওষুধ
 - প্রেসক্রিপশন ভিটামিন এবং খনিজ পণ্য, প্রসবপূর্ব ভিটামিন এবং ফ্লোরাইড প্রস্তুতি ছাড়া
 - সেক্সুয়াল বা ইরেক্টাইল ডিসফাংশনের চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত ওষুধ
 - অ্যানোরেক্সিয়া, ওজন হ্রাস বা ওজন বৃদ্ধির চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত ওষুধ
 - যেসব বহির্বিভাগীয় ওষুধের জন্য প্রস্তুতকারক সংশ্লিষ্ট পরীক্ষা বা পর্যবেক্ষণ পরিষেবার প্রয়োজন করেন, সেগুলি বিক্রয়ের শর্ত হিসেবে শুধুমাত্র প্রস্তুতকারকের কাছ থেকে কেনা হবে

যদি আপনি আপনার প্রেসক্রিপশনের জন্য Extra Help পান, তাহলে অতিরিক্ত সহায়তা এমন ওষুধের জন্য টাকা দেবে না যা সাধারণত কভার করা হয় না। যদি আপনার Medicaid-এর মাধ্যমে ওষুধের কভারেজ থাকে, তাহলে আপনার স্টেটের Medicaid প্রোগ্রাম কিছু প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ দিতে পারে যা সাধারণত Medicare ওষুধের পরিকল্পনায় অন্তর্ভুক্ত থাকে না। আপনার জন্য কোন ওষুধের কভারেজ উপলব্ধ হতে পারে তা নির্ধারণ করতে আপনার স্টেট Medicaid প্রোগ্রামের সাথে যোগাযোগ করুন। (অধ্যায় 2, বিভাগ 6-এ Medicaid এর ফোন নম্বর এবং যোগাযোগের তথ্য খুঁজুন।)

বিভাগ 8 কীভাবে একটি প্রেসক্রিপশন পূরণ করবেন

আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে, আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করুন (যা আপনার পছন্দের নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে আপনার সদস্যপদ কার্ডে পাওয়া যাবে)। নেটওয়ার্ক ফার্মেসি আপনার ওষুধের

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

খরচের আমাদের অংশের জন্য স্বয়ংক্রিয়ভাবে আমাদের পরিকল্পনার বিল করবে। আপনার প্রেসক্রিপশন কেনার সময় আপনাকে ফার্মেসিকে আপনার অংশের খরচ দিতে হবে।

যদি আপনার কাছে আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ সংক্রান্ত তথ্য না থাকে, তাহলে আপনি অথবা ফার্মেসি আমাদের পরিকল্পনায় কল করে তথ্য পেতে পারেন, অথবা আপনি ফার্মেসিকে আমাদের পরিকল্পনার তালিকাভুক্তির তথ্য দেখতে বলতে পারেন।

যদি ফার্মেসি প্রয়োজনীয় তথ্য না পায়, তাহলে প্রেসক্রিপশনটি নেওয়ার সময় আপনাকে তার পুরো খরচ দিতে হতে পারে। তারপর আপনি আমাদের কাছে থেকে আমাদের অংশের টাকা ফেরত চাইতে পারেন। আমাদের পরিকল্পনার প্রতিদান কীভাবে চাইতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য অধ্যায় 7, বিভাগ 2 দেখুন।

বিভাগ 9 বিশেষ পরিস্থিতিতে পার্ট D ওষুধের কভারেজ

বিভাগ 9.1 আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকাকালীন হাসপাতালে বা দক্ষ নার্সিং সুবিধায়

যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকাকালীন কোনো হাসপাতালে বা দক্ষ নার্সিং সুবিধায় ভর্তি হন, তাহলে আপনার থাকার সময় আমরা সাধারণত আপনার প্রেসক্রিপশনের ওষুধের খরচ বহন করব। একবার আপনি হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধা ছেড়ে চলে গেলে, আমাদের পরিকল্পনা আপনার প্রেসক্রিপশনের ওষুধগুলিকে কভার করবে যতক্ষণ না ওষুধগুলি এই অধ্যায়ে বর্ণিত কভারেজের জন্য আমাদের সমস্ত নিয়ম পূরণ করে।

বিভাগ 9.2 দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা (LTC) সুবিধার বাসিন্দা হিসেবে

সাধারণত, একটি দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা (LTC) সুবিধার (যেমন একটি নার্সিং হোম) নিজস্ব ফার্মেসি থাকে অথবা এমন একটি ফার্মেসি ব্যবহার করে যা তার সমস্ত বাসিন্দাদের জন্য ওষুধ সরবরাহ করে। আপনি যদি কোনো LTC সুবিধার বাসিন্দা হন, তাহলে আপনি আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধ এর সেই সুবিধার ফার্মেসি বা এটি যে ফার্মেসি ব্যবহার করে তার মাধ্যমে পেতে পারেন, যতক্ষণ না এটি আমাদের নেটওয়ার্কের অংশ।

আপনার LTC সুবিধার ফার্মেসি বা এটি যে ফার্মেসি ব্যবহার করে তা আমাদের নেটওয়ার্কের অংশ কিনা তা জানতে আপনার প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি SWHNY.com দেখুন। যদি তা না হয়, অথবা আপনার যদি আরও তথ্য বা সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)। আপনি যদি কোনো LTC সুবিধায় থাকেন, তাহলে আমাদের অবশ্যই নিশ্চিত করতে হবে যে আপনি আমাদের LTC ফার্মেসির নেটওয়ার্কের মাধ্যমে নিয়মিতভাবে আপনার পার্ট D সুবিধা পেতে সক্ষম।

আপনি যদি কোনো LTC সুবিধার বাসিন্দা হন এবং এমন কোনো ওষুধের প্রয়োজন হয় যা আমাদের ওষুধের তালিকায় নেই বা কোনোভাবে সীমাবদ্ধ, তাহলে অস্থায়ী বা জরুরি সরবরাহ পাওয়ার বিষয়ে তথ্যের জন্য বিভাগ 5 দেখুন।

বিভাগ 9.3 যদি আপনি কোনো নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গোষ্ঠী পরিকল্পনা থেকে ওষুধের কভারেজ পান

যদি আপনার (অথবা আপনার স্ত্রী বা গার্হস্থ্য সঙ্গীর) নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গোষ্ঠীর মাধ্যমে অন্য কোনো ওষুধের কভারেজ থাকে, তাহলে সেই গোষ্ঠীর সুবিধা প্রশাসকের সাথে যোগাযোগ করুন। আমাদের পরিকল্পনার সাথে আপনার বর্তমান ওষুধের কভারেজ কীভাবে কাজ করবে তা বুঝতে তারা আপনাকে সাহায্য করতে পারে।

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

সাধারণভাবে, আপনার যদি কর্মী বা অবসরপ্রাপ্ত গ্রুপ কভারেজ থাকে, তাহলে আপনি আমাদের কাছ থেকে যে ওষুধের কভারেজ পাবেন তা আপনার গ্রুপ কভারেজের জন্য গৌণ হবে। এর মানে হল আপনার গ্রুপ কভারেজ প্রথমে পে করে।

ক্রেডিটেবল কভারেজ সম্পর্কে বিশেষ নোট:

প্রতি বছর আপনার নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত গোষ্ঠী আপনাকে একটি নোটিশ পাঠাবে যা আপনাকে জানাবে যে পরবর্তী ক্যালেন্ডার বছরের জন্য আপনার ওষুধের কভারেজ ক্রেডিটেবল কিনা।

যদি গ্রুপ পরিকল্পনার কভারেজ ক্রেডিটেবল হয়, তাহলে এর অর্থ হল আমাদের পরিকল্পনায় এমন ওষুধের কভারেজ রয়েছে যা গড়ে কমপক্ষে Medicare-এর স্ট্যান্ডার্ড ওষুধের কভারেজের সমান পে করবে বলে আশা করা হচ্ছে।

ক্রেডিটেবল কভারেজ সম্পর্কে যেকোনো নোটিশ রাখুন কারণ আপনি বিশ্বাসযোগ্য কভারেজ বজায় রেখেছেন তা দেখানোর জন্য পরে এই নোটিশগুলির প্রয়োজন হতে পারে। যদি আপনি একটি ক্রেডিটেবল কভারেজ নোটিশ না পান, তাহলে আপনার নিয়োগকর্তা বা অবসরপ্রাপ্ত পরিকল্পনার সুবিধা প্রশাসক বা নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়নের কাছ থেকে একটি কপি চাইতে পারেন।

বিভাগ 9.4 যদি আপনি Medicare-প্রত্যয়িত হসপিসে থাকেন

হসপিস এবং আমাদের পরিকল্পনা একই সময়ে একই ওষুধের আওতায় পড়ে না। যদি আপনি Medicare হসপিসে নথিভুক্ত হন এবং আপনার কিছু ওষুধের (যেমন, অ্যান্টি-নশিয়া ওষুধ, ল্যাক্সেটিভ, ব্যথার ওষুধ বা অ্যান্টি-অ্যাঞ্জাইটি ওষুধ) প্রয়োজন হয় যা আপনার হসপিস দ্বারা আচ্ছাদিত নয় কারণ এটি আপনার টার্মিনাল অসুস্থতা এবং সম্পর্কিত অবস্থার সাথে সম্পর্কিত নয়, তাহলে আমাদের পরিকল্পনাটি ওষুধটি কভার করার আগে আমাদের পরিকল্পনাটি প্রেসক্রাইবার বা আপনার হসপিস প্রদানকারীর কাছ থেকে বিজ্ঞপ্তি পেতে হবে যে ওষুধটি সম্পর্কহীন। আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকা এই ওষুধগুলি পেতে বিলম্ব রোধ করতে, আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার আগে আপনার হসপিস প্রদানকারী বা প্রেসক্রাইবারকে অবহিত করতে বলুন।

ইভেন্টে হয় আপনি আপনার হসপিস নির্বাচন প্রত্যাহার করেন বা ধর্মশালা থেকে অব্যাহতি দেন, আমাদের পরিকল্পনা এই ডকুমেন্টের ব্যাখ্যা অনুযায়ী আপনার ওষুধগুলিকে অনুমোদন করবে। যখন আপনার Medicare হসপিস বেনিফিট শেষ হয়ে যায় তখন ফার্মেসিতে কোনো বিলম্ব রোধ করতে, আপনার প্রত্যাহার বা ডিসচার্জ যাচাই করার জন্য ফার্মেসিতে ডকুমেন্টেশন আনুন।

বিভাগ 10 ওষুধের নিরাপত্তা এবং ব্যবস্থাপনা সংক্রান্ত প্রোগ্রাম

আমাদের সদস্যরা নিরাপদ এবং উপযুক্ত পরিচর্যা পান তা নিশ্চিত করতে আমরা ওষুধের ব্যবহার পর্যালোচনা পরিচালনা করি।

প্রতিবার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় আমরা একটি পর্যালোচনা করি। আমরা নিয়মিত আমাদের রেকর্ড পর্যালোচনা করি। এই পর্যালোচনাগুলির সময়, আমরা সম্ভাব্য এই সমস্যাগুলি খুঁজি যেমন:

- সম্ভাব্য ওষুধ সংক্রান্ত ত্রুটি
- একই সমস্যার চিকিৎসার জন্য একই রকম আরেকটি ওষুধ গ্রহণ করার কারণে যে ওষুধগুলি প্রয়োজন নাও হতে পারে
- আপনার বয়স বা লিঙ্গের কারণে যে ওষুধগুলি নিরাপদ বা উপযুক্ত নাও হতে পারে
- কিছু ওষুধের সংমিশ্রণ যা একই সময়ে গ্রহণ করলে আপনার ক্ষতি হতে পারে
- যেসব উপাদানে আপনার অ্যালার্জি আছে, সেসব ওষুধের প্রেসক্রিপশন
- আপনার গ্রহণ করা ওষুধের পরিমাণে (ডোজ) সম্ভাব্য ত্রুটি

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

- ওপিওয়েড ব্যাথার ওষুধের অনিরাপদ পরিমাণ

যদি আমরা আপনার ওষুধ ব্যবহারে কোনো সম্ভাব্য সমস্যা দেখতে পাই, তাহলে সমস্যাটি সমাধানের জন্য আমরা আপনার প্রদানকারীর সাথে কাজ করব।

বিভাগ 10.1 সদস্যদের নিরাপদে ওপিওয়েড ওষুধ ব্যবহারে সহায়তা করার জন্য মাদক ব্যবস্থাপনা কর্মসূচি (DMP)

আমাদের একটি প্রোগ্রাম আছে যা সদস্যদের নিরাপদে প্রেসক্রিপশন ওপিওড এবং অন্যান্য প্রায়ই অপব্যবহৃত ওষুধ ব্যবহার করা তা নিশ্চিত করতে সাহায্য করে। এই প্রোগ্রামটিকে ওষুধ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রাম (DMP) বলা হয়। আপনি যদি ওপিওয়েড ওষুধ ব্যবহার করেন যা আপনি বেশ কয়েকটি প্রেসক্রাইবার বা ফার্মেসি থেকে পান, অথবা আপনার যদি সাম্প্রতিক ওপিওয়েডের ওভারডোজ হয়ে থাকে, তাহলে আপনার ওপিওড ওষুধের ব্যবহার উপযুক্ত এবং চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় কিনা তা নিশ্চিত করতে আমরা আপনার প্রেসক্রাইবারদের সাথে কথা বলতে পারি। আপনার প্রেসক্রাইবারদের সাথে কাজ করে, আমরা যদি সিদ্ধান্ত নিই যে আপনার প্রেসক্রিপশনের ওপিওয়েড বা বেনজোডিয়াজেপাইন ওষুধের ব্যবহার নিরাপদ নাও হতে পারে, তাহলে আপনি কীভাবে সেই ওষুধগুলি পেতে পারেন তা আমরা সীমিত করতে পারি। আমরা যদি আপনাকে আমাদের ডিএমপিতে রাখি, তাহলে সীমাবদ্ধতাগুলি হতে পারে:

- আপনাকে একটি নির্দিষ্ট ফার্মেসি(গুলি) থেকে ওপিওয়েড বা বেনজোডিয়াজেপাইন ওষুধের জন্য আপনার সমস্ত প্রেসক্রিপশন পেতে হবে
- ওপিওয়েড বা বেনজোডিয়াজেপাইন ওষুধের জন্য আপনাকে একজন নির্দিষ্ট প্রেসক্রাইবার(দের)-এর থেকে আপনার সমস্ত প্রেসক্রিপশন নিতে হবে
- আপনার জন্য আমরা যে পরিমাণ ওপিওয়েড বা বেনজোডিয়াজেপাইন ওষুধের ব্যবস্থা করব তা সীমিত করা

যদি আমরা এই ওষুধগুলি কীভাবে পাবেন বা আপনি কতটা পেতে পারেন তা সীমিত করার পরিকল্পনা করি, তাহলে আমরা আপনাকে আগে থেকেই একটি চিঠি পাঠাব। চিঠিটি আপনাকে জানাবে যে আমরা আপনার জন্য এই ওষুধগুলির কভারেজ সীমাবদ্ধ করব কিনা বা যদি আপনাকে কেবলমাত্র কোনো নির্দিষ্ট প্রেসক্রাইবার বা ফার্মেসির কাছে থেকে এই ওষুধগুলির প্রেসক্রিপশন পেতে হবে। আপনি কোন প্রেসক্রিপশন বা ফার্মেসি ব্যবহার করতে পছন্দ করেন এবং আমাদের জানা গুরুত্বপূর্ণ বলে মনে করেন এমন অন্য কোনো তথ্য সম্পর্কে আমাদের বলার সুযোগ পাবেন। আপনার প্রতিক্রিয়া জানানোর সুযোগ পাওয়ার পর, যদি আমরা এই ওষুধগুলির জন্য আপনার কভারেজ সীমিত করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে আমরা আপনাকে সীমাবদ্ধতা নিশ্চিত করে আরেকটি চিঠি পাঠাব। আপনি যদি মনে করেন যে আমরা কোনো ভুল করেছি বা আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে বা সীমাবদ্ধতার সাথে একমত নন তবে আপনার এবং আপনার প্রেসক্রাইবারের আপিল করার অধিকার রয়েছে। আপনি যদি আপিল করেন, আমরা আপনার মামলা পর্যালোচনা করব এবং আপনাকে একটি নতুন সিদ্ধান্ত দেব। যদি আমরা আপনার অনুরোধের কোনও অংশ ওষুধের অ্যাক্সেসের ক্ষেত্রে প্রয়োজ্য সীমাবদ্ধতা সম্পর্কিত প্রত্যাখ্যান করতে থাকি, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার মামলাটি আমাদের পরিকল্পনার বাইরে একজন স্বাধীন পর্যালোচকের কাছে পাঠাব। আপিলের জন্য কীভাবে আবেদন করতে হয় সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য অধ্যায় 9 দেখুন।

আপনার যদি ক্যান্সারজনিত ব্যথা বা সিকেল সেল রোগ থাকে, আপনি হসপিস, প্যালিয়েটিভ, অথবা জীবনের শেষের দিকের পরিচর্যা গ্রহণ করেন, অথবা দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা কেন্দ্রে থাকেন, তাহলে আপনাকে আমাদের DMP-তে স্থান দেওয়া হবে না।

বিভাগ 10.2 সদস্যদের ওষুধ পরিচালনায় সহায়তা করার জন্য ওষুধ থেরাপি ব্যবস্থাপনা (MTM) প্রোগ্রাম

আমাদের একটি প্রোগ্রাম রয়েছে যা আমাদের সদস্যদের জটিল স্বাস্থ্যের প্রয়োজনে সাহায্য করতে পারে। আমাদের প্রোগ্রামটিকে মেডিকেশন থেরাপি ম্যানেজমেন্ট (MTM) প্রোগ্রাম বলা হয়। এই প্রোগ্রামটি স্বৈচ্ছাসেবী

অধ্যায় 5: পার্ট D ওষুধের জন্য পরিকল্পনা কভারেজ ব্যবহার করা

এবং বিনামূল্যে। আমাদের সদস্যরা যাতে তাদের গ্রহণ করা ওষুধ থেকে সর্বাধিক সুবিধা পান তা নিশ্চিত করতে ফার্মাসিস্ট এবং ডাক্তারদের একটি দল আমাদের জন্য এই প্রোগ্রামটি তৈরি করেছে।

কিছু সদস্য যাদের কিছু দীর্ঘস্থায়ী রোগ আছে এবং তারা নির্দিষ্ট পরিমাণ ওষুধের খরচ অতিক্রম করে এমন ওষুধ গ্রহণ করেন অথবা নিরাপদে ওপিওয়েড ব্যবহারে সহায়তা করার জন্য একটি DMP-তে থাকেন, তারা একটি MTM প্রোগ্রামের মাধ্যমে পরিষেবা পেতে সক্ষম হতে পারেন। আপনি যদি প্রোগ্রামের জন্য যোগ্যতা অর্জন করেন তবে ফার্মাসিস্ট বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পেশাদার আপনাকে আপনার সমস্ত ওষুধের একটি বিস্তৃত পর্যালোচনা দেবে। পর্যালোচনা চলাকালীন, আপনি আপনার ওষুধ, আপনার ব্যয় এবং আপনার প্রেসক্রিপশন ও ওভার-দ্য কাউন্টার ওষুধ সম্পর্কে আপনার যে কোনো সমস্যা বা প্রশ্ন সম্পর্কে কথা বলতে পারেন। আপনি একটি লিখিত সংক্ষিপ্তসার পাবেন যার একটি প্রস্তাবিত করণীয় তালিকা রয়েছে যাতে আপনার ওষুধগুলো থেকে সর্বোত্তম ফলাফল পেতে আপনার নেওয়া উচিত পদক্ষেপগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আপনি একটি ওষুধের তালিকাও পাবেন যাতে আপনি যে সমস্ত ওষুধ গ্রহণ করছেন, আপনি কতটা গ্রহণ করেন এবং কখন ও কেন সেগুলো গ্রহণ করেন তা অন্তর্ভুক্ত থাকবে। এছাড়াও, MTM প্রোগ্রামের সদস্যরা নিয়ন্ত্রিত পদার্থ হিসেবে প্রেসক্রিপশনের ওষুধের নিরাপদ নিষ্পত্তি সম্পর্কে তথ্য পাবেন।

আপনার প্রস্তাবিত করণীয় তালিকা এবং ওষুধের তালিকা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলা ভালো ধারণা। আপনার ভিজিটের সময় অথবা আপনার ডাক্তার, ফার্মাসিস্ট এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সাথে কথা বলার সময় সারাংশটি সাথে করে আনুন। হাসপাতালে বা জরুরি কক্ষে যাওয়ার ক্ষেত্রে আপনার ওষুধের তালিকা আপ টু ডেট রাখুন এবং আপনার সাথে রাখুন (উদাহরণস্বরূপ, আপনার পরিচয়পত্র সহ)।

যদি আমাদের কাছে এমন কোনো প্রোগ্রাম থাকে যা আপনার প্রয়োজন অনুসারে হয়, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে প্রোগ্রামে তালিকাভুক্ত করব এবং আপনাকে তথ্য পাঠাব। যদি আপনি অংশগ্রহণ না করার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে আমাদের জানান এবং আমরা আপনাকে প্রত্যাহার করে নেব। এই প্রোগ্রাম সম্পর্কে প্রশ্নের জন্য, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন**অধ্যায় 6:****পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন****বিভাগ 1 পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন**

এই অধ্যায়ে আমরা "ওষুধ" ব্যবহার করেছি পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধ বোঝাতে। সব ওষুধই পার্ট D ওষুধ নয়। কিছু ওষুধ আইনত পার্ট D কভারেজ থেকে বাদ দেওয়া হয়েছে। Medicare পার্ট A বা পার্ট B-এর অধীনে আওতাভুক্ত করা কিছু ওষুধ পার্ট D থেকে বাদ দেওয়া হয়েছে।

পেমেন্টের তথ্য বোঝার জন্য, আপনাকে জানতে হবে কোন ওষুধগুলি আওতাভুক্ত করা হয়েছে, আপনার প্রেসক্রিপশনগুলি কোথায় পূরণ করতে হবে এবং আপনি যখন আপনার আওতাভুক্ত করা ওষুধগুলি পাবেন তখন কী কী নিয়ম অনুসরণ করতে হবে। অধ্যায় 5 এই নিয়মগুলি ব্যাখ্যা করে। যখন আপনি আমাদের পরিকল্পনার "রিয়েল-টাইম বেনিফিট টুল" ব্যবহার করে ওষুধের কভারেজ (SWHNY.com) খোঁজেন, তখন আপনি যে খরচটি দেখতে পান তা আপনার পকেটের বাইরের খরচের একটি আনুমানিক হিসাব দেখায়। আপনি "রিয়েল-টাইম বেনিফিট টুল"-এ প্রদত্ত তথ্য (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করেও পেতে পারেন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

যদি আপনার পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধের খরচের ব্যাপারে Extra Help পাওয়া যায়, তাহলে আপনার ওষুধের খরচ সম্পর্কে তথ্য কীভাবে পাবেন?

যেহেতু আপনি Medicaid-এর জন্য যোগ্য, তাই আপনি আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনার খরচ মেটাতে Medicare থেকে Extra Help পাওয়ার যোগ্য এবং পাচ্ছেন। যেহেতু আপনার Extra Help আছে, তাই পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধের খরচ সম্পর্কে এই কভারেজের প্রমাণ কিছু তথ্য আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নাও হতে পারে। আমরা আপনাকে একটি পৃথক সংযুক্তি পাঠিয়েছি, যার নাম কভারেজের প্রমাণ রাইডার ফর পিপল হু গোট Extra Help পেয়িং ফর প্রেসক্রিপশন ওষুধ (একে লো-ইনকাম সাবসিডি রাইডার বা LIS রাইডারও বলা হয়), এর মধ্যে আপনি আপনার ওষুধের কভারেজ খরচ সংক্রান্ত তথ্য পাবেন। যদি আপনার কাছে এই ইনসার্টিটি না থাকে, তাহলে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) এবং LIS রাইডারটি চাইতে পারেন।

বিভাগ 1.1 আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য আপনি যে ধরনের খরচ বহন করতে পারেন তার ধরণ

পার্ট D-এর আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য 3 ধরনের আউট-অফ-পকেট খরচ রয়েছে যা আপনাকে দিতে বলা হতে পারে:

- **ছাড়যোগ্যতা** হল সেই পরিমাণ যা আমাদের পরিকল্পনা আমাদের অংশ পরিশোধ শুরু করার আগে আপনি ওষুধের জন্য পে করেন।
- **কোপেমেেন্ট** হল একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ যা আপনি প্রতিবার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় প্রদান করেন।
- **কোইনসিওরেন্স** হল প্রতিবার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় মোট খরচের একটি শতাংশ।

বিভাগ 1.2 Medicare কীভাবে আপনার পকেটের বাইরের খরচ গণনা করে

আপনার আউট-অফ-পকেট খরচের জন্য কোনটি গুরুত্বপূর্ণ এবং কোনটি নয় সে সম্পর্কে Medicare এর নিয়ম রয়েছে।

আপনার নিজের খরচের ট্র্যাক রাখতে আমাদের অবশ্যই অনুসরণ করা নিয়মগুলি এখানে রয়েছে।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন

এই পেমেন্টগুলি আপনার আউট-অফ-পকেট খরচের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত আছে

আপনার আউট-অফ-পকেট খরচের মধ্যে নিচে তালিকাভুক্ত পেমেন্টগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে (যদি সেগুলি পার্ট D-এর আওতায় থাকা ওষুধের জন্য হয় এবং আপনি অধ্যায় 5-এ বর্ণিত ওষুধের কভারেজের নিয়মগুলি অনুসরণ করেন):

- নিম্নলিখিত ওষুধের পেমেন্ট পর্যায়ে থাকাকালীন আপনি ওষুধের জন্য যে পরিমাণ টাকা দেবেন:
 - ডিডাক্টিবল স্টেজ
 - প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ে
- আমাদের পরিকল্পনায় যোগদানের আগে আপনি এই ক্যালেন্ডার বছরে অন্য কোনো Medicare ওষুধের পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে যেকোনো পেমেন্ট করেছেন
- আপনার পরিবার বা বন্ধুদের দ্বারা প্রদত্ত ওষুধের জন্য যেকোনো পেমেন্ট
- Medicare, নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়ন স্বাস্থ্য পরিকল্পনা, ভারতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা, AIDS ওষুধ সহায়তা প্রোগ্রাম, রাজ্য ফার্মাসিউটিক্যাল সহায়তা প্রোগ্রাম (SPAP) এবং বেশিরভাগ দাতব্য প্রতিষ্ঠানের অতিরিক্ত সহায়তার মাধ্যমে আপনার ওষুধের জন্য করা যেকোনো পেমেন্ট

বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে চলে যাওয়া:

যখন আপনি (অথবা আপনার পক্ষ থেকে পেমেন্ট করছে) ক্যালেন্ডার বছরের মধ্যে মোট \$2,100 আউট-অফ-পকেট খরচ করেন, তখন আপনি প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ে থেকে বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে চলে যান।

এই পেমেন্টগুলি আপনার আউট-অফ-পকেট খরচের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত নয়।

আপনার আউট-অফ-পকেট খরচের মধ্যে এই ধরনের কোনো পেমেন্ট অন্তর্ভুক্ত নয়:

- United States এবং এর অঞ্চলগুলোর বাইরে আপনি যে ওষুধগুলো কেনেন
- আমাদের পরিকল্পনার আওতায় নেই এমন ওষুধ
- নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে আপনি যে ওষুধগুলি পান যা নেটওয়ার্কের বাইরের কভারেজের জন্য আমাদের পরিকল্পনার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করে না
- পার্ট A বা পার্ট B-এর অন্তর্ভুক্ত প্রেসক্রিপশন ওষুধ এবং Medicare-এর কভারেজ থেকে বাদ দেওয়া অন্যান্য ওষুধ সহ নন-পার্ট D ওষুধ
- পার্ট A বা পার্ট B এর আওতাভুক্ত প্রেসক্রিপশন ওষুধ
- আমাদের অতিরিক্ত কভারেজের আওতায় থাকা কিন্তু সাধারণত Medicare ওষুধের পরিকল্পনা অন্তর্ভুক্ত নয় এমন ওষুধের জন্য আপনার করা পেমেন্ট
- Medicare ওষুধের পরিকল্পনায় সাধারণত অন্তর্ভুক্ত নয় এমন ওষুধের জন্য আপনার করা পেমেন্ট
- নির্দিষ্ট বীমা পরিকল্পনা এবং সরকার-অর্থায়িত স্বাস্থ্য কর্মসূচি যেমন TRICARE এবং ভেটেরান্স হেলথ অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (VA) দ্বারা আপনার ওষুধের জন্য পেমেন্ট করা হয়।
- আপনার ওষুধের জন্য কোনো তৃতীয় পক্ষের দ্বারা প্রদত্ত টাকা, যাদের প্রেসক্রিপশনের খরচ পরিশোধ করার আইনি বাধ্যবাধকতা রয়েছে (উদাহরণস্বরূপ, শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ)
- Manufacturer Discount প্রোগ্রামের অধীনে ওষুধ প্রস্তুতকারকদের করা পেমেন্ট

অনুস্মারক: যদি উপরে তালিকাভুক্ত সংস্থাগুলির মতো অন্য কোনো সংস্থা আপনার ওষুধের খরচের আংশিক বা সম্পূর্ণ পেমেন্ট করে, তাহলে আপনাকে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করে আমাদের পরিকল্পনা জানাতে হবে (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করবেন)।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন

আপনার মোট আউট-অফ-পকেট খরচ ট্র্যাক করা

- আপনি যে পার্ট D সুবিধার ব্যাখ্যা (EOB) পাবেন তাতে আপনার বর্তমান মোট আউট-অফ-পকেট খরচ অন্তর্ভুক্ত থাকে। যখন এই পরিমাণ \$2,100-এ পৌঁছাবে, তখন পার্ট D EOB আপনাকে বলবে যে আপনি প্রাথমিক কভারেজ পর্যায় ছেড়ে বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে চলে গেছেন।
- **আমাদের প্রয়োজনীয় তথ্য আছে তা নিশ্চিত করুন।** আপনার ব্যয়ের রেকর্ডগুলি সম্পূর্ণ এবং হালনাগাদ আছে কিনা তা নিশ্চিত করতে আপনি কী করতে পারেন তা জানতে বিভাগ 3.1 দেখুন।

বিভাগ 2 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সদস্যদের জন্য ওষুধের পেমেন্টের পর্যায়গুলি

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) এর অধীনে আপনার ওষুধের কভারেজের জন্য **3টি ওষুধের পেমেন্টের** ধাপ রয়েছে। প্রতিটি প্রেসক্রিপশনের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন তা নির্ভর করে আপনি যখন কোনো প্রেসক্রিপশন পূরণ বা পুনরায় পূরণ করবেন তখন আপনি কোন পর্যায়ে থাকবেন তার উপর। প্রতিটি পর্যায়ের বিবরণ এই অধ্যায়ে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। পর্যায়গুলো হল:

- **পর্যায় 1: ইয়ার্লি ডিডাক্টিবল স্টেজ**
- **পর্যায় 2: প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়**
- **পর্যায় 3: বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়**

বিভাগ 3 আপনার পার্ট D সুবিধার ব্যাখ্যা ব্যাখ্যা করে যে আপনি কোন পেমেন্ট পর্যায়ে আছেন

- আমাদের পরিকল্পনা আপনার প্রেসক্রিপশনের ওষুধের খরচ এবং ফার্মেসিতে প্রেসক্রিপশন পেলে আপনি যে পেমেন্ট করেন তার হিসাব রাখে। এইভাবে, আমরা আপনাকে বলতে পারব কখন আপনি এক ওষুধের পেমেন্ট পর্যায়ে থেকে অন্য পর্যায়ে যাবেন। আমরা 2 ধরনের খরচ ট্র্যাক করি:
- **আউট-অফ-পকেট খরচ:** আপনি এই পরিমাণ টাকা পেমেন্ট করেছেন। এর মধ্যে রয়েছে পার্ট D-এর আওতায় থাকা ওষুধ পাওয়ার সময় আপনি কত টাকা দিয়েছেন, পরিবার বা বন্ধুদের দ্বারা আপনার ওষুধের জন্য যে কোনো পেমেন্ট করেছে, এবং Medicare, নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়ন স্বাস্থ্য পরিকল্পনা, ভারতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা, এইডস ওষুধ সহায়তা প্রোগ্রাম, দাতব্য সংস্থা এবং বেশিরভাগ State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP) থেকে Extra Help-এর মাধ্যমে আপনার ওষুধের জন্য যে কোনো পেমেন্ট।
- **মোট ওষুধের খরচ:** এটি হল আপনার পার্ট D-এর আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য করা সমস্ত পেমেন্টের মোট পরিমাণ। এতে আমাদের পরিকল্পনা কত টাকা দিয়েছে, আপনি কত টাকা দিয়েছেন এবং আপনার আওতাভুক্ত পার্ট D ওষুধের জন্য অন্যান্য প্রোগ্রাম বা সংস্থাগুলি কী টাকা দিয়েছে তা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

যদি আপনি আগের মাসে আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে এক বা একাধিক প্রেসক্রিপশন পূরণ করে থাকেন, তাহলে আমরা আপনাকে একটি পার্ট D EOB পাঠাবো। পার্ট D EOB-এ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- **সেই মাসের তথ্য।** এই রিপোর্ট আপনার আগের মাসে পূরণ করা প্রেসক্রিপশনের পেমেন্টের বিবরণ দেয়। এটি মোট ওষুধের খরচ, আমাদের পরিকল্পনা কত টাকা দিয়েছে এবং আপনার পক্ষ থেকে আপনি এবং অন্যরা কী টাকা দিয়েছেন তা দেখায়।
- **1লা জানুয়ারি থেকে গোটা বছরের জন্য মোট খরচ।** এটি বছরের শুরু থেকে আপনার ওষুধের মোট খরচ এবং মোট পেমেন্ট দেখায়।
- **ওষুধের দামের তথ্য।** এটি একই পরিমাণের প্রতিটি প্রেসক্রিপশন দাবির জন্য মোট ওষুধের দাম এবং প্রথম ফিল থেকে দামের পরিবর্তন সম্পর্কিত তথ্য প্রদর্শন করে।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন

- **তুলনামূলক কম খরচে বিকল্প প্রেসক্রিপশন পাওয়া যায়।** এটি প্রযোজ্য হলে, প্রতিটি প্রেসক্রিপশন দাবির জন্য কম খরচে ভাগাভাগি সহ অন্যান্য উপলব্ধ ওষুধ সম্পর্কে তথ্য দেখায়।

সেকশন 3.1 আপনার ওষুধের জন্য যে অর্থপ্রদান করেছেন সে সম্পর্কিত তথ্য আপ টু ডেট রাখতে আমাদেরকে সাহায্য করুন

আপনার ওষুধের খরচ এবং ওষুধের জন্য আপনি যে অর্থ প্রদান করেন তার দিকে লক্ষ্য রাখতে, আমরা ফার্মেসি থেকে পাওয়া রেকর্ডগুলি ব্যবহার করি। আপনার তথ্য সঠিক এবং আপ টু ডেট রাখতে আপনি কীভাবে আমাদেরকে সাহায্য করতে পারেন তা এখানে রয়েছে:

- **প্রতিবার প্রেসক্রিপশন পূরণ করার সময় আপনার সদস্যপদ কার্ডটি দেখান।** এটি আপনার প্রেসক্রিপশন এবং আপনার মূল্য সম্পর্কে আমাদের জানা নিশ্চিত করতে সাহায্য করে।
- **আমাদের প্রয়োজনীয় তথ্য আছে তা নিশ্চিত করুন।** কোনো কোনো সময় আপনি প্রেসক্রিপশনের ওষুধের সম্পূর্ণ খরচের জন্য অর্থ প্রদান করতে পারেন। এই ক্ষেত্রে, আপনার আউট-অফ-পকেট খরচ হিসাব রাখার জন্য আমাদের প্রয়োজনীয় তথ্য আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে পাবো না। আপনার নিজের থেকে করা খরচের ট্র্যাক রাখার জন্য আমাদের সাহায্য করতে, আমাদেরকে আপনার রসিদের কপি দিন। আপনার ওষুধের রসিদের কপি কখন আমাদের দেওয়া উচিত তার **উদাহরণ:**
 - যখন আপনি একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে একটি বিশেষ মূল্যে একটি আচ্ছাদিত ওষুধ কিনবেন অথবা একটি ডিসকাউন্ট কার্ড ব্যবহার করবেন যা আমাদের পরিকল্পনার সুবিধার অংশ নয়।
 - যখন আপনি ওষুধ প্রস্তুতকারক রোগী সহায়তা কর্মসূচির অধীনে প্রদত্ত ওষুধের জন্য কো-পেমেন্ট করেন।
 - যখনই আপনি নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে আওতাভুক্ত ওষুধ কিনবেন অথবা বিশেষ পরিস্থিতিতে আওতাভুক্ত ওষুধের সম্পূর্ণ মূল্য পরিশোধ করবেন।

যদি আপনার কাছে একটি আচ্ছাদিত ওষুধের জন্য বিল করা হয়, তাহলে আপনি আমাদের পরিকল্পনাকে খরচের আমাদের অংশ দিতে বলতে পারেন। এটি কীভাবে করবেন তার নির্দেশাবলীর জন্য, অধ্যায় 7-এর সেকশন 2-এ যান।

- **অন্যরা আপনার জন্য যে পেমেন্ট করে সে সম্পর্কে আমাদের তথ্য পাঠান।** কিছু নির্দিষ্ট ব্যক্তি এবং সংস্থার দ্বারা করা অর্থপ্রদানগুলিও আপনার পকেটের বাইরের খরচের জন্য গণনা করে। উদাহরণস্বরূপ, একটি স্টেট ফার্মাসিউটিক্যাল সহায়তা কর্মসূচি, একটি AIDS ওষুধ সহায়তা কর্মসূচি (ADAP), ভারতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং দাতব্য সংস্থাগুলোর করা পেমেন্টগুলো আপনার নিজের থেকে করা খরচের মধ্যে ধরা হয়। এই অর্থপ্রদানগুলির একটি রেকর্ড রাখুন এবং সেগুলি আমাদের কাছে পাঠান যাতে আমরা আপনার খরচের দিকে লক্ষ্য রাখতে পারি।
- **আমরা আপনাকে যে লিখিত রিপোর্টটি পাঠিয়েছি সেটি দেখুন।** যখন আপনি পার্ট D EOB পাবেন, তখন তথ্যটি সম্পূর্ণ এবং সঠিক কিনা তা নিশ্চিত করার জন্য এটি পরীক্ষা করে দেখুন। যদি আপনার মনে হয় কিছু বাদ পড়েছে অথবা কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা TTY 711 নম্বরে কল করুন)। প্ল্যানের সদস্যরা Caremark.com-এ অনলাইনে তাদের EOBগুলি পেতে পারেন। এই রিপোর্টগুলি রাখার বিষয়টি নিশ্চিত করুন।

বিভাগ 4 ছাড়যোগ্যতা পর্যায়

যেহেতু আমাদের বেশিরভাগ সদস্য তাদের প্রেসক্রিপশনের ওষুধের খরচের জন্য Extra Help পান, তাই ডিডাক্টিবল স্টেজ বেশিরভাগ সদস্যের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়। যদি আপনি Extra Help পান, তাহলে এই পেমেন্ট পর্যায়টি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন

যদি আপনি Extra Help না পান, তাহলে ছাড়যোগ্যতা পর্যায় হল আপনার ওষুধের কভারেজের জন্য প্রথম পেমেন্ট পর্যায়। এই পর্যায়টি শুরু হয় যখন আপনি বছরের প্রথম প্রেসক্রিপশন পূরণ করেন। যখন আপনি এই পেমেন্ট পর্যায়ের থাকবেন, তখন আমাদের পরিকল্পনার ছাড়যোগ্যতা পরিমাণে পৌঁছানো পর্যন্ত **আপনাকে আপনার ওষুধের সম্পূর্ণ মূল্য** পরিশোধ করতে হবে, যা 2026 সালের জন্য \$615। এই ছাড়যোগ্যতা আওতাভুক্ত ইনসুলিন পণ্য এবং বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্ক পার্ট D টিকার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়, যার মধ্যে রয়েছে দাদ, টিটেনাস এবং ভ্রমণ টিকা। স্তর 2-5 ওষুধের জন্য আপনাকে বার্ষিক \$615 ছাড় দিতে হবে। আমাদের পরিকল্পনার ছাড়যোগ্যতা পরিমাণে পৌঁছানো পর্যন্ত **আপনাকে স্তর 2-5 ওষুধের সম্পূর্ণ মূল্য \$615 দিতে হবে**। অন্যান্য সমস্ত ওষুধের জন্য, আপনাকে কোনো ছাড়যোগ্যতা দিতে হবে না। আমাদের পরিকল্পনায় নেটওয়ার্ক ফার্মেসিগুলিতে বেশিরভাগ ওষুধের দাম কম দেওয়ার জন্য আলোচনা করা হয়েছিল, তাই **সম্পূর্ণ মূল্য** সাধারণত ওষুধের স্বাভাবিক মূল্যের চেয়ে কম হয়। Medicare Drug Price Negotiation Program এর আওতায় আলোচনা সাপেক্ষে ওষুধের জন্য সম্পূর্ণ মূল্য সর্বোচ্চ ন্যায্য মূল্য এবং বিতরণ ফি অতিক্রম করতে পারবে না।

একবার আপনি স্তর 2-5 ওষুধের জন্য \$615 পরিশোধ করলে, আপনি ছাড়যোগ্যতা পর্যায় থেকে বেরিয়ে প্রাথমিক কভারেজ পর্যায় চলে যাবেন।

বিভাগ 5 প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়

বিভাগ 5.1 ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন তা নির্ভর করে ওষুধটি এবং আপনি আপনার প্রেসক্রিপশনটি কোথায় পূরণ করেন তার উপর।

প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ের, আমাদের পরিকল্পনা আপনার কভার করা ওষুধের খরচের তার অংশ প্রদান করে এবং আপনি আপনার অংশ (আপনার কোপেমেন্ট বা কোইস্যুরেন্স পরিমাণ) প্রদান করেন। ওষুধের উপর নির্ভর করে এবং যেখানে আপনি আপনার প্রেসক্রিপশনটি পূরণ করেন তার উপর নির্ভর করে আপনার খরচের অংশ পরিবর্তিত হবে।

আমাদের পরিকল্পনায় ছয়টি (6) খরচ ভাগাভাগির স্তর রয়েছে।

আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকার প্রতিটি ওষুধ ছয়টি (6) খরচ-ভাগাভাগি স্তরের একটিতে রয়েছে। সাধারণভাবে, খরচ ভাগাভাগি স্তর সংখ্যা যত বেশি হবে, ওষুধের জন্য আপনার খরচ তত বেশি হবে:

- স্তর 1 - পছন্দের জেনেরিক
- স্তর 2- জেনেরিক
- স্তর 3 - প্রেফার্ড ব্র্যান্ড
- স্তর 4 - নন-প্রেফার্ড ওষুধ
- স্তর 5 বিশেষায়িত স্তর
- স্তর 6 - পরিচর্যার ওষুধ নির্বাচন করুন

আপনার ওষুধটি কোন খরচ-ভাগাভাগি স্তরে রয়েছে তা জানতে, আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় এটি দেখুন।

আপনার পছন্দের ফার্মেসি

আপনি ওষুধের জন্য কত টাকা দেবেন তা নির্ভর করে আপনি ওষুধটি এখান থেকে পান কিনা:

- একটি নেটওয়ার্ক রিটেল ফার্মেসি
- এমন একটি ফার্মেসি যা আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে নেই। আমরা শুধুমাত্র সীমিত পরিস্থিতিতে নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে পূরণ করা প্রেসক্রিপশন আওতাভুক্ত করি। নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে ভর্তি করা প্রেসক্রিপশন কখন আমরা কভার করব তা জানতে অধ্যায় 5, বিভাগ 2.5 এ যান।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন

- আমাদের পরিকল্পনার মেইল-অর্ডার ফার্মেসি।

এই ফার্মেসি পছন্দগুলি এবং আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অধ্যায় 5 এবং আমাদের পরিকল্পনার ফার্মেসি ডিরেক্টরি দেখুন।

বিভাগ 5.2 আপনার এক মাসের জন্য আচ্ছাদিত ওষুধ সরবরাহের খরচ

প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ে, একটি আওতাভুক্ত ওষুধের খরচের আপনার অংশ হয় একটি কোপেমেন্ট বা কোইন্সুরেন্স হবে।

কখনও কখনও ওষুধের দাম আপনার কোপেমেন্টের চেয়ে কম হয়। এই ক্ষেত্রে, আপনাকে কোপেমেন্টের পরিবর্তে ওষুধের জন্য কম দাম দিতে হবে।

একটি কভারড পার্ট ডি ড্রাগের এক মাসের সাপ্লাইয়ের জন্য আপনার খরচ

স্তর	স্ট্যান্ডার্ড রিটেইল ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগাভাগি (31 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)	ডাকযোগে খরচ ভাগাভাগি (31 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)	দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা (LTC) খরচ ভাগাভাগি (31 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)	নেটওয়ার্ক বহির্ভূত খরচ ভাগাভাগি (কভারেজ নির্দিষ্ট কিছু পরিস্থিতিতে সীমাবদ্ধ; বিস্তারিত জানার জন্য অধ্যায় 5 দেখুন।) (31 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)
খরচ ভাগাভাগি স্তর 1 (পছন্দের জেনেরিক)	\$0 কোপে	\$0 কোপে	\$0 কোপে	\$0 কোপে
খরচ ভাগাভাগি স্তর 2 (জেনেরিক)	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন

স্তর	স্ট্যান্ডার্ড রিটেইল ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগাভাগি (31 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)	ডাকযোগে খরচ ভাগাভাগি (31 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)	দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা (LTC) খরচ ভাগাভাগি (31 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)	নেটওয়ার্ক বহির্ভূত খরচ ভাগাভাগি (কভারেজ নির্দিষ্ট কিছু পরিস্থিতিতে সীমাবদ্ধ; বিস্তারিত জানার জন্য অধ্যায় 5 দেখুন।) (31 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)
খরচ ভাগাভাগি স্তর 3 (পছন্দের ব্র্যান্ড)	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন
খরচ ভাগাভাগি স্তর 4 (অপছন্দের ওষুধ)	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন
খরচ ভাগাভাগি স্তর 5 (বিশেষায়িত)	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন
খরচ ভাগাভাগি স্তর 6 (নির্বাচিত পরিচর্যার ওষুধ)	\$0 কোপে	\$0 কোপে	\$0 কোপে	\$0 কোপে

পার্ট D টিকার খরচ ভাগাভাগি সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 8 দেখুন।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন**বিভাগ 5.3 যদি আপনার ডাক্তার পুরো এক মাসের কম সরবরাহের পরামর্শ দেন, তাহলে আপনাকে পুরো মাসের সরবরাহের খরচ দিতে হবে না।**

সাধারণত, আপনি একটি ওষুধের জন্য যে পরিমাণ টাকা পেমেন্ট করেন তা পুরো এক মাসের সরবরাহ কভার করে। এমন সময় আসতে পারে যখন আপনি বা আপনার ডাক্তার চাইবেন যে আপনার কাছে এক মাসেরও কম সময়ের জন্য ওষুধের সরবরাহ থাকুক (উদাহরণস্বরূপ, যখন আপনি প্রথমবারের মতো কোনো ওষুধ ব্যবস্থার করছেন)। আপনি যদি আপনার রিফিলের তারিখগুলি আরও ভালোভাবে পরিকল্পনা করতে সাহায্য করেন, তাহলে আপনি আপনার ডাক্তারকে প্রেসক্রিপশন দিতে এবং আপনার ফার্মাসিস্টকে পুরো এক মাসেরও কম সময়ের জন্য সরবরাহ করতে বলতে পারেন।

যদি আপনি পুরো এক মাসের কম নির্দিষ্ট ওষুধ পান, তাহলে আপনাকে পুরো মাসের সরবরাহের জন্য পেমেন্ট করতে হবে না।

- যদি আপনি কোইন্সুরেন্স-এর জন্য দায়ী হন, তাহলে আপনাকে ওষুধের মোট খরচের একটি শতাংশ দিতে হবে। কো-ইন্সুরেন্সের ওষুধের মোট খরচের উপর ভিত্তি করার কারণে, ওষুধের মোট খরচ কম হলে আপনার খরচ কম হবে।
- যদি আপনি ওষুধের জন্য কোপেমেেন্ট-এর জন্য দায়ী থাকেন, তাহলে আপনাকে পুরো এক মাসের পরিবর্তে কেবলমাত্র ওষুধের দিনের সংখ্যার জন্য পেমেন্ট করতে হবে। আমরা আপনার ওষুধের জন্য প্রতিদিন কত টাকা দেই (দৈনিক খরচ ভাগাভাগির হার) তা গণনা করি এবং আপনি যত দিন ওষুধটি পান তার সংখ্যা দিয়ে গুণ করি।

বিভাগ 5.4 একটি দীর্ঘমেয়াদী (100 দিন পর্যন্ত) পার্ট D-এর আওতাভুক্ত ওষুধ সরবরাহের জন্য আপনার খরচ

কিছু ওষুধের জন্য, আপনি একটি দীর্ঘমেয়াদী সরবরাহ পেতে পারেন (এটিকে বর্ধিত সরবরাহও বলা হয়)। দীর্ঘমেয়াদী সরবরাহ হল 100 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত।

পার্ট D-এর আওতাভুক্ত দীর্ঘমেয়াদী ওষুধ সরবরাহের জন্য আপনার খরচ

স্তর	স্ট্যান্ডার্ড রিটেইল খরচ ভাগাভাগি (ইন-নেটওয়ার্ক) (100 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)	ডাকযোগে খরচ ভাগাভাগি (100 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)
খরচ ভাগাভাগি স্তর 1 (পছন্দের জেনেরিক)	\$0 কোপে	\$0 কোপে
খরচ ভাগাভাগি স্তর 2 (জেনেরিক)	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন

স্তর	স্ট্যান্ডার্ড রিটেইল খরচ ভাগাভাগি (ইন-নেটওয়ার্ক) (100 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)	ডাকযোগে খরচ ভাগাভাগি (100 দিনের সরবরাহ পর্যন্ত)
খরচ ভাগাভাগি স্তর 3 (পছন্দের ব্র্যান্ড)	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন
খরচ ভাগাভাগি স্তর 4 (অপছন্দের ওষুধ)	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, বা \$5.10 কোপে (জেনারিক হিসাবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ), অন্য সমস্ত ওষুধের জন্য প্রেসক্রিপশন প্রতি \$0, \$4.90, বা \$12.65 কোপে প্রদান করেন
খরচ ভাগাভাগি স্তর 5 (বিশেষায়িত)	পঞ্চম স্তরের (5) ওষুধের জন্য দীর্ঘমেয়াদী সরবরাহ পাওয়া যায় না।	পঞ্চম স্তরের (5) ওষুধের জন্য দীর্ঘমেয়াদী সরবরাহ পাওয়া যায় না।
খরচ ভাগাভাগি স্তর 6 (নির্বাচিত পরিচর্যার ওষুধ)	\$0 কোপে	\$0 কোপে

বিভাগ 5.5 আপনার বছরের জন্য পকেটের বাইরের খরচ \$2,100 না পৌঁছানো পর্যন্ত আপনি প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ে থাকবেন।

আপনার নিজের থেকে করা মোট খরচ \$2,100-এ না পৌঁছানো পর্যন্ত আপনি প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ে থাকবেন। এরপর আপনি বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে চলে যাবেন।

আপনি যে পার্ট D EOB পাবেন তা আপনাকে, আমাদের পরিকল্পনাটি এবং কোনো তৃতীয় পক্ষ বছরে আপনার পক্ষে কত খরচ করেছে তার হিসাব রাখতে সাহায্য করবে। সমস্ত সদস্য এক বছরে নিজের থেকে করা খরচের \$2,100 সীমাতে পৌঁছাবে না।

আপনি যদি এই পরিমাণটি পূরণ করেন তবে আমরা আপনাকে জানাব। Medicare কীভাবে আপনার আউট-অফ-পকেট খরচ গণনা করে সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 1.3 দেখুন।

বিভাগ 6 বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে

বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে, আপনাকে পার্ট D-এর আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য কোনো পেমেন্ট করতে হবে না। যখন আপনার আউট-অফ-পকেট খরচ ক্যালেন্ডার বছরের জন্য \$2,100 সীমায় পৌঁছায়, তখন আপনি বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে প্রবেশ করেন। একবার আপনি বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে পৌঁছে গেলে, আপনি ক্যালেন্ডার বছরের শেষ পর্যন্ত এই পেমেন্ট পর্যায়ে থাকবেন।

এই পেমেন্ট পর্যায়ে, প্ল্যানটি আপনার আওতাভুক্ত পার্ট D ওষুধের জন্য পুরো ব্যয় প্রদান করে।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন**বিভাগ 7 পার্ট D টিকার জন্য আপনি কত টাকা দেবেন**

টিকার জন্য আপনি কত টাকা খরচ করবেন সে সম্পর্কে গুরুত্বপূর্ণ মেসেজ - কিছু টিকা চিকিৎসা সুবিধা হিসেবে বিবেচিত হয় এবং পার্ট B এর আওতায় পড়ে। অন্যান্য টিকা পার্ট D এর ওষুধ হিসেবে বিবেচিত হয়। আপনি আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় এই টিকাগুলি খুঁজে পেতে পারেন। আমাদের প্ল্যানে আপনার কোনো খরচ ছাড়াই বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের পার্ট D ভ্যাকসিন অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। নির্দিষ্ট টিকা সম্পর্কে কভারেজ এবং খরচ ভাগাভাগির বিশদ জানতে আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় যান অথবা সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) কল করুন।

পার্ট D টিকা সম্পর্কে আমাদের কভারেজের দুটি অংশ রয়েছে:

- প্রথম অংশটি হল **টিকার খরচ**।
- দ্বিতীয় অংশটি হল আপনাকে **টিকা দেওয়ার খরচ**। (একে কখনও কখনও ভ্যাকসিন প্রশাসনও বলা হয়।)

পার্ট D ভ্যাকসিনের জন্য আপনার খরচ 3টি বিষয়ের উপর নির্ভর করে:

1. **টিকাদান অনুশীলন সংক্রান্ত উপদেষ্টা কমিটি (ACIP) নামক একটি সংস্থা প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য এই টিকা সুপারিশ করেছে কিনা।**
 - বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের পার্ট D টিকা ACIP দ্বারা সুপারিশ করা হয় এবং এর জন্য আপনার কোনো খরচ হয় না।
2. **যেখানে আপনি ভ্যাকসিন পাবেন।**
 - ভ্যাকসিন নিজেই একটি ফার্মেসি বা ডাক্তারের অফিস থেকে সরবরাহ করা যেতে পারে।
3. **কে আপনাকে ভ্যাকসিন দেয়।**
 - একজন ফার্মাসিস্ট বা অন্য প্রোভাইডার ফার্মেসিতে ভ্যাকসিন দিতে পারেন। অথবা, একজন প্রদানকারী ডাক্তারের কার্যালয় এটি দিতে পারেন।

পার্ট D ভ্যাকসিন নেওয়ার সময় আপনি কত টাকা দেবেন তা পরিস্থিতি এবং আপনি কোন **ওষুধের পেমেন্ট পর্যায়ে** আছেন তার উপর নির্ভর করে পরিবর্তিত হতে পারে।

- যখন আপনি একটি টিকা পান, তখন আপনাকে টিকার সম্পূর্ণ খরচ এবং টিকা প্রদানকারীর খরচ উভয়ই দিতে হতে পারে। আপনি আমাদের প্ল্যানকে আমাদের খরচের অংশ আপনাকে ফেরত দিতে বলতে পারেন। বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের পার্ট D টিকার ক্ষেত্রে, এর অর্থ হল আপনার প্রদত্ত সম্পূর্ণ খরচ আপনাকে ফেরত দেওয়া হবে।
- অন্য সময়, যখন আপনি টিকা নেন, তখন আপনি আপনার পার্ট D সুবিধার অধীনে শুধুমাত্র আপনার অংশের খরচ পরিশোধ করেন। বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের পার্ট D টিকার জন্য, আপনাকে কোনো মূল্য দিতে হবে না।

পার্ট D টিকা কীভাবে পেতে পারেন তার 3টি উদাহরণ নিচে দেওয়া হল।

পরিস্থিতি 1: আপনি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে পার্ট D টিকা পাবেন। (আপনার এই বিকল্প আছে কি না তা নির্ভর করে আপনি কোথায় বসবাস করেন তার উপর। কিছু স্টেট ফার্মেসিগুলিকে নির্দিষ্ট টিকা দেওয়ার অনুমতি দেয় না।)

- বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের পার্ট D টিকার জন্য, আপনাকে কোনো মূল্য দিতে হবে না।
- অন্যান্য পার্ট D টিকার জন্য, আপনাকে ফার্মেসিকে আপনার কোইন্সুরেন্স বা টিকার জন্য কোপে প্রদান করতে হবে যার মধ্যে আপনাকে টিকা দেওয়ার খরচ অন্তর্ভুক্ত থাকবে।
- আমাদের প্ল্যান খরচের রিমাইন্ডার দেবে।

পরিস্থিতি 2: আপনি আপনার ডাক্তারের কার্যালয়তে পার্ট D টিকা পাবেন।

অধ্যায় 6: পার্ট D ওষুধের জন্য আপনি কত টাকা দেবেন

- যখন আপনি টিকাটি গ্রহণ করবেন, তখন আপনাকে টিকার সম্পূর্ণ খরচ এবং সরবরাহকারীর এটি দেওয়ার খরচ বহন করতে হতে পারে।
- তারপর আপনি অধ্যায় 7-এ বর্ণিত পদ্ধতিগুলো ব্যবহার করে আমাদের প্ল্যানটিতে আমাদের খরচের অংশটি পরিশোধ করার জন্য বলতে পারেন।
- বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের পার্ট D টিকার জন্য, আপনার প্রদত্ত সম্পূর্ণ টাকা আপনাকে ফেরত দেওয়া হবে। অন্যান্য পার্ট D টিকার ক্ষেত্রে, আপনার প্রদত্ত টাকা (পরিচালনা সহ) যেকোনো কোইস্যুরেন্স বা কোপে বাদ দিয়ে এবং ডাক্তারের চার্জ এবং আমরা সাধারণত যে পরিমাণ টাকা প্রদান করি তার মধ্যে যেকোনো পার্থক্য বাদ দিয়ে আপনাকে ফেরত দেওয়া হবে। (যদি আপনি Extra Help পান, তাহলে আমরা আপনাকে এই পার্থক্যের জন্য টাকা ফেরত করব)।

পরিস্থিতি 3: আপনি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে পার্ট D টিকাটি কিনে আপনার ডাক্তারের কার্যালয়তে নিয়ে যান যেখানে তারা আপনাকে টিকাটি দেয়।

- বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের পার্ট D টিকার জন্য, আপনাকে টিকার জন্য কোনো টাকা দিতে হবে না।
- অন্যান্য পার্ট D টিকার জন্য, আপনাকে ফার্মেসিকে আপনার কোইস্যুরেন্স বা টিকার জন্য কোপে করতে হবে।
- আপনার ডাক্তার আপনাকে ভ্যাকসিন দেওয়ার সময় আপনাকে এই পরিষেবার জন্য সম্পূর্ণ খরচ দিতে হতে পারে।
- এরপর আপনি অধ্যায় 7-এর পদ্ধতিগুলি ব্যবহার করে আমাদের পরিকল্পনাকে আমাদের অংশের খরচ পরিশোধ করতে বলতে পারেন।
- বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের পার্ট D টিকার জন্য, আপনার প্রদত্ত সম্পূর্ণ টাকা আপনাকে ফেরত দেওয়া হবে। অন্যান্য পার্ট D টিকার ক্ষেত্রে, টিকা দেওয়ার জন্য আপনার দেওয়া টাকা আপনাকে ফেরত দেওয়া হবে, টিকা দেওয়ার জন্য যেকোনো কোইস্যুরেন্স কমানো হবে এবং ডাক্তারের চার্জ এবং আমরা সাধারণত যা প্রদান করি তার মধ্যে কোনো পার্থক্য কমানো হবে। (যদি আপনি Extra Help পান, তাহলে আমরা আপনাকে এই পার্থক্যের জন্য টাকা ফেরত করব)।

অধ্যায় 7: আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের বিলের অংশের জন্য বিল পরিশোধ করতে বলা

অধ্যায় 7:

আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের বিলের অংশের জন্য বিল পরিশোধ করতে বলা

বিভাগ 1 যেসব পরিস্থিতিতে আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের অংশের টাকা পে করতে বলা উচিত

আমাদের নেটওয়ার্ক প্রদানকারীরা আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা এবং ওষুধের জন্য সরাসরি আমাদের পরিকল্পনার বিল পরিশোধ করে। যদি আপনি আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা বা ওষুধের সম্পূর্ণ খরচের বিল পান, তাহলে এই বিলটি আমাদের কাছে পাঠান যাতে আমরা তা পরিশোধ করতে পারি। যখন আপনি আমাদের বিল পাঠাবেন, আমরা বিলটি দেখব এবং সিদ্ধান্ত নেব যে পরিষেবা এবং ওষুধগুলি কভার করা উচিত কিনা। যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে তাদের কভার করা উচিত, তাহলে আমরা সরাসরি প্রদানকারীকে অর্থ প্রদান করব।

যদি আপনি ইতিমধ্যেই আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত কোনো Medicare পরিষেবা বা পণ্যের জন্য টাকা পে করে থাকেন, তাহলে আপনি আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে আপনাকে টাকা পে করতে বলতে পারেন (আপনাকে টাকা পে করাকে প্রায়শই আপনাকে **টাকা ফেরত দেওয়া** বলা হয়)। আমাদের পরিকল্পনার আওতায় থাকা চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আপনার অংশের বেশি খরচ করলে, আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে ফেরত পাওয়া আপনার অধিকার। এমন সময়সীমা থাকতে পারে যা ফেরত পাওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই পূরণ করতে হবে। এই অধ্যায়ের বিভাগ 2-এ যান। যখন আপনি আমাদের কাছে এমন একটি বিল পাঠাবেন যা আপনি ইতিমধ্যেই পরিশোধ করেছেন, আমরা বিলটি দেখব এবং সিদ্ধান্ত নেব যে পরিষেবাগুলি নাকি ওষুধগুলি কভার করা উচিত কিনা। যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে তাদের কভার করা উচিত, তাহলে আমরা আপনাকে পরিষেবা বা ওষুধের জন্য টাকা ফেরত দেব।

এমনও হতে পারে যখন আপনি কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে আপনার প্রাপ্ত চিকিৎসা পরিচর্যার সম্পূর্ণ খরচের জন্য অথবা আপনার খরচ ভাগাভাগির চেয়ে বেশি বিল পান। প্রথমে প্রোভাইডারের সাথে বিলটি সমাধান করার চেষ্টা করুন। যদি তাতেও কাজ না হয়, তাহলে বিল পরিশোধ না করে আমাদের কাছে পাঠান। আমরা বিলটি দেখব এবং সিদ্ধান্ত নেব যে পরিষেবাগুলি এর আওতায় আনা উচিত কিনা। যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে তাদের কভার করা উচিত, তাহলে আমরা সরাসরি প্রদানকারীকে অর্থ প্রদান করব। যদি আমরা এটি পরিশোধ না করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে আমরা প্রদানকারীকে অবহিত করব। আপনার কখনই পরিকল্পনা-অনুমোদিত ব্যয়-শেয়ার করে নেওয়ার চেয়ে বেশি পেমেন্ট করা উচিত নয়। যদি এই প্রোভাইডার চুক্তিবদ্ধ হয় তবে আপনার এখনও চিকিৎসার অধিকার রয়েছে।

যেসব পরিস্থিতিতে আপনাকে আমাদের পরিকল্পনার কাছে আপনাকে অর্থ ফেরত দিতে বা আপনার প্রাপ্ত বিল পরিশোধ করতে বলতে হতে পারে তার উদাহরণ:

1. যখন আপনার আপৎকালীন বা জরুরি চিকিৎসা পরিচর্যা প্রয়োজন হয় এমন কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে যিনি আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে নেই

আপনি যেকোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে আপৎকালীন বা জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা পেতে পারেন, সেই প্রদানকারী আমাদের নেটওয়ার্কের অংশ হোক বা না হোক। এই ক্ষেত্রে, প্রদানকারীকে আমাদের পরিকল্পনার বিল দিতে বলুন।

অধ্যায় 7: আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের বিলের অংশের জন্য বিল পরিশোধ করতে বলা

- যদি আপনি চিকিৎসা গ্রহণের সময় সম্পূর্ণ অর্থ নিজেই পরিশোধ করেন, তাহলে আমাদের কাছ থেকে আমাদের অংশের খরচ ফেরত চাইবেন। আপনার করা যে কোনো পেমেন্টের নথি সহ বিলটি আমাদের পাঠান।
- আপনি প্রদানকারীর কাছ থেকে এমন একটি বিল পেতে পারেন যেখানে আপনার কাছে অর্থ প্রদানের জন্য অনুরোধ করা হবে যা আপনার মনে হয় আপনার পাওনা নেই। আপনার করা যে কোনো পেমেন্টের নথি সহ এই বিলটি আমাদের পাঠান।
 - যদি প্রদানকারীর কিছু পাওনা থাকে, তাহলে আমরা সরাসরি প্রদানকারীকে অর্থ প্রদান করব।
 - যদি আপনি ইতিমধ্যেই পরিষেবার জন্য আপনার অংশের চেয়ে বেশি পে করে থাকেন, তাহলে আমরা আপনার কত ঋণ আছে তা নির্ধারণ করব এবং আমাদের অংশের খরচ আপনাকে ফেরত দেব।

2. যখন কোনও নেটওয়ার্ক প্রদানকারী আপনাকে একটি বিল পাঠায়, তখন আপনি মনে করতে পারেন যে আপনার বিল পরিশোধ করা উচিত নয়

নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের সর্বদা আমাদের পরিকল্পনার বিল সরাসরি করা উচিত। কিন্তু কখনও কখনও তারা ভুল করে এবং আপনার পরিষেবার জন্য অথবা আপনার ভাগের চেয়ে বেশি টাকা দিতে বলে।

- যখন আপনি আওতাভুক্ত পরিষেবা পাবেন তখনই আপনাকে আপনার খরচ-ভাগাভাগির পরিমাণ পরিশোধ করতে হবে। আমরা প্রদানকারীদের অতিরিক্ত পৃথক চার্জ যোগ করার অনুমতি দিই না, যাকে ব্যালেন্স বিলিং বলা হয়। এই সুরক্ষা (যে আপনি কখনই আপনার খরচ-ভাগাভাগির পরিমাণের চেয়ে বেশি টাকা করবেন না) প্রযোজ্য হয়, এমনকি যদি আমরা কোনো পরিষেবার জন্য প্রদানকারীকে প্রদানকারীর চার্জের চেয়ে কম পে করি এবং এমনকি যদি কোনো বিরোধ থাকে এবং আমরা নির্দিষ্ট প্রদানকারীর চার্জ প্রদান না করি। আমরা প্রদানকারীদের আপনাকে আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য বিল করার অনুমতি দিই না। আপনি সরাসরি প্রোভাইডারকে অর্থপ্রদান করেন এবং আমরা আপনাকে যে কোনো চার্জ থেকে বাঁচাই। এটি সত্য এমনকি যদি আমরা প্রোভাইডারকে একটি পরিষেবার জন্য প্রোভাইডারকে চার্জের চেয়ে কম অর্থপ্রদান করি। যখনই আপনি কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছ থেকে বিল পান এবং আপনার মনে হয় যে এটি আপনার পরিশোধ করা উচিত তার চেয়ে বেশি, তখন বিলটি আমাদের কাছে পাঠান। আমরা সরাসরি প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করব এবং বিলিংয়ের সমস্যা সমাধান করব।
- যদি আপনি ইতিমধ্যেই কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারীকে বিল পরিশোধ করে থাকেন, কিন্তু মনে করেন যে আপনি অতিরিক্ত টাকা দিয়েছেন, তাহলে আপনার করা কোনো পেমেন্টের নথিপত্র সহ বিলটি আমাদের পাঠান। আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য অথবা আমাদের পরিকল্পনার অধীনে আপনার প্রদত্ত পরিমাণ এবং আপনার পাওনা পরিমাণের মধ্যে পার্থক্যের জন্য আমাদের বলুন।

3. যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনায় পূর্ববর্তীভাবে নথিভুক্ত হন

কখনও কখনও আমাদের পরিকল্পনায় একজন ব্যক্তির তালিকাভুক্তি পূর্ববর্তীকালীন হয়। (অর্থাৎ তাদের তালিকাভুক্তির প্রথম দিন পার হয়ে গেছে। তালিকাভুক্তির তারিখটি এমনকি গত বছরও হতে পারে।)

যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনায় পূর্ববর্তীভাবে নথিভুক্ত হয়ে থাকেন এবং আপনার তালিকাভুক্তির তারিখের পরে আপনার আওতাভুক্ত কোনও পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আউট-অফ-পকেট টাকা প্রদান করেন, তাহলে আপনি আমাদের খরচের অংশের জন্য আপনাকে ফেরত দিতে বলতে পারেন। আপনাকে আমাদের কাছে পরিশোধ পরিচালনা করার জন্য রসিদ এবং বিলের মতো কাগজপত্র জমা দিতে হবে।

4. যখন আপনি প্রেসক্রিপশন পূরণের জন্য নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো ফার্মেসি ব্যবহার করেন

আপনি যদি নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা ফার্মেসিতে যান তবে ফার্মেসি সরাসরি আমাদের কাছে দাবি জমা দিতে সক্ষম নাও হতে পারে। যখন এটি ঘটে, তখন আপনাকে আপনার প্রেসক্রিপশনের সম্পূর্ণ খরচ দিতে হবে।

আপনার রসিদ সংরক্ষণ করুন এবং যখন আপনি আমাদের খরচের অংশের জন্য আপনাকে ফেরত দিতে বলবেন তখন আমাদের কাছে একটি কপি পাঠান। মনে রাখবেন যে আমরা সীমিত পরিস্থিতিতে কেবল

অধ্যায় 7: আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের বিলের অংশের জন্য বিল পরিশোধ করতে বলা

নেটওয়ার্কের বাইরে থাকা ফার্মেসিগুলো কভার করি। এই পরিস্থিতি সম্পর্কে আরও জানতে অধ্যায় 5, বিভাগ 2.5 দেখুন। নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে ওষুধের জন্য আপনি যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেছিলেন এবং নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে আমরা যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করব তার মধ্যে পার্থক্য আমরা আপনাকে ফেরত নাও দিতে পারি।

5. যখন আপনি প্রেসক্রিপশনের সম্পূর্ণ খরচ পরিশোধ করেন কারণ আপনার কাছে আমাদের প্ল্যান মেম্বারশিপ কার্ড নেই

যদি আপনার কাছে আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ কার্ড না থাকে, তাহলে আপনি ফার্মেসিকে আমাদের প্ল্যান কল করতে অথবা আমাদের প্ল্যান নথিভুক্তির তথ্য দেখতে বলতে পারেন। যদি ফার্মেসি তাদের প্রয়োজনীয় তালিকাভুক্তির তথ্য অবিলম্বে না পেতে পারে, তাহলে আপনাকে প্রেসক্রিপশনের সম্পূর্ণ খরচ নিজেই দিতে হতে পারে।

আপনার রসিদ সংরক্ষণ করুন এবং যখন আপনি আমাদের খরচের অংশের জন্য আপনাকে ফেরত দিতে বলবেন তখন আমাদের কাছে একটি কপি পাঠান। আপনার দেওয়া নগদ মূল্য প্রেসক্রিপশনের জন্য আমাদের আলোচনা করা মূল্যের চেয়ে বেশি হলে আমরা আপনাকে আপনার দেওয়া সম্পূর্ণ মূল্য ফেরত নাও দিতে পারি।

6. আপনি যখন অন্যান্য পরিস্থিতিতে কোনো প্রেসক্রিপশনের জন্য পুরো ব্যয় পেমেণ্ট করেন

যদি আপনি দেখেন যে ওষুধটি কোনো কারণে কভার করা হয়নি তাহলে আপনাকে প্রেসক্রিপশনের সম্পূর্ণ খরচ দিতে হতে পারে।

- উদাহরণস্বরূপ, ওষুধটি আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় নাও থাকতে পারে অথবা এর এমন কোনো প্রয়োজনীয়তা বা বিধিনিষেধ থাকতে পারে যা সম্পর্কে আপনি জানেন না বা আপনার মনে হয় না যে এটি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। আপনি যদি অবিলম্বে ওষুধ পাবার সিদ্ধান্ত নেন তবে আপনাকে এর জন্য পুরো ব্যয় পেমেণ্ট করতে হতে পারে।
- আপনার রসিদ সংরক্ষণ করুন এবং আপনি যখন আমাদের টাকা ফেরত দিতে বলেন তখন আমাদের কাছে একটি কপি প্রেরণ করুন। কিছু পরিস্থিতিতে, ওষুধের দামের আমাদের অংশ আপনাকে ফেরত দেওয়ার জন্য আমাদের আপনার ডাক্তারের কাছ থেকে আরও তথ্য নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে। আপনার দেওয়া নগদ মূল্য প্রেসক্রিপশনের জন্য আমাদের আলোচনা করা মূল্যের চেয়ে বেশি হলে আমরা আপনাকে আপনার দেওয়া সম্পূর্ণ মূল্য ফেরত নাও দিতে পারি।

যখন আপনি আমাদের কাছে পেমেণ্টের জন্য একটি অনুরোধ পাঠাবেন, আমরা আপনার অনুরোধ পর্যালোচনা করব এবং সিদ্ধান্ত নেব যে পরিষেবাটি নাকি ওষুধটি কভার করা উচিত কিনা। একে বলা হয় **কভারেজ সিদ্ধান্ত** নেওয়া। যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে এটি কভার করা উচিত, তাহলে পরিষেবা বা ওষুধের খরচের আমাদের অংশ আমরাই বহন করব। যদি আমরা আপনার পেমেণ্টের অনুরোধ অস্বীকার করি তবে আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন। অধ্যায় 9 এ আপিল কীভাবে করতে হয় সে সম্পর্কে তথ্য রয়েছে।

বিভাগ 2 কীভাবে আমাদের আপনাকে টাকা ফেরত দিতে বা আপনার প্রাপ্ত বিল পরিশোধ করতে বলবেন

আপনি লিখিতভাবে অনুরোধ পাঠিয়ে আমাদের কাছে আপনার টাকা ফেরত চাইতে পারেন। যদি আপনি লিখিতভাবে অনুরোধ করেন, তাহলে আপনার বিল এবং আপনার করা যে কোনো পেমেণ্টের নথিপত্র পাঠান। আপনার রেকর্ডের জন্য আপনার বিল এবং রসিদগুলোর একটি কপি তৈরি করা ভালো ধারণা। পরিষেবা এবং/অথবা পণ্য পাওয়ার তারিখ থেকে **এক (1) ক্যালেন্ডার বছরের মধ্যে** অথবা ওষুধ পাওয়ার তারিখ থেকে 36 মাসের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই আপনার দাবি আমাদের কাছে জমা দিতে হবে।

অধ্যায় 7: আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের বিলের অংশের জন্য বিল পরিশোধ করতে বলা

সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমাদের প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য আপনি আমাদের দিচ্ছেন তা নিশ্চিত করার জন্য, আপনি আমাদের দাবি ফর্মটি পূরণ করে পেমেন্টের জন্য আপনার অনুরোধ করতে পারেন।

- আপনাকে ফর্মটি ব্যবহার করতে হবে না, তবে এটি আমাদের তথ্য দ্রুত প্রক্রিয়া করতে সাহায্য করবে।
- আমাদের ওয়েবসাইট (SWHNY.com) থেকে ফর্মের একটি কপি ডাউনলোড করুন অথবা (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) এবং ফর্মটি চাইতে পারেন।

যেকোনো বিল বা প্রদত্ত রসিদ সহ পেমেন্টের জন্য আপনার অনুরোধটি এই ঠিকানায় আমাদের কাছে মেইল করুন:

চিকিৎসা পরিষেবা ব্যয় পরিশোধ:

Senior Whole Health of New York
Attn: Medicare সদস্য পরিষেবা
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
অথবা (310) 507-6186 নম্বরে ফ্যাক্স করুন।

প্রেসক্রিপশন ওষুধের ব্যয় পরিশোধ:

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

বিভাগ 3 আমরা আপনার পেমেন্টের অনুরোধ বিবেচনা করব এবং হ্যাঁ অথবা না বলব।

আপনার পেমেন্টের অনুরোধ পেলে, আপনার কাছ থেকে আমাদের কোনো অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে জানাব। অন্যথায়, আমরা আপনার অনুরোধ বিবেচনা করব এবং কভারেজের সিদ্ধান্ত নেব।

- যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে চিকিৎসা পরিচর্যা বা ওষুধের আওতাভুক্ত এবং আপনি সমস্ত নিয়ম মেনে চলেন, তাহলে পরিষেবা বা ওষুধের খরচের আমাদের অংশ আমরাই বহন করব। আপনি যদি ইতিমধ্যেই পরিষেবা বা ওষুধের জন্য অর্থ প্রদান করে থাকেন, তাহলে আমরা আমাদের অংশের খরচ আপনাকে ডাকযোগে পাঠিয়ে দেব। আপনি যদি কোনো ওষুধের সম্পূর্ণ মূল্য পরিশোধ করে থাকেন, তাহলে আপনার প্রদত্ত সম্পূর্ণ অর্থ আপনাকে ফেরত নাও দেওয়া হতে পারে (উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনি কোনো নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসিতে কোনো ওষুধ কিনে থাকেন অথবা যদি আপনি কোনো ওষুধের জন্য যে নগদ মূল্য দিয়েছিলেন তা আমাদের আলোচিত মূল্যের চেয়ে বেশি হয়)। আপনি যদি এখনও পরিষেবা বা ওষুধের জন্য অর্থ প্রদান না করে থাকেন, তাহলে আমরা সরাসরি প্রদানকারীর কাছে অর্থ প্রেরণ করব।
- যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে চিকিৎসা পরিচর্যা বা ওষুধের আওতাভুক্ত নয়, অথবা আপনি সমস্ত নিয়ম মেনে চলেননি, তাহলে আমরা চিকিৎসা পরিচর্যা বা ওষুধের খরচের আমাদের অংশের জন্য পেমেন্ট করব না। আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবো যেখানে আমরা কেন পেমেন্ট পাঠাচ্ছি না তার কারণ এবং সেই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার আপনার অধিকার ব্যাখ্যা করা হবে।

অধ্যায় 7: আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আমাদের বিলের অংশের জন্য বিল পরিশোধ করতে বলা

বিভাগ 3.1 যদি আমরা আপনাকে বলি যে আমরা চিকিৎসা পরিচর্যা বা ওষুধের সম্পূর্ণ বা আংশিক খরচ বহন করব না, তাহলে আপনি আপিল করতে পারেন।

যদি আপনার মনে হয় যে আমরা আপনার পেমেন্টের অনুরোধ বা আমরা যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করছি তা প্রত্যাখ্যান করে ভুল করেছি, তাহলে আপনি আপিল করতে পারেন। আপনি যদি কোনো আপিল করেন, এর অর্থ হলো আমরা যখন আপনার পেমেন্টের অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করেছি তখন আপনি আমাদের যে সিদ্ধান্ত নিয়েছিলাম তা পরিবর্তন করতে বলছেন। আপিল প্রক্রিয়া বিস্তারিত পদ্ধতি এবং গুরুত্বপূর্ণ সময়সীমা সহ একটি আনুষ্ঠানিক প্রক্রিয়া। এই আপিল কীভাবে করবেন তার বিস্তারিত জানার জন্য, অধ্যায় 9 দেখুন।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

অধ্যায় ৪:

আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

বিভাগ 1 আমাদের পরিকল্পনায় আপনার অধিকার এবং সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতাকে সম্মান করা উচিত

বিভাগ 1.1 আমাদের অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকর এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ (ইংরেজি, ব্রেইল, বড় মুদ্রণ, বা অন্যান্য বিকল্প ফর্ম্যাট ইত্যাদি ব্যতীত অন্য ভাষায়)।

আমাদের পরিকল্পনাটি নিশ্চিত করতে হবে যে ক্লিনিকাল এবং নন-ক্লিনিকাল উভয়ই সমস্ত পরিষেবা সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে সরবরাহ করা হয়েছে এবং সীমিত ইংরেজি দক্ষতা, সীমিত পড়ার দক্ষতা, শ্রবণ অক্ষমতা বা বিভিন্ন সাংস্কৃতিক এবং জাতিগত পটভূমি সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদের জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য। আমাদের পরিকল্পনা কীভাবে এই অ্যাক্সেসিবিলিটি প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে অনুবাদক পরিষেবা, দোভাষী পরিষেবা, টেলিটাইপরাইটার, অথবা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলিটাইপরাইটার ফোন) সংযোগের ব্যবস্থা, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদের পরিকল্পনায় ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। আপনার প্রয়োজনে আমরা আপনাকে ব্রেইল, বড় অক্ষরে, অথবা অন্যান্য বিকল্প ফর্ম্যাটে বিনামূল্যে উপকরণ সরবরাহ করতে পারি। আমাদের পরিকল্পনার সুবিধাগুলি সম্পর্কে আপনাকে এমন একটি ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী উপায়ে আমাদের কাছ থেকে তথ্য পেতে, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

আমাদের পরিকল্পনাটি মহিলা তালিকাভুক্তদের মহিলাদের রুটিন এবং প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলোর জন্য নেটওয়ার্কের মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি অ্যাক্সেসের বিকল্প দেওয়ার প্রয়োজন।

যদি আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে কোনো বিশেষায়িত পরিষেবা প্রদানকারী না থাকে, তাহলে নেটওয়ার্কের বাইরের বিশেষায়িত পরিষেবা প্রদানকারীদের খুঁজে বের করা আমাদের পরিকল্পনার দায়িত্ব, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা প্রদান করবে। এই ক্ষেত্রে, আপনাকে শুধুমাত্র ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগাভাগির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে। যদি আপনি এমন পরিস্থিতিতে পড়েন যেখানে আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবা প্রদানকারী কোনো বিশেষজ্ঞ নেই, তাহলে ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগাভাগিতে এই পরিষেবাটি কোথায় পেতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য আমাদের পরিকল্পনায় কল করুন।

যদি আপনার জন্য সহজলভ্য এবং উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের পরিকল্পনা থেকে তথ্য পেতে, মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সাথে দেখা করতে বা নেটওয়ার্ক বিশেষজ্ঞ খুঁজে পেতে কোনো সমস্যা হয়, তাহলে স্থানীয় সময় সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা পর্যন্ত (833) 671-0440 নম্বরে কল করে সদস্য পরিষেবাগুলিতে অভিযোগ দায়ের করুন। TTY ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন। আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে অথবা সরাসরি নাগরিক অধিকার কার্যালয়-এ 1-800-368-1019 নম্বরে অথবা TTY 1-800-537-7697 নম্বরে কল করে Medicare -এর কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

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

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

সম্মতি, অথবা আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব।
 سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتسقيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مطلوب منا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمة في شبكة الخطة متاحين لأحد التخصصات، تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

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

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

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

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

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

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

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

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

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

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

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi gratuitamente se ne ha bisogno. Siamo tenuti a fornirLe informazioni sui vantaggi del piano in un formato

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi in un modo che funzioni per Lei, chiami il Servizio Soci.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব**seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòm, 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 tandè, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka reponn ak kondisyon aksesiblite sa yo (aksè pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèks, oswa koneksyon TTY (telefòn tèks).

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

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

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

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòm 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. Epiou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fè sa, rele nan nimewo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo pou Dwa Sivil la nan nimewo 1-800-368-1019 oswa itilizatè TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

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

אייער פֿלאַך איז פֿאַרלאַנגט צו ענשור אַז אַלע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפֿעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַלע ענראַ וואָ, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט ליענען סקילז, געהער ומפֿאַסיק, אַדער יענע מיט פֿאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפּילן פֿון ווי אַ פֿלאַך קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פֿאַדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פֿון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ־רייטער אַדער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַדער טעלעטייפֿ־רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַרבינדונג.

אונדזער פֿלאַך האַט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאַראַנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פֿון ניט-ענגליש בייטןעט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאַרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען אַן קיין קאָסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿאַרלאַנגט צו געבן אייך אינפֿאַרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פֿון דעם פֿלאַך אין אַ פֿאַרמאַט וואָ איז צוטריטלעך און פֿאַרמאַט אין אַ פֿאַרמאַט. צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

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

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

אויב פֿראַ ווידער אין דעם פלאַן נעץ פֿאַר אַ ספּעציאַליטעט זענען נישט פאַראַנען, עס איז די פֿאַראַנטוואָרטלעכקייט פון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספּעציאַליטעט פֿאַר ווידער אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿלאַן, אייך וועט בלויז באַזאַלן אין-נעץ קאַסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וווּ עס זענען קיין ספּעציאַליטעט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאָרמאַציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאַסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפּליקט צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פאַרלייגן אַ קלאַ וואָס טור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק-פֿרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פאַרלייגן אַ קלאַ מיט Medicare דורך רופן (1-800-633-4227) MEDICARE אַ דער גלייך מיט די אַפּפּיסע פֿאַר סיוויל רעכט (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 אַ דער TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

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

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

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

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 tagasalín, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ang plano namin na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking titik, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Inaatasan ang plano namin na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga sa kalusugan.

Kung hindi handang magamit ang mga provider sa network ng plano para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangan na pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang hatian sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plano para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyo ng ito sa hatian sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

বভিগ 1.1 আমাদরে অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি বিষয়ীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্মাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরষিবো, কলনিকাল এবং অ-কলনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদরে ইংরেজিতে দক্ষতা সীমতি, পড়ার দক্ষতা সীমতি, শ্রবণশক্তির অক্ষমতা রয়েছে বা যাদরে বচৈত্রিয়ময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রকেষাপট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালকিাভুক্তদরে জন্য অ্যাক্সসেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নশ্চিত করতে হবে। কোনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সসেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলি মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরষিবো, দোভাষী পরষিবো, টেলোটিইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলোটিইপ্রাইটার ফোন) সংযোগরে বধিানরে মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদরে প্ল্যানরে, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদরে প্রশ্নরে উত্তর দেওয়ার জন্য বনামূল্যে দোভাষী পরষিবো রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্মাটে কোনো খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদরে আপনাকে প্ল্যানরে সুবধিাগুলি সম্পর্কে এমন একটা ফর্মাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সসেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদরে থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরষিবোদতিে কল করুন।

আমাদরে প্ল্যানটির মহলিা তালকিাভুক্তদরে, মহলিাদরে রুটনি ও প্রতরিোধমূলক স্বাস্থ্যসবো পরষিবোগুলোর জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহলিা স্বাস্থ্য বশিযেজ্ঞরে সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

কোনো বিশেষভাবে জন্য প্ল্যানের নটেওয়ারক সেরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারক বাইরে বিশেষ সেরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সেরবরাহ করবে তাদরে খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার অর্থ পমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানের নটেওয়ারক এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নহে এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার সময় এই পরিষেবাটি পতে কোথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্লানে কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান বিয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুব্বার স্থানীয় সময় সকাল ৪টা থেকে রাতুরি ৪টার মধ্যে সদস্য পরিষেবা অভয়োগ দায়ের করতে (৪৩৩) ৬৭১-০৪৪০ নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে ৭১১ এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি ১-৮০০-MEDICARE (১-৮০০-৬৩৩-৪২২৭) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভয়োগ দায়ের করতে পারেন বা ১-৮০০-৩৬৮-১০১৯ বা TTY ১-৮০০-৫৩৭-৭৬৭৭-এ সরাসরি কল করে সন্তিলি রাইটস অফিসে অভয়োগ দায়ের করতে পারেন।

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

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

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

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

Nëse ofruerit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruerit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm. Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e koston brenda rrjetit. Nëse përballemi 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 koston 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 (৪৩৩) ৬৭১-০৪৪০, nga e hëna në të premte, nga ora ০৮:০০ - ২০:০০, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi ৭১১. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar ১-৮০০-MEDICARE (১-৮০০-৬৩৩-৪২২৭) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile ১-৮০০-৩৬৮-১০১৯ ose TTY ১-৮০০-৫৩৭-৭৬৭৭.

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

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.

সিকشن 1.1 **ہمیں معلومات اس انداز میں فراہم کرنی چاہیے جو آپ کے لیے مناسب ہو اور آپ کے ثقافتی حساس پہلوؤں سے ہم آہنگ ہو (انگریزی کے علاوہ باقی زبانوں میں، بریل میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس، وغیرہ)**

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسائی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحدید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

ہمارے منصوبے میں مفت ترجمان کی سروسز موجود ہیں جو انگریزی نہ بولنے والے ممبرز کے سوالات کا جواب دینے کے لیے دستیاب ہیں۔ ہم آپ کو ضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا

অধ্যায় 8: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

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

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

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

বিভাগ 1.2 আমাদের অবশ্যই নিশ্চিত করতে হবে যে আপনি আওতাভুক্ত পরিষেবা এবং ওষুধের সময়মত অ্যাক্সেস পান

আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা প্রদান এবং ব্যবস্থা করার জন্য আমাদের পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে একজন প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী (PCP) বেছে নেওয়ার অধিকার আপনার আছে। রেফারেল ছাড়াই আপনার কোনো মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের (যেমন স্ত্রীরোগ বিশেষজ্ঞ) কাছে যাওয়ার অধিকারও রয়েছে।

আমাদের পরিকল্পনার প্রদানকারীদের নেটওয়ার্ক থেকে যুক্তিসঙ্গত সময়ের মধ্যে অ্যাপয়েন্টমেন্ট এবং আওতাভুক্ত পরিষেবা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। এর মধ্যে আপনার যখন সেই পরিচার্যার প্রয়োজন হয় তখন বিশেষজ্ঞদের কাছে থেকে সময়মতো পরিষেবা পাওয়ার অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। দীর্ঘ বিলম্ব ছাড়াই আমাদের যেকোনো নেটওয়ার্ক ফার্মেসীতে আপনার প্রেসক্রিপশনগুলো পূরণ বা পুনরায় পূরণ করার অধিকারও আপনার রয়েছে।

যদি আপনি মনে করেন যে আপনি যুক্তিসঙ্গত সময়ের মধ্যে আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা বা পার্ট D ওষুধ পাচ্ছেন না, তাহলে 9ম অধ্যায়ে আপনি কী করতে পারেন তা বলা আছে।

বিভাগ 1.3 আমাদের অবশ্যই আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করতে হবে

ফেডারেল এবং স্টেটের আইনগুলো আপনার চিকিৎসা রেকর্ড এবং ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করে। আমরা এই আইনগুলো দ্বারা প্রয়োজনীয় হিসাবে আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য রক্ষা করি।

- আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্যের মধ্যে আপনি এই প্ল্যানে নথিভুক্ত করার সময় আমাদের যে ব্যক্তিগত তথ্য দিয়েছেন সেইসাথে আপনার চিকিৎসা রেকর্ড এবং অন্যান্য চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য তথ্য তা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
- আপনার তথ্য এবং আপনার স্বাস্থ্য তথ্য কিভাবে ব্যবহার করা হয় তা নিয়ন্ত্রণ সম্পর্কিত আপনার অধিকার রয়েছে। আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিজ্ঞপ্তি দিই, যাকে গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি বলা হয়, এটি এই অধিকারগুলো সম্পর্কে জানায় এবং আমরা কিভাবে আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করি তা ব্যাখ্যা করে।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

আমরা কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করব?

- অননুমোদিত লোকেরা আপনার রেকর্ডগুলি যাতে দেখতে বা পরিবর্তন করতে না পারে আমরা সেই বিষয়টি নিশ্চিত করি।
- নিচে উল্লেখিত পরিস্থিতি ব্যতীত, যদি আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য এমন কাউকে দিতে চাই যারা আপনার যত্ন প্রদান করছে না বা আপনার পরিচর্যার জন্য পেমেন্ট করছে না, তাহলে আমাদের প্রথমে আপনার কাছ থেকে বা আপনার হয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনি যাকে আইনি ক্ষমতা দিয়েছেন তার কাছ থেকে লিখিত অনুমতি নিতে হবে।
- কিছু ব্যতিক্রম আছে যার জন্য প্রথমে আপনার লিখিত অনুমতি নেওয়ার প্রয়োজন হয় না। এই ব্যতিক্রমগুলো আইন দ্বারা অনুমোদিত বা প্রয়োজনীয়।
 - আমাদের সরকারি সংস্থাগুলোর কাছে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করতে হবে যা পরিচর্যার মানের পরীক্ষা করছে।
 - আপনি Medicare-এর মাধ্যমে আমাদের প্ল্যানের একজন সদস্য হওয়ায় আমাদের Medicare-কে আপনার পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধের তথ্য সহ আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য দিতে হবে। Medicare গবেষণা বা অন্যান্য ব্যবহারের জন্য আপনার তথ্য প্রকাশ করলে এটি ফেডারেল আইন এবং প্রবিধান অনুযায়ী তা করা হবে; সাধারণত, এটির জন্য সেই তথ্য প্রয়োজন যা আপনাকে অনন্যভাবে শনাক্ত করে শেয়ার করা হবে না।

আপনি আপনার রেকর্ডে তথ্য দেখতে পারবেন এবং অন্যদের সাথে কীভাবে এটি ভাগ করা হয়েছে তা জানতে পারবেন।

আমাদের পরিকল্পনায় সংরক্ষিত আপনার মেডিকেল রেকর্ডগুলি দেখার এবং আপনার রেকর্ডগুলির একটি কপি পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। আমরা কপি তৈরির জন্য আপনার কাছ থেকে একটি ফি নিতে পারি। আপনার চিকিৎসা রেকর্ডগুলোতে আমাদের সংযোজন অথবা সংশোধন করতে বলার অধিকারও আপনার রয়েছে। যদি আপনি আমাদের এটি করতে বলেন, তাহলে পরিবর্তনগুলি করা উচিত কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য আমরা আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর সাথে কাজ করব।

আপনার জানার অধিকার আছে যে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য কীভাবে অন্যদের সাথে নিয়মিত উদ্দেশ্যে ভাগ করা হয়েছে।

আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা সম্পর্কে যদি আপনার কোনো প্রশ্ন বা উদ্বেগ থাকে, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।

গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি

এই বিজ্ঞপ্তিটি বর্ণনা করে যে আপনার সম্পর্কে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য কীভাবে ব্যবহার এবং প্রকাশ করা যেতে পারে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্য অ্যাক্সেস পেতে পারেন। অনুগ্রহ করে এটি মনোযোগ দিয়ে পর্যালোচনা করুন।

এই বিজ্ঞপ্তিতে Molina Healthcare এর অনুমোদিত স্বাস্থ্য পরিকল্পনাগুলির গোপনীয়তা অনুশীলনগুলি বর্ণনা করা হয়েছে (এখানে "Molina", "আমরা" বা "আমাদের" হিসাবে উল্লেখ করা হয়েছে)। Molina সদস্য হিসেবে আপনার স্বাস্থ্য সুবিধা প্রদানের জন্য আমরা আপনার সম্পর্কে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য ("PHI") ব্যবহার করি এবং শেয়ার করি। আমরা চিকিৎসা, অর্থ প্রদান এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম পরিচালনার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করি এবং শেয়ার করি। আইন অনুসারে অনুমোদিত এবং প্রয়োজনীয় অন্যান্য কারণেও আমরা আপনার PHI ব্যবহার এবং শেয়ার করি। আপনার স্বাস্থ্য তথ্য গোপন রাখা এবং এই বিজ্ঞপ্তির শর্তাবলী অনুসরণ করা আমাদের দায়িত্ব। এই বিজ্ঞপ্তির কার্যকর তারিখ 1 জানুয়ারী, 2026।

PHI হল স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য যাতে আপনার নাম, সদস্য নম্বর বা অন্যান্য শনাক্তকারী তথ্য থাকে এবং আমরা এটি ব্যবহার বা ভাগ করে নিই। PHI-তে মাদক ব্যবহারের ব্যাধি সম্পর্কে স্বাস্থ্য তথ্য এবং বায়োমেট্রিক তথ্য (যেমন ভয়েসপ্রিন্ট) অন্তর্ভুক্ত থাকে।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

আমরা কেন আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করব?

আপনাকে স্বাস্থ্য-পরিচর্যার সুবিধাগুলো সরবরাহ করতে আমরা আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করি। আপনার PHI চিকিৎসা, পেমেণ্ট এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্যও ব্যবহৃত বা ভাগ করা হয়।

চিকিৎসার জন্য

আমরা আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদানের জন্য অথবা ব্যবস্থা করার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে বা ভাগ করে নিতে পারি। এই চিকিৎসায় আপনার চিকিৎসক বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের মধ্যে রেফারেলগুলোও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা একজন বিশেষজ্ঞের সাথে আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করতে পারি। এটি আপনার চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলতে বিশেষজ্ঞকে সহায়তা করে।

পেমেন্টের জন্য

আমরা পেমেন্টের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য PHI ব্যবহার করতে বা শেয়ার করতে পারি। এর মধ্যে দাবি, চিকিৎসার অনুমোদন এবং চিকিৎসার প্রয়োজন সম্পর্কে সিদ্ধান্ত অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনার নাম, আপনার অবস্থা, আপনার চিকিৎসা এবং প্রদত্ত সরবরাহগুলো বিলে লেখা থাকতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা একজন ডাক্তারকে জানাতে পারি যে আপনার কাছে আমাদের বেনিফিটগুলো রয়েছে। আমরা বিলের যে পরিমাণ পরিশোধ করব তাও ডাক্তারকে জানিয়ে দেব।

স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য

আমাদের স্বাস্থ্য পরিকল্পনা(গুলি) পরিচালনার জন্য আমরা আপনার সম্পর্কে PHI ব্যবহার করতে বা ভাগ করতে পারি। উদাহরণস্বরূপ, আমরা আপনাকে সহায়তা করতে পারে এমন একটি স্বাস্থ্য প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনাকে জানানোর জন্য আপনার দাবি থেকে তথ্য ব্যবহার করতে পারি। আপনার উদ্বেগ সমাধানের জন্য আমরা আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করতে পারি। দাবী সঠিকভাবে পরিশোধ করা হয়েছে তা দেখার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করা হতে পারে।

স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমে অনেক দৈনন্দিন ব্যবসায়িক চাহিদা জড়িত। এতে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:

- গুণমান উন্নত করা;
- নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে (যেমন হাঁপানির মতো) সদস্যদের সহায়তা করার জন্য স্বাস্থ্য কর্মসূচিতে পদক্ষেপ;
- চিকিৎসা পর্যালোচনার জন্য পরিচালনা বা ব্যবস্থা করা;
- জালিয়াতি ও অপব্যবহার সনাক্তকরণ এবং প্রসিকিউশন প্রোগ্রাম সহ আইনি পরিষেবা;
- আমাদের আইন মেনে চলতে সহায়তা করার জন্য ক্রিয়াকলাপ;
- অভিযোগ এবং অভিযোগের সমাধান সহ সদস্যদের প্রয়োজনের ঠিকানা।

আপনার PHI অন্যান্য কোম্পানির (“ব্যবসায়িক সহযোগী”) সাথে আমরা শেয়ার করব যারা আমাদের স্বাস্থ্য পরিকল্পনার জন্য বিভিন্ন ধরনের কার্যকলাপ করে। আমরা আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্ট সম্পর্কে আপনাকে রিমাইন্ডার দেওয়ার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি। অন্যান্য চিকিৎসা(গুলি), অথবা অন্যান্য স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত সুবিধা এবং পরিষেবা সম্পর্কে তথ্য দেওয়ার জন্য আমরা আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি।

আপনার লিখিত অনুমোদন (অনুমোদন) ছাড়া আমরা কখন আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নিতে পারি?

চিকিৎসা, পেমেণ্ট এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম ছাড়াও, আইনটি Molina-কে নিম্নলিখিতগুলো সহ আরো বেশ কয়েকটি উদ্দেশ্যে আপনার PHI ব্যবহার এবং শেয়ার করার অনুমতি দেয় বা অনুমতির প্রয়োজন হয়:

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

আইন অনুসারে

আইন অনুসারে আমরা আপনার সম্পর্কে তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করব। Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS) দ্বারা প্রয়োজনে আমরা আপনার PHI শেয়ার করব। এটি আদালতের মামলা, অন্যান্য আইনী পর্যালোচনা বা আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্যে প্রয়োজন হলে হতে পারে।

জনস্বাস্থ্য

জনস্বাস্থ্য ক্রিয়াকলাপের জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে। এর মধ্যে জনস্বাস্থ্য সংস্থাগুলোকে রোগ প্রতিরোধ বা নিয়ন্ত্রণে সহায়তা করা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

স্বাস্থ্যসেবা তদারকি

আপনার PHI সরকারি সংস্থাগুলোর সাথে ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে। অডিটের জন্য আপনার PHI তাদের প্রয়োজন হতে পারে।

গবেষণা

নির্দিষ্ট ক্ষেত্রে গবেষণার জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে, যেমন যখন কোনো গোপনীয়তা বা প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত হয়।

আইনি বা প্রশাসনিক কার্যক্রম

আপনার PHI আইনী কার্যক্রমের জন্য যেমন আদালতের আদেশের প্রতিক্রিয়া হিসাবে ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে।

আইন প্রয়োগকারী

আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্যে পুলিশের সাথে আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে, যেমন সন্দেহভাজন, সাক্ষী বা নিখোঁজ ব্যক্তিকে খুঁজে পেতে সহায়তা করতে।

স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা

কোনো ব্যক্তি বা জনসাধারণের স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার জন্য গুরুতর এবং আসন্ন হুমকি প্রতিরোধ করার জন্য আপনার PHI ভাগ করা যেতে পারে।

সরকারি কার্যাবলী

বিশেষ কাজের জন্য সরকারের সাথে আপনার PHI শেয়ার করা যেতে পারে। উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, প্রেসিডেন্টকে রক্ষা করা।

অপব্যবহার, অবহেলা বা পারিবারিক সহিংসতার শিকার

আমরা যদি বিশ্বাস করি যে একজন ব্যক্তি অপব্যবহার বা অবহেলার শিকার তবে আইনি কর্তৃপক্ষের সাথে আপনার PHI শেয়ার করা হতে পারে।

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ

শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইন মেনে চলার জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা হতে পারে।

অন্যান্য প্রকাশ

তাদের কাজ করতে সাহায্য করার জন্য আপনার PHI ফিউনারেল ডিরেক্টর বা করোনারদের সাথে শেয়ার করা হতে পারে।

ব্যবহার এবং প্রকাশের উপর অতিরিক্ত বিধিনিষেধ।

কিছু ফেডারেল এবং রাজ্য আইনের জন্য বিশেষ গোপনীয়তা সুরক্ষার প্রয়োজন হতে পারে যা নির্দিষ্ট ধরনের স্বাস্থ্য তথ্যের ব্যবহার এবং প্রকাশকে সীমাবদ্ধ করে। এই ধরনের আইন নিম্নলিখিত ধরনের তথ্য রক্ষা করতে পারে: অ্যালকোহল এবং মাদক ব্যবহারের ব্যাধি, বায়োমেট্রিক তথ্য, শিশু বা প্রাপ্তবয়স্কদের নির্যাতন বা অবহেলা, যার

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

মধ্যে রয়েছে যৌন নির্যাতন, সংক্রামক রোগ, জেনেটিক তথ্য, HIV/AIDS, মানসিক স্বাস্থ্য, অপ্রাপ্তবয়স্কদের তথ্য, প্রেসক্রিপশন, প্রজনন স্বাস্থ্য এবং যৌনবাহিত রোগ। আমরা আরও কঠোর আইন অনুসরণ করব, যেখানে এটি আমাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য।

মাদক ব্যবহারের ব্যাধি (SUD) তথ্য। যদিও আমরা ফেডারেল আইনের অধীনে মাদকদ্রব্য ব্যবহারের ব্যাধি চিকিৎসা প্রোগ্রাম ("SUD প্রোগ্রাম") নই, তবুও আমরা আপনার সম্পর্কে SUD প্রোগ্রাম থেকে তথ্য পেতে পারি। আমরা আপনার বিরুদ্ধে দেওয়ানি, ফৌজদারি, প্রশাসনিক বা আইনী কার্যক্রমে ব্যবহারের জন্য SUD তথ্য প্রকাশ করতে পারি না যদি না আমাদের (i) আপনার লিখিত সম্মতি থাকে, অথবা (ii) আমাদের এবং আপনাকে বিজ্ঞপ্তি এবং শুনানির সুযোগ দেওয়ার পরে জারি করা একটি আদালতের আদেশের সাথে একটি সমন বা অন্যান্য আইনি প্রয়োজনীয়তা থাকে যা বাধ্যতামূলক প্রকাশ করে।

আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নেওয়ার জন্য কখন আমাদের আপনার লিখিত অনুমোদন (অনুমোদন) প্রয়োজন?

এই বিজ্ঞপ্তিতে তালিকাভুক্ত উদ্দেশ্যে ব্যতীত অন্য কোনো উদ্দেশ্যে আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নেওয়ার জন্য আমাদের আপনার লিখিত অনুমোদনের প্রয়োজন। নিম্নলিখিত বিষয়গুলির জন্য আপনার PHI প্রকাশ করার আগে আমাদের আপনার অনুমোদনের প্রয়োজন: (1) সাইকোথেরাপি নোটগুলোর সর্বাধিক ব্যবহার এবং প্রকাশ; (2) বিপণনের উদ্দেশ্যে ব্যবহার ও প্রকাশ; এবং (3) PHI-এর বিক্রয়ে জড়িত এমন ব্যবহার এবং প্রকাশ। আপনি আমাদের যে লিখিত অনুমোদন দিয়েছেন তা বাতিল করতে পারেন। আপনি ইতোমধ্যে আমাদের যে অনুমোদন দিয়েছেন তার কারণে ইতোমধ্যে আমাদের দ্বারা গৃহীত পদক্ষেপগুলোতে আপনার বাতিল প্রযোজ্য হবে না।

আপনার স্বাস্থ্য তথ্য অধিকারগুলো কি কি?

আপনার করার অধিকার আছে:

PHI ব্যবহার বা প্রকাশের উপর সীমাবদ্ধতার অনুরোধ করুন (আপনার PHI শেয়ার করা)

আপনি আমাদেরকে চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য আপনার PHI শেয়ার না করার জন্য বলতে পারেন। আপনি আমাদেরকে আপনার PHI পরিবার, বন্ধুবান্ধব বা আপনার নাম যাদের নাম আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যার সাথে জড়িত তাদের সাথে শেয়ার না করার জন্যও বলতে পারেন। যাইহোক, আপনার অনুরোধে আমাদের সম্মত হওয়ার প্রয়োজন নেই। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।

PHI এর গোপনীয় যোগাযোগের জন্য অনুরোধ করুন

আপনি Molina-কে আপনার PHI ব্যক্তিগত রাখতে সাহায্য করার জন্য একটি নির্দিষ্ট উপায়ে বা একটি নির্দিষ্ট স্থানে আপনাকে আপনার PHI দিতে বলতে পারেন। আমরা যুক্তিসঙ্গত অনুরোধগুলো অনুসরণ করব, যদি আপনি আমাদের জানান যে কিভাবে সেই PHI-এর সমস্ত বা একটি অংশ শেয়ার করা আপনার জীবনকে ঝুঁকিতে ফেলতে পারে। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।

আপনার PHI পর্যালোচনা এবং কপি করুন

আমাদের কাছে থাকা আপনার PHI-এর একটি কপি পর্যালোচনা করার এবং পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। এর মধ্যে আপনার সদস্য হিসেবে কভারেজ, দাবি এবং অন্যান্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে ব্যবহৃত রেকর্ড অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন। রেকর্ড কপি এবং মেল করার জন্য আমরা আপনাকে একটি যুক্তিসঙ্গত ফি চার্জ করতে পারি। বিশেষ কিছু ক্ষেত্রে, আমরা অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারি। গুরুত্বপূর্ণ তথ্য: আমাদের কাছে আপনার চিকিৎসা রেকর্ডের সম্পূর্ণ কপি নেই। আপনি যদি আপনার চিকিৎসা রেকর্ড দেখতে, একটি কপি পেতে বা পরিবর্তন করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার ডাক্তার বা ক্লিনিকে যোগাযোগ করুন।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

আপনার PHI সংশোধন করুন

আপনি আপনার PHI সংশোধন (পরিবর্তন) করার জন্য আমাদের অনুরোধ করতে পারেন। এটি শুধুমাত্র সদস্য হিসাবে আপনার সম্পর্কে আমাদের দ্বারা রাখা সেই রেকর্ডগুলো জড়িত। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন। আমরা অনুরোধ অস্বীকার করলে আপনি আমাদের সাথে অসম্মতি জানিয়ে একটি চিঠি ফাইল করতে পারেন।

PHI প্রকাশের একটি অ্যাকাউন্টিং পান (আপনার PHI শেয়ার করা)

অনুরোধের তারিখের আগের শেষ ছয় বছর ধরে যে সমস্ত পক্ষের সঙ্গে আমরা আপনার PHI শেয়ার করেছি, সেই নির্দিষ্ট পক্ষগুলির একটি তালিকার জন্য আপনি অনুরোধ করতে পারেন। এই তালিকায় PHI শেয়ার করা নিম্নরূপ অন্তর্ভুক্ত থাকবে না:

- চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য;
- ব্যক্তিদের তাদের নিজস্ব PHI সম্পর্কে;
- আপনার অনুমোদনের সাথে শেয়ার করা হয়েছে;
- একটি ব্যবহার বা প্রকাশের ঘটনা অন্যথায় অনুমোদিত বা প্রযোজ্য আইনের অধীনে প্রয়োজনীয়;
- PHI জাতীয় নিরাপত্তার স্বার্থে বা সুরক্ষার উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা হয়েছে; বা
- প্রযোজ্য আইন অনুসারে একটি সীমিত ডেটা সেটের অংশ হিসাবে।

আপনি যদি 12 মাসের মধ্যে একবারের বেশি এই তালিকার জন্য অনুরোধ করেন তবে আমরা প্রতিটি তালিকার জন্য একটি যুক্তিসঙ্গত ফি চার্জ করব। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।

আপনি উপরে তালিকাভুক্ত যেকোনো অনুরোধ করতে পারেন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির একটি কাগজের কপি পেতে পারেন। অনুগ্রহ করে আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে আমাদের সদস্য পরিষেবা বিভাগে সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. মধ্যে কল করুন। TTY/ TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন।

আপনার অধিকার সুরক্ষিত না হলে আপনি কি করতে পারেন?

যদি আপনার মনে হয় আপনার গোপনীয়তার অধিকার লঙ্ঘিত হয়েছে, তাহলে আপনি আমাদের কাছে এবং Department of Health and Human Services-এর কাছে অভিযোগ করতে পারেন। আমরা অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনার বিরুদ্ধে কিছু করব না। আপনার পরিচর্যা এবং সুযোগ-সুবিধাগুলো কোনো ভাবেই পরিবর্তন হবে না।

আপনি এতে আমাদের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন:

আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন। অথবা আমাদের এই ঠিকানায় লিখুন:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

আপনি Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services-এর কাছে অভিযোগ করতে পারেন:

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

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

আমাদের কর্তব্যগুলি কী কী?

আমাদের প্রয়োজন:

- আপনার PHI ব্যক্তিগত রাখুন;
- আপনার PHI সম্পর্কে আমাদের কর্তব্য এবং গোপনীয়তা অনুশীলন সম্পর্কে আপনাকে লিখিত তথ্য প্রদান করুন;
- আপনার অসুরক্ষিত PHI-এর কোনো লঙ্ঘনের ক্ষেত্রে আপনাকে একটি নোটিশ প্রদান করুন;
- আন্ডাররাইটিং এর উদ্দেশ্যে আপনার জেনেটিক তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ না করা;
- এই নোটিশের শর্তাবলী অনুসরণ করুন।

এই নোটিশটি পরিবর্তন সাপেক্ষে

আমরা যে কোনো সময় এই বিজ্ঞপ্তির তথ্য পদ্ধতি এবং শর্তাবলী পরিবর্তন করার অধিকার সংরক্ষণ করি। যদি আমরা তা করি, তাহলে নতুন শর্তাবলী এবং অনুশীলনগুলি আমাদের কাছে থাকা সমস্ত PHI-এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে। যদি আমরা কোনো গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন করি, তাহলে আমরা আমাদের ওয়েবসাইটে সংশোধিত বিজ্ঞপ্তিটি পোস্ট করব এবং আমাদের পরবর্তী বার্ষিক মেইলিংয়ে আমাদের সদস্যদের কাছে সংশোধিত বিজ্ঞপ্তি, অথবা গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন এবং সংশোধিত বিজ্ঞপ্তিটি কীভাবে পেতে হয় সে সম্পর্কে তথ্য পাঠাব। এই বিজ্ঞপ্তিটি আমাদের ওয়েবসাইট www.molinahealthcare.com-এ পাওয়া যাবে।

যোগাযোগের তথ্য

এই বিজ্ঞপ্তি সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।

আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে আমাদের সদস্য পরিষেবা বিভাগে কল করুন; সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন। অথবা Molina সদস্য পরিষেবা, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802 ঠিকানায় লিখুন।

আপনি এই নথিটি অন্যান্য ফরম্যাটে বিনামূল্যে পেতে পারেন, যেমন বড় মুদ্রণ, ব্রেইল বা অডিও আকারে। (855) 882-3901, TTY/TDD: 711-এ কল করুন, সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

বিভাগ 1.4 আমাদের পরিকল্পনা, আমাদের প্রদানকারীদের নেটওয়ার্ক এবং আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা সম্পর্কে আপনাকে তথ্য দিতে হবে।

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্য হিসাবে, আপনার আমাদের কাছ থেকে বিভিন্ন ধরনের তথ্য পাওয়ার অধিকার রয়েছে।

যদি আপনি নিম্নলিখিত ধরনের তথ্য চান, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন):

- **আমার পরিকল্পনা সম্পর্কিত তথ্য।** এর মধ্যে রয়েছে, উদাহরণস্বরূপ, আমাদের পরিকল্পনার আর্থিক অবস্থা সম্পর্কে তথ্য।
- **আমাদের নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার এবং ফার্মেসিগুলি সম্পর্কিত তথ্য।** আমাদের নেটওয়ার্কের প্রদানকারী এবং ফার্মেসিগুলির যোগ্যতা এবং আমরা কীভাবে আমাদের নেটওয়ার্কের প্রদানকারীদের পেইন্ট করি সে সম্পর্কে তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে।
- **আপনার কভারেজ এবং আপনার কভারেজ ব্যবহার করার সময় আপনাকে যে নিয়মাবলী অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে সে সম্পর্কিত তথ্য।** অধ্যায় 3 এবং 4 চিকিৎসা পরিষেবা সম্পর্কিত তথ্য সরবরাহ করে। অধ্যায় 5 এবং 6 পার্ট D ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে তথ্য প্রদান করে।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

- কেন কোনো কিছুর আওতায় আনা হয় না এবং আপনি এটি সম্পর্কে কী করতে পারেন সে সম্পর্কে তথ্য। অধ্যায় ৭ চিকিৎসা পরিষেবা বা পার্ট D ওষুধ কেন কভার করা হয় না বা আপনার কভারেজ সীমাবদ্ধ কিনা সে সম্পর্কে লিখিত ব্যাখ্যা চাওয়ার তথ্য রয়েছে। অধ্যায় ৭ এছাড়াও আমাদের একটি সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করতে বলার তথ্য প্রদান করে, যাকে আপিলও বলা হয়।

ধারা 1.5 আপনার চিকিৎসার বিকল্পগুলি সম্পর্কে জানার এবং আপনার পরিচর্যা সম্পর্কে সিদ্ধান্তে অংশগ্রহণের অধিকার আপনার আছে।

আপনার ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের কাছ থেকে সম্পূর্ণ তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে। আপনার প্রোভাইডাররা অবশ্যই আপনার চিকিৎসাগত সমস্যা এবং আপনার চিকিৎসার পছন্দগুলি এমনভাবে ব্যাখ্যা করতে হবে যাতে আপনি বুঝতে পারেন।

আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্তগুলোতে সম্পূর্ণরূপে অংশ নেওয়ার অধিকারও আপনার রয়েছে। আপনার জন্য কোন চিকিৎসা সবচেয়ে ভালো সে সম্পর্কে আপনার ডাক্তারদের সাথে সিদ্ধান্ত নিতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য, আপনার অধিকারগুলোর মধ্যে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- **আপনার সকল পছন্দ সম্পর্কে জানা।** আপনার অবস্থার জন্য সুপারিশকৃত সমস্ত চিকিৎসা বিকল্প সম্পর্কে জানানোর অধিকার আপনার আছে, সেগুলির খরচ যাই হোক না কেন বা সেগুলি আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত হোক না কেন। এটিতে আমাদের পরিকল্পনার সদস্যদের তাদের ওষুধগুলো পরিচালনা করতে এবং নিরাপদে ওষুধগুলো ব্যবহার করতে সহায়তা করার জন্য প্রোগ্রামগুলো সম্পর্কেও বলা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
- **ঝুঁকিগুলি সম্বন্ধে জানতে।** আপনার পরিচর্যার সাথে জড়িত যেকোনো ঝুঁকি সম্পর্কে বলার অধিকার আপনার রয়েছে। কোনো প্রস্তাবিত চিকিৎসা পরিচর্যা বা চিকিৎসা কোনো গবেষণা পরীক্ষার অংশ কিনা তা আপনাকে অবশ্যই আগেই জানানো হবে। আপনার কাছে সর্বদা কোনো পরীক্ষামূলক চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করার পছন্দ রয়েছে।
- **“না” বলার অধিকার।** আপনার যেকোনো প্রস্তাবিত চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করার অধিকার আছে। এর মধ্যে কোনো হাসপাতাল বা অন্যান্য মেডিক্যাল ফ্যাসিলিটি ছেড়ে যাওয়ার অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, এমনকি যদি আপনার ডাক্তার আপনাকে না যাওয়ার পরামর্শ দেয় তবুও। আপনার ওষুধ খাওয়া বন্ধ করার অধিকারও আপনার রয়েছে। যদি আপনি চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করেন বা ওষুধ খাওয়া বন্ধ করেন, তাহলে আপনার শরীরের যা ঘটে তার জন্য আপনি সম্পূর্ণ দায়বদ্ধ।

যদি আপনি নিজের জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে না পারেন, তাহলে কী করতে হবে সে সম্পর্কে নির্দেশনা দেওয়ার অধিকার আপনার আছে

কখনও কখনও দুর্ঘটনা বা গুরুতর অসুস্থতার কারণে লোকজন নিজের জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হয়ে পড়েন। এই পরিস্থিতিতে আপনি কী চান তা বলার অধিকার আপনার আছে। এর মানে হল, আপনি যদি চান, তাহলে আপনি করতে পারেন:

- আপনি কখনও নিজের জন্য সিদ্ধান্ত নিতে না পারলে **আপনার জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য কাউকে আইনি কর্তৃত্ব** দিতে একটি লিখিত ফর্ম পূরণ করুন।
- আপনি যদি নিজের জন্য সিদ্ধান্ত নিতে না পারেন তবে আপনি কীভাবে আপনার চিকিৎসা যত্ন পরিচালনা করতে চান **আপনার ডাক্তারদেরকে সে সম্পর্কে লিখিত নির্দেশনা দিন।**

এই পরিস্থিতিতে আগে থেকে নির্দেশনা দেওয়ার জন্য আপনি যে আইনি নথি ব্যবহার করতে পারেন তাকে **অগ্রিম নির্দেশনা** বলা হয়। স্বাস্থ্যসেবার জন্য একটি **জীবন্ত উইল** এবং **পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি**র মতো নথিগুলি অগ্রিম নির্দেশাবলীর উদাহরণ।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

নির্দেশনা দেওয়ার জন্য একটি অগ্রিম নির্দেশিকা কীভাবে সেট আপ করবেন:

- **একটি পেতে।** আপনি আপনার আইনজীবী, সমাজকর্মী, অথবা কোনো অফিস সরবরাহের দোকান থেকে একটি অগ্রিম নির্দেশিকা ফর্ম পেতে পারেন। আপনি কখনও কখনও এমন সংস্থার কাছ থেকে অগ্রিম নির্দেশিকা ফর্ম পেতে পারেন যা লোকেদের Medicare সম্পর্কে তথ্য দেয়। আপনি ফর্মগুলি জানতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতেও কল করতে পারেন।
- **ফর্মটি পূরণ করুন এবং স্বাক্ষর করুন।** আপনি এই ফর্মটি কোথা থেকে পান না কেন, এটি একটি আইনি নথি। এটি প্রস্তুত করতে একজন আইনজীবীর সাহায্য নেওয়ার কথা বিবেচনা করুন।
- **ফর্মের কপি সঠিক ব্যক্তিদের দিন।** ফর্মটির একটি কপি আপনার ডাক্তার এবং ফর্মে যার নাম উল্লেখ করেছেন তাকে দিন, যদি আপনি না পারেন, তাহলে তিনি আপনার হয়ে সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন। আপনি আপনার কাছের বন্ধু বা পরিবারের সদস্যদেরও কপি দিতে পারেন। বাড়িতে একটি কপি রাখুন।

যদি আপনি আগে থেকেই জানেন যে আপনাকে হাসপাতালে ভর্তি করা হবে, এবং আপনি একটি অগ্রিম নির্দেশিকা স্বাক্ষর করেছেন, তাহলে আপনার সাথে **একটি কপি হাসপাতালে নিয়ে যান।**

- হাসপাতাল জিজ্ঞাসা করবে যে আপনি অগ্রিম নির্দেশিকা ফর্মে স্বাক্ষর করেছেন কিনা এবং এটি আপনার কাছে আছে কিনা।
- যদি আপনি অগ্রিম নির্দেশিকা ফর্মে স্বাক্ষর না করে থাকেন, তাহলে হাসপাতালে ফর্ম পাওয়া যাবে এবং আপনি জিজ্ঞাসা করবেন যে আপনি একটিতে স্বাক্ষর করতে চান কিনা।

অগ্রিম নির্দেশিকা পূরণ করা আপনার পছন্দ (আপনি যদি হাসপাতালে থাকেন তবে স্বাক্ষর করতে চান কিনা তা সহ)। আইন অনুসারে, আপনি অগ্রিম নির্দেশিকায় স্বাক্ষর করেছেন কিনা তার উপর ভিত্তি করে কেউ আপনার পরিচর্যা নিতে অস্বীকার করতে পারে না বা আপনার প্রতি বৈষম্যমূলক আচরণ করতে পারে না।

যদি আপনার নির্দেশাবলী অনুসরণ না করা হয়

যদি আপনি একটি অগ্রিম নির্দেশিকায় স্বাক্ষর করেন এবং আপনার মনে হয় যে কোনো ডাক্তার বা হাসপাতাল এতে উল্লেখিত নির্দেশাবলী অনুসরণ করেনি, তাহলে আপনি New York State Department of Health Complaint হটলাইনে 1-866-334-9866 (TTY 711) নম্বরে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

বিভাগ 1.6 আপনার অভিযোগ করার এবং আমাদের নেওয়া সিদ্ধান্ত পুনর্বিবেচনা করার জন্য অনুরোধ করার অধিকার আছে

যদি আপনার কোনো সমস্যা, উদ্বেগ, বা অভিযোগ থাকে এবং কভারেজের জন্য জিজ্ঞাসা করতে হয়, অথবা আপিল করতে হয়, তাহলে এই নথির অধ্যায় 9 আপনাকে কী করতে পারে তা বলে। আপনি যা-ই করুন না কেন - কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন, আপিল করুন, অথবা অভিযোগ করুন - **আমাদের আপনার সাথে ন্যায্য আচরণ করতে হবে।**

বিভাগ 1.7 যদি আপনি মনে করেন যে আপনার সাথে অন্যায় আচরণ করা হচ্ছে, অথবা আপনার অধিকারগুলিকে সম্মান করা হচ্ছে না

যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে আপনার সাথে অন্যায় আচরণ করা হয়েছে অথবা আপনার জাতি, অক্ষমতা, ধর্ম, লিঙ্গ, স্বাস্থ্য, জাতিগততা, ধর্ম (বিশ্বাস), বয়স, অথবা জাতীয় উৎপত্তির কারণে আপনার অধিকার সম্মানিত হয়নি, তাহলে Department of Health and Human Services এর **নাগরিক অধিকার অফিসে** 1-800-368-1019 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 1-800-537-7697 নম্বরে কল করুন), অথবা আপনার স্থানীয় নাগরিক অধিকার অফিসে কল করুন।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে আপনার সাথে অন্যায় আচরণ করা হয়েছে অথবা আপনার অধিকারকে সম্মান করা হয়নি এবং এটি বৈষম্যের বিষয় নয়, তাহলে আপনি এই জায়গাগুলি থেকে আপনার সমস্যা মোকাবেলায় সাহায্য পেতে পারেন:

- আমাদের পরিকল্পনার সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)
- আপনার স্থানীয় SHIP-তে SHIP-এ কল করুন। যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2, বিভাগ 3-এ পাওয়া যাবে।
- Medicare-এ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন)

বিভাগ 1.8 আপনার অধিকার সম্বন্ধে কীভাবে আরও তথ্য পাবেন

এই জায়গাগুলি থেকে আপনার অধিকার সম্পর্কে আরও তথ্য পান:

- সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)
- আপনার স্থানীয় SHIP-কে (800) 701-0501 নম্বরে কল করুন।
- Medicare-এর সাথে যোগাযোগ করুন
 - Medicare Rights & Protections প্রকাশনাটি পড়তে www.Medicare.gov দেখুন (এখানে উপলব্ধ: Medicare অধিকার এবং সুরক্ষা)
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন)

বিভাগ 2 পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে আপনার দায়িত্ব

আমাদের পরিকল্পনার সদস্য হিসেবে আপনার যা যা করণীয় তা নিচে তালিকাভুক্ত করা হল। কোনো প্রশ্নের জন্য, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

- আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির সাথে পরিচিত হন এবং এই আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি পেতে আপনাকে অবশ্যই নিয়মাবলী অনুসরণ করতে হবে। এই কভারেজের প্রমাণ ব্যবহার করে জানতে পারবেন কী কী কভার করা হয়েছে এবং আওতাভুক্ত পরিষেবা পেতে আপনাকে কী কী নিয়ম মেনে চলতে হবে।
 - অধ্যায় 3 এবং 4 চিকিৎসা পরিষেবা সম্পর্কে বিস্তারিত তথ্য প্রদান করে।
 - অধ্যায় 5 এবং 6 পার্ট D ওষুধের কভারেজ সম্পর্কে বিস্তারিত তথ্য প্রদান করে।
- আমাদের পরিকল্পনার পাশাপাশি যদি আপনার অন্য কোনো স্বাস্থ্য কভারেজ বা ওষুধের কভারেজ থাকে, তাহলে আপনাকে আমাদের জানাতে হবে। অধ্যায় 1 আপনাকে এই সুবিধাগুলো সমন্বয় করার বিষয়ে জানায়।
- আপনার ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের বলুন যে আপনি আমাদের পরিকল্পনায় নথিভুক্ত। যখনই আপনি চিকিৎসা পরিচর্যা বা পার্ট D ওষুধ পাবেন তখন আমাদের প্ল্যান মেম্বারশিপ কার্ডটি দেখান।
- আপনার ডাক্তার এবং অন্যান্য প্রোভাইডারকে তথ্য দিয়ে, প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করে এবং আপনার যত্ন অনুসরণ করে আপনাকে সাহায্য করতে সহায়তা করুন।

অধ্যায় ৪: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব

- সর্বোত্তম পরিচর্যা পেতে সাহায্য করার জন্য, আপনার ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের আপনার স্বাস্থ্য সমস্যা সম্পর্কে বলুন। আপনার এবং আপনার ডাক্তারদের সম্মত চিকিৎসা পরিকল্পনা এবং নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।
- আপনার ডাক্তাররা আপনার গ্রহণ করা সমস্ত ওষুধ জানেন কিনা তা নিশ্চিত করুন, যার মধ্যে ওভার-দ্যা-কাউন্টার ওষুধ, ভিটামিন এবং সম্পূরক অন্তর্ভুক্ত।
- যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অবশ্যই জিজ্ঞাসা করুন এবং এমন একটি উত্তর পান যা আপনি বুঝতে পারবেন।
- **সহানুভূতিশীল হন।** আমরা আশা করি আমাদের সদস্যরা অন্যান্য রোগীদের অধিকারকে সম্মান করবেন। এছাড়াও আমরা আশা করি যে আপনি এমনভাবে কাজ করবেন যা আপনার ডাক্তারের কার্যালয়, হাসপাতাল এবং অন্যান্য অফিসগুলোকে ভালোভাবে চালাতে সাহায্য করে।
- **আপনার যা পাওনা তা পরিশোধ করুন।** একজন পরিকল্পনা সদস্য হিসেবে, আপনি এই পেমেন্টের জন্য দায়ী:
 - আমাদের পরিকল্পনার সদস্য থাকার জন্য আপনাকে অবশ্যই আপনার Medicare প্রিমিয়াম পরিশোধ করতে হবে।
 - আপনার উচ্চ আয়ের (যেমন আপনার শেষ ট্যাক্স রিটার্নে রিপোর্ট করা হয়েছে) কারণে আপনাকে পার্ট D-এর জন্য অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হলে আপনাকে অবশ্যই এই প্ল্যানটির সদস্য থাকার জন্য সরাসরি সরকারকে অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করতে হবে।
- **আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনা পরিষেবা এলাকার মধ্যে স্থানান্তরিত হন,** তাহলে আমাদের জানতে হবে যাতে আমরা আপনার সদস্যপদ রেকর্ড আপ টু ডেট রাখতে পারি এবং আপনার সাথে কীভাবে যোগাযোগ করতে হয় তা জানতে পারি।
- **আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনা পরিষেবা এলাকার বাইরে চলে যান,** তাহলে আপনি আমাদের পরিকল্পনার সদস্য থাকতে পারবেন না।
- **যদি আপনি অন্যত্র চলে যান,** তাহলে সোশ্যাল সিকিউরিটি (অথবা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড) কে জানান।

অধ্যায় 9:

যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

বিভাগ 1 আপনার যদি কোন সমস্যা বা উদ্বেগ থাকে তাহলে কী করবেন

এই অধ্যায়ে সমস্যা এবং উদ্বেগগুলো পরিচালনা করার প্রক্রিয়াগুলো ব্যাখ্যা করে আপনার সমস্যাটি মোকাবেলা করার জন্য আপনি যে প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করেন তা আপনার সমস্যার ধরণের উপর নির্ভর করে:

- কিছু সমস্যার জন্য, আপনাকে **কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিলের জন্য প্রক্রিয়াটি** ব্যবহার করতে হবে।
- অন্যান্য সমস্যার জন্য, আপনাকে অভিযোগ করার **প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করতে হবে** (যাকে অভিযোগও বলা হয়)।

বিভাগ 1.1 আইনি শর্তাবলী

এই অধ্যায়ে ব্যাখ্যা করা কিছু নিয়ম, পদ্ধতি এবং সময়সীমার ধরনগুলোর জন্য আইনি শর্তাবলী রয়েছে। এই শব্দগুলির অনেকগুলিই বেশিরভাগ মানুষের কাছে অপরিচিত। বিষয়গুলো সহজ করার জন্য, এই অধ্যায়ে কিছু আইনি শব্দের পরিবর্তে আরও পরিচিত শব্দ ব্যবহার করা হয়েছে।

তবে, কখনও কখনও সঠিক আইনি শর্তাবলী জানা গুরুত্বপূর্ণ। সঠিক সাহায্য বা তথ্য পেতে কোন কোন শব্দ ব্যবহার করতে হবে তা জানার জন্য, নির্দিষ্ট পরিস্থিতি মোকাবেলার জন্য **আমরা** যখন বিশদ বিবরণ দিই তখন আমরা এই আইনি শব্দগুলি অন্তর্ভুক্ত করি।

বিভাগ 2 তথ্য এবং ব্যক্তিগতকৃত সাহায্য কোথা থেকে পাবেন

আমরা আপনাকে সাহায্য করার জন্য সর্বদা প্রস্তুত। আপনার প্রতি আমাদের আচরণ সম্পর্কে যদি আপনার কোনো অভিযোগ থাকে, তবুও আমরা আপনার অভিযোগ করার অধিকারকে সম্মান জানাতে বাধ্য। সাহায্যের জন্য আপনার সর্বদা সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) কল করা উচিত। কিছু পরিস্থিতিতে, আপনি এমন কারো কাছ থেকে সাহায্য বা নির্দেশনা চাইতে পারেন যিনি আমাদের সাথে সংযুক্ত নন। সাহায্য করতে পারে এমন দুটি সংস্থা হল:

রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা সহায়তা কর্মসূচি (SHIP)

প্রতিটি স্টেটে প্রশিক্ষিত কাউন্সেলরদের সাথে একটি সরকারি প্রোগ্রাম রয়েছে। এই প্রোগ্রামটি আমাদের সাথে বা কোনো বীমা কোম্পানি বা স্বাস্থ্য পরিকল্পনার সাথে সম্পর্কিত নয়। এই প্রোগ্রামের কাউন্সেলররা আপনাকে বুঝতে সাহায্য করতে পারেন যে আপনার কোন সমস্যাটি পরিচালনা করতে আপনার কোন প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করা উচিত। তারা প্রশ্নের উত্তর দিতে পারে, আপনাকে আরও তথ্য দিতে পারে এবং কী করতে হবে সে সম্পর্কে নির্দেশনা দিতে পারে।

SHIP কাউন্সেলরদের পরিষেবা বিনামূল্যে। SHIP যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2, বিভাগ 3 এ পাওয়া যাবে।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**Medicare**

সাহায্যের জন্য আপনি Medicare-এর সাথেও যোগাযোগ করতে পারেন:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করুন, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।
- www.Medicare.gov দেখুন

আপনি Medicaid-এর থেকে সহায়তা এবং তথ্য পেতে পারেন

- আপনি Medicaid হেল্পলাইনে কল করতে পারেন 1-800-541-2831 (TTY 711) সোমবার থেকে শুক্রবার 8 a.m.-8 p.m., শনিবার 9 a.m.-1 p.m.।
- আপনি আপনার স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিসেস বিভাগের (LDSS) কাছে চিঠি পাঠাতে পারেন। আপনার LDSS এর ঠিকানাটি এখানে খুঁজুন: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
- আপনি New York স্টেট Medicaid ওয়েবসাইটটিও দেখতে পারেন: www.health.ny.gov/health_care/medicaid

বিভাগ 3 Medicare এবং Medicaid অভিযোগ এবং আপিল বোঝা

আপনার Medicare আছে এবং Medicaid থেকে সাহায্য পান। এই অধ্যায়ের তথ্য আপনার সমস্ত Medicare এবং Medicaid সুবিধার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। এটিকে একটি সমন্বিত প্রক্রিয়া বলা হয় কারণ এটি Medicare এবং Medicaid প্রক্রিয়াগুলিকে একত্রিত করে, অথবা একীভূত করে।

কখনও কখনও Medicare এবং Medicaid প্রক্রিয়া একত্রিত হয় না। এই ধরনের পরিস্থিতিতে, Medicare এর আওতাভুক্ত সুবিধার জন্য একটি Medicare প্রক্রিয়া এবং Medicaid এর আওতাভুক্ত সুবিধার জন্য একটি Medicaid প্রক্রিয়া ব্যবহার করুন। এই পরিস্থিতিগুলি **বিভাগ 6.4** এ ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

বিভাগ 4 আপনার সমস্যার জন্য কোন প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করবেন

যদি আপনার কোনো সমস্যা বা উদ্বেগ থাকে, তাহলে এই অধ্যায়ের সেই অংশগুলি পড়ুন যা আপনার পরিস্থিতির সাথে প্রযোজ্য। **Medicare বা Medicaid দ্বারা আওতাভুক্ত করা সুবিধাগুলি সম্পর্কে** সমস্যা বা অভিযোগের জন্য নিচের তথ্যগুলো আপনাকে এই অধ্যায়ের সঠিক সেকশনটি খুঁজে পেতে সহায়তা করবে।

আপনার সমস্যা কি আপনার বেনিফিট অথবা কভারেজ সংক্রান্ত?

এর মধ্যে চিকিৎসা পরিচর্যা (চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং/অথবা পার্ট B ওষুধ) কভার করা হচ্ছে কিনা, সেগুলি কীভাবে কভার করা হচ্ছে এবং চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য পেমেন্ট সম্পর্কিত সমস্যাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

হ্যাঁ।

বিভাগ 5, কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিলের নির্দেশিকা দেখুন।

না।

বিভাগ 11, পরিচর্যার মান, অপেক্ষার সময়, গ্রাহক পরিষেবা, বা অন্যান্য উদ্বেগ সম্পর্কে অভিযোগ কীভাবে করবেন সে সম্পর্কে যান।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিল****বিভাগ 5 কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিলের জন্য একটি নির্দেশিকা**

কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিলগুলি আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা (পরিষেবা, আইটেম এবং পার্ট B ওষুধ, অর্থপ্রদান সহ) সুবিধা এবং কভারেজ সম্পর্কিত সমস্যাগুলির সাথে মোকাবিলা করে। সহজভাবে বলতে গেলে, আমরা সাধারণত চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং Medicare পার্ট B-ওষুধগুলিকে **চিকিৎসা পরিচর্যা** হিসেবে উল্লেখ করি। এটি এমন একটি প্রক্রিয়া যা আপনি কিছু আওতাভুক্ত করা আছে কি না এবং যেভাবে কিছু আওতাভুক্ত করা হয়েছে, তার মতো সমস্যাগুলির জন্য ব্যবহার করেন।

পরিষেবা পাওয়ার আগে কভারেজের সিদ্ধান্ত চাওয়া

আপনি যদি জানতে চান যে আমরা চিকিৎসা পরিচর্যা পাওয়ার আগে তা কভার করব কিনা, তাহলে আপনার জন্য কভারেজের সিদ্ধান্ত নিতে আমাদের বলতে পারেন। কভারেজ সিদ্ধান্ত হলো একটি সিদ্ধান্ত যা আমরা আপনার সুবিধা এবং কভারেজ বা আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা খরচের জন্য আমরা কত অর্থ প্রদান করব তা নিয়ে গ্রহণ করি। উদাহরণস্বরূপ, যদি আমাদের পরিকল্পনা নেটওয়ার্ক ডাক্তার আপনাকে নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো মেডিকেল বিশেষজ্ঞের কাছে রেফার করেন, তাহলে এই রেফারেলটি একটি অনুকূল কভারেজ সিদ্ধান্ত হিসাবে বিবেচিত হবে যদি না আপনি বা আপনার নেটওয়ার্ক ডাক্তার দেখাতে পারেন যে আপনি এই মেডিকেল বিশেষজ্ঞের জন্য একটি স্ট্যান্ডার্ড ডিনাইজ নোটিশ পেয়েছেন, অথবা কভারেজের প্রমাণ স্পষ্ট করে দেয় যে রেফার করা পরিষেবাটি কখনই কোনও শর্তের অধীনে কভার করা হয় না। যদি আপনার ডাক্তার নিশ্চিত না হন যে আমরা কোনো নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিষেবা প্রদান করব কিনা অথবা আপনার প্রয়োজনীয় চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদান করতে অস্বীকৃতি জানাই, তাহলে আপনি বা আপনার ডাক্তার আমাদের সাথে যোগাযোগ করে কভারেজের সিদ্ধান্ত চাইতে পারেন।

সীমিত পরিস্থিতিতে একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য একটি অনুরোধ খারিজ করা হবে, যার মানে আমরা অনুরোধটি পর্যালোচনা করব না। যখন একটি অনুরোধ খারিজ করা হবে তার উদাহরণগুলোর মধ্যে রয়েছে যদি অনুরোধটি অসম্পূর্ণ হয়, যদি কেউ আপনার পক্ষ থেকে অনুরোধ করে তবে এটি করার জন্য আইনত অনুমোদিত নয় বা আপনি যদি আপনার অনুরোধটি প্রত্যাহার করার জন্য বলেন। যদি আমরা কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য কোনো অনুরোধ খারিজ করি, তাহলে আমরা একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাব যেখানে ব্যাখ্যা করা হবে কেন অনুরোধটি খারিজ করা হয়েছে এবং কীভাবে খারিজের পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করা যেতে পারে।

আপনার জন্য কী কভার করা হবে এবং আমরা কত টাকা দেব তা নির্ধারণ করার সময় আমরা কভারেজের সিদ্ধান্ত নিই। কিছু ক্ষেত্রে, আমরা সিদ্ধান্ত নিতে পারি যে চিকিৎসা পরিচর্যা আপনার জন্য কভার করা হবে না অথবা আর কভার করা হবে না। আপনি এই কভারেজ সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হলে, আপনি একটি আপিল করতে পারেন।

একটি আপিল করা

যদি আমরা কোনো কভারেজের সিদ্ধান্ত নিই, তা আপনার সুবিধা পাওয়ার আগে হোক বা পরে, এবং আপনি সন্তুষ্ট না হন, তাহলে আপনি সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে **আপিল** করতে পারেন। আপিল হল আমাদের গৃহীত কভারেজ সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা এবং পরিবর্তন করার জন্য অনুরোধ করার একটি আনুষ্ঠানিক উপায়। নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে, আপনি কভারেজ সিদ্ধান্তের দ্রুত বা **দ্রুত আপিলের** জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যারা মূল সিদ্ধান্ত নিয়েছেন তাদের চেয়ে ভিন্ন পর্যালোচকরা আপনার আপিল পরিচালনা করেন।

আপনি যখন প্রথমবার কোনো সিদ্ধান্তের জন্য আপিল করেন, তখন একে লেভেল 1 আপিল বলা হয়। এই আপিলের মাধ্যমে, আমরা নিয়মগুলি সঠিকভাবে অনুসরণ করেছি কিনা তা পরীক্ষা করার জন্য আমাদের গৃহীত কভারেজ সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা করছি। পর্যালোচনা সম্পন্ন হলে, আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত জানাবো।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

কিছু সীমিত পরিস্থিতিতে লেভেল 1 আপিলের আবেদন খারিজ করে দেওয়া হবে, যার অর্থ হল আমরা আবেদনটি পর্যালোচনা করব না। যখন একটি অনুরোধ খারিজ করা হবে তার উদাহরণগুলোর মধ্যে রয়েছে যদি অনুরোধটি অসম্পূর্ণ হয়, যদি কেউ আপনার পক্ষ থেকে অনুরোধ করে তবে এটি করার জন্য আইনত অনুমোদিত নয় বা আপনি যদি আপনার অনুরোধটি প্রত্যাহার করার জন্য বলেন। যদি আমরা লেভেল 1 আপিলের অনুরোধ খারিজ করি, তাহলে আমরা একটি নোটিশ পাঠাবো যেখানে ব্যাখ্যা করা হবে কেন অনুরোধটি খারিজ করা হয়েছে এবং কীভাবে খারিজের পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করা যাবে।

চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আপনার লেভেল 1 আপিলের সম্পূর্ণ বা আংশিক অংশ আমরা যদি প্রত্যাখ্যান করি, তাহলে আপনার আপিলটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে লেভেল 2-এ চলে যাবে। লেভেল 2 আপিলটি আমাদের সাথে সম্পর্কবিহীন একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা দ্বারা পরিচালিত হয়।

- লেভেল 2 আপিল শুরু করার জন্য আপনাকে কিছু করতে হবে না। Medicare এর নিয়ম অনুসারে, যদি আমরা আপনার লেভেল 1 আপিলের সাথে সম্পূর্ণ একমত না হই, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার চিকিৎসা পরিচর্যার আবেদন লেভেল 2-এ পাঠাবো।
- চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য লেভেল 2 আপিল সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য এই **বিভাগ 6.4** অনুচ্ছেদে যান।
- পার্ট D-এর আপিলগুলো এই অধ্যায়ের 7 নম্বর অনুচ্ছেদে আলোচনা করা হয়েছে।

যদি আপনি লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্তে সন্তুষ্ট না হন, তাহলে আপনি আপিলের পরবর্তী স্তরগুলোতে অগ্রসর হতে পারেন (এই অধ্যায়ে লেভেল 3, 4 এবং 5-এর আপিল প্রক্রিয়াগুলো ব্যাখ্যা করা হয়েছে)।

বিভাগ 5.1 কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করা বা আপিল করার জন্য সাহায্য পান

আপনি যদি কোনো ধরনের কভারেজ সিদ্ধান্ত চান বা কোনো সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার সিদ্ধান্ত নেন তবে এখানে রিসোর্সগুলো রয়েছে:

- **সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)**
- আপনার স্টেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম থেকে বিনামূল্যে সাহায্য নিন।
- **আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী আপনার জন্য একটি অনুরোধ করতে পারেন।** যদি আপনার ডাক্তার লেভেল 2-এর পরের আপিলের ক্ষেত্রে সাহায্য করেন, তবে তাকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত করতে হবে। সদস্য পরিষেবা বিভাগে (833) 671-0440 নম্বরে ফোন করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে ফোন করুন) এবং **প্রতিনিধি নিয়োগের ফর্মটি** চেয়ে নিন। (ফর্মটি www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ওয়েবসাইটেও পাওয়া যাচ্ছে)।
 - চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য, আপনার ডাক্তার বা অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী আপনার পক্ষে একটি কভারেজ সিদ্ধান্ত বা লেভেল 1 আপিলের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যদি লেভেল 1-এ আপনার আপিলটি খারিজ হয়ে যায়, তবে এটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে লেভেল 2-এ পাঠানো হবে।
 - যদি আপনার ডাক্তার বা অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী আপনাকে বলেন যে, আপনি ইতিমধ্যেই পাচ্ছেন এমন কোনো পরিষেবা বা সামগ্রী আপনার আপিলের সময়ও চালিয়ে যেতে হবে, তাহলে আপনার পক্ষে কাজ করার জন্য আপনাকে আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে মনোনীত করতে **হতে** পারে।
 - পার্ট D ওষুধের জন্য, আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবার আপনার পক্ষে কভারেজের সিদ্ধান্ত বা লেভেল 1 আপিলের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যদি আপনার লেভেল 1 আপিল প্রত্যাখ্যান করা হয়, তাহলে আপনার ডাক্তার বা প্রেসক্রাইবার লেভেল 2 আপিলের জন্য অনুরোধ করতে পারেন।
- **আপনি কাউকে আপনার পক্ষে কাজ করতে বলতে পারেন।** আপনি একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করতে বা একটি আবেদন জানানোর জন্য আপনার "প্রতিনিধি" হিসাবে কাজ করতে অন্য একজন ব্যক্তির নাম রাখতে পারেন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

আপনি যদি আপনার কোনো বন্ধু, আত্মীয় বা অন্য কোনো ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত করতে চান, তাহলে (833) 671-0440 নম্বরে (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে) সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন এবং **প্রতিনিধি নিয়োগ ফর্মটি** চেয়ে নিন। (ফর্মটি www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ওয়েবসাইটেও পাওয়া যাচ্ছে)। এই ফর্মটি সেই ব্যক্তিকে আপনার হয়ে কাজ করার অনুমতি দেয়। এতে আপনাকে এবং আপনার পক্ষে কাজ করতে ইচ্ছুক ব্যক্তিকে স্বাক্ষর করতে হবে। আপনাকে অবশ্যই স্বাক্ষরিত ফর্মটির একটি কপি আমাদের দিতে হবে।

আমরা ফর্ম ছাড়াই একজন প্রতিনিধির কাছ থেকে আপিলের অনুরোধ গ্রহণ করতে পারি, কিন্তু সেটি হাতে না পাওয়া পর্যন্ত আমরা আমাদের পর্যালোচনা শুরু বা সম্পন্ন করতে পারি না। আপনার আপিলের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমাদের নির্ধারিত সময়সীমার আগে যদি আমরা ফর্মটি না পাই, তাহলে আপনার আপিলের অনুরোধ খারিজ করে দেওয়া হবে। এমনটা হলে, আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিজ্ঞপ্তি পাঠাবো, যেখানে আপনার আপিল খারিজ করার আমাদের সিদ্ধান্তটি পর্যালোচনা করার জন্য স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাকে অনুরোধ জানানোর আপনার অধিকার সম্পর্কে ব্যাখ্যা করা থাকবে।

- **আইনজীবী নিয়োগের অধিকারও আপনার আছে।** আপনি আপনার নিজের আইনজীবীর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন অথবা আপনার স্থানীয় বার অ্যাসোসিয়েশন বা অন্যান্য রেফারেল পরিষেবা থেকে একজন আইনজীবীর নাম পেতে পারেন। এমন গ্রুপও রয়েছে যা আপনি যোগ্য হলে আপনাকে বিনামূল্যে আইনী পরিষেবা দেবে। তবে, কোনো ধরণের কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করার জন্য বা সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার জন্য আপনাকে কোনো আইনজীবী নিয়োগ করতে হবে না।

বিভাগ 5.2 বিভিন্ন পরিস্থিতির জন্য নিয়ম এবং সময়সীমা

4টি ভিন্ন পরিস্থিতি রয়েছে যার মধ্যে কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিল জড়িত। প্রতিটি পরিস্থিতির জন্য আলাদা নিয়মকানুন এবং সময়সীমা রয়েছে, আমরা এই প্রতিটি পরিস্থিতির বিস্তারিত তথ্য প্রদান করি:

- **বিভাগ 6:** “চিকিৎসা পরিচর্যা: কিভাবে একটি কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্তের ব্যাপারে জানতে চাইবেন বা একটি আপিল করবেন”
- **বিভাগ 7:** পার্ট D ওষুধ: কিভাবে একটি কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্তের ব্যাপারে জানতে চাইবেন বা একটি আপিল করবেন”
- **বিভাগ 8:** “আপনি যদি মনে করেন যে আপনাকে খুব তাড়াতাড়ি হাসপাতাল থেকে ছুটি দেওয়া হচ্ছে, তাহলে দীর্ঘস্থায়ী হাসপাতালে ভর্তি রোগীর খরচ বহন করার জন্য আমাদের কাছে কীভাবে অনুরোধ করবেন”
- **বিভাগ 9:** “আপনার কভারেজ খুব তাড়াতাড়ি শেষ হয়ে যাচ্ছে বলে মনে হলে, নির্দিষ্ট কিছু চিকিৎসা পরিষেবা চালিয়ে যাওয়ার জন্য আমাদের কাছে কীভাবে অনুরোধ করবেন” (শুধুমাত্র এই পরিষেবাগুলোর জন্য প্রযোজ্য: গৃহ স্বাস্থ্য কেয়ার, দক্ষ নার্সিং সুবিধা পরিচর্যা, এবং কম্প্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফেসিলিটি [CORF] পরিষেবা)

আপনি যদি নিশ্চিত না হন যে কোন তথ্যটি আপনার জন্য প্রযোজ্য, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে ফোন করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে ফোন করুন)। আপনি আপনার SHIP থেকেও সাহায্য বা তথ্য পেতে পারেন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**বিভাগ 6 চিকিৎসা পরিচর্যা: কিভাবে একটি কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্তের ব্যাপারে জানতে চাইবেন বা একটি আপিল করবেন****বিভাগ 6.1 চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য কভারেজ পেতে সমস্যা হলে বা আপনার চিকিৎসার খরচের জন্য আমাদের কাছ থেকে টাকা ফেরত পেতে চাইলে কী করবেন**

চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আপনার সুবিধাগুলি চিকিৎসা সুবিধার তালিকার অধ্যায় 4-এ বর্ণনা করা হয়েছে। কিছু ক্ষেত্রে, পার্ট B ওষুধের অনুরোধের ক্ষেত্রে ভিন্ন নিয়ম প্রযোজ্য হয়। এই ক্ষেত্রে, আমরা ব্যাখ্যা করব কিভাবে পার্ট B ওষুধের নিয়মগুলি চিকিৎসা সামগ্রী এবং পরিষেবার নিয়ম থেকে আলাদা।

এই বিভাগটি বলে যে আপনি যদি নিম্নলিখিত 5টি পরিস্থিতিতে থাকেন তবে আপনি কী করতে পারেন:

1. আপনি যে নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিচর্যা চান তা পাচ্ছেন না, এবং আপনি বিশ্বাস করেন যে আমাদের পরিকল্পনা এই সেবাটি কভার করে। **একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। বিভাগ 6.2.**
2. আমাদের পরিকল্পনাটি আপনার ডাক্তার বা অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী যে চিকিৎসা দিতে চান, তা অনুমোদন করবে না, অথচ আপনি বিশ্বাস করেন যে আমাদের পরিকল্পনা এই চিকিৎসা পরিচর্যার খরচ বহন করে। **একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। বিভাগ 6.2.**
3. আপনি এমন চিকিৎসা পরিচর্যা পেয়েছেন যা আমাদের পরিকল্পনায় থাকা উচিত বলে আপনি মনে করেন, কিন্তু আমরা বলেছি যে আমরা এই চিকিৎসার জন্য অর্থ প্রদান করব না। **একটি আপিল করুন। বিভাগ 6.3.**
4. আপনি এমন চিকিৎসা পরিচর্যা পেয়েছেন এবং তার জন্য অর্থ প্রদান করেছেন যা আপনার মনে হয় আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত হওয়া উচিত, এবং আপনি আমাদের পরিকল্পনা থেকে এই চিকিৎসার জন্য আপনাকে অর্থ প্রদান করতে চাইতে পারেন। **আমাদের বিলটি প্রেরণ করুন। বিভাগ 6.5.**
5. আপনাকে জানানো হয়েছে যে আপনি যে নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিচর্যা গ্রহণ করেছেন (যা আমরা পূর্বে অনুমোদন দিয়েছিলাম) তার কভারেজ কমিয়ে দেওয়া হবে বা বন্ধ করে দেওয়া হবে, এবং আপনি মনে করেন যে এই চিকিৎসা কমানো বা বন্ধ করে দিলে আপনার স্বাস্থ্যের ক্ষতি হতে পারে **একটি আপিল করুন। বিভাগ 6.3.**

দ্রষ্টব্য: যদি যে কভারেজটি বন্ধ করা হবে তা হাসপাতাল পরিচর্যা, গৃহ স্বাস্থ্য কেয়ার, দক্ষ নার্সিং সুবিধা পরিচর্যা, কম্প্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফেসিলিটি (CORF) পরিষেবার জন্য হয়, তাহলে 8 এবং 9 নম্বর বিভাগে যান। এই ধরনের পরিচর্যার জন্য বিশেষ নিয়ম প্রযোজ্য।

বিভাগ 6.2 কীভাবে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করবেন**আইনী শর্তাবলী:**

আপনার চিকিৎসা পরিচর্যার সংক্রান্ত একটি কভারেজ সিদ্ধান্তকে সংস্থা কর্তৃক গৃহীত সিদ্ধান্ত বলা হয়। একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত-কে দ্রুত নির্ধারণ বলা হয়।

ধাপ 1: আপনার স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত বা দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত প্রয়োজন কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন। সাধারণত, যখন কোনো চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবা আমাদের পূর্ব অনুমোদন নিয়মের অধীন হয়, তখন 7 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে একটি সাধারণ কভারেজ সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়; অন্যান্য সমস্ত চিকিৎসা সামগ্রী ও পরিষেবার জন্য 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলি এবং পার্ট B-এর ওষুধের জন্য 72 ঘণ্টা সময় লাগে। একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত সাধারণত 72 ঘণ্টার মধ্যে তৈরি করা হয়, চিকিৎসা পরিষেবাগুলির জন্য, পার্ট B ওষুধের জন্য 24 ঘণ্টা।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- আপনি একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত পেতে পারেন শুধুমাত্র যদি স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করার কারণে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য গুরুতর ক্ষতি হতে পারে বা আপনার কাজ করার ক্ষমতাকে আঘাত করতে পারে।
- যদি আপনার ডাক্তার আমাদের বলেন যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত নেওয়া প্রয়োজন, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দিতে সম্মত হব।
- যদি আপনি আপনার ডাক্তারের সহায়তা ছাড়াই নিজে থেকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত চান, তাহলে আমরা সিদ্ধান্ত নেব যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দেওয়া প্রয়োজন কিনা। যদি আমরা দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত অনুমোদন না করি, তাহলে আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবো যাতে:
 - ব্যাখ্যা করে যে আমরা স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করব।
 - এতে ব্যাখ্যা করা হয়েছে যে, যদি আপনার ডাক্তার দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য অনুরোধ করেন, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত দেব।
 - ব্যাখ্যা করে যে আপনি আপনার অনুরোধ করা দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তের পরিবর্তে একটি স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত দেওয়ার জন্য আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে দ্রুত অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

ধাপ 2: একটি কভারেজের সিদ্ধান্ত বা দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত নিতে আমাদের পরিকল্পনা জিজ্ঞাসা করুন।

- আপনি যে চিকিৎসা সেবা চান তার জন্য আমাদের অনুমোদন বা কভারেজ দেওয়ার জন্য আপনার অনুরোধ করার জন্য আমাদের পরিকল্পনা কল, লিখতে বা ফ্যাক্স করে শুরু করুন। আপনি, আপনার ডাক্তার বা আপনার প্রতিনিধি এটি করতে পারেন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।

ধাপ 3: আমরা চিকিৎসা সেবা কভারেজের জন্য আপনার অনুরোধ বিবেচনা করি এবং আপনাকে আমাদের উত্তর দিই।**স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য আমরা স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করি।**

এর অর্থ হল, আমাদের পূর্ব অনুমোদন নীতির অধীন কোনো চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য আপনার অনুরোধ পাওয়ার 7 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আমরা আপনাকে একটি উত্তর দেব। আপনি যে চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য অনুরোধ করেছেন, তা যদি আমাদের পূর্ব অনুমোদন নীতির আওতাভুক্ত না হয়, তাহলে আপনার অনুরোধটি পাওয়ার 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আমরা আপনাকে একটি উত্তর দেব। আপনার অনুরোধটি যদি **পার্ট B**-এর কোনো ওষুধের জন্য হয়, তাহলে আপনার অনুরোধটি পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমরা আপনাকে উত্তর দেব।

- **যাইহোক**, যদি আপনি আরো সময় চান অথবা যদি আমাদের আরো তথ্যের প্রয়োজন হয় যা আপনাকে উপকৃত করতে পারে, যদি আপনার অনুরোধ কোনো মেডিক্যাল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হয় তাহলে **আরো 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলি পর্যন্ত আমরা সময় নিতে পারি**। যদি আমরা অতিরিক্ত দিন সময় নিই, তাহলে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে জানাবো। আপনার অনুরোধ যদি **পার্ট B** ওষুধের জন্য হয়, তাহলে সিদ্ধান্ত নিতে আমরা অতিরিক্ত সময় নিতে পারি না।
- আপনি যদি মনে করেন যে আমাদের অতিরিক্ত দিন নেওয়া **উচিত নয়**, তাহলে আপনি দ্রুত একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। আমরা সিদ্ধান্ত নেওয়ার সাথে সাথেই আপনার অভিযোগের উত্তর দেব। (অভিযোগ করার প্রক্রিয়া কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিলের প্রক্রিয়া থেকে আলাদা। (অভিযোগ সম্পর্কে তথ্যের জন্য বিভাগ 11 দেখুন।)

দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য আমরা একটি দ্রুত সময়সীমা ব্যবহার করি।

দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তের অর্থ হল আপনার অনুরোধ যদি কোনও চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য হয়, তাহলে আমরা 72 ঘণ্টার মধ্যে উত্তর দেব। যদি আপনার অনুরোধ **পার্ট B** ওষুধের জন্য হয়, তাহলে আমরা 24 ঘণ্টার মধ্যে উত্তর দেব।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- **তবে**, আপনি যদি আরও সময় চান, অথবা আমাদের যদি আরও সময়ের প্রয়োজন হয় যা আপনার জন্য উপকারী হতে পারে, তাহলে **আমরা আরও 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলি পর্যন্ত সময় নিতে পারি**। যদি আমরা অতিরিক্ত দিন সময় নিই, তাহলে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে জানাবো। আপনার অনুরোধ যদি পার্ট B ওষুধের জন্য হয়, তাহলে সিদ্ধান্ত নিতে আমরা অতিরিক্ত সময় নিতে পারি না।
- আপনি যদি মনে করেন যে আমাদের অতিরিক্ত দিন নেওয়া উচিত নয়, তাহলে আপনি দ্রুত একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। (অভিযোগ সম্পর্কে তথ্যের জন্য বিভাগ 11 দেখুন।) সিদ্ধান্ত নেওয়ার সাথে সাথেই আমরা আপনাকে ফোন করব।
- **আপনি যা চেয়েছেন তার আংশিক বা সম্পূর্ণ অংশের জন্য যদি আমাদের উত্তর 'না' হয়**, তাহলে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাবো যেখানে 'না' বলার কারণ ব্যাখ্যা করা থাকবে।

ধাপ 4: আমরা যদি মেডিক্যাল কেয়ারের জন্য কভারেজের জন্য আপনার অনুরোধে না বলি তবে আপনি আপিল করতে পারেন।

- যদি আমরা না বলি, তাহলে আপনি আপিল করে আমাদের এই সিদ্ধান্ত পুনর্বিবেচনা করার অধিকার রাখেন। এর অর্থ আপনি যে চিকিৎসা পরিচর্যা কভারেজ চান তা পেতে আবার জিজ্ঞাসা করা। যদি আপনি আপিল করেন, তাহলে এর অর্থ হল আপনি আপিল প্রক্রিয়ার স্তর 1-এ যাচ্ছেন।

বিভাগ 6.3 স্তর 1-এ কীভাবে আবেদন করবেন**আইনী শর্তাবলী:**

চিকিৎসা পরিচর্যার সংক্রান্ত কোনো সিদ্ধান্তের বিষয়ে আমাদের পরিকল্পনার কাছে করা আবেদনকে পরিকল্পনার **পুনঃবিবেচনা** বলা হয়।

দ্রুত আপিলকে **ত্বরান্বিত পুনর্বিবেচনাও** বলা হয়।

ধাপ 1: আপনার স্ট্যান্ডার্ড আপিল বা দ্রুত আপিল দরকার কি না, সেই সিদ্ধান্ত নিন।

পার্ট B ওষুধের জন্য সাধারণত 30 দিন বা 7 দিনের মধ্যে একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিল করা হয়। একটি দ্রুত আপিল সাধারণত 72 ঘণ্টার মধ্যে করা হয়।

- যদি আপনি পরিচর্যার জন্য কভারেজ সম্পর্কে আমাদের নেওয়া কোনো সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করেন, তাহলে আপনাকে এবং/অথবা আপনার ডাক্তারকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনার দ্রুত আপিলের প্রয়োজন কিনা। যদি আপনার ডাক্তার আমাদের বলেন যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য দ্রুত আবেদন করা প্রয়োজন, তাহলে আমরা আপনাকে দ্রুত আবেদন জানাবো।
- দ্রুত আপিলের জন্য প্রয়োজনীয় শর্তগুলো ধারা 6.2-এ বর্ণিত দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত পাওয়ার শর্তগুলোর মতোই।

ধাপ 2: একটি আপিল বা একটি দ্রুত আপিলের জন্য আমাদের পরিকল্পনা জিজ্ঞাসা করুন

- **আপনি যদি একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য আবেদন করেন, তবে আপনার স্ট্যান্ডার্ড আপিলটি লিখিতভাবে জমা দিন।** এছাড়াও আপনি আমাদের কল করে একটি আপিল চাইতে পারেন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।
- **যদি আপনি দ্রুত আপিলের জন্য আবেদন করেন, তাহলে লিখিতভাবে আপনার আপিল করুন অথবা আমাদের কল করুন।** অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।
- **কভারেজ সিদ্ধান্তের বিষয়ে আমাদের উত্তর জানানোর জন্য আমরা যে লিখিত বিজ্ঞপ্তির তারিখ পাঠিয়েছি তার তারিখ থেকে 65 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই আপনার আপিল অনুরোধ করতে হবে।** আপনি যদি এই সময়সীমাটি মিস করেন এবং এটি মিস করার কোনো উপযুক্ত কারণ থাকে তবে আপনি যখন আবেদন করবেন তখন আপনার আবেদন দেরি হওয়ার কারণটি ব্যাখ্যা

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

করুন। আমরা আপনার আবেদন করার জন্য আপনাকে আরো সময় দিতে পারি। যুক্তিসঙ্গত কারণের উদাহরণগুলির মধ্যে থাকতে পারে যদি কোনো গুরুতর অসুস্থতা আপনাকে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে না পারে অথবা যদি আমরা আপনাকে আপিলের জন্য আবেদন করার সময়সীমা সম্পর্কে ভুল বা অসম্পূর্ণ তথ্য প্রদান করি।

- আপনি আপনার চিকিৎসা সিদ্ধান্ত সম্পর্কিত তথ্যের একটি বিনামূল্যে কপি চাইতে পারেন। আপনার আপিল সমর্থন করতে আপনি এবং আপনার ডাক্তার আরো তথ্য যুক্ত করতে পারেন।

যদি আমরা আপনাকে বলি যে আমরা পরিষেবাগুলো বা আইটেমগুলো বন্ধ করতে বা হ্রাস করতে যাচ্ছি যা আপনি ইতোমধ্যে পাচ্ছেন তবে আপনি আপনার আপিল চলাকালীন সেই পরিষেবাগুলো বা আইটেমগুলো রাখতে সক্ষম হতে পারেন।

- আপনি বর্তমানে যে পরিষেবা বা পণ্যটি পাচ্ছেন, সেটির কভারেজ পরিবর্তন বা বন্ধ করার সিদ্ধান্ত নিলে, আমরা প্রস্তাবিত পদক্ষেপটি নেওয়ার আগে আপনাকে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাব।
- আপনি যদি ক্রিয়াটির সাথে একমত না হন তবে আপনি একটি লেভেল 1 আপিল দায়ের করতে পারেন। আমাদের চিঠির পোস্টমার্কের তারিখ থেকে 10 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে অথবা প্রস্তাবিত কার্যকর তারিখের মধ্যে, এই দুইয়ের মধ্যে যেটি পরে হবে, তার মধ্যে আপনি যদি লেভেল 1 আপিলের জন্য আবেদন করেন, তবে আমরা সেই পরিষেবা বা পণ্যটির কভারেজ অব্যাহত রাখব।
- আপনি যদি এই সময়সীমা পূরণ করেন, আপনার লেভেল 1 আপিল মূলতবি থাকা অবস্থায় আপনি কোনো পরিবর্তন ছাড়াই পরিষেবা বা আইটেম পেতে পারেন। আপনার আপিলের বিষয় নয় এমন অন্যান্য সমস্ত পরিষেবা বা জিনিসপত্রও আপনি কোনো পরিবর্তন ছাড়াই পেতে থাকবেন।

ধাপ 3: আমরা আপনার আবেদন বিবেচনা করি এবং আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর দিই।

- আপনার আপিল পর্যালোচনা করার সময়, আমরা সমস্ত তথ্য সাবধানতার সাথে পরীক্ষা করি। যখন আমরা আপনার অনুরোধে না বলেছিলাম তখন আমরা সমস্ত নিয়ম অনুসরণ করছি কিনা তা পরীক্ষা করে দেখি।
- প্রয়োজনে আমরা আরও তথ্য সংগ্রহ করব এবং আপনার বা আপনার ডাক্তারের সাথে যোগাযোগ করতে পারি।

একটি দ্রুত আপিল-এর জন্য সময়সীমা

- দ্রুত আপিলের জন্য, আপনার আপিল পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমাদের উত্তর দিতে হবে। আপনার স্বাস্থ্যের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে শীঘ্রই আমাদের উত্তর দেব।
 - আপনি যদি আরও সময় চান, অথবা আপনার জন্য উপকারী হতে পারে এমন আরও তথ্যের প্রয়োজন হলে, আপনার অনুরোধটি যদি কোনো চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য হয়, তবে **আমরা আরও 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলি পর্যন্ত সময় নিতে পারি**। যদি আমরা অতিরিক্ত দিন সময় নিই, তাহলে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে জানাবো। আপনার অনুরোধ যদি পার্ট B ওষুধের জন্য হয়, তাহলে আমরা অতিরিক্ত সময় নিতে পারি না।
 - যদি আমরা 72 ঘণ্টার মধ্যে (অথবা আমরা অতিরিক্ত দিন নিলে সেই বর্ধিত সময়ের মধ্যে) আপনাকে কোনো উত্তর না দিই, তাহলে আমরা আপনার আবেদনটি আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-তে স্বয়ংক্রিয়ভাবে পাঠানোর জন্য বাধ্য থাকব, যেখানে একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা এটি পর্যালোচনা করবে। বিভাগ 6.4 লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।
- আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার আংশিক বা সম্পূর্ণ অংশের জন্য যদি আমাদের উত্তর হয়, তাহলে আপনার আবেদনটি পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমাদের অবশ্যই সম্মত হওয়া কভারেজটি অনুমোদন করতে হবে বা প্রদান করতে হবে।
- যদি আপনার চাওয়া আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তরের জন্য আমাদের উত্তর না হয়, তাহলে আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত লিখিতভাবে পাঠাবো এবং স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার আপিলটি স্তর 2 আপিলের জন্য স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার কাছে পাঠাবো। আপনার আপিল পেলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনাকে লিখিতভাবে অবহিত করবে।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য সময়সীমা**

- স্ট্যান্ডার্ড আপিলের ক্ষেত্রে, আপনার আপিল পাওয়ার **30 ক্যালেন্ডার দিনের** মধ্যে আমাদের উত্তর দিতে হবে। যদি আপনার অনুরোধটি এমন কোনও পার্ট B ওষুধের জন্য হয় যা আপনি এখনও পাননি, তাহলে আপনার আপিল পাওয়ার **7 ক্যালেন্ডার দিনের** মধ্যে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর দেব। আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার কারণে যদি আমাদের সিদ্ধান্তের প্রয়োজন হয়, তাহলে আমরা আপনাকে শীঘ্রই আমাদের সিদ্ধান্ত জানাবো।
 - যাইহোক, যদি আপনি আরো সময় চান অথবা যদি আমাদের আরো তথ্যের প্রয়োজন হয় যা আপনাকে উপকৃত করতে পারে, যদি আপনার অনুরোধ কোনো মেডিক্যাল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হয় তাহলে আরো **14 ক্যালেন্ডার দিন পর্যন্ত আমরা সময় নিতে পারি**। যদি আমরা অতিরিক্ত দিন সময় নিই, তাহলে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে জানাবো। আপনার অনুরোধ যদি পার্ট B ওষুধের জন্য হয়, তাহলে সিদ্ধান্ত নিতে আমরা অতিরিক্ত সময় নিতে পারি না।
 - আপনি যদি মনে করেন যে আমাদের অতিরিক্ত দিন নেওয়া উচিত নয়, তাহলে আপনি দ্রুত একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। আপনি যখন দ্রুত অভিযোগ দায়ের করবেন, আমরা 24 ঘণ্টার মধ্যে আপনার অভিযোগের উত্তর দেব। অভিযোগ জানানোর প্রক্রিয়া, যার মধ্যে দ্রুত অভিযোগ জানানোর পদ্ধতিও অন্তর্ভুক্ত, সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য **বিভাগ 11-তে** যান।
 - যদি আমরা নির্ধারিত সময়ের মধ্যে (বা বর্ধিত সময়ের মধ্যে) আপনাকে কোনো উত্তর না দিই, তাহলে আমরা আপনার আবেদনটি একটি লেভেল 2 আপিলের জন্য পাঠিয়ে দেব, যেখানে একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আবেদনটি পর্যালোচনা করবে। বিভাগ 6.4 লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।
- **আপনি যা জানতে চেয়েছেন তার আংশিক বা সম্পূর্ণ অংশের উত্তরে যদি আমাদের জবাব হ্যাঁ হয়**, তবে আমাদের অবশ্যই **30 ক্যালেন্ডার দিনগুলির** মধ্যে সেই অনুমোদন দিতে হবে বা কভারেজ প্রদান করতে হবে, অথবা আপনার অনুরোধটি যদি পার্ট বি ওষুধের জন্য হয়, তবে **7 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে** তা করতে হবে।
- **যদি আমাদের প্ল্যান আপনার আপিলের কিছু অংশ বা সমস্ত অংশকে না বলে, তাহলে আপনার কাছে অতিরিক্ত আপিলের অধিকার আছে।**
- আপনি যা চেয়েছেন তার কিছু অংশ বা সবটুকুতে আমরা অসম্মতি জানালে, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব।
 - আপনার সমস্যাটি যদি কোনো Medicare পরিষেবা বা আইটেমের কভারেজ সংক্রান্ত হয়, তাহলে চিঠিতে আপনাকে জানানো হবে যে আমরা আপনার মামলাটি লেভেল 2 আপিলের জন্য স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থায় পাঠিয়েছি।
 - আপনার সমস্যাটি যদি কোনো Medicaid পরিষেবা বা আইটেমের কভারেজ সংক্রান্ত হয়, তাহলে চিঠিটিতে আপনাকে জানানো হবে যে আপনি কীভাবে নিজে একটি লেভেল 2 আপিল দাখিল করতে পারেন।

বিভাগ 6.4 লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া**আইনী শর্তাবলী:**

স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা-র আনুষ্ঠানিক নাম হল **স্বাধীন পর্যালোচনা সত্তা**। একে কখনও কখনও **IRE** বলা হয়।

স্বতন্ত্র পর্যালোচনা সংস্থা হল Medicare কর্তৃক নিযুক্ত একটি স্বতন্ত্র সংস্থা। এর সাথে আমাদের কোনো সম্পর্ক নেই এবং এটি কোনো সরকারি সংস্থা নয়। এই সংস্থাটি সিদ্ধান্ত নেয় যে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তা সঠিক কিনা নাকি এটি পরিবর্তন করা উচিত। Medicare এই সংস্থার কাজের তদারকি করে।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- আপনার সমস্যাটি যদি এমন কোনো পরিষেবা বা আইটেম সম্পর্কিত হয় যা সাধারণত **Medicare এর আওতাভুক্ত**, তাহলে লেভেল 1-এর আপিল সম্পন্ন হওয়ার সাথে সাথেই আমরা আপনার কেসটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-তে পাঠিয়ে দেব।
- আপনার সমস্যাটি যদি এমন কোনো পরিষেবা বা আইটেম সম্পর্কিত হয় যা সাধারণত **Medicaid-এর আওতায়** পড়ে, তাহলে আপনি নিজেই একটি লেভেল 2 আপিল দাখিল করতে পারেন। চিঠিটির মাধ্যমে আপনাকে জানানো হবে এটি কীভাবে করা যায়। এছাড়াও নিচে আরও তথ্য দেওয়া আছে।
- যদি আপনার সমস্যাটি এমন কোনো পরিষেবা বা আইটেম সম্পর্কিত হয় যা **Medicare এবং Medicaid উভয় দ্বারা** কভার করা যেতে পারে, তাহলে আপনি স্বয়ংক্রিয়ভাবে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার কাছে একটি লেভেল 2 আপিলের সুযোগ পাবেন। আপনি রাজ্যের কাছে একটি ন্যায্য শুনানির জন্যও আবেদন করতে পারেন।

আপনি যদি আপনার লেভেল 1 আপিল দায়ের করার সময় বেনিফিট অব্যাহত রাখার জন্য যোগ্যতা অর্জন করেন তবে আপিলের অধীনে পরিষেবা, আইটেম বা ওষুধের জন্য আপনার সুবিধাগুলোও লেভেল 2 চলাকালীন অব্যাহত থাকতে পারে। লেভেল 1 আপিলের সময় আপনার সুবিধাগুলো চালিয়ে যাওয়ার বিষয়ে তথ্যের জন্য পৃষ্ঠা 138 এ যান।

- যদি আপনার সমস্যাটি এমন কোনো পরিষেবা সম্পর্কিত হয় যা সাধারণত শুধু Medicare-এর আওতায় পড়ে, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার সাথে লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়ার সময় সেই পরিষেবার জন্য আপনার সুবিধাগুলো অব্যাহত থাকবে না।
- আপনার সমস্যাটি যদি এমন কোনো পরিষেবা সম্পর্কিত হয় যা সাধারণত Medicaid এর আওতায় পড়ে, তাহলে আমাদের প্ল্যানের সিদ্ধান্তের চিঠি পাওয়ার 10 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আপনি যদি একটি লেভেল 2 আপিল জমা দেন, তবে সেই পরিষেবার জন্য আপনার সুবিধাগুলো অব্যাহত থাকবে।

আপনার সমস্যাটি যদি এমন কোনো পরিষেবা বা আইটেম সম্পর্কিত হয় যা Medicare সাধারণত কভার করে:

ধাপ 1: স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনার আপিল পর্যালোচনা করে।

- আমরা আপনার আপিল সংক্রান্ত তথ্য এই সংস্থাটির কাছে পাঠিয়ে দেব। এই তথ্যকে আপনার **কেস ফাইল** বলা হয়। **আপনার কেস ফাইলের একটি বিনামূল্যের কপি আমাদের কাছে চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।**
- আপনার আপিলের সমর্থনে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাকে অতিরিক্ত তথ্য দেওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার পর্যালোচকরা আপনার আপিলের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য পুঙ্খানুপুঙ্খভাবে খতিয়ে দেখবেন।

আপনি যদি প্রথম স্তরে দ্রুত আপিলের সুযোগ পেয়ে থাকেন, তাহলে দ্বিতীয় স্তরেও দ্রুত আপিলের সুযোগ পাবেন।

- দ্রুত আপিলের ক্ষেত্রে, স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাকে আপনার আপিল পাওয়ার **72 ঘণ্টার মধ্যে** আপনার দ্বিতীয় স্তরের আপিলের উত্তর দিতে হবে।
- যদি আপনার অনুরোধটি কোনো চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য হয় এবং স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটির এমন আরও তথ্য সংগ্রহের প্রয়োজন হয় যা আপনার জন্য উপকারী হতে পারে, **তাহলে এতে আরও 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলির পর্যন্ত সময় লাগতে পারে।** আপনার অনুরোধ যদি পার্ট B ওষুধের জন্য হয়, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা সিদ্ধান্ত নিতে অতিরিক্ত সময় নিতে পারবে না।

যদি আপনার লেভেল 1-এ একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিল থাকে, তাহলে লেভেল 2-এও আপনার একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিল থাকবে।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- স্ট্যান্ডার্ড আপিলের ক্ষেত্রে, যদি আপনার অনুরোধটি কোনো চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য হয়, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটিকে আপনার আপিল পাওয়ার **30 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে** আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে। যদি আপনার অনুরোধটি পার্ট B ওষুধের জন্য হয়, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাকে আপনার আপিল পাওয়ার **7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে।**
- যদি আপনার অনুরোধটি কোনো চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য হয় এবং স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটির এমন আরও তথ্য সংগ্রহের প্রয়োজন হয় যা আপনার জন্য উপকারী হতে পারে, **তাহলে এতে আরও 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলির পর্যন্ত সময় লাগতে পারে।** আপনার অনুরোধ যদি পার্ট B ওষুধের জন্য হয়, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা সিদ্ধান্ত নিতে অতিরিক্ত সময় নিতে পারবে না।

ধাপ 2: স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনাকে তার উত্তর দেবে।

স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি লিখিতভাবে আপনাকে তাদের সিদ্ধান্ত জানাবে এবং এর কারণ ব্যাখ্যা করবে।

- **যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা কোনও মেডিকেল আইটেম বা পরিষেবার জন্য আংশিক বা সমস্ত অনুরোধের জন্য হ্যাঁ বলে,** তাহলে আমাদের অবশ্যই **72 ঘন্টার মধ্যে** চিকিৎসা পরিচর্যা কভারেজ অনুমোদন করতে হবে বা **স্ট্যান্ডার্ড অনুরোধের জন্য** স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার সিদ্ধান্ত পাওয়ার পরে **14 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** পরিষেবা প্রদান করতে হবে। **জরুরি অনুরোধের ক্ষেত্রে,** স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা থেকে সিদ্ধান্ত পাওয়ার তারিখ থেকে আমাদের কাছে **72 ঘন্টা** সময় থাকে।
- **যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি পার্ট B ওষুধের জন্য করা কোনো অনুরোধের আংশিক বা সম্পূর্ণ অংশে সম্মতি দেয়,** তাহলে সাধারণ অনুরোধের ক্ষেত্রে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটির কাছ থেকে সিদ্ধান্ত পাওয়ার **72 ঘন্টার মধ্যে** আমাদের অবশ্যই পার্ট B ওষুধটি অনুমোদন করতে হবে বা সরবরাহ করতে হবে। **জরুরি অনুরোধের ক্ষেত্রে,** স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা থেকে সিদ্ধান্ত পাওয়ার তারিখ থেকে আমাদের কাছে **24 ঘন্টা** সময় থাকে।
- **যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনার আপিলের অংশবিশেষ বা সম্পূর্ণ অংশ প্রত্যাখ্যান করে,** তার মানে হলো তারা আমাদের পরিকল্পনার সাথে একমত যে চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আপনার অনুরোধটি (বা আপনার অনুরোধের অংশবিশেষ) অনুমোদিত হওয়া উচিত নয়। (একে **সিদ্ধান্ত বহাল রাখা** বা **আপনার আপিল খারিজ করে** দেওয়া বলা হয়।) এই ক্ষেত্রে, স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবে যে:
 - সিদ্ধান্তটি ব্যাখ্যা করে।
 - চিকিৎসা পরিচর্যা কভারেজের ডলার মূল্য একটি নির্দিষ্ট ন্যূনতম সীমা পূরণ করলে, লেভেল 3 আপিলের আপনার অধিকার সম্পর্কে আপনাকে জানাবে। স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার কাছ থেকে আপনি যে লিখিত বিজ্ঞপ্তি পাবেন তা আপনাকে বলবে যে আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যাওয়ার জন্য আপনাকে কত ডলারের পরিমাণ পূরণ করতে হবে।
 - কিভাবে একটি লেভেল 3 আপিল ফাইল করতে হয় তা আপনাকে জানাবে।
- যদি আপনার লেভেল 2 আপিলটি খারিজ হয়ে যায় এবং আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যাওয়ার জন্য আপনি প্রয়োজনীয় শর্ত পূরণ করেন, তবে আপনাকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনি লেভেল 3-এ গিয়ে তৃতীয় আপিল করতে চান কিনা। এটি কিভাবে করবেন তার বিশদ বিবরণ আপনার লেভেল 2 আপিলের পরে আপনি যে লিখিত বিজ্ঞপ্তিতে পাবেন তা রয়েছে।
 - লেভেল 3 আপিল একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারকের মাধ্যমে পরিচালিত হয়। এই অধ্যায়ের **বিভাগ 10** লেভেল 3, 4, এবং 5 আপিলের প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।

আপনার সমস্যাটি যদি এমন কোনো পরিষেবা বা আইটেম সম্পর্কিত হয় যা Medicaid সাধারণত কভার করে থাকে:

ধাপ 1: স্টেটের কাছে একটি ন্যায্য শুনানির জন্য আবেদন করুন।

- Medicaid দ্বারা সাধারণত আচ্ছাদিত পরিষেবাগুলির জন্য আপিল প্রক্রিয়ার দ্বিতীয় স্তরটি হল স্টেটের কাছে একটি ন্যায্য শুনানি। আপনার লেভেল 1 আপিলের সিদ্ধান্তের চিঠিটি আমরা পাঠানোর তারিখ থেকে

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

60 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আপনাকে লিখিতভাবে বা ফোনের মাধ্যমে একটি ন্যায্য শুনানির জন্য আবেদন করতে হবে। আমাদের কাছ থেকে আপনি যে চিঠিটি পাবেন, তাতে লেখা থাকবে কোথায় আপনার শুনানির আবেদন জমা দিতে হবে।

- ফোনের মাধ্যমে: 1-800-342-3334 (TTY কলের জন্য 711 নম্বরে কল করুন এবং অপারেটরকে 1-877-502-6155 নম্বরে কল করতে বলুন)
- ফ্যাক্সের মাধ্যমে: 518-473-6735
- ইন্টারনেটের মাধ্যমে: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- ডাকযোগে: NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023

Albany, New York 12201-2023

- ব্যক্তিগতভাবে: New York সিটির বাইরের বাসিন্দাদের জন্য:

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

- New York সিটির বাসিন্দাদের জন্য:

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

আপনি ন্যায্য শুনানির জন্য আবেদন করার পর, স্টেট কর্তৃপক্ষ আপনাকে শুনানির সময় ও স্থান উল্লেখ করে একটি নোটিশ পাঠাবে। শুনানির সময় আপনাকে ব্যাখ্যা করতে বলা হবে যে আপনি কেন মনে করেন এই সিদ্ধান্তটি ভুল। একজন শুনানি কর্মকর্তা আপনার এবং পরিকল্পনার উভয়ের বক্তব্য শুনবেন এবং আমাদের সিদ্ধান্তটি ভুল ছিল কিনা, তা নির্ধারণ করবেন। যদি স্টেট কর্তৃপক্ষ আপনার ফাস্ট ট্র্যাক ন্যায্য শুনানি অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করে, তবে তারা আপনাকে ফোন করবে এবং একটি চিঠি পাঠাবে। যদি আপনার ফাস্ট ট্র্যাক ন্যায্য শুনানি-এর আবেদনটি প্রত্যাখ্যান করা হয়, তাহলে স্টেট কর্তৃপক্ষ 90 দিনের মধ্যে আপনার ন্যায্য শুনানির প্রক্রিয়া করবে।

যদি স্টেট কর্তৃপক্ষ আপনার ফাস্ট ট্র্যাক ন্যায্য শুনানি আবেদনটি অনুমোদন করে, তবে তারা আপনাকে ফোন করে শুনানির সময় ও তারিখ জানিয়ে দেবে। সমস্ত ফাস্ট ট্র্যাক ন্যায্য শুনানি ফোনের মাধ্যমে অনুষ্ঠিত হবে।

শুনানির জন্য প্রস্তুতি নিতে:

- **শুনানির আগে আমরা আপনাকে “প্রমাণের নথিগুলোর” একটি কপি পাঠিয়ে দেব।** আপনার পরিষেবা সম্পর্কে আমাদের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমরা এই তথ্যগুলো ব্যবহার করেছি। আমাদের সিদ্ধান্ত ব্যাখ্যা করার জন্য আমরা এই তথ্যগুলো শুনানির দায়িত্বে থাকা কর্মকর্তাকে দেব। যদি আপনার কাছে এটি ডাকযোগে পাঠানোর মতো যথেষ্ট সময় না থাকে, তবে আমরা প্রমাণের নথিগুলোর একটি কপি শুনানির জন্য আপনার কাছে নিয়ে আসব। আপনার শুনানির এক সপ্তাহ আগে যদি আপনি প্রমাণপত্রিকাটি না পান, তাহলে সেটি চাওয়ার জন্য আপনি 1-800 MCO-PLAN-এ ফোন করতে পারেন।
- **আপনার কেস ফাইল এবং অন্যান্য নথি দেখার অধিকার আপনার আছে।** আপনার কেস ফাইলে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রেকর্ড রয়েছে এবং আপনার স্বাস্থ্যসেবা কেন পরিবর্তন করা হয়েছে বা অনুমোদন করা হয়নি, সে সম্পর্কে আরও তথ্য থাকতে পারে। আপনি এই সিদ্ধান্তটি নেওয়ার জন্য আমরা যে নির্দেশিকা এবং অন্যান্য নথি ব্যবহার করেছি, সেগুলোও দেখতে চাইতে পারেন। আপনার কেস ফাইল এবং

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

অন্যান্য নথি দেখার জন্য, অথবা একটি বিনামূল্যের কপির জন্য অনুরোধ করতে আপনি 1-800 MCO-PLAN নম্বরে ফোন করতে পারেন। আপনি যদি চান যে কপিগুলো আপনাকে ডাকযোগে পাঠানো হোক, তবেই সেগুলো পাঠানো হবে।

- **শুনানির সময় আপনাকে সাহায্য করার জন্য** একজন আইনজীবী, বন্ধু, আত্মীয় বা অন্য কারো মতো একজন ব্যক্তিকে সাথে নিয়ে আসার অধিকার আপনার আছে। শুনানির সময়, আপনি বা এই ব্যক্তিটি শুনানির কর্মকর্তাকে লিখিতভাবে কিছু দিতে পারেন, অথবা সিদ্ধান্তটি কেন ভুল ছিল তা মৌখিকভাবে বলতে পারেন। আপনি আপনার পক্ষে কথা বলার জন্য লোকজনকে নিয়ে আসতে পারেন। আপনি বা এই ব্যক্তি শুনানিতে উপস্থিত অন্য যেকোনো ব্যক্তিকেও প্রশ্ন করতে পারেন।
- **আপনার দাবির সমর্থনে নথি জমা দেওয়ার অধিকার আপনার আছে।** আপনার মামলার জন্য সহায়ক হতে পারে এমন যেকোনো কাগজের একটি কপি সাথে নিয়ে আসুন, যেমন ডাক্তারের চিঠি, স্বাস্থ্যসেবার বিল এবং রসিদ। আপনার শুনানির সময় এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপি এবং এর সাথে আসা সমস্ত পৃষ্ঠাগুলো সাথে নিয়ে আসা সহায়ক হতে পারে।
- আপনি আপনার স্থানীয় লিগ্যাল এইড সোসাইটি বা আইনজীবী গোষ্ঠীর সাথে যোগাযোগ করে **আইনি সহায়তা পেতে পারেন।** আইনজীবী খুঁজে পেতে, আপনার ইয়েলো পেজেস-এ
- "আইনজীবী" বিভাগের অধীনে দেখুন অথবা www.LawhelpNY.org ওয়েবসাইটে যান। New York সিটিতে, 311 নম্বরে কল করুন।

এক্সটার্নাল আবেদন

আমরা যদি আপনার অনুরোধ করা পরিষেবাটি সম্পর্কে নিম্নলিখিত কথাগুলো বলে থাকি, তাহলে আপনার আপিলের অন্যান্য অধিকার রয়েছে:

1. চিকিৎসাগতভাবে অপরিহার্য নয়;
2. পরীক্ষামূলক বা তদন্তমূলক বা
3. পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে আপনি যে পরিচর্যা পেতে পারেন তার থেকে আলাদা নয়; অথবা
4. আপনার চাহিদা পূরণের জন্য সঠিক প্রশিক্ষণ ও অভিজ্ঞতা সম্পন্ন একজন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছ থেকে এটি পাওয়া যাবে।

এই ধরনের সিদ্ধান্তের জন্য, আপনি New York স্টেটের (NYS) কাছে একটি স্বাধীন বাহ্যিক আপিলের জন্য আবেদন করতে পারেন। এটিকে একটি এক্সটার্নাল আপিল বলা হয় কারণ এটি এমন পর্যালোচকদের দ্বারা সিদ্ধান্ত নেওয়া হয় যারা Senior Whole Health of New York NHC or NYS বা NYS-এর জন্য কাজ করেন না। এই পর্যালোচকরা হলেন NYS কর্তৃক অনুমোদিত যোগ্য ব্যক্তি। পরিষেবাটি অবশ্যই পরিকল্পনার সুবিধা প্যাকেজের অন্তর্ভুক্ত হতে হবে অথবা এটি একটি পরীক্ষামূলক চিকিৎসা, ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল বা কোনো বিরল রোগের চিকিৎসা হতে হবে। এক্সটার্নাল আপিলের জন্য আপনাকে কোনো পেমেন্ট করতে হবে না।

আপনার লেভেল 1 আপিলের সিদ্ধান্তের চিঠিটি আমরা পাঠানোর তারিখ থেকে আপনার কাছে একটি এক্সটার্নাল আপিলের জন্য আবেদন করার জন্য 4 মাস সময় আছে। যদি আপনি এবং Senior Whole Health of New York NHC আমাদের আপিল প্রক্রিয়াটি এড়িয়ে যেতে সম্মত হন, তাহলে সেই চুক্তির **4 মাসের** মধ্যে আপনাকে বাহ্যিক আপিলের জন্য আবেদন করতে হবে।

একটি এক্সটার্নাল আপিল চাইতে, একটি আবেদন পূরণ করুন এবং এটি আর্থিক পরিষেবা বিভাগে প্রেরণ করুন। এক্সটার্নাল আপিল দাখিল করার জন্য আপনার সাহায্যের প্রয়োজন হলে, আপনি আপনার সদস্য আইডি কার্ডের পেছনের নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে ফোন করতে পারেন। আপনাকে এবং আপনার ডাক্তারদের আপনার চিকিৎসা সমস্যা সম্পর্কে তথ্য দিতে হবে। এক্সটার্নাল আপিল আবেদনে বলা হয়েছে, কী কী তথ্য লাগবে।

এক্সটার্নাল আপিলের আবেদনপত্র পাওয়ার কিছু উপায় নিচে দেওয়া হল:

- আর্থিক পরিষেবা বিভাগে 1-800-400-8882 নম্বরে ফোন করুন।
- আর্থিক পরিষেবা বিভাগের ওয়েবসাইট www.dfs.ny.gov-এ যান।
- (833) 671-0440 নম্বরে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

আপনার এক্সটার্নাল আপিলের বিষয়ে 30 দিনের মধ্যে সিদ্ধান্ত নেওয়া হবে। যদি এক্সটার্নাল আপিল পর্যালোচনাকারী আরও তথ্য চান, তবে আরও বেশি সময় (পাঁচ কার্যদিবস পর্যন্ত) লাগতে পারে। সিদ্ধান্তটি নেওয়ার দুই দিনের মধ্যে আপনাকে এবং Senior Whole Health of New York NHC-কে চূড়ান্ত সিদ্ধান্তটি জানিয়ে দেওয়া হবে।

আপনি দ্রুত সিদ্ধান্ত পেতে পারেন যদি:

- আপনার ডাক্তার বলেন যে বিলম্ব আপনার স্বাস্থ্যের জন্য মারাত্মক ক্ষতিকর হবে; অথবা
- আপনি জরুরি বিভাগে যাওয়ার পর হাসপাতালে ভর্তি আছেন এবং আপনার স্বাস্থ্য বীমা পরিকল্পনা দ্বারা হাসপাতাল পরিচর্যা প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে।

একে দ্রুততর এক্সটার্নাল আপিল বলা হয়। এক্সটার্নাল আপিল পর্যালোচক 72 ঘণ্টা বা তার কম সময়ের মধ্যে একটি দ্রুত আপিলের সিদ্ধান্ত নেবেন।

আপনি হাসপাতাল ছাড়ার অন্তত 24 ঘণ্টা আগে যদি ইনপেশেন্ট মাদকাসক্তি চিকিৎসার জন্য আবেদন করে থাকেন, তাহলে নিম্নলিখিত শর্তগুলো পূরণ হলে আমরা আপনার হাসপাতালে থাকার খরচ বহন করা চালিয়ে যাব যদি:

- আপনি 24 ঘণ্টার মধ্যে দ্রুত লেভেল 1 আপিলের জন্য অনুরোধ করেন, এবং
- আপনি একই সাথে একটি দ্রুতগতির এক্সটার্নাল আপিলের জন্য আবেদন করেন।

আপনার আপিলগুলোর বিষয়ে কোনো সিদ্ধান্ত না হওয়া পর্যন্ত আমরা আপনার থাকার খরচ বহন করতে থাকব। আমরা 24 ঘণ্টার মধ্যে আপনার ফাস্ট ট্র্যাক লেভেল 1 আপিল সম্পর্কে একটি সিদ্ধান্ত নেব। দ্রুত নিষ্পত্তির জন্য করা বাহ্যিক আপিলটির সিদ্ধান্ত 72 ঘণ্টার মধ্যে জানানো হবে।

এক্সটার্নাল আপিল পর্যালোচনাকারী ফোন বা ফ্যাক্সের মাধ্যমে তাৎক্ষণিকভাবে আপনাকে এবং সংশ্লিষ্ট সংস্থাকে সিদ্ধান্তটি জানিয়ে দেবেন। পরবর্তীতে একটি চিঠির মাধ্যমে আপনাকে সিদ্ধান্তটি জানানো হবে।

আপনি একটি ন্যায্য শুনানির জন্য আবেদন করতে পারেন অথবা একটি এক্সটার্নাল আপিলের জন্য আবেদন করতে পারেন, অথবা উভয়টির জন্যই আবেদন করতে পারেন। আপনি যদি একটি ন্যায্য শুনানি এবং একটি এক্সটার্নাল আপিল উভয়ের জন্যই আবেদন করেন, তবে ন্যায্য শুনানি কর্মকর্তার সিদ্ধান্তটিই চূড়ান্ত বলে গণ্য হবে।

বিভাগ 10.2-তে, অতিরিক্ত Medicaid আপিল-এ, MMCP-কে অতিরিক্ত কোনো ভাষা অন্তর্ভুক্ত করা উচিত নয়, যেখানে EOC নির্দেশ দেয় যে MMCP-কে রাজ্যে অতিরিক্ত আপিল দাখিল করার পদ্ধতি এবং নির্দেশাবলী সম্পর্কে একটি বিবরণ অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

অনুচ্ছেদ 11.4-এ, আপনি আপনার অভিযোগ সম্পর্কে Medicare এবং Medicaid-কেও জানাতে পারেন।

1. MMCP-এর এই অনুচ্ছেদের শিরোনামে "এবং Medicaid" শব্দটি যোগ করা উচিত।
2. MMCP, যা MAP প্রোগ্রামটি পরিচালনা করে, তাদের নিম্নলিখিত Medicaid এজেন্সির অভিযোগ জানানোর যোগাযোগের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা উচিত:

আপনার অভিযোগ সম্পর্কে New York স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগের সাথে যোগাযোগ করার অধিকারও আপনার আছে।

নিম্নলিখিত উপায়ে স্বাস্থ্য বিভাগের সাথে যোগাযোগ করুন:

- ফোন: 1-866-712-7197
- ডাকযোগে New York State Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
Technical Assistance Center
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl
Albany, NY 12210
- ই-মেল: mltctac@health.ny.gov

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

আপনার অভিযোগ সম্পর্কে New York স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগের সাথে যোগাযোগ করার অধিকারও আপনার আছে। নিম্নলিখিত উপায়ে স্বাস্থ্য বিভাগের সাথে যোগাযোগ করুন:

- ফোন: 1-800-206-8125
- ডাকযোগে New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
ই-মেল: managedcarecomplaint@health.ny.gov

ধাপ 2: ন্যায্য শুনানির অফিস আপনাকে তাদের উত্তর জানাবে।

ন্যায্য শুনানির অফিস আপনাকে লিখিতভাবে তাদের সিদ্ধান্ত জানাবে এবং এর কারণ ব্যাখ্যা করবে।

- যদি ন্যায্য শুনানির অফিস কোনো চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবার জন্য করা অনুরোধের আংশিক বা সম্পূর্ণ অংশে সম্মতি দেয়, তাহলে ন্যায্য শুনানির অফিস থেকে সিদ্ধান্তটি পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমাদের অবশ্যই সেই পরিষেবা বা সামগ্রীটি অনুমোদন করতে হবে বা প্রদান করতে হবে।
- যদি ন্যায্য শুনানির অফিস আপনার আপিলের অংশবিশেষ বা সম্পূর্ণটি প্রত্যাখ্যান করে, তবে তারা আমাদের পরিকল্পনার সাথে একমত যে চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আপনার কভারেজের অনুরোধটি (বা আপনার অনুরোধের অংশবিশেষ) অনুমোদন করা উচিত নয়। (একে সিদ্ধান্ত বহাল রাখা বা আপনার আপিল খারিজ করে দেওয়া বলা হয়।)

আপনি যা চেয়েছেন তার সবটুকু বা কিছু অংশের জন্য যদি সিদ্ধান্তটি না-বাচক হয়, তাহলে আপনি আরেকটি আপিল করতে পারেন।

যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা বা ন্যায্য শুনানি অফিসের সিদ্ধান্ত আপনার অনুরোধ করা বিষয়ের সম্পূর্ণ বা আংশিকের জন্য 'না' হয়, তাহলে আপনার অতিরিক্ত আপিলের অধিকার থাকবে।

ন্যায্য শুনানি অফিস থেকে আপনি যে চিঠিটি পাবেন, তাতে এই পরবর্তী আপিলের বিকল্পটি সম্পর্কে বর্ণনা করা থাকবে।

লেভেল 2-এর পর আপনার আপিলের অধিকার সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য 10 নম্বর অনুচ্ছেদে যান।

ধারা 6.5 পনি যদি চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য প্রাপ্ত কোনো বিলের টাকা আমাদের কাছে ফেরত দেওয়ার জন্য অনুরোধ করেন।

আমরা আপনাকে সরাসরি Medicaid পরিষেবা বা জিনিসের জন্য টাকা ফেরত দিতে পারি না। আপনি কোনো Medicaid আওতাভুক্ত করা পরিষেবা ও আইটেম পেয়ে থাকলে বিলটি আমাদের কাছে পাঠান। **বিলটি নিজে পরিশোধ করবেন না।** আমরা সরাসরি প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করে সমস্যাটির সমাধান করব। আপনি যদি বিল পরিশোধ করেন, এবং পরিষেবা বা পণ্যটি পাওয়ার জন্য নির্ধারিত নিয়মকানুন মেনে চলেন, তাহলে আপনি সেই স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে অর্থ ফেরত পেতে পারেন।

ক্ষতিপূরণের জন্য জিজ্ঞাসা করা আমাদের কাছ থেকে একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করা হয়।

যদি আপনি আমাদের কাছে ক্ষতিপূরণের জন্য কাগজপত্র পাঠান, তাহলে আপনি কভারেজের সিদ্ধান্ত চাইছেন। এই সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য, আপনি যে চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদান করেছেন তা কভার করা হয়েছে কিনা তা পরীক্ষা করে দেখবেন। চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আপনার কভারেজ ব্যবহারের নিয়মগুলি আপনি অনুসরণ করেছেন কিনা তাও আমরা পরীক্ষা করব।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

আপনি যদি চান যে আমরা কোনো **Medicare** পরিষেবা বা আইটেমের জন্য আপনাকে টাকা ফেরত দিই, অথবা আপনি যদি আমাদের কাছে এমন কোনো Medicaid পরিষেবা বা আইটেমের জন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে টাকা পরিশোধ করার অনুরোধ করেন যার খরচ আপনি নিজে দিয়েছেন, তাহলে এই কভারেজ সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমাদের কাছে আবেদন করুন। আপনি যে চিকিৎসা পরিচর্যা জন্য টাকা প্রদান করেছেন, তা বীমার আওতাভুক্ত পরিষেবা কিনা, আমরা তা পরীক্ষা করে দেখব। চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আপনার কভারেজ ব্যবহারের ক্ষেত্রে আপনি সমস্ত নিয়ম মেনে চলেছেন কিনা, তাও আমরা পরীক্ষা করে দেখব।

- **আমরা যদি আপনার অনুরোধে হ্যাঁ বলি:** যদি Medicare এর অধীনে চিকিৎসা পরিচর্যাটি অন্তর্ভুক্ত থাকে, তাহলে আপনার অনুরোধ পাওয়ার 60 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আমরা আপনাকে খরচের টাকা পরিশোধ করে দেব।
 - আপনি যদি কোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে যে Medicaid পরিষেবার জন্য টাকা প্রদান করে থাকেন, তা যদি কভারেজের অন্তর্ভুক্ত হয় এবং আপনি মনে করেন যে আমাদেরই স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে টাকা প্রদান করা উচিত, তাহলে আপনার অনুরোধ পাওয়ার 60 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আমরা সেই খরচের টাকা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে পাঠিয়ে দেব।
 - তাহলে আপনাকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করতে হবে যাতে তারা আপনাকে টাকাটা ফেরত দেয়। আপনি যদি চিকিৎসা পরিচর্যার খরচ পরিশোধ না করে থাকেন, তাহলে আমরা সরাসরি স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে টাকা পাঠিয়ে দেব।
- **আমরা যদি আপনার অনুরোধে না বলি:** যদি চিকিৎসা পরিচর্যা খরচ বীমার আওতায় না থাকে, অথবা আপনি সমস্ত নিয়ম মেনে না চলেন, তাহলে আমরা কোনো টাকা প্রদান করব না। এর পরিবর্তে, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবো যেখানে বলা থাকবে যে আমরা চিকিৎসা পরিচর্যা খরচ দেব না এবং তার কারণগুলোও উল্লেখ থাকবে।

আপনাকে প্রত্যাখ্যান করার আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে যদি আপনি একমত না হন, তাহলে **আপনি আপিল করতে পারেন**। আপনি যদি কোনো আপিল করেন, তাহলে এর অর্থ হলো আপনি আমাদেরকে কভারেজের সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করতে বলছেন যখন আমরা আপনার পেমেন্টের অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করেছি।

এই আপিল করার জন্য, বিভাগ 6.3-এ আপিলের প্রক্রিয়া অনুসরণ করুন। রিইস্বার্সমেন্ট সংক্রান্ত আপিলের জন্য, মনে রাখবেন:

- আপনার আপিল পাওয়ার 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আমাদের আপনাকে উত্তর দেওয়া বাধ্যতামূলক।
- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা সিদ্ধান্ত নেয় যে আমাদের অর্থ প্রদান করা উচিত, তাহলে আমাদের অবশ্যই আপনাকে বা প্রদানকারীকে 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে অর্থ প্রদান পাঠাতে হবে। লেভেল 2-এর পরের আপিল প্রক্রিয়ার যেকোনো পর্যায়ে যদি আপনার আপিলের উত্তর হ্যাঁ হয়, তাহলে আমরা 60 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আপনার অনুরোধ করা অর্থ আপনাকে বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে পাঠাতে বাধ্য থাকব।

বিভাগ 7 **পার্ট D ওষুধ: কিভাবে একটি কভারেজ বিষয়ক সিদ্ধান্তের ব্যাপারে জানতে চাইবেন বা একটি আপিল করবেন**

ধারা 7.1 এই ধারাটিতে বলা হয়েছে, যদি পার্ট D-এর অধীনে কোনো ওষুধ পেতে আপনার সমস্যা হয় অথবা আপনি যদি চান যে আমরা পার্ট D-এর অধীনে কোনো ওষুধের জন্য আপনাকে টাকা ফেরত দিই, তাহলে আপনাকে কী করতে হবে

আপনার সুবিধাগুলোর মধ্যে অনেক প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ অন্তর্ভুক্ত। আওতাভুক্ত করার জন্য, ওষুধটি অবশ্যই একটি চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত ইঞ্জিতের জন্য ব্যবহার করা উচিত। (চিকিৎসাগতভাবে গৃহীত ইঞ্জিত সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য অধ্যায় 5 দেখুন।) পার্ট D ওষুধ, নিয়ম, বিধিনিষেধ এবং খরচ সম্পর্কে বিস্তারিত

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

জানতে অধ্যায় 5 এবং 6 দেখুন। **এই বিভাগটি কেবল আপনার পার্ট ডি ওষুধ সম্পর্কে।** বিষয়টি সহজ রাখার জন্য, আমরা এই বিভাগের বাকি অংশে প্রতিবার **কভার্ড আউটপেশেন্ট প্রেসক্রিপশন ওষুধ** বা **পার্ট D ওষুধ** পুনরাবৃত্তি না করে সাধারণভাবে 'ওষুধ' শব্দটি ব্যবহার করব। আমরা কভার করা ওষুধের তালিকা বা ফর্মুলারির পরিবর্তে **আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা** শব্দটি ব্যবহার করি।

- যদি আপনি না জানেন যে কোনো ওষুধের আওতায় আছে কিনা অথবা আপনি নিয়ম মেনে চলেন কিনা, তাহলে আমাদের জিজ্ঞাসা করতে পারেন। কিছু ওষুধের ক্ষেত্রে, আমরা সেটির খরচ বহন করার আগে আমাদের কাছ থেকে অনুমোদন নেওয়ার প্রয়োজন হয়।
- যদি আপনার ফার্মেসি আপনাকে বলে যে আপনার প্রেসক্রিপশন লিখিতভাবে পূরণ করা যাবে না, তাহলে ফার্মেসি আপনাকে একটি লিখিত নোটিশ দেবে যেখানে কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য আমাদের সাথে কীভাবে যোগাযোগ করবেন তা ব্যাখ্যা করা হবে।

পার্ট D কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিল**আইনী শর্তাবলী:**

আপনার পার্ট D ওষুধের বিষয়ে প্রাথমিক কভারেজ সিদ্ধান্তকে **কভারেজ নির্ধারণ** বলা হয়।

কভারেজের সিদ্ধান্ত হল আপনার সুবিধা এবং কভারেজ সম্পর্কে অথবা আপনার ওষুধের জন্য আমরা কত টাকা দেব সে সম্পর্কে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিই। এই বিভাগটি বলে যে আপনি যদি নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে থাকেন তবে আপনি কী করতে পারেন:

- আমাদের পরিকল্পনার ওষুধের তালিকায় নেই এমন একটি পার্ট D ওষুধের খরচ মেটানোর জন্য অনুরোধ করা। **একটি ব্যতিক্রমের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। বিভাগ 7.21।**
- আমাদের পরিকল্পনার আওতায় কোনো ওষুধের কভারেজের উপর আরোপিত একটি বিধিনিষেধ মওকুফ করার জন্য অনুরোধ করা (যেমন আপনি কী পরিমাণ ওষুধ পেতে পারবেন তার উপর সীমা, পূর্ব অনুমোদনের শর্তাবলী, অথবা প্রথমে অন্য কোনো ওষুধ চেষ্টা করার বাধ্যবাধকতা)। **একটি ব্যতিক্রমের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। বিভাগ 7.21।**
- একটি ওষুধের জন্য প্রাক-অনুমোদন পেতে জিজ্ঞাসা করা। **একটি কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। বিভাগ 7.41।**
- আপনি ইতোমধ্যে কেনা একটি প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পেমেন্ট করুন। **আপনাকে টাকা ফেরত দিতে আমাদের বলুন। বিভাগ 7.41।**

আমাদের গৃহীত কোনো কভারেজ সিদ্ধান্তের সাথে যদি আপনি একমত না হন, তাহলে আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন।

এই বিভাগে আপনাকে জানানো হবে কীভাবে কভারেজের সিদ্ধান্ত চেয়ে আবেদন করতে হয় এবং কীভাবে আপিলের জন্য আবেদন করতে হয়।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**বিভাগ 7.2 ব্যতিক্রম চাওয়া****আইনী শর্তাবলী:**

ওষুধের তালিকায় নেই এমন কোনো ওষুধের কভারেজ চাওয়া কখনও কখনও একটি **ফর্মুলারি ব্যতিক্রমের** জন্য জিজ্ঞাসা করা হয়।

একটি ওষুধের কভারেজের উপর একটি সীমাবদ্ধতা অপসারণের জন্য জিজ্ঞাসা করাকে কখনও কখনও একটি **“ফর্মুলারি এক্সেপশন”** বলা হয়।

আওতাভুক্ত করা অপছন্দের ওষুধের জন্য কম মূল্য দিতে বলাকে কখনও কখনও **স্তরবিন্যাস ব্যতিক্রম** বলা হয়।

যদি কোনো ওষুধ আপনার পছন্দ অনুযায়ী কভারেজের আওতায় না আসে, তাহলে আপনি আমাদের কাছে একটি **ব্যতিক্রমী ব্যবস্থা** করার জন্য অনুরোধ করতে পারেন। ব্যতিক্রম এক ধরনের কভারেজের সিদ্ধান্ত।

আপনার ব্যতিক্রম অনুরোধটি বিবেচনা করার জন্য, আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারকে আপনার ব্যতিক্রম অনুমোদিত হওয়ার কারণগুলো ব্যাখ্যা করতে হবে। এখানে এমন 3টি ব্যতিক্রমের উদাহরণ দেওয়া হল, যার জন্য আপনি বা আপনার ডাক্তার অথবা অন্য কোনো প্রেসক্রিপশন প্রদানকারী আমাদের কাছে অনুরোধ করতে পারেন:

- 1. আমাদের ওষুধের তালিকায় নেই এমন একটি পার্ট D ওষুধের খরচ বহন করা।** আমরা যদি ওষুধের তালিকায় নেই এমন কোনো ওষুধের খরচ বহন করতে সম্মত হই, তাহলে আপনাকে স্তর 5 বিশেষায়িত ওষুধের জন্য প্রযোজ্য খরচ ভাগাভাগির পরিমাণটি পরিশোধ করতে হবে। এই ওষুধের জন্য আমরা আপনার কাছে যে খরচ ভাগাভাগির পরিমাণটি দাবি করি, তার থেকে ছাড়ের জন্য আপনি অনুরোধ করতে পারবেন না।
- 2. একটি আওতাভুক্ত করা ওষুধের জন্য একটি বিধিনিষেধ অপসারণ।** অধ্যায় 5 আমাদের ওষুধের তালিকার নির্দিষ্ট ওষুধের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য অতিরিক্ত নিয়ম বা বিধিনিষেধগুলো বর্ণনা করে। আমরা যদি আপনার জন্য একটি ব্যতিক্রম করতে এবং একটি বিধিনিষেধ শিথিল করতে সম্মত হই, তাহলে আপনি ওষুধের জন্য আমাদের দ্বারা নির্ধারিত কোপেমেেন্ট বা কোইস্যুরেন্স রাশির ক্ষেত্রে একটি ব্যতিক্রমের জন্য অনুরোধ করতে পারেন।
- 3. একটি ওষুধের কভারেজকে কম খরচ-ভাগাভাগি স্তরে পরিবর্তন করা।** আমাদের ওষুধের তালিকার প্রতিটি ওষুধ ছয়টি (6) খরচ ভাগাভাগির স্তরের যেকোনো একটিতে অন্তর্ভুক্ত। সাধারণভাবে, খরচ-ভাগাভাগি স্তরের নম্বর যত কম হবে, ওষুধের খরচের অংশ হিসেবে আপনাকে ততো কম টাকা দিতে হবে।
 - যদি আমাদের ওষুধের তালিকায় আপনার চিকিৎসার জন্য বিকল্প ওষুধ(গুলি) থাকে যা আপনার ওষুধের তুলনায় কম খরচ-ভাগাভাগি স্তরে থাকে, তাহলে আপনি বিকল্প ওষুধ(গুলি) এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য খরচ-ভাগাভাগি পরিমাণে আপনার ওষুধের খরচ বহন করার জন্য আমাদের অনুরোধ করতে পারেন।
 - আপনি যদি কোনো ব্র্যান্ড নামের ওষুধ সেবন করেন, তাহলে আপনি আমাদের কাছে অনুরোধ করতে পারেন যেন আমরা আপনার রোগের চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত ব্র্যান্ড নামের বিকল্প ওষুধগুলো যে সর্বনিম্ন স্তরে রয়েছে, সেই স্তরের প্রযোজ্য খরচ ভাগাভাগির হারে আপনার ওষুধের খরচ বহন করি।
 - আপনি যদি কোনো জেনেরিক ওষুধ সেবন করেন, তাহলে আপনি আমাদের কাছে অনুরোধ করতে পারেন যেন আমরা আপনার চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত ব্র্যান্ড বা জেনেরিক বিকল্পগুলো সম্বলিত সর্বনিম্ন স্তরের জন্য প্রযোজ্য খরচ ভাগাভাগির হারে আপনার ওষুধের খরচ বহন করি।
 - আপনি আমাদের স্তর 5 বিশেষায়িত-এর অন্তর্ভুক্ত কোনো ওষুধের জন্য খরচ ভাগাভাগির স্তর পরিবর্তন করতে বলতে পারেন না।
 - যদি আমরা আপনার স্তর ব্যতিক্রম অনুরোধ অনুমোদন করি এবং বিকল্প ওষুধের সাথে একাধিক কম খরচ-ভাগাভাগি স্তর থাকে যা আপনি নিতে পারবেন না, তাহলে সাধারণত আপনি সর্বনিম্ন পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**বিভাগ 7.3 ব্যতিক্রম চাওয়ার বিষয়ে জানার জন্য গুরুত্বপূর্ণ বিষয়সমূহ****আপনার ডাক্তারকে অবশ্যই আমাদের চিকিৎসার কারণগুলো বলতে হবে**

আপনার ডাক্তার বা অন্য কোনো প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীকে আমাদের কাছে একটি বিবৃতি দিতে হবে, যেখানে আপনি কেন এই ব্যতিক্রমের জন্য অনুরোধ করছেন তার চিকিৎসার কারণগুলো ব্যাখ্যা করা থাকবে। দ্রুত সিদ্ধান্তের জন্য, আপনি যখন ব্যতিক্রমটি জিজ্ঞাসা করেন তখন আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য প্রেসক্রাইবারের কাছে থেকে এই চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।

আমাদের ওষুধের তালিকায় সাধারণত একটি নির্দিষ্ট রোগের চিকিৎসার জন্য একাধিক ওষুধ অন্তর্ভুক্ত থাকে। এই বিভিন্ন সম্ভাবনাগুলোকে **বিকল্প** ওষুধ বলা হয়। আপনি যে ওষুধটি চাইছেন, তার মতোই কার্যকর এবং কোনো অতিরিক্ত পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া বা অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা সৃষ্টি করবে না এমন কোনো বিকল্প ওষুধ যদি থাকে, তাহলে আমরা সাধারণত আপনার ব্যতিক্রমী অনুরোধটি অনুমোদন করব না। আপনি যদি আমাদের কাছে স্তরের ব্যতিক্রমের জন্য অনুরোধ করেন, তাহলে আমরা সাধারণত আপনার ব্যতিক্রমের অনুরোধটি অনুমোদন করব না, যদি না নিম্ন খরচের স্তরের সমস্ত বিকল্প ওষুধ আপনার জন্য সমানভাবে কার্যকর না হয় অথবা সেগুলো থেকে বিরূপ প্রতিক্রিয়া বা অন্য কোনো ক্ষতির সম্ভাবনা থাকে।

আমরা যদি আপনার অনুরোধে হ্যাঁ বা না বলি

- যদি আমরা আপনার ব্যতিক্রমের অনুরোধ অনুমোদন করি, তাহলে আমাদের অনুমোদন সাধারণত আমাদের পরিকল্পনা বছরের শেষ পর্যন্ত বৈধ থাকে। এটি সত্য যতক্ষণ আপনার ডাক্তার আপনার জন্য ওষুধটি লিখে চলেছেন এবং সেই ওষুধটি আপনার অবস্থার চিকিৎসার জন্য নিরাপদ এবং কার্যকর থাকে।
- যদি আমরা আপনার অনুরোধে না বলি, আপনি একটি আপিল করে আরেকটি পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করতে পারেন।

বিভাগ 7.4 কভারেজ সংক্রান্ত সিদ্ধান্তের জন্য কীভাবে আবেদন করতে হবে, যার মধ্যে ব্যতিক্রমী পরিস্থিতিও অন্তর্ভুক্ত।**আইনী শর্তাবলী:**

দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তকে ত্বরান্বিত কভারেজ নির্ধারণ বলা হয়।

ধাপ 1: আপনার স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত বা দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত প্রয়োজন কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।

আপনার ডাক্তারের বিবৃতি পাওয়ার 72 ঘন্টার মধ্যে স্ট্যান্ডার্ড কভারেজের সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়। আপনার ডাক্তারের বিবৃতি পাওয়ার 24 ঘন্টার মধ্যে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়।

আপনার স্বাস্থ্যের জন্য এটি প্রয়োজন হলে, একটি দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত আপনাকে দিতে আমাদের বলুন। দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত পেতে, আপনাকে অবশ্যই 2টি প্রয়োজনীয়তা পূরণ করতে হবে:

- আপনি নিশ্চয়ই এমন কোনো ওষুধের কথা বলছেন যা আপনি এখনও পাননি। (আপনি ইতিমধ্যেই কিনে নেওয়া ওষুধের জন্য দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য অনুরোধ করতে পারবেন না।)
- সাধারণ সময়সীমা অনুসরণ করলে আপনার স্বাস্থ্যের গুরুতর ক্ষতি হতে পারে বা আপনার স্বাভাবিক কার্যক্ষমতা ব্যাহত হতে পারে।
- যদি আপনার ডাক্তার বা অন্য কোনও প্রেসক্রাইবার আমাদের বলেন যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত নেওয়া প্রয়োজন, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দেব।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- যদি আপনি আপনার ডাক্তার বা প্রেসক্রাইবারের সহায়তা ছাড়াই নিজে থেকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত চান, তাহলে আমরা সিদ্ধান্ত নেব যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দেওয়া প্রয়োজন কিনা। যদি আমরা দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত অনুমোদন না করি, তাহলে আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবো যাতে:
 - ব্যাখ্যা করে যে আমরা স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করব।
 - আপনার ডাক্তার বা অন্য কোনো প্রেসক্রাইবার যদি দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত চান, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত দেব।
 - আপনার অনুরোধ করা দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তের পরিবর্তে আপনাকে একটি স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত দেওয়ার জন্য আমাদের সিদ্ধান্তের বিষয়ে আপনি কীভাবে দ্রুত অভিযোগ দায়ের করতে পারেন তা আপনাকে বলে। আপনার অভিযোগ প্রাপ্তির 24 ঘন্টার মধ্যে আমরা আপনার অভিযোগের উত্তর দেব।

ধাপ 2: একটি স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্ত অথবা দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্তের জন্য জিজ্ঞাসা করুন।

আপনার পছন্দের চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য আমাদের অনুমোদন বা কভারেজ প্রদানের জন্য আমাদের পরিকল্পনায় কল করে, লিখে বা ফ্যাক্স করে শুরু করুন। আপনি আমাদের ওয়েবসাইটের মাধ্যমে কভারেজ সিদ্ধান্ত প্রক্রিয়ায়ও প্রবেশ করতে পারেন। আমাদেরকে যেকোনো লিখিত অনুরোধ গ্রহণ করতে হবে, যার মধ্যে আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-এ উপলব্ধ CMS মডেল কভারেজ নির্ধারণের অনুরোধফর্মে জমা দেওয়া অনুরোধও অন্তর্ভুক্ত। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে। আপনার অনুরোধ প্রক্রিয়া করতে আমাদের সাহায্য করার জন্য, আপনার নাম, যোগাযোগের তথ্য এবং কোন অস্বীকৃত দাবির বিরুদ্ধে আপিল করা হচ্ছে তা দেখানোর জন্য তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।

আপনি, আপনার ডাক্তার (অথবা অন্যান্য প্রেসক্রাইবার) বা আপনার প্রতিনিধি এটি করতে পারেন। আপনি চাইলে একজন আইনজীবীও আপনার পক্ষ থেকে কাজ করতে পারেন। এই অধ্যায়ের 4 নম্বর অনুচ্ছেদে বলা হয়েছে যে, আপনি কীভাবে অন্য কাউকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে কাজ করার জন্য লিখিত অনুমতি দিতে পারেন।

- আপনি যদি কোনো ব্যতিক্রমের জন্য অনুরোধ করেন, তবে এর সমর্থনে একটি বিবৃতি প্রদান করুন, যা হলো ব্যতিক্রমটির পেছনের চিকিৎসাগত কারণ। আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য প্রেসক্রাইবার বা আমাদেরকে বিবৃতি ফ্যাক্স বা মেইল করতে পারেন। অথবা আপনার ডাক্তার বা অন্যান্য প্রেসক্রাইবার আমাদেরকে ফোনে বলতে পারেন এবং প্রয়োজন হলে একটি লিখিত বিবৃতি ফ্যাক্স অথবা মেইল করে পরিবর্তন করতে পারেন।

ধাপ 3: আমরা আপনার অনুরোধটি বিবেচনা করি এবং আপনাকে আমাদের উত্তর দিই।**একটি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত-এর জন্য সময়সীমা**

- আপনার অনুরোধ পাওয়ার 24 ঘন্টার মধ্যে আমাদের সাধারণত আপনাকে আমাদের উত্তর দিতে হবে।
 - ব্যতিক্রমের জন্য, আপনার ডাক্তারের সমর্থনমূলক বিবৃতি পাওয়ার 24 ঘন্টার মধ্যে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর দেব। আপনার স্বাস্থ্যের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে শীঘ্রই আমাদের উত্তর দেব।
 - আমরা যদি এই সময়সীমার মধ্যে কাজটি সম্পন্ন করতে না পারি, তাহলে আপনার অনুরোধটি আপিল প্রক্রিয়ার দ্বিতীয় স্তরে পাঠাতে হবে, যেখানে একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা এটি খতিয়ে দেখবে।
- যদি আপনার চাওয়া বিষয়ের আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তর হয়, তাহলে আপনার অনুরোধ বা আপনার অনুরোধের সমর্থনে ডাক্তারের বিবৃতি পাওয়ার 24 ঘন্টার মধ্যে আমাদের সম্মত কভারেজ প্রদান করতে হবে।
- যদি আপনার চাওয়া জিনিসের আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তর "না" হয়, তাহলে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাবো যেখানে ব্যাখ্যা করা হবে কেন আমরা "না" বলেছি। আপনি কীভাবে আপিল করতে পারেন তাও আমরা আপনাকে বলব।

আপনি এখনও পাননি এমন একটি ওষুধের জন্য একটি স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্তের সময়সীমা

- আপনার অনুরোধ পাওয়ার 72 ঘন্টার মধ্যে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর দেব।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- ব্যতিক্রমের জন্য, আপনার ডাক্তারের সমর্থনমূলক বিবৃতি পাওয়ার 72 ঘন্টার মধ্যে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর দেব। আপনার স্বাস্থ্যের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে শীঘ্রই আমাদের উত্তর দেব।
- আমরা যদি এই সময়সীমার মধ্যে কাজটি সম্পন্ন করতে না পারি, তাহলে আপনার অনুরোধটি আপিল প্রক্রিয়ার দ্বিতীয় স্তরে পাঠাতে হবে, যেখানে একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা এটি খতিয়ে দেখবে।
- **যদি আপনার চাওয়া বিষয়ের আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তর হয়, তাহলে আপনার অনুরোধ বা আপনার অনুরোধের সমর্থনে ডাক্তারের বিবৃতি পাওয়ার 72 ঘন্টার মধ্যে আমাদের সম্মত কভারেজ প্রদান করতে হবে।**
- **যদি আপনার চাওয়া জিনিসের আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তর "না" হয়, তাহলে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাবো যেখানে ব্যাখ্যা করা হবে কেন আমরা "না" বলেছি। আপনি কীভাবে আপিল করতে পারেন তাও আমরা আপনাকে বলব।**

যে ওষুধ আপনি ইতোমধ্যেই কিনেছেন তার জন্য অর্থ প্রদানের ক্ষেত্রে স্ট্যান্ডার্ড কভারেজ সিদ্ধান্তের সময়সীমা

- আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর **14 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আমাদের আপনাকে উত্তর দিতে হবে।
 - যদি আমরা এই সময়সীমা পূরণ না করি, তাহলে আমাদের আপনার অনুরোধ আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-এ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে।
- **আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার আংশিক বা সম্পূর্ণ বিষয়ে যদি আমাদের উত্তর হয়, তাহলে আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আপনাকে অর্থপ্রদান করাও আমাদের জন্য বাধ্যতামূলক।**
- **যদি আপনার চাওয়া জিনিসের আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তর "না" হয়, তাহলে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাবো যেখানে ব্যাখ্যা করা হবে কেন আমরা "না" বলেছি। আপনি কীভাবে আপিল করতে পারেন তাও আমরা আপনাকে বলব।**

ধাপ 4: যদি আমরা আপনার কভারেজ অনুরোধে "না" বলি, তাহলে আপনি আপিল করতে পারেন।

- যদি আমরা না বলি, তাহলে আপনি আপিল করে আমাদের এই সিদ্ধান্ত পুনর্বিবেচনা করার অধিকার রাখেন। এটির অর্থ হলো আপনি যে ওষুধের কভারেজ চান তা পাওয়ার জন্য আবার অনুরোধ করা। যদি আপনি আপিল করেন, তাহলে এর অর্থ হল আপনি আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 1-এ যাচ্ছেন।

বিভাগ 7.5 স্তর 1-এ কীভাবে আবেদন করবেন**আইনী শর্তাবলী:**

পার্ট D ওষুধের কভারেজ সংক্রান্ত কোনো সিদ্ধান্ত সম্পর্কে আমাদের পরিকল্পনার কাছে করা আপিলকে পরিকল্পনা **পুনর্নির্ধারণ** বলা হয়।

দ্রুত আপিলকে **ত্বরান্বিত পুনর্নির্ধারণ** বলা হয়।

ধাপ 1: আপনার স্ট্যান্ডার্ড আপিল বা দ্রুত আপিল দরকার কি না, সেই সিদ্ধান্ত নিন।

একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিল সাধারণত 7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে করা হয়। একটি দ্রুত আপিল সাধারণত 72 ঘন্টার মধ্যে করা হয়। আপনার স্বাস্থ্যের জন্য এটির প্রয়োজন হলে দ্রুত আপিল করার জন্য অনুরোধ করুন।

- আপনি যদি এমন কোনো ওষুধ সম্পর্কে আমাদের নেওয়া সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করেন যা আপনি এখনও পাননি, তাহলে আপনাকে এবং আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনার একটি দ্রুত আপিলের প্রয়োজন আছে কিনা।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- দ্রুত আপিলের জন্য প্রয়োজনীয় শর্তগুলো ধারা 7.4-এ বর্ণিত দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত পাওয়ার শর্তগুলোর মতোই।

ধাপ 2: আপনার, আপনার প্রতিনিধি, ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারকে অবশ্যই আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে হবে এবং আপনার লেবেল 1-এর আবেদন জানাতে হবে। আপনার স্বাস্থ্যের জন্য দ্রুত প্রতিক্রিয়ার প্রয়োজন হলে, আপনাকে অবশ্যই দ্রুত আপিল করতে হবে।

- সাধারণ আপিলের জন্য, একটি লিখিত অনুরোধ জমা দিন অথবা আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।
- দ্রুত আপিলের জন্য, হয় লিখিতভাবে আপনার আপিল জমা দিন অথবা আপনার সদস্য আইডি কার্ডের পেছনের নম্বরে আমাদের ফোন করুন। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।
- আমাদের অবশ্যই যেকোনো লিখিত অনুরোধ গ্রহণ করতে হবে, যার মধ্যে আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-এ উপলব্ধ CMS মডেল রিডিটারমিনেশন রিকোয়েস্ট ফর্মে জমা দেওয়া অনুরোধও অন্তর্ভুক্ত। আপনার অনুরোধ প্রক্রিয়া করতে আমাদের সাহায্য করার জন্য আপনার নাম, যোগাযোগের তথ্য এবং আপনার দাবি সম্পর্কে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।
- কভারেজ সিদ্ধান্তের বিষয়ে আমাদের উত্তর জানানোর জন্য আমরা যে লিখিত বিজ্ঞপ্তির তারিখ পাঠিয়েছি তার তারিখ থেকে 65 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই আপনার আপিল অনুরোধ করতে হবে। আপনি যদি এই সময়সীমাটি মিস করেন এবং এটি মিস করার কোনো উপযুক্ত কারণ থাকে তবে আপনি যখন আবেদন করবেন তখন আপনার আবেদন দেরি হওয়ার কারণটি ব্যাখ্যা করুন। আমরা আপনার আবেদন করার জন্য আপনাকে আরো সময় দিতে পারি। যুক্তিসঙ্গত কারণের উদাহরণগুলির মধ্যে থাকতে পারে যদি কোনো গুরুতর অসুস্থতা আপনাকে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে না পারে অথবা যদি আমরা আপনাকে আপিলের জন্য আবেদন করার সময়সীমা সম্পর্কে ভুল বা অসম্পূর্ণ তথ্য প্রদান করি।
- আপনি আপনার আপিলে তথ্যের একটি কপি চাইতে পারেন এবং আরও তথ্য যুক্ত করতে পারেন। আপনার আপিল সমর্থন করতে আপনি এবং আপনার ডাক্তার আরো তথ্য যুক্ত করতে পারেন।

ধাপ 3: আমরা আপনার আবেদনটি বিবেচনা করব এবং আপনাকে আমাদের উত্তর জানাব।

- যখন আমরা আপনার আপিল পর্যালোচনা করি, তখন আমরা আপনার কভারেজ অনুরোধ সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য আবার সাবধানতার সাথে পর্যালোচনা করি। যখন আমরা আপনার অনুরোধে না বলেছিলাম তখন আমরা সমস্ত নিয়ম অনুসরণ করছি কিনা তা পরীক্ষা করে দেখি। আরও তথ্যের জন্য আমরা আপনার অথবা আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবারের সাথে যোগাযোগ করতে পারি।

একটি দ্রুত আপিল-এর জন্য সময়সীমা

- দ্রুত আপিলের জন্য, আপনার আপিল পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমাদের উত্তর দিতে হবে। আপনার স্বাস্থ্যের প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে শীঘ্রই আমাদের উত্তর দেব।
 - যদি আমরা 72 ঘণ্টার মধ্যে আপনাকে উত্তর না দিই, তাহলে আমাদের আপনার অনুরোধ আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-এ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে। বিভাগ 7.6 লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।
- আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার আংশিক বা সম্পূর্ণ অংশের জন্য যদি আমাদের উত্তর হয়, তাহলে আপনার আবেদন পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমরা সম্মত হওয়া পরিষেবাটি প্রদান করতে বাধ্য থাকব।
- যদি আপনার চাওয়া জিনিসের আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তরে আমাদের উত্তর না হয়, তাহলে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাবো যেখানে ব্যাখ্যা করা হবে কেন আমরা না বলেছি এবং আপনি কীভাবে আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**যে ওষুধটি আপনি এখনও পাননি, তার জন্য একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিলের সময়সীমা।**

- স্ট্যান্ডার্ড আপিলের ক্ষেত্রে, আপনার আপিল পাওয়ার **7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আমাদের উত্তর দিতে হবে। আপনি যদি এখনও ওষুধটি না পান এবং আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার কারণে আমাদের তা করতে হয়, তাহলে আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত শীঘ্রই জানাব।
 - যদি আমরা 7 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আপনাকে সিদ্ধান্ত না দেই, তাহলে আমাদের আপনার অনুরোধ আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-এ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে। **বিভাগ 7.6** লেভেল 2 আপিল প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করে।
- **যদি আপনার চাওয়া বিমার আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তর হয়**, তাহলে আপনার স্বাস্থ্যের চাহিদা অনুযায়ী আমাদের অবশ্যই কভারেজ প্রদান করতে হবে, তবে আপনার আপিল পাওয়ার **7 ক্যালেন্ডার দিনের পরে** নয়।
- **যদি আপনার চাওয়া জিনিসের আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তরে আমাদের উত্তর না হয়**, তাহলে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাবো যেখানে ব্যাখ্যা করা হবে কেন আমরা না বলেছি এবং আপনি কীভাবে আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন।

আপনি ইতিমধ্যেই কিনেছেন এমন একটি ওষুধের মূল্য পরিশোধ সংক্রান্ত একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য সময়সীমা

- আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর **14 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আমাদের আপনাকে উত্তর দিতে হবে।
 - যদি আমরা এই সময়সীমা পূরণ না করি, তাহলে আমাদের আপনার অনুরোধ আপিল প্রক্রিয়ার স্তর 2-এ পাঠাতে হবে, যেখানে এটি একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে।
- **আপনি যা অনুরোধ করেছেন তার আংশিক বা সম্পূর্ণ বিষয়ে যদি আমাদের উত্তর হয়**, তাহলে আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর 30 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আপনাকে অর্থপ্রদান করাও আমাদের জন্য বাধ্যতামূলক।
- **যদি আপনার চাওয়া জিনিসের আংশিক বা সম্পূর্ণ উত্তর "না" হয়**, তাহলে আমরা আপনাকে একটি লিখিত বিবৃতি পাঠাবো যেখানে ব্যাখ্যা করা হবে কেন আমরা "না" বলেছি। আপনি কীভাবে আপিল করতে পারেন তাও আমরা আপনাকে বলব।

ধাপ 4: যদি আমরা আপনার আপিল নাকচ করি, আপনি সিদ্ধান্ত নিন যে আপনি আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চান কিনা এবং আরেকটি আপিল করতে চান কি না।

- আপনি যদি অন্য কোনও আপিল করার সিদ্ধান্ত নেন তবে এর অর্থ আপনার আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2-তে চলছে।

আইনী শর্তাবলী

স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা-র আনুষ্ঠানিক নাম হল স্বাধীন পর্যালোচনা সত্তা। একে কখনও কখনও **IRE** বলা হয়।

স্বতন্ত্র পর্যালোচনা সংস্থা হল Medicare কর্তৃক নিযুক্ত একটি স্বতন্ত্র সংস্থা। এর সাথে আমাদের কোনো সম্পর্ক নেই এবং এটি কোনো সরকারি সংস্থা নয়। এই সংস্থাটি সিদ্ধান্ত নেয় যে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তা সঠিক কিনা নাকি এটি পরিবর্তন করা উচিত। Medicare এই সংস্থার কাজের তদারকি করে।

ধাপ 1: আপনাকে (বা আপনার প্রতিনিধি বা আপনার ডাক্তার বা অন্য প্রেসক্রাইবার) অবশ্যই স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার সাথে যোগাযোগ করতে হবে এবং আপনার কেসটি পর্যালোচনা করার জন্য বলতে হবে।

- যদি আমরা আপনার লেভেল 1 আপিল না বলি, তাহলে আমরা আপনাকে যে লিখিত নোটিশ পাঠাবো তাতে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার সাথে **লেভেল 2 আপিল কীভাবে করতে হবে** তার নির্দেশাবলী অন্তর্ভুক্ত

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

থাকবে। এই নির্দেশাবলী থেকে জানা যাবে কে এই লেভেল 2 আপিল করতে পারবে, আপনাকে কোন সময়সীমা অনুসরণ করতে হবে এবং কীভাবে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার সাথে যোগাযোগ করতে হবে।

- লিখিত নোটিশের তারিখ থেকে **65 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই আপনার আপিলের অনুরোধ করতে হবে।**
- যদি আমরা নির্ধারিত সময়ের মধ্যে আমাদের পর্যালোচনা সম্পন্ন না করি, অথবা আমাদের ওষুধ ব্যবস্থাপনা কর্মসূচির অধীনে **ঝুঁকির মাত্রা** নির্ধারণের বিষয়ে কোনো প্রতিকূল সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার অনুরোধটি IRE-এর কাছে পাঠিয়ে দেব।
- আমরা আপনার আপিল সংক্রান্ত তথ্য এই সংস্থাটির কাছে পাঠিয়ে দেব। এই তথ্যটিকে আপনার **কেস ফাইল** বলা হয়। **আপনার কেস ফাইলের একটি কপি আমাদের কাছে চাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।**
- আপনার আপিলের সমর্থনে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটিকে অতিরিক্ত তথ্য দেওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।

ধাপ 2: স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনার আপিল পর্যালোচনা করে।

স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার পর্যালোচকরা আপনার আপিলের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য পুঙ্খানুপুঙ্খভাবে খতিয়ে দেখবেন।

দ্রুত আপিলের শেষ সময়সীমা

- যদি আপনার স্বাস্থ্যের জন্য এটির প্রয়োজন হয় তবে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটিকে দ্রুত আপিল এর জন্য বলুন।
- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনাকে দ্রুত আপিল করতে সম্মত হয়, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাকে আপনার আপিলের অনুরোধ পাওয়ার **72 ঘন্টার মধ্যে** আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে।

স্ট্যান্ডার্ড আপিলের শেষ সময়সীমা

- স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য, পর্যালোচনা সংস্থাটিকে অবশ্যই আপনার আবেদন পাওয়ার পরে **7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনাকে আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে যদি এটি এমন কোনো ওষুধের জন্য হয় যা আপনি এখনও পাননি। আপনি যদি আমাদের কাছে ইতিমধ্যেই কেনা কোনো ওষুধের জন্য অর্থ ফেরত দেওয়ার অনুরোধ করেন, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনার অনুরোধ পাওয়ার **14 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে** আপনার লেভেল 2 আপিলের বিষয়ে একটি উত্তর দিতে বাধ্য।

ধাপ 3: স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনাকে তার উত্তর দেবে।**দ্রুত আপিলের জন্য:**

- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনার অনুরোধের আংশিক বা সম্পূর্ণ অংশে সম্মতি দেয়, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার কাছ থেকে সিদ্ধান্তটি পাওয়ার **24 ঘন্টার মধ্যে** আমাদের অবশ্যই সেই ওষুধের কভারেজ করতে হবে, যা স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা কর্তৃক অনুমোদিত হয়েছে।

স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য:

- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনার কভারেজের অনুরোধের আংশিক বা সম্পূর্ণরূপে হ্যাঁ বলে, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার কাছ থেকে সিদ্ধান্ত পাওয়ার **72 ঘন্টার মধ্যে** আমাদের অবশ্যই স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার দ্বারা অনুমোদিত **ওষুধের কভারেজ প্রদান** করতে হবে।
- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনার ইতিমধ্যেই কেনা কোনো ওষুধের জন্য আংশিক বা সম্পূর্ণ অর্থ ফেরত দেওয়ার অনুরোধে হ্যাঁ বলে, তাহলে স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার কাছ থেকে সিদ্ধান্ত পাওয়ার **30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আমাদের আপনাকে **পেমেন্ট পাঠাতে** হবে।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনার আপিল না করে?

যদি স্বাধীন সংস্থাটি আপনার আপিলের অংশবিশেষ বা সম্পূর্ণটি প্রত্যাখ্যান করে, তার মানে হল তারা আপনার অনুরোধটি (বা আপনার অনুরোধের অংশবিশেষ) অনুমোদন না করার বিষয়ে আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত। (একে সিদ্ধান্ত বহাল রাখা বা আপনার আপিল খারিজ করে দেওয়া বলা হয়।) এই ক্ষেত্রে, স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবে যে:

- সিদ্ধান্তটি ব্যাখ্যা করে।
- আপনি যে ওষুধের কভারেজের জন্য আবেদন করছেন তার ডলার মূল্য যদি একটি নির্দিষ্ট ন্যূনতম মূল্য পূরণ করে তবে লেভেল 3 আপিলের আপনার অধিকার সম্পর্কে আপনাকে জানাবে। আপনি যে ওষুধের কভারেজের জন্য আবেদন করছেন তার ডলার মূল্য যদি খুব কম হয়, তাহলে আপনি আর একটি আপিল করতে পারবেন না এবং লেভেল 2-এর সিদ্ধান্তই চূড়ান্ত।
- আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যাওয়ার জন্য বিতর্কিত ডলারের মূল্য আপনাকে বলে।

ধাপ 4: যদি আপনার কেসটি চাহিদাগুলি পূরণ করে, তবে আপনি আপনার আপিল আরও এগিয়ে নিতে চান কিনা তা পছন্দ করুন।

- লেভেল 2-এর পরে আপিল প্রক্রিয়ায় আরও 3টি স্তর রয়েছে (মোট 5টি লেভেলের আপিলের জন্য)। আপনি যদি লেভেল 3 আপিলে যেতে চান, তবে আপনার লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্তের পর পাওয়া লিখিত বিজ্ঞপ্তিতে কিভাবে তা করতে হবে তার বিস্তারিত বিবরণ আছে।
- লেভেল 3 আপিল একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারকের মাধ্যমে পরিচালিত হয়। **বিভাগ 10-এ** লেভেল 3, 4 এবং 5 পর্যায়ের আপিলের প্রক্রিয়া সম্পর্কে বিস্তারিত আলোচনা করা হয়েছে।

বিভাগ 8 আপনি যদি মনে করেন যে আপনাকে খুব তাড়াতাড়ি হাসপাতাল থেকে ছুটি দেওয়া হচ্ছে, তাহলে দীর্ঘতর হাসপাতালে ভর্তি রোগী থাকার খরচ বহন করার জন্য আমাদের কাছে কীভাবে অনুরোধ করবেন।

যখন আপনি হাসপাতালে ভর্তি হন, তখন আপনার অসুস্থতা বা আঘাত নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত আওতাভুক্ত হাসপাতাল পরিষেবা পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।

আপনার আওতাভুক্ত হাসপাতালে থাকার সময়, আপনার ডাক্তার এবং হাসপাতালের কর্মীরা আপনার হাসপাতাল ছাড়ার দিনের প্রস্তুতির জন্য আপনার সাথে কাজ করবেন। আপনি চলে যাওয়ার পর আপনার প্রয়োজনীয় পরিচর্যার ব্যবস্থা করতে তারা সাহায্য করবে।

- আপনি যেদিন হাসপাতাল ছেড়ে যাবেন সেদিনটিকে আপনার **মুক্তির তারিখ** বলা হয়।
- যখন আপনার মুক্তির তারিখ স্থির করা হবে, আপনার ডাক্তার বা হাসপাতালের কর্মীরা আপনাকে বলবেন।
- আপনি যদি মনে করেন যে আপনাকে খুব শীঘ্রই হাসপাতাল ছেড়ে চলে যেতে বলা হচ্ছে, আপনি আরও বেশি হাসপাতালে থাকার জন্য বলতে পারেন এবং আপনার অনুরোধ বিবেচনা করা হবে।

বিভাগ 8.1 হাসপাতালে আপনার ভর্তি থাকাকালীন সময়ে, আপনি Medicare থেকে একটি লিখিত বিজ্ঞপ্তি পাবেন, যেখানে আপনার অধিকার সম্পর্কে জানানো থাকবে।

হাসপাতালে ভর্তির 2 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আপনাকে Medicare থেকে আপনার অধিকার সম্পর্কে একটি গুরুত্বপূর্ণ মেসেজ শীর্ষক একটি লিখিত বিজ্ঞপ্তি দেওয়া হবে। Medicare সহ প্রত্যেকে এই নোটিশের একটি কপি পান।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

আপনি যদি হাসপাতালের কোনো কর্মীর কাছ থেকে (যেমন, একজন কেসওয়ার্কার বা নার্স) নোটিশটি না পান, তবে হাসপাতালের যেকোনো কর্মীর কাছে এটি চেয়ে নিন। আপনার সাহায্যের প্রয়োজন হলে, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে (TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন) কল করুন।

1. এই বিজ্ঞপ্তিটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং আপনি যদি এটি বুঝতে না পারেন তবে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করুন। এটি আপনাকে বলে:

- আপনার ডাক্তারের নির্দেশ অনুসারে, হাসপাতালে থাকার সময় এবং পরে Medicare-আওতাভুক্ত পরিষেবা পাওয়ার আপনার অধিকার। এর মধ্যে এই পরিষেবাগুলো কী, কে তাদের জন্য অর্থ প্রদান করবে এবং আপনি কোথায় সেগুলো পেতে পারেন তা জানার অধিকার অন্তর্ভুক্ত করে।
- আপনার হাসপাতালে থাকার বিষয়ে যেকোনো সিদ্ধান্তে জড়িত থাকার অধিকার রয়েছে।
- আপনার হাসপাতালের পরিচর্যা গুণমান সম্পর্কে আপনার যেকোনো উদ্বেগ কোথায় রিপোর্ট করবেন।
- যদি আপনার মনে হয় যে আপনাকে খুব তাড়াতাড়ি হাসপাতাল থেকে ছেড়ে দেওয়া হচ্ছে, তাহলে আপনাকে ছাড়ার সিদ্ধান্তের **তাৎক্ষণিক পর্যালোচনা চাওয়ার** অধিকার আপনার। আপনার হাসপাতাল থেকে মুক্তির তারিখ পিছিয়ে দেওয়ার জন্য এটি একটি আনুষ্ঠানিক, আইনি পদ্ধতি, যাতে আমরা আরও বেশি সময়ের জন্য আপনার হাসপাতাল পরিচর্যা খরচ বহন করতে পারি।

2. আপনি যে লিখিত বিজ্ঞপ্তি পেয়েছেন এবং আপনার অধিকারগুলি বোঝেন তা দেখানোর জন্য আপনাকে লিখিত নোটিশে স্বাক্ষর করতে বলা হবে।

- আপনাকে অথবা আপনার পক্ষে কাজ করছেন এমন কাউকে নোটিশে স্বাক্ষর করতে বলা হবে।
- নোটিশে স্বাক্ষর করলে **কেবল** এটাই বোঝা যায় যে আপনি আপনার অধিকার সম্পর্কে তথ্য পেয়েছেন। নোটিশে আপনার মুক্তির তারিখ উল্লেখ নেই। নোটিশে স্বাক্ষর করার **অর্থ** এই **নয়** যে আপনি মুক্তির তারিখে সম্মত হচ্ছেন।

3. নোটিশটির একটি কপি নিজের কাছে রাখুন, যাতে প্রয়োজন হলে আপিল করার (বা পরিচর্যা মান সম্পর্কে কোনো উদ্বেগ জানানোর) তথ্য আপনার কাছে থাকে।

- যদি আপনি আপনার মুক্তির তারিখের 2 ক্যালেন্ডার দিনেরও বেশি আগে নোটিশে স্বাক্ষর করেন, তাহলে আপনাকে ডিসচার্জের সময় নির্ধারণের আগে আরেকটি কপি পাবেন।
- এই নোটিশের একটি কপি আগে থেকে দেখতে, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন। এছাড়াও আপনি অনলাইনে www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im এ নোটিশটি পেতে পারেন।

বিভাগ 8.2 আপনার হাসপাতাল থেকে মুক্তির তারিখ পরিবর্তনের জন্য লেভেল 1-এ কীভাবে আবেদন করবেন

হাসপাতালে ভর্তি রোগীদের জন্য দীর্ঘ সময়ের জন্য পরিষেবা প্রদানের অনুরোধ জানাতে, এই আবেদনটি করার জন্য আপিল প্রক্রিয়াটি ব্যবহার করুন। আপনি শুরু করার আগে, আপনাকে কী করতে হবে এবং সময়সীমা কী তা বুঝুন।

- **প্রক্রিয়াটি অনুসরণ করুন**
- **সময়সীমা মেনে চলুন**
- **আপনার প্রয়োজন হলে সহায়তা চাইতে পারেন।** আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে বা সাহায্যের প্রয়োজন হলে, সদস্য পরিষেবায় (833) 671-0440 নম্বরে ফোন করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে ফোন করুন)। অথবা ব্যক্তিগত সহায়তার জন্য আপনার স্টেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SHIP)-কে ফোন করুন। SHIP যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2, বিভাগ 3 এ পাওয়া যাবে।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

লেভেল 1 আপিলের সময়, কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার আপিল পর্যালোচনা করে। আপনার পরিকল্পিত মুক্তির তারিখটি আপনার পক্ষে চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত কিনা তা পরীক্ষা করে দেখুন।

কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন হল ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদারদের একটি দল যাদের ফেডারেল সরকার অর্থ প্রদান করে Medicare আক্রান্ত ব্যক্তিদের চিকিৎসা সেবার মান পরীক্ষা করে দেখার এবং উন্নত করার জন্য। এর মধ্যে Medicare যুক্ত ব্যক্তিদের জন্য হাসপাতালের ছাড়ের তারিখগুলি পর্যালোচনা করা অন্তর্ভুক্ত। এই বিশেষজ্ঞরা আমাদের পরিকল্পনার অংশ নন।

ধাপ 1: আপনার স্টেটের জন্য গুণমান উন্নয়ন সংস্থার সাথে যোগাযোগ করুন এবং আপনার হাসপাতালের ছাড়ের তাৎক্ষণিক পর্যালোচনা চান। আপনাকে দ্রুত কাজ করতে হবে।

আপনি কিভাবে এই সংস্থার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন?

- আপনি যে লিখিত নোটিশটি পেয়েছেন (আপনার অধিকার সম্পর্কে Medicare এর একটি গুরুত্বপূর্ণ বার্তা) তাতে আপনাকে বলা হয়েছে যে কীভাবে এই সংস্থার কাছে পৌঁছাবেন। অথবা অধ্যায় 2-এ আপনার স্টেটের জন্য গুণমান উন্নতি সংস্থার নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর সন্ধান করুন।

দ্রুত পদক্ষেপ নিন:

- আপনার আপিল করার জন্য, আপনাকে হাসপাতাল ছাড়ার **আগে** এবং আপনার **ডিসচার্জের দিনের মধ্যরাতের মধ্যে** অবশ্যই কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের সাথে যোগাযোগ করতে হবে।
 - **আপনি যদি এই সময়সীমা মেনে চলেন**, তাহলে কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের সিদ্ধান্ত পাওয়ার জন্য অপেক্ষা করার সময় আপনি আপনার মুক্তির তারিখের **পরেও কোনো খরচ ছাড়াই** হাসপাতালে থাকতে পারবেন।
 - **আপনি যদি এই সময়সীমা পূরণ করতে না পারেন**, তাহলে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন। আপনি যদি আপনার নির্ধারিত মুক্তির তারিখের পরেও হাসপাতালে থাকার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে নির্ধারিত মুক্তির তারিখের পর আপনি যে হাসপাতাল পরিচর্যা পাবেন, তার সমস্ত খরচ আপনাকে বহন করতে হতে পারে।

আপনার হাসপাতাল থেকে ছাড়ার তাৎক্ষণিক পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করার পর, মান উন্নয়ন সংস্থা আমাদের সাথে যোগাযোগ করবে। আমাদের সাথে যোগাযোগের পরের দিন দুপুরের মধ্যে আমরা আপনাকে একটি **ডিসচার্জের বিস্তারিত বিজ্ঞপ্তি** দেব। এই নোটিশ আপনার পরিকল্পিত মুক্তির তারিখ দেয় এবং আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং আমরা মনে করি যে সেই তারিখে আপনাকে ছেড়ে দেওয়া সঠিক (চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত) কেন তার কারণগুলো বিস্তারিতভাবে ব্যাখ্যা করে।

আপনি (833) 671-0440 নম্বরে (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে ফোন করুন) অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে ফোন করে **ডিসচার্জের বিস্তারিত বিজ্ঞপ্তির** একটি নমুনা পেতে পারেন। (TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।) অথবা আপনি www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im ওয়েবসাইটে অনলাইনে একটি নমুনা বিজ্ঞপ্তি পেতে পারেন।

ধাপ 2: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার মামলার একটি স্বাধীন পর্যালোচনা পরিচালনা করে।

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের স্বাস্থ্য পেশাদাররা (পর্যালোচকরা) আপনাকে বা আপনার প্রতিনিধিকে জিজ্ঞাসা করবেন যে কেন আপনি মনে করেন যে পরিষেবাগুলির জন্য কভারেজ অব্যাহত থাকা উচিত। আপনাকে লিখিতভাবে কিছু প্রস্তুত করতে হবে না, তবে আপনি চাইলে করতে পারেন।
- পর্যালোচকরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যও দেখবেন, আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলবেন এবং আমরা এবং হাসপাতাল তাদের যে তথ্য দিয়েছি তা পর্যালোচনা করবেন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- পর্যালোচকরা আপনার আপিলের কথা জানানোর পরের দিন দুপুরের মধ্যে, আপনি আমাদের কাছ থেকে একটি লিখিত নোটিশ পাবেন যাতে আপনার পরিকল্পিত মুক্তির তারিখ উল্লেখ থাকবে। এই নোটিশে আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং আমরা মনে করি যে কেন আপনাকে সেই তারিখে ছেড়ে দেওয়া সঠিক (চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত) তার কারণগুলোও বিস্তারিতভাবে ব্যাখ্যা করে।

ধাপ 3: প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য পাওয়ার পর, কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনটি এক পূর্ণ দিনের মধ্যেই আপনার আপিলের উত্তর দেবে।

উত্তর হ্যাঁ হলে কী হবে?

- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি হ্যাঁ বলে, তাহলে যতক্ষণ পর্যন্ত এই পরিষেবাগুলো চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় হবে, ততক্ষণ পর্যন্ত আমাদের আপনার জন্য আওতাভুক্ত হাসপাতালে ভর্তি রোগী পরিষেবাগুলো প্রদান করে যেতে হবে।
- আপনাকে আপনার খরচের অংশ পরিশোধ করতে হবে (যেমন ডিডাক্টিবল বা কো-পেমেন্ট, যদি এটি প্রযোজ্য হয়)। এছাড়াও, আপনার আওতাভুক্ত করা হাসপাতালের পরিষেবাগুলিতে সীমাবদ্ধতা থাকতে পারে।

উত্তর না হলে কী হবে?

- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা না বলে, তাহলে তারা বলছে যে আপনার পরিকল্পিত মুক্তির তারিখ চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত। যদি এটি ঘটে থাকে তবে আপনার হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিষেবাগুলোর জন্য আমাদের কভারেজটি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনাকে আপনার আপিলের উত্তর দেওয়ার পরের দিন দুপুরে শেষ হবে।
- যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা আপনার আপিলটি প্রত্যাখ্যান করে এবং আপনি হাসপাতালে থাকার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার আপিলের উত্তর দেওয়ার পরের দিনের দুপুর 12 p.m. পর থেকে আপনি যে হাসপাতাল পরিচর্যা পাবেন, তার সম্পূর্ণ খরচ আপনাকে বহন করতে হতে পারে।

ধাপ 4: যদি আপনার লেভেল 1 আপিলের উত্তর না হয় তাহলে আপনি অন্য আবেদন করতে চান কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।

- যদি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার আপিলটি প্রত্যাখ্যান করে দেয় এবং আপনার নির্ধারিত মুক্তির তারিখের পরেও আপনি হাসপাতালে থাকেন, তাহলে আপনি আরেকটি আপিল করতে পারবেন। আরেকটি আপিল করার অর্থ হল আপনি আপিল প্রক্রিয়ার লেভেলে 2-এ যাচ্ছেন।

বিভাগ 8.3 আপনার হাসপাতাল থেকে মুক্তির তারিখ পরিবর্তনের জন্য লেভেল 2-এ কীভাবে আবেদন করবেন

লেভেল 2 আপিলের সময়, আপনি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনকে আপনার প্রথম আপিলের সিদ্ধান্তটি আবার পর্যালোচনা করতে বলবেন। যদি গুণমান উন্নয়ন সংস্থা আপনার লেভেল 2 আপিল প্রত্যাখ্যান করে, তাহলে আপনাকে আপনার পরিকল্পিত মুক্তির তারিখের পরে আপনার থাকার জন্য সম্পূর্ণ খরচ দিতে হতে পারে।

ধাপ 1: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন এর সাথে পুনরায় যোগাযোগ করুন এবং আরেকটি পর্যালোচনার জন্য জিজ্ঞাসা করুন।

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার লেভেল 1 আপিলটি প্রত্যাখ্যান করার দিন থেকে 60 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আপনাকে অবশ্যই এই পর্যালোচনার জন্য আবেদন করতে হবে। আপনার পরিচর্যার কভারেজ শেষ হওয়ার তারিখের পরে যদি আপনি হাসপাতালে থাকেন তবেই আপনি এই পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করতে পারবেন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

ধাপ 2: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার পরিস্থিতির দ্বিতীয় পর্যালোচনা করে থাকে।

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের পর্যালোচকরা আপনার আবেদনের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য পুনরায় যত্ন সহকারে দেখে রাখবে।

ধাপ 3: লেভেল 2 আপিলের জন্য আপনার অনুরোধ প্রাপ্তির 14 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে, পর্যালোচকরা আপনার আপিলের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেবেন এবং আপনাকে তাদের সিদ্ধান্ত জানাবেন।

যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা বলে:

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন কর্তৃক আপনার প্রথম আপিল খারিজ হওয়ার পরের দিন দুপুর থেকে আপনার হাসপাতালের যত্নের খরচের আমাদের অংশ আপনাকে ফেরত দিতে হবে। যতক্ষণ চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন, ততক্ষণ পর্যন্ত আমাদের আপনার হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যার কভারেজ প্রদান অব্যাহত রাখতে হবে।
- আপনাকে অবশ্যই আপনার খরচের অংশ প্রদান করতে হবে এবং কভারেজের সীমাবদ্ধতা প্রযোজ্য হতে পারে।

যদি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা না বলে:

- এর মানে তারা আপনার লেভেল 1 আপিলের সিদ্ধান্তের সাথে একমত।
- আপনি যে নোটিশটি পাবেন তাতে লিখিতভাবে বলা থাকবে যে আপনি যদি পর্যালোচনা প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চান তবে আপনি কী করতে পারেন।

ধাপ 4: যদি উত্তর না হয়, তাহলে আপনাকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনি লেভেল 3-এ গিয়ে আপনার আপিলটি আরও এগিয়ে নিয়ে যেতে চান কিনা।

- লেভেল 2-এর পরে আপিল প্রক্রিয়ায় আরও 3টি স্তর রয়েছে (মোট 5টি লেভেলের আপিলের জন্য)। যদি আপনি লেভেল 3 আপিলে যেতে চান, তাহলে লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্তের পরে আপনি যে লিখিত বিজ্ঞপ্তি পাবেন তাতে কিভাবে এটি করতে হবে তার বিস্তারিত তথ্য থাকবে।
- লেভেল 3 আপিল একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারকের মাধ্যমে পরিচালিত হয়। **বিভাগ 10-এ** আপিল প্রক্রিয়ার স্তর 3, 4 এবং 5 সম্পর্কে আরও বিস্তারিত আলোচনা করা হয়েছে।

বিভাগ 9 আপনি যদি মনে করেন যে আপনার কভারেজ খুব শীঘ্রই শেষ হয়ে যাচ্ছে তাহলে নির্দিষ্ট চিকিৎসা পরিষেবাগুলো কভার করতে কিভাবে আমাদেরকে জানাবেন

আপনি যখন গৃহ স্বাস্থ্য পরিষেবা, বিশেষজ্ঞ নার্সিং সেবা, বা পুনর্বাসন সেবা (কম্প্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফেসিলিটি) গ্রহণ করেন, তখন আপনার এই অধিকার আছে যে, আপনার অসুস্থতা বা আঘাত নির্ণয় ও চিকিৎসার জন্য যতক্ষণ এই পরিচর্যার প্রয়োজন হবে, ততক্ষণ পর্যন্ত আপনি সেই ধরনের সেবা পেতে থাকবেন।

যখন আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে আপনার জন্য 3 ধরনের পরিচর্যার যেকোনো একটির আওতা বন্ধ করার সময় এসেছে, তখন আমাদের আপনাকে আগে থেকেই জানাতে হবে। যখন আপনার সেই পরিচর্যার কভারেজ শেষ হবে, তখন আমরা আপনার পরিচর্যার জন্য টাকা দেওয়া বন্ধ করে দেব।

যদি আপনি মনে করেন যে আমরা আপনার পরিচর্যার কভারেজ খুব তাড়াতাড়ি শেষ করে দিচ্ছি, তাহলে আপনি আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন। এই বিভাগটি আপনাকে বলে যে কিভাবে একটি আপিলের জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**বিভাগ 9.1 আপনার কভারেজ কখন শেষ হবে তা আমরা আপনাকে আগেই জানিয়ে দেব****আইনী শর্তাবলী:**

Medicare নন-কভারেজ সম্পর্কে নোটিশ। এটি আপনাকে বলে দেবে কীভাবে আপনি দ্রুত আপিলের জন্য আবেদন করতে পারেন। আপনার চিকিৎসা কখন বন্ধ করতে হবে সে সম্পর্কে আমাদের কভারেজ সিদ্ধান্তের পরিবর্তনের জন্য দ্রুত আপিলের জন্য অনুরোধ করা একটি আনুষ্ঠানিক, আইনি উপায়।

1. আমাদের পরিকল্পনা আপনার চিকিৎসার খরচ বন্ধ করার কমপক্ষে 2 দিন আগে **আপনাকে লিখিত নোটিশ দেওয়া হবে**। নোটিশটি আপনাকে বলে:
 - যে তারিখে আমরা আপনার পরিচর্যার খরচ বহন করা বন্ধ করব।
 - আপনার চিকিৎসার খরচ আরও দীর্ঘ সময়ের জন্য আমাদের কাছে রাখার জন্য কীভাবে দ্রুত আপিলের আবেদন করবেন?
2. আপনাকে, অথবা আপনার পক্ষে কাজ করা কাউকে, লিখিত বিজ্ঞপ্তি এ স্বাক্ষর করতে বলা হবে যাতে দেখা যায় যে আপনি এটি পেয়েছেন। নোটিশে স্বাক্ষর করলেই শুধুমাত্র বোঝা যায় যে আপনার কভারেজ কখন বন্ধ হবে সে সম্পর্কে আপনি তথ্য পেয়েছেন। স্বাক্ষর করার অর্থ এই নয় যে আপনি আমাদের পরিকল্পনার পরিচর্যা বন্ধ করার সিদ্ধান্তের সাথে একমত।

বিভাগ 9.2 আমাদের পরিকল্পনাটি দীর্ঘ সময়ের জন্য আপনার পরিচর্যার জন্য কীভাবে লেভেল 1 আবেদন করবেন

আপনি যদি আমাদের কাছে দীর্ঘ সময়ের জন্য আপনার চিকিৎসার খরচ চাইতে চান, তাহলে এই অনুরোধটি করার জন্য আপনাকে আপিল প্রক্রিয়া ব্যবহার করতে হবে। আপনি শুরু করার আগে, আপনাকে কী করতে হবে এবং সময়সীমা কী তা বুঝুন।

- প্রক্রিয়াটি অনুসরণ করুন
- সময়সীমা মেনে চলুন
- আপনার প্রয়োজন হলে সহায়তা চাইতে পারেন। আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে বা সাহায্যের প্রয়োজন হলে, সদস্য পরিষেবায় (833) 671-0440 নম্বরে ফোন করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে ফোন করুন)। অথবা ব্যক্তিগত সহায়তার জন্য আপনার স্টেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SHIP)-কে ফোন করুন। SHIP যোগাযোগের তথ্য অধ্যায় 2, বিভাগ 3 এ পাওয়া যাবে।

লেভেল 1 আপিলের সময়, কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার আপিল পর্যালোচনা করে। আপনার যত্নের শেষ তারিখ চিকিৎসার উপযুক্ত কিনা এটি তা নির্ধারণ করে।

কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন হল ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা বিশেষজ্ঞদের একটি দল যাদের ফেডারেল সরকার পেমেন্ট করে Medicare-এর আওতাভুক্ত ব্যক্তিদের পরিচর্যার মান পরীক্ষা করে উন্নত করতে সাহায্য করার জন্য। কখন কিছু নির্দিষ্ট ধরনের চিকিৎসা সেবা কভার বন্ধ করা হবে তা এই পরিকল্পনার সিদ্ধান্ত পর্যালোচনার এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত আছে। এই বিশেষজ্ঞরা আমাদের পরিকল্পনার অংশ নন।

ধাপ 1: আপনার লেভেল 1 আপিল করুন: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের সাথে যোগাযোগ করুন এবং ফাস্ট-ট্র্যাক আপিলের জন্য বলুন। আপনাকে দ্রুত কাজ করতে হবে।

আপনি কিভাবে এই সংস্কার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন?

- আপনি যে লিখিত নোটিশটি পেয়েছেন (*Medicare নন-কভারেজের নোটিশ*) তাতে আপনাকে বলা হয়েছে যে কীভাবে এই সংস্কার সাথে যোগাযোগ করবেন। অথবা অধ্যায় 2-এ আপনার স্টেটের জন্য গুণমান উন্নতি সংস্কার নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর সন্ধান করুন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**দ্রুত পদক্ষেপ নিন:**

- আপনার আপিল শুরু করতে আপনাকে Medicare অন-কভারেজ নোটিশের কার্যকর তারিখের আগের দিনের দুপুর পর্যন্ত কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনে যোগাযোগ করতে হবে।
- যদি আপনি সময়সীমা মিস করেন এবং আপিল করতে চান, তবুও আপনার আপিলের অধিকার থাকবে। আপনার মান উন্নয়ন সংস্থার সাথে যোগাযোগ করুন।

ধাপ 2: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার মামলার একটি স্বাধীন পর্যালোচনা পরিচালনা করে।**আইনী শর্তাবলী:**

নন-কভারেজের বিস্তারিত ব্যাখ্যা। কভারেজ শেষ করার কারণ সম্পর্কে বিস্তারিত তথ্য প্রদানকারী বিজ্ঞপ্তি।

এই রিভিউ এর সময় কি ঘটে থাকে?

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের স্বাস্থ্য পেশাদাররা (পর্যালোচকরা) আপনাকে বা আপনার প্রতিনিধিকে জিজ্ঞাসা করবেন যে কেন আপনি মনে করেন যে পরিষেবাগুলির জন্য কভারেজ অব্যাহত থাকা উচিত। আপনাকে লিখিতভাবে কিছু প্রস্তুত করতে হবে না, তবে আপনি চাইলে করতে পারেন।
- স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থাটি আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যও দেখবে, আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলবে এবং আমাদের পরিকল্পনা তাদের যে তথ্য দেবে তা পর্যালোচনা করবে।
- পর্যালোচকরা আপনার আপিলের কথা আমাদের জানানোর দিন শেষে, আপনি আমাদের কাছ থেকে **অ-কভারেজের বিস্তারিত ব্যাখ্যা** পাবেন যা আপনার পরিষেবাগুলির জন্য আমাদের কভারেজ বন্ধ করার কারণগুলি বিস্তারিতভাবে ব্যাখ্যা করে।

ধাপ 3: প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য পাওয়ার পর, পর্যালোচকরা আপনাকে তাদের সিদ্ধান্ত জানাবেন।**পর্যালোচনাকারীরা হ্যাঁ বললে কী হবে?**

- যদি পর্যালোচকরা আপনার আপিলের প্রতি হ্যাঁ বলেন, তাহলে আমাদের অবশ্যই আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবা প্রদান চালিয়ে যেতে হবে যতক্ষণ এটি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়।
- আপনাকে আপনার খরচের অংশ পরিশোধ করতে হবে (যেমন ডিডাক্টিবল বা কো-পেমেন্ট, যদি এটি প্রযোজ্য হয়)। আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলিতে সীমাবদ্ধতা থাকতে পারে।

পর্যালোচনাকারীরা না বললে কী হবে?

- যদি পর্যালোচকরা না বলেন, তাহলে আপনার কভারেজটি আমরা আপনাকে যে তারিখে বলেছি সেই তারিখেই শেষ হয়ে যাবে।
- আপনার কভারেজ শেষ হওয়ার এই তারিখের পরেও যদি আপনি গৃহ স্বাস্থ্য কেয়ার, অথবা দক্ষ নার্সিং সুবিধা পরিচর্যা, অথবা কম্প্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফেসিলিটি (CORF) পরিষেবা পেতে চান, তাহলে আপনাকে এই পরিচর্যার সম্পূর্ণ খরচ নিজেই দিতে হবে।

ধাপ 4: যদি আপনার লেভেল 1 আপিলের উত্তর না হয় তাহলে আপনি অন্য আবেদন করতে চান কিনা তা সিদ্ধান্ত নিন।

- যদি পর্যালোচকরা আপনার লেভেল 1 এর আপিল না করেন - এবং আপনার কভারেজ শেষ হওয়ার পরেও আপনি পরিচর্যা নেওয়া চালিয়ে যেতে চান, তাহলে আপনি লেভেল 2 এর আপিল করতে পারেন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**বিভাগ 9.3 আমাদের পরিকল্পনাটি দীর্ঘ সময়ের জন্য আপনার পরিচর্যার জন্য কীভাবে লেভেল 2 আবেদন করবেন**

একটি লেভেল 2 আপিলের সময় আপনি Quality Improvement Organization-কে আপনার প্রথম আপিলের সিদ্ধান্তটি পুনঃবিবেচনা করার অনুরোধ করতে পারেন। যদি কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার লেভেল 2 এর আপিল প্রত্যাখ্যান করে, তাহলে আপনার কভারেজ শেষ হওয়ার তারিখের পরে আপনাকে আপনার গৃহ স্বাস্থ্য কেয়ার, অথবা দক্ষ নার্সিং সুবিধা পরিচর্যা, অথবা কম্প্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফেসিলিটি (CORF) পরিষেবার সম্পূর্ণ খরচ দিতে হতে পারে।

ধাপ 1: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন এর সাথে পুনরায় যোগাযোগ করুন এবং আরেকটি পর্যালোচনার জন্য জিজ্ঞাসা করুন।

- যেদিন কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার লেভেল 1 আপিল না করেছে, সেই দিনের **60 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে** আপনাকে এই পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করতে হবে। আপনার কভারেজ শেষ হওয়ার তারিখের পরেও যদি আপনি পরিচর্যার নিতে থাকেন তবেই আপনি এই পর্যালোচনার জন্য অনুরোধ করতে পারবেন।

ধাপ 2: কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশন আপনার পরিস্থিতির দ্বিতীয় পর্যালোচনা করে থাকে।

- কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট অর্গানাইজেশনের পর্যালোচকরা আপনার আবেদনের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য পুনরায় যত্ন সহকারে দেখে রাখবে।

ধাপ 3: আপনার আপিলের অনুরোধ প্রাপ্তির 14 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে, পর্যালোচকরা আপনার আপিলের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেবেন এবং আপনাকে তার সিদ্ধান্ত জানাবেন।

স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা যদি হ্যাঁ বলে তাহলে কী হবে?

- আমরা যেদিন বলেছিলাম যে আপনার কভারেজ শেষ হবে, সেই দিন থেকে আপনি যে পরিচর্যার খরচ পেয়েছেন তার অংশের জন্য আমাদের অবশ্যই **আপনাকে ফেরত দিতে হবে।** যতক্ষণ চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন, ততক্ষণ আমাদের পরিচর্যার জন্য কভারেজ **প্রদান অব্যাহত রাখতে হবে।**
- আপনাকে অবশ্যই খরচের আপনার অংশ বহন করা চালিয়ে যেতে হবে এবং আওতাভুক্তিতে কিছু পরিমাণে নিষেধাজ্ঞা প্রযোজ্য থাকতে পারে।

স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা যদি না বলে তাহলে কী হবে?

- এর অর্থ হল আপনার লেভেল 1 আপিল-এর ক্ষেত্রে যে সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়েছিল তারা তার সাথে একমত।
- আপনি যে নোটিশটি পাবেন তাতে লিখিতভাবে বলা থাকবে যে আপনি যদি পর্যালোচনা প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চান তবে আপনি কী করতে পারেন। এটি আপনাকে পরবর্তী স্তরের আপিল কীভাবে করতে হবে সে সম্পর্কে বিস্তারিত জানাবে, যা একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারক দ্বারা পরিচালিত হয়।

ধাপ 4: যদি উত্তর না হয়, তাহলে আপনাকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনি আপনার আপিল আরও এগিয়ে নিতে চান কিনা।

- লেভেল 2-এর পরে আপিলের আরও 3টি অতিরিক্ত লেভেল রয়েছে, মোট 5টি স্তরের আপিলের জন্য। যদি আপনি লেভেল 3 আপিলে যেতে চান, তাহলে লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্তের পরে আপনি যে লিখিত বিজ্ঞপ্তি পাবেন তাতে কীভাবে এটি করতে হবে তার বিস্তারিত তথ্য থাকবে।
- লেভেল 3 আপিল একজন প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারকের মাধ্যমে পরিচালিত হয়। এই অধ্যায়ের **বিভাগ 10** লেভেল 3, 4 এবং 5 নম্বর আপিলের প্রক্রিয়া সম্পর্কে আরও বলে।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**বিভাগ 10 আপনার আপিলকে 3, 4 এবং 5 স্তরে নিয়ে যাওয়া****বিভাগ 10.1 চিকিৎসাগত পরিষেবার অনুরোধের জন্য লেভেল 3, 4 এবং 5-এর আপিল**

যদি আপনি লেভেল 1 এবং লেভেল 2 এর আপিল করেন এবং আপনার উভয় আপিলই খারিজ হয়ে যায়, তাহলে এই বিভাগটি আপনার জন্য উপযুক্ত হতে পারে।

আপনার আপিল করা জিনিসপত্র বা চিকিৎসা পরিষেবার ডলার মূল্য যদি নির্দিষ্ট ন্যূনতম স্তর পূরণ করে, তাহলে আপনি আপিলের অতিরিক্ত স্তরে যেতে পারবেন। যদি ডলারের মূল্য সর্বনিম্ন স্তরের চেয়ে কম হয়, তাহলে আপনি আর আপিল করতে পারবেন না। আপনার লেভেল 2 আপিলের লিখিত উত্তরে আপনি ব্যাখ্যা করবেন কিভাবে লেভেল 3 আপিল করতে হয়।

আপিল সম্পর্কিত বেশিরভাগ পরিস্থিতিতে, আপিলের শেষ 3 লেভেল প্রথম 2 লেভেল মতোই কাজ করে। এই প্রতিটি লেভেলে আপনার আপিলের পর্যালোচনা কারা পরিচালনা করেন তা এখানে দেওয়া হল।

লেভেল 3 আপিল

ফেডারেল সরকারের পক্ষে কর্মরত একজন **প্রশাসনিক আইনি বিচারক** অথবা একজন আইনজীবী বিচারক আপনার আপিল পর্যালোচনা করবেন এবং আপনাকে উত্তর দেবেন।

- **যদি প্রশাসনিক আইনি বিচারক বা আইনজীবী বিচারক আপনার আপিলের প্রতি হ্যাঁ বলেন, তাহলে আপিল প্রক্রিয়া শেষ হতেও পারে, আবার নাও হতে পারে।** লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্তের বিপরীতে, আমাদের লেভেল 3 এর সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আছে যা আপনার পক্ষে অনুকূল। আমরা আপিল করার সিদ্ধান্ত নিলে এটি লেভেল 4 আপিলে যাবে।
 - যদি আমরা আপিল না করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারকের সিদ্ধান্ত পাওয়ার 60 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আমাদের অবশ্যই আপনাকে চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদানের অনুমোদন দিতে হবে।
 - যদি আমরা সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে আমরা আপনাকে লেভেল 4 আপিল অনুরোধের একটি কপি, সাথে থাকা যেকোনো নথিপত্র পাঠাবো। বিবাদে চিকিৎসা সেবা অনুমোদন বা প্রদান করার আগে আমরা লেভেল 4 আপিলের সিদ্ধান্তের জন্য অপেক্ষা করতে পারি।
- **যদি প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারক আপনার আপিলের প্রতি না বলেন, তাহলে আপিল প্রক্রিয়া শেষ হতেও পারে, আবার নাও হতে পারে।**
 - যদি আপনি আপনার আপিল খারিজ করে এমন সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে আপিল প্রক্রিয়া শেষ হয়ে যাবে।
 - যদি আপনি সিদ্ধান্তটি মেনে নিতে না চান, তাহলে আপনি পর্যালোচনা প্রক্রিয়ার পরবর্তী স্তরে যেতে পারেন। একটি লেভেল 4 আপিল করার জন্য আপনাকে কি করতে হবে সে বিষয়ে নোটিশে ব্যাখ্যা দেয়া থাকবে।

লেভেল 4 আপিল

Medicare আপিল কাউন্সিল (কাউন্সিল) আপনার আপিল পর্যালোচনা করবে এবং আপনাকে উত্তর দেবে। কাউন্সিলটি ফেডারেল সরকারের একটি অংশ।

- **যদি উত্তর হ্যাঁ হয়, অথবা কাউন্সিল যদি অনুকূল লেভেল 3 আপিল সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা করার জন্য আমাদের অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করে, তাহলে আপিল প্রক্রিয়া শেষ হতেও পারে, আবার নাও হতে পারে।** আপনার জন্য অনুকূল একটি সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য লেভেল 4 আপিলের ক্ষেত্রে অনুরোধ করার অধিকার আমাদের আছে, লেভেল 2 এ আমরা এমনটি করতে পারি না। এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে লেভেল 5-এ আপিল করব কিনা তা আমরা সিদ্ধান্ত নেব।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- যদি আমরা সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল না করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে কাউন্সিলের সিদ্ধান্ত পাওয়ার 60 ক্যালেন্ডার দিনগুলির মধ্যে আমাদের অবশ্যই আপনাকে চিকিৎসা পরিচর্যার প্রদানের অনুমোদন দিতে হবে।
- যদি আমরা সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে জানাব।
- **যদি উত্তর না হয় অথবা কাউন্সিল পর্যালোচনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করে, তাহলে আপিল প্রক্রিয়া শেষ হতেও পারে, আবার নাও হতে পারে।**
 - আপনার আপিল নাকচ করা এই সিদ্ধান্ত যদি আপনি মেনে নিতে চান তবে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যায়।
 - যদি আপনি সিদ্ধান্তটি মেনে নিতে না চান, তাহলে আপনি পর্যালোচনা প্রক্রিয়ার পরবর্তী স্তরে যেতে পারেন। কাউন্সিল যদি আপনার আপিল নাকচ করে দেয় তবে আপনি যে নোটিশ পাবেন তার মধ্যে নিয়ম অনুযায়ী আপনি লেভেল 5 আপিল করতে পারবেন কিনা কিংবা কিভাবে লেভেল 5 আপিল চলমান রাখবেন সে বিষয়ে আপনাকে জানানো হবে।

লেভেল 5 আপিল

ফেডারেল জেলা আদালতের একজন বিচারক আপনার আপিল পর্যালোচনা করবেন।

- একজন বিচারক সমস্ত তথ্য পর্যালোচনা করবেন এবং আপনার অনুরোধের জন্য হ্যাঁ বা না সিদ্ধান্ত নেবেন। এটাই চূড়ান্ত উত্তর। Federal District Court-এর পরে আর কোন লেভেলের আপিল নেই।

সেকশন 10.2 অতিরিক্ত Medicaid আপিল

আপনার আপিল যদি এমন কোন পরিষেবা কিংবা পণ্যের ব্যাপারে হয় যার আওতাভুক্তি সাধারণত Medicaid প্রদান করে থাকে তবে আপনার হয়তো অন্যান্য আপিলের অধিকার আছে। ন্যায্য শুনানি অফিস থেকে আপনি যে চিঠিটি পাবেন তাতে আপনাকে বলা হবে যে আপিল প্রক্রিয়া চালিয়ে যেতে চাইলে কী করতে হবে।

সেকশন 10.3 পার্ট D ওষুধের অনুরোধের জন্য লেভেল 3, 4 এবং 5-এর আপিল

যদি আপনি লেভেল 1 এবং লেভেল 2 এর আপিল করেন এবং আপনার উভয় আপিলই খারিজ হয়ে যায়, তাহলে এই বিভাগটি আপনার জন্য উপযুক্ত হতে পারে।

আপনার আপিল করা ওষুধের মূল্য যদি একটি নির্দিষ্ট ডলার পরিমাণের সাথে মেলে, তাহলে আপনি আপিলের অতিরিক্ত স্তরে যেতে পারবেন। যদি ডলারের পরিমাণ কম হয়, তাহলে আপনি আর আপিল করতে পারবেন না। আপনার লেভেল 2 আপিলের লিখিত উত্তরে আপনি ব্যাখ্যা করবেন যে কার সাথে যোগাযোগ করতে হবে এবং লেভেল 3 আপিলের জন্য কী করতে হবে।

আপিল সম্পর্কিত বেশিরভাগ পরিস্থিতিতে, আপিলের শেষ 3 লেভেল প্রথম 2 লেভেল মতোই কাজ করে। এই প্রতিটি লেভেলে আপনার আপিলের পর্যালোচনা করা পরিচালনা করেন তা এখানে দেওয়া হল।

লেভেল 3 আপিল

ফেডারেল সরকারের পক্ষে কর্মরত একজন প্রশাসনিক আইনি বিচারক অথবা একজন আইনজীবী বিচারক আপনার আপিল পর্যালোচনা করবেন এবং আপনাকে উত্তর দেবেন।

- **উত্তর হ্যাঁ হলে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যাবে।** প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারকের দ্বারা অনুমোদিত ওষুধের কভারেজটি আমাদের অবশ্যই অনুমোদন বা প্রদান করতে হবে 72 ঘন্টার মধ্যে (দ্রুত আপিলের জন্য 24 ঘণ্টা) অথবা আমরা সিদ্ধান্ত প্রাপ্তির 30 ক্যালেন্ডার দিনের পরে অর্থপ্রদান করতে পারি না।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- যদি প্রশাসনিক আইন বিচারক বা আইনজীবী বিচারক আপনার আপিলের প্রতি না বলেন, তাহলে আপিল প্রক্রিয়া শেষ হতেও পারে, আবার নাও হতে পারে।
 - আপনার আপিল নাকচ করা এই সিদ্ধান্ত যদি আপনি মেনে নিতে চান তবে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যায়।
 - যদি আপনি সিদ্ধান্তটি মেনে নিতে না চান, তাহলে আপনি পর্যালোচনা প্রক্রিয়ার পরবর্তী স্তরে যেতে পারেন। একটি লেভেল 4 আপিল করার জন্য আপনাকে কি করতে হবে সে বিষয়ে নোটিশে ব্যাখ্যা দেয়া থাকবে।

লেভেল 4 আপিল

Medicare আপিল কাউন্সিল (কাউন্সিল) আপনার আপিল পর্যালোচনা করবে এবং আপনাকে উত্তর দেবে। কাউন্সিলটি ফেডারেল সরকারের একটি অংশ।

- **উত্তর হ্যাঁ হলে আপিল প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হয়ে যাবে।** কাউন্সিল কর্তৃক অনুমোদিত ওষুধের কভারেজ আমাদের 72 ঘন্টার মধ্যে (দ্রুত আপিলের জন্য 24 ঘন্টা) অনুমোদন করতে হবে অথবা প্রদান করতে হবে অথবা সিদ্ধান্ত পাওয়ার 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে অর্থ প্রদান করতে হবে।
- **যদি উত্তর না হয় অথবা কাউন্সিল পর্যালোচনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করে, তাহলে আপিল প্রক্রিয়া শেষ হতেও পারে, আবার নাও হতে পারে।**
 - যদি আপনি আপনার আপিল খারিজ করে এমন সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে আপিল প্রক্রিয়া শেষ হয়ে যাবে।
 - যদি আপনি সিদ্ধান্তটি মেনে নিতে না চান, তাহলে আপনি পর্যালোচনা প্রক্রিয়ার পরবর্তী স্তরে যেতে পারেন। কাউন্সিল যদি আপনার আপিল নাকচ করে দেয় তবে আপনি যে নোটিশ পাবেন তার মধ্যে নিয়ম অনুযায়ী আপনি লেভেল 5 আপিল করতে পারবেন কিনা কিংবা কিভাবে লেভেল 5 আপিল চলমান রাখবেন সে বিষয়ে আপনাকে জানানো হবে।

লেভেল 5 আপিল

ফেডারেল জেলা আদালতের একজন বিচারক আপনার আপিল পর্যালোচনা করবেন।

- একজন বিচারক সমস্ত তথ্য পর্যালোচনা করবেন এবং আপনার অনুরোধের জন্য হ্যাঁ বা না সিদ্ধান্ত নেবেন। এটাই চূড়ান্ত উত্তর। Federal District Court-এর পরে আর কোন লেভেলের আপিল নেই।

অভিযোগ করা

বিভাগ 11 কীভাবে পরিচর্যার মান, অপেক্ষার সময়, গ্রাহক পরিষেবা, বা অন্যান্য উদ্বেগ সম্পর্কে অভিযোগ করবেন

ধারা 11.1 অভিযোগ প্রক্রিয়ার মাধ্যমে কী ধরনের সমস্যা সমাধান করা হয়

অভিযোগ প্রক্রিয়াটি শুধুমাত্র নির্দিষ্ট ধরনের সমস্যার জন্য ব্যবহৃত হয়। এর মধ্যে রয়েছে পরিচর্যার মান, অপেক্ষার সময় এবং গ্রাহক পরিষেবা সম্পর্কিত সমস্যা। অভিযোগ প্রক্রিয়া-এর মধ্যে কোন ধরনের সমস্যার সমাধান করা হয় এখানে তার কিছু উদাহরণ দেয়া হলো

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

অভিযোগ	উদাহরণ
আপনার চিকিৎসাগত পরিচর্যার গুণগত মান	<ul style="list-style-type: none"> আপনি কি আপনার চিকিৎসার মান (হাসপাতালের চিকিৎসা সহ) নিয়ে অসন্তুষ্ট?
আপনার গোপনীয়তার সম্মান করা	<ul style="list-style-type: none"> কেউ কি আপনার গোপনীয়তার অধিকারকে সম্মান করেনি কিংবা গোপন তথ্য শেয়ার করেছে?
অসম্মান, দুর্বল গ্রাহক পরিষেবা বা অন্যান্য নেতিবাচক আচরণ	<ul style="list-style-type: none"> কেও কি আপনার প্রতি রূঢ় আচরণ করেছে কিংবা আপনাকে অসম্মান করেছে? আমাদের সদস্য পরিষেবা-তে কি পানি খুশি নন? আপনি কি মনে করেন যে আপনাকে আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করতে উৎসাহিত করা হচ্ছে?
অপেক্ষার সময়	<ul style="list-style-type: none"> অ্যাপয়েন্টমেন্ট পাওয়ার ক্ষেত্রে কিংবা পাওয়ার জন্য দীর্ঘ সময় অপেক্ষা করার মতো সমস্যা আপনার হচ্ছে কি? আপনার ডাক্তার, ফার্মাসিস্ট বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পেশাদাররা কি খুব দীর্ঘ সময় আপনাকে অপেক্ষা করিয়েছেন? অথবা আমাদের সদস্য পরিষেবাগুলিতে বা আমাদের পরিকল্পনার অন্যান্য কর্মীদের দ্বারা? <ul style="list-style-type: none"> এর উদাহরণের মধ্যে ফোনে, ওয়েটিং অথবা এক্সাম রুমে অথবা প্রেসক্রিপশন পাওয়ার ক্ষেত্রে অনেকক্ষণ অপেক্ষা করা অন্তর্ভুক্ত।
পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা	<ul style="list-style-type: none"> একটি ক্লিনিক, হাসপাতাল অথবা ডাক্তারের কার্যালয়ের পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা অথবা অবস্থায় কি আপনি খুশি নন?
আমাদের কাছে থেকে আপনি যে তথ্য পান	<ul style="list-style-type: none"> আমরা কি আপনাকে কোনো প্রয়োজনীয় নোটিশ দিতে ব্যর্থ হয়েছি? আমাদের লিখিত আঁকারে প্রদান করা তথ্য বুঝতে সমস্যা হয় কি?
সময়োপযোগীতা (এই ধরনের অভিযোগগুলি কভারেজ সিদ্ধান্ত এবং আপিল সম্পর্কিত আমাদের পদক্ষেপের সময়োপযোগীতা সম্পর্কে)	<p>যদি আপনি কভারেজের সিদ্ধান্তের জন্য অনুরোধ করেন বা আপিল করেন এবং আপনার মনে হয় আমরা যথেষ্ট দ্রুত সাড়া দিচ্ছি না, তাহলে আপনি আমাদের ধীরগতির বিষয়ে অভিযোগ করতে পারেন। কিছু উদাহরণ দেখানো হলো:</p> <ul style="list-style-type: none"> আপনি আমাদের কাছে দ্রুত কভারেজের সিদ্ধান্ত অথবা দ্রুত আপিলের জন্য অনুরোধ করেছিলেন, এবং আমরা বলেছিলাম না; আপনি অভিযোগ করতে পারেন। আপনি যদি মনে করেন যে আমরা কভারেজের সিদ্ধান্ত বা আপিলের সময়সীমা পূরণ করছি না; আপনি অভিযোগ করতে পারেন। আপনি যদি মনে করেন যে আমরা অনুমোদিত কিছু চিকিৎসা সামগ্রী বা পরিষেবা বা ওষুধের জন্য আপনাকে কভারেজ বা প্রতিদান দেওয়ার সময়সীমা পূরণ করছি না; আপনি অভিযোগ করতে পারেন। আপনি যদি মনে করেন যে আমরা স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থায় আপনার মামলা ফরওয়ার্ড করার জন্য প্রয়োজনীয় সময়সীমা পূরণ করতে ব্যর্থ হয়েছি; তবে আপনি একটি অভিযোগ করতে পারেন।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)**সেকশন 11.2 কীভাবে একটি অভিযোগ করবেন****আইনী শর্তাবলী:**

একটি অভিযোগকে নালিশও বলা হয়।

একটি অভিযোগ করা বলতে নালিশ জমা দেওয়া বোঝায়।

অভিযোগ করার প্রক্রিয়া ব্যবহার করা বলতে নালিশ করার জন্য প্রক্রিয়া ব্যবহার করা বোঝায়।

একটি দ্রুত অভিযোগকে ত্বরান্বিত নালিশ বলা হয়।

ধাপ 1: তৎক্ষণাত্ আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন – ফোনে কিংবা লিখিত আঁকারে।

- (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করা (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) সাধারণত প্রথম পদক্ষেপ। যদি আপনার আর কিছু করার প্রয়োজন হয়, তাহলে সদস্য পরিষেবা আপনাকে জানাবে।
- যদি আপনি ফোন করতে না চান (অথবা ফোন করে সন্তুষ্ট না হন), তাহলে আপনি আপনার অভিযোগ লিখিতভাবে আমাদের কাছে পাঠাতে পারেন। আপনি যদি আপনার অভিযোগ লিখিতভাবে জানান, আমরা আপনার অভিযোগের লিখিতভাবে জবাব দেব।
- আমরা ফোনে আপনার সাথে কথা বলার মাধ্যমে আপনার সমস্যার সমাধান করার চেষ্টা করতে পারি। আপনি যদি লিখিত আঁকারে প্রতিক্রিয়া পেতে, লিখিত অভিযোগ দায়ের করতে অথবা আপনার অভিযোগ যদি পরিচর্যার মান সম্পর্কিত হয়ে থাকে তবে আমরা আপনাকে লিখিত আঁকারে প্রতিক্রিয়া জানাবো। আমরা যদি ফোন কলে আপনার সমস্যার সমাধান করতে না পারি তবে আপনার অভিযোগ পর্যালোচনা করার জন্য আমাদের কাছে আনুষ্ঠানিক প্রক্রিয়া আছে। আমরা এটিকে আমাদের সদস্য অভিযোগ প্রক্রিয়া বলে থাকি।
- আপনি অথবা আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধি-এর কাছে এই অধিকার আছে যে আপনারা, যখনই Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) প্রাতিষ্ঠানিক সিদ্ধান্ত নেয়ার ক্ষেত্রে কিংবা পুনঃবিবেচনার ক্ষেত্রে সময় বাড়িয়ে নেয় অথবা যখন আমরা যখন একটি প্রাতিষ্ঠানিক সিদ্ধান্ত অথবা পুনঃবিবেচনার জন্য ত্বরান্বিত অনুরোধ নাকচ করে দেই তখনই একটি ত্বরান্বিত অভিযোগ দায়ের করতে পারবেন। (আওতাভুক্তি সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেয়ার ক্ষেত্রে অথবা আপিল-এর মধ্যে পার্ট B অথবা পার্ট D গুণ্ডা আছে কিনা সে সিদ্ধান্ত নেয়ার ক্ষেত্রে আমরা সময় বাড়িয়ে নিতে পারবো না।) Senior Whole Health OF New York NHC (HMO D-SNP) এ সকল ত্বরান্বিত অভিযোগ পাওয়ার (24) ঘণ্টার মধ্যে প্রতিক্রিয়া জানাবে।
- আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার উপরে ভিত্তি করে যতটা দ্রুত সম্ভব আমাদেরকে অবশ্যই আপনার অভিযোগের সমাধান করতে হবে তবে আপনার অভিযোগ পাওয়ার 30 দিনের মধ্যেই এমনটি করা হবে। আপনি যদি সময় বৃদ্ধি করতে চান অথবা আমাদের যদি আরো অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হয় এবং বিলম্ব যদি আপনার সর্বোচ্চ স্বার্থে হয়ে থাকে তবে আমরা সময়সীমাটি 14 দিন করে বৃদ্ধি করবো।
- আপনি কল করুন বা লিখুন, আপনার অবিলম্বে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) কল করা উচিত। আপনি যে সমস্যা নিয়ে অভিযোগ করতে চান, সে সমস্যা হওয়ার পরে যেকোনো সময় আপনি অভিযোগটি করতে পারবেন।

ধাপ 2: আমরা আপনার অভিযোগটির পর্যালোচনা করি এবং আপনাকে সিদ্ধান্ত জানাই।

- যদি সম্ভব হয়, আমরা এখনই আপনাকে উত্তর দেব। আপনি যদি অভিযোগ নিয়ে আমাদের কাছে কল করেন তবে আমরা হয়তো আপনাকে সে ফোন কলেই একটি উত্তর দিয়ে দিতে পারবো।

অধ্যায় 9: যদি আপনার কোনো সমস্যা বা অভিযোগ থাকে (সিদ্ধান্ত, আপিল, অভিযোগ কভারেজ)

- **30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে বেশিরভাগ অভিযোগের সমাধান করা হয়।** আমাদের যদি আরো অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হয় এবং বিলম্ব যদি আপনার সর্বোচ্চ স্বার্থে হয়ে থাকে অথবা আপনি যদি সময় বৃদ্ধি করতে চান তবে আপনার অভিযোগের সমাধান করার ক্ষেত্রে আমরা 14 ক্যালেন্ডার দিন পর্যন্ত সময় নিতে পারি (মোট 44 ক্যালেন্ডার দিন)। যদি আমরা অতিরিক্ত দিন নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে জানাবো।
- **যদি আপনি দ্রুত কভারেজ সিদ্ধান্ত বা দ্রুত আপিলের জন্য আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করার কারণে অভিযোগ করেন, তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে দ্রুত অভিযোগ জানাব।** যদি আপনার দ্রুত অভিযোগ থাকে, তাহলে এর অর্থ হল আমরা আপনাকে 24 ঘন্টার মধ্যে উত্তর দেব।
- **যদি আমরা আপনার কিছু বা সমস্ত অভিযোগের সাথে একমত না হই** অথবা আপনি যে সমস্যার বিষয়ে অভিযোগ করছেন তার দায়িত্ব না নিই, তাহলে আমরা আপনার প্রতি আমাদের প্রতিক্রিয়ায় আমাদের কারণগুলি অন্তর্ভুক্ত করব।

বিভাগ 11.3 আপনি পরিচর্যার মান উন্নয়নকারী সংস্থার কাছে পরিচর্যার মান সম্পর্কে অভিযোগ করতে পারেন

যখন আপনার অভিযোগ পরিচর্যার মান সম্পর্কে হয়, তখন আপনার কাছে আরও দুটি বিকল্প থাকে:

- **আপনি গুণগত মান উন্নয়নকারী সংস্থার কাছে সরাসরি আপনার অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।** গুণমান উন্নয়ন সংস্থা হল অনুশীলনরত ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা বিশেষজ্ঞদের একটি দল যাদের Medicare-এর রোগীদের প্রদান করা পরিচর্যা দেখতে এবং উন্নত করতে ফেডারেল সরকার বেতন দেয়। অধ্যায় 2 এ যোগাযোগের তথ্য রয়েছে।

অথবা

- **গুণমান উন্নয়নকারী সংস্থা এবং আমাদের দুইজনের কাছেই আপনি আপনার অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।**

সেকশন 11.4 আপনি আপনার অভিযোগ সম্পর্কে Medicare এবং Medicaid-কেও জানাতে পারেন

আপনি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সম্পর্কে সরাসরি Medicare বরাবর অভিযোগ জমা দিতে পারেন। Medicare এর কাছে অভিযোগ জমা দিতে, www.Medicare.gov/my/medicare-complaint ওয়েবসাইটে যান। আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরেও কল করতে পারেন। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।

অধ্যায় 10: আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে**অধ্যায় 10:****আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে****বিভাগ 1 আমাদের পরিকল্পনার আপনার সদস্যপদ বাতিল করার বিষয়ে ধারণা**

স্বেচ্ছায় (আপনার নিজের ইচ্ছায়) অথবা **অনিচ্ছাকৃতভাবে** (আপনার নিজের ইচ্ছায় নয়) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এ আপনার সদস্যপদ সমাপ্ত হয়ে যাওয়া:

- আপনি হয়তো আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করতে পারেন কারণ আপনি চলে যেতে চান। ধারা 2 এবং 3 আপনার সদস্যপদ স্বেচ্ছায় ত্যাগ করার বিষয়ে তথ্য প্রদান করে।
- এমন কিছু সীমিত পরিস্থিতিও আছে যেখানে আমাদের আপনার সদস্যপদ শেষ করতে হবে বিভাগ 5 আপনাকে এমন অবস্থার কথা বলে যেখানে আমাদেরকে আপনার সদস্যপদ বাতিল করে দিতে হয়।

যদি আপনি আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করেন, তাহলে আমাদের পরিকল্পনা আপনাকে চিকিৎসা পরিচর্যা এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধের সরবরাহ করতে থাকবে এবং আপনার সদস্যপদ শেষ না হওয়া পর্যন্ত আপনাকে আপনার খরচের অংশ প্রদান করতে হবে।

বিভাগ 2 আপনি কখন আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন?**বিভাগ 2.1 আপনার Medicare এবং Medicaid থাকার কারণে আপনি আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন।**

- Medicare-ধারী বেশিরভাগ ব্যক্তি শুধুমাত্র বছরের নির্দিষ্ট সময়ে পরিকল্পনা থেকে তাদের সদস্যপদ বাতিল করতে পারবেন। যেহেতু আপনার Medicaid আছে, তাই আপনি বছরের যে কোনো মাসে নিম্নলিখিত Medicare বিকল্পগুলির মধ্যে একটি বেছে নিয়ে আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন:
 - একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনা সহ Original Medicare,
 - আলাদা Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনা ছাড়াই Original Medicare (যদি আপনি এই বিকল্পটি বেছে নেন এবং অতিরিক্ত সহায়তা পান, তাহলে Medicare আপনাকে একটি ওষুধের পরিকল্পনায় তালিকাভুক্ত করতে পারে, যদি না আপনি স্বয়ংক্রিয় তালিকাভুক্তি থেকে বেরিয়ে আসেন।), অথবা
 - যোগ্য হলে, একটি সমন্বিত D-SNP যা আপনার Medicare এবং আপনার সমস্ত Medicaid সুবিধা এবং পরিষেবা একটি প্ল্যানের মধ্যই প্রদান করে।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনি Medicare ওষুধের কভারেজ থেকে নাম প্রত্যাহার করেন, আর অতিরিক্ত সাহায্য না পান, এবং একটানা 63 দিন বা তার বেশি সময় ধরে বিশ্বাসযোগ্য ওষুধের কভারেজ ছাড়াই থাকেন, তাহলে আপনি যদি পরে Medicare ওষুধের পরিকল্পনায় যোগদান করেন তবে আপনাকে পার্ট ডি দেহিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা দিতে হতে পারে।

- আপনার Medicaid পরিকল্পনার বিকল্পগুলি সম্পর্কে জানতে আপনার স্টেট Medicaid অফিসে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন।

অধ্যায় 10: আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে

- **ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কালে** অন্যান্য Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনার বিকল্পগুলি উপলব্ধ। বিভাগ 2.2 আপনাকে ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কাল সম্পর্কে আরও জানায়।
- **আপনার পরিকল্পনা পরিবর্তনের অনুরোধ পাওয়ার পর, সাধারণত মাসের প্রথম দিনে আপনার সদস্যপদ শেষ হয়ে যাবে।** নতুন পরিকল্পনায় আপনার তালিকাভুক্তি একই দিনে শুরু হবে।

বিভাগ 2.2 আপনি ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কালে আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন

প্রতি বছর **ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কালে** আপনি আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন। এই সময়ের মধ্যে আপনার স্বাস্থ্য এবং ওষুধের কভারেজের পর্যালোচনা করুন এবং পরবর্তী বছরের আওতাভুক্তি সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিন।

- **ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কাল 15 অক্টোবর থেকে 7 ডিসেম্বর পর্যন্ত।**
- **আপনার বর্তমান আওতাভুক্তি চালিয়ে যাওয়ার অথবা পরবর্তী বছরের জন্য আপনার আওতাভুক্তিতে পরিবর্তন নিয়ে আসার সিদ্ধান্ত নিন।** আপনি যদি নতুন একটি পরিকল্পনায় পরিবর্তন করতে চান তবে আপনি নিম্নে উল্লেখিত যেকোন একটি ধরনের পরিকল্পনা বেছে নিতে পারেন:
 - আরেকটি Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনা, ওষুধের কভারেজ সহ বা ছাড়াই।
 - একটি পৃথক Medicare ওষুধের পরিকল্পনা সহ Original Medicare
 - একটি পৃথক Medicare ওষুধের পরিকল্পনা ছাড়া Original Medicare।
 - যোগ্য হলে, একটি সমন্বিত D-SNP যা আপনার Medicare এবং আপনার সমস্ত Medicaid সুবিধা এবং পরিষেবা একটি প্ল্যানের মধ্যই প্রদান করে।

আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য পে করতে আপনি Medicare থেকে অতিরিক্ত সহায়তা পাবেন:

যদি আপনি Original Medicare-এ চলে যান এবং আলাদা Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনা নথিভুক্ত না হন, তাহলে Medicare আপনাকে একটি ওষুধের পরিকল্পনায় নথিভুক্ত করতে পারে, যদি না আপনি স্বয়ংক্রিয় তালিকাভুক্তি থেকে বেরিয়ে আসেন।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনি Medicare ওষুধের কভারেজ থেকে বঞ্চিত হন, আর অতিরিক্ত সহায়তা পাবেন না এবং পরপর 63 দিন বা তার বেশি সময় ধরে বিশ্বাসযোগ্য ওষুধের কভারেজ ছাড়াই চলে যান, তাহলে আপনি যদি পরে কোনও Medicare ওষুধের পরিকল্পনা যোগ দেন তবে আপনাকে পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তি জরিমানা দিতে হতে পারে।

- **জানুয়ারির 1 তারিখে যখন আপনার নতুন প্ল্যানে আওতাভুক্তি শুরু হয় তখন আমাদের প্ল্যানে আপনার আওতাভুক্তি শেষ হয়।**

বিভাগ 2.3 Medicare Advantage ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কালে আপনি আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন।

Medicare Advantage ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কালে সময় আপনি প্রতি বছর আপনার স্বাস্থ্য কভারেজে একটি পরিবর্তন করতে পারেন।

- **Medicare Advantage ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কাল** হল 1লা জানুয়ারি থেকে 31শে মার্চ পর্যন্ত এবং নতুন Medicare সুবিধাভোগীদের জন্য যারা MA প্ল্যানে নথিভুক্ত হয়েছেন, পার্ট A এবং পার্ট B-এর এনটাইটেলমেন্টের মাস থেকে এনটাইটেলমেন্টের 3য় মাসের শেষ দিন পর্যন্ত।
- **Medicare Advantage ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কালে** আপনি যা করতে পারবেন:
 - ওষুধের কভারেজ সহ বা ছাড়াই অন্য Medicare Advantage পরিকল্পনায় সুইচ করুন।
 - আমাদের পরিকল্পনা থেকে নাম প্রত্যাহার করুন এবং Original Medicare-এর মাধ্যমে কভারেজ পান। এই সময়ের মধ্যে আপনি যদি Original Medicare এ সুইচ করেন, তাহলে একই সময়ে আপনি একটি পৃথক মেডিক্যারে ওষুধের পরিকল্পনা যোগ দিতে পারেন।

অধ্যায় 10: আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে

- আপনি অন্য কোনো Medicare Advantage পরিকল্পনায় নথিভুক্ত হওয়ার পর মাসের প্রথম দিনে **আপনার সদস্যপদ শেষ হয়ে যাবে**, অথবা আমরা আপনার Original Medicare-এ সুইচ করার অনুরোধ পাব। আপনি যদি Medicare ওষুধের পরিকল্পনায় নাম নথিভুক্ত করার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে ওষুধের পরিকল্পনায় আপনার তালিকাভুক্তির অনুরোধ পাওয়ার পর মাসের প্রথম দিন থেকে আপনার সদস্যপদ শুরু হবে।

বিভাগ 2.4 কিছু পরিস্থিতিতে, আপনি একটি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কালে আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন।

নির্দিষ্ট কোনো পরিস্থিতিতে, আপনি বছরের অন্য যেকোনো সময়ে আপনার সদস্যপদ বাতিল করার যোগ্য হতে পারেন। এটিকে বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কাল বলা হয়।

যদি নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে আপনার জন্য প্রযোজ্য হয় তবে আপনি একটি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কালে আপনার সদস্যপদ শেষ করা হতে পারে। এগুলি কেবল উদাহরণ। সম্পূর্ণ তালিকার জন্য আপনি আমাদের পরিকল্পনার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন, Medicare-এ কল করতে পারেন, অথবা www.Medicare.gov ভিজিট করতে পারেন।

- সাধারণত, যখন আপনি কোথাও যান
- আপনার যদি New York Medicaid থাকে
- আপনি যদি অতিরিক্ত সাহায্যের জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার Medicare ওষুধের কভারেজের জন্য অর্থ প্রদান করুন
- যদি আমরা আপনার সাথে আমাদের চুক্তি ভঙ্গ করি
- যদি আপনি কোনো প্রতিষ্ঠানে, যেমন নার্সিং হোম বা দীর্ঘমেয়াদী যত্ন (LTC) হাসপাতালে চিকিৎসা গ্রহণ করেন
- যদি আপনি বয়স্কদের জন্য অল-ইনক্লুসিভ কেয়ার প্রোগ্রামে (PACE) তালিকাভুক্ত হন।
- দ্রষ্টব্য:** আপনি যদি কোনো ওষুধ ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রামে থাকেন, তাহলে আপনি কেবলমাত্র নির্দিষ্ট কিছু বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কালের জন্য যোগ্য হতে পারেন। অধ্যায় 5, বিভাগ 10 আপনাকে মাদক ব্যবস্থাপনা কর্মসূচি সম্পর্কে আরও জানায়।
- দ্রষ্টব্য:** বিভাগ 2.1 আপনাকে Medicaid-এর আওতাভুক্ত ব্যক্তিদের জন্য বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কাল সম্পর্কে আরও জানায়।

আপনার পরিস্থিতির উপর নির্ভর করে তালিকাভুক্তির সময়কাল পরিবর্তিত হয়।

আপনি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কালের জন্য যোগ্য কিনা তা জানতে, 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) নম্বরে Medicare-এ কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন। যদি আপনি কোনো বিশেষ পরিস্থিতির কারণে আপনার সদস্যপদ বাতিল করার যোগ্য হন, তাহলে আপনি আপনার Medicare স্বাস্থ্য কভারেজ এবং ওষুধের কভারেজ উভয়ই পরিবর্তন করতে পারেন। আপনি নির্বাচন করতে পারেন:

- আরেকটি Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনা, ওষুধের কভারেজ সহ বা ছাড়াই,
- একটি পৃথক Medicare ওষুধের পরিকল্পনা সহ Original Medicare,
- একটি পৃথক Medicare ওষুধের পরিকল্পনা ছাড়া Original Medicare।
- যোগ্য হলে, একটি সমন্বিত D-SNP যা আপনার Medicare এবং আপনার সমস্ত Medicaid সুবিধা এবং পরিষেবা একটি প্ল্যানের মধ্যই প্রদান করে।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনি Medicare ওষুধের কভারেজ থেকে বঞ্চিত হন, আর অতিরিক্ত সহায়তা পাবেন না এবং পরপর 63 দিন বা তার বেশি সময় ধরে বিশ্বাসযোগ্য ওষুধের কভারেজ ছাড়াই চলে যান, তাহলে আপনি যদি পরে কোনও Medicare ওষুধের পরিকল্পনা যোগ দেন তবে আপনাকে পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তি জরিমানা দিতে হতে পারে।

অধ্যায় 10: আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে

আপনার ওষুধের কভারেজের ওষুধের জন্য যদি আপনি Medicare থেকে অতিরিক্ত সাহায্য পান: আপনি যদি Original Medicare-এ চলে যান এবং আলাদা Medicare ওষুধের পরিকল্পনায় নথিভুক্ত না হন, তাহলে Medicare আপনাকে একটি ওষুধের পরিকল্পনায় নথিভুক্ত করতে পারে, যদি না আপনি স্বয়ংক্রিয় তালিকাভুক্তি থেকে বেরিয়ে যান।

আমাদের পরিকল্পনা পরিবর্তনের অনুরোধের পর আপনার সদস্যপদ সাধারণত মাসের প্রথম দিনে শেষ হয়ে যাবে।

দ্রষ্টব্য: সেকশন 2.1 এবং 2.2 আপনাকে Medicaid এবং অতিরিক্ত সহায়তা পাওয়া ব্যক্তিদের জন্য বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কাল সম্পর্কে অবগত করে।

বিভাগ 2.5 আপনার সদস্যপদ কখন শেষ করতে পারবেন সে সম্পর্কে আরও তথ্য পান

আপনার সদস্যপদ বাতিল করার বিষয়ে যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনি যা করতে পারেন:

- **সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।**
- *Medicare & You 2026* হ্যান্ডবুকে তথ্যটি খুঁজুন।
- **Medicare-এ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন)।**

বিভাগ 3 আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ কীভাবে শেষ করবেন

নিচের সারণীতে ব্যাখ্যা করা হয়েছে কিভাবে আপনি আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন।

আমাদের পরিকল্পনা থেকে এতে স্যুইচ করতে: কী করতে হবে তা এখানে রইল:	
অন্য Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনা	<ul style="list-style-type: none"> • নতুন Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় নাম তালিকাভুক্ত করুন। • আপনার নতুন পরিকল্পনার কভারেজ শুরু হলে আপনাকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) থেকে বাদ দেওয়া হবে।
একটি পৃথক Medicare ওষুধের পরিকল্পনা সহ Original Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • নতুন Medicare ওষুধের পরিকল্পনায় নাম নথিভুক্ত করুন। • আপনার নতুন ওষুধের পরিকল্পনার কভারেজ শুরু হলে আপনাকে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) থেকে বাদ দেওয়া হবে।

অধ্যায় 10: আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে**আমাদের পরিকল্পনা থেকে এতে সুইচ করতে: কী করতে হবে তা এখানে রইল:**

একটি পৃথক Medicare ওষুধের পরিকল্পনা ছাড়া
Original Medicare

- **নথিভুক্তিকরণ বাতিলের জন্য আমাদের কাছে লিখিতভাবে অনুরোধ পাঠান।** এটি কীভাবে করবেন সে সম্পর্কে আরও তথ্যের প্রয়োজন হলে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।
- আপনি **Medicare**-কে 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে তালিকা থেকে বাদ পড়ার অনুরোধ করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।
- Original Medicare-এ আপনার কভারেজ শুরু হলে আপনাকে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) থেকে বাদ দেওয়া হবে।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনি Medicare ওষুধের কভারেজ থেকে বঞ্চিত হন, আর অতিরিক্ত সহায়তা পাবেন না এবং পরপর 63 দিন বা তার বেশি সময় ধরে বিশ্বাসযোগ্য ওষুধের কভারেজ ছাড়াই চলে যান, তাহলে আপনি যদি পরে কোনও Medicare ওষুধের পরিকল্পনা যোগ দেন তবে আপনাকে পার্ট D দেরিতে তালিকাভুক্তি জরিমানা দিতে হতে পারে।

আপনার Medicaid সুবিধা সম্পর্কে প্রশ্নের জন্য, New York Medicaid এর সাথে (800) 505-5678, Nassau কাউন্টি ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেস (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond কাউন্টি হিউম্যান রিসোর্সেস অ্যাডমিনিস্ট্রেশন/ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেস (718) 557-1399, Orange কাউন্টি ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেস (845) 291-4000, Rockland কাউন্টি ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেস (845) 364-3040 অথবা Westchester কাউন্টি ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেস (914) 995-3333, সোমবার - শুক্রবার, 8:30 a.m. – 8 p.m., শনিবার সকাল 10 a.m. – 6 p.m. এর মধ্যে যোগাযোগ করুন। অন্য পরিকল্পনায় যোগদান বা Original Medicare-এ ফিরে যাওয়া আপনার Medicaid কভারেজ পাওয়ার উপর কীভাবে প্রভাব ফেলবে তা জিজ্ঞাসা করুন।

বিভাগ 4 **আপনার সদস্যপদ শেষ না হওয়া পর্যন্ত, আপনাকে আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে আপনার চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং ওষুধ পেতে হবে**

আপনার Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্যপদ শেষ না হওয়া পর্যন্ত এবং আপনার নতুন Medicare কভারেজ শুরু না হওয়া পর্যন্ত, আপনাকে আমাদের পরিকল্পনার মাধ্যমে আপনার চিকিৎসা সামগ্রী, পরিষেবা এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধের পেতে হবে।

- চিকিৎসা পরিচর্যা পেতে আমাদের নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের ব্যবহার করা চালিয়ে যান।
- আপনার প্রেসক্রিপশন পূরণ করতে আমাদের নেটওয়ার্ক ফার্মেসীর ব্যবহার চালিয়ে যান।
- যদি আপনার সদস্যপদ শেষ হওয়ার দিন আপনি হাসপাতালে ভর্তি হন, তাহলে আপনার হাসপাতাল থাকার খরচ আমাদের পরিকল্পনার আওতায় আসবে যতক্ষণ না আপনি ছুটি পান (এমনকি যদি আপনার নতুন স্বাস্থ্য কভারেজ শুরু হওয়ার পরেও আপনাকে ছুটি দেওয়া হয়)।

অধ্যায় 10: আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে**বিভাগ 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কে কিছু পরিস্থিতিতে আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করতে হবে**

নিম্নলিখিত কোনো ঘটনা ঘটলে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) কে আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ বাতিল করতে হবে:

- যদি আপনার আর Medicare পার্ট A এবং পার্ট B না থাকে।
- যদি আপনি আর Medicaid এর জন্য যোগ্য না হন। অধ্যায় 1, বিভাগ 2.1-এ অনুযায়ী আমাদের প্ল্যান এমন ব্যক্তির জন্য যারা Medicare এবং Medicaid উভয়ের জন্য যোগ্য। যখন Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) নির্ধারণ করে যে আপনি আর বিশেষ যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করেন না, তখন আপনি সম্ভাব্য তালিকাভুক্তি বাতিলের কারণ উল্লেখ করে একটি বিজ্ঞপ্তি পত্র পাবেন। প্লানে আপনার সদস্যপদ যোগ্যতা পুনর্বিবেচনার জন্য প্রতিক্রিয়া জানাতে চিঠির তারিখ থেকে আপনার কাছে 6 মাস অর্থাৎ (180 দিন) সময় থাকবে।
- আপনি আমাদের পরিষেবা এলাকা ছেড়ে স্থানান্তরিত হলে।
- আপনি যদি 6 মাসেরও বেশি সময় ধরে আমাদের পরিষেবা এলাকা থেকে দূরে থাকেন
 - যদি আপনি অন্যত্র চলে যান বা দীর্ঘ ভ্রমণে যান, তাহলে (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) এবং জানতে পারেন যে আপনি যে স্থানে যাচ্ছেন বা ভ্রমণ করছেন সেটি আমাদের পরিকল্পনার এলাকায় আছে কিনা।
- আপনি যদি বন্দী হন (কারাগারে যান)
- যদি আপনি আর মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক না হন বা আইনত মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থাকেন না
- যদি আপনি মিথ্যা বলেন বা অন্যান্য বীমা সম্পর্কে তথ্য গোপন করেন, আপনার কাছে তা আছে যা ওষুধের কভারেজ প্রদান করে।
- আমাদের প্লানে তালিকাভুক্ত হওয়ার সময় আপনি যদি ইচ্ছাকৃতভাবে আমাদের কোনো ভুল তথ্য দেন তাহলে সেই তথ্য আমাদের প্লানের জন্য আপনার যোগ্যতাকে প্রভাবিত করবে। যদি আপনি আর মার্কিন নাগরিক না হন বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থাকেন না
- আপনি যদি ক্রমাগত এমনভাবে আচরণ করেন যা বিঘ্নিত হয় আপনার ও আমাদের প্লানের অন্যান্য সদস্যদের জন্য চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদান করা আমাদের পক্ষে অত্যাগত কঠিন হয়ে পড়ে। যদি আপনি আর মার্কিন নাগরিক না হন বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থাকেন না
- আপনি অন্য যে কাউকে চিকিৎসা পরিচর্যা পেতে আপনার সদস্যপদ কার্ডটি ব্যবহার করতে দিতে পারেন। যদি আপনি আর মার্কিন নাগরিক না হন বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থাকেন না
 - আমরা যদি কোনো কারণে আপনার সদস্যপদ বাতিল করি তবে Medicare আপনার কেসটি ইন্সপেক্টর জেনারেলের মাধ্যমে তদন্ত করতে পারে।
- আপনার আয় অনুযায়ী আপনাকে অতিরিক্ত পার্ট D পরিমাণ অর্থ প্রদান করতে হবে এবং আপনি তা প্রদান না করে থাকলে Medicare আপনাকে আমাদের প্লানে তালিকাভুক্ত করবে না।

আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে অথবা আমরা কখন আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারি সে সম্পর্কে আরও তথ্য জানতে চান, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

বিভাগ 5.1 স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কোনো কারণে আমরা আপনাকে আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করতে বলতে পারি না।

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর অনুযায়ী আপনাকে কোনো স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত কারণে আমাদের প্লান থেকে চলে যেতে বলার অনুমতি দেয় না।

অধ্যায় 10: আমাদের পরিকল্পনার সদস্যপদ শেষ করা হচ্ছে

যদি এমনটি ঘটে তাহলে আপনাকে কী করা উচিত?

যদি আপনার মনে হয় যে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কোনো কারণে আপনাকে আমাদের পরিকল্পনা থেকে বেরিয়ে যেতে বলা হচ্ছে, তাহলে 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে Medicare-এ কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল করুন।

বিভাগ 5.2 আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ শেষ করলে আপনার অভিযোগ করার অধিকার আছে।

যদি আমাদের প্ল্যানে আমরা আপনার সদস্যপদ বাতিল করি তাহলে আপনার সদস্যপদ বাতিল করার জন্য যে কারণগুলি রয়েছে তা লিখিতভাবে আপনাকে অবশ্যই আমাদের জানাতে হবে। আমাদের অবশ্যই ব্যাখ্যা করতে হবে যে আপনি কিভাবে আমাদের সদস্যতা বাতিল করার সিদ্ধান্ত সম্পর্কে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন বা অভিযোগ করতে পারেন।

অধ্যায় 11: লিগ্যাল নোটিশ**অধ্যায় 11:
লিগ্যাল নোটিশ****বিভাগ 1 শাসন আইন সম্পর্কিত নোটিশ**

এই কভারেজের প্রমাণ এর নথির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য প্রধান আইন হল সামাজিক নিরাপত্তা আইনের শিরোনাম XVIII এবং সেন্টার ফর Medicare অ্যান্ড Medicaid সার্ভিসেস (CMS) দ্বারা সামাজিক নিরাপত্তা আইনের অধীনে তৈরি প্রবিধান। এছাড়াও, অন্যান্য ফেডারেল আইন প্রযোজ্য হতে পারে এবং নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে, আপনি যে রাজ্যে বাস করেন সেই রাজ্যের আইনও প্রযোজ্য হতে পারে। এই নথিতে আইনগুলি অন্তর্ভুক্ত বা ব্যাখ্যা না করা হলেও এটি আপনার অধিকার এবং দায়িত্বগুলিকে প্রভাবিত করতে পারে।

বিভাগ 2 বৈষম্যহীনতা সম্বন্ধে বিজ্ঞপ্তি

আমরা জাতি, জাতিগততা, জাতীয় উৎপত্তি, রঙ, ধর্ম, লিঙ্গ, বয়স, মানসিক বা শারীরিক অক্ষমতা, স্বাস্থ্যের অবস্থা, দাবির অভিজ্ঞতা, চিকিৎসার ইতিহাস, জেনেটিক তথ্য, বীমাযোগ্যতার প্রমাণ, অথবা পরিষেবা এলাকার ভৌগোলিক অবস্থানের ভিত্তিতে **বৈষম্য করি না**। আমাদের প্ল্যানের মতো Medicare Advantage প্ল্যান প্রদানকারী সকল সংস্থাকে অবশ্যই বৈষম্যের বিরুদ্ধে ফেডারেল আইনগুলি মেনে চলতে হবে, যার মধ্যে রয়েছে 1964 সালের নাগরিক অধিকার আইনের শিরোনাম VI, 1973 সালের পুনর্বাসন আইন, 1975 সালের বয়স বৈষম্য আইন, প্রতিবন্ধী আমেরিকানদের আইন, সশ্রয়ী মূল্যের যত্ন আইনের ধারা 1557, ফেডারেল তহবিল প্রাপ্ত সংস্থাগুলিতে প্রযোজ্য অন্যান্য সকল আইন এবং অন্য কোনো আইন ও বিধি যা অন্য কোনো কারণে প্রযোজ্য হতে পারে।

যদি আপনার আরও তথ্যের প্রয়োজন হয় অথবা বৈষম্য বা অন্যায় আচরণ সম্পর্কে আপনার কোনো উদ্বেগ থাকে, তাহলে Department of Health and Human Services এর **নাগরিক অধিকার অফিসে** 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) নম্বরে অথবা আপনার স্থানীয় নাগরিক অধিকার অফিসে কল করুন। আপনি www.HHS.gov/ocr/index.html ওয়েবসাইটে Department of Health and Human Services এর নাগরিক অধিকার অফিসের তথ্য পর্যালোচনা করতে পারেন।

যদি আপনার কোনো অক্ষমতা থাকে এবং পরিচর্যার সুবিধা পেতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)। আপনার যদি কোনো অভিযোগ থাকে, যেমন হুইলচেয়ার অ্যাক্সেসের সমস্যা তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলি আপনাকে সাহায্য করতে পারে।

বিভাগ 3 Medicare সেকেন্ডারি পেয়ার সাবরোগেশন অধিকার সম্পর্কে নোটিশ

Medicare যে পরিষেবাগুলির জন্য প্রাথমিক অর্থ প্রদানকারী নয়, সেগুলির জন্য আওতাভুক্ত Medicare পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ সংগ্রহ করার অধিকার এবং দায়িত্ব আমাদের রয়েছে। 42 CFR এর ধারা 422.108 এবং 423.462-এর CMS প্রবিধান অনুসারে, Medicare Advantage অর্গানাইজেশন হিসেবে, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 42 CFR-এর 411 অংশের উপ-অংশ B থেকে D-তে CMS প্রবিধানের অধীনে সচিবের মতো পুনরুদ্ধারের একই অধিকার প্রয়োগ করবে এবং এই বিভাগে প্রতিষ্ঠিত নিয়মগুলি যেকোনো রাজ্য আইনকে বাতিল করে।

অধ্যায় 12: সংজ্ঞা

অধ্যায় 12:

সংজ্ঞা

অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সেন্টার - একটি অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সেন্টার হল এমন একটি সত্তা যা কেবলমাত্র হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন নেই এমন রোগীদের বহির্বিভাগীয় অস্ত্রোপচার পরিষেবা প্রদানের উদ্দেশ্যে কাজ করে এবং যাদের কেন্দ্রে থাকার প্রত্যাশিত সময়কাল 24 বছরের বেশি নয়।

আপিল - আপিল হল এমন কিছু যা আপনি করেন যদি আপনি স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা বা প্রেসক্রিপশন ড্রাগগুলির কভারেজের জন্য অনুরোধ বা আপনি ইতিমধ্যেই প্রাপ্ত পরিষেবা বা ওষুধের জন্য অর্থ প্রদানের অনুরোধ অস্বীকার করেন অথবা আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন। আপনি যদি আমাদের পরিষেবা বন্ধ করার সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন, তাহলে আপনি আপিলও করতে পারেন।

সুবিধার সময়কাল - আমাদের প্ল্যান এবং Original Medicare উভয়ই আপনার হাসপাতাল এবং দক্ষ নার্সিং সুবিধা (SNF) পরিষেবাগুলির ব্যবহার পরিমাপ করে। আপনি যে সময় হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধা পান সে সময় থেকেই একটি সুবিধার সময়কাল শুরু হয়। যখন আপনি টানা 60 দিন ধরে কোনো হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা (অথবা SNF-তে দক্ষ পরিচর্যা) না পান, তখন সুবিধার সময়কাল শেষ হয়ে যায়। আপনি যদি একটি সুবিধার সময়কাল শেষ হওয়ার পরে কোনো হাসপাতাল বা দক্ষ নার্সিং সুবিধায় যান তবে একটি নতুন সুবিধার সময়কাল শুরু হয়। সুবিধার সময়কালের কোনো সীমা নেই।

জৈবিক পণ্য - একটি প্রেসক্রিপশনের ওষুধ যা প্রকৃতি এবং জীবজন্তুর কোষ, উদ্ভিদের কোষ, ব্যাকটেরিয়া বা ইস্টের মতো জীবন্ত প্রাণীর উৎসে থেকে তৈরি করা হয়। জৈবিক পণ্যগুলি অন্যান্য ওষুধের তুলনায় জটিল এবং ছবছ অনুলিপি করা যায় না, তাই বিকল্প রূপগুলিকে বায়োসিমিলার বলা হয়। ("**আসল জৈবিক পণ্য**" এবং "**বায়োসিমিলার**" বিভাগে যান)।

বায়োসিমিলার - একটি প্রেসক্রিপশন ওষুধ যা আসল বায়োলজিক্যাল প্রোডাক্টগুলোর সাথে যথাযথ মিল থাকলেও ভিন্ন নয় বলে মনে করা হয়। জৈবসদৃশগুলো জৈবিক পণ্যের মতোই নিরাপদ এবং কার্যকর। কিছু বায়োসিমিলার ফার্মেসিতে মূল জৈবিক পণ্যের পরিবর্তে নতুন প্রেসক্রিপশন ছাড়াই প্রতিস্থাপন করা যেতে পারে ("**ইন্টারচেঞ্জবল বায়োসিমিলার**" বিভাগে যান)।

ব্র্যান্ড নামের ওষুধ - একটি প্রেসক্রিপশন ওষুধ যা ফার্মাসিউটিক্যাল কোম্পানি যেটি মূলত ওষুধটি গবেষণা এবং বিকাশ করেছিল সেটি দ্বারা তৈরি এবং বিক্রি করা হয়। ব্র্যান্ড নামের ড্রাগগুলিতে ওষুধের জেনেরিক সংস্করণ হিসেবে একই সক্রিয়-উপাদানের সূত্র রয়েছে। তবে, জেনেরিক ড্রাগগুলি অন্যান্য ওষুধ প্রস্তুতকারকদের মাধ্যমে উৎপাদিত এবং বিক্রয় করা হয় এবং ব্র্যান্ড নামের ওষুধের পেটেন্টের মেয়াদ শেষ না হওয়া পর্যন্ত সাধারণত উপলভ্য নয়।

বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায় - পার্ট D ওষুধের বেনিফিটের পর্যায়টি শুরু হয় যখন আপনি (বা আপনার পক্ষে অন্যান্য যোগ্য পক্ষ) আওতাভুক্ত বছরে পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য \$2,100 মার্কিন ডলার ব্যয় করেছেন।

Medicare এবং Medicaid পরিষেবাগুলোর কেন্দ্র (CMS) - ফেডারেল এজেন্সি যা Medicare পরিচালনা করে।

কোইন্সুরেন্স - পরিষেবা বা প্রেসক্রিপশন ওষুধের ব্যয়ের আপনার অংশ শতাংশ প্রতি (উদাহরণস্বরূপ 20%) হিসাবে প্রকাশ করা একটি পরিমাণ আপনাকে প্রদান করতে হতে পারে।

অভিযোগ - অভিযোগ দায়েরের আনুষ্ঠানিক নাম হল **অভিযোগ দাখিল করা**। অভিযোগ প্রক্রিয়া শুধুমাত্র কোনো নির্দিষ্ট ধরনের সমস্যার জন্য ব্যবহার করা হয়। এর মধ্যে রয়েছে যত্নের মান, অপেক্ষার সময় এবং আপনি যে গ্রাহক পরিষেবা পান সে সম্পর্কে সমস্যা। আমাদের পরিকল্পনা যদি আপিল প্রক্রিয়ার সময়সীমা অনুসরণ না করে তবে অভিযোগগুলিও এতে অন্তর্ভুক্ত।

অধ্যায় 12: সংজ্ঞা

কম্প্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফ্যাসিলিটি (CORF) – এমন একটি সুবিধা যা মূলত শারীরিক থেরাপি, সামাজিক বা মনস্তাত্ত্বিক পরিষেবা, শ্বাসযন্ত্রের থেরাপি, পেশাগত থেরাপি এবং স্পিচ-ল্যাঙ্গুয়েজ প্যাথলজি পরিষেবা এবং বাড়ির পরিবেশ মূল্যায়ন পরিষেবা সহ কোনো অসুস্থতা বা আঘাতের পরে পুনর্বাসন পরিষেবা প্রদান করে।

কো-পেমেেন্ট (বা কোপে) – ডাক্তারের পরিদর্শন, হাসপাতালের বহির্বিভাগের রোগী দেখা বা প্রেসক্রিপশন ওষুধের মতো চিকিৎসা পরিষেবা বা সরবরাহের জন্য আপনার ব্যয়ের অংশ হিসেবে আপনাকে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ অর্থ প্রদান করতে হতে পারে। কোপেমেেন্ট হল শতাংশের পরিবর্তে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ (উদাহরণস্বরূপ \$10 মার্কিন ডলার)।

খরচ ভাগাভাগি - খরচ ভাগাভাগি বলতে সেই পরিমাণ টাকা বোঝায় যা একজন সদস্যকে পরিষেবা বা ওষুধের ক্ষেত্রে দিতে হয়। খরচ ভাগাভাগির মধ্যে নিম্নলিখিত 3 ধরনের পেমেেন্টের যেকোনো সমন্বয় অন্তর্ভুক্ত থাকে: (1) কোনো পরিষেবা বা ওষুধ আওতাভুক্ত করার আগে কোনো প্ল্যান আরোপ করতে এমন যে কোনো ছাড়যোগ্য পরিমাণ; (2) একটি নির্দিষ্ট পরিষেবা বা ওষুধ প্রাপ্তির সময় একটি প্ল্যানের প্রয়োজন হয় এমন কোনো নির্দিষ্ট কোপেমেেন্ট পরিমাণ; বা (3) যেকোন “কোইন্সুরেন্স” পরিমাণ, একটি পরিষেবা বা ওষুধের জন্য প্রদত্ত মোট অর্থের একটি শতাংশ যা একটি নির্দিষ্ট পরিষেবা বা ওষুধ প্রাপ্ত হওয়ার সময় একটি প্ল্যানের প্রয়োজন হয়।

খরচ ভাগাভাগির স্তর - ছয় (6) খরচ ভাগাভাগির স্তরের একটিতে আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকার প্রতিটি ওষুধ। সাধারণভাবে, খরচ ভাগাভাগির স্তর যত বেশি হবে, ওষুধের জন্য আপনার খরচ তত বেশি হবে।

কভারেজ নির্ধারণ - আপনার জন্য নির্ধারিত কোনও ওষুধ আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত কিনা এবং প্রেসক্রিপশনের জন্য আপনাকে কত টাকা দিতে হবে, সে সম্পর্কে সিদ্ধান্ত। সাধারণভাবে, যদি আপনি আপনার প্রেসক্রিপশনটি কোনো ফার্মেসিতে নিয়ে যান এবং ফার্মেসি আপনাকে বলে যে প্রেসক্রিপশনটি আপনার পরিকল্পনার আওতাভুক্ত নয়, তাহলে এটি কোনো কভারেজ নির্ধারণ নয়। কভারেজ সম্পর্কে আনুষ্ঠানিক সিদ্ধান্ত জানতে আপনাকে আমাদের পরিকল্পনায় ফোন করতে হবে বা লিখতে হবে। এই কভারেজটিতে সংস্থার সিদ্ধান্তগুলিকে কভারেজ সিদ্ধান্ত বলা হয়।

আচ্ছাদিত ওষুধ - আমরা যে শব্দটি ব্যবহার করি তা আমাদের পরিকল্পনার সমস্ত আওতাভুক্ত ওষুধকে বোঝায়

আওতাভুক্ত পরিষেবা – নামটি আমরা আমাদের প্ল্যানের আওতাভুক্ত সকল স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা এবং সরবরাহকে বোঝাতে ব্যবহার করে থাকি।

বিশ্বাসযোগ্য প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ – প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ (উদাহরণস্বরূপ, কোনো নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়ন থেকে) যা Medicare-এর স্ট্যান্ডার্ড প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ হিসেবে গড়ে কমপক্ষে ততটা অর্থ প্রদান করবে বলে আশা করা হচ্ছে। Medicare-এর জন্য যোগ্য হয়ে গেলে এই ধরনের কভারেজের অধিকারী ব্যক্তির যদি পরে Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজে তালিকাভুক্ত করার সিদ্ধান্ত নেন তাহলে তারা সাধারণত কোনো জরিমানা না দিয়েই সেই কভারেজটি রাখতে পারবেন।

কাস্টোডিয়াল পরিচর্যা - কাস্টোডিয়াল পরিচর্যা হল ব্যক্তিগত পরিচর্যা যা কোনও নার্সিং হোম, হসপিস বা অন্যান্য সুবিধার পরিবেশে প্রদান করা হয় যখন আপনার দক্ষ চিকিৎসা পরিচর্যা বা দক্ষ নার্সিং যত্নের প্রয়োজন হয় না। যাদের পেশাগত দক্ষতা বা প্রশিক্ষণ নেই তাদের দ্বারা প্রদত্ত কাস্টোডিয়াল পরিচর্যার মধ্যে রয়েছে স্নান, পোশাক পরা, খাওয়া, বিছানা বা চেয়ার থেকে ওঠা বা নামা, ঘোরাফেরা এবং বাথরুম ব্যবহার করার মতো দৈনন্দিন জীবনযাত্রার কাজে সহায়তা। এছাড়াও এখানে এমন ধরনের স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত যত্ন অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যা অধিকাংশ ব্যক্তির নিজেই করতে পারেন যেমন, চোখের ড্রপ ব্যবহার করা। Medicare কাস্টোডিয়াল যত্নের জন্য কোনো ধরনের অর্থ প্রদান করে না।

দৈনিক ব্যয়-শেয়ারিং হার – যখন আপনার ডাক্তার আপনার জন্য নির্দিষ্ট কোনো ওষুধ পুরো মাসে কম সরবরাহের পরামর্শ দেন তখন আপনার দৈনিক ব্যয়-শেয়ারিং হার প্রযোজ্য হতে পারে এবং আপনাকে একটি কোপেমেেন্ট প্রদান করতে হয়। দৈনিক ব্যয়-শেয়ারিং করে নেওয়ার হার হল একমাসের সরবরাহের দিনের সংখ্যা দ্বারা ভাগ করা কোপেমেেন্ট। এখানে একটি উদাহরণ দেওয়া হল: যদি আপনার এক মাসের ওষুধ সরবরাহের জন্য কোপেমেেন্ট \$30 হয়, এবং আমাদের পরিকল্পনায় এক মাসের সরবরাহ 30 দিনের হয়, তাহলে আপনার দৈনিক খরচ ভাগাভাগির হার প্রতিদিন \$1 হবে।

অধ্যায় 12: সংজ্ঞা

ডিসেনরোল বা ডিসেনরোলমেন্ট – আমাদের প্ল্যানে আপনার সদস্যতা সমাপ্তির প্রক্রিয়া।

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – D-SNP-গুলি এমন ব্যক্তিদের তালিকাভুক্ত করে যারা Medicare (সামাজিক নিরাপত্তা আইনের XVIII শিরোনাম) এবং Medicaid (XIX শিরোনাম) এর অধীনে রাষ্ট্রীয় পরিকল্পনা থেকে চিকিৎসা সহায়তা উভয়েরই অধিকারী। স্টেটগুলি স্টেট এবং ব্যক্তির যোগ্যতার উপর নির্ভর করে কিছু বা সমস্ত Medicare খরচ বহন করে।

দ্বৈতভাবে যোগ্য ব্যক্তি - একজন ব্যক্তি যিনি Medicare এবং Medicaid কভারেজের জন্য যোগ্য।

টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME) - কিছু চিকিৎসা সরঞ্জাম যা আপনার ডাক্তার চিকিৎসার কারণে অর্ডার করেছেন। উদাহরণস্বরূপ এর মধ্যে রয়েছে ওয়াকার, হুইলচেয়ার, ক্রাচ, যান্ত্রিক শক্তিসম্পন্ন ম্যাট্রেস সিস্টেম, ডায়াবেটিক সাপ্লাই, IV ইনফিউশন পাম্প, স্পিচ জেনারেটর ডিভাইস, অক্সিজেন সরঞ্জাম, নেবুলাইজার বা বাড়িতে ব্যবহারের জন্য সরবরাহকারীর মাধ্যমে অর্ডার করা হাসপাতালের বিছানা।

জরুরি অবস্থা - একটি জরুরি চিকিৎসাগত অবস্থা হল যখন আপনি, অথবা স্বাস্থ্য ও চিকিৎসা সম্পর্কে গড় জ্ঞানসম্পন্ন অন্য কোনো বিচক্ষণ সাধারণ ব্যক্তি বিশ্বাস করেন যে আপনার এমন চিকিৎসাগত লক্ষণ রয়েছে যার জন্য প্রাণহানি (এবং যদি আপনি একজন গর্ভবতী মহিলা হন, একটি অজাত শিশুর মৃত্যু), একটি অঙ্গ হারানো, বা একটি অঙ্গের কার্যকারিতা হারানো, বা কোনো শারীরিক কার্যকারিতা হারানো বা গুরুতর প্রতিবন্ধকতা রোধ করার জন্য তাৎক্ষণিক চিকিৎসার প্রয়োজন। চিকিৎসা লক্ষণগুলি অসুস্থতা, আঘাত, তীব্র ব্যথা, অথবা দ্রুত খারাপ হতে পারে এমন একটি চিকিৎসাগত অবস্থা হতে পারে।

জরুরি পরিচর্যা – আওতাভুক্ত পরিষেবা যা হল: 1) জরুরি পরিষেবা প্রদানের জন্য যোগ্য সরবরাহকারী দ্বারা সরবরাহ করা; এবং 2) জরুরি চিকিৎসা অবস্থার চিকিৎসা, মূল্যায়ন বা স্থিতিশীল করার জন্য প্রয়োজন।

কভারেজের প্রমাণ (EOC) এবং ডিসক্লোজার ইনফরমেশন – এই ডকুমেন্টটি, আপনার তালিকাভুক্তি ফর্ম এবং নির্বাচিত অন্য কোনো সংযুক্তি, রাইডার বা অন্যান্য ঐচ্ছিক কভারেজ সহ যা আপনার কভারেজটি ব্যাখ্যা করে যে আমাদের কী করতে হবে, আপনার অধিকার এবং আমাদের প্ল্যানের একজন সদস্য হিসেবে আপনাকে কী করতে হবে।

ব্যতিক্রম - এক ধরনের কভারেজ সিদ্ধান্ত যা অনুমোদিত হলে, আপনাকে এমন একটি ওষুধ পেতে দেয় যা আমাদের ফর্মুলারিতে নেই (একটি ফর্মুলারি ব্যতিক্রম), অথবা কম খরচ-ভাগাভাগি স্তরে (একটি স্তরের ব্যতিক্রম) একটি অ-পছন্দের ওষুধ পেতে দেয়। আমাদের পরিকল্পনা অনুসারে যদি আপনার চাওয়া ওষুধটি পাওয়ার আগে অন্য কোনো ওষুধ চেষ্টা করার প্রয়োজন হয়, যদি আমাদের পরিকল্পনায় কোনো ওষুধের জন্য পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হয় এবং আপনি চান যে আমরা মানদণ্ডের বিধিনিষেধ প্রত্যাহার করি, অথবা যদি আমাদের পরিকল্পনা আপনার চাওয়া ওষুধের পরিমাণ বা ডোজ সীমিত করে (একটি ফর্মুলারি ব্যতিক্রম) তাহলে আপনি ব্যতিক্রম চাইতে পারেন।

অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help) – স্বল্প আয় এবং সংস্থানযুক্ত লোকদের Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধ প্রোগ্রামের ব্যয় যেমন প্রিমিয়াম, ছাড়যোগ্য এবং মুদ্রা বীমা প্রদান করতে সহায়তা করার জন্য Medicare প্রোগ্রাম।

জেনেরিক ওষুধ - একটি প্রেসক্রিপশন ড্রাগ যা FDA দ্বারা অনুমোদিত এবং ব্র্যান্ড নামের ওষুধের মতো একই সক্রিয় উপাদান(গুলি) রয়েছে। সাধারণত, একটি জেনেরিক ওষুধ ব্র্যান্ড নামের ওষুধ হিসেবে একই কাজ করে থাকে এবং সাধারণত এদের কম ব্যয় হয়।

হোম হেলথ এইড - এমন একজন ব্যক্তি যিনি এমন পরিষেবা প্রদান করেন যার জন্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত নার্স বা থেরাপিস্টের দক্ষতার প্রয়োজন হয় না, যেমন ব্যক্তিগত যত্নে সহায়তা (যেমন, স্নান, টয়লেট ব্যবহার, পোশাক পরা, বা নির্ধারিত ব্যায়াম করা)।

হসপিস – এমন একটি বেনিফিট যা কোনো সদস্যের জন্য বিশেষ ধরনের চিকিৎসা প্রদান করে যা চিকিৎসাগত চূড়ান্তভাবে অসুস্থ হিসেবে প্রত্যয়িত হয়েছে, যার অর্থ হল এই যে তিনি 6 মাস বা তার চেয়ে কম সময় বেঁচে থাকবেন। আমাদের পরিকল্পনায় আপনার ভৌগোলিক এলাকার ধর্মশালাগুলির একটি তালিকা অবশ্যই সরবরাহ করা উচিত। আপনি যদি হসপিস নির্বাচন করেন এবং প্রিমিয়াম প্রদান অব্যাহত রাখেন, তাহলেও আপনি

অধ্যায় 12: সংজ্ঞা

আমাদের পরিকল্পনার সদস্য। আপনি এখনও আমাদের প্রদত্ত সমস্ত চিকিৎসাগত পরিষেবা এবং সম্পূর্ণ সুবিধা পেতে পারেন।

হাসপাতালে ভর্তি রোগীর থাকা – দক্ষ চিকিৎসা পরিষেবার জন্য আপনাকে আনুষ্ঠানিকভাবে কোনো হাসপাতালে ভর্তি হতে হলে, তা হাসপাতালে থাকা বলে। এমনকি যদি আপনি রাতের বেলায় হাসপাতালে থাকেন, তবে আপনাকে এখনো বহিরাগত রোগী হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে।

আয় সম্পর্কিত মাসিক সামঞ্জস্যের পরিমাণ (IRMAA) – যদি 2 বছর আগে আপনার IRS ট্যাক্স রিটার্নে রিপোর্ট করা আপনার সংশোধিত সামঞ্জস্যপূর্ণ মোট আয় একটি নির্দিষ্ট পরিমাণের উপরে হয়, তবে আপনি স্ট্যান্ডার্ড প্রিমিয়ামের পরিমাণ এবং একটি আয় সম্পর্কিত মাসিক সমন্বয় পরিমাণ প্রদান করবেন, যা IRMAA নামে পরিচিত। IRMAA হল একটি অতিরিক্ত চার্জ যা আপনার প্রিমিয়ামে যোগ করা হয়েছে। Medicare-এ 5% বা তার চেয়ে কম লোক আক্রান্ত হয়, তাই বেশিরভাগ লোক উচ্চ প্রিমিয়াম প্রদান করবে না।

প্রাথমিক কভারেজ পর্যায় – এই পর্যায়ে আপনার বছরের জন্য আউট-অফ-পকেট খরচ আপনার আউট-অফ-পকেট খরচের সীমায় পৌঁছাবে।

প্রাথমিক তালিকাভুক্তির সময়কাল – আপনি প্রথমবার Medicare-এর জন্য যোগ্য ব্যক্তি হয়ে থাকলে, সেই সময়ে আপনি Medicare পার্ট A এবং পার্ট B-এর জন্য সাইন আপ করতে পারবেন। আপনি 65 বছর বয়সে Medicare-এর জন্য যোগ্য হলে, আপনার প্রাথমিক তালিকাভুক্তির সময়কাল হল 7 মাস যা আপনার 65 বছর বয়স হওয়ার 3 মাস আগে থেকে শুরু হয়, আপনার 65 বছর পূর্ণ হওয়ার বয়সের মাসটি অন্তর্ভুক্ত থাকে এবং আপনি 65 বছর বয়সী হওয়ার 3 মাস পরে শেষ হয়।

ইন্টিগ্রেটেড D-SNP – এমন একটি D-SNP যা Medicare এবং Medicaid উভয়ের জন্য যোগ্য ব্যক্তিদের নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর জন্য একটি একক স্বাস্থ্য পরিকল্পনার অধীনে Medicare এবং বেশিরভাগ বা সমস্ত Medicaid পরিষেবাগুলোকে আওতাভুক্ত করে। এই এমন ফুল-বেনিফিটের দ্বিগুণ যোগ্য হিসাবে পরিচিত হন।

সমন্বিত অভিযোগ – আমাদের পরিকল্পনা, প্রদানকারী বা ফার্মেসি সম্পর্কে আপনার করা এক ধরনের অভিযোগ, যার মধ্যে আপনার চিকিৎসার মান সম্পর্কিত অভিযোগও অন্তর্ভুক্ত। এর মধ্যে কভারেজ বা পেমেন্ট বিরোধ জড়িত নয়।

বিনিময়যোগ্য বায়োসিমিলার – এমন একটি বায়োসিমিলার যা স্বয়ংক্রিয় প্রতিস্থাপনের সম্ভাব্যতার সাথে সম্পর্কিত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করার কারণে একটি নতুন প্রেসক্রিপশনের প্রয়োজন ছাড়াই ফার্মেসিতে একটি আসল বায়োসিমিলার পণ্যের বিকল্প হিসাবে ব্যবহার করা যেতে পারে। ফার্মেসিতে স্বয়ংক্রিয় প্রতিস্থাপন রাষ্ট্রীয় আইন সাপেক্ষে হয়।

আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা (ফর্মুলারি বা ওষুধের তালিকা) – প্ল্যান দ্বারা আওতাভুক্ত করা প্রেসক্রিপশন ওষুধের একটি তালিকা।

নিম্ন আয়ের ভর্তুকি (LIS) – অতিরিক্ত সাহায্য বিভাগে যান।

প্রস্তুতকারক ছাড় প্রোগ্রাম – এমন একটি প্রোগ্রাম যার অধীনে ওষুধ প্রস্তুতকারকরা আমাদের পরিকল্পনার সম্পূর্ণ খরচের একটি অংশ পার্ট ডি ব্র্যান্ড নামের ওষুধ এবং জৈবিক পদার্থের জন্য প্রদান করে। ডিসকাউন্টগুলো ফেডারেল সরকার এবং নির্দিষ্ট ওষুধ প্রস্তুতকারকদের মধ্যে চুক্তির উপর ভিত্তি করে দেওয়া হয়।

সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেট পরিমাণ – ক্যালেন্ডার বছরে আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার জন্য আপনি আউট-অফ-পকেট সর্বোচ্চ যে পরিমাণ টাকা পেমেন্ট করেন। আমাদের পরিকল্পনার প্রিমিয়াম, Medicare পার্ট A এবং পার্ট B প্রিমিয়াম এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য আপনার প্রদত্ত পরিমাণ সর্বাধিক আউট-অফ-পকেট খরচের মধ্যে গণনা করা হয় না। আপনি যদি Medicaid-এর অধীনে Medicare কস্ট শেয়ারিং সহায়তার যোগ্য হন, তাহলে পার্ট A ও পার্ট B পরিষেবায় সর্বোচ্চ পরিমাণ যত অর্থ আপনার দেওয়ার জন্য আওতাভুক্ত করা হয়েছে, সেই অনুযায়ী আপনি অর্থ প্রদান করতে দায়বদ্ধ থাকবেন না। **দ্রষ্টব্য:** কারণ আমাদের সদস্যগণও Medicaid থেকে সহায়তা পান, খুব কম সদস্যই সর্বাধিক আউট-অফ-পকেটের পরিমাণে পৌঁছান।

Medicaid (অথবা চিকিৎসা সহায়তা) – একটি যৌথ ফেডারেল এবং স্টেট প্রোগ্রাম যা কম আয় এবং সীমিত সম্পদের কিছু ব্যক্তিদের চিকিৎসা খরচ মেটাতে সহায়তা করে। স্টেট Medicaid প্রোগ্রামগুলি পরিবর্তনশীল তবে

অধ্যায় 12: সংজ্ঞা

আপনি যদি Medicare এবং Medicaid উভয়ের জন্য যোগ্য হয়ে থাকেন তাহলে বেশিরভাগ ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা ব্যয় আওতাভুক্ত করা হয়।

চিকিৎসাগতভাবে স্বীকৃত ইঙ্গিত - এমন একটি ওষুধের ব্যবহার যা হয় FDA দ্বারা অনুমোদিত অথবা নির্দিষ্ট রেফারেন্স দ্বারা সমর্থিত, যেমন আমেরিকান হাসপাতাল ফর্মুলারি সার্ভিস ড্রাগ ইনফরমেশন এবং মাইক্রোমেডেক্স DRUGDEX ইনফরমেশন সিস্টেম।

চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় - পরিষেবা, সরবরাহ বা ওষুধ যা আপনার চিকিৎসাগত সমস্যার প্রতিরোধ, নির্ণয় বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন এবং চিকিৎসা অনুশীলনের স্বীকৃত মান পূরণ করে।

Medicare - 65 বছর বা তার বেশি বয়সের ব্যক্তিদের জন্য, 65 বছরের কম বয়সী কিছু নির্দিষ্ট প্রতিবন্ধী এবং অস্তিম-পর্যায়ের মূত্রনালীর রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের (সাধারণত যাদের ডায়ালাইসিস বা কিডনি প্রতিস্থাপনের প্রয়োজন স্থায়ী কিডনি ব্যর্থতা রয়েছে) জন্য ফেডারেল হেল্থ ইন্স্যুরেন্স প্রোগ্রাম হয়।

Medicare Advantage ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কাল - 1লা জানুয়ারি থেকে 31শে মার্চ পর্যন্ত সময়কাল যখন Medicare Advantage প্ল্যানের সদস্যরা তাদের প্ল্যান অনুযায়ী তালিকাভুক্তি বাতিল করতে পারেন এবং অন্য একটি Medicare Advantage প্লানে সুইচ করতে পারেন বা Original Medicare-এর মাধ্যমে কভারেজ পেতে পারেন। আপনি যদি এই সময়ের মধ্যে Original Medicare-এ সুইচ করতে চান তাহলে সেই সময়ে আপনি একটি Original Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনাতেও যোগ দিতে পারেন। কোনো ব্যক্তি প্রথমে Medicare-এ যোগ্য হওয়ার পরে Medicare Advantage ওপেন তালিকাভুক্তির সময়কালও 3 মাসের জন্য উপলভ্য হবে।

Medicare Advantage (MA) প্ল্যান - কখনও কখনও Medicare-কে পার্ট C বলা হয়। একটি প্রাইভেট সংস্থা দ্বারা প্রদত্ত একটি প্ল্যান যা আপনাকে আপনার সকল Medicare পার্ট A এবং পার্ট B-এর বেনিফিট প্রদান করার জন্য Medicare-এর সাথে চুক্তি করে। কোনো Medicare Advantage প্ল্যান i) একটি HMO, ii) একটি PPO, iii) একটি পরিষেবার জন্য-ব্যক্তিগত-ফি (PFFS) প্ল্যান অথবা iv) একটি Medicare মেডিক্যাল সেভিংস অ্যাকাউন্ট (MSA) প্ল্যান হতে পারে। এই ধরনের প্ল্যান থেকে বেছে নেওয়ার পাশাপাশি, একটি Medicare Advantage HMO বা PPO প্ল্যান অথবা একটি বিশেষ প্ল্যান (SNP) প্রয়োজন হতে পারে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, Medicare Advantage প্ল্যানগুলি Medicare পার্ট D (প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ)ও অফার করে। এই প্ল্যানগুলিকে **প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ সহ Medicare Advantage প্ল্যানও** বলা হয়।

Medicare-আওতাভুক্ত পরিষেবা - Medicare পার্ট A এবং পার্ট B এর আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি। সমস্ত Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনা অবশ্যই Medicare পার্ট A এবং B এর আওতাভুক্ত সমস্ত পরিষেবা কভার করবে। Medicare-আওতাভুক্ত পরিষেবা শব্দটিতে Medicare Advantage Plan-এর অফার করা অতিরিক্ত সুবিধা, যেমন ভিশন, দাঁতের চিকিৎসা বা শ্রবণশক্তি অন্তর্ভুক্ত নয়।

Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনা - Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনা একটি প্রাইভেট কোম্পানির মাধ্যমে অফার করা হয় যেটি Medicare পার্ট A এবং পার্ট B সুবিধা প্রদান করার জন্য Medicare-এর সাথে চুক্তিবদ্ধ হয়ে যারা প্লানে নথিভুক্ত হয়েছেন। এই শর্তাবলীতে সকল Medicare Advantage প্ল্যান, Medicare কস্ট প্ল্যান, স্পেশাল নিড প্ল্যান, ডেমনস্ট্রেশন/পাইলট প্রোগ্রাম, এবং বয়স্কদের জন্য সকল-ইনক্লুসিভ কেয়ারের প্রোগ্রাম (PACE) অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ (Medicare পার্ট D) - বহিরাগত রোগীদের প্রেসক্রিপশন ওষুধ, ভ্যাকসিন, জৈবিক, এবং Medicare পার্ট A বা পার্ট B এর অন্তর্ভুক্ত নয় এমন কিছু ব্যক্তিদের অর্থ প্রদানে সহায়তা করতে বীমা করা হয়।

Medigap (Medicare সম্পূরক বীমা) পলিসি - Original Medicare-এর শূন্যস্থান পূরণের জন্য বেসরকারি বীমা কোম্পানিগুলি দ্বারা বিক্রি করা Medicare সম্পূরক বীমা। Medigap নীতিগুলি কেবল Original Medicare-এর সাথে কাজ করে। (একটি Medicare Advantage প্ল্যান Medigap-এর নীতি নয়।)

সদস্য (আমাদের প্ল্যানের সদস্য, বা প্ল্যান সদস্য) - Medicare সহ এমন একজন ব্যক্তি, যিনি আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি পাওয়ার যোগ্য, আমাদের প্লানে তালিকাভুক্ত হয়েছেন এবং যার তালিকাভুক্তি সেন্টার ফর Medicare অ্যান্ড Medicaid সার্ভিসেস (CMS) দ্বারা নিশ্চিত করা হয়েছে।

অধ্যায় 12: সংজ্ঞা

সদস্য পরিষেবা – আমাদের প্ল্যানের মধ্যে একটি বিভাগ আপনার সদস্যতা, সুবিধা, অভিযোগ এবং আপিল সম্পর্কে আপনার প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য নির্দিষ্ট করা আছে।

নেটওয়ার্ক ফার্মেসি – একটি ফার্মেসি যা আমাদের প্ল্যানের সাথে চুক্তিবদ্ধ যেখানে আমাদের প্ল্যানের সদস্যরা তাদের প্রেসক্রিপশন ওষুধ বিনিফিটগুলো পেতে পারে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, আপনার প্রেসক্রিপশনগুলি কেবল তখনই আওতাভুক্ত করা হয় যখন সেগুলি আমাদের নেটওয়ার্ক ফার্মেসিগুলির কোনো একটিতে পূরণ করা হয়ে থাকে।

নেটওয়ার্ক প্রদানকারী – প্রদানকারী হল ডাক্তার, অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার, হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সুবিধাগুলির জন্য সাধারণ শব্দ যা Medicare এবং স্টেট দ্বারা স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা প্রদানের জন্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা প্রত্যয়িত। **নেটওয়ার্কের প্রোভাইডাররা** আমাদের প্ল্যানের সাথে আমাদের অর্থপ্রদানকে সম্পূর্ণরূপে অর্থপ্রদান হিসাবে গ্রহণ করতে এবং কিছু ক্ষেত্রে সমন্বয় করার পাশাপাশি আমাদের প্ল্যানের সদস্যদেরকে আওতাভুক্ত পরিষেবা প্রদানের জন্য একটি চুক্তি করেছে। নেটওয়ার্ক প্রদানকারীগনকে **প্ল্যান প্রদানকারীও** বলা হয়।

সংগঠন নির্ধারণ – আইটেম বা পরিষেবাগুলো আওতাভুক্ত করা হয়েছে কি না বা আওতাভুক্ত আইটেম অথবা পরিষেবাগুলোর জন্য আপনাকে কত টাকা প্রদান করতে হবে সে সম্পর্কে আমাদের প্ল্যান একটি সিদ্ধান্ত গ্রহণ করে থাকে। এই নথিতে সংস্থার সিদ্ধান্তগুলিকে কভারেজ সিদ্ধান্ত বলা হয়।

মূল জৈবিক পণ্য – একটি জৈবিক পণ্য যা ফুড অ্যান্ড ওষুধ অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (FDA) দ্বারা অনুমোদিত এবং একটি বায়োসিমিলার সংস্করণ তৈরি করা নির্মাতাদের তুলনা হিসাবে কাজ করে। এটি একটি রেফারেন্স পণ্যও বলা হয়।

Original Medicare (প্রথাগত Medicare বা ফি-ফর-সার্ভিস Medicare) – Original Medicare সরকারের মাধ্যমে দেওয়া হয় এবং Medicare Advantage প্ল্যান এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধ প্ল্যানের মতো কোনো বেসরকারী স্বাস্থ্য পরিকল্পনা নয়। Original Medicare-এর অধীনে, Medicare পরিষেবাগুলি কংগ্রেসের মাধ্যমে প্রতিষ্ঠিত যা ডাক্তার, হাসপাতাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের অর্থপ্রদানের মাধ্যমে আওতাভুক্ত করা হয়। Medicare কর্তৃক নির্ধারিত আপনি যে কোনো ডাক্তার, হাসপাতাল বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে দেখাতে পারেন। আপনাকে অবশ্যই কর্তনযোগ্য অর্থ প্রদান করতে হবে। Medicare-অনুমোদিত পরিমাণের নিজ অংশ প্রদান করে এবং আপনি আপনার অংশ প্রদান করেন। Original Medicare-এর 2 অংশ রয়েছে: পার্ট A (হাসপাতাল বীমা) এবং পার্ট B (মেডিকেল বীমা) এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সর্বত্র উপলভ্য।

নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসি – একটি ফার্মেসি যার সাথে আমাদের প্ল্যানের সদস্যদের আওতাভুক্ত ওষুধের সমন্বয় বা প্রদান করার জন্য আমাদের প্ল্যানের সাথে কোনো রকম চুক্তি নেই। নেটওয়ার্কের বাইরের ফার্মেসি থেকে আপনি যে বেশিরভাগ ওষুধ পান তা আমাদের পরিকল্পনার আওতায় আসে না যদি না কিছু শর্ত প্রযোজ্য হয়।

নেটওয়ার্কের বাইরের প্রদানকারী বা নেটওয়ার্কের বাইরের সুবিধা - এমন একটি প্রদানকারী বা সুবিধা যার আমাদের পরিকল্পনার সদস্যদের সমন্বয় বা আওতাভুক্ত পরিষেবা প্রদানের জন্য আমাদের পরিকল্পনার সাথে কোনও চুক্তি নেই। নেটওয়ার্কের বাইরের প্রদানকারীরা হলেন এমন প্রদানকারী যারা আমাদের পরিকল্পনার অধীনে নিযুক্ত, মালিকানাধীন বা পরিচালিত নয়।

আউট-অফ-পকেট খরচ - উপরে খরচ ভাগাভাগির সংজ্ঞা দেখুন। প্রাপ্ত পরিষেবা বা ওষুধের একটি অংশের অর্থ প্রদানের জন্য কোনো সদস্যের ব্যয়-শেয়ার করে নেওয়ার প্রয়োজনীয়তাকেও সদস্যের পকেটের ব্যয়ের প্রয়োজনীয়তা হিসাবেও উল্লেখ করা হয়ে থাকে।

আউট-অফ-পকেট থ্রেশহোল্ড - পার্ট D ওষুধের জন্য আপনার আউট-অফ-পকেট সর্বোচ্চ যে পরিমাণ টাকা পে করেন।

PACE পরিকল্পনা - একটি PACE (প্রোগ্রাম অফ অল-ইনকলুসিভ কেয়ার ফর দ্যা এন্ডার্লি) পরিকল্পনা দুর্বল ব্যক্তিদের জন্য চিকিৎসা, সামাজিক এবং দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা এবং সহায়তা (LTSS) একত্রিত করে যাতে মানুষ যতদিন সম্ভব স্বাধীন থাকতে এবং তাদের সম্প্রদায়ে (নার্সিংহোমে যাওয়ার পরিবর্তে) বসবাস করতে পারে। পেস প্ল্যানয় তালিকাভুক্ত ব্যক্তির প্ল্যানের মাধ্যমে তাদের Medicare এবং Medicaid উভয় সুবিধা পেয়ে থাকেন।

অধ্যায় 12: সংজ্ঞা

পার্ট C – Medicare Advantage (MA) প্ল্যানটি দেখুন।

পার্ট D – স্বৈচ্ছাসেবী Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধ বেনিফিট প্রোগ্রাম।

পার্ট D ওষুধ – যে ওষুধগুলো পার্ট D অনুযায়ী আওতাভুক্ত করা যেতে পারে। আমরা সকল পার্ট D ওষুধ অফার করতে পারি আবার নাও পারি। কংগ্রেসের মাধ্যমে পার্ট D কভারেজ থেকে নির্দিষ্ট বিভাগের ওষুধগুলি বর্জন করা হয়েছে। পার্ট D ওষুধের নির্দিষ্ট বিভাগগুলি অবশ্যই প্রতিটি প্ল্যানের আওতায় থাকতে হবে।

পার্ট D দেরিতে ভর্তির জরিমানা - আপনি যদি পার্ট D পরিকল্পনায় যোগদানের জন্য প্রথম যোগ্য হওয়ার পর 63 দিন বা তার বেশি সময় ধরে বিশ্বাসযোগ্য কভারেজ (গড়ে কমপক্ষে স্ট্যান্ডার্ড Medicare ওষুধের কভারেজের সমান কভারেজ) ছাড়াই যান তবে আপনার মাসিক Medicare ওষুধের কভারেজের পরিকল্পনার প্রিমিয়ামে যোগ করা পরিমাণ। আপনি যদি অতিরিক্ত সাহায্য না পান তবে আপনি যদি পার্ট D বা অন্যান্য বিশ্বাসযোগ্য প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ ছাড়াই টানা 63 দিন বা তার বেশি সময় নেন সেক্ষেত্রে আপনাকে দেরিতে ভর্তির জরিমানার দিতে হতে পারে।

প্রিমিয়াম – Medicare, বীমা কোম্পানি, বা স্বাস্থ্য অথবা প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজের জন্য স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় পর্যায়ক্রমিক অর্থপ্রদান।

প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী (PCP) – বেশিরভাগ স্বাস্থ্য সমস্যার জন্য আপনি প্রথমে যে ডাক্তার বা অন্যান্য প্রোভাইডারকে দেখতে পান। অনেক Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনো, অন্য কোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে দেখানোর আগে আপনাকে অবশ্যই আপনার প্রাথমিক যত্ন প্রদানকারীকে দেখাতে হবে।

পূর্ব অনুমোদন - পরিষেবা বা নির্দিষ্ট ওষুধ পাওয়ার জন্য আগাম অনুমোদন। পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন এমন আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলি অধ্যায় 4 এ চিকিৎসা সুবিধার তালিকায় চিহ্নিত করা হয়েছে। পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হয় এমন আওতাভুক্ত ওষুধগুলোকে সূত্রে চিহ্নিত করা হয় এবং আমাদের মানদণ্ডগুলি আমাদের ওয়েবসাইটে পোস্ট করা হয়।

প্রস্বেটিক্স এবং অর্থোটিক্স – চিকিৎসা ডিভাইসগুলি যার মধ্যে রয়েছে বাহু, পিঠ এবং ঘাড়ের বন্ধনী সহ কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়; কৃত্রিম অঙ্গ - প্রত্যঙ্গ; কৃত্রিম চোখ; অস্টেটিমি সরবরাহ এবং এন্টেরাল ও প্যারেন্টেরাল পুষ্টি থেরাপি সহ শরীরের অভ্যন্তরীণ অংশ বা ফাংশন প্রতিস্থাপনের জন্য প্রয়োজনীয় ডিভাইস।

মান উন্নয়ন সংস্থা (QIO) – অনুশীলনকারী ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা বিশেষজ্ঞদের একটি গ্রুপ যা ফেডারেল সরকার দ্বারা Medicare রোগীদের প্রদত্ত সেবা পরীক্ষা এবং উন্নত সেবা দিতে অর্থ প্রদান করে থাকেন।

পরিমাণের সীমাবদ্ধতা – একটি ম্যানেজমেন্ট টুল যা গুণমান, নিরাপত্তা বা ব্যবহারের কারণে নির্বাচিত ওষুধের ব্যবহার সীমিত করার জন্য ডিজাইন করা হয়েছে। প্রেসক্রিপশন প্রতি বা একটি নির্দিষ্ট সময়ের জন্য আমরা যে ওষুধ কভার করে থাকি তার পরিমাণ সীমিত হতে পারে।

“রিয়েল-টাইম বেনিফিট টুল” – একটি পোর্টাল বা কম্পিউটার অ্যাপ্লিকেশন যেখানে নথিভুক্ত ব্যক্তির সম্পূর্ণ, নির্ভুল, সময়োপযোগী, ক্লিনিক্যালি উপযুক্ত, নথিভুক্ত-নির্দিষ্ট সূত্র এবং সুবিধার তথ্য খুঁজে পেতে পারেন। এর মধ্যে ব্যয় শেয়ারের পরিমাণ, বিকল্প সূত্রের ওষুধ যা প্রদত্ত ওষুধের মতো একই স্বাস্থ্যের অবস্থার জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে এবং কভারেজ বিধিনিষেধ (পূর্ব অনুমোদন, পদক্ষেপ থেরাপি, পরিমাণ সীমা) অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা বিকল্প ওষুধগুলোর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য।

পুনর্বাসন পরিষেবা – এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে শারীরিক থেরাপি, বক্তৃতা এবং ভাষা থেরাপি এবং পেশাগত থেরাপি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

পরিষেবা এলাকা – একটি ভৌগলিক অঞ্চল যেখানে আপনাকে অবশ্যই একটি নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় যোগদানের জন্য বসবাস করতে হবে। আপনি কোন ডাক্তার এবং হাসপাতালগুলি ব্যবহার করতে পারেন তা সীমাবদ্ধ করে এমন প্ল্যানগুলির জন্য এটি সাধারণত সেই অঞ্চল যেখানে আপনি রুটিন (অ-জরুরি) পরিষেবাগুলি পেতে পারেন। আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকা থেকে স্থায়ীভাবে চলে যান, তাহলে আমাদের পরিকল্পনা আপনাকে তালিকাভুক্তি থেকে বাদ দিতে হবে।

অধ্যায় 12: সংজ্ঞা

স্কিলড নার্সিং ফ্যাসিলিটি (SNF) কেয়ার – একটি দক্ষ নার্সিং সুবিধার মধ্যে ক্রমাগত, দৈনিক ভিত্তিতে দক্ষ নার্সিং পরিচর্যা এবং পুনর্বাসন পরিষেবা প্রদান করা হয়। যত্নের উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে যেমন শারীরিক থেরাপি বা শিরা ইনজেকশন যা কেবল নিবন্ধিত নার্স অথবা ডাক্তার মাধ্যমে দেওয়া যেতে পারে।

বিশেষ প্রয়োজন প্ল্যান – একটি বিশেষ ধরনের Medicare Advantage প্ল্যান যা নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর লোকেদের জন্য আরও বেশি মনোযোগী স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করে, যেমন যাদের Medicare এবং Medicaid উভয়ই রয়েছে, যারা একটি নার্সিং হোমে থাকেন, বা যাদের নির্দিষ্ট দীর্ঘস্থায়ী চিকিৎসার অবস্থা রয়েছে।

স্টেপ থেরাপি – একটি ইউটাইলাইজেশন টুল যা আপনার চিকিৎসক প্রাথমিকভাবে নির্ধারিত ওষুধটি প্রেসক্রাইব করার আগে আপনাকে প্রথমে আপনার চিকিৎসাগত সমস্যার উপর ভিত্তি করে অন্য একটি ওষুধ দেওয়ার চেষ্টা করতে পারে।

পরিম্পূরক নিরাপত্তা আয় (SSI) – প্রতিবন্ধী, অন্ধ বা 65 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সের সীমিত আয় এবং সংস্থানযুক্ত ব্যক্তিদের সামাজিক নিরাপত্তার মাধ্যমে একটি মাসিক সুবিধা প্রদান করা হয়। SSI সুবিধাগুলি সামাজিক নিরাপত্তা বেনিফিটের মতো নয়।

জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা - একটি পরিকল্পনা-আওতাভুক্ত পরিষেবা যার জন্য তাৎক্ষণিক চিকিৎসার প্রয়োজন, যা জরুরি নয়, যদি আপনি সাময়িকভাবে আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন, অথবা আপনার সময়, স্থান এবং পরিস্থিতি বিবেচনা করে নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের কাছ থেকে এই পরিষেবাটি নেওয়া অযৌক্তিক হয়, তাহলে এটি একটি জরুরি পরিষেবা। জরুরিভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার উদাহরণ হল অপ্রত্যাশিত শারীরিক অসুস্থতা এবং আঘাত, বা অনাকাঙ্ক্ষিতভাবে কোনো বিদ্যমান অবস্থার ছড়িয়ে যাওয়া। আপনি যদি আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে থাকেন বা আমাদের পরিকল্পনা নেটওয়ার্ক অস্থায়ীভাবে অনুপলব্ধ থাকে, তবুও চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় রুটিন পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে দেখা (যেমন বার্ষিক চেকআপ) জরুরিভাবে প্রয়োজন বলে বিবেচিত হবে না।

অতিরিক্ত গুরুত্বপূর্ণ স্বাস্থ্যসেবা এবং সদস্য সম্পদ তথ্য পরিষেবা

- উপলভ্যতার বিজ্ঞপ্তি (NOa) – ভাষা সহায়তা পরিষেবাসমূহ
- গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি (NPP)

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פאָסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në

numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deutsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa.

Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan.

Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби

підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ገንዘብ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በገንዘብ ድጋፍ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ધ્યાન દે: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သ့ၣ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလက်ၣ်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျီ လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလက်ၣ်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške.

Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup.

Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik.

Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno.

Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ní sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ́ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি

এই বিজ্ঞপ্তিটি বর্ণনা করে যে আপনার সম্পর্কে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য কীভাবে ব্যবহার এবং প্রকাশ করা যেতে পারে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্যে অ্যাক্সেস পেতে পারেন। অনুগ্রহ করে এটি মনোযোগ দিয়ে পর্যালোচনা করুন।

এই বিজ্ঞপ্তিতে Molina Healthcare এর অনুমোদিত স্বাস্থ্য পরিকল্পনাগুলির গোপনীয়তা অনুশীলনগুলি বর্ণনা করা হয়েছে (এখানে "Molina", "আমরা" বা "আমাদের" হিসাবে উল্লেখ করা হয়েছে)। Molina সদস্য হিসেবে আপনার স্বাস্থ্য সুবিধা প্রদানের জন্য আমরা আপনার সম্পর্কে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য ("PHI") ব্যবহার করি এবং শেয়ার করি। আমরা চিকিৎসা, অর্থ প্রদান এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম পরিচালনার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করি এবং শেয়ার করি। আইন অনুসারে অনুমোদিত এবং প্রয়োজনীয় অন্যান্য কারণেও আমরা আপনার PHI ব্যবহার এবং শেয়ার করি। আপনার স্বাস্থ্য তথ্য গোপন রাখা এবং এই বিজ্ঞপ্তির শর্তাবলী অনুসরণ করা আমাদের দায়িত্ব। এই বিজ্ঞপ্তির কার্যকর তারিখ 1 জানুয়ারী, 2026।

PHI হল স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য যাতে আপনার নাম, সদস্য নম্বর বা অন্যান্য শনাক্তকারী তথ্য থাকে এবং আমরা এটি ব্যবহার বা ভাগ করে নিই। PHI-তে মাদক ব্যবহারের ব্যাধি সম্পর্কে স্বাস্থ্য তথ্য এবং বায়োমেট্রিক তথ্য (যেমন ভয়েসপ্রিন্ট) অন্তর্ভুক্ত থাকে।

আমরা কেন আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করব?

আপনাকে স্বাস্থ্য-পরিচর্যার সুবিধাগুলো সরবরাহ করতে আমরা আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করি। আপনার PHI চিকিৎসা, পেমেন্ট এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্যও ব্যবহৃত বা ভাগ করা হয়।

চিকিৎসার জন্য

আমরা আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদানের জন্য অথবা ব্যবস্থা করার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে বা ভাগ করে নিতে পারি। এই চিকিৎসায় আপনার চিকিৎসক বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের মধ্যে রেফারেলগুলোও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা একজন বিশেষজ্ঞের সাথে আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করতে পারি। এটি আপনার চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলতে বিশেষজ্ঞকে সহায়তা করে।

পেমেন্টের জন্য

আমরা পেমেন্টের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য PHI ব্যবহার করতে বা শেয়ার করতে পারি। এর মধ্যে দাবি, চিকিৎসার অনুমোদন এবং চিকিৎসার প্রয়োজন সম্পর্কে সিদ্ধান্ত অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনার নাম, আপনার অবস্থা, আপনার চিকিৎসা এবং প্রদত্ত সরবরাহগুলো বিলে লেখা থাকতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা একজন ডাক্তারকে জানাতে পারি যে আপনার কাছে আমাদের বেনিফিটগুলো রয়েছে। আমরা বিলের যে পরিমাণ পরিশোধ করব তাও ডাক্তারকে জানিয়ে দেব।

স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য

আমাদের স্বাস্থ্য পরিকল্পনা(গুলি) পরিচালনার জন্য আমরা আপনার সম্পর্কে PHI ব্যবহার করতে বা ভাগ করতে পারি। উদাহরণস্বরূপ, আমরা আপনাকে সহায়তা করতে পারে এমন একটি স্বাস্থ্য প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনাকে জানানোর জন্য আপনার দাবি থেকে তথ্য ব্যবহার করতে পারি। আপনার উদ্বেগ সমাধানের জন্য আমরা আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করতে পারি। দাবী সঠিকভাবে পরিশোধ করা হয়েছে তা দেখার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করা হতে পারে।

স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমে অনেক দৈনন্দিন ব্যবসায়িক চাহিদা জড়িত। এতে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:

- গুণমান উন্নত করা;
- নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে (যেমন হাঁপানির মতো) সদস্যদের সহায়তা করার জন্য স্বাস্থ্য কর্মসূচিতে পদক্ষেপ;
- চিকিৎসা পর্যালোচনার জন্য পরিচালনা বা ব্যবস্থা করা;

1 জানুয়ারি, 2026 তারিখ থেকে কার্যকর

Multi-State-Y0050-NP-BN-26-S

- জালিয়াতি ও অপব্যবহার সনাক্তকরণ এবং প্রসিকিউশন প্রোগ্রাম সহ আইনি পরিষেবা;
- আমাদের আইন মেনে চলতে সহায়তা করার জন্য ক্রিয়াকলাপ;
- অভিযোগ এবং অভিযোগের সমাধান সহ সদস্যদের প্রয়োজনের ঠিকানা।

আপনার PHI অন্যান্য কোম্পানির (“ব্যবসায়িক সহযোগী”) সাথে আমরা শেয়ার করব যারা আমাদের স্বাস্থ্য পরিকল্পনার জন্য বিভিন্ন ধরনের কার্যকলাপ করে। আমরা আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্ট সম্পর্কে আপনাকে রিমাইন্ডার দেওয়ার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি। অন্যান্য চিকিৎসা(গুলি), অথবা অন্যান্য স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত সুবিধা এবং পরিষেবা সম্পর্কে তথ্য দেওয়ার জন্য আমরা আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি।

আপনার লিখিত অনুমোদন (অনুমোদন) ছাড়া আমরা কখন আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নিতে পারি? চিকিৎসা, পেমেন্ট এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম ছাড়াও, আইনটি Molina-কে নিম্নলিখিতগুলো সহ আরো বেশ কয়েকটি উদ্দেশ্যে আপনার PHI ব্যবহার এবং শেয়ার করার অনুমতি দেয় বা অনুমতির প্রয়োজন হয়:

আইন অনুসারে

আইন অনুসারে আমরা আপনার সম্পর্কে তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করব। Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS) দ্বারা প্রয়োজনে আমরা আপনার PHI শেয়ার করব। এটি আদালতের মামলা, অন্যান্য আইনী পর্যালোচনা বা আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্যে প্রয়োজন হলে হতে পারে।

জনস্বাস্থ্য

জনস্বাস্থ্য ক্রিয়াকলাপের জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে। এর মধ্যে জনস্বাস্থ্য সংস্থাগুলোকে রোগ প্রতিরোধ বা নিয়ন্ত্রণে সহায়তা করা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

স্বাস্থ্যসেবা তদারকি

আপনার PHI সরকারি সংস্থাগুলোর সাথে ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে। অডিটের জন্য আপনার PHI তাদের প্রয়োজন হতে পারে।

গবেষণা

নির্দিষ্ট ক্ষেত্রে গবেষণার জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে, যেমন যখন কোনো গোপনীয়তা বা প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত হয়।

আইনি বা প্রশাসনিক কার্যক্রম

আপনার PHI আইনী কার্যক্রমের জন্য যেমন আদালতের আদেশের প্রতিক্রিয়া হিসাবে ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে।

আইন প্রয়োগকারী

আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্যে পুলিশের সাথে আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে, যেমন সন্দেহভাজন, সাক্ষী বা নিখোঁজ ব্যক্তিকে খুঁজে পেতে সহায়তা করতে।

স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা

কোনো ব্যক্তি বা জনসাধারণের স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার জন্য গুরুতর এবং আসন্ন হুমকি প্রতিরোধ করার জন্য আপনার PHI ভাগ করা যেতে পারে।

সরকারি কার্যাবলী

বিশেষ কাজের জন্য সরকারের সাথে আপনার PHI শেয়ার করা যেতে পারে। উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, প্রেসিডেন্টকে রক্ষা করা।

অপব্যবহার, অবহেলা বা পারিবারিক সহিংসতার শিকার

আমরা যদি বিশ্বাস করি যে একজন ব্যক্তি অপব্যবহার বা অবহেলার শিকার তবে আইনি কর্তৃপক্ষের সাথে আপনার PHI শেয়ার করা হতে পারে।

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ

শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইন মেনে চলার জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা হতে পারে।

অন্যান্য প্রকাশ

তাদের কাজ করতে সাহায্য করার জন্য আপনার PHI ফিউনারেল ডিরেক্টর বা করোনারদের সাথে শেয়ার করা হতে পারে।

ব্যবহার এবং প্রকাশের উপর অতিরিক্ত বিধিনিষেধ।

কিছু ফেডারেল এবং রাজ্য আইনের জন্য বিশেষ গোপনীয়তা সুরক্ষার প্রয়োজন হতে পারে যা নির্দিষ্ট ধরনের স্বাস্থ্য তথ্যের ব্যবহার এবং প্রকাশকে সীমাবদ্ধ করে। এই ধরনের আইন নিম্নলিখিত ধরনের তথ্য রক্ষা করতে পারে: অ্যালকোহল এবং মাদক ব্যবহারের ব্যাধি, বায়োমেট্রিক তথ্য, শিশু বা প্রাপ্তবয়স্কদের নির্যাতন বা অবহেলা, যার মধ্যে রয়েছে যৌন নির্যাতন, সংক্রামক রোগ, জেনেটিক তথ্য, HIV/AIDS, মানসিক স্বাস্থ্য, অপ্রাপ্তবয়স্কদের তথ্য, প্রেসক্রিপশন, প্রজনন স্বাস্থ্য এবং যৌনবাহিত রোগ। আমরা আরও কঠোর আইন অনুসরণ করব, যেখানে এটি আমাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য।

মাদক ব্যবহারের ব্যাধি (SUD) তথ্য।

যদিও আমরা ফেডারেল আইনের অধীনে মাদকদ্রব্য ব্যবহারের ব্যাধি চিকিৎসা প্রোগ্রাম (“SUD প্রোগ্রাম”) নই, তবুও আমরা আপনার সম্পর্কে SUD প্রোগ্রাম থেকে তথ্য পেতে পারি। আমরা আপনার বিরুদ্ধে দেওয়ানি, ফৌজদারি, প্রশাসনিক বা আইনী কার্যক্রমে ব্যবহারের জন্য SUD তথ্য প্রকাশ করতে পারি না যদি না আমাদের (i) আপনার লিখিত সম্মতি থাকে, অথবা (ii) আমাদের এবং আপনাকে বিজ্ঞপ্তি এবং শুনানির সুযোগ দেওয়ার পরে জারি করা একটি আদালতের আদেশের সাথে একটি সমন বা অন্যান্য আইনি প্রয়োজনীয়তা থাকে যা বাধ্যতামূলক প্রকাশ করে।

আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নেওয়ার জন্য কখন আমাদের আপনার লিখিত অনুমোদন (অনুমোদন) প্রয়োজন?

এই বিজ্ঞপ্তিতে তালিকাভুক্ত উদ্দেশ্যে ব্যতীত অন্য কোনো উদ্দেশ্যে আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নেওয়ার জন্য আমাদের আপনার লিখিত অনুমোদনের প্রয়োজন। নিম্নলিখিত বিষয়গুলির জন্য আপনার PHI প্রকাশ করার আগে আমাদের আপনার অনুমোদনের প্রয়োজন: (1) সাইকোথেরাপি নোটগুলোর সর্বাধিক ব্যবহার এবং প্রকাশ; (2) বিপণনের উদ্দেশ্যে ব্যবহার ও প্রকাশ; এবং (3) PHI-এর বিক্রয়ে জড়িত এমন ব্যবহার এবং প্রকাশ। আপনি আমাদের যে লিখিত অনুমোদন দিয়েছেন তা বাতিল করতে পারেন। আপনি ইতোমধ্যে আমাদের যে অনুমোদন দিয়েছেন তার কারণে ইতোমধ্যে আমাদের দ্বারা গৃহীত পদক্ষেপগুলোতে আপনার বাতিল প্রযোজ্য হবে না।

আপনার স্বাস্থ্য তথ্য অধিকারগুলো কি কি?

আপনার করার অধিকার আছে:

- **PHI ব্যবহার বা প্রকাশের উপর সীমাবদ্ধতার অনুরোধ করুন (আপনার PHI শেয়ার করা)**
আপনি আমাদেরকে চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য আপনার PHI শেয়ার না করার জন্য বলতে পারেন। আপনি আমাদেরকে আপনার PHI পরিবার, বন্ধুবান্ধব বা আপনার নাম যাদের নাম আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যার সাথে জড়িত তাদের সাথে শেয়ার না করার জন্যও বলতে পারেন। যাইহোক, আপনার অনুরোধে আমাদের সম্মত হওয়ার প্রয়োজন নেই। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।
- **PHI এর গোপনীয় যোগাযোগের জন্য অনুরোধ করুন**
আপনি Molina-কে আপনার PHI ব্যক্তিগত রাখতে সাহায্য করার জন্য একটি নির্দিষ্ট উপায়ে বা একটি নির্দিষ্ট স্থানে আপনাকে আপনার PHI দিতে বলতে পারেন। আমরা যুক্তিসঙ্গত অনুরোধগুলো অনুসরণ করব, যদি আপনি আমাদের জানান যে কিভাবে সেই PHI-এর সমস্ত বা একটি অংশ শেয়ার করা আপনার জীবনকে ঝুঁকিতে ফেলতে পারে। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।

• আপনার PHI পর্যালোচনা এবং কপি করুন

আমাদের কাছে থাকা আপনার PHI-এর একটি কপি পর্যালোচনা করার এবং পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। এর মধ্যে আপনার সদস্য হিসেবে কভারেজ, দাবি এবং অন্যান্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে ব্যবহৃত রেকর্ড অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন। রেকর্ড কপি এবং মেল করার জন্য আমরা আপনাকে একটি যুক্তিসঙ্গত ফি চার্জ করতে পারি। বিশেষ কিছু ক্ষেত্রে, আমরা অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারি। গুরুত্বপূর্ণ তথ্য: আমাদের কাছে আপনার চিকিৎসা রেকর্ডের সম্পূর্ণ কপি নেই। আপনি যদি আপনার চিকিৎসা রেকর্ড দেখতে, একটি কপি পেতে বা পরিবর্তন করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার ডাক্তার বা ক্লিনিকে যোগাযোগ করুন।

• আপনার PHI সংশোধন করুন

আপনি আপনার PHI সংশোধন (পরিবর্তন) করার জন্য আমাদের অনুরোধ করতে পারেন। এটি শুধুমাত্র সদস্য হিসাবে আপনার সম্পর্কে আমাদের দ্বারা রাখা সেই রেকর্ডগুলো জড়িত। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন। আমরা অনুরোধ অস্বীকার করলে আপনি আমাদের সাথে অসম্মতি জানিয়ে একটি চিঠি ফাইল করতে পারেন।

• PHI প্রকাশের একটি অ্যাকাউন্টিং পান (আপনার PHI শেয়ার করা)

অনুরোধের তারিখের আগের শেষ ছয় বছর ধরে যে সমস্ত পক্ষের সঙ্গে আমরা আপনার PHI শেয়ার করেছি, সেই নির্দিষ্ট পক্ষগুলির একটি তালিকার জন্য আপনি অনুরোধ করতে পারেন। এই তালিকায় PHI শেয়ার করা নিম্নরূপ অন্তর্ভুক্ত থাকবে না:

- চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য;
- ব্যক্তিদের তাদের নিজস্ব PHI সম্পর্কে;
- আপনার অনুমোদনের সাথে শেয়ার করা হয়েছে;
- একটি ব্যবহার বা প্রকাশের ঘটনা অন্যথায় অনুমোদিত বা প্রযোজ্য আইনের অধীনে প্রয়োজনীয়;
- PHI জাতীয় নিরাপত্তার স্বার্থে বা সুরক্ষার উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা হয়েছে; বা
- প্রযোজ্য আইন অনুসারে একটি সীমিত ডেটা সেটের অংশ হিসাবে।

আপনি 12-মাসের মধ্যে একবারের বেশি এই তালিকার জন্য অনুরোধ করলে আমরা প্রতিটি তালিকার জন্য একটি যুক্তিসঙ্গত ফি চার্জ করব। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।

আপনি উপরে তালিকাভুক্ত যেকোনো অনুরোধ করতে পারেন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির একটি কাগজের কপি পেতে পারেন। অনুগ্রহ করে আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে আমাদের সদস্য পরিষেবা বিভাগে সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. মধ্যে কল করুন। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন।

আপনার অধিকার সুরক্ষিত না হলে আপনি কি করতে পারেন?

যদি আপনার মনে হয় আপনার গোপনীয়তার অধিকার লঙ্ঘিত হয়েছে, তাহলে আপনি আমাদের কাছে এবং Department of Health and Human Services-এর কাছে অভিযোগ করতে পারেন। আমরা অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনার বিরুদ্ধে কিছু করব না। আপনার পরিচর্যা এবং সুযোগ-সুবিধাগুলো কোনো ভাবেই পরিবর্তন হবে না।

আপনি এতে আমাদের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন:

আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন। অথবা আমাদের এই ঠিকানায় লিখুন:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

আপনি Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services-এর কাছে অভিযোগ করতে পারেন:

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

আমাদের কর্তব্যগুলি কী কী?

আমাদের প্রয়োজন:

- আপনার PHI ব্যক্তিগত রাখুন;
- আপনার PHI সম্পর্কে আমাদের কর্তব্য এবং গোপনীয়তা অনুশীলন সম্পর্কে আপনাকে লিখিত তথ্য প্রদান করুন;
- আপনার অসুরক্ষিত PHI-এর কোনো লঙ্ঘনের ক্ষেত্রে আপনাকে একটি নোটিশ প্রদান করুন;
- আন্ডাররাইটিং এর উদ্দেশ্যে আপনার জেনেটিক তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ না করা;
- এই নোটিশের শর্তাবলী অনুসরণ করুন।

এই নোটিশটি পরিবর্তন সাপেক্ষে

আমরা যে কোনো সময় এই বিজ্ঞপ্তির তথ্য পদ্ধতি এবং শর্তাবলী পরিবর্তন করার অধিকার সংরক্ষণ করি। যদি আমরা তা করি, তাহলে নতুন শর্তাবলী এবং অনুশীলনগুলি আমাদের কাছে থাকা সমস্ত PHI-এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে। যদি আমরা কোনো গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন করি, তাহলে আমরা আমাদের ওয়েবসাইটে সংশোধিত বিজ্ঞপ্তি পোস্ট করব এবং আমাদের পরবর্তী বার্ষিক মেইলিংয়ে আমাদের সদস্যদের কাছে সংশোধিত বিজ্ঞপ্তি, অথবা গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন এবং সংশোধিত বিজ্ঞপ্তি কীভাবে পেতে হয় সে সম্পর্কে তথ্য পাঠাব। এই বিজ্ঞপ্তিটি আমাদের ওয়েবসাইট MolinaHealthcare.com-এ উপলভ্য।

যোগাযোগের তথ্য

এই বিজ্ঞপ্তি সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।

আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে আমাদের সদস্য পরিষেবা বিভাগে কল করুন; সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন। অথবা Molina সদস্য পরিষেবা, 200 OceanGate, Suite 100, Long Beach, CA 90802 ঠিকানায় লিখুন।

আপনি এই নথিটি অন্যান্য ফরম্যাটে বিনামূল্যে পেতে পারেন, যেমন বড় মুদ্রণ, ব্রেইল বা অডিও আকারে। (855) 882-3901, TTY/TDD: 711-এ কল করুন, সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

Senior Whole Health of New York NHC সদস্য পরিষেবা

পদ্ধতি	সদস্য পরিষেবা - যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(833) 671-0440 এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সময়সূচী 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় সকাল 8 a.m. থেকে 8 p.m., সপ্তাহের 7 দিন। 1লা এপ্রিল - 30শে সেপ্টেম্বর, সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। সদস্য পরিষেবা (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) -এ ইংরেজি ভাষাভাষী নন এমনদের জন্য বিনামূল্যে ভাষা দোভাষী পরিষেবাও রয়েছে।
TTY	711 এই নম্বরটির জন্য বিশেষ টেলিফোন সরঞ্জাম প্রয়োজন এবং শুধুমাত্র সেই লোকেদের জন্য যাদের শুনতে বা কথা বলতে সমস্যা হয়। এই নম্বরে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন। সময়সূচী 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় সকাল 8 a.m. থেকে 8 p.m., সপ্তাহের 7 দিন। 1লা এপ্রিল - 30শে সেপ্টেম্বর, সোমবার-শুক্রবার, সোমবার-শুক্রবার, স্থানীয় সময়, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত।
ফ্যাক্স	(310) 507-6186
লিখুন	Senior Whole Health of New York Attn: সদস্য পরিষেবা 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
ওয়েবসাইট	SWHNY.com

হেলথ ইন্স্যুরেন্স ইনফরমেশন, কাউন্সেলিং অ্যান্ড অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (HIICAP) (New York **SHIP**) হল একটি রাষ্ট্রীয় কর্মসূচি যা Medicare-এর আওতাভুক্ত ব্যক্তিদের বিনামূল্যে স্থানীয় স্বাস্থ্য বীমা পরামর্শ দেওয়ার জন্য ফেডারেল সরকারের কাছ থেকে টাকা পায়।

পদ্ধতি	যোগাযোগের তথ্য
কল করুন	(800) 701-0501 সোমবার – শুক্রবার, স্থানীয় সময় 8:30 a.m. থেকে 5 p.m. পর্যন্ত।
লিখুন	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
ওয়েবসাইট	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

PRA ডিসক্লোজার স্টেটমেন্ট 1995 সালের পেপারওয়ার্ক রিডাকশন আইন অনুসারে, কোনো ব্যক্তিকে কোনো বৈধ OMB কন্ট্রোল নম্বর প্রদর্শন না করা পর্যন্ত তথ্য সংগ্রহের প্রতিক্রিয়া জানাতে হবে না। তথ্য সংগ্রহের জন্য বৈধ OMB কন্ট্রোল নম্বর হল 0938-1051। এই ফর্মটি উন্নত করার জন্য আপনার যদি কোনো মন্তব্য বা পরামর্শ থাকে, তাহলে এই ঠিকানায় লিখুন: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.