

2026

# Αποδεικτικά κάλυψης

**Senior Whole Health of New York NHC**

**(HMO D-SNP)**

New York H5992-007-000

Ισχύει από 1 Ιανουαρίου έως 31 Δεκεμβρίου 2026



**1 Ιανουαρίου – 31 Δεκεμβρίου, 2026**

## **Αποδεικτικά κάλυψης για 2026:**

### **Οι παροχές και οι υπηρεσίες υγείας Medicare και η κάλυψη φαρμάκων ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Αυτό το έγγραφο παρέχει λεπτομέρειες σχετικά με το Medicare και την κάλυψη φαρμάκων για το διάστημα 1 Ιανουαρίου – 31 Δεκεμβρίου 2026. **Πρόκειται για ένα σημαντικό νομικό έγγραφο. Φυλάξτε το σε ασφαλές μέρος.**

Αυτό το έγγραφο εξηγεί τις παροχές και τα δικαιώματά σας. Χρησιμοποιήστε αυτό το έγγραφο για να κατανοήσετε τα εξής:

- Το ασφαλιστικό κόστος του προγράμματός μας και τον επιμερισμό δαπάνης
- Τις ιατρικές μας παροχές και τα φάρμακα
- Πώς να υποβάλετε ένα παράπονο εάν δεν είστε ικανοποιημένοι με μια υπηρεσία ή θεραπεία
- Πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας
- Άλλες προστασίες που απαιτούνται από τον νόμο Medicare

**Για ερωτήσεις σχετικά με αυτό το έγγραφο, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440. (Οι χρήστες της υπηρεσίας ΤΤΥ καλούν στο 711). Οι ώρες λειτουργίας είναι για την περίοδο 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 a.m. – 8 p.m. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Για την περίοδο 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. – 8 p.m. τοπική ώρα. Η κλήση αυτή είναι χωρίς χρέωση.**

Αυτό το πρόγραμμα, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), παρέχεται από Senior Whole Health of New York, Inc. (όταν αυτά τα Αποδεικτικά κάλυψης κάνουν χρήση των αντωνυμιών “εμείς”, “εμάς” ή “μας” νοείται το Senior Whole Health of New York, Inc. Όταν γίνει αναφορά σε “πρόγραμμα” ή “στο πρόγραμμά μας”, νοείται το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Το Molina Healthcare είναι ένα πρόγραμμα C-SNP, D-SNP και HMO με σύμβαση Medicare. Τα προγράμματα D-SNP έχουν σύμβαση με το πολιτειακό πρόγραμμα Medicaid. Η εγγραφή εξαρτάται από την ανανέωση της σύμβασης.

Το πρόγραμμα Senior Whole Health συμμορφώνεται με τον Ομοσπονδιακό νόμο για τα πολιτικά δικαιώματα και δεν κάνει διακρίσεις βάσει φυλής, εθνικότητας, εθνικής καταγωγής, θρησκείας, φύλου, φυλετικής ταυτότητας, ηλικίας, ψυχικής ή σωματικής αναπηρίας, κατάστασης υγείας, λήψης υγειονομικής περίθαλψης, εμπειρίας αξιώσεων, ιατρικού ιστορικού, γενετικών πληροφοριών, αποδεικτικών στοιχείων ασφαλισιμότητας, γεωγραφικής θέσης.

Το παρόν έγγραφο διατίθεται δωρεάν στα Ισπανικά, Κινεζικά, Αραβικά, Κορεατικά, Ρωσικά, Ιταλικά, Γαλλικά, Γαλλικά Κρεολικά, Γίντις, Πολωνικά, Ταγκαλόγκ, Μπενγκάλι, Αλβανικά, Ελληνικά Και Ουρντού.

Μπορείτε να λάβετε αυτό το έγγραφο δωρεάν σε γλώσσα(-ες) εκτός της αγγλικής ή σε άλλες μορφές, όπως με μεγάλα τυπογραφικά στοιχεία, σε γραφή Μπράιγ ή σε ηχητική μορφή. Καλέστε στο (833) 671-0440, (ΤΤΥ: 711). Η κλήση είναι χωρίς χρέωση.

Οι παροχές ενδέχεται να αλλάξουν την 1η Ιανουαρίου 2027.

Ο Κατάλογος Φαρμάκων (Formulary), το δίκτυο φαρμακείων ή/και το δίκτυο παρόχων ενδέχεται να αλλάξουν ανά πάσα στιγμή. Θα ειδοποιηθείτε σχετικά με τυχόν αλλαγές που μπορεί να σας επηρεάσουν τουλάχιστον 30 ημέρες νωρίτερα.



**Πίνακας περιεχομένων****Πίνακας περιεχομένων**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:</b>	<b>Ξεκινήστε ως μέλος .....</b>	<b>4</b>
1	Είστε μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	4
2	Απαιτήσεις επιλεξιμότητας προγράμματος .....	5
3	Σημαντικό υλικό συμμετοχής .....	7
4	Περίληψη σημαντικού κόστους .....	8
5	Περισσότερες πληροφορίες για το μηνιαίο ασφαλιστικό κόστος του προγράμματός σας .....	13
6	Ενημέρωση του αρχείου συνδρομής του προγράμματός μας .....	14
7	Πώς λειτουργεί άλλη ασφάλιση με το πρόγραμμά μας .....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:</b>	<b>Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι .....</b>	<b>16</b>
1	Επαφές Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	16
2	Λήψη βοήθειας από το Medicare .....	19
3	Πρόγραμμα Βοήθειας Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (SHIP) .....	20
4	Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας (QIO) .....	20
5	Κοινωνική ασφάλιση .....	21
6	Medicaid .....	22
7	Προγράμματα που βοηθούν τους ανθρώπους να πληρώσουν για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα .....	25
8	Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων (RRB) .....	27
9	Αν έχετε ομαδική ασφάλεια ή άλλη ασφάλεια υγείας από εργοδότη .....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:</b>	<b>Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας .....</b>	<b>29</b>
1	Πώς θα λάβετε την ιατρική σας φροντίδα και άλλες υπηρεσίες ως μέλος του προγράμματός μας .....	29
2	Χρησιμοποιήστε παρόχους στο δίκτυο του προγράμματός μας για να λάβετε ιατρική φροντίδα: και άλλες υπηρεσίες .....	31
3	Πώς να λάβετε υπηρεσίες σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, καταστροφής ή επείγουσας ανάγκης για φροντίδα .....	35
4	Τι γίνεται αν χρεώνεστε απευθείας για το πλήρες κόστος των καλυπτόμενων υπηρεσιών; .....	37
5	Ιατρικές υπηρεσίες σε μια κλινική ερευνητική μελέτη .....	37
6	Κανόνες για τη λήψη φροντίδας σε θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής περίθαλψης .....	39
7	Κανόνες ιδιοκτησίας ιατρικού εξοπλισμού διαρκείας .....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:</b>	<b>Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται) .....</b>	<b>42</b>
1	Κατανόηση των καλυπτόμενων υπηρεσιών .....	42
2	Ο Πίνακας Ιατρικών Παροχών δείχνει τις ιατρικές σας παροχές και τα κόστη .....	42

**Πίνακας περιεχομένων**

3	Καλυπτόμενες υπηρεσίες εκτός του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	89
4	Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ή το Medicaid .....	90
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D .....</b>		<b>93</b>
1	Βασικοί κανόνες για την κάλυψη φαρμάκων Μέρους D του προγράμματός μας .....	93
2	Εκτελέστε τη συνταγή σας σε ένα φαρμακείο δικτύου ή μέσω της υπηρεσίας ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματός μας .....	94
3	Τα φάρμακά σας πρέπει να βρίσκονται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματός μας .....	96
4	Φάρμακα με περιορισμούς στην κάλυψη .....	98
5	Τι μπορείτε να κάνετε αν ένα από τα φάρμακά σας δεν καλύπτεται με τον τρόπο που θα θέλατε .....	100
6	Ο Κατάλογος Φαρμάκων μας μπορεί να αλλάξει κατά τη διάρκεια του έτους .....	102
7	Τύποι φαρμάκων που δεν καλύπτουμε .....	104
8	Πώς να εκτελέσετε μια συνταγή .....	105
9	Κάλυψη φαρμάκων Μέρους D σε ειδικές καταστάσεις .....	106
10	Προγράμματα για την ασφάλεια των φαρμάκων και τη διαχείριση φαρμάκων .....	107
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D .....</b>		<b>110</b>
1	Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D .....	110
2	Στάδια πληρωμής φαρμάκων για τα μέλη Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	112
3	Η Επεξήγηση των Παροχών Μέρους D εξηγεί σε ποιο στάδιο πληρωμής βρίσκεστε .....	112
4	Το Στάδιο Εκπιπόμενου Ποσού .....	114
5	Το Στάδιο Αρχικής Κάλυψης .....	115
6	Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης .....	120
7	Τι πληρώνετε για τα εμβόλια του Μέρους D .....	121
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Αίτημα πληρωμής ενός λογαριασμού για το δικό μας μερίδιο ενός λογαριασμού για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα .....</b>		<b>123</b>
1	Περιπτώσεις στις οποίες θα πρέπει να μας ζητήσετε να πληρώσουμε το μερίδιό μας για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες ή τα φάρμακα .....	123
2	Πώς να μας ζητήσετε να σας επιστρέψουμε ή να πληρώσουμε έναν λογαριασμό που έχετε .....	125
3	Θα εξετάσουμε το αίτημά σας για πληρωμή και θα πούμε ναι ή όχι .....	126
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας .....</b>		<b>127</b>
1	Το πρόγραμμά μας πρέπει να σέβεται τα δικαιώματά σας και τις πολιτιστικές σας ευαισθησίες. ....	127
2	Οι υποχρεώσεις σας ως μέλος του προγράμματός μας .....	147

**Πίνακας περιεχομένων**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:</b>	<b>Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες) .....</b>	<b>149</b>
1	Τι να κάνετε αν έχετε πρόβλημα ή απορία .....	149
2	Πού μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες και εξατομικευμένη βοήθεια .....	149
3	Κατανόηση των παραπόνων και των αιτημάτων ένστασης Medicare και Medicaid .....	150
4	Ποια διαδικασία πρέπει να χρησιμοποιήσετε για το πρόβλημά σας .....	150
5	Ένας οδηγός για τις αποφάσεις κάλυψης και τις ενστάσεις .....	151
6	Ιατρική φροντίδα: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα ένστασης .....	154
7	Φάρμακα Μέρους D: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα ένστασης .....	166
8	Πώς να μας ζητήσετε να καλύψουμε μια μεγαλύτερη νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή εάν νομίζετε ότι παίρνετε εξιτήριο πολύ νωρίς .....	174
9	Πώς να μας ζητήσετε να συνεχίσουμε να καλύπτουμε ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες εάν πιστεύετε ότι η κάλυψή σας λήγει πολύ σύντομα .....	179
10	Μεταφορά της ένστασής σας στο Επίπεδο 3, 4 και 5 .....	182
11	Πώς να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με την ποιότητα φροντίδας, τους χρόνους αναμονής, την εξυπηρέτηση πελατών ή άλλες ανησυχίες .....	185
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10:</b>	<b>Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα .....</b>	<b>189</b>
1	Τερματισμός της συμμετοχής σας στο πρόγραμμά μας .....	189
2	Πότε μπορείτε να τερματίσετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας; .....	189
3	Πώς να τερματίσετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας .....	192
4	Μέχρι να λήξει η συμμετοχή σας, πρέπει να συνεχίσετε να λαμβάνετε τα ιατρικά είδη, τις υπηρεσίες και τα φάρμακά σας μέσω του προγράμματός μας .....	193
5	Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να τερματίσει τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα σε ορισμένες περιπτώσεις .....	193
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11:</b>	<b>Νομικές ειδοποιήσεις .....</b>	<b>196</b>
1	Σημείωση σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο .....	196
2	Ανακοίνωση σχετικά με την απαγόρευση των διακρίσεων .....	196
3	Σημείωση σχετικά με τα δικαιώματα υποκατάστασης του δευτερεύοντος οφειλέτη Medicare .....	196
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12:</b>	<b>Ορισμοί .....</b>	<b>198</b>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

## Ξεκινήστε ως μέλος

### **1 Είστε μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

---

#### **1.1 Είστε εγγεγραμμένοι στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), το οποίο είναι ένα πρόγραμμα Medicare Special Needs Plan**

Καλύπτεστε τόσο από το Medicare όσο και από το Medicaid:

- **To Medicare** είναι το ομοσπονδιακό πρόγραμμα ασφάλειας υγείας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, μερικά άτομα κάτω των 65 ετών με ορισμένες αναπηρίες και άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (νεφρική ανεπάρκεια).
- Το **Medicaid** είναι ένα κοινό πρόγραμμα της ομοσπονδιακής και της πολιτειακής κυβέρνησης που βοηθά στην κάλυψη των εξόδων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για ορισμένα άτομα με περιορισμένα εισοδήματα και πόρους. Η κάλυψη του Medicaid ποικίλλει, ανάλογα με την πολιτεία και τον τύπο του Medicaid που έχετε. Μερικοί άνθρωποι με Medicaid λαμβάνουν βοήθεια για την πληρωμή των ασφαλιστρών Medicare και άλλων εξόδων. Άλλα άτομα λαμβάνουν επίσης κάλυψη για πρόσθετες υπηρεσίες και φάρμακα που δεν καλύπτονται από το Medicare.

Έχετε επιλέξει να λάβετε την υγειονομική περίθαλψη Medicare και την κάλυψη φαρμάκων μέσω του προγράμματος μας, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Το πρόγραμμά μας καλύπτει όλες τις υπηρεσίες του Μέρους Α και του Μέρους Β. Ωστόσο, ο επιμερισμός δαπάνης και η πρόσβαση του παρόχου σε αυτό το πρόγραμμα διαφέρουν από το Original Medicare.

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) είναι ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα Medicare Advantage (ένα πρόγραμμα ειδικών αναγκών Medicare), πράγμα που σημαίνει ότι οι παροχές του έχουν σχεδιαστεί για άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) έχει σχεδιαστεί για άτομα που έχουν Medicare και τα οποία δικαιούνται επίσης βοήθεια από το Medicaid.

Επειδή λαμβάνετε βοήθεια από το Medicaid με τον επιμερισμό δαπάνης Medicare Part A και B (εκπιπτόμενα ποσά, συμμετοχές στην πληρωμή και συνασφάλιση), δεν πληρώνετε τίποτα για τις υπηρεσίες Medicare. Το Medicaid παρέχει επίσης και άλλες παροχές, καλύπτοντας τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που δεν καλύπτονται συνήθως από το Medicare. Θα λάβετε επίσης Extra Help από το Medicare για να πληρώσετε το κόστος των φαρμάκων Medicare. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα σας βοηθήσει να διαχειριστείτε όλες αυτές τις παροχές, ώστε να λάβετε τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τη βοήθεια πληρωμής που δικαιούστε.

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) διοικείται από ιδιωτική εταιρεία. Όπως όλα τα προγράμματα Medicare Advantage, αυτό το πρόγραμμα ειδικών αναγκών Medicare εγκρίνεται από το Medicare. Το πρόγραμμά μας έχει επίσης σύμβαση με το πρόγραμμα New York Medicaid για το συντονισμό των παροχών Medicaid. Είμαστε στην ευχάριστη θέση να παρέχουμε την κάλυψη Medicare, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης φαρμάκων.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος**

---

**1.2 Νομικές πληροφορίες σχετικά με τα Αποδεικτικά κάλυψης**

Τα παρόντα *Αποδεικτικά κάλυψης* αποτελούν μέρος της σύμβασής μας μαζί σας σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) καλύπτει τη φροντίδα σας. Άλλα μέρη αυτής της σύμβασης περιλαμβάνουν το έντυπο εγγραφής σας, τον Κατάλογο Καλυπτόμενων Φαρμάκων (Formulary) και τυχόν ειδοποιήσεις που λαμβάνετε από εμάς σχετικά με αλλαγές στην κάλυψή σας ή στις συνθήκες που επηρεάζουν την κάλυψή σας. Αυτές οι ανακοινώσεις ονομάζονται μερικές φορές “ένθετα” ή “τροποποιήσεις”.

Η σύμβαση ισχύει για μήνες κατά τους οποίους είστε εγγεγραμμένοι στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) μεταξύ 1 Ιανουαρίου, 2026 και 31 Δεκεμβρίου, 2026.

Το Medicare μάς επιτρέπει να κάνουμε αλλαγές στα προγράμματά μας που προσφέρουμε κάθε ημερολογιακό έτος. Αυτό σημαίνει ότι μπορούμε να αλλάξουμε το κόστος και τις παροχές του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) μετά τις 31 Δεκεμβρίου 2026. Μπορούμε επίσης να επιλέξουμε να σταματήσουμε να προσφέρουμε το πρόγραμμα στην περιοχή εξυπηρέτησής σας μετά τις 31 Δεκεμβρίου 2026.

Το Medicare (τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid) πρέπει να εγκρίνει το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) κάθε χρόνο. Μπορείτε να συνεχίσετε κάθε χρόνο να απολαμβάνετε κάλυψη Medicare ως μέλος του προγράμματός μας, εφόσον επιλέξουμε να συνεχίσουμε να προσφέρουμε το πρόγραμμα και το Medicare ανανεώνει την έγκριση για το πρόγραμμα.

**2 Απαιτήσεις επιλεξιμότητας προγράμματος**

---

**2.1 Απαιτήσεις επιλεξιμότητας**

*Δικαιούστε να γίνετε μέλος προγράμματός μας εφόσον πληροίτε όλες τις παρακάτω προϋποθέσεις:*

- Έχετε τόσο το Medicare Part A όσο και το Medicare Part B
- Ζείτε στη γεωγραφική μας περιοχή εξυπηρέτησης (η Ενότητα 2.3 παρακάτω περιγράφει την περιοχή εξυπηρέτησής μας). Οι φυλακισμένοι δεν θεωρούνται ότι ζουν στη γεωγραφική περιοχή εξυπηρέτησης, ακόμη και αν βρίσκονται σε αυτήν.
- Είστε πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών ή βρίσκεστε νόμιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες
- Πληροίτε τις ειδικές απαιτήσεις επιλεξιμότητας που περιγράφονται παρακάτω.

**Ειδικές απαιτήσεις επιλεξιμότητας για το πρόγραμμά μας**

Το πρόγραμμά μας έχει σχεδιαστεί για να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων που λαμβάνουν ορισμένες παροχές Medicaid. (Το Medicaid είναι ένα κοινό πρόγραμμα της ομοσπονδιακής και της πολιτειακής κυβέρνησης που βοηθά με τα ιατρικά έξοδα ορισμένα άτομα με περιορισμένα εισοδήματα και πόρους.) Για να είστε επιλέξιμοι για το πρόγραμμά μας, πρέπει να δικαιούστε τόσο τις παροχές Medicare όσο και τις πλήρεις παροχές Medicaid.

Σημείωση: Εάν χάσετε την επιλεξιμότητά σας, αλλά μπορεί εύλογα να αναμένεται να ανακτήσετε την επιλεξιμότητα εντός 6 μηνών, τότε εξακολουθείτε να πληροίτε τις προϋποθέσεις για συμμετοχή. Το Κεφάλαιο 4, Ενότητα 2.1 σας ενημερώνει για την κάλυψη και τον επιμερισμό δαπάνης κατά τη διάρκεια μιας περιόδου θεωρούμενης συνεχιζόμενης επιλεξιμότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος

### 2.2 Medicaid

Το Medicaid είναι ένα κοινό πρόγραμμα ομοσπονδιακής και πολιτειακής κυβέρνησης που βοηθά με το κόστος ιατρικής και μακροχρόνιας περίθαλψης για ορισμένους ανθρώπους που έχουν περιορισμένα εισοδήματα και πόρους. Κάθε πολιτεία αποφασίζει τι μετράει ως εισόδημα και πόροι, ποιος είναι επιλέξιμος, ποιες υπηρεσίες καλύπτονται και το κόστος των υπηρεσιών. Οι πολιτείες μπορούν επίσης να αποφασίσουν πώς να εκτελέσουν το πρόγραμμά τους, αρκεί να ακολουθούν τις ομοσπονδιακές οδηγίες.

Επιπλέον, το Medicaid προσφέρει προγράμματα που βοηθούν τους ανθρώπους να πληρώσουν το κόστος Medicare, όπως τα ασφάλιστρα Medicare. Αυτά τα “Προγράμματα Εξοικονόμησης Medicare” βοηθούν άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους να εξοικονομούν χρήματα κάθε χρόνο:

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Ένα άτομο που δικαιούται Medicare, δεν πληροί τα κριτήρια εισοδήματος ή πόρων για QMB + ή SLMB +, αλλά είναι επιλέξιμο για πλήρη κάλυψη Medicaid είτε βάσει κατηγορίας είτε μέσω προαιρετικών ομάδων κάλυψης με βάση την κατάσταση ιατρικής ανάγκης, ειδικά επίπεδα εισοδήματος για θεσμοθετημένα άτομα ή απαλλαγές από το σπίτι και την κοινότητα.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Βοηθά στην πληρωμή ασφαλίσεων Medicare Part A και Part B και λοιπών επιμερισμών δαπάνης (όπως εκπιπτόμενο ποσό, συνασφάλιση και συμμετοχή στην πληρωμή). Αυτά τα άτομα είναι επίσης επιλέξιμα για πλήρεις παροχές Medicaid.

### 2.3 Περιοχή εξυπηρέτησης προγράμματος για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Το Senior Whole Health of New York NHC είναι διαθέσιμο μόνο για άτομα που ζουν στην περιοχή εξυπηρέτησης του προγράμματός μας. Για να παραμείνετε μέλος του προγράμματός μας, πρέπει να συνεχίσετε να διαμένετε στην περιοχή εξυπηρέτησης του προγράμματός μας.

Η περιοχή εξυπηρέτησής μας περιλαμβάνει αυτές τις κομητείες στην περιοχή New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland, Westchester.

Εάν σκοπεύετε να μετακινηθείτε σε μια νέα πολιτεία, θα πρέπει επίσης να επικοινωνήσετε με το γραφείο Medicaid της πολιτείας σας και να ρωτήσετε πώς αυτή η κίνηση θα επηρεάσει τις παροχές σας από το Medicaid. Οι αριθμοί τηλεφώνου για το Medicaid βρίσκονται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6 του παρόντος εγγράφου.

Εάν μετακομίσετε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματός μας, δεν μπορείτε να παραμείνετε μέλος αυτού του προγράμματος. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για να δείτε αν έχουμε κάποιο πρόγραμμα στη νέα σας περιοχή. Όταν μετακομίσετε, θα έχετε μια ειδική περίοδο εγγραφής είτε για να μεταβείτε στο Original Medicare είτε για να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων Medicare στη νέα σας τοποθεσία.

Εάν μετακομίσετε ή αλλάξετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση, είναι επίσης σημαντικό να καλέσετε την Κοινωνική Ασφάλιση. Καλέστε την Κοινωνική Ασφάλιση στο 1-800-772-1213 (οι χρήστες TTY καλούν το 1-800-325-0778).

### 2.4 Πολίτης των ΗΠΑ ή νόμιμη παρουσία

Πρέπει να είστε πολίτης των ΗΠΑ ή να βρίσκεστε νόμιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες για να είστε μέλος ενός προγράμματος υγείας Medicare. Η Medicare (τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare και Medicaid) θα ειδοποιήσει το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) εάν δεν δικαιούστε να παραμείνετε μέλος σε αυτήν τη

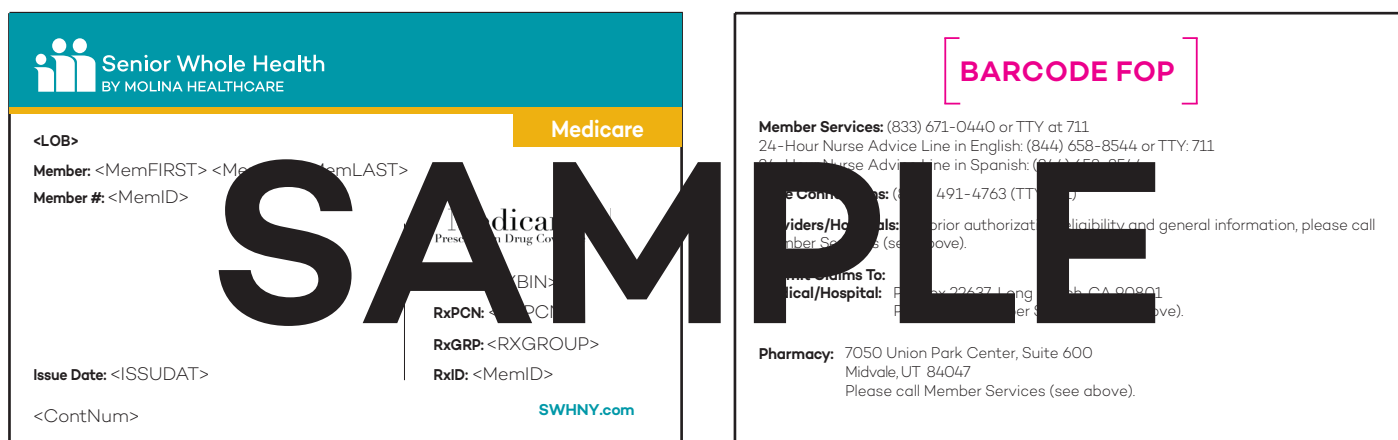
**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος**

βάση. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να σας διαγράψει εάν δεν πληροίτε αυτήν την απαίτηση.

### 3 Σημαντικό υλικό συμμετοχής

#### 3.1 Η κάρτα μέλους στο πρόγραμμά μας

Χρησιμοποιήστε την κάρτα μέλους σας κάθε φορά που λαμβάνετε υπηρεσίες που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας και για συνταγογραφούμενα φάρμακα που παίρνετε από φαρμακεία δικτύου. Να θυμάστε πάντα να επιδεικνύετε τόσο την ταυτότητα μέλους Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) όσο και την ταυτότητα μέλους Medicaid κάθε φορά που προσέρχεστε για περίθαλψη. Θα πρέπει επίσης να δείξετε στον πάροχο την κάρτα Medicaid. Ακολουθεί ένα δείγμα κάρτας μέλους που θα μοιάζει με τη δική σας:



ΜΗ χρησιμοποιείτε την κόκκινη, λευκή και μπλε κάρτα Medicare για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ενώ είστε μέλος αυτού του προγράμματος. Εάν χρησιμοποιείτε την κάρτα Medicare αντί για την κάρτα μέλους Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ίσως χρειαστεί να πληρώσετε μόνοι σας το πλήρες κόστος των ιατρικών υπηρεσιών. Φυλάξτε την κάρτα Medicare σε ασφαλές μέρος. Μπορεί να σας ζητηθεί να τη δείξετε εάν χρειάζεστε νοσοκομειακές υπηρεσίες, υπηρεσίες ανακουφιστικής περίθαλψης ή συμμετέχετε σε εγκεκριμένες από την Medicare κλινικές ερευνητικές μελέτες (που ονομάζονται επίσης κλινικές δοκιμές).

Εάν η κάρτα μέλους του προγράμματός μας καταστραφεί, χαθεί ή κλαπεί, καλέστε αμέσως το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) και θα σας στείλουμε μια νέα κάρτα.

#### 3.2 Κατάλογος Παρόχων/Φαρμακείων

Ο Κατάλογος Παρόχων/Φαρμακείων [SWHNY.com](http://SWHNY.com) απαριθμεί τους τρέχοντες παρόχους δικτύου μας και τους προμηθευτές ιατρικού εξοπλισμού διαρκείας.

**Οι πάροχοι δικτύου** είναι οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας, ιατρικές ομάδες, προμηθευτές ιατρικού εξοπλισμού διαρκείας, νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν συμφωνήσει μαζί μας να αποδεχτούν την πληρωμή μας και οποιονδήποτε επιμερισμό δαπάνης προγράμματος ως εξόφληση.

Πρέπει να χρησιμοποιήσετε παρόχους δικτύου για να λάβετε την ιατρική φροντίδα και τις υπηρεσίες σας. Εάν πάτε αλλού χωρίς την κατάλληλη εξουσιοδότηση, θα πρέπει να πληρώσετε πλήρως. Οι μόνες εξαιρέσεις

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος

είναι οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, οι επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες όταν το δίκτυο δεν είναι διαθέσιμο (δηλαδή, σε καταστάσεις όπου είναι παράλογη ή δεν είναι δυνατή η λήψη υπηρεσιών εντός δικτύου), οι υπηρεσίες αιμοκάθαρσης εκτός περιοχής και οι περιπτώσεις στις οποίες το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) επιτρέπει τη χρήση παρόχων εκτός δικτύου.

Ο *Κατάλογος Φαρμακείων* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) απαριθμεί τα φαρμακεία του δικτύου μας.

Τα **φαρμακεία δικτύου** είναι τα φαρμακεία που συμφωνούν να εκτελούν καλυπτόμενες συνταγές για τα μέλη του προγράμματός μας. Χρησιμοποιήστε τον *Κατάλογο Φαρμακείων* για να βρείτε το φαρμακείο δικτύου που θέλετε να χρησιμοποιήσετε. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 2.5 για πληροφορίες σχετικά με το πότε μπορείτε να χρησιμοποιείτε φαρμακεία που δεν ανήκουν στο δίκτυο του προγράμματός μας. Ο πιο πρόσφατος κατάλογος παρόχων, φαρμακείων και προμηθευτών είναι διαθέσιμος στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Εάν δεν έχετε έναν *Κατάλογο Παρόχων/Φαρμακείων*, μπορείτε να ζητήσετε ένα αντίγραφο (ηλεκτρονικά ή σε έντυπη μορφή) από το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711). Οι αιτήσεις για έντυπους Κατάλογους Παρόχων θα σας αποσταλούν ταχυδρομικά εντός 3 εργάσιμων ημερών.

Ο *Κατάλογος Φαρμακείων* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) απαριθμεί τα φαρμακεία του δικτύου μας. Τα **φαρμακεία δικτύου** είναι τα φαρμακεία που συμφωνούν να εκτελούν καλυπτόμενες συνταγές για τα μέλη του προγράμματός μας. Χρησιμοποιήστε τον *Κατάλογο Φαρμακείων* για να βρείτε το φαρμακείο δικτύου που θέλετε να χρησιμοποιήσετε. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 2.5 για πληροφορίες σχετικά με το πότε μπορείτε να χρησιμοποιείτε φαρμακεία που δεν ανήκουν στο δίκτυο του προγράμματός μας.

### 3.3 Κατάλογος Φαρμάκων (*formulary*)

Το πρόγραμμά μας έχει έναν *Κατάλογο Καλυπτόμενων Φαρμάκων* (ονομάζεται επίσης Κατάλογος Φαρμάκων ή *formulary*). Περιλαμβάνει τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που καλύπτονται από την παροχή του Μέρους D που περιλαμβάνεται στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Τα φάρμακα στον κατάλογο αυτό έχουν επιλεγεί από το πρόγραμμά μας με τη βοήθεια ιατρών και φαρμακοποιών. Ο Κατάλογος Φαρμάκων πρέπει να πληροί τις απαιτήσεις του Medicare. Τα φάρμακα με διαπραγματεύσιμες τιμές στο πλαίσιο του Medicare Drug Price Negotiation Program θα συμπεριληφθούν στον Κατάλογο Φαρμάκων σας, εκτός εάν έχουν αφαιρεθεί και αντικατασταθεί όπως περιγράφεται στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 6. Η Medicare έχει εγκρίνει τον Κατάλογο Φαρμάκων του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Ο Κατάλογος Φαρμάκων ενημερώνει επίσης εάν υπάρχουν κανόνες που περιορίζουν την κάλυψη για ένα φάρμακο.

Θα σας δώσουμε ένα αντίγραφο του Καταλόγου Φαρμάκων. Για να λάβετε τις πληρέστερες και πιο πρόσφατες πληροφορίες σχετικά με τα φάρμακα που καλύπτονται, επισκεφτείτε τον ιστότοπο του προγράμματός μας ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) ή καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (TTY 711).

## 4 Περίληψη σημαντικού κόστους

Τα έξοδά σας το 2026	
Μηνιαία ασφάλιστρα προγράμματος*	\$0

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος**

	<b>Τα έξοδά σας το 2026</b>
* Το ασφάλιστρό σας μπορεί να είναι υψηλότερο από αυτό το ποσό. Μεταβείτε στην Ενότητα 4.1 για λεπτομέρειες.	
<b>Ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα</b> Αυτό είναι το <u>μέγιστο ποσό</u> που θα πληρώσετε για άμεσα έξοδα για καλυπτόμενες υπηρεσίες του Μέρους Α και του Μέρους Β. (Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 4, Ενότητα 1 για περισσότερες πληροφορίες.)	<b>\$9,250</b>  <b>Δεν είστε υπεύθυνοι να πληρώνετε οποιαδήποτε συμμετοχή στα έξοδα για να καλύψετε το ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα για καλυπτόμενες υπηρεσίες από το Μέρος Α και από το Μέρος Β.</b>
<b>Επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης</b>	<b>\$0 ανά επίσκεψη</b>  <b>Αν είστε επιλέξιμοι για να λάβετε τη βοήθεια επιμερισμού δαπάνης Medicare στο πλαίσιο του Medicaid, πληρώνετε \$0 ανά επίσκεψη.</b>
<b>Επίσκεψη σε ειδικό γιατρό</b>	<b>\$0 ανά επίσκεψη</b>  <b>Αν είστε επιλέξιμοι για να λάβετε τη βοήθεια επιμερισμού δαπάνης Medicare στο πλαίσιο του Medicaid, πληρώνετε \$0 ανά επίσκεψη.</b>
<b>Νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή</b>	<b>\$0</b>  <b>Αν είστε επιλέξιμοι για να λάβετε τη βοήθεια επιμερισμού δαπάνης Medicare στο πλαίσιο του Medicaid, πληρώνετε \$0.</b>
<b>Εκπιπτόμενο ποσό κάλυψης φαρμάκων Μέρους D</b> (Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 6, Ενότητα 4 για περισσότερες πληροφορίες.)	Το εκπιπτόμενο ποσό είναι \$615. Εάν λάβετε Extra Help, αυτό το εκπιπτόμενο ποσό δεν ισχύει για εσάς. Το Κεφάλαιο 6 περιέχει πρόσθετες λεπτομέρειες σχετικά με την κάλυψη και τους περιορισμούς.
<b>Κάλυψη φαρμάκων του Μέρους D</b> (Μεταβείτε στην Ενότητα 6 για λεπτομέρειες, συμπεριλαμβανομένων των σταδίων Ετήσιου Εκπιπτόμενου Ποσού, Αρχικής Κάλυψης και Καταστροφικής Κάλυψης.)	<b>Συμμετοχή κατά το Στάδιο Αρχικής Κάλυψης:</b>  <b>Επίπεδο φαρμάκων 1: \$0</b> <b>Επίπεδο φαρμάκων 2: \$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή.</b>  <b>Επίπεδο φαρμάκων 3: \$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή.</b>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος****Τα έξοδά σας το 2026**

**Επίπεδο φαρμάκων 4: \$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή.**

**Επίπεδο φαρμάκων 5: \$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή.**

**Επίπεδο φαρμάκων 6: \$0**

**Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης:**

**Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου πληρωμής, δεν πληρώνετε τίποτα για τα φάρμακα που καλύπτονται από το Μέρος D.**

Το κόστος σας μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- Πρόγραμμα ασφαλιστρών (Ενότητα 4.1)
- Μηνιαίο ασφάλιστρο Medicare Part B (Ενότητα 4.2)
- Πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής Μέρους D (Ενότητα 4.3)
- Μηνιαίο προσαρμοσμένο ποσό που συνδέεται με το εισόδημα (Ενότητα 4.4)
- Ποσό του προγράμματος Medicare Prescription Payment Plan (Ενότητα 4.5)

#### **4.1 Ασφαλιστικό κόστος προγράμματος**

Ως μέλος του προγράμματός μας, πληρώνετε ένα μηνιαίο ασφάλιστρο προγράμματος. Για το 2026, το μηνιαίο ασφάλιστρο για *Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP)* είναι \$17.30.

Εάν λαμβάνετε ήδη βοήθεια από ένα από αυτά τα προγράμματα, **οι πληροφορίες σχετικά με τα ασφάλιστρα σε αυτά τα Αποδεικτικά κάλυψης ενδέχεται να μην ισχύουν για εσάς.** Σας έχουμε στείλει ένα ξεχωριστό έγγραφο, που λέγεται *Εγχειρίδιο αποδεικτικών κάλυψης για άτομα που λαμβάνουν “Extra Help” για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων* (γνωστό και ως *Εγχειρίδιο επιδότησης χαμηλού εισοδήματος ή Εγχειρίδιο LIS*), που σας ενημερώνει σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων. Εάν δεν έχετε αυτό το ένθετο, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) και ζητήστε το *Εγχειρίδιο LIS*.

**Σε ορισμένες περιπτώσεις, το ασφάλιστρο του προγράμματός μας μπορεί να είναι μικρότερο**

Το πρόγραμμα Extra Help βοηθά άτομα με περιορισμένους πόρους να πληρώσουν για τα φάρμακά τους. Μάθετε περισσότερα για αυτά τα προγράμματα στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 7. Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, η εγγραφή σε ένα από αυτά τα προγράμματα μπορεί να μειώσει το μηνιαίο ασφάλιστρο του προγράμματός σας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος

Τα ασφάλιστρα του Medicare Part B και Part D διαφέρουν για άτομα με διαφορετικά εισοδήματα. Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτά τα ασφάλιστρα, ανατρέξτε στο αντίγραφο του εγχειριδίου *Medicare & You 2026* στην ενότητα με τίτλο *2026 Κόστος Medicare*. Κατεβάστε ένα αντίγραφο από τον ιστότοπο του Medicare ([www.Medicare.gov/medicare-and-you](http://www.Medicare.gov/medicare-and-you)) ή παραγγείλετε ένα τυπωμένο αντίγραφο τηλεφωνικά στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.

### 4.2 Μηνιαίο κόστος ασφάλισης Medicare Part B

#### Πολλά μέλη υποχρεούνται να πληρώνουν άλλα ασφάλιστρα Medicare

Εκτός από την καταβολή του μηνιαίου ασφαλιστρου του προγράμματος, μερικά μέλη υποχρεούνται να καταβάλλουν και άλλα ασφάλιστρα Medicare. Όπως εξηγείται στην Ενότητα 2 παραπάνω, για να είστε επιλέξιμοι για το πρόγραμμά μας, πρέπει να διατηρήσετε την επιλεξιμότητά σας για το Medicaid καθώς και να έχετε Medicare Part A και Part B. Για τα περισσότερα μέλη του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), το Medicaid πληρώνει για το ασφάλιστρο του Μέρους A (εάν δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για αυτό) και για το ασφάλιστρο του Μέρους B.

**Εάν το Medicaid δεν πληρώνει τα ασφάλιστρα Medicare για λογαριασμό σας, πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε τα ασφάλιστρα Medicare για να παραμείνετε μέλος του προγράμματός μας.** Αυτό περιλαμβάνει το ασφάλιστρο για το Μέρος B. Μπορεί επίσης να πληρώνετε ένα ασφάλιστρο για το Μέρος A, εάν δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για δωρεάν Μέρος A.

### 4.3 Πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής Μέρους D

Επειδή πληροίτε τις διπλές προϋποθέσεις, το LEP δεν ισχύει, εφόσον διατηρείτε το καθεστώς διπλής επιλεξιμότητας, αλλά εάν χάσετε τη διπλή επιλεξιμότητα, ενδέχεται να επιβαρυνθείτε με LEP. Το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής Μέρους D είναι ένα πρόσθετο ασφάλιστρο που πρέπει να καταβληθεί για την κάλυψη του Μέρους D εάν, οποιαδήποτε στιγμή μετά τη λήξη της αρχικής περιόδου εγγραφής σας, υπήρχε μια περίοδος τουλάχιστον 63 συνεχόμενων ημερών κατά την οποία δεν είχατε κάλυψη Μέρους D ή άλλη αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων. Η αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι κάλυψη που πληροί τα ελάχιστα πρότυπα του Medicare, καθώς αναμένεται να πληρώσει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον όσο η συνήθης κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων του Medicare. Το κόστος του προστίμου καθυστερημένης εγγραφής εξαρτάται από το πόσο καιρό περάσατε χωρίς το Μέρος D ή άλλη αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Θα πρέπει να πληρώσετε αυτό το πρόστιμο για όσο διάστημα έχετε κάλυψη Μέρους D.

**Δεν** χρειάζεται να πληρώσετε το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής Μέρους D εάν:

- Λαμβάνετε Extra Help από το Medicare για να μπορείτε να καλύψετε το κόστος των φαρμάκων σας.
- Έχετε περάσει λιγότερες από 63 συνεχόμενες ημέρες χωρίς αξιόπιστη κάλυψη.
- Είχατε αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων μέσω άλλης πηγής (όπως πρώην εργοδότης, συνδικαλιστική ένωση, TRICARE ή Υπηρεσία Υγείας των Βετεράνων [VA]). Ο ασφαλιστής ή το τμήμα ανθρώπινου δυναμικού μας ενημερώνει κάθε χρόνο εάν η κάλυψη φαρμάκων σας είναι αξιόπιστη κάλυψη. Ενδέχεται να λάβετε αυτές τις πληροφορίες σε επιστολή ή ενημερωτικό δελτίο από το εν λόγω πρόγραμμα. Κρατήστε αυτές τις πληροφορίες, επειδή μπορεί να τις χρειαστείτε εάν εγγραφείτε αργότερα σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος

- **Σημείωση:** Οποιαδήποτε επιστολή ή ειδοποίηση πρέπει να αναφέρει ότι είχατε αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων που αναμένεται να πληρώσει όσο πληρώνει το τυπικό πρόγραμμα φαρμάκων του Medicare.
- **Σημείωση:** Οι κάρτες έκπτωσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι δωρεάν κλινικές και οι ισότοποι έκπτωσης φαρμάκων δεν είναι αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

**Το Medicare ορίζει το ποσό του προστίμου καθυστερημένης εγγραφής Μέρους D.** Παρακάτω εξηγούμε πως λειτουργεί:

- Πρώτον, μετρήστε τον αριθμό των πλήρων μηνών που καθυστερήσατε να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων Medicare, ενώ δικαιούστε να εγγραφείτε. Ή μετρήστε τον αριθμό των πλήρων μηνών που δεν είχατε αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων, εάν η διακοπή της κάλυψης ήταν τουλάχιστον 63 ημέρες. Το πρόστιμο είναι 1% για κάθε μήνα που δεν είχατε αξιόπιστη κάλυψη. Για παράδειγμα, εάν περάσετε 14 μήνες χωρίς κάλυψη, το ύψος του προστίμου θα είναι 14%.
- Στη συνέχεια, το Medicare ορίζει το ποσό του μέσου μηνιαίου ασφαλιστρού του προγράμματος για τα προγράμματα φαρμάκων Medicare σε όλη τη χώρα από το προηγούμενο έτος (εθνικό βασικό ασφαλιστρο δικαιούχου). Για το 2025, αυτό το μέσο ποσό ασφαλιστρού είναι \$36.78. Το παρόν ποσό μπορεί να αλλάξει για το 2026.
- Για να υπολογίσετε το μηνιαίο πρόστιμό σας, πολλαπλασιάζετε το ποσοστό προστίμου και το μέσο μηνιαίο ασφαλιστρο και στη συνέχεια το στρογγυλοποιείτε στα πλησιέστερα 10 λεπτά. Στο παράδειγμα εδώ, θα ήταν 14% επί \$36.78, που ισούται με \$5.15. Αυτό στρογγυλοποιείται στα \$5.20. Αυτό το ποσό θα προστεθεί **στο μηνιαίο ασφαλιστρο για κάποιον με πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D.**

Τρία σημαντικά πράγματα που πρέπει να γνωρίζετε σχετικά με το μηνιαίο πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D:

- **Το πρόστιμο μπορεί να αλλάζει κάθε χρόνο**, επειδή το εθνικό βασικό ασφαλιστρο δικαιούχου μπορεί να αλλάζει κάθε χρόνο.
- **Θα συνεχίσετε να πληρώνετε πρόστιμο** κάθε μήνα για όσο διάστημα είστε εγγεγραμμένοι σε ένα πρόγραμμα που έχει παροχές φαρμάκων Medicare Part D, ακόμα κι αν αλλάξετε προγράμματα.
- Εάν είστε κάτω των 65 ετών και είστε εγγεγραμμένοι στο Medicare, το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D θα μηδενιστεί όταν γίνετε 65 ετών. Μετά την ηλικία των 65 ετών, το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D θα βασίζεται μόνο στους μήνες που δεν έχετε κάλυψη μετά την αρχική περίοδο εγγραφής σας για γήρανση στο Medicare.

**Εάν διαφωνείτε σχετικά με το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D, εσείς ή ο εκπρόσωπός σας μπορείτε να ζητήσετε αναθεώρηση.** Γενικά, πρέπει να ζητήσετε αυτήν την αναθεώρηση **εντός 60 ημερών** από την ημερομηνία της πρώτης επιστολής που λαμβάνετε και η οποία δηλώνει ότι πρέπει να πληρώσετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής. Ωστόσο, εάν πληρώνετε πρόστιμο πριν εγγραφείτε στο πρόγραμμά μας, ενδέχεται να μην έχετε άλλη ευκαιρία να ζητήσετε αναθεώρηση αυτού του προστίμου καθυστερημένης εγγραφής.

### 4.4 Μηνιαίο ποσό προσαρμογής σχετιζόμενο με εισόδημα

Εάν χάσετε την επιλεξιμότητα για αυτό το πρόγραμμα λόγω αλλαγών στο εισόδημα, ορισμένα μέλη ενδέχεται να χρειαστεί να πληρώσουν μια επιπλέον χρέωση για το πρόγραμμα Medicare, γνωστό ως “Ποσό μηνιαίας προσαρμογής που σχετίζεται με το εισόδημα” (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Η επιπλέον χρέωση υπολογίζεται χρησιμοποιώντας το τροποποιημένο προσαρμοσμένο ακαθάριστο εισόδημά

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος

---

σας, όπως αναφέρεται στη φορολογική σας δήλωση IRS πριν από 2 χρόνια. Εάν αυτό το ποσό υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο ποσό, θα πληρώσετε το τυπικό ποσό ασφαλιστρο και το πρόσθετο IRMAA. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το επιπλέον ποσό που μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε με βάση το εισόδημά σας, επισκεφθείτε τη διεύθυνση [www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](http://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Εάν πρέπει να πληρώσετε ένα επιπλέον ποσό IRMAA, η Κοινωνική Ασφάλιση, όχι το πρόγραμμα Medicare, θα σας στείλει μια επιστολή που θα σας λέει ποιο θα είναι αυτό το επιπλέον ποσό. Το επιπλέον ποσό θα παρακρατηθεί από την Κοινωνική Ασφάλιση, το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων ή τον έλεγχο παροχών του Γραφείου Διαχείρισης Προσωπικού, ανεξάρτητα από το πώς πληρώνετε συνήθως το ασφαλιστρο του προγράμματός σας, εκτός εάν η μηνιαία σας παροχή δεν επαρκεί για να καλύψει το επιπλέον οφειλόμενο ποσό. Εάν ο έλεγχος παροχών σας δεν είναι αρκετός για να καλύψει το επιπλέον ποσό, θα λάβετε λογαριασμό από το Medicare. **Πρέπει να πληρώσετε το επιπλέον ποσό IRMAA στην κυβέρνηση. Δεν μπορεί να πληρωθεί με το μηνιαίο ασφαλιστρο του προγράμματός σας. Εάν δεν πληρώσετε το επιπλέον ποσό IRMAA, θα διαγραφείτε από το πρόγραμμα και θα χάσετε την κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.**

Εάν διαφωνείτε σχετικά με την καταβολή ενός επιπλέον ποσού IRMAA, μπορείτε να ζητήσετε από την Κοινωνική Ασφάλιση να επανεξετάσει την απόφαση. Για να μάθετε πώς να το κάνετε αυτό, επικοινωνήστε με την Κοινωνική Ασφάλιση στο 1-800-772-1213 (Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-800-325-0778).

### 4.5 Ποσό του προγράμματος Medicare Prescription Payment Plan

Εάν συμμετέχετε στο πρόγραμμα Medicare Prescription Payment Plan, κάθε μήνα θα πληρώνετε το ασφαλιστρο του προγράμματός σας (εφόσον έχετε) και θα λαμβάνετε έναν λογαριασμό από το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων σας για τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας (αντί να πληρώνετε το φαρμακείο). Ο μηνιαίος λογαριασμός σας βασίζεται σε αυτό που οφείλετε για τυχόν συνταγές που λαμβάνετε, συν το υπόλοιπο του προηγούμενου μήνα σας, διαιρούμενο με τον αριθμό των μηνών που απομένουν στο έτος. Στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 7 θα βρείτε περισσότερα για το πρόγραμμα Medicare Prescription Payment Plan. Εάν διαφωνείτε με το ποσό που χρεώνεται στο πλαίσιο αυτής της επιλογής πληρωμής, μπορείτε να ακολουθήσετε τα βήματα στο Κεφάλαιο 9 για να υποβάλετε παράπονο ή ένσταση.

## 5 Περισσότερες πληροφορίες για το μηνιαίο ασφαλιστικό κόστος του προγράμματός σας

---

### 5.1 Τα μηνιαία ασφαλιστρα του προγράμματός μας δεν θα αλλάξουν κατά τη διάρκεια του έτους

Δεν επιτρέπεται να αλλάξουμε το μηνιαίο ασφαλιστρο του προγράμματος κατά τη διάρκεια του έτους. Εάν το μηνιαίο ασφαλιστρο προγράμματος αλλάξει για το επόμενο έτος θα σας ενημερώσουμε τον Σεπτέμβριο, και το νέο ασφαλιστρο θα τεθεί σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου.

Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για Extra Help ή αν χάσετε την επιλεξιμότητά σας για Extra Help κατά τη διάρκεια του έτους, το μέρος του ασφαλιστρο του προγράμματός μας που πρέπει να πληρώσετε μπορεί να αλλάξει. Αν πληροίτε τις προϋποθέσεις για Extra Help με το κόστος κάλυψης των φαρμάκων σας, το πρόγραμμα Extra Help καταβάλλει μέρος του μηνιαίου ασφαλιστρο του προγράμματός σας. Εάν χάσετε το δικαίωμα για

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος**

Extra Help κατά τη διάρκεια του έτους, θα πρέπει να αρχίσετε να πληρώνετε το πλήρες μηνιαίο ασφάλιστρο του προγράμματος. Μπορείτε να μάθετε περισσότερα για το Extra Help στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 7.

**6 Ενημέρωση του αρχείου συνδρομής του προγράμματός μας**

Το αρχείο συνδρομής σας περιέχει πληροφορίες από τη φόρμα εγγραφής σας, συμπεριλαμβανομένης της διεύθυνσης και του αριθμού τηλεφώνου σας. Δείχνει την κάλυψη του συγκεκριμένου προγράμματός σας, συμπεριλαμβανομένου του παρόχου πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Οι γιατροί, τα νοσοκομεία, οι φαρμακοποιοί και άλλοι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματός μας **χρησιμοποιούν το αρχείο της συνδρομής σας για να γνωρίζουν ποιες υπηρεσίες και φάρμακα καλύπτονται, καθώς και τα ποσά επιμερισμού δαπάνης.** Εξαιτίας αυτού, είναι πολύ σημαντικό να μας βοηθήσετε να διατηρήσουμε τις πληροφορίες σας ενημερωμένες.

**Εάν σας αφορά κάποια από αυτές τις αλλαγές, ενημερώστε μας:**

- Αλλαγές στο όνομα, τη διεύθυνση ή τον αριθμό τηλεφώνου σας
- Αλλαγές σε οποιαδήποτε άλλη ασφάλεια υγείας που έχετε (όπως από τον εργοδότη σας, τον εργοδότη του/της συζύγου ή συντρόφου σας, την αποζημίωση των εργαζομένων ή το Medicaid)
- Οποιοσδήποτε αξιώσεις ευθύνης, όπως αξιώσεις από αυτοκινητιστικό ατύχημα
- Εάν έχετε εισαχθεί σε γηροκομείο
- Εάν λαμβάνετε φροντίδα σε νοσοκομείο εκτός περιοχής ή εκτός δικτύου ή σε χώρο επειγόντων
- Εάν αλλάξει ο καθορισμένος υπεύθυνος (όπως ένας φροντιστής)
- Εάν συμμετέχετε σε κλινική ερευνητική μελέτη (**Σημείωση:** Δεν είστε υποχρεωμένοι να πείτε το πρόγραμμά σας σχετικά με τις κλινικές ερευνητικές μελέτες στις οποίες σκοπεύετε να συμμετάσχετε, αλλά σας ενθαρρύνουμε να το κάνετε.)

Εάν οποιαδήποτε από αυτές τις πληροφορίες αλλάξει, ενημερώστε μας καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711). Τα μέλη μπορούν να δημιουργήσουν έναν ηλεκτρονικό λογαριασμό My Senior Whole Health για να αλλάξουν τον γιατρό τους, να ενημερώσουν τα στοιχεία επικοινωνίας τους, να ζητήσουν νέα ταυτότητα, να λάβουν υπενθυμίσεις υγείας σχετικά με τις υπηρεσίες που απαιτούνται ή να δουν το ιστορικό υπηρεσιών τους. Επισκεφτείτε <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> για να δημιουργήσετε ή να αποκτήσετε πρόσβαση στον λογαριασμό σας My Senior Whole Health.

Είναι επίσης σημαντικό να επικοινωνήσετε με την Κοινωνική Ασφάλιση εάν μετακινήσετε ή αλλάξετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση. Καλέστε την Κοινωνική Ασφάλιση στο 1-800-772-1213 (οι χρήστες TTY καλούν το 1-800-325-0778).

**7 Πώς λειτουργεί άλλη ασφάλιση με το πρόγραμμά μας****Άλλες ασφάλειες**

Το Medicare απαιτεί να συλλέγουμε πληροφορίες σχετικά με οποιαδήποτε άλλη ιατρική κάλυψη ή κάλυψη φαρμάκων έχετε, ώστε να μπορούμε να συντονίσουμε οποιαδήποτε άλλη κάλυψη με τις παροχές σας στο πλαίσιο του προγράμματός μας. Αυτό ονομάζεται **συντονισμός παροχών**.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ξεκινήστε ως μέλος**

Μία φορά κάθε χρόνο, θα σας στέλνουμε μια επιστολή που θα απαριθμεί οποιαδήποτε άλλη ιατρική κάλυψη ή κάλυψη φαρμάκων που γνωρίζουμε. Διαβάστε προσεκτικά αυτές τις πληροφορίες. Εάν είναι σωστές, δεν χρειάζεται να κάνετε τίποτα. Εάν οι πληροφορίες είναι λανθασμένες ή εάν έχετε άλλη κάλυψη που δεν αναφέρεται, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711). Ίσως χρειαστεί να δώσετε τον αριθμό ταυτότητας μέλους του προγράμματός σας στους άλλους ασφαλιστές σας (αφού επιβεβαιώσετε την ταυτότητά τους), ώστε οι λογαριασμοί σας να εξοφληθούν σωστά και εγκαίρως.

Όταν έχετε άλλη ασφάλιση (όπως ομαδική κάλυψη υγείας εργοδότη), κανόνες που καθορίζονται από την Medicare αποφασίζουν εάν το πρόγραμμά μας ή η άλλη ασφάλειά σας πληρώνει πρώτα. Η ασφάλιση που πληρώνει πρώτη (“κύριος πληρωτής”) πληρώνει μέχρι τα όρια της κάλυψής της. Η ασφάλιση που πληρώνει δεύτερη, (“δευτερεύων πληρωτής”) πληρώνει μόνο εάν υπάρχουν έξοδα που παραμένουν ακάλυπτα από την κύρια κάλυψη. Ο δευτερεύων πληρωτής δεν μπορεί να καταβάλει όλα τα μη καλυπτόμενα έξοδα. Εάν έχετε άλλη ασφάλιση, ενημερώστε τον γιατρό, το νοσοκομείο και το φαρμακείο σας.

Αυτοί οι κανόνες ισχύουν για την κάλυψη προγραμμάτων υγείας εργοδοτών ή συνδικαλιστικών ομάδων:

- Εάν έχετε κάλυψη συνταξιούχων, το Medicare πληρώνει πρώτα.
- Εάν η κάλυψη του ομαδικού σας προγράμματος υγείας βασίζεται στην τρέχουσα απασχόλησή σας ή σε ένα μέλος της οικογένειάς σας, ποιος πληρώνει πρώτος εξαρτάται από την ηλικία σας, τον αριθμό των ατόμων που απασχολούνται από τον εργοδότη σας και εάν έχετε Medicare με βάση την ηλικία, την αναπηρία ή τη νεφρική νόσο τελικού σταδίου (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  - Εάν είστε κάτω των 65 ετών και άτομα με ειδικές ανάγκες και εσείς (ή το μέλος της οικογένειάς σας) εξακολουθείτε να εργάζεστε, το ομαδικό πρόγραμμα υγείας σας πληρώνει πρώτα εάν ο εργοδότης έχει 100 ή περισσότερους υπαλλήλους ή τουλάχιστον έναν εργοδότη σε ένα πρόγραμμα πολλαπλών εργοδοτών που έχει περισσότερους από 100 υπαλλήλους.
  - Εάν είστε άνω των 65 ετών και εσείς ή ο/η σύζυγος ή σύντροφός σας εξακολουθείτε να εργάζεστε, το ομαδικό πρόγραμμα υγείας σας πληρώνει πρώτα εάν ο εργοδότης έχει 20 ή περισσότερους υπαλλήλους ή τουλάχιστον έναν εργοδότη σε ένα πρόγραμμα πολλαπλών εργοδοτών που έχει περισσότερους από 20 υπαλλήλους.
- Εάν έχετε Medicare λόγω ESRD, το ομαδικό πρόγραμμα υγείας σας θα πληρώσει πρώτα για τους πρώτους 30 μήνες αφού γίνετε επιλέξιμοι για το Medicare.

Αυτοί οι τύποι κάλυψης συνήθως πληρώνουν πρώτα για υπηρεσίες που σχετίζονται με κάθε τύπο:

- Ασφάλιση άνευ πταίσματος (συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης αυτοκινήτου)
- Ευθύνη (συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης αυτοκινήτου)
- Παροχές για μαύρους πνεύμονες
- Αποζημίωση εργαζομένων

Το Medicaid και η TRICARE δεν πληρώνουν ποτέ πρώτα για καλυπτόμενες από το Medicare υπηρεσίες. Πληρώνουν μόνο αφού έχουν πληρώσει τα προγράμματα υγείας του Medicare ή/και της ομάδας εργοδοτών.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:****Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****1 Επαφές Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Για βοήθεια σχετικά με αξιώσεις, χρεώσεις ή ερωτήσεις σχετικά με την κάρτα μέλους, καλέστε ή γράψτε στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Θα χαρούμε να σας βοηθήσουμε.

**Τμήμα Υπηρεσιών Μελών – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Ώρες λειτουργίας: 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 a.m. έως 8 p.m. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα - Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) διαθέτει επίσης δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για όσους δεν μιλούν αγγλικά.
<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Ώρες λειτουργίας: 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 a.m. έως 8 p.m. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα - Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα.
<b>Φαξ</b>	(310) 507-6186
<b>Γράψτε</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Πώς να ρωτήσετε για μια απόφαση κάλυψης ή ένστασης σχετικά με την ιατρική σας φροντίδα**

Μια απόφαση κάλυψης είναι μια απόφαση που λαμβάνουμε σχετικά με τις παροχές και την κάλυψή σας ή σχετικά με το ποσό που θα πληρώσουμε για τις ιατρικές σας υπηρεσίες ή τα φάρμακα Μέρους D. Το αίτημα ένστασης είναι ένας επίσημος τρόπος να μας ζητήσετε να αξιολογήσουμε και να αλλάξουμε μια απόφαση κάλυψης. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πώς μπορείτε να ζητήσετε αποφάσεις κάλυψης ή ενστάσεις σχετικά με την ιατρική σας φροντίδα ή τα φάρμακα του Μέρους D, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****Αποφάσεις κάλυψης και ενστάσεις για ιατρική φροντίδα Μέρους D – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. 7 ημέρες την εβδομάδα, 8 a.m. έως 5 p.m., τοπική ώρα.
<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. 7 ημέρες την εβδομάδα, 8 a.m. έως 5 p.m., τοπική ώρα.
<b>Φαξ</b>	Προηγμένη Απεικόνιση: (877) 731-7218, Μεταμοσχεύσεις (877) 813-1206, Υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών/ συμπεριφορικής υγείας (844) 251-1450, Νοσηλεία (844) 834-2152, RX / Jcodes (866) 290-1309
<b>Γράψτε</b>	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802  <b>Συνταγογραφούμενα φάρμακα:</b> Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Πώς να υποβάλετε παράπονο σχετικά με την ιατρική σας φροντίδα**

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με εμάς ή έναν από τους παρόχους δικτύου ή τα φαρμακεία μας, συμπεριλαμβανομένης μιας καταγγελίας σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψής σας. Αυτός ο τύπος παραπόνου δεν περιλαμβάνει διαφορές κάλυψης ή πληρωμής. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την υποβολή παραπόνου σχετικά με την ιατρική σας φροντίδα, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 9.

**Παράπονα για ιατρική φροντίδα – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. 7 ημέρες την εβδομάδα, 8 a.m. έως 5 p.m., τοπική ώρα.
<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. 7 ημέρες την εβδομάδα, 8 a.m. έως 5 p.m., τοπική ώρα.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****Παράπονα για ιατρική φροντίδα – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Φαξ</b>	(562) 499-0610
<b>Γράψτε</b>	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Πώς να μας ζητήσετε να πληρώσουμε το κόστος για ιατρική φροντίδα ή φάρμακο που έχετε λάβει**

Εάν έχετε λάβει λογαριασμό ή έχετε πληρώσει για υπηρεσίες (όπως λογαριασμό παρόχου) για τις οποίες πιστεύετε ότι πρέπει να πληρώσουμε, ίσως χρειαστεί να μας ζητήσετε αποζημίωση ή εξόφληση του λογαριασμού παρόχου. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 7 για περισσότερες πληροφορίες.

Εάν μας στείλετε ένα αίτημα πληρωμής και απορρίψουμε οποιοδήποτε μέρος του αιτήματός σας, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης της απόφασής μας. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9 για περισσότερες πληροφορίες.

**Αιτήματα πληρωμής – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα.
<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα.
<b>Φαξ</b>	(866) 290-1309
<b>Γράψτε</b>	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 <b>Συνταγογραφούμενα φάρμακα:</b> Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****2 Λήψη βοήθειας από το Medicare**

Το Medicare είναι το ομοσπονδιακό πρόγραμμα ασφάλειας υγείας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, μερικά άτομα κάτω των 65 ετών με αναπηρίες και άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια που απαιτεί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού).

Η ομοσπονδιακή υπηρεσία που είναι υπεύθυνη για το Medicare είναι τα Κέντρα για Υπηρεσίες Medicare & Medicaid (CMS). Αυτός ο οργανισμός συνάπτει συμβάσεις με οργανισμούς Medicare Advantage, συμπεριλαμβανομένου και του προγράμματός μας.

**Medicare – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση <b>24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.</b>
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση.
<b>Ζωντανή συνομιλία</b>	Συνομιλήστε ζωντανά στο <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> .
<b>Γράψτε</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Στείλτε επιστολή στο Medicare στη διεύθυνση PO Box 1270, Lawrence, KS 66044</li> </ul>
<b>Ιστότοπος</b>	<p><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Λάβετε πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα υγείας και φαρμάκων του Medicare στην περιοχή σας, συμπεριλαμβανομένου του κόστους τους και των υπηρεσιών που παρέχουν.</li> <li>• Βρείτε γιατρούς ή άλλους παρόχους και προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης που συμμετέχουν στο Medicare.</li> <li>• Μάθετε τι καλύπτει το Medicare, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών πρόληψης (όπως εξετάσεις, εμβόλια και ετήσιες επισκέψεις “Ευεξίας”).</li> <li>• Λάβετε πληροφορίες και έντυπα σχετικά με τις ενστάσεις στο Medicare.</li> <li>• Λάβετε πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται από προγράμματα, γηροκομεία, νοσοκομεία, γιατρούς, υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, κέντρα αιμοκάθαρσης, κέντρα περίθαλψης, κέντρα ενδονοσοκομειακής αποκατάστασης και νοσοκομεία μακροχρόνιας φροντίδας.</li> <li>• Αναζητήστε χρήσιμους ιστότοπους και αριθμούς τηλεφώνου.</li> </ul> <p>Μπορείτε επίσης να επισκεφθείτε το <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> για να ενημερώσετε το Medicare για τυχόν παράπονα που έχετε σχετικά με το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP):</p> <p><b>Για να υποβάλετε παράπονο στο Medicare</b>, μεταβείτε στη διεύθυνση <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a>. Το Medicare λαμβάνει σοβαρά υπόψη τα παράπονά σας και</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****Medicare – Στοιχεία επικοινωνίας**

Θα χρησιμοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας του προγράμματος Medicare.

**3 Πρόγραμμα Βοήθειας Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (SHIP)**

Το Πρόγραμμα Βοήθειας Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (SHIP) είναι ένα ανεξάρτητο πολιτειακό πρόγραμμα με εκπαιδευμένους συμβούλους σε κάθε πολιτεία, το οποίο προσφέρει δωρεάν βοήθεια, πληροφορίες και απαντήσεις στις ερωτήσεις σας σχετικά με το Medicare. Στην πολιτεία New York, το SHIP ονομάζεται Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Το Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) είναι ένα ανεξάρτητο (που δεν συνδέεται με καμία ασφαλιστική εταιρεία ή πρόγραμμα υγείας) πολιτειακό πρόγραμμα που παίρνει χρήματα από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να παρέχει δωρεάν τοπικές συμβουλές ασφάλειας υγείας σε άτομα με Medicare.

Οι σύμβουλοι του Προγράμματος Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) μπορούν να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε τα δικαιώματά σας στο Medicare, να κάνετε παράπονα σχετικά με την ιατρική σας φροντίδα ή θεραπεία και να διορθώσετε προβλήματα με τους λογαριασμούς σας στο Medicare. Οι σύμβουλοι του Προγράμματος Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) μπορούν επίσης να σας βοηθήσουν με ερωτήσεις ή προβλήματα Medicare και να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε τις επιλογές του προγράμματος Medicare και να απαντήσετε σε ερωτήσεις σχετικά με την αλλαγή προγραμμάτων.

**Πρόγραμμα Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP New York) – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(800) 701-0501
<b>Γράψτε</b>	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

**4 Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας (QIO)**

Ένας καθορισμένος Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας (Quality Improvement Organization, QIO) εξυπηρετεί τα άτομα με Medicare σε κάθε πολιτεία. Για την πολιτεία New York, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας ονομάζεται Livanta.

Η Livanta έχει μια ομάδα γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας που πληρώνονται από το Medicare για να ελέγξουν και να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας για άτομα με Medicare. Η Livanta είναι ένας ανεξάρτητος οργανισμός. Δεν συνδέεται με το πρόγραμμά μας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι**

Θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τη Livanta σε οποιαδήποτε από τις παρακάτω περιπτώσεις:

- Έχετε ένα παράπονο σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που λάβατε. Παραδείγματα προβλημάτων με την ποιότητα φροντίδας: λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, περιττές εξετάσεις ή διαδικασίες ή εσφαλμένη διάγνωση.
- Νομίζετε ότι η κάλυψη για τη νοσηλεία σας σε νοσοκομείο τελιώνει πολύ νωρίς.
- Νομίζετε ότι η κάλυψη για την υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι σας, τη φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα ή τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) τελειώνουν πολύ νωρίς.

**Livanta (Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας της New York) – Στοιχεία Επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(866) 815-5440 Δευτέρα – Παρασκευή από τις 9 a.m. έως τις 5 p.m. τοπική ώρα. Σαββατοκύριακα και αργίες από τις 10 a.m. έως τις 4 p.m. τοπική ώρα.
<b>TTY</b>	711: Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία.
<b>Γράψτε</b>	Livanta Πρόγραμμα BFCC-QIO Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="https://www.livantaqio.cms.gov/">https://www.livantaqio.cms.gov/</a>

**5 Κοινωνική ασφάλιση**

Η Κοινωνική Ασφάλιση καθορίζει την επιλεξιμότητα του Medicare και χειρίζεται την εγγραφή στο Medicare.

Η Κοινωνική Ασφάλιση είναι επίσης υπεύθυνη για τον καθορισμό του ποιος πρέπει να πληρώσει ένα επιπλέον ποσό για την κάλυψη φαρμάκων Μέρους D επειδή έχει υψηλότερο εισόδημα. Εάν λάβατε επιστολή από την Κοινωνική Ασφάλιση που σας λέει ότι πρέπει να πληρώσετε το επιπλέον ποσό και έχετε ερωτήσεις σχετικά με το ποσό, ή εάν το εισόδημά σας μειώθηκε λόγω ενός γεγονότος που άλλαξε τη ζωή σας, μπορείτε να καλέσετε την Κοινωνική Ασφάλιση για να ζητήσετε επανεξέταση.

Εάν μετακινήσετε ή αλλάξετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση, είναι σημαντικό να επικοινωνήσετε με την Κοινωνική Ασφάλιση για να τους ενημερώσετε.

**Κοινωνική Ασφάλιση – Στοιχεία Επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	1-800-772-1213 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Διαθέσιμο 8 a.m. έως 7 p.m., Δευτέρα έως Παρασκευή. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις αυτοματοποιημένες τηλεφωνικές υπηρεσίες της Κοινωνικής Ασφάλισης για να λάβετε καταγεγραμμένες πληροφορίες και να διεκπεραιώσετε ορισμένα πράγματα 24 ώρες την ημέρα.
----------------	--

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****Κοινωνική Ασφάλιση – Στοιχεία Επικοινωνίας**

<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Διαθέσιμο 8 a.m. έως 7 p.m., Δευτέρα έως Παρασκευή.
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://www.SSA.gov">www.SSA.gov</a>

**6 Medicaid**

Το Medicaid είναι ένα κοινό πρόγραμμα της ομοσπονδιακής και της πολιτειακής κυβέρνησης που βοηθά στην κάλυψη των εξόδων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για ορισμένα άτομα με περιορισμένα εισοδήματα και πόρους. Κάθε πολιτεία αποφασίζει τι μετράει ως εισόδημα και πόροι, ποιος είναι επιλέξιμος, ποιες υπηρεσίες καλύπτονται και το κόστος των υπηρεσιών. Οι πολιτείες μπορούν επίσης να αποφασίσουν πώς να εκτελέσουν το πρόγραμμά τους, αρκεί να ακολουθούν τις ομοσπονδιακές οδηγίες.

Επιπλέον, υπάρχουν προγράμματα που προσφέρονται μέσω του Medicaid που βοηθούν τα άτομα με Medicare να πληρώσουν το κόστος Medicare, όπως τα ασφάλιστρα Medicare. Αυτά τα “Προγράμματα Εξοικονόμησης Medicare” βοηθούν άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους να εξοικονομούν χρήματα κάθε χρόνο:

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Κατά καιρούς, τα άτομα ενδέχεται να πληρούν τις προϋποθέσεις τόσο για περιορισμένη κάλυψη του επιμερισμού δαπάνης Medicare όσο και για πλήρεις παροχές Medicaid.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Βοηθά να πληρώνετε τα ασφάλιστρα για το Medicare Part A και Part B, και λοιπούς επιμερισμούς δαπάνης (όπως εκπιπτόμενα ποσά, συνασφάλιση και συμμετοχή στην πληρωμή). Αυτά τα άτομα είναι επίσης επιλέξιμα για πλήρεις παροχές Medicaid.

Για να είστε μέλος αυτού του προγράμματος, θα πρέπει να είστε διπλά εγγεγραμμένοι στο Medicare και το Medicaid και να πληροίτε όλες τις άλλες απαιτήσεις επιλεξιμότητας του προγράμματος κατά τη στιγμή της εγγραφής.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τη βοήθεια που λαμβάνετε από το Medicaid, επικοινωνήστε με

**New York State's Medicaid Program – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	1-800-541-2831 Δευτέρα έως Παρασκευή 8 a.m. – 8 p.m, Σάββατο 9 a.m. – 1 p.m.
<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία.
<b>Γράψτε</b>	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238  Μπορείτε να γράψετε στο Τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών (LDSS). Βρείτε τη διεύθυνση για το LDSS σας στη διεύθυνση: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm</a>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****New York State's Medicaid Program – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Ιστότοπος</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>
------------------	---

Μέλη από την κομητεία Nassau μπορούν να επικοινωνούν με το τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών.

**Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών Κομητείας Nassau**

<b>Καλέστε</b>	(516) 227-7474
----------------	----------------

<b>Γράψτε</b>	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
---------------	---

<b>Ιστότοπος</b>	<a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a>
------------------	---

Μέλη από την κομητεία Westchester μπορούν να επικοινωνούν με το τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών.

**Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών Κομητείας Westchester**

<b>Καλέστε</b>	(914) 995-3333
----------------	----------------

<b>Γράψτε</b>	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
---------------	--

<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a>
------------------	---

*To Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) βοηθά άτομα που είναι εγγεγραμμένα στο Medicaid με προβλήματα εξυπηρέτησης ή χρέωσης. Μπορούν να σας βοηθήσουν να υποβάλετε μια καταγγελία ή ένσταση για το πρόγραμμά μας. Αυτός ο διαμεσολαβητής μπορεί να βοηθήσει τους εγγεγραμμένους στο Health and Recovery Plan (HARP) και τους εγγεγραμμένους στο πρόγραμμα Medicaid Managed Care (MMC) που λαμβάνουν μακροπρόθεσμες υπηρεσίες και υποστήριξη.*

**Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	1-844-614-8800 Δε.-Πα. 9 a.m. – 5 p.m.
----------------	--

<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία.
------------	---

<b>Γράψτε</b>	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: <a href="mailto:ican@cssny.org">ican@cssny.org</a>
---------------	--

<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://www.icannys.org">www.icannys.org</a>
------------------	--

Το Γραφείο του Community Health Advocates (CHA) βοηθά άτομα που είναι εγγεγραμμένα στο Medicaid με προβλήματα εξυπηρέτησης ή χρέωσης. Μπορούν να σας βοηθήσουν να υποβάλετε μια καταγγελία ή ένσταση για το πρόγραμμά μας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****Community Health Advocates (CHA) – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	1-844-614-8800 Δε.-Πα. 9 a.m. – 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία.
<b>Γράψτε</b>	Community Health Advocates (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: cha@cssny.org
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://www.communityhealthadvocates.org">www.communityhealthadvocates.org</a>

**Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	1-888-614-5400 Δε.-Τετ. 9 a.m. – 7 p.m., Πεμ. – Παρ. 9 a.m. – 4 p.m.
<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία.
<b>Γράψτε</b>	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 EMAIL: ombuds@oasas.ny.gov
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://www.champny.org">www.champny.org</a>

Το New York State Long Term Care Ombudsman Program βοηθά τους ανθρώπους να λάβουν πληροφορίες σχετικά με τα γηροκομεία και να επιλύσουν προβλήματα μεταξύ γηροκομείων και κατοίκων ή των οικογενειών τους.

**The New York State Long Term Care Ombudsman Program – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	1-855-582-6769 Δε.-Πα. 8 a.m. – 4 p.m.
<b>Γράψτε</b>	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 EMAIL: ombudsman@aging.ny.gov
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι****7 Προγράμματα που βοηθούν τους ανθρώπους να πληρώσουν για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα**

Ο ιστότοπος του Medicare ([www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο μείωσης του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σας. Τα παρακάτω προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν άτομα με περιορισμένο εισόδημα.

**“Extra Help” από το Medicare**

Επειδή πληροίτε τις προϋποθέσεις για Medicaid, έχετε δικαίωμα και λαμβάνετε Extra Help από το Medicare για να πληρώσετε το κόστος του προγράμματος συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Δεν χρειάζεται να κάνετε τίποτα περισσότερο για να λάβετε αυτήν το Extra Help.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με την “Extra Help”, καλέστε:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048;
- Το Γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης στο 1-800-772-1213, μεταξύ 8 a.m. έως 7 p.m., Δευτέρα έως Παρασκευή. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-800-325-0778 ή
- Το Πολιτειακό Γραφείο Medicaid (βλ. Ενότητα 6 αυτού του κεφαλαίου για στοιχεία επικοινωνίας).

Εάν πιστεύετε ότι πληρώνετε λανθασμένο ποσό για τη συνταγή σας σε κάποιο φαρμακείο, το πρόγραμμά μας έχει μια διαδικασία για να σας βοηθήσει να λάβετε αποδεικτικά στοιχεία για το κατάλληλο ποσό συμμετοχής σας. Εάν έχετε ήδη αποδεικτικά στοιχεία για το σωστό ποσό, μπορούμε να σας βοηθήσουμε να μοιραστείτε αυτά τα αποδεικτικά στοιχεία μαζί μας.

- Τα καλύτερα διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία (BAE) που βρίσκονται στο διαδίκτυο στο <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Τα BAE χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της επιδότησης χαμηλού εισοδήματος ενός μέλους. Το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών και το Τμήμα Φαρμακείου εντοπίζουν περιπτώσεις όπου ισχύει η πολιτική BAE. Τα μέλη μπορούν να αποστέλλουν έγγραφα BAE για να αποδεικνύουν την επιλεξιμότητα στη διεύθυνση του Τμήματος Υπηρεσιών Μελών που αναφέρεται στο Κεφάλαιο 2. Επιπλέον, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών εάν έχετε ερωτήσεις. Αποδεκτά αποδεικτικά μέσα είναι:
  - Επιστολή ανάθεσης SSA
  - Ανακοίνωση Κατακύρωσης
  - Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλειας

Όταν λάβουμε τα αποδεικτικά στοιχεία που αποδεικνύουν το σωστό επίπεδο συμμετοχής σας, θα ενημερώσουμε το σύστημά μας, ώστε να μπορείτε να πληρώσετε τη σωστή συμμετοχή στην πληρωμή όταν λάβετε την επόμενη συνταγή σας στο φαρμακείο. Εάν πληρώσετε μεγαλύτερη συμμετοχή, θα σας εξοφλήσουμε, είτε με επιταγή είτε με μελλοντική πίστωση στη συμμετοχή. Εάν το φαρμακείο δεν έχει εισπράξει συμμετοχή από εσάς και φέρει τη συμμετοχή σας ως οφειλή εκ μέρους σας, ενδέχεται να πραγματοποιήσουμε την πληρωμή απευθείας στο φαρμακείο. Εάν μία πολιτεία πλήρωσε για λογαριασμό σας, ενδέχεται να πραγματοποιήσουμε πληρωμή απευθείας στην πολιτεία. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711), αν έχετε ερωτήσεις.

Τα περισσότερα από τα μέλη μας πληρούν τις προϋποθέσεις και λαμβάνουν Extra Help από το Medicare για να πληρώσουν για το κόστος προγραμμάτων συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Τι γίνεται αν έχετε Extra Help και κάλυψη από ένα Πολιτειακό Πρόγραμμα Φαρμακευτικής Βοήθειας (SPAP);

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι**

Πολλές πολιτείες προσφέρουν βοήθεια για το κόστος των συνταγών, των ασφαλιστρών προγραμμάτων φαρμάκων ή/και άλλων φαρμάκων. Εάν είστε εγγεγραμμένοι σε ένα Πολιτειακό Πρόγραμμα Φαρμακευτικής Βοήθειας (SPAP), το Extra Help του Medicare πληρώνει πρώτα.

**EPIC (Κάλυψη φαρμακευτικής ασφάλισης ηλικιωμένων) (New York's State Pharmaceutical Assistance Program) – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(800) 332-3742 Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. έως 5 p.m., τοπική ώρα
<b>Γράψτε</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/epic/">https://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

**Τι γίνεται αν έχετε Extra Help και AIDS Drug Assistance Program (ADAP);**

Το πρόγραμμα AIDS Drug Assistance Program (ADAP) βοηθά τα άτομα που ζουν με HIV/AIDS να έχουν πρόσβαση σε σωτήρια φάρμακα για τον HIV. Τα φάρμακα Medicare Part D που βρίσκονται επίσης στο Formulary του ADAP πληρούν τις προϋποθέσεις για βοήθεια επιμερισμού δαπάνης συνταγογράφησης μέσω των ειδικών για τη New York πληροφοριών για το ADAP.

**Σημείωση:** Για να ενταχθείτε στο πρόγραμμα ADAP που λειτουργεί στην πολιτεία σας, πρέπει να πληροίτε ορισμένα κριτήρια, όπως να διαθέτετε αποδεικτικό κατοικίας στην πολιτεία και μόλυνσης από HIV, να έχετε χαμηλό εισόδημα όπως ορίζεται από την πολιτεία και καθεστώς ανασφάλιστου/υποασφαλισμένου. Εάν αλλάξετε πρόγραμμα, ενημερώστε τον τοπικό υπάλληλο εγγραφής στην ADAP, ώστε να συνεχίσετε να λαμβάνετε βοήθεια. Για πληροφορίες σχετικά με τα κριτήρια επιλεξιμότητας, τα καλυπτόμενα φάρμακα ή τον τρόπο εγγραφής στο πρόγραμμα, καλέστε στο (800) 542-2437 ή 1-844-682-4058.

**Πολιτειακά Προγράμματα Φαρμακευτικής Βοήθειας**

Πολλές πολιτείες έχουν Πολιτειακά Προγράμματα Φαρμακευτικής Βοήθειας που βοηθούν τους ανθρώπους να πληρώσουν για συνταγογραφούμενα φάρμακα με βάση την οικονομική ανάγκη, την ηλικία, την ιατρική πάθηση ή τις αναπηρίες. Κάθε κράτος έχει διαφορετικούς κανόνες για την παροχή κάλυψης φαρμάκων στα μέλη του.

Στην New York, το Πολιτειακό Πρόγραμμα Φαρμακευτικής Βοήθειας είναι το *EPIC (Κάλυψη Φαρμακευτικής Ασφάλισης Ηλικιωμένων)*.

**EPIC (Κάλυψη φαρμακευτικής ασφάλισης ηλικιωμένων) (New York's State Pharmaceutical Assistance Program) – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(800) 332-3742 Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. έως 5 p.m., τοπική ώρα
<b>Γράψτε</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/epic/">https://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

**Medicare Prescription Payment Plan**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι**

Το πρόγραμμα Medicare Prescription Payment Plan είναι μια επιλογή πληρωμής που συνδυάζεται με την τρέχουσα κάλυψη φαρμάκων σας και σας βοηθά να διαχειριστείτε τη συμμετοχή σας στα έξοδα για τα φάρμακα που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας, κατανέμοντάς το σε ολόκληρο το **ημερολογιακό έτος** (Ιανουάριος – Δεκέμβριος). Οποιοσδήποτε διαθέτει πρόγραμμα φαρμάκων Medicare ή πρόγραμμα υγείας Medicare με κάλυψη φαρμάκων (όπως είναι το πρόγραμμα Medicare Advantage με κάλυψη φαρμάκων) μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτήν την επιλογή πληρωμής. **Αυτή η επιλογή πληρωμής μπορεί να σας βοηθήσει να διαχειριστείτε τα έξοδά σας, αλλά δεν σας εξοικονομεί χρήματα ούτε μειώνει το κόστος των φαρμάκων σας. Εάν συμμετέχετε στο πρόγραμμα Medicare Prescription Payment Plan και παραμείνετε στο ίδιο πρόγραμμα του Μέρους D, η συμμετοχή σας θα ανανεωθεί αυτόματα για το 2026.** Το πρόγραμμα “Extra Help” από το Medicare και η βοήθεια από το SPAP και το ADAP σας, για όσους πληρούν τις προϋποθέσεις, είναι πιο συμφέρουσα από τη συμμετοχή στο πρόγραμμα Medicare Prescription Payment Plan. Για να μάθετε περισσότερα σχετικά με αυτή την επιλογή πληρωμής, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) ή επισκεφτείτε τη διεύθυνση [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

**Medicare Prescription Payment Plan – Στοιχεία επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Ώρες λειτουργίας: 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 a.m. έως 8 p.m. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα - Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) διαθέτει επίσης δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για όσους δεν μιλούν αγγλικά.
<b>TTY</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Ώρες λειτουργίας: 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 a.m. έως 8 p.m. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα - Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα.
<b>Φαξ</b>	(310) 507-6186
<b>Γράψτε</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**8 Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων (RRB)**

Το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων είναι μια ανεξάρτητη ομοσπονδιακή υπηρεσία που διαχειρίζεται ολοκληρωμένα προγράμματα παροχών για τους εργαζόμενους στους κρατικούς σιδηροδρόμους και τις οικογένειές τους. Εάν λαμβάνετε το Medicare σας μέσω του Συμβουλίου Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων, πρέπει να τους ενημερώσετε εάν μετακομίσετε ή αλλάξετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση. Εάν έχετε

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αριθμοί τηλεφώνου και πόροι**

ερωτήσεις σχετικά με τις παροχές σας από το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων, επικοινωνήστε με τον οργανισμό.

**Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων (RRB) – Στοιχεία Επικοινωνίας**

<b>Καλέστε</b>	1-877-772-5772 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Πατήστε "0", για να μιλήσετε με έναν εκπρόσωπο του RRB από τις 9 a.m. έως τις 3:30 p.m., Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη και Παρασκευή και από τις 9 a.m. έως τις 12 p.m. την Τετάρτη. Πατήστε "1" για πρόσβαση στην αυτοματοποιημένη γραμμή βοήθειας RRB και στις καταγεγραμμένες πληροφορίες 24 ώρες την ημέρα, συμπεριλαμβανομένων των Σαββατοκύριακων και των αργιών.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σε αυτόν τον αριθμό δεν είναι δωρεάν.
<b>Ιστότοπος</b>	<a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a>

**9 Αν έχετε ομαδική ασφάλεια ή άλλη ασφάλεια υγείας από εργοδότη**

Εάν εσείς (ή ο/η σύζυγος ή ο/η σύντροφός σας) λαμβάνετε παροχές από τον εργοδότη ή την ομάδα συνταξιούχων σας (ή του/της συζύγου ή του/της συντρόφου σας) ως μέρος αυτού του προγράμματος, μπορείτε να καλέσετε τον διαχειριστή παροχών εργοδότη/σωματείου ή το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο [εισαγάγετε τον αριθμό του Τμήματος Υπηρεσιών Μελών] (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο [εισαγάγετε τον αριθμό TTY]) για τυχόν ερωτήσεις. Μπορείτε να ρωτήσετε τον εργοδότη σας (ή τον/τη σύζυγό σας ή τον/την οικιακό σύντροφό σας) ή τις συνταξιοδοτικές παροχές υγείας, τα ασφάλιστρα ή την περίοδο εγγραφής. (Οι αριθμοί τηλεφώνου για το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών είναι τυπωμένοι στο οπισθόφυλλο αυτού του εγγράφου.) Μπορείτε να καλέσετε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) για ερωτήσεις σχετικά με την κάλυψη Medicare στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλέσουν στο 1-877-486-2048.

Εάν έχετε άλλη κάλυψη φαρμάκων μέσω του εργοδότη ή της ομάδας συνταξιούχων σας (ή του/της συζύγου ή του/της συντρόφου σας), επικοινωνήστε με **τον διαχειριστή παροχών αυτής της ομάδας**. Ο διαχειριστής παροχών μπορεί να σας βοηθήσει να καταλάβετε πώς θα λειτουργήσει η τρέχουσα κάλυψη φαρμάκων με το πρόγραμμά μας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

# Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

## 1 Πώς θα λάβετε την ιατρική σας φροντίδα και άλλες υπηρεσίες ως μέλος του προγράμματός μας

---

Αυτό το κεφάλαιο εξηγεί τι πρέπει να γνωρίζετε σχετικά με τη χρήση του προγράμματος για να καλύψετε την ιατρική σας φροντίδα και άλλες υπηρεσίες. Για λεπτομέρειες σχετικά με την ιατρική φροντίδα και άλλες υπηρεσίες που καλύπτει το πρόγραμμά μας, μεταβείτε στον *Πίνακα Ιατρικών Παροχών* στο Κεφάλαιο 4.

### 1.1 Πάροχοι δικτύου και καλυπτόμενες υπηρεσίες

- **Οι πάροχοι** είναι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας που έχουν άδεια από την πολιτεία να παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες και φροντίδα. Ο όρος πάροχοι περιλαμβάνει επίσης νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.
- **Οι πάροχοι δικτύου** είναι οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας, ιατρικές ομάδες, νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν συμφωνήσει μαζί μας να αποδεχτούν την πληρωμή μας ως πληρωμή στο ακέραιο. Έχουμε κανονίσει αυτοί οι πάροχοι να παρέχουν καλυπτόμενες υπηρεσίες στα μέλη του προγράμματός μας. Οι πάροχοι στο δίκτυο μας χρεώνουν απευθείας για τη φροντίδα που σας παρέχουν. Όταν βλέπετε έναν πάροχο δικτύου, δεν πληρώνετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες.
- **Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες** περιλαμβάνουν όλη την ιατρική φροντίδα, τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τον εξοπλισμό προμηθειών και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες σας για ιατρική φροντίδα παρατίθενται στον *Πίνακα Ιατρικών Παροχών* στο Κεφάλαιο 4. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες σας για συνταγογραφούμενα φάρμακα εξετάζονται στο Κεφάλαιο 5.

### 1.2 Βασικοί κανόνες για την ιατρική σας φροντίδα και άλλες υπηρεσίες που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας

Ως πρόγραμμα υγείας Medicare και Medicaid, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να καλύπτει όλες τις υπηρεσίες που καλύπτονται από το Original Medicare και μπορεί να προσφέρει άλλες υπηρεσίες εκτός από αυτές που καλύπτονται από το Original Medicare.

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα καλύψει γενικά την ιατρική σας φροντίδα εφόσον:

- **Η φροντίδα που λαμβάνετε περιλαμβάνεται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών του προγράμματος** που βρίσκεται στο Κεφάλαιο 4.
- **Η φροντίδα που λαμβάνετε θεωρείται ιατρικά απαραίτητη.** Ιατρικά απαραίτητο σημαίνει ότι οι υπηρεσίες, οι προμήθειες, ο εξοπλισμός ή τα φάρμακα είναι απαραίτητα για την πρόληψη, τη διάγνωση ή τη θεραπεία της πάθησής σας και πληρούν τα αποδεκτά πρότυπα ιατρικής πρακτικής.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

- **Έχετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης δικτύου (PCP) που παρέχει και επιβλέπει τη φροντίδα σας.** Ως μέλος του προγράμματός μας, πρέπει να επιλέξετε έναν PCP δικτύου (για περισσότερες πληροφορίες, δείτε την Ενότητα 2.1).
  - Στις περισσότερες περιπτώσεις, το πρόγραμμά μας πρέπει να σας δώσει έγκριση εκ των προτέρων (παραπομπή) προτού μπορέσετε να χρησιμοποιήσετε άλλους παρόχους στο δίκτυο του προγράμματος, όπως ειδικούς, νοσοκομεία, εξειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες ή υπηρεσίες υγειονομικής **περίθαλψης** στο σπίτι. Για περισσότερες πληροφορίες, μεταβείτε στην Ενότητα 2.3.
  - Δεν χρειάζεστε παραπομπές **από** τον PCP σας για επείγουσα περίθαλψη ή επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες. Για να μάθετε σχετικά με άλλα είδη φροντίδας που μπορείτε να λάβετε χωρίς έγκριση εκ των προτέρων από τον PCP σας, μεταβείτε στην Ενότητα 2.2.
- **Πρέπει να λάβετε φροντίδα από έναν πάροχο δικτύου** (βλ. Ενότητα 2). Στις περισσότερες περιπτώσεις, η φροντίδα που λαμβάνετε από έναν πάροχο εκτός δικτύου (έναν πάροχο που δεν αποτελεί μέρος του δικτύου του προγράμματός μας) δεν θα καλυφθεί. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να εξοφλήσετε τον πάροχο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. *Ακολουθούν 3 εξαιρέσεις:*
  - Το πρόγραμμα καλύπτει την επείγουσα περίθαλψη ή τις επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες από έναν πάροχο εκτός δικτύου. Για περισσότερες πληροφορίες και για να δείτε τι είναι η επείγουσα περίθαλψη ή οι επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες, μεταβείτε στην Ενότητα 3.
  - Εάν χρειάζεστε ιατρική φροντίδα που το Medicare απαιτεί το πρόγραμμά μας να καλύψει, αλλά δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυό μας που παρέχουν αυτήν τη φροντίδα, μπορείτε να λάβετε αυτήν τη φροντίδα από έναν πάροχο εκτός δικτύου με τον ίδιο επιμερισμό δαπάνης που πληρώνετε συνήθως στο δίκτυο. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται προέγκριση. Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για βοήθεια. Σε αυτήν την περίπτωση, θα καλύψουμε αυτές τις υπηρεσίες χωρίς κόστος για εσάς. Για πληροφορίες σχετικά με τη λήψη έγκρισης για επίσκεψη σε γιατρό εκτός δικτύου, ανατρέξτε στην Ενότητα 2.4.
  - Το πρόγραμμα καλύπτει τις υπηρεσίες αιμοκάθαρσης που λαμβάνετε σε μια εγκατάσταση αιμοκάθαρσης πιστοποιημένη από το Medicare όταν βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή όταν ο πάροχός σας για αυτήν την υπηρεσία είναι προσωρινά μη διαθέσιμος ή μη προσβάσιμος. Ο επιμερισμός δαπάνης που πληρώνετε για το πρόγραμμα αιμοκάθαρσης δεν μπορεί ποτέ να υπερβεί τον επιμερισμό δαπάνης στο Original Medicare. Εάν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος και λαμβάνετε την υπηρεσία αιμοκάθαρσης από πάροχο που βρίσκεται εκτός του δικτύου του προγράμματος, ο επιμερισμός δαπάνης σας δεν μπορεί να υπερβαίνει τον επιμερισμό δαπάνης που πληρώνετε στο δίκτυο. Ωστόσο, εάν ο συνήθης πάροχος αιμοκάθαρσης εντός δικτύου δεν είναι προσωρινά διαθέσιμος και επιλέξετε να λάβετε υπηρεσίες εντός της περιοχής εξυπηρέτησης από πάροχο εκτός του δικτύου του προγράμματος, ο επιμερισμός δαπάνης για την αιμοκάθαρση μπορεί να είναι υψηλότερος.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας****2 Χρησιμοποιήστε παρόχους στο δίκτυο του προγράμματός μας για να λάβετε ιατρική φροντίδα: και άλλες υπηρεσίες****2.1 Πρέπει να επιλέξετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP) για να παρέχει και να επιβλέπει τη φροντίδα σας****Τι είναι ο PCP και τι κάνει ο PCP για εσάς;**

Όταν γίνετε μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), πρέπει να επιλέξετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP). Ο PCP σας είναι αδειοδοτημένος πάροχος που πληροί τις πολιτειακές απαιτήσεις και είναι εκπαιδευμένος για να σας παρέχει βασική ιατρική φροντίδα.

Ο PCP σας είναι γιατρός οικογενειακής ιατρικής, εσωτερικής ιατρικής της πολιτείας New York, γηριατρικής ιατρικής, ιατρικής ενηλίκων ή οικογενειακής ιατρικής ή γεροντολογικής νοσοκόμας. Θα λάβετε τη συνήθη ή βασική φροντίδα σας από τον PCP σας. Ο PCP σας θα συντονίσει επίσης τις υπόλοιπες καλυπτόμενες υπηρεσίες που λαμβάνετε ως μέλος του προγράμματος. Αυτό περιλαμβάνει ακτινογραφίες, εργαστηριακές εξετάσεις, θεραπείες, ειδικής μορφής φροντίδας, εισαγωγές στο νοσοκομείο και παρακολούθηση φροντίδας. Ο “συντονισμός” των υπηρεσιών σας περιλαμβάνει επίσης τον έλεγχο ή τη διαβούλευση με άλλους παρόχους προγραμμάτων σχετικά με τη φροντίδα σας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο PCP σας πρέπει επίσης να λάβει προέγκριση (έγκριση εκ των προτέρων) από το πρόγραμμά μας. Ο πίνακας παροχών στο Κεφάλαιο 4 δείχνει ποιες υπηρεσίες χρειάζονται προέγκριση από το πρόγραμμα. Ο PCP σας θα επικοινωνήσει με το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) για να λάβει την απαραίτητη εξουσιοδότηση. Δεδομένου ότι ο PCP σας θα παρέχει και θα συντονίζει την ιατρική σας φροντίδα, θα πρέπει να έχετε στείλει όλα τα προηγούμενα ιατρικά αρχεία σας στο γραφείο του PCP σας.

**Πώς να επιλέξετε έναν PCP**

Όταν εγγραφείτε στο πρόγραμμά μας, θα σας ζητηθεί να επιλέξετε έναν PCP. Ο PCP που βλέπετε αυτήν τη στιγμή μπορεί να είναι ήδη μέρος του δικτύου Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Όταν υποβάλετε αίτηση για το πρόγραμμά μας, θα μάθουμε αν ο PCP σας αποτελεί μέρος του προγράμματός μας. Εάν ο γιατρός σας δεν αποτελεί μέρος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), θα πρέπει να επιλέξετε έναν νέο από το δίκτυό μας και να ορίσετε ένα ραντεβού για να δείτε αυτόν τον γιατρό το συντομότερο δυνατό.

Μπορείτε να επιλέξετε τον PCP σας από τον Κατάλογο Παρόχων και Φαρμακείων Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) κατά την εγγραφή σας. Για τον πιο πρόσφατο κατάλογο παρόχων, χρησιμοποιήστε το εργαλείο αναζήτησης Εύρεση παρόχου στον ιστότοπό μας. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό χωρίς χρέωση στο πίσω μέρος αυτού του φυλλαδίου. Θα εξετάσουμε τα ονόματα των PCP στην περιοχή σας, θα σας ρωτήσουμε για άλλους γιατρούς που βλέπετε και σε ποια νοσοκομεία πηγαίνετε. Θα σας ζητηθεί να βάλετε το όνομα του PCP στην αίτηση εγγραφής σας. Μπορείτε να αλλάξετε τον PCP σας ανά πάσα στιγμή.

**Πώς να αλλάξετε τον PCP σας**

Μπορείτε να αλλάξετε τον PCP σας για οποιονδήποτε λόγο, ανά πάσα στιγμή. Επίσης, είναι πιθανό ο PCP σας να εγκαταλείψει το δίκτυο παρόχων του προγράμματός μας και να πρέπει να βρείτε έναν νέο PCP.

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) έχει μια Πολιτική Συνέχειας της Φροντίδας (COC) που σας επιτρέπει να συνεχίσετε την πρόσβαση σε μη συμβεβλημένους επαγγελματίες στις ακόλουθες περιπτώσεις:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας****Εάν είστε νέο μέλος, μπορείτε να συνεχίσετε τη θεραπεία για έως και 90 ημέρες:**

- Εάν βρίσκεστε σε ενεργή πορεία θεραπείας με μη συμβεβλημένο επαγγελματία υγείας κατά τη στιγμή της εγγραφής.
- Εάν διαθέτετε τον τρέχοντα εξοπλισμό DME, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα διασφαλίσει τη συνεχή πρόσβαση στον απαιτούμενο DME και τις επισκευές από μη συμβεβλημένους παρόχους.
- Εάν είστε έγκυος, θα λάβετε συνεχή φροντίδα μέχρι να ολοκληρωθούν οι υπηρεσίες μετά τον τοκετό ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εάν είναι απαραίτητο για την ασφαλή μεταφορά σε άλλο πάροχο.

**Εάν είστε υφιστάμενο μέλος** ενδέχεται να λάβετε συνέχεια της φροντίδας για έως και ένα έτος για συνεχιζόμενες υπηρεσίες μετά τη διακοπή της σύμβασης μεταξύ του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) και του ιατρού ή της μονάδας σας, υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Οι υπηρεσίες αποτελούν μέρος των παροχών σας.
- Η συνεργασία με τον πάροχο δεν διακόπηκε λόγω ζητημάτων ποιότητας φροντίδας.
- Ο πάροχος πρέπει να συμφωνήσει να συνεχίσει να σας βλέπει.
- Ο πάροχος έχει συμφωνήσει να αποδεχτεί τις απαιτούμενες κανονιστικές τιμές.

Το προσωπικό του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα συνεργαστεί με τον μη συμβεβλημένο επαγγελματία σας για να τους φέρει στο δίκτυο του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ως συμβεβλημένο πάροχο ή θα συνεργαστεί μαζί σας και με τον πάροχο για τη μετάβαση της φροντίδας σας σε έναν επαγγελματία εντός του δικτύου κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου συνέχειας της φροντίδας των 90 ημερών. Η συνέχεια της φροντίδας θα παρέχεται εντός των ορίων των παροχών σας.

**Εξαιρέσεις από την Πολιτική:**

1. Το προσωπικό του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) μπορεί να παρατείνει την περίοδο των 90 ημερών για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την κάλυψη τυχόν ασυνήθιστων αναγκών που μπορεί να έχετε.
2. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) δεν θα εγκρίνει τη συνέχιση της φροντίδας από μη συμμετέχοντα πάροχο εάν:
  - Απαιτείται μόνο παρακολούθηση μιας χρόνιας πάθησης.
  - Η σύμβαση που διακόπηκε με τον επαγγελματία βασίζεται σε μια επαγγελματική προσφυγή επανεξέτασης για ανικανότητα ή ακατάλληλη συμπεριφορά και η ευημερία σας μπορεί να τεθεί σε κίνδυνο.

## 2.2 Ιατρική φροντίδα και άλλες υπηρεσίες που μπορείτε να λάβετε χωρίς παραπομπή PCP

Μπορείτε να λάβετε τις υπηρεσίες που αναφέρονται παρακάτω χωρίς να λάβετε έγκριση εκ των προτέρων από τον PCP σας.

- Η συνήθης υγειονομική περίθαλψη των γυναικών, η οποία περιλαμβάνει εξετάσεις μαστού, μαστογραφίες (ακτινογραφίες του μαστού), τεστ Παπανικολάου και πυέλου
- Εμβόλια γρίπης, εμβόλια COVID-19, εμβόλια κατά της ηπατίτιδας Β και εμβόλια πνευμονίας
- Υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης από παρόχους δικτύου ή από παρόχους εκτός δικτύου.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

- Οι επείγοντως αναγκαίες υπηρεσίες που καλύπτονται από το πρόγραμμα είναι υπηρεσίες που απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα (αλλά δεν αποτελούν έκτακτη ανάγκη) εάν είτε βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματός μας είτε είναι παράλογο, δεδομένου του χρόνου, του τόπου και των περιστάσεων, να λάβετε αυτήν την υπηρεσία από παρόχους δικτύου. Παραδείγματα επείγοντως αναγκαίων υπηρεσιών είναι απρόβλεπτες ιατρικές ασθένειες και τραυματισμοί ή απροσδόκητες εξάρσεις υφιστάμενων παθήσεων. Ωστόσο, οι ιατρικά απαραίτητες επισκέψεις ρουτίνας στον πάροχο (όπως οι ετήσιοι έλεγχοι) δεν θεωρούνται επείγοντως απαραίτητες, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή αν το δίκτυο του προγράμματος δεν είναι προσωρινά διαθέσιμο.
- Υπηρεσίες αιμοκάθαρσης νεφρού που λαμβάνετε σε κέντρο αιμοκάθαρσης πιστοποιημένο από το Medicare όταν βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος. Εάν είναι δυνατόν, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) πριν φύγετε από την περιοχή εξυπηρέτησης, ώστε να μπορέσουμε να σας βοηθήσουμε να κανονίσετε την αιμοκάθαρση συντήρησης, ενώ λείπετε.

**2.3 Πώς να λάβετε φροντίδα από ειδικούς και άλλους παρόχους δικτύου**

Ένας ειδικός είναι ένας γιατρός που παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για μια συγκεκριμένη ασθένεια ή μέρος του σώματος. Υπάρχουν πολλά είδη ειδικών. Για παράδειγμα:

- Οι ογκολόγοι φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο
- Οι καρδιολόγοι φροντίζουν ασθενείς με καρδιακές παθήσεις
- Οι ορθοπεδικοί φροντίζουν ασθενείς με ορισμένες παθήσεις των οστών, των αρθρώσεων ή των μυών

Ο PCP σας είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό των υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της παραπομπής σας σε ειδικούς και άλλους παρόχους δικτύου, ανάλογα με την περίπτωση. Δεν υπάρχει απαίτηση προηγούμενης έγκρισης για επισκέψεις γραφείου με ειδικούς δικτύου. Εάν χρειάζεστε μια διαδικασία ή μια υπηρεσία που απαιτεί προέγκριση προγράμματος, ο PCP ή ο ειδικός σας θα επικοινωνήσει μαζί μας για να λάβει την απαραίτητη προέγκριση. Οι υπηρεσίες που απαιτούν προέγκριση προγράμματος προσδιορίζονται στο Κεφάλαιο 4, Ενότητα 2.1 του παρόντος εγγράφου. Παραδείγματα υπηρεσιών που απαιτούν προέγκριση προγράμματος περιλαμβάνουν εκλεκτική (μη επείγουσα) νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή, εισαγωγές σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα και υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι.

Εάν χρειάζεστε φροντίδα μετά τις κανονικές εργάσιμες ώρες, καλέστε τον PCP σας. Αυτές οι πληροφορίες αναφέρονται στην ταυτότητα μέλους Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Εάν νομίζετε ότι πρόκειται για έκτακτη ανάγκη, ζητήστε αμέσως ιατρική βοήθεια. Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στην Ενότητα 3 (Πώς να λάβετε καλυπτόμενες υπηρεσίες όταν έχετε επείγουσα ανάγκη για φροντίδα).

**Τι γίνεται αν ένας ειδικός ή άλλος πάροχος δικτύου εγκαταλείψει το πρόγραμμά μας**

Ενδέχεται να κάνουμε αλλαγές στα νοσοκομεία, τους γιατρούς και τους ειδικούς (παρόχους) που αποτελούν μέρος του δικτύου του προγράμματός σας κατά τη διάρκεια του έτους. Εάν ο γιατρός ή ο ειδικός που σας παρακολουθεί εγκαταλείψει το πρόγραμμά μας, έχετε ορισμένα δικαιώματα και προστασίες που ακολουθούν:

- Παρόλο που το δίκτυο των παρόχων μας ενδέχεται να αλλάξει κατά τη διάρκεια του έτους, πρέπει το Medicare να σας παρέχει αδιάκοπη πρόσβαση σε πιστοποιημένους γιατρούς και ειδικούς.
- Θα σας ειδοποιήσουμε ότι ο πάροχός σας εγκαταλείπει το πρόγραμμά μας, ώστε να έχετε χρόνο να επιλέξετε έναν νέο πάροχο.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

- Εάν ο πάροχος πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή συμπεριφορικής υγείας εγκαταλείψει το πρόγραμμά μας, θα σας ειδοποιήσουμε εάν έχετε δει αυτόν τον πάροχο τα τελευταία 3 χρόνια.
- Εάν κάποιος από τους άλλους παρόχους σας εγκαταλείψει το πρόγραμμά μας, θα σας ειδοποιήσουμε εάν έχετε ανατεθεί στον πάροχο, αν λαμβάνετε επί του παρόντος φροντίδα από αυτόν ή αν τον έχετε δει τους τελευταίους 3 μήνες.
- Θα σας βοηθήσουμε να επιλέξετε έναν νέο εξειδικευμένο πάροχο δικτύου για συνεχή φροντίδα.
- Εάν υποβάλλεστε σε ιατρική περίθαλψη ή θεραπείες με τον τρέχοντα πάροχό σας, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να συνεχίσετε να λαμβάνετε ιατρικά απαραίτητη θεραπεία ή θεραπείες. Θα συνεργαστούμε μαζί σας ώστε να συνεχίσετε να λαμβάνετε φροντίδα.
- Θα σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις διάφορες περιόδους εγγραφής που έχετε στη διάθεσή σας και τις επιλογές που μπορεί να έχετε για την αλλαγή προγραμμάτων.
- Όταν ένας πάροχος εντός δικτύου ή μια παροχή δεν είναι διαθέσιμα ή είναι ανεπαρκής για την κάλυψη των ιατρικών σας αναγκών, θα κανονίσουμε για οποιαδήποτε ιατρικά απαραίτητη καλυπτόμενη παροχή εκτός του δικτύου παρόχων μας με επιμερισμό δαπάνης εντός δικτύου. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.
- Εάν ανακαλύψετε ότι ο γιατρός ή ο ειδικός σας αποχωρεί από το πρόγραμμά σας, επικοινωνήστε μαζί μας για να σας βοηθήσουμε να βρείτε έναν νέο πάροχο για τη διαχείριση της περίθαλψής σας.
- Εάν πιστεύετε ότι δεν σας έχουμε παράσχει έναν εξειδικευμένο πάροχο για να αντικαταστήσετε τον προηγούμενο πάροχό σας ή ότι η φροντίδα σας δεν βρίσκεται υπό κατάλληλη διαχείριση, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία ποιότητας φροντίδας στο QIO, παράπονο ποιότητας φροντίδας στο πρόγραμμα ή και τα δύο (ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9).

**2.4 Πώς να λάβετε φροντίδα από παρόχους εκτός δικτύου**

Εάν χρειάζεστε εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα που το Medicare ή το Medicaid απαιτεί από το πρόγραμμά μας να καλύψει και δεν υπάρχουν πάροχοι στο δίκτυό μας που μπορούν να παρέχουν αυτήν τη φροντίδα, μπορείτε να λάβετε τη φροντίδα από έναν πάροχο εκτός δικτύου. Αυτό περιλαμβάνει τις υπηρεσίες ενός παρόχου που έχει μοναδικά προσόντα για να παρέχει τη συγκεκριμένη υπηρεσία που χρειάζεστε, καθώς και υπηρεσίες που παρέχονται σε εξειδικευμένο κέντρο ή κέντρο αριστείας (π.χ. υπηρεσίες ESRD). Δεν υπάρχουν πρόσθετοι περιορισμοί παροχών που ισχύουν εκτός του δικτύου ή της περιοχής εξυπηρέτησής μας.

Είτε εσείς είτε ο PCP σας πρέπει να επικοινωνήσετε με το πρόγραμμά μας για προέγκριση πριν ζητήσετε φροντίδα από παρόχους εκτός δικτύου. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για βοήθεια. Εάν σας δώσουμε προέγκριση για να λάβετε φροντίδα από έναν πάροχο εκτός δικτύου, θα καλύψουμε αυτές τις υπηρεσίες σαν να λάβατε τη φροντίδα από έναν πάροχο δικτύου.

Είναι πολύ σημαντικό να λάβετε προέγκριση από το πρόγραμμά μας πριν δείτε παρόχους εκτός δικτύου. Εάν δεν λάβετε έγκριση, το πρόγραμμά μας μπορεί να μην καλύπτει το φάρμακο. Εάν ο πάροχος θέλει να επιστρέψετε για περισσότερη φροντίδα, ελέγξτε πρώτα για να βεβαιωθείτε ότι η έγκριση από το πρόγραμμά μας καλύπτει περισσότερες από μία επισκέψεις στον πάροχο εκτός δικτύου.

**Σημείωση:** Τα μέλη δικαιούνται να λαμβάνουν υπηρεσίες από παρόχους εκτός δικτύου για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ή επείγοντως αναγκαίες υπηρεσίες. Επιπλέον, τα προγράμματα πρέπει να καλύπτουν υπηρεσίες αιμοκάθαρσης για μέλη στο ESRD που έχουν ταξιδέψει εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματός μας και δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε συμβεβλημένους παρόχους ESRD.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας****3 Πώς να λάβετε υπηρεσίες σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, καταστροφής ή επείγουσας ανάγκης για φροντίδα****3.1 Λήψη περίθαλψης εάν έχετε μια ιατρική έκτακτη ανάγκη**

Μια **ιατρική έκτακτη ανάγκη** είναι όταν εσείς, ή οποιοσδήποτε άλλος συνετός μη ειδικός με μέση γνώση της υγείας και της ιατρικής, πιστεύετε ότι έχετε ιατρικά συμπτώματα που απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα για να αποτρέψετε τυχόν απώλεια της ζωής σας (και, εάν είστε έγκυος, την απώλεια ενός αγέννητου παιδιού), την απώλεια ή τη λειτουργία ενός άκρου, ή απώλεια ή σοβαρή βλάβη της σωματικής λειτουργίας σας. Τα ιατρικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασθένεια, τραυματισμός, έντονος πόνος ή πάθηση που επιδεινώνεται γρήγορα.

Εάν έχετε μια ιατρική έκτακτη ανάγκη:

- **Λάβετε βοήθεια το συντομότερο δυνατό.** Καλέστε το 911 για βοήθεια ή πηγαίνετε στα πλησιέστερα επείγοντα ή σε νοσοκομείο. Καλέστε ασθενοφόρο εάν το χρειάζεστε. Δεν χρειάζεται να λάβετε πρώτα έγκριση ή παραπεμπτικό από τον PCP σας. Δεν χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε γιατρό του δικτύου. Μπορείτε να λάβετε κάλυψη επείγουσας ιατρικής φροντίδας όποτε τη χρειάζεστε, οπουδήποτε στις Ηνωμένες Πολιτείες ή στα εδάφη τους, και από οποιονδήποτε πάροχο με κατάλληλη κρατική άδεια, ακόμη και αν δεν ανήκει στο δίκτυό μας.
- **Το συντομότερο δυνατό, βεβαιωθείτε ότι το πρόγραμμά μας έχει ενημερωθεί για την έκτακτη ανάγκη σας.** Πρέπει να παρακολουθήσουμε την επείγουσα περίθαλψή σας. Εσείς ή κάποιος άλλος θα πρέπει να μας καλέσετε για να μας πείτε για την επείγουσα περίθαλψή σας, συνήθως εντός 48 ωρών. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό και τις ημέρες και ώρες λειτουργίας ή εξηγήστε πού μπορείτε να βρείτε τον αριθμό (π.χ. στο πίσω μέρος της κάρτας μέλους του προγράμματός μας).

**Καλυπτόμενες υπηρεσίες σε ιατρική έκτακτη ανάγκη**

Το πρόγραμμά μας καλύπτει υπηρεσίες ασθενοφόρου σε καταστάσεις όπου η πρόσβαση στα επείγοντα με οποιονδήποτε άλλο τρόπο θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο την υγεία σας. Καλύπτουμε επίσης ιατρικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της έκτακτης ανάγκης.

Οι γιατροί που σας παρέχουν επείγουσα περίθαλψη θα αποφασίσουν πότε η κατάστασή σας είναι σταθερή και η ιατρική έκτακτη ανάγκη έχει τελειώσει.

Μετά τη λήξη της έκτακτης ανάγκης, δικαιούστε παρακολούθηση για να βεβαιωθείτε ότι η κατάστασή σας εξακολουθεί να είναι σταθερή. Οι γιατροί σας θα συνεχίσουν να σας φροντίζουν μέχρι να επικοινωνήσουν μαζί μας και να προγραμματίσουν τυχόν πρόσθετη φροντίδα. Η παρακολούθηση της φροντίδας σας θα καλυφθεί από το πρόγραμμά μας.

Εάν η επείγουσα περίθαλψή σας παρέχεται από παρόχους εκτός δικτύου, θα προσπαθήσουμε να κανονίσουμε ώστε οι πάροχοι δικτύου να αναλάβουν τη φροντίδα σας μόλις το επιτρέψουν η πάθησή σας και οι περιστάσεις.

**Τι θα γινόταν αν δεν ήταν ιατρική έκτακτη ανάγκη;**

Μερικές φορές μπορεί να είναι δύσκολο να γνωρίζετε εάν έχετε μια ιατρική έκτακτη ανάγκη. Για παράδειγμα, μπορεί να πάτε για επείγουσα περίθαλψη—νομίζοντας ότι η υγεία σας βρίσκεται σε σοβαρό κίνδυνο—και ο γιατρός μπορεί να πει ότι τελικά δεν ήταν ιατρική έκτακτη ανάγκη. Εάν αποδειχθεί ότι δεν ήταν επείγον, εφόσον θεωρήσατε εύλογα ότι η υγεία σας βρισκόταν σε σοβαρό κίνδυνο, θα καλύψουμε τη φροντίδα σας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

Ωστόσο, αφού ο γιατρός πει ότι δεν ήταν έκτακτη ανάγκη, θα καλύψουμε την πρόσθετη φροντίδα *μόνο* εάν λάβετε την πρόσθετη φροντίδα με έναν από αυτούς τους 2 τρόπους:

- Πηγαίνετε σε έναν πάροχο δικτύου για να λάβετε την πρόσθετη φροντίδα.
- Η πρόσθετη φροντίδα που λαμβάνετε εμπίπτει στις “επείγοντως αναγκαίες υπηρεσίες” και ακολουθείτε τους παρακάτω κανόνες για τη λήψη αυτής της επείγουσας περίθαλψης.

**3.2 Λήψη περίθαλψης όταν έχετε επείγουσα ανάγκη για υπηρεσίες**

Μια υπηρεσία που απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα (αλλά δεν αποτελεί επείγουσα ανάγκη) είναι μια επείγοντως αναγκαία υπηρεσία εάν είτε βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματός μας είτε είναι παράλογο, δεδομένου του χρόνου, του τόπου και των περιστάσεων, να λάβετε αυτήν την υπηρεσία από παρόχους δικτύου. Παραδείγματα επείγοντως αναγκαίων υπηρεσιών είναι απρόβλεπτες ιατρικές ασθένειες και τραυματισμοί ή απροσδόκητες εξάρσεις υφιστάμενων παθήσεων. Ωστόσο, οι ιατρικά απαραίτητες επισκέψεις ρουτίνας στον πάροχο, όπως οι ετήσιοι έλεγχοι, δεν θεωρούνται επείγοντως απαραίτητες, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή αν το δίκτυο του προγράμματος δεν είναι προσωρινά διαθέσιμο.

Όταν οι πάροχοι δικτύου είναι προσωρινά μη διαθέσιμοι ή μη προσβάσιμοι, μπορείτε να έχετε πρόσβαση σε επείγουσα περίθαλψη χρησιμοποιώντας οποιοδήποτε διαθέσιμο κέντρο επείγουσας περίθαλψης. Μπορείτε, επίσης, να καλέσετε τη Γραμμή Συμβουλευτικής Νοσηλευτών στο (844) 658-8544. Οι χρήστες της υπηρεσίας ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711.

Το πρόγραμμά μας καλύπτει παγκόσμιες υπηρεσίες επείγουσας περίθαλψης εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών υπό τις ακόλουθες συνθήκες:

- Έχετε ένα όριο \$10,000 για παγκόσμια κάλυψη επείγουσας περίθαλψης κάθε ημερολογιακό έτος για χρήση για επείγουσα περίθαλψη και φροντίδα μετά τη σταθεροποίηση.
- Αυτή η παροχή περιορίζεται σε υπηρεσίες που θα ταξινομούσαν ως επείγουσα περίθαλψη εάν η φροντίδα είχε παρασχεθεί στις ΗΠΑ.
- Εάν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη εκτός των ΗΠΑ και χρειάζεστε ενδονοσοκομειακή περίθαλψη μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, πρέπει να επιστρέψετε σε νοσοκομείο δικτύου για να συνεχίσει να καλύπτεται η περίθαλψή σας. Η πρέπει να έχετε την ενδονοσοκομειακή σας περίθαλψη στο νοσοκομείο εκτός δικτύου που επιτρέπεται από το πρόγραμμα. Το κόστος σας είναι ο επιμερισμός δαπάνης που θα πληρώνατε σε ένα νοσοκομείο δικτύου. Ισχύει μέγιστο όριο προγράμματος.
- Μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε ένα ποσό συμμετοχής για τις υπηρεσίες και να υποβάλετε αίτημα αποζημίωσης.
- Οι ξένοι φόροι και τέλη (συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, των τελών μετατροπής νομίσματος ή συναλλαγής) δεν καλύπτονται. Η μεταφορά πίσω στις ΗΠΑ από άλλη χώρα δεν καλύπτεται.
- Δεν καλύπτονται η συνήθης φροντίδα και οι προγραμματισμένες ή προαιρετικές επεμβάσεις.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με το αν θα πληρώσουμε για οποιοδήποτε υπηρεσίες, έχετε το δικαίωμα να μας ρωτήσετε εάν θα τις καλύψουμε πριν τις λάβετε. Έχετε επίσης το δικαίωμα να το ζητήσετε γραπτώς. Σε περίπτωση που σας ενημερώσουμε ότι δεν θα καλύψουμε τις υπηρεσίες, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε ένσταση κατά της απόφασής μας να μην καλύψουμε ή να μην σας αποζημιώσουμε για την περίθαλψη που λάβατε.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

---

**3.3 Λήψη περιθαλψής κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής**

Εάν ο Κυβερνήτης της πολιτείας σας, ο Υπουργός Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ ή ο Πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών κηρύξει κατάσταση καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης στη γεωγραφική σας περιοχή, εξακολουθείτε να δικαιούστε φροντίδα από το πρόγραμμά σας.

Επισκεφθείτε τον ιστότοπο [SWHNY.com](http://SWHNY.com) για πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο απόκτησης της απαραίτητης φροντίδας κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής.

Εάν δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο δικτύου κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής, το πρόγραμμά σας θα σας επιτρέψει να λάβετε φροντίδα από παρόχους εκτός δικτύου με επιμερισμό δαπάνης εντός δικτύου. Εάν δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ένα φαρμακείο δικτύου κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής, ενδέχεται να μπορείτε να εκτελέσετε τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας σε ένα φαρμακείο εκτός δικτύου. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 2.5.

**4 Τι γίνεται αν χρεώνεστε απευθείας για το πλήρες κόστος των καλυπτόμενων υπηρεσιών;**

---

Εάν πληρώσατε για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας ή εάν λάβετε λογαριασμό για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες, μπορείτε να μας ζητήσετε να πληρώσουμε το μερίδιό μας από το κόστος των καλυπτόμενων υπηρεσιών. Μεταβείτε στο Κεφάλαιο 7 για πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε.

**4.1 Αν υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας**

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) καλύπτει όλες τις ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες, όπως αναφέρονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών στο Κεφάλαιο 4. Εάν λαμβάνετε υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας ή υπηρεσίες που ελήφθησαν εκτός δικτύου και δεν ήταν εξουσιοδοτημένες, είστε υπεύθυνοι για την καταβολή του πλήρους κόστους των υπηρεσιών.

Για καλυπτόμενες υπηρεσίες που έχουν περιορισμό παροχών, πληρώνετε επίσης το πλήρες κόστος τυχόν υπηρεσιών που λαμβάνετε αφού εξαντλήσετε την παροχή σας για αυτόν τον τύπο καλυπτόμενης υπηρεσίας. Εάν πληρώσατε για έξοδα μόλις συμπληρωθεί ένα όριο παροχών, αυτά τα έξοδα δεν θα υπολογίζονται στο μέγιστο ποσό από την τσέπη σας.

**5 Ιατρικές υπηρεσίες σε μια κλινική ερευνητική μελέτη**

---

**5.1 Τι είναι μια κλινική ερευνητική μελέτη**

Μια κλινική ερευνητική μελέτη (που ονομάζεται επίσης *κλινική δοκιμή*) είναι ένας τρόπος με τον οποίο οι γιατροί και οι επιστήμονες δοκιμάζουν νέους τύπους ιατρικής φροντίδας, όπως πόσο καλά λειτουργεί ένα νέο φάρμακο για τον καρκίνο. Ορισμένες κλινικές ερευνητικές μελέτες έχουν εγκριθεί από το Medicare. Οι κλινικές ερευνητικές μελέτες που έχουν εγκριθεί από το Medicare συνήθως ζητούν εθελοντές να συμμετάσχουν στη μελέτη. Όταν βρίσκεστε σε μια κλινική ερευνητική μελέτη, μπορείτε να παραμείνετε εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμά μας και να συνεχίσετε να λαμβάνετε την υπόλοιπη φροντίδα σας (τη φροντίδα που δεν σχετίζεται με τη μελέτη) μέσω του προγράμματός μας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

Μόλις το Medicare εγκρίνει τη μελέτη και εκφράσετε ενδιαφέρον, κάποιος που εργάζεται στη μελέτη θα επικοινωνήσει μαζί σας για να εξηγήσει περισσότερα σχετικά με τη μελέτη και να δει εάν πληροίτε τις απαιτήσεις που έχουν οριστεί από τους επιστήμονες που διεξάγουν τη μελέτη. Μπορείτε να συμμετάσχετε στη μελέτη εφόσον πληροίτε τις απαιτήσεις για τη μελέτη και έχετε πλήρη κατανόηση και αποδοχή του τι εμπλέκεται εάν συμμετέχετε στη μελέτη.

Εάν συμμετέχετε σε μια μελέτη εγκεκριμένη από το Medicare, το Original Medicare πληρώνει το μεγαλύτερο μέρος του κόστους για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες που λαμβάνετε ως μέρος της μελέτης. Εάν μας πείτε ότι συμμετέχετε σε μια εξειδικευμένη κλινική δοκιμή, τότε είστε υπεύθυνοι μόνο για τον επιμερισμό δαπάνης εντός δικτύου για τις υπηρεσίες αυτής της δοκιμής. Εάν πληρώσατε περισσότερα, για παράδειγμα, εάν έχετε ήδη πληρώσει το ποσό επιμερισμού δαπάνης του Original Medicare, θα επιστρέψουμε τη διαφορά μεταξύ αυτού που πληρώσατε και του επιμερισμού δαπάνης εντός δικτύου. Ωστόσο θα χρειαστεί να παράσχετε τεκμηρίωση για να μας δείξετε πόσα πληρώσατε.

Εάν θέλετε να συμμετάσχετε σε οποιαδήποτε κλινική ερευνητική μελέτη εγκεκριμένη από το Medicare, δεν χρειάζεται να μας πείτε ή να λάβετε έγκριση από εμάς ή τον PCP σας. Οι πάροχοι που παρέχουν τη φροντίδα σας ως μέρος της κλινικής ερευνητικής μελέτης δεν χρειάζεται να αποτελούν μέρος του δικτύου του προγράμματός μας. (Αυτό δεν ισχύει για τις καλυπτόμενες παροχές που απαιτούν κλινική δοκιμή ή μητρώο για την αξιολόγηση της παροχής, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων παροχών που απαιτούν κάλυψη με ανάπτυξη αποδεικτικών [NCD-CED] και υπό έρευνα συσκευών [IDE]. Αυτές οι παροχές ενδέχεται επίσης να υπόκεινται σε προέγκριση και άλλους κανόνες προγράμματος.)

Παρόλο που δεν χρειάζεται να λάβετε την άδεια του προγράμματός μας για να συμμετάσχετε σε μια κλινική ερευνητική μελέτη, σας ενθαρρύνουμε να μας ειδοποιήσετε εκ των προτέρων όταν επιλέγετε να συμμετάσχετε σε κλινικές δοκιμές που πληρούν τις προϋποθέσεις του Medicare.

Εάν συμμετέχετε σε μια μελέτη που δεν έχει εγκριθεί από το Medicare, θα είστε υπεύθυνοι για την καταβολή όλων των εξόδων για τη συμμετοχή σας στη μελέτη.

## 5.2 Ποιος πληρώνει για υπηρεσίες σε κλινική ερευνητική μελέτη

Μόλις συμμετάσχετε σε μια κλινική ερευνητική μελέτη εγκεκριμένη από το Medicare, το Original Medicare καλύπτει τα συνήθη είδη και υπηρεσίες που λαμβάνετε ως μέρος της μελέτης, όπως:

- Δωμάτιο και διατροφή για νοσηλεία σε νοσοκομείο που θα πλήρωνε το Medicare ακόμα κι αν δεν ήσασταν σε μελέτη.
- Μια επέμβαση ή άλλη ιατρική διαδικασία, εάν αποτελεί μέρος της ερευνητικής μελέτης.
- Θεραπεία παρενεργειών και επιπλοκών της νέας φροντίδας.

Όταν συμμετέχετε σε μια κλινική ερευνητική μελέτη, **ούτε το Medicare ούτε το πρόγραμμά μας θα πληρώσουν για οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:**

- Γενικά, το Medicare δεν θα πληρώσει για το νέο είδος ή τη νέα υπηρεσία που δοκιμάζει η μελέτη, εκτός εάν το Medicare θα κάλυπτε το είδος ή την υπηρεσία ακόμη και αν δεν ήσασταν στη μελέτη.
- Είδη ή υπηρεσίες που παρέχονται μόνο για τη συλλογή δεδομένων και δεν χρησιμοποιούνται στην άμεση υγειονομική περίθαλψή σας. Για παράδειγμα, το Medicare δεν θα πλήρωνε για μηνιαίες αξονικές τομογραφίες (CT) που γίνονται στο πλαίσιο της μελέτης, εάν η πάθησή σας απαιτούσε κανονικά μόνο μία αξονική τομογραφία (CT).
- Είδη και υπηρεσίες που συνήθως παρέχονται από τους χορηγούς της έρευνας δωρεάν για κάθε εγγεγραμμένο στη δοκιμή.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας****Λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη συμμετοχή σε μια κλινική ερευνητική μελέτη**

Μπορείτε να λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη συμμετοχή σε μια κλινική ερευνητική μελέτη διαβάζοντας τη δημοσίευση του Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, η οποία είναι διαθέσιμη στον ιστότοπο [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Μπορείτε επίσης να καλέσετε στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.

## 6 Κανόνες για τη λήψη φροντίδας σε θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής περίθαλψης

### 6.1 Θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής περίθαλψης

Ένα θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής περίθαλψης είναι μια εγκατάσταση που παρέχει φροντίδα για μια κατάσταση που κανονικά θα αντιμετωπιζόταν σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα. Εάν η λήψη φροντίδας σε νοσοκομείο ή η περίθαλψη σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα είναι αντίθετη με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός μέλους, θα παρέχουμε κάλυψη για περίθαλψη σε θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής περίθαλψης. Η παροχή αυτή παρέχεται μόνο για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες του Μέρους Α (μη ιατρικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης).

### 6.2 Πώς να λάβετε φροντίδα σε θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής περίθαλψης

Για να λάβετε φροντίδα από ένα θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής περίθαλψης, πρέπει να υπογράψετε ένα νομικό έγγραφο που λέει ότι είστε συνειδητά αντίθετοι στη λήψη ιατρικής περίθαλψης που **δεν εξαιρείται**.

- **Η μη εξαιρούμενη** ιατρική φροντίδα ή θεραπεία είναι οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα ή θεραπεία που είναι *εθελοντική* και *δεν απαιτείται* από κανέναν ομοσπονδιακό, πολιτειακό ή τοπικό νόμο.
- **Η εξαιρούμενη** ιατρική φροντίδα είναι ιατρική φροντίδα ή θεραπεία που λαμβάνετε που *δεν* είναι εθελοντική ή *απαιτείται* από την ομοσπονδιακή, πολιτειακή ή τοπική νομοθεσία.

Για να καλυφθεί από το πρόγραμμά μας, η φροντίδα που λαμβάνετε από ένα θρησκευτικό ίδρυμα μη ιατρικής περίθαλψης πρέπει να πληροί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Η εγκατάσταση που παρέχει τη φροντίδα πρέπει να είναι πιστοποιημένη από το Medicare.
- Το πρόγραμμά μας καλύπτει μόνο *μη θρησκευτικές* πτυχές της φροντίδας.
- Εάν λάβετε υπηρεσίες από αυτό το ίδρυμα που σας παρέχονται σε μια εγκατάσταση, ισχύουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις
  - Πρέπει να έχετε μια πάθηση που θα σας επέτρεπε να λάβετε καλυπτόμενες υπηρεσίες για νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή ή φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα.
  - – και – Πρέπει να λάβετε έγκριση εκ των προτέρων από το πρόγραμμά μας πριν γίνετε δεκτοί στη μονάδα, διαφορετικά η διαμονή σας δεν θα καλυφθεί.
  - *Ισχύουν όρια κάλυψης της νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή του Medicare.*

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

Επιπλέον, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το γραφείο Medicaid της πολιτείας σας (τα στοιχεία επικοινωνίας παρατίθενται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6) για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις καλυπτόμενες από το Medicaid υπηρεσίες για να κατανοήσετε όλες τις επιλογές κάλυψής σας.

**7 Κανόνες ιδιοκτησίας ιατρικού εξοπλισμού διαρκείας****7.1 Δεν θα έχετε στην κατοχή σας κάποιον ιατρικό εξοπλισμό διαρκείας αφού πραγματοποιήσετε έναν ορισμένο αριθμό πληρωμών στο πλαίσιο του προγράμματός μας**

Ο ιατρικός εξοπλισμός διαρκείας (DME) περιλαμβάνει αντικείμενα όπως εξοπλισμό και προμήθειες οξυγόνου, αναπηρικά αμαξίδια, περιπατητές, συστήματα ηλεκτροκίνητων στρωμάτων, πατερίτσες, προμήθειες για διαβητικούς, συσκευές παραγωγής ομιλίας, αντλίες ενδοφλέβιας (IV) έγχυσης, νεφελοποιητές και νοσοκομειακά κρεβάτια που παραγγέλλονται από έναν πάροχο για χρήση από τα μέλη στο σπίτι. Το μέλος έχει πάντα ορισμένα είδη DME, όπως προθέσεις. Οι άλλοι τύποι DME ενοικιάζονται.

Στο Original Medicare, οι άνθρωποι που νοικιάζουν ορισμένους τύπους DME αποκτούν την κυριότητα του εξοπλισμού αφού πληρώσουν τις συμμετοχές τους για το προϊόν για 13 μήνες. Ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ωστόσο, συνήθως **δεν θα αποκτήσετε** την κυριότητα ενοικιαζόμενων ειδών DME ανεξάρτητα από το πόσες συμμετοχές πληρώνετε για το είδος ενώ είστε μέλος του προγράμματός μας. Δεν θα αποκτήσετε την κυριότητα, ακόμα κι αν πραγματοποιήσατε έως και 12 διαδοχικές πληρωμές για το είδος DME στο πλαίσιο του Original Medicare πριν εγγραφείτε στο πρόγραμμά μας. Υπό κάποιες περιορισμένες συνθήκες, θα μεταβιβάσουμε την κυριότητα του είδους DME σε εσάς. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για περισσότερες πληροφορίες.

**Τι συμβαίνει με τις πληρωμές που πραγματοποιήσατε για ιατρικό εξοπλισμό διαρκείας εάν μεταβείτε στο Original Medicare;**

Εάν δεν αποκτήσατε την κυριότητα του είδους DME ενώ βρίσκεστε στο πρόγραμμά μας, θα πρέπει να κάνετε 13 νέες διαδοχικές πληρωμές αφού μεταβείτε στο Original Medicare για να αποκτήσετε το είδος DME. Οι πληρωμές που πραγματοποιήσατε κατά την εγγραφή σας στο πρόγραμμά μας δεν υπολογίζονται σε αυτές τις 13 πληρωμές.

Παράδειγμα 1: Πραγματοποιήσατε 12 ή λιγότερες διαδοχικές πληρωμές για το είδος στο Original Medicare και, στη συνέχεια, ενταχθήκατε στο πρόγραμμά μας. Οι πληρωμές που πραγματοποιήσατε στο Original Medicare δεν υπολογίζονται. Θα πρέπει να κάνετε 13 πληρωμές στο πρόγραμμά μας πριν αποκτήσετε την κυριότητα του είδους.

Παράδειγμα 2: Πραγματοποιήσατε 12 ή λιγότερες διαδοχικές πληρωμές για το είδος στο Original Medicare και, στη συνέχεια, ενταχθήκατε στο πρόγραμμά μας. Δεν αποκτήσατε την κυριότητα του είδους ενώ βρισκόσασταν στο πρόγραμμά μας. Στη συνέχεια, επιστρέψατε στο Original Medicare. Θα πρέπει να κάνετε 13 διαδοχικές νέες πληρωμές για να αποκτήσετε την κυριότητα του είδους μόλις εγγραφείτε ξανά στο Original Medicare. Τυχόν πληρωμές που έχετε ήδη πραγματοποιήσει (είτε στο πρόγραμμά μας είτε στο Original Medicare) δεν υπολογίζονται.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρήση του προγράμματός μας για τις ιατρικές και άλλες καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

---

**7.2 Κανόνες για τον εξοπλισμό οξυγόνου, τις προμήθειες και τη συντήρηση**

Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για κάλυψη εξοπλισμού οξυγόνου Medicare, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα καλύψει:

- Ενοικίαση εξοπλισμού οξυγόνου
- Παροχή οξυγόνου και περιεκτικότητας σε οξυγόνο
- Σωληνώσεις και συναφή εξαρτήματα οξυγόνου για την παροχή οξυγόνου και περιεκτικότητας σε οξυγόνο
- Συντήρηση και επισκευή εξοπλισμού οξυγόνου

Εάν αποχωρήσετε από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ή δεν χρειάζεστε πλέον ιατρικά εξοπλισμό οξυγόνου, τότε ο εξοπλισμός οξυγόνου πρέπει να επιστραφεί.

**Τι θα συμβεί εάν αποχωρήσετε από το πρόγραμμά μας και επιστρέψετε στο Original Medicare;**

Το Original Medicare απαιτεί από έναν προμηθευτή οξυγόνου να σας παρέχει υπηρεσίες για 5 χρόνια. Κατά τη διάρκεια των πρώτων 36 μηνών ενοικιάζετε τον εξοπλισμό. Τους υπόλοιπους 24 μήνες, ο προμηθευτής παρέχει τον εξοπλισμό και τη συντήρηση (εξακολουθείτε να είστε υπεύθυνοι για τη συμμετοχή στην πληρωμή οξυγόνου). Μετά από 5 χρόνια μπορείτε να επιλέξετε να μείνετε στην ίδια εταιρεία ή να πάτε σε άλλη. Σε αυτό το σημείο, ο 5ετής κύκλος ξεκινά και πάλι, ακόμη και αν παραμείνετε στην ίδια εταιρεία, απαιτώντας από εσάς να πληρώσετε τη συμμετοχή σας για τους πρώτους 36 μήνες. Εάν εγγραφείτε ή αποχωρήσετε από το πρόγραμμά μας, ο 5ετής κύκλος ξεκινά από την αρχή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

# Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)

## 1 Κατανόηση των καλυπτόμενων υπηρεσιών

---

Ο Πίνακας Ιατρικών Παροχών παραθέτει τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Αυτή η ενότητα παρέχει επίσης πληροφορίες σχετικά με ιατρικές υπηρεσίες που δεν καλύπτονται ενώ εξηγεί και τα όρια ορισμένων υπηρεσιών.

### 1.1 Δεν πληρώνετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας

Επειδή λαμβάνετε βοήθεια από το Medicaid, δεν πληρώνετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας, αρκεί να ακολουθείτε τους κανόνες των προγραμμάτων για να λάβετε την περίθαλψή σας. (Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 3 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους κανόνες των προγραμμάτων σας για την περίθαλψή σας.)

### 1.2 Ποιο είναι το μέγιστο ποσό που θα πληρώσετε για καλυπτόμενες από το Medicare Part A και Part B ιατρικές υπηρεσίες;

**Σημείωση:** Επειδή τα μέλη μας λαμβάνουν επίσης βοήθεια και από το Medicaid, πολύ λίγα μέλη συμπληρώνουν αυτό το μέγιστο ποσό συμμετοχής στα έξοδα. Δεν ευθύνεστε για την πληρωμή άμεσων εξόδων προς συμπλήρωση του μέγιστου ποσού άμεσων εξόδων για καλυπτόμενες υπηρεσίες Μέρους A και Μέρους B

Στα προγράμματα Medicare Advantage υπάρχει ένα όριο στο ποσό που πρέπει να πληρώνετε κάθε χρόνο για ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται από τα Medicare Part A και Part B. Αυτό το όριο ονομάζεται μέγιστο ποσό συμμετοχής (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) για ιατρικές υπηρεσίες. **Για το ημερολογιακό έτος 2026 το ποσό MOOP είναι \$9,250.**

Τα ποσά που πληρώνετε για καλυπτόμενες υπηρεσίες υπολογίζονται σε αυτό το μέγιστο ποσό συμμετοχής. Τα ποσά που πληρώνετε για τα ασφάλιστρα του προγράμματος και τα φάρμακα του Μέρους D δεν υπολογίζονται στο μέγιστο ποσό άμεσων εξόδων. Επιπλέον, τα ποσά που πληρώνετε για ορισμένες υπηρεσίες δεν υπολογίζονται στο μέγιστο ποσό συμμετοχής. Αυτές οι υπηρεσίες σημειώνονται με αστερίσκο (\*) στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών. Εάν φτάσετε το μέγιστο ποσό άμεσων εξόδων των \$9,250, δεν θα χρειαστεί να επιβαρυνθείτε με άμεσα έξοδα για το υπόλοιπο του έτους για καλυπτόμενες υπηρεσίες Μέρους A και Μέρους B. Ωστόσο, πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το ασφάλιστρο Medicare Part B (εκτός εάν το ασφάλιστρο του Μέρους B καταβάλλεται για εσάς από το Medicaid ή άλλο τρίτο μέρος).

## 2 Ο Πίνακας Ιατρικών Παροχών δείχνει τις ιατρικές σας παροχές και τα κόστη

---

Ο Πίνακας Ιατρικών Παροχών στις επόμενες σελίδες παραθέτει τις υπηρεσίες που καλύπτει το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (η κάλυψη φαρμάκων του Μέρους D βρίσκεται στο Κεφάλαιο 5). Οι

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

υπηρεσίες που αναφέρονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών καλύπτονται μόνο όταν πληρούνται οι εξής απαιτήσεις κάλυψης:

- Οι καλυπτόμενες από το Medicare υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται σύμφωνα με τις οδηγίες κάλυψης του Medicare.
- Οι υπηρεσίες σας (συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής φροντίδας, των υπηρεσιών, των προμηθειών, του εξοπλισμού και των φαρμάκων του Μέρους Β) *πρέπει να είναι ιατρικά απαραίτητες*. Ιατρικά απαραίτητο σημαίνει ότι οι υπηρεσίες, οι προμήθειες ή τα φάρμακα χρειάζονται για την πρόληψη, τη διάγνωση ή τη θεραπεία της πάθησης και πληρούν τα αποδεκτά πρότυπα ιατρικής πρακτικής.
- Για τους νέους εγγεγραμμένους, το συντονισμένο πρόγραμμα φροντίδας της ΜΑ σας πρέπει να παρέχει μια ελάχιστη μεταβατική περίοδο 90 ημερών, κατά τη διάρκεια της οποίας το νέο πρόγραμμα ΜΑ μπορεί να μην απαιτεί προέγκριση για οποιαδήποτε ενεργή πορεία θεραπείας, ακόμη και αν η πορεία θεραπείας ήταν για μια υπηρεσία που ξεκίνησε με έναν πάροχο εκτός δικτύου.
- Λαμβάνετε τη φροντίδα σας από έναν πάροχο δικτύου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η φροντίδα που λαμβάνετε από έναν πάροχο εκτός δικτύου δεν θα καλυφθεί, εκτός εάν πρόκειται για έκτακτη ή επείγουσα περίθαλψη, ή εκτός εάν το πρόγραμμά σας ή ένας πάροχος δικτύου σας έχει δώσει παραπεμπτικό. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να εξοφλήσετε πλήρως τον πάροχο για τις υπηρεσίες εκτός δικτύου.
- Έχετε πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP) που παρέχει και επιβλέπει την περίθαλψή σας.
- Ορισμένες από τις υπηρεσίες που αναφέρονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών καλύπτονται μόνο εάν ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος δικτύου λάβει έγκριση εκ των προτέρων (μερικές φορές ονομάζεται προέγκριση) από εμάς. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες που χρειάζονται έγκριση εκ των προτέρων επισημαίνονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών με **έντονη γραφή**.
- Εάν το σχέδιο συντονισμένης φροντίδας σας εγκρίνει ένα αίτημα προέγκρισης για μια πορεία θεραπείας, η έγκριση πρέπει να ισχύει για όσο χρονικό διάστημα είναι ιατρικά εύλογο και απαραίτητο για την αποφυγή διαταραχών στη φροντίδα σύμφωνα με τα ισχύοντα κριτήρια κάλυψης, το ιατρικό ιστορικό σας και τη σύσταση του θεράποντος ιατρού.

Άλλα σημαντικά πράγματα που πρέπει να γνωρίζετε για την κάλυψή μας:

- Καλύπτεστε τόσο από το Medicare όσο και από το Medicaid. Το Medicare καλύπτει την υγειονομική περίθαλψη και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Το Medicaid καλύπτει τον επιμερισμό δαπάνης για τις υπηρεσίες Medicare, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή και των νοσοκομειακών υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών. Το Medicaid καλύπτει επίσης υπηρεσίες που δεν καλύπτει το Medicare, όπως υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, μακροχρόνια φροντίδα, μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, υπηρεσίες στο σπίτι και στην κοινότητα ή άλλες υπηρεσίες μόνο Medicaid.
- Όπως όλα τα προγράμματα υγείας Medicare, καλύπτουμε όλα όσα καλύπτει το Original Medicare. (Αν θέλετε να μάθετε περισσότερα σχετικά με την κάλυψη και το κόστος του Original Medicare, ανατρέξτε στο εγχειρίδιο *Medicare & You 2026*. Μπορείτε να το δείτε στο Διαδίκτυο στη διεύθυνση [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ή να λάβετε ένα αντίγραφο καλώντας το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.)
- Για όλες τις προληπτικές υπηρεσίες που καλύπτονται χωρίς κόστος από το Original Medicare, καλύπτουμε επίσης την υπηρεσία χωρίς κόστος για εσάς.
- Εάν το Medicare προσθέσει κάλυψη για οποιεσδήποτε νέες υπηρεσίες κατά τη διάρκεια του 2026, είτε το Medicare είτε το πρόγραμμά μας θα καλύψουν αυτές τις υπηρεσίες.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

- Επειδή λαμβάνετε βοήθεια από το Medicaid, δεν πληρώνετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας, αρκεί να ακολουθείτε τους κανόνες των προγραμμάτων για να λάβετε την περίθαλψή σας. Αυτό σημαίνει ότι για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες, δεν θα χρειαστεί να πληρώσετε κανένα μερίδιο κόστους (χωρίς συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό). Ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), συντονίζουμε τις καλυπτόμενες από το Medicare υπηρεσίες και τις υπηρεσίες Medicaid, καθώς καλύπτονται και τα δύο από το πρόγραμμά μας. Οι παρακάτω πληροφορίες παροχών περιλαμβάνουν υπηρεσίες καλυπτόμενες από το Medicare και το Medicaid.
- Εάν βρίσκεστε εντός της περιόδου 6 μηνών (180 ημερών) του προγράμματός μας που θεωρείται συνεχιζόμενη επιλεξιμότητα, θα συνεχίσουμε να παρέχουμε όλες τις παροχές Medicare που καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicare Advantage. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, δεν θα συνεχίσουμε να καλύπτουμε τις παροχές Medicaid που περιλαμβάνονται στο ισχύον πολιτειακό πρόγραμμα Medicaid ούτε θα πληρώσουμε τα ασφάλιστρα Medicare ή τον επιμερισμό δαπάνης, για τα οποία διαφορετικά θα ήταν υπεύθυνη η πολιτεία εάν δεν είχατε χάσει την επιλεξιμότητά σας για το Medicaid. Το ποσό που λαμβάνετε για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες Medicare μπορεί να αυξηθεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου

**Εάν πληροίτε τα κριτήρια για βοήθεια επιμερισμού δαπάνης Medicare στο πλαίσιο του Medicaid, δεν πληρώνετε τίποτα για τις υπηρεσίες που αναφέρονται στον Πίνακα Παροχών, εφόσον πληροίτε τις απαιτήσεις κάλυψης που περιγράφονται παραπάνω.**

**Σημαντικές πληροφορίες παροχών για εγγεγραμμένους με χρόνιες παθήσεις**

- Εάν διαγνωστείτε με οποιαδήποτε από τις ακόλουθες χρόνιες παθήσεις που προσδιορίζονται παρακάτω και πληροίτε ορισμένα κριτήρια, ενδέχεται να δικαιούστε ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες.
  - Χρόνια διαταραχή χρήσης αλκοόλ και διαταραχή χρήσης άλλων ουσιών (SUD)
  - Αυτοάνοσες διαταραχές
  - Καρκίνος
  - Καρδιαγγειακές διαταραχές
  - Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια
  - Άνοια
  - Σακχαρώδης διαβήτης
  - Υπερβολικό βάρος, παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο
  - Χρόνια γαστρεντερική νόσος
  - Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (CKD)
  - Σοβαρές αιματολογικές διαταραχές
  - HIV/AIDS
  - Χρόνιες πνευμονικές διαταραχές
  - Χρόνιες και αναπηρικές ψυχικές νόσοι
  - Νευρολογικές παθήσεις
  - Εγκεφαλικό
  - Μετά από μεταμόσχευση οργάνου
  - Ανοσοανεπάρκειες και ανοσοκατασταλτικές διαταραχές
  - Παθήσεις που σχετίζονται με τη γνωστική εξασθένηση
  - Παθήσεις με λειτουργικές προκλήσεις
  - Χρόνιες παθήσεις που βλάπτουν την όραση, την ακοή (κώφωση), τη γεύση, την αφή και την όσφρηση

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

- Παθήσεις που απαιτούν συνεχείς υπηρεσίες θεραπείας προκειμένου τα άτομα να διατηρούν και να διαφυλάσσουν τη λειτουργικότητά τους


Θα σας βοηθήσουμε με την πρόσβαση σε αυτές τις παροχές. Μπορείτε να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή τον Συντονιστή Περίθαλψής σας για να ξεκινήσετε το αίτημά σας ή να λάβετε πρόσθετες πληροφορίες. Σημείωση: Διεκδικώντας αυτήν την παροχή, εξουσιοδοτείτε τους εκπροσώπους του Senior Whole Health of New York NHC να επικοινωνήσουν μαζί σας μέσω τηλεφώνου, ταχυδρομείου ή οποιωνδήποτε άλλων μεθόδων επικοινωνίας, όπως περιγράφεται ρητά στην αίτησή σας.

- Ανατρέξτε στη σειρά *Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες* στον παρακάτω Πίνακα Ιατρικών Παροχών για περισσότερες λεπτομέρειες.
- Επικοινωνήστε μαζί μας για να μάθετε ακριβώς ποιες παροχές μπορεί να δικαιούστε.



Αυτό το μήλο δείχνει τις προληπτικές υπηρεσίες στον Πίνακα Παροχών Medicare.


**Πίνακας Ιατρικών Παροχών**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<b>Έλεγχος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής</b> Άπαξ υπερηχογράφημα διαλογής για άτομα που διατρέχουν κίνδυνο. Το πρόγραμμά μας καλύπτει αυτόν τον προσυμπτωματικό έλεγχο μόνο εάν έχετε ορισμένους παράγοντες κινδύνου και εάν λάβετε παραπεμπτικό για	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τα μέλη που πληρούν τις προϋποθέσεις για αυτόν τον προληπτικό έλεγχο.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

Καλυπτόμενη υπηρεσία	Τι πληρώνετε
<p><b>Έλεγχο ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (συνέχεια)</b></p> <p>αυτό από τον ιατρό σας, τον βοηθό ιατρού, τον νοσηλευτή ή τον εξειδικευμένο κλινικό νοσηλευτή σας.</p>	
<p><b>Βελονισμός για χρόνια οσφυαλγία</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <p>Έως και 12 επισκέψεις σε 90 ημέρες καλύπτονται στις ακόλουθες περιπτώσεις:</p> <p>Για τους σκοπούς αυτής της παροχής, η χρόνια οσφυαλγία ορίζεται ως:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Διαρκεί</b> 12 εβδομάδες ή περισσότερο,</li> <li>• μη ειδικός, δεδομένου ότι δεν έχει αναγνωρίσιμη συστηματική αιτία (δηλ. δεν σχετίζεται με μεταστατική, φλεγμονώδη, μολυσματική ασθένεια κ.λπ.),</li> <li>• δεν σχετίζεται με χειρουργική επέμβαση, και</li> <li>• δεν σχετίζεται με εγκυμοσύνη.</li> </ul> <p>Επιπλέον <b>8</b> συνεδρίες θα καλυφθούν για ασθενείς που παρουσιάζουν βελτίωση. Δεν μπορούν να χορηγηθούν περισσότερες από 20 θεραπείες βελονισμού ετησίως.</p> <p>Η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται εάν ο ασθενής δεν παρουσιάζει βελτίωση ή έχει υποτροπή.</p> <p><b>Απαιτήσεις παρόχου:</b></p> <p>Οι ιατροί (όπως ορίζονται στο 1861[r][1] του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης [ο Νόμος]) μπορούν να παρέχουν βελονισμό σύμφωνα με τις ισχύουσες πολιτειακές απαιτήσεις.</p> <p>Οι βοηθοί ιατρών (PA), οι νοσηλευτές (NP) / κλινικοί νοσηλευτές (CNS) (όπως προσδιορίζονται στο 1861 [aa] [5] του Νόμου) και το βοηθητικό προσωπικό μπορούν να παρέχουν βελονισμό εάν πληρούν όλες τις ισχύουσες πολιτειακές απαιτήσεις και έχουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα στον βελονισμό ή την Ανατολική Ιατρική από σχολή διαπιστευμένη από την Επιτροπή Διαπίστευσης για τον Βελονισμό και την Ανατολική Ιατρική (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), και</li> <li>• τρέχουσα, πλήρη, ενεργή και απεριόριστη άδεια άσκησης βελονισμού σε μια Πολιτεία, Επικράτεια ή Κοινοπολιτεία (π.χ. Puerto Rico) των Ηνωμένων Πολιτειών ή του District of Columbia.</li> </ul> <p>Το βοηθητικό προσωπικό που παρέχει βελονισμό πρέπει να βρίσκεται υπό το κατάλληλο επίπεδο επίβλεψης ιατρού, PA ή NP / CNS που απαιτείται από τους κανονισμούς μας στο 42 CFR §§ 410.26 και 410.27</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για υπηρεσίες βελονισμού που καλύπτονται από το Medicare.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>




**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p><b>Υπηρεσίες βελονισμού (συμπληρωματικές)*</b></p> <p>Προγραμματίστε έως και 30 ιατρικά απαραίτητες επισκέψεις κάθε ημερολογιακό έτος για υπηρεσίες βελονισμού.</p> <p>Οι συμπληρωματικές υπηρεσίες βελονισμού καλύπτονται όταν καθορίζονται ως ιατρικά αποδεκτό πρότυπο περίθαλψης για:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πονοκέφαλο, πόνο στις αρθρώσεις ισχίου ή γόνατος που σχετίζεται με οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ), ή άλλο πόνο στις αρθρώσεις των άκρων όταν είναι χρόνιος και δεν ανταποκρίνεται στην τυπική ιατρική φροντίδα, σύνδρομα πόνου που αφορούν τις αρθρώσεις και τους σχετικούς μαλακούς ιστούς, μυοσκελετικό πόνο στον αυχένα και τη μέση, ναυτία που σχετίζεται με χημειοθεραπεία, μετεγχειρητική ναυτία, και ναυτία που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη</li> <li>• Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες βελονισμού δεν περιλαμβάνουν υπηρεσίες για τη θεραπεία του άσθματος ή του εθισμού (συμπεριλαμβανομένης, χωρίς περιορισμό, της διακοπής του καπνίσματος)</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p>
	<p><b>Υπηρεσίες ασθενοφόρου</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες ασθενοφόρου, είτε για μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης είτε μια μη επείγουσα κατάσταση, περιλαμβάνουν αερομεταφορά με αεροπλάνο, αερομεταφορά με ελικόπτερο και επίγειες υπηρεσίες ασθενοφόρου προς την πλησιέστερη κατάλληλη μονάδα που μπορεί να παρέχει φροντίδα, εφόσον παρέχονται σε μέλος του οποίου η πάθηση είναι τέτοια ώστε άλλα μέσα μεταφοράς να μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ή εφόσον έχουν εγκριθεί από το πρόγραμμά μας. Εάν οι καλυπτόμενες υπηρεσίες ασθενοφόρου δεν αφορούν κατάσταση έκτακτης ανάγκης, θα πρέπει να τεκμηριώνεται ότι η κατάσταση του μέλους είναι τέτοια που άλλα μέσα μεταφοράς θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου και ότι η μεταφορά με ασθενοφόρο απαιτείται ιατρικά.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για υπηρεσίες ασθενοφόρου που καλύπτονται από το Medicare.</p> <p><b>Απαιτείται προέγκριση μόνο για μη επείγουσα χρήση ασθενοφόρου.</b></p>
	<p><b>Ετήσια επίσκεψη ευεξίας</b></p> <p>Εάν έχετε την παροχή Μέρους Β για περισσότερο από 12 μήνες, μπορείτε να κάνετε μια ετήσια επίσκεψη ευεξίας για να αναπτύξετε ή να επικαιροποιήσετε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα πρόληψης με βάση τους τρέχοντες παράγοντες κινδύνου και κατάσταση της υγείας σας. Αυτό καλύπτεται μία φορά κάθε 12 μήνες.</p> <p><b>Σημείωση:</b> Η πρώτη σας ετήσια επίσκεψη ευεξίας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί εντός 12 μηνών από την προληπτική επίσκεψή σας “Welcome to Medicare”. Ωστόσο, δεν χρειάζεται να έχετε κάνει μια</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για την ετήσια επίσκεψη ευεξίας.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	επίσκεψη “Welcome to Medicare” για να καλύπτεστε για ετήσιες επισκέψεις ευεξίας αφού είχατε το Μέρος Β για 12 μήνες.	
	<p><b>Μέτρηση οστικής μάζας</b></p> <p>Για άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις (γενικά, αυτό σημαίνει άτομα που κινδυνεύουν να χάσουν οστική μάζα ή διατρέχουν κίνδυνο οστεοπόρωσης), οι ακόλουθες υπηρεσίες καλύπτονται κάθε 24 μήνες ή συχνότερα εάν είναι ιατρικά απαραίτητο: διαδικασίες για τον προσδιορισμό της οστικής μάζας, την ανίχνευση οστικής απώλειας ή τον προσδιορισμό της ποιότητας των οστών, συμπεριλαμβανομένης της ερμηνείας των αποτελεσμάτων από γιατρό.</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τη μέτρηση οστικής μάζας που καλύπτεται από το Medicare.
	<p><b>Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού (μαστογραφίες)*</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μία μαστογραφία κατά την έναρξη μεταξύ των ηλικιών 35 και 39</li> <li>• Μία μαστογραφία ελέγχου κάθε 12 μήνες για γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω</li> <li>• Κλινικές εξετάσεις μαστού μία φορά κάθε 24 μήνες</li> </ul> <p>Η μαστογραφία προσυμπτωματικού ελέγχου χρησιμοποιείται για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Μόλις διαπιστωθεί το ιστορικό καρκίνου του μαστού και έως ότου δεν υπάρχουν πλέον σημεία ή συμπτώματα καρκίνου του μαστού, οι συνεχιζόμενες μαστογραφίες θεωρούνται διαγνωστικές και καλύπτονται από τις “Διαγνωστικές εξετάσεις εξωτερικών ασθενών και θεραπευτικές υπηρεσίες και προμήθειες” σε αυτόν τον πίνακα. Η ετήσια παροχή μαστογραφίας δεν είναι διαθέσιμη για μέλη που έχουν ενδείξεις ή συμπτώματα καρκίνου του μαστού.</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για καλυπτόμενες μαστογραφίες προσυμπτωματικού ελέγχου.
	<p><b>Υπηρεσίες καρδιακής αποκατάστασης</b></p> <p>Ολοκληρωμένα προγράμματα υπηρεσιών καρδιακής αποκατάστασης που περιλαμβάνουν άσκηση, εκπαίδευση και συμβουλευτική καλύπτονται για μέλη που πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις με εντολή γιατρού.</p> <p>Το πρόγραμμα καλύπτει επίσης εντατικά προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης που είναι συνήθως πιο αυστηρά ή πιο έντονα από τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης.</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες. <b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b>
	<p><b>Επίσκεψη μείωσης του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου (θεραπεία για καρδιαγγειακές παθήσεις)*</b></p> <p>Καλύπτουμε μία επίσκεψη ετησίως με τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης για να σας βοηθήσουμε να μειώσετε τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Κατά τη διάρκεια αυτής της επίσκεψης, ο</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για την προληπτική παροχή εντατικής συμπεριφορικής

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	γιατρός σας μπορεί να συζητήσει τη χρήση ασπιρίνης (εάν χρειάζεται), να ελέγξει την αρτηριακή σας πίεση και να σας δώσει συμβουλές για να βεβαιωθείτε ότι τρώτε υγιεινά.	θεραπείας καρδιαγγειακής νόσου.
	<b>Προσυμπτωματικός έλεγχος καρδιαγγειακών παθήσεων</b> Εξετάσεις αίματος για την ανίχνευση καρδιαγγειακής νόσου (ή ανωμαλιών που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου) μία φορά κάθε 5 χρόνια (60 μήνες).	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για εξετάσεις καρδιαγγειακών παθήσεων που καλύπτονται μία φορά κάθε 5 χρόνια.
	<b>Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του κόλπου</b> Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Για όλες τις γυναίκες: Τα τεστ Παπανικολάου και οι πυελικές εξετάσεις καλύπτονται μία φορά κάθε 24 μήνες</li> <li>• Εάν διατρέχετε υψηλό κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του κόλπου ή είστε σε αναπαραγωγική ηλικία και είχατε μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου τα τελευταία 3 χρόνια: ένα τεστ Παπανικολάου κάθε 12 μήνες</li> </ul>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για προληπτικές εξετάσεις Παπανικολάου και πυέλου που καλύπτονται από το Medicare.
	<b>Υπηρεσίες χειροπρακτικής (καλύπτονται από το Medicare)</b> Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χειροκίνητο χειρισμό της σπονδυλικής στήλης για τη διόρθωση του υπεξαρθρήματος</li> </ul>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.
	<b>Υπηρεσίες διαχείρισης και θεραπείας χρόνιου πόνου</b> Καλύπτονται μηνιαίες υπηρεσίες για άτομα που ζουν με χρόνια πόνο (επίμονος ή επαναλαμβανόμενος πόνος που διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες). Οι υπηρεσίες μπορεί να περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του πόνου, τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και τον συντονισμό και τον προγραμματισμό της φροντίδας.	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.
	<b>Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου*</b> Καλύπτονται οι ακόλουθες εξετάσεις ελέγχου: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η κολonosκόπηση δεν έχει ελάχιστο ή μέγιστο όριο ηλικίας και καλύπτεται μία φορά κάθε 120 μήνες (10 έτη) για ασθενείς που δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ή 48 μήνες μετά από προηγούμενη ευέλικτη σιγμοειδοσκόπηση για ασθενείς που δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου, και μία φορά κάθε 24 μήνες για ασθενείς υψηλού κινδύνου μετά από προηγούμενη κολonosκόπηση</li> </ul>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου που καλύπτεται από το Medicare. Εάν ο γιατρός σας εντοπίσει και


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η κολονογραφία σε σύστημα υπολογιστικής τομογραφίας αφορά ασθενείς ηλικίας 45 ετών και άνω που δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου και καλύπτεται όταν έχουν παρέλθει τουλάχιστον 59 μήνες από τον μήνα κατά τον οποίο πραγματοποιήθηκε η τελευταία κολονογραφία σε σύστημα υπολογιστικής τομογραφίας ή 47 μήνες από τον μήνα κατά τον οποίο πραγματοποιήθηκε η τελευταία ευέλικτη σιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση προσυμπτωματικού ελέγχου. Για ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου, η πληρωμή μπορεί να γίνει για εξέταση κολονογραφίας σε σύστημα υπολογιστικής τομογραφίας που πραγματοποιείται μετά την πάροδο τουλάχιστον 23 μηνών από τον μήνα κατά τον οποίο πραγματοποιήθηκε η τελευταία κολονογραφία σε σύστημα υπολογιστικής τομογραφίας ή η τελευταία κολονοσκόπηση.</li> </ul> <p><b>Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου* (συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ευέλικτη σιγμοειδοσκόπηση για ασθενείς ηλικίας 45 ετών και άνω. Μία φορά κάθε 120 μήνες για ασθενείς που δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αφού ο ασθενής υποβλήθηκε σε κολονοσκόπηση προσυμπτωματικού ελέγχου. Μία φορά κάθε 48 μήνες για ασθενείς υψηλού κινδύνου από την τελευταία ευέλικτη σιγμοειδοσκόπηση ή κολονογραφία σε σύστημα υπολογιστικής τομογραφίας.</li> <li>• Αιματολογικές εξετάσεις ελέγχου απόκρυψης αίματος κοπράνων για ασθενείς ηλικίας 45 ετών και άνω. Μία φορά κάθε 12 μήνες.</li> <li>• DNA κοπράνων πολλαπλών στόχων για ασθενείς ηλικίας 45 έως 85 ετών που δεν πληρούν τα κριτήρια υψηλού κινδύνου. Μία φορά κάθε 3 χρόνια.</li> <li>• Αιματολογικές εξετάσεις βιοδεικτών για ασθενείς ηλικίας 45 έως 85 ετών που δεν πληρούν κριτήρια υψηλού κινδύνου. Μία φορά κάθε 3 χρόνια.</li> <li>• Οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν μια κολονοσκόπηση παρακολούθησης μετά από μια μη επεμβατική εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου βάσει κοπράνων για καρκίνο του παχέος εντέρου που καλύπτεται από το Medicare και επιστρέφει θετικό αποτέλεσμα.</li> <li>• Οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν μια προγραμματισμένη εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση προσυμπτωματικού ελέγχου ή μια κολονοσκόπηση προσυμπτωματικού ελέγχου που περιλαμβάνει την αφαίρεση ιστού ή άλλης ύλης ή άλλη διαδικασία που παρέχεται σε σχέση με, ως αποτέλεσμα και στην ίδια κλινική συνάντηση με τον προσυμπτωματικό έλεγχο.</li> </ul>	<p>αφαιρέσει έναν πολύποδα ή άλλο ιστό κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης ή της εύκαμπτης σιγμοειδοσκόπησης, η εξέταση ελέγχου μετατρέπεται σε διαγνωστική εξέταση.</p> <p>Το εκπιπτόμενο ποσό του Μέρους Β δεν ισχύει.</p> <p>Εάν εντοπιστεί μια ανωμαλία κατά τη διάρκεια ενός ελέγχου και ληφθούν μέτρα από τον πάροχο εκείνη τη στιγμή, οι πρόσθετες υπηρεσίες (βιοψία ή άλλη παρέμβαση) θεωρούνται διαγνωστική εξέταση.</p>


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p><b>Οδοντιατρικές υπηρεσίες (καλύπτονται από το Medicare)</b></p> <p>Γενικά, οι προληπτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες (όπως καθαρισμός, συνήθεις οδοντιατρικές εξετάσεις και οδοντιατρικές ακτινογραφίες) δεν καλύπτονται από το Original Medicare. Ωστόσο, το Medicare πληρώνει για οδοντιατρικές υπηρεσίες σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων, ιδίως όταν η υπηρεσία αυτή αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ειδικής θεραπείας της πρωτογενούς πάθησης ενός δικαιούχου. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την ανακατασκευή της γνάθου μετά από κάταγμα ή τραυματισμό, εξαγωγές δοντιών που έγιναν στο πλαίσιο της προετοιμασίας για ακτινοθεραπεία για καρκίνο που περιλαμβάνει τη γνάθο ή στοματικές εξετάσεις πριν από μεταμόσχευση οργάνων.</p> <p>*Αυτό δεν αποτελεί εγγύηση κάλυψης.</p> <p>*Ορισμένες διαδικασίες ενδέχεται να απαιτούν προέγκριση. Ο οδοντίατρός σας θα υποβάλει στοιχεία τεκμηρίωσης όπως ακτινογραφίες και μια αναφορά για να υποστηρίξει ότι οι διαδικασίες είναι ιατρικά απαραίτητες και πληρούν αποδεκτές κλινικές οδηγίες.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τα μέλη που είναι επιλέξιμα για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p><b>Μπορεί να απαιτείται προέγκριση για ολοκληρωτική οδοντιατρική.</b></p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p><b>Οδοντιατρικές υπηρεσίες (συμπληρωματικές)*</b></p> <p>Συνεργαζόμαστε με έναν προμηθευτή για να παρέχουμε ολοκληρωμένη οδοντιατρική κάλυψη που ευθυγραμμίζεται με τις υπηρεσίες που προσφέρει το New York State Medicaid. Οι υπηρεσίες θα καλύπτονται όταν λαμβάνονται από συνδεδεμένο πάροχο μέσω του δικτύου προμηθευτών μας.</p> <p>Οι οδοντιατρικές σας παροχές περιλαμβάνουν Διαγνωστικές, Προληπτικές, Επανορθωτικές Υπηρεσίες, Ενδοδοντία, Περιοδοντική, Προσθετική (αφαιρούμενη), Προσθετική (σταθερή), Γναθοπροσωπική προσθετική, Υπηρεσίες εμφυτευμάτων, Στοματική και Γναθοπροσωπική χειρουργική και Συμπληρωματικές γενικές υπηρεσίες.</p> <p>Για μια πλήρη λίστα των υπηρεσιών, επισκεφθείτε τη διεύθυνση <a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm</a> και επιλέξτε Επικαιροποιημένο Πρόγραμμα Χρεώσεων.</p> <p>Οι κωδικοί που αναφέρονται στον παραπάνω σύνδεσμο του προγράμματος παροχών ενδέχεται να ενημερωθούν από την Αμερικανική Οδοντιατρική Ένωση (ADA) κατά τη διάρκεια του έτους. Εάν έχετε απορίες σχετικά με έναν οδοντιατρικό κωδικό ADA, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών. Μπορείτε να βρείτε τον αριθμό τηλεφώνου τους στο πίσω μέρος της ταυτότητας μέλους του προγράμματός σας. Ορισμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες μπορεί να απαιτούν προέγκριση και πρέπει να είναι ιατρικά απαραίτητες. Ο πάροχός σας θα χειριστεί τυχόν απαιτούμενες από το πρόγραμμα εξουσιοδοτήσεις για εσάς.</p> <p>Σημείωση: Η παραπάνω κάλυψη αφορά τη Συμπληρωματική οδοντιατρική παροχή Medicare. Το New York Medicaid Dental Benefit χορηγείται επίσης από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Επικοινωνήστε με το Πρόγραμμα για τυχόν ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την παροχή του Medicaid.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή.</p> <p>Δεν μπορούν να καλυφθούν όλες οι οδοντιατρικές διαδικασίες που συνιστώνται από έναν οδοντίατρο. Ζητήστε από τον οδοντίατρο να σας πει τι θα πληρώσει το πρόγραμμα και τι θα πρέπει να πληρώσετε ως συμμετοχή.</p> <p>Ενδέχεται να είστε υπεύθυνοι για το κόστος εάν μια υπηρεσία δεν καλύπτεται ή εάν υπερβείτε το μέγιστο επιτρεπόμενο όριο. Ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί και εξαιρέσεις.</p>
	<p><b>Έλεγχος κατάθλιψης</b></p> <p>Καλύπτουμε μία εξέταση για κατάθλιψη ανά έτος. Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης που μπορεί να παρέχει θεραπεία παρακολούθησης ή/και παραπομπές.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για μια ετήσια επίσκεψη ελέγχου κατάθλιψης.</p>
	<p><b>Έλεγχος διαβήτη</b></p> <p>Καλύπτουμε αυτόν τον έλεγχο (περιλαμβάνει εξετάσεις γλυκόζης νηστείας) εάν έχετε οποιονδήποτε από τους εξής παράγοντες κινδύνου: υψηλή αρτηριακή πίεση (υπέρταση), ιστορικό μη φυσιολογικών επιπέδων χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων (δυσλιπιδαιμία), παχυσαρκία ή ιστορικό υψηλού σακχάρου στο αίμα (γλυκόζη). Οι</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τις εξετάσεις ελέγχου διαβήτη που καλύπτονται από το Medicare.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>εξετάσεις μπορούν επίσης να καλυφθούν εάν πληροίτε άλλες απαιτήσεις, όπως το υπερβολικό βάρος και το οικογενειακό ιστορικό διαβήτη.</p> <p>Ενδέχεται να πληροίτε τις προϋποθέσεις για έως και 2 διαγνωστικές εξετάσεις για τον διαβήτη κάθε 12 μήνες μετά την ημερομηνία της πιο πρόσφατης διαγνωστικής εξέτασης για τον διαβήτη.</p>	
	<p><b>Εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης διαβήτη, υπηρεσίες και προμήθειες διαβήτη</b></p> <p>Για όλα τα άτομα που έχουν διαβήτη (χρήστες ινσουλίνης και μη ινσουλίνης). Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συσκευές μέτρησης γλυκόζης αίματος: μετρητής παρακολούθησης γλυκόζης αίματος, ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος, συσκευές και βελόνες για τη λήψη αίματος, καθώς και διαλύματα ελέγχου γλυκόζης για τον έλεγχο της ακρίβειας των ταινιών μέτρησης και των συσκευών μέτρησης. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Μετρητές γλυκόζης αίματος (σακχάρου) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Καλύπτεται όταν ο γιατρός σας συνταγογραφεί για χρήση στο σπίτι σας.</li> <li>◦ Οι μετρητές γλυκόζης αίματος προτιμώμενης μάρκας δεν απαιτούν προέγκριση.</li> </ul> </li> <li>◦ Ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος (σακχάρου) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Οι ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος προτιμώμενης μάρκας δεν απαιτούν προέγκριση.</li> <li>◦ Μπορεί να περιορίζεται σε προμήθεια 30 ημερών ανά πλήρωση.</li> </ul> </li> <li>◦ Η True Metrix είναι ο προτιμώμενος κατασκευαστής προμηθειών για διαβήτη. Ανατρέξτε στον κατάλογο του προγράμματός μας για περισσότερες πληροφορίες ή καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για επιπλέον πληροφορίες.</li> <li>◦ Διαλύματα ελέγχου γλυκόζης για τον έλεγχο της ακρίβειας των ταινιών μέτρησης και των μετρητών.</li> <li>◦ Για άτομα με διαβήτη που έχουν σοβαρή νόσο διαβητικού ποδιού: Ένα ζευγάρι ανά ημερολογιακό έτος θεραπευτικών υποδημάτων κατά παραγγελία (συμπεριλαμβανομένων των ενθέτων που παρέχονται με τέτοια παπούτσια) και δύο επιπλέον ζεύγη ενθέτων ή ένα ζευγάρι υποδημάτων βάθους και τρία ζεύγη ενθέτων (μη συμπεριλαμβανομένων των μη προσαρμοσμένων αφαιρούμενων ενθέτων που παρέχονται με τέτοια υποδήματα). Η κάλυψη περιλαμβάνει τη δοκιμή.</li> </ul> </li> <li>• Η εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης του διαβήτη καλύπτεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις.</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.</p> <p>Οι προμήθειες καλύπτονται όταν έχετε συνταγή και την εκτελέσετε σε ένα φαρμακείο λιανικής πώλησης δικτύου ή μέσω του προγράμματος Mail Service Pharmacy.</p> <p>Ανατρέξτε στην ενότητα «Φροντίδα όρασης» σε αυτό το διάγραμμα για ιατρικές υπηρεσίες εάν χρειάζεστε οφθαλμολογική εξέταση για διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια ή έλεγχο γλαυκώματος.</p> <p>Ανατρέξτε στις “Υπηρεσίες ποδιατρικής” σε αυτόν τον πίνακα εάν είστε διαβητικοί και πρέπει να επισκεφτείτε έναν ιατρό για εξέταση ποδιών.</p> <p>Ανατρέξτε στην “Ιατρική διατροφική θεραπεία” σε αυτόν τον πίνακα εάν είστε διαβητικοί και χρειάζεστε υπηρεσίες ιατρικής διατροφικής θεραπείας (MNT).</p> <p><b>Μπορεί να απαιτείται προέγκριση προμηθειών διαβήτη, παπουτσιών για διαβητικούς και ενθέτων.</b></p>


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι υπηρεσίες για διαβητικούς που καλύπτονται από το Medicare περιλαμβάνουν:               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ετήσια οφθαλμολογική εξέταση και εξετάσεις γλαυκώματος</li> <li>◦ Εξετάσεις ποδιών</li> <li>◦ Υπηρεσίες ιατρικής διατροφικής θεραπείας (MNT)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Δεν απαιτείται προέγκριση για τον προτιμώμενο κατασκευαστή.</b></p> <p><b>Δεν απαιτείται προέγκριση για την εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης του διαβήτη που καλύπτεται από το Medicare.</b></p>
	<p><b>Ιατρικός εξοπλισμός διαρκείας (DME) και συναφείς προμήθειες</b> (Για τον ορισμό του ιατρικού εξοπλισμού διαρκείας, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 12 και στο Κεφάλαιο 3)</p> <p>Τα καλυπτόμενα αντικείμενα περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε: αναπηρικά αμαξίδια, πατερίτσες, συστήματα ηλεκτροκίνητων στρωμάτων, διαβητικές προμήθειες, νοσοκομειακά κρεβάτια που έχουν παραγγελθεί από πάροχο για χρήση στο σπίτι, αντλίες έγχυσης IV, συσκευές παραγωγής ομιλίας, εξοπλισμό οξυγόνου, νεφελοποιητές και περιπατητές.</p> <p>Καλύπτουμε όλα τα ιατρικά απαραίτητα DME που καλύπτονται από το Original Medicare. Εάν ο προμηθευτής μας στην περιοχή σας δεν διαθέτει κάποια συγκεκριμένη εμπορική επωνυμία ή κατασκευαστή, μπορείτε να τους ρωτήσετε εάν μπορούν να το παραγγείλουν ειδικά για εσάς. Ο πιο πρόσφατος κατάλογος προμηθευτών είναι διαθέσιμος στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>Γενικά, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) καλύπτει οποιονδήποτε DME που καλύπτεται από το Original Medicare από τις εμπορικές επωνυμίες και τους κατασκευαστές αυτής της λίστας. Δεν θα καλύψουμε άλλες εμπορικές επωνυμίες και κατασκευαστές, εκτός εάν ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος μάς πει ότι η εμπορική επωνυμία είναι κατάλληλη για τις ιατρικές σας ανάγκες. Ωστόσο, εάν είστε νέοι στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) και χρησιμοποιείτε μια εμπορική επωνυμία DME που δεν περιλαμβάνεται στη λίστα μας, θα συνεχίσουμε να καλύπτουμε αυτή την εμπορική επωνυμία για εσάς για έως και 90 ημέρες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, θα πρέπει να μιλήσετε με τον γιατρό σας για να αποφασίσετε ποια εμπορική επωνυμία είναι ιατρικά κατάλληλη για εσάς μετά από αυτήν την περίοδο των 90 ημερών. (Εάν διαφωνείτε με τον γιατρό σας, μπορείτε να του ζητήσετε να σας παραπέμψει για δεύτερη γνώμη.)</p> <p>Εάν εσείς (ή ο πάροχός σας) δεν συμφωνείτε με την απόφαση κάλυψης του προγράμματός μας, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση. Μπορείτε</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
<p>επίσης να υποβάλετε ένσταση εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση του παρόχου σας σχετικά με το προϊόν ή τη μάρκα που είναι κατάλληλο για την πάθησή σας. (Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις ενστάσεις, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9).</p>	
<p><b>Επείγουσα περίθαλψη</b></p> <p>Η επείγουσα περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες που:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρέχονται από πάροχο εξουσιοδοτημένο να παρέχει υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, και</li> <li>• Απαιτούνται για την αξιολόγηση ή τη σταθεροποίηση μιας επείγουσας πάθησης.</li> </ul> <p>Ιατρική έκτακτη ανάγκη υφίσταται όταν εσείς, ή οποιοσδήποτε άλλος συνετός μη ειδικός με μέση γνώση της υγείας και της ιατρικής, πιστεύετε ότι έχετε ιατρικά συμπτώματα που απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα για να αποτρέψετε την απώλεια ζωής σας (και, εάν είστε έγκυος, την απώλεια ενός αγέννητου παιδιού), την απώλεια ενός άκρου ή της λειτουργίας ενός άκρου. Τα ιατρικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασθένεια, τραυματισμός, έντονος πόνος ή πάθηση που επιδεινώνεται γρήγορα.</p> <p>Ο επιμερισμός δαπάνης για τις αναγκαίες υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης που παρέχονται εκτός δικτύου είναι ο ίδιος όπως και για τις υπηρεσίες που παρέχονται εντός δικτύου.</p> <p><b>Επείγουσα περίθαλψη (συνέχεια)</b></p> <p>Η επείγουσα περίθαλψη εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών (ΗΠΑ) μπορεί να καλύπτεται από την παγκόσμια παροχή κάλυψης έκτακτης ανάγκης. Προσφέρουμε έως και \$10,000 παγκόσμια κάλυψη έκτακτης ανάγκης κάθε ημερολογιακό έτος για επείγουσα περίθαλψη και φροντίδα μετά τη σταθεροποίηση. Ανατρέξτε στην ενότητα “Παγκόσμια κάλυψη επείγουσας περίθαλψης” σε αυτόν τον πίνακα για να μάθετε περισσότερα.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p>Εάν κάνετε εισαγωγή σε νοσοκομείο, θα πληρώσετε επιμερισμό δαπάνης όπως περιγράφεται στην ενότητα “Νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή” σε αυτόν τον πίνακα.</p> <p>Το μερίδιο κόστους είναι το ίδιο για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης εντός ή εκτός δικτύου.</p> <p>Εάν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη σε νοσοκομείο εκτός δικτύου και χρειάζεστε ενδονοσοκομειακή περίθαλψη μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, πρέπει να επιστρέψετε σε νοσοκομείο δικτύου για να συνεχίσει να καλύπτεται η περίθαλψή σας. Ή πρέπει η ενδονοσοκομειακή σας περίθαλψη να γίνει στο νοσοκομείο εκτός δικτύου που είναι εγκεκριμένο από το πρόγραμμά μας και το κόστος σας να είναι ο υψηλότερος επιμερισμός δαπάνης που θα πληρώνετε σε ένα νοσοκομείο δικτύου.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p><b>Παροχή υπηρεσιών φυσικής αγωγής (συμπληρωματική)*</b></p> <p>Μπορείτε να πάρετε μια συνδρομή γυμναστηρίου σε συμμετέχοντα γυμναστήρια. Εάν δεν μπορείτε να επισκεφθείτε ένα γυμναστήριο ή προτιμάτε να ασκηθείτε και από το σπίτι, μπορείτε να επιλέξετε ένα κιτ γυμναστικής στο σπίτι. Το κιτ θα σας βοηθήσει να παραμείνετε δραστήριοι στην άνεση του σπιτιού σας. Οι επιλογές φυσικής κατάστασης περιλαμβάνουν την επιλογή του fitness tracker, της δύναμης ή των κιτ γιόγκα.</p> <p>Εάν επιλέξετε να ασκηθείτε σε ένα γυμναστήριο, μπορείτε να δείτε τον ιστότοπο και να επιλέξετε μια τοποθεσία που συμμετέχει ή μπορείτε να μεταβείτε απευθείας σε ένα συμμετέχον γυμναστήριο για να ξεκινήσετε. Οι συμμετέχουσες εγκαταστάσεις και οι αλυσίδες γυμναστηρίων ενδέχεται να διαφέρουν ανάλογα με την τοποθεσία και ενδέχεται να αλλάξουν. Τα κιτ υπόκεινται σε αλλαγές.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.</p> <p>Πάντα να μιλάτε με τον γιατρό σας πριν ξεκινήσετε ή αλλάξετε τη ρουτίνα της άσκησής σας.</p>
	<p><b>Προγράμματα εκπαίδευσης υγείας και ευεξίας</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαθέτουμε προγράμματα για να σας βοηθήσουμε να διαχειριστείτε μια διαγνωσμένη κατάσταση υγείας. Τα προγράμματα περιλαμβάνουν τη διαχείριση άσθματος</li> <li>• Διαχείριση κατάθλιψης</li> <li>• Διαχείριση διαβήτη</li> <li>• Διαχείριση υψηλής αρτηριακής πίεσης</li> <li>• Διαχείριση καρδιαγγειακής νόσου (CVD).</li> <li>• Διαχείριση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (COPD)</li> </ul> <p>Διατίθεται εκπαιδευτικό υλικό και συμβουλές φροντίδας. Μπορούμε επίσης να σας βοηθήσουμε να συνεργαστείτε με τον πάροχό σας.</p> <p>Εγγραφή σε Προγράμματα Διαχείρισης Υγείας:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγγράφεστε αυτόματα στο πρόγραμμα ή στα προγράμματα που ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες σας με βάση τα δεδομένα ιατρικών ή φαρμακευτικών αξιώσεων.</li> <li>• Μπορείτε επίσης να εγγραφείτε μέσω του παρόχου σας ή αυτοβούλως.</li> </ul> <p>Υπάρχουν ορισμένες απαιτήσεις που πρέπει να πληροίτε για να εγγραφείτε.</p> <p><b>Προγράμματα εκπαίδευσης υγείας και ευεξίας (συνέχεια)</b></p> <p>Διαγραφή από Προγράμματα Διαχείρισης Υγείας:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυτά τα προγράμματα είναι εθελοντικά και μπορείτε να επιλέξετε να απεγγραφείτε από ένα πρόγραμμα ανά πάσα στιγμή.</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p>


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
<p>Μπορείτε να μάθετε περισσότερα ή να εγγραφείτε σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω προγράμματα καλώντας το Τμήμα Διαχείρισης Υγείας στο (866) 891-2320 (TTY: 711), Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., (Ανατολική ώρα ΗΠΑ).</p> <p><b>Προγράμματα Προαγωγής Υγείας</b></p> <p>Άλλα προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να εμπλουτίσουν την υγεία και τον τρόπο ζωής σας είναι επίσης διαθέσιμα, όπως:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.</li> <li>• Πρόγραμμα ελέγχου βάρους.</li> </ul> <p>Για πληροφορίες ή/και υλικό για τη διακοπή του καπνίσματος ή τον έλεγχο βάρους καλέστε (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., (Ανατολική ώρα ΗΠΑ).</p> <p><b>Γραμμή Συμβουλευτικής Νοσηλευτών</b></p> <p>Είτε έχετε άμεση ανησυχία για την υγεία, ερωτήσεις σχετικά με μια ιατρική πάθηση ή θέλετε γενικές πληροφορίες σχετικά με τους διαθέσιμους πόρους υγείας, η γραμμή συμβουλευτικής νοσηλευτών είναι διαθέσιμη 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.</p> <p>Ένας εγγεγραμμένος νοσηλευτής θα σας βοηθήσει να προσδιορίσετε εάν μπορείτε να διαχειριστείτε τη φροντίδα σας στο σπίτι ή χρειάζεστε την προσοχή ενός ιατρικού επαγγελματία.</p> <p>Ο αριθμός της Γραμμής συμβουλευτικής νοσηλευτών χωρίς χρέωση είναι: (844) 658-8544, (TTY/TDD: 711)</p> <p>Καλέστε οποιαδήποτε στιγμή, μέρα ή νύχτα, για να μιλήσετε με εγγεγραμμένο νοσηλευτή για ασθένειες ή τραυματισμούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν απαιτείται παραπομπή ή προέγκριση</li> </ul> <p>Αυτή η υπηρεσία δεν προορίζεται για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, καλέστε αμέσως το 911.</p>	
<p><b>Κάρτα Healthy You</b></p> <p>Η κάρτα Healthy You του προγράμματός σας παρέχει ένα συνδυασμένο επίδομα ύψους \$285 κάθε μήνα για επιλεγμένες συμπληρωματικές παροχές του προγράμματός όπως:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTC)</li> <li>• Ακουστικά βαρηκοΐας OTC</li> <li>• Τρόφιμα και φρέσκα φρούτα και λαχανικά*</li> </ul> <p><b>Κάρτα Healthy You (Συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μεταφορά σε οποιαδήποτε τοποθεσία που σχετίζεται με την υγεία</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για την κάρτα Healthy You.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μεταφορά για μη ιατρικές ανάγκες</li> <li>• Υπηρεσίες κοινής ωφελείας</li> </ul> <p>Η προπληρωμένη χρεωστική κάρτα δεν είναι πιστωτική κάρτα. Δεν μπορείτε να μετατρέψετε την κάρτα σε μετρητά ή να τη δανείσετε σε άλλα άτομα. Οι αισθητικές επεμβάσεις δεν καλύπτονται από αυτήν την κάρτα παροχών. Τα χρήματα πιστώνονται στην κάρτα σε μηνιαία βάση. Στο τέλος κάθε μήνα, τα χρήματα που δεν έχουν χρησιμοποιηθεί δεν μεταφέρονται στον επόμενο μήνα ή στο επόμενο έτος του προγράμματος. Εάν αποχωρήσετε από το πρόγραμμα, τυχόν αχρησιμοποίητα κατανεμημένα κεφάλαια, επιστρέφουν στο πρόγραμμα κατά την πραγματική ημερομηνία απεγγραφής σας.</p> <p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πώς να πληρώσετε τις προϋποθέσεις για τις ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρόνιες ασθένειες, την παροχή τροφίμων και φρέσκων φρούτων και λαχανικών, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Για να έχουν πρόσβαση σε επιδόματα για SSBCI, τα μέλη πρέπει να έχουν μια έγκυρη χρόνια πάθηση, και να προσκομίσουν έγκριση γιατρού σε συνδυασμό με τη διαχείριση περιστατικού Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ανατρέξτε στην ενότητα “Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες” σε αυτόν τον πίνακα για περισσότερες πληροφορίες.</p>	
	<p><b>Υπηρεσίες ακοής</b></p> <p>Οι διαγνωστικές αξιολογήσεις ακοής και ισορροπίας που εκτελούνται από τον πάροχό σας για να προσδιοριστεί εάν χρειάζεστε ιατρική φροντίδα καλύπτονται ως περίθαλψη χωρίς εισαγωγή, όταν παρέχονται από γιατρό, ακουολόγο ή άλλο εξειδικευμένο πάροχο.</p> <p>Οι διαγνωστικές εξετάσεις ακοής και ισορροπίας που καλύπτονται από το Medicare βοηθούν να προσδιορίσετε εάν χρειάζεστε ή όχι ιατρική περίθαλψη.</p> <p>Η εξέταση βασίζεται μόνο σε ιατρική ανάγκη, όπως απώλεια ακοής λόγω ασθένειας, νόσου, τραυματισμού ή χειρουργικής επέμβασης.</p> <p><b>Υπηρεσίες ακοής (Συμπληρωματικές) *</b></p> <p>Εκτός από τις υπηρεσίες ακοής που καλύπτονται από το Medicare, μπορείτε να κάνετε μια εξέταση ρουτίνας ακοής μία φορά κάθε ημερολογιακό έτος. Μετά την εξέταση ρουτίνας ακοής, μπορεί να σας δοθεί ακουστικό βαρηκοΐας. Για να βρείτε έναν πάροχο υπηρεσιών ακοής εντός δικτύου κοντά σας, έχετε τις παρακάτω επιλογές:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών, ή</li> </ol>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>2. Κάντε αναζήτηση στο Διαδίκτυο – χρησιμοποιώντας το διαδικτυακό εργαλείο αναζήτησης συμπληρωματικού παρόχου υπηρεσιών ακοής στο <a href="https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</p> <p>Η τοποθέτηση / αξιολόγηση των ακουστικών βαρηκοΐας μπορεί να γίνει μία φορά κάθε ημερολογιακό έτος.</p> <p><b>Υπηρεσίες ακοής (Συνέχεια)</b> Εάν σας πουν ότι χρειάζεστε ακουστικά βαρηκοΐας, μπορείτε να λάβετε έως και 2 προεπιλεγμένα ακουστικά βαρηκοΐας από έναν εγκεκριμένο πάροχο κάθε 2 χρόνια και για τα δύο αυτιά μαζί.</p>	
	<p><b>Έλεγχος HIV</b></p> <p>Για άτομα που ζητούν εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου για HIV ή που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη HIV, καλύπτουμε:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μία εξέταση ελέγχου κάθε 12 μήνες</li> </ul> <p>Εάν είστε έγκυος, καλύπτουμε:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έως 3 προληπτικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης.</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τα μέλη που πληρούν τις προϋποθέσεις για τον προληπτικό έλεγχο HIV που καλύπτεται από το Medicare.</p>
	<p><b>Υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι</b></p> <p>Πριν από τη λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, ένας γιατρός πρέπει να πιστοποιήσει ότι χρειάζεστε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι και να δώσει εντολή για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι από μια υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι. Πρέπει να παραμένετε αποκλειστικά στο σπίτι, πράγμα που σημαίνει ότι απαιτείται σημαντική προσπάθεια για την έξοδό σας από το σπίτι.</p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες μερικής ή διαλείπουσας εξειδικευμένης νοσηλευτικής και υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι (Για να καλυφθούν από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, οι υπηρεσίες εξειδικευμένης νοσηλευτικής και υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι πρέπει να μην υπερβαίνουν συνολικά τις 8 ώρες την ημέρα και τις 35 ώρες την εβδομάδα)</li> <li>• Φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία</li> <li>• Ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες</li> <li>• Ιατρικός εξοπλισμός και προμήθειες</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Θεραπεία έγχυσης στο σπίτι</b></p> <p>Η θεραπεία έγχυσης στο σπίτι περιλαμβάνει την ενδοφλέβια ή υποδόρια χορήγηση φαρμάκων ή βιολογικών προϊόντων σε ένα άτομο που παραμένει στο σπίτι. Τα συστατικά που απαιτούνται για την έγχυση στο</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p>


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>σπίτι περιλαμβάνουν το φάρμακο (για παράδειγμα, αντιβιοτικά, ανοσοσφαιρίνη), εξοπλισμό (για παράδειγμα, αντλία) και προμήθειες (για παράδειγμα, σωλήνες και καθετήρες).</p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Επαγγελματικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτικών υπηρεσιών, που παρέχονται σύμφωνα με το πρόγραμμα περίθαλψης</li> <li>• Κατάρτιση και εκπαίδευση ασθενών που δεν καλύπτονται άλλως από την παροχή ιατρικού εξοπλισμού διαρκείας</li> <li>• Απομακρυσμένη παρακολούθηση</li> </ul> <p><b>Θεραπεία έγχυσης στο σπίτι (συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες παρακολούθησης για την παροχή θεραπείας έγχυσης στο σπίτι και φαρμάκων έγχυσης στο σπίτι που παρέχονται από εξειδικευμένο προμηθευτή θεραπείας έγχυσης στο σπίτι</li> </ul>	<p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Ανακουφιστική περίθαλψη</b></p> <p>Δικαιούστε την παροχή ανακουφιστικής περίθαλψης όταν ο γιατρός σας και ο ιατρικός διευθυντής της ανακουφιστικής περίθαλψης σας έχουν δώσει πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου που πιστοποιεί ότι έχετε ανίατη νόσο τελικού σταδίου και έχετε 6 μήνες ζωής ή λιγότερο εάν η ασθένειά σας έχει την αναμενόμενη εξέλιξη. Μπορείτε να λάβετε φροντίδα από οποιοδήποτε πρόγραμμα ανακουφιστικής περίθαλψης πιστοποιημένο από το Medicare. Το πρόγραμμά σας οφείλει να σας βοηθήσει να βρείτε προγράμματα ανακουφιστικής περίθαλψης πιστοποιημένα από το Medicare στην περιοχή εξυπηρέτησης του προγράμματος, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που κατέχουμε, ελέγχουμε ή έχουμε οικονομικό συμφέρον. Ο γιατρός σας στο πρόγραμμα ανακουφιστικής περίθαλψης μπορεί να είναι πάροχος εντός ή εκτός δικτύου.</p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Φάρμακα για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την ανακούφιση από τον πόνο</li> <li>• Βραχυπρόθεσμη ανακουφιστική φροντίδα</li> <li>• Φροντίδα κατ' οίκον</li> </ul> <p>Όταν εισαχθείτε σε κέντρο ανακουφιστικής περίθαλψης, έχετε το δικαίωμα να παραμείνετε στο πρόγραμμά μας. Εάν παραμείνετε στο πρόγραμμά μας, πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε ασφάλιστρα του προγράμματος.</p>	<p>Όταν εγγράφεστε σε ένα πρόγραμμα ανακουφιστικής περίθαλψης με πιστοποίηση Medicare, οι υπηρεσίες ανακουφιστικής περίθαλψης και οι υπηρεσίες Μέρους Α και Μέρους Β που σχετίζονται με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου πληρώνονται από το Original Medicare και όχι από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

Καλυπτόμενη υπηρεσία	Τι πληρώνετε
<p><b><u>Για υπηρεσίες ανακουφιστικής περίθαλψης και υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Part A ή B και σχετίζονται με πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου:</u></b> Το Original Medicare (και όχι το πρόγραμμά μας) θα πληρώσει τον πάροχο ανακουφιστικής περίθαλψης για τις υπηρεσίες ανακουφιστικής περίθαλψης και οποιεσδήποτε υπηρεσίες Μέρους Α και Μέρους Β σχετίζονται με πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου τελικού σταδίου. Ενώ βρίσκεστε στο πρόγραμμα ανακουφιστικής περίθαλψης, ο πάροχος ανακουφιστικής περίθαλψής σας θα χρεώσει το Original Medicare για τις υπηρεσίες πληρώνει το Original Medicare. Θα χρεωθείτε επιμερισμό δαπάνης Original Medicare</p> <p><b><u>Για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Part A ή B και δεν σχετίζονται με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου:</u></b> Εάν χρειάζεστε μη έκτακτης ανάγκης, μη επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Part A ή B και που δεν σχετίζονται με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου, το κόστος σας για αυτές τις υπηρεσίες εξαρτάται από το αν χρησιμοποιείτε πάροχο στο δίκτυο του προγράμματος μας και ακολουθείτε τους κανόνες του προγράμματος (όπως εάν υπάρχει απαίτηση προέγκρισης).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εάν λάβετε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες από έναν πάροχο δικτύου και ακολουθήσετε τους κανόνες του προγράμματος για τη λήψη υπηρεσίας, πληρώνετε μόνο το ποσό επιμερισμού δαπάνης του προγράμματος για υπηρεσίες εντός δικτύου</li> <li>• Εάν λάβετε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες από πάροχο εκτός δικτύου, πληρώνετε το ποσό επιμερισμού δαπάνης σύμφωνα με το Original Medicare</li> </ul> <p><b>Ανακουφιστική περίθαλψη (συνέχεια)</b></p> <p><b><u>Για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) αλλά δεν καλύπτονται από το Medicare Part A ή B:</u></b> Το Senior Whole Health of New York NHC θα συνεχίσει να καλύπτει υπηρεσίες που καλύπτονται από το πρόγραμμα και δεν καλύπτονται από το Μέρος Α ή Β, ανεξάρτητα από το αν σχετίζονται ή όχι με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου. Εσείς πληρώνετε το ποσό επιμερισμού δαπάνης του προγράμματός σας για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p><b><u>Για φάρμακα που μπορεί να καλύπτονται από την παροχή Μέρους D του προγράμματος:</u></b> Εάν αυτά τα φάρμακα δεν σχετίζονται με τη ανακουφιστική περίθαλψη ανίατης νόσου τελικού σταδίου, πληρώνετε επιμερισμό δαπάνης. Εάν σχετίζονται με την κατάσταση ανακουφιστικής περίθαλψης ανίατης νόσου τελικού σταδίου, τότε πληρώνετε το ποσό επιμερισμού δαπάνης Original Medicare. Τα φάρμακα δεν καλύπτονται ποτέ και από την ανακουφιστική περίθαλψη και από το πρόγραμμά μας</p>	

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>ταυτόχρονα. Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 9.4).</p> <p><b>Σημείωση:</b> Εάν χρειάζεστε φροντίδα που δεν αποτελεί ανακουφιστική περίθαλψη (φροντίδα που δεν σχετίζεται με την πρόγνωση ανίατης νόσου τελικού σταδίου), θα πρέπει να επικοινωνήσετε μαζί μας για να κανονίσουμε τις υπηρεσίες.</p> <p>Το πρόγραμμά μας καλύπτει υπηρεσίες συμβουλευτικής ανακουφιστικής περίθαλψης (μόνο μία φορά) για άτομο που πάσχει από ανίατη νόσο τελικού σταδίου και δεν έχει επιλέξει την παροχή ανακουφιστικής περίθαλψης.</p>	
	<p><b>Εμβολιασμοί</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες Medicare Part B περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εμβόλια πνευμονίας</li> <li>• Εμβολιασμοί (ή εμβόλια) κατά της γρίπης/της γρίπης, μία φορά κάθε εποχή γρίπης/γρίπης το φθινόπωρο και τον χειμώνα, με επιπλέον εμβόλια (ή εμβόλια) κατά της γρίπης, εάν είναι ιατρικά απαραίτητο</li> <li>• Εμβόλιο ηπατίτιδας Β εάν διατρέχετε υψηλό ή ενδιάμεσο κίνδυνο να κολλήσετε ηπατίτιδα Β</li> <li>• Εμβόλια για τον COVID-19</li> <li>• Άλλα εμβόλια εάν είστε σε κίνδυνο και πληρούν τους κανόνες κάλυψης Medicare Part B</li> </ul> <p>Καλύπτουμε επίσης ορισμένα εμβόλια στο πλαίσιο της παροχής για φάρμακα Μέρους D. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 6, Ενότητα 8 για περισσότερες πληροφορίες.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τα εμβόλια πνευμονίας, γρίπης, ηπατίτιδας Β και COVID-19.</p>
	<p><b>Νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή</b></p> <p>Περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε οξείες καταστάσεις, ενδονοσοκομειακή αποκατάσταση, νοσοκομεία μακροχρόνιας φροντίδας και άλλους τύπους υπηρεσιών νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή. Η νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή ξεκινά την ημέρα που εισαχθείτε επίσημα στο νοσοκομείο με εντολή γιατρού. Η ημέρα πριν πάρετε εξιτήριο είναι η τελευταία σας ημέρα νοσηλείας.</p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ημι-ιδιωτικό δωμάτιο (ή μονόκλινο δωμάτιο εάν είναι ιατρικά απαραίτητο)</li> <li>• Γεύματα, συμπεριλαμβανομένων ειδικών διαιτολογίων</li> </ul> <p><b>Νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή (συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τακτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες</li> </ul>	<p>Πληρώνετε \$0 για τις ημέρες 1-90 μιας νοσηλείας σε νοσοκομείο ανά περίοδο παροχών.</p> <p>Το πρόγραμμά μας καλύπτει 60 “ημέρες εφ’ όρου ζωής”. Αυτές είναι “έξτρα” ημέρες που καλύπτουμε. Εάν η νοσηλεία σας σε νοσοκομείο υπερβαίνει τις 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αυτές τις επιπλέον 60 ημέρες·η</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δαπάνες μονάδων ειδικής φροντίδας (όπως μονάδες εντατικής θεραπείας ή στεφανιαίας θεραπείας)</li> <li>• Φάρμακα και φαρμακευτική αγωγή</li> <li>• Εργαστηριακές εξετάσεις</li> <li>• Ακτινογραφίες και άλλες ακτινολογικές υπηρεσίες</li> <li>• Απαραίτητα χειρουργικά και ιατρικά εφόδια</li> <li>• Χρήση συσκευών, όπως αναπηρικά αμαξίδια</li> <li>• Κόστος χειρουργείου και αίθουσας ανάνηψης</li> <li>• Φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία</li> <li>• Ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες διαταραχής χρήσης ουσιών</li> </ul>	<p>κάλυψη νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή θα περιοριστεί σε 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών.</p> <p>Πρόσθετες υπηρεσίες ενδέχεται να καλύπτονται σύμφωνα με τις παροχές και τις οδηγίες του Medicaid.</p> <p>Εάν λάβετε εξουσιοδοτημένη</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπό ορισμένες προϋποθέσεις, καλύπτονται οι ακόλουθοι τύποι μεταμοσχεύσεων: κερατοειδούς, νεφρού, νεφρού-παγκρέατος, καρδιάς, ήπατος, πνεύμονα, καρδιάς/πνεύμονα, μυελού των οστών, βλαστικών κυττάρων και εντερικών/πολυσπλαχνικών μεταμοσχεύσεων. Εάν χρειάζεστε μεταμόσχευση, θα κανονίσουμε να εξεταστεί η περίπτωση σας από ένα κέντρο μεταμόσχευσης εγκεκριμένο από το Medicare, το οποίο θα αποφασίσει εάν είστε υποψήφιος για μεταμόσχευση. Οι πάροχοι μεταμοσχεύσεων μπορεί να είναι τοπικοί ή εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης. Εάν οι υπηρεσίες μεταμόσχευσης εντός δικτύου βρίσκονται εκτός του κοινοτικού προτύπου φροντίδας, μπορείτε να επιλέξετε να πάτε τοπικά, εφόσον οι τοπικοί πάροχοι μεταμοσχεύσεων είναι πρόθυμοι να δεχτούν το ποσοστό του Original Medicare. Εάν το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) παρέχει υπηρεσίες μεταμόσχευσης σε τοποθεσία εκτός του προτύπου φροντίδας για μεταμοσχεύσεις στην κοινότητά σας και επιλέξετε να λάβετε μεταμοσχεύσεις σε αυτήν την απομακρυσμένη τοποθεσία, θα κανονίσουμε ή θα πληρώσουμε για τα κατάλληλα έξοδα διαμονής και μεταφοράς για εσάς και έναν σύντροφο. Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) καλύπτει τις <i>λεπτομέρειες</i> της ιατρικής φροντίδας που σχετίζεται με μεταμοσχεύσεις με μέγιστο ημερήσιο ποσό έως και \$150 ανά ημέρα. Επιπλέον, η επιστροφή των διανυθέντων χιλιομέτρων μπορεί να ζητηθεί στο ποσό που ισοδυναμεί με τις τυπικές χρεώσεις διανυθέντων χιλιομέτρων για τους φορολογούμενους, όπως περιγράφονται από την Υπηρεσία Εσωτερικού Εισοδήματος (IRS), η οποία προσαρμόζεται και δημοσιεύεται δημόσια. Το μέγιστο ποσό που καταβάλλεται για όλα τα ταξίδια, τη διαμονή, τη διατροφή και την επιστροφή χιλιομέτρων είναι πέντε χιλιάδες δολάρια (\$5,000) ανά μεταμόσχευση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του προγράμματος.</li> <li>• Αίμα - συμπεριλαμβανομένης της αποθήκευσης και της χορήγησης. Η κάλυψη του ολικού αίματος και των συσκευασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων αρχίζει μόνο με την τέταρτη πίντα αίματος που χρειάζεστε. Πρέπει είτε να πληρώσετε το κόστος για τις 3 πρώτες πίντες αίματος που παίρνετε σε ένα ημερολογιακό έτος είτε να κάνετε αιμοδοσία εσείς ή κάποιος άλλος για λογαριασμό σας. Όλα τα άλλα συστατικά του αίματος καλύπτονται ξεκινώντας από την πρώτη πίντα.</li> <li>• Υπηρεσίες ιατρού</li> </ul> <p><b>Νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή (συνέχεια)</b></p> <p><b>Σημείωση:</b> Για να είστε εσωτερικός ασθενής, ο πάροχός σας πρέπει να γράψει μια εντολή για να σας δεχτεί επίσημα ως εσωτερικό ασθενή του</p>	<p>ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε νοσοκομείο εκτός δικτύου μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, το κόστος σας είναι ο επιμερισμός δαπάνης που θα πληρώνετε σε ένα νοσοκομείο δικτύου.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>νοσοκομείου. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής. Εάν δεν είστε σίγουροι εάν είστε εσωτερικός ή εξωτερικός ασθενής, θα πρέπει να ρωτήσετε το προσωπικό του νοσοκομείου.</p> <p>Περισσότερες πληροφορίες στο ενημερωτικό δελτίο Medicare <i>Νοσοκομειακές παροχές Medicare</i>. Αυτό το ενημερωτικό δελτίο είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στη διεύθυνση <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ή καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 1-877-486-2048. Μπορείτε να καλέσετε αυτούς τους αριθμούς δωρεάν, 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.</p>	
	<p><b>Ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες σε ψυχιατρικό νοσοκομείο</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν υπηρεσίες περίθαλψης ψυχικής υγείας που απαιτούν νοσηλεία στο νοσοκομείο</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μπορείτε να λάβετε αυτές τις υπηρεσίες είτε σε ένα γενικό νοσοκομείο είτε σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο που φροντίζει μόνο άτομα με ψυχικές παθήσεις.</li> <li>• Εάν βρίσκεστε σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (αντί για γενικό νοσοκομείο), το Medicare πληρώνει μόνο για έως και 190 ημέρες ψυχιατρικών υπηρεσιών νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή κατά τη διάρκεια της ζωής σας.</li> <li>• Εάν χρησιμοποιήσατε μέρος του ορίου διάρκειας ζωής των 190 ημερών πριν εγγραφείτε στο πρόγραμμά μας, τότε ο αριθμός των καλυπτόμενων ημερών νοσηλείας μειώνεται κατά τον αριθμό των ημερών νοσηλείας για θεραπεία περίθαλψης ψυχικής υγείας που καλυπτόταν προηγουμένως από το Medicare σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.</li> <li>• Το όριο των 190 ημερών δεν ισχύει για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται σε ψυχιατρική μονάδα γενικού νοσοκομείου.</li> <li>• Δεν υπάρχει όριο στον αριθμό των περιόδων παροχών που μπορείτε να έχετε όταν λαμβάνετε περίθαλψη ψυχικής υγείας σε ένα γενικό νοσοκομείο. Μπορείτε επίσης να έχετε πολλαπλές περιόδους παροχών όταν λαμβάνετε φροντίδα σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, αλλά υπάρχει όριο ζωής 190 ημερών.</li> <li>• Το Medicaid καλύπτει τις διαμονές εσωτερικών ασθενών μετά την επίτευξη του ορίου των 190 ημερών. Δεν υπάρχει περίοδος παροχών ή όριο διάρκειας ζωής.</li> <li>• Πρέπει να χρησιμοποιήσετε συμβεβλημένους παρόχους συμπεριφορικής υγείας. Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για μια λίστα παρόχων συμπεριφορικής υγείας δικτύου.</li> </ul>	<p>Πληρώνετε \$0 για τις ημέρες 1-90 της νοσηλείας σε νοσοκομείο ανά περίοδο παροχών.</p> <p>Το πρόγραμμά μας καλύπτει επίσης 60 “ημέρες εφ’ όρου ζωής”. Αυτές είναι “έξτρα” ημέρες που καλύπτουμε. Αν η νοσηλεία σας σε νοσοκομείο είναι μακρύτερη από 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις πρόσθετες αυτές ημέρες. Όμως, αφού χρησιμοποιήσετε τις εν λόγω 60 ημέρες, η κάλυψη νοσηλείας σας σε νοσοκομείο με εισαγωγή θα περιορίζεται σε 90 ημέρες ανά περίοδο παροχών.</p> <p>Εάν λάβετε εξουσιοδοτημένη ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε νοσοκομείο εκτός δικτύου μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, το κόστος σας είναι ο επιμερισμός</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>Το Medicare δεν καλύπτει:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Υπηρεσίες αποκλειστικής νοσηλεύτριας</li> <li>◦ Τηλέφωνο ή τηλεόραση στο δωμάτιό σας</li> </ul> <p><b>Μονόκλινο δωμάτιο (εκτός εάν είναι ιατρικά απαραίτητο)</b></p>	<p>δαπάνης που θα πληρώνετε σε ένα νοσοκομείο δικτύου.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b> Εκτός από περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ο γιατρός σας πρέπει να μας πει ότι πρόκειται να εισαχθείτε στο νοσοκομείο.</p>
	<p><b>Νοσηλεία: Καλυπτόμενες υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσοκομείο ή SNF κατά τη διάρκεια μη καλυπτόμενης νοσηλείας με εισαγωγή</b></p> <p>Εάν έχετε εξαντλήσει τις ενδονοσοκομειακές παροχές σας ή εάν η παραμονή σας στο νοσοκομείο δεν είναι εύλογη και απαραίτητη, δεν θα καλύψουμε την παραμονή σας στο νοσοκομείο. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, θα καλύψουμε ορισμένες υπηρεσίες που λαμβάνετε ενώ βρίσκεστε στο νοσοκομείο ή στην εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα (SNF). Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες ιατρού</li> <li>• Διαγνωστικές εξετάσεις (όπως εργαστηριακές εξετάσεις)</li> <li>• Ακτινοθεραπεία, θεραπεία με ακτίνες Χ, ράδιο και ισότοπα, συμπεριλαμβανομένων τεχνικών υλικών και υπηρεσιών</li> <li>• Χειρουργικοί επίδεσμοι</li> </ul> <p><b>Νοσηλεία: Καλυπτόμενες υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσοκομείο ή SNF κατά τη διάρκεια μη καλυπτόμενης νοσηλείας σε νοσοκομείο (Συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Νάρθηκες, γύψος και άλλες συσκευές που χρησιμοποιούνται για τη μείωση των καταγμάτων και των εξάρθρημάτων</li> <li>• Προσθετικά και ορθωτικά προϊόντα (εκτός των οδοντιατρικών) που αντικαθιστούν το σύνολο ή μέρος ενός εσωτερικού οργάνου του σώματος (συμπεριλαμβανομένου του παρακείμενου ιστού) ή το σύνολο ή μέρος της λειτουργίας ενός μόνιμα μη λειτουργικού ή δυσλειτουργικού εσωτερικού οργάνου του σώματος, συμπεριλαμβανομένης της αντικατάστασης ή επισκευής τέτοιων συσκευών</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Νάρθηκες για πόδια, χέρι, πλάτη, και τον αυχένα, κηλεπίδεσμοι, και τεχνητά πόδια, χέρια και μάτια, συμπεριλαμβανομένων προσαρμογών, επισκευών και αντικαταστάσεων που απαιτούνται λόγω θραύσης, φθοράς, απώλειας ή αλλαγής στη φυσική κατάσταση του ασθενούς</li> </ul> <p><b>Φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία και εργοθεραπεία</b></p>	
	<p><b>Ιατρική διατροφική θεραπεία</b></p> <p>Αυτή η παροχή αφορά άτομα με διαβήτη, νεφρική νόσο (αλλά όχι σε αιμοκάθαρση) ή μετά από μεταμόσχευση νεφρού με παραπεμπτικό από τον γιατρό σας.</p> <p><b>Καλύπτουμε 3 ώρες ατομικής συμβουλευτικής κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους που λαμβάνετε υπηρεσίες ιατρικής διατροφικής θεραπείας στο πλαίσιο του Medicare (αυτό περιλαμβάνει το πρόγραμμά μας, οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα Medicare Advantage ή Original Medicare) και 2 ώρες κάθε χρόνο μετά από αυτό. Εάν η πάθησή σας, η θεραπεία ή η διάγνωσή σας αλλάξει, ενδέχεται να μπορείτε να λάβετε περισσότερες ώρες θεραπείας με εντολή του ιατρού σας. Ένας γιατρός πρέπει να συνταγογραφήσει αυτές τις υπηρεσίες και να ανανεώνει το παραπεμπτικό τους ετησίως εάν η θεραπεία σας απαιτείται στο επόμενο ημερολογιακό έτος.</b></p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για μέλη που είναι επιλέξιμα για υπηρεσίες ιατρικής διατροφικής θεραπείας που καλύπτονται από το Medicare.
	<p><b>Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</b></p> <p><b>Οι υπηρεσίες MDPP καλύπτονται για επιλέξιμους δικαιούχους Medicare στο πλαίσιο όλων των προγραμμάτων υγείας Medicare.</b></p> <p><b>Το MDPP είναι μια δομημένη παρέμβαση αλλαγής συμπεριφοράς υγείας που παρέχει πρακτική εκπαίδευση σε μακροπρόθεσμη διατροφική αλλαγή, αυξημένη σωματική δραστηριότητα και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων για την αντιμετώπιση προκλήσεων για τη διατήρηση της απώλειας βάρους και ενός υγιεινού τρόπου ζωής.</b></p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για την παροχή MDPP.
	<p><b>Φάρμακα του Medicare Part B</b></p> <p><b>Αυτά τα φάρμακα καλύπτονται από το Μέρος Β του Original Medicare. Τα μέλη του προγράμματός μας λαμβάνουν κάλυψη για</b></p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p><b>αυτά τα φάρμακα μέσω του προγράμματός μας. Τα καλυπτόμενα φάρμακα περιλαμβάνουν:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Φάρμακα που συνήθως δεν χορηγούνται από τον ίδιο τον ασθενή και χορηγούνται με ένεση ή έγχυση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σε ιατρείο, περίθαλψη χωρίς εισαγωγή ή χειρουργικό κέντρο</li> <li>• Ινσουλίνη που χορηγείται μέσω ιατρικού εξοπλισμού διαρκείας (όπως αντλία ινσουλίνης που είναι ιατρικά απαραίτητη)</li> <li>• Άλλα φάρμακα που παίρνετε χρησιμοποιώντας ιατρικό εξοπλισμό διαρκείας (όπως νεφελοποιητές) που έχουν εγκριθεί από το πρόγραμμα</li> <li>• Το φάρμακο για τη νόσο Alzheimer, το Leqembi<sup>®</sup>, (γενόσημη ονομασία lecanemab), το οποίο χορηγείται ενδοφλεβίως. Εκτός από το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής, μπορεί να χρειαστείτε πρόσθετες σαρώσεις και εξετάσεις πριν ή/και κατά τη διάρκεια της θεραπείας που θα μπορούσαν να προσθέσουν στο συνολικό σας κόστος. Συζητήστε με τον γιατρό σας σχετικά με τις σαρώσεις και τις εξετάσεις που μπορεί να χρειαστείτε ως μέρος της θεραπείας σας.</li> <li>• Παράγοντες πήξης που δίνετε στον εαυτό σας με ένεση εάν έχετε αιμορροφιλία</li> <li>• Μεταμοσχευτικά/ανοσοκατασταλτικά φάρμακα: Το Medicare καλύπτει τη φαρμακευτική θεραπεία μεταμόσχευσης εάν το Medicare πλήρωσε για τη μεταμόσχευση οργάνων σας. Πρέπει να έχετε το Μέρος Α κατά τη στιγμή της καλυπτόμενης μεταμόσχευσης και πρέπει να έχετε το Μέρος Β κατά τη στιγμή της λήψης ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Λάβετε υπόψη ότι η κάλυψη φαρμάκων Medicare Part D καλύπτει ανοσοκατασταλτικά φάρμακα εάν το Μέρος Β δεν τα καλύπτει</li> <li>• Τα ενέσιμα φάρμακα οστεοπόρωσης, εάν παραμένετε αποκλειστικά στο σπίτι, έχετε κάταγμα οστού που ένας γιατρός πιστοποιεί ότι σχετίζεται με μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και δεν μπορείτε να χορηγήσετε μόνοι σας το φάρμακο</li> <li>• Μερικά αντιγόνα: Το Medicare καλύπτει αντιγόνα εάν τα προετοιμάσει ένας γιατρός και ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο άτομο (που θα μπορούσε να είστε εσείς, ο ασθενής) τα χορηγεί υπό την κατάλληλη επίβλεψη</li> </ul>	<p><b>Τα φάρμακα του Μέρους Β μπορεί να υπόκεινται σε σταδιακή θεραπεία.</b></p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ορισμένα από του στόματος αντικαρκινικά φάρμακα: Το Medicare καλύπτει ορισμένα από του στόματος αντικαρκινικά φάρμακα που παίρνετε από το στόμα εάν το ίδιο φάρμακο είναι διαθέσιμο σε ενέσιμη μορφή ή το φάρμακο είναι προφάρμακο (μια από του στόματος μορφή ενός φαρμάκου που, όταν λαμβάνεται, διασπάται στο ίδιο δραστικό συστατικό που βρίσκεται στο ενέσιμο φάρμακο) του ενέσιμου φαρμάκου. Καθώς διατίθενται νέα φάρμακα για τον καρκίνο του στόματος, το Μέρος B μπορεί να τα καλύπτει. Εάν το Μέρος B δεν τα καλύπτει, το Μέρος D τα καλύπτει.</li> </ul> <p><b>Φάρμακα Medicare Part B (συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Από του στόματος φάρμακα κατά της ναυτίας: Το Medicare καλύπτει από του στόματος φάρμακα κατά της ναυτίας που χρησιμοποιείτε ως μέρος μιας αντικαρκινικής χημειοθεραπευτικής αγωγής εάν χορηγούνται πριν, κατά ή εντός 48 ωρών από τη χημειοθεραπεία ή χρησιμοποιούνται ως πλήρης θεραπευτική αντικατάσταση για ένα ενδοφλέβιο φάρμακο κατά της ναυτίας</li> <li>• Ορισμένα από του στόματος φάρμακα νεφρικής νόσου τελικού σταδίου (End-Stage Renal Disease, ESRD) που καλύπτονται από το Medicare Part B</li> <li>• Ασβεστιομιμητικά φάρμακα και παράγοντες δέσμευσης του φωσφόρου στο πλαίσιο του συστήματος πληρωμών ESRD, συμπεριλαμβανομένου του ενδοφλέβιου φαρμάκου Parsabiv® και του από του στόματος φαρμάκου Sensipar®</li> <li>• Ορισμένα φάρμακα για την κατ' οίκον αιμοκάθαρση, συμπεριλαμβανομένης της ηπαρίνης, του αντιδότου της ηπαρίνης, όταν είναι ιατρικά απαραίτητο, και τοπικά αναισθητικά</li> <li>• Παράγοντες διέγερσης ερυθροποίησης: Το Medicare καλύπτει την ερυθροποιητίνη με ένεση εάν έχετε νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESRD) ή χρειάζεστε αυτό το φάρμακο για τη θεραπεία της αναιμίας που σχετίζεται με ορισμένες άλλες παθήσεις (όπως το Retacrit®, Aranesp®)</li> <li>• Ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη για την κατ' οίκον θεραπεία πρωτοπαθών νοσημάτων ανοσολογικής ανεπάρκειας</li> <li>• Παρεντερική και εντερική διατροφή (ενδοφλέβια και σίτιση με σωλήνα)</li> </ul> <p>Σε ορισμένες περιπτώσεις, το πρόγραμμά μας απαιτεί να δοκιμάσετε πρώτα συγκεκριμένα φάρμακα για τη θεραπεία της ιατρικής σας πάθησης πριν να καλύψουμε κάποιο άλλο φάρμακο για αυτή την πάθηση. Για παράδειγμα, εάν και το φάρμακο A και το φάρμακο B αντιμετωπίζουν το πρόβλημα υγείας, αλλά το φάρμακο A κοστίζει λιγότερο, ίσως χρειαστεί να δοκιμάσετε πρώτα το φάρμακο A. Εάν το φάρμακο A δεν λειτουργήσει για εσάς, θα καλύψουμε στη συνέχεια το</p>	

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>φάρμακο B. Μπορείτε να μάθετε περισσότερα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο καθορίζουμε εάν απαιτείται βηματική θεραπεία μεταβαίνοντας στο <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>Καλύπτουμε επίσης ορισμένα εμβόλια στο πλαίσιο του Μέρους B και τα περισσότερα εμβόλια ενηλίκων στο πλαίσιο του επιδόματος φαρμάκων Μέρους D.</p> <p>Το κεφάλαιο 5 εξηγεί την παροχή για φάρμακα Μέρους D, συμπεριλαμβανομένων των κανόνων που πρέπει να ακολουθείτε για να καλύπτονται οι συνταγές. Τι πληρώνετε για τα φάρμακα του Μέρους D μέσω του προγράμματός μας εξηγείται στο Κεφάλαιο 6.</p>	
	<p><b>Έλεγχος και θεραπεία παχυσαρκίας για την προώθηση της απώλειας βάρους που διατηρείται</b></p> <p>Εάν έχετε δείκτη μάζας σώματος 30 ή περισσότερο, καλύπτουμε εντατική συμβουλευτική για να σας βοηθήσουμε να χάσετε βάρος. Αυτή η συμβουλευτική καλύπτεται εάν τη λάβετε σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου μπορεί να συντονιστεί με το ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης σας. Συζητήστε με τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή τον επαγγελματία σας για να μάθετε περισσότερα.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για προληπτικό έλεγχο και θεραπεία της παχυσαρκίας.</p>
	<p><b>Υπηρεσίες προγράμματος θεραπείας με οπιοειδή</b></p> <p>Τα μέλη του προγράμματός μας με διαταραχή χρήσης οπιοειδών (Opioid Use Disorder, OUD) μπορούν να λάβουν κάλυψη υπηρεσιών για τη θεραπεία της OUD μέσω ενός Προγράμματος Θεραπείας Οπιοειδών (Opioid Treatment Program, OTP), το οποίο περιλαμβάνει:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγκεκριμένη από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή (Medication-Assisted Treatment, MAT) με αγωνιστές και ανταγωνιστές οπιοειδών</li> <li>• Παροχή και χορήγηση φαρμάκων MAT (κατά περίπτωση)</li> <li>• Συμβουλευτική για τη χρήση ουσιών</li> <li>• Ατομική και ομαδική θεραπεία</li> <li>• Τοξικολογικό τεστ</li> <li>• Δραστηριότητες πρόσληψης</li> <li>• Περιοδικές αξιολογήσεις</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για υπηρεσίες προγράμματος θεραπείας οπιοειδών χωρίς εισαγωγή που καλύπτονται από το Medicare.</p> <p><b>Δεν απαιτείται προέγκριση για τις υπηρεσίες του προγράμματος θεραπείας οπιοειδών εξωτερικών ασθενών που καλύπτονται από το Medicare, αλλά μπορεί να χρειαστεί εάν χρειάζεστε φάρμακα θεραπείας με οπιοειδή.</b></p>
	<p><b>Εξωνοσοκομειακές διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές υπηρεσίες και προμήθειες</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής:</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ακτινογραφίες</li> <li>• Ακτινοθεραπεία (ράδιο και ισότοπα) συμπεριλαμβανομένων τεχνικών υλικών και προμηθειών</li> <li>• Χειρουργικά αναλώσιμα, όπως επίδεσμοι</li> <li>• Νάρθηκες, γύψος και άλλες συσκευές που χρησιμοποιούνται για τη μείωση των καταγμάτων και των εξάρθρημάτων</li> <li>• Εργαστηριακές εξετάσεις</li> <li>• Αίμα - συμπεριλαμβανομένης της αποθήκευσης και της χορήγησης. Η κάλυψη του ολικού αίματος και των συσκευασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων αρχίζει μόνο με την τέταρτη πίντα (450 ml) αίματος που χρειάζεστε - πρέπει είτε να πληρώσετε το κόστος για τις 3 πρώτες πίντες αίματος που παίρνετε σε ένα ημερολογιακό έτος είτε να κάνετε αιμοδοσία εσείς προσωπικά ή κάποιος άλλος για εσάς. Όλα τα άλλα συστατικά του αίματος καλύπτονται ξεκινώντας από την πρώτη πίντα που χρησιμοποιείται.</li> <li>• Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις εξωτερικών ασθενών - μη ακτινολογικές διαγνωστικές υπηρεσίες όπως ΗΚΓ, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, δοκιμές πνευμονικής λειτουργίας, μελέτες ύπνου, και δοκιμασίες κοπώσεως διαδρόμου.</li> <li>• Διαγνωστικές ακτινολογικές υπηρεσίες (σύνθετες και μη) όπως εξειδικευμένες απεικονιστικές εξετάσεις, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, πυρηνικές μελέτες, υπέρηχοι, διαγνωστικές μαστογραφίες και επεμβατικές ακτινολογικές διαδικασίες (μυελόγραμμα, κυστεογραφία, αγγειογραφία και μελέτες βαρίου).</li> <li>• Δεν απαιτείται εξουσιοδότηση για εξωνοσοκομειακές εργαστηριακές υπηρεσίες και ακτινολογικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών.</li> </ul>	<p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση</b></p> <p>Οι υπηρεσίες παρατήρησης είναι νοσοκομειακές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών που παρέχονται για να καθοριστεί εάν πρέπει να εισαχθείτε ως εσωτερικός ασθενής ή μπορείτε να πάρετε εξιτήριο.</p> <p>Για να καλυφθούν οι υπηρεσίες παρακολούθησης εξωτερικών νοσοκομείων, πρέπει να πληρούν τα κριτήρια του Medicare και να θεωρούνται εύλογες και αναγκαίες. Οι υπηρεσίες παρατήρησης καλύπτονται μόνο όταν παρέχονται με εντολή γιατρού ή άλλου ατόμου εξουσιοδοτημένου από τον νόμο περί πολιτειακών αδειών και τους κανονισμούς του προσωπικού του νοσοκομείου να εισάγουν ασθενείς στο νοσοκομείο ή να δίνουν εντολή για εξετάσεις εξωτερικών ασθενών.</p> <p><b>Σημείωση:</b> Εκτός εάν ο πάροχος έχει δώσει παραπεμπτικό για νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή, είστε εξωτερικός ασθενής και πληρώνετε τα ποσά επιμερισμού δαπάνης για νοσοκομειακές υπηρεσίες χωρίς</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>εισαγωγή. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής. Εάν δεν είστε σίγουροι αν είστε εξωτερικός ασθενής, θα πρέπει να ρωτήσετε το προσωπικό του νοσοκομείου.</p> <p>Περισσότερες πληροφορίες στο ενημερωτικό δελτίο Medicare <i>Νοσοκομειακές παροχές Medicare</i>. Αυτό το ενημερωτικό δελτίο είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στη διεύθυνση <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ή καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048. Μπορείτε να καλέσετε αυτούς τους αριθμούς δωρεάν, 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.</p>	
	<p><b>Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες</b></p> <p>Καλύπτουμε τις ιατρικές απαραίτητες υπηρεσίες που λαμβάνετε στο τμήμα εξωτερικών ιατρειών ενός νοσοκομείου για διάγνωση ή θεραπεία ασθένειας ή τραυματισμού.</p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες σε τμήμα επειγόντων περιστατικών ή εξωτερικά ιατρεία, όπως υπηρεσίες παρατήρησης ή χειρουργική επέμβαση εξωτερικών ασθενών</li> <li>• Εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις που τιμολογούνται από το νοσοκομείο</li> <li>• Περίθαλψη ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας σε πρόγραμμα μερικής νοσηλείας, εάν ένας γιατρός πιστοποιήσει ότι θα απαιτούνταν ενδονοσοκομειακή θεραπεία χωρίς αυτήν</li> <li>• Ακτινογραφίες και άλλες ακτινολογικές υπηρεσίες που τιμολογούνται από το νοσοκομείο</li> <li>• Ιατρικά αναλώσιμα όπως νάρθηκες και γύψοι</li> <li>• Ορισμένα φάρμακα και βιολογικά προϊόντα που δεν μπορείτε να χορηγήσετε στον εαυτό σας</li> </ul> <p><b>Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (συνέχεια)</b></p> <p><b>Σημείωση:</b> Εκτός εάν ο πάροχος έχει δώσει παραπεμπτικό για νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή, είστε εξωτερικός ασθενής και πληρώνετε τα ποσά επιμερισμού δαπάνης για νοσοκομειακές υπηρεσίες χωρίς εισαγωγή. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής. Εάν δεν είστε σίγουροι αν είστε εξωτερικός ασθενής, θα πρέπει να ρωτήσετε το προσωπικό του νοσοκομείου.</p> <p>Μπορείτε επίσης να βρείτε περισσότερες πληροφορίες σε ένα ενημερωτικό δελτίο Medicare που ονομάζεται <i>Είστε εσωτερικός ή εξωτερικός ασθενής νοσοκομείου; Αν έχετε</i></p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p>Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες καλύπτονται από άλλες παροχές σε αυτόν τον πίνακα. Δείτε αυτές και άλλες παροχές όταν παρέχεται φροντίδα σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον:</p> <p>“Επείγουσα περίθαλψη”</p> <p>“Παγκόσμια επείγουσα/έκτακτη κάλυψη”</p> <p>“Εξωνοσοκομειακές διαγνωστικές εξετάσεις και</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p><i>Medicare – Ρωτήστε!</i> Αυτό το ενημερωτικό δελτίο είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στη διεύθυνση <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ή καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048. Μπορείτε να καλέσετε αυτούς τους αριθμούς δωρεάν, 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.</p>	<p>θεραπευτικές υπηρεσίες και προμήθειες”  “Χειρουργείο χωρίς εισαγωγή που παρέχεται σε νοσοκομειακές μονάδες χωρίς εισαγωγή και περιπατητικά χειρουργικά κέντρα”  “Μερική νοσηλεία”  <b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Περίθαλψη ψυχικής υγείας χωρίς εισαγωγή</b>  Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:  Υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από ψυχίατρο ή γιατρό με πολιτειακή άδεια, κλινικό ψυχολόγο, κλινικό κοινωνικό λειτουργό, ειδικό κλινικό νοσηλευτή, εξουσιοδοτημένο επαγγελματικό σύμβουλο (LPC), εξουσιοδοτημένο θεραπευτή γάμου και οικογένειας (LMFT), νοσηλευτή (NP), βοηθό ιατρού (PA) ή άλλο επαγγελματία περίθαλψης ψυχικής υγείας με πιστοποίηση Medicare, όπως επιτρέπεται από τους ισχύοντες πολιτειακούς νόμους.  Η κάλυψη περίθαλψης ψυχικής υγείας χωρίς εισαγωγή Medicare περιλαμβάνει:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλεγχο κατάθλιψης κάθε ημερολογιακό έτος. Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται σε ιατρείο γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή κλινική πρωτοβάθμιας περίθαλψης που μπορεί να παρέχει θεραπεία παρακολούθησης και παραπομπές.</li> <li>• Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία με γιατρούς ή ορισμένους εξουσιοδοτημένους επαγγελματίες που επιτρέπονται από την πολιτεία όπου λαμβάνετε αυτές τις υπηρεσίες.</li> <li>• Οικογενειακή συμβουλευτική, εάν ο κύριος σκοπός είναι να βοηθήσει με τη θεραπεία σας.</li> <li>• Δοκιμές για να μάθετε εάν λαμβάνετε τις υπηρεσίες που χρειάζεστε και εάν η τρέχουσα θεραπεία σας βοηθά.</li> <li>• Ψυχιατρική αξιολόγηση.</li> <li>• Διαχείριση φαρμάκων.</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.  Ανατρέξτε στο “Έλεγχος κατάθλιψης” σε αυτό το γράφημα για τον ετήσιο έλεγχο κατάθλιψης.  Ανατρέξτε στην ενότητα “Μερική νοσηλεία” σε αυτό το διάγραμμα εάν χρειάζεστε αυτή τη θεραπεία εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ψυχικής υγείας που καλύπτεται από το Medicare.  <b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Υπηρεσίες αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή</b>  Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή για αυτή την παροχή.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	Οι υπηρεσίες αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή παρέχονται σε διάφορα εξωτερικά ιατρεία, όπως τμήματα νοσοκομείων χωρίς εισαγωγή, ανεξάρτητα γραφεία θεραπευτών και ολοκληρωμένες εγκαταστάσεις αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή (CORF).	<b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b>
	<p><b>Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες διαταραχών χρήσης ουσιών</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Καλυπτόμενες από το Medicare υπηρεσίες κατάχρησης ουσιών χωρίς εισαγωγή.</li> <li>• Επιπλέον, το Medicaid καλύπτει ατομικές και ομαδικές επισκέψεις θεραπειάς. Ο εγγεγραμμένος πρέπει να είναι σε θέση να παραπέμψει τον εαυτό του για μία αξιολόγηση από έναν πάροχο δικτύου σε μία περίοδο δώδεκα (12) μηνών.</li> </ul> <p>Πρέπει να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο Senior Whole Health Healthcare Behavioral Health.</p> <p>Επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για περισσότερες πληροφορίες.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή για αυτή την παροχή.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Χειρουργείο χωρίς εισαγωγή, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται σε νοσοκομειακές μονάδες χωρίς εισαγωγή και περιπατητικά χειρουργικά κέντρα</b></p> <p><b>Σημείωση:</b> Εάν έχετε χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομειακή μονάδα, θα πρέπει να ελέγξετε με τον πάροχό σας εάν θα είστε εσωτερικός ή εξωτερικός ασθενής. Εκτός εάν ο πάροχος δώσει παραπεμπτικό για την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο, είστε εξωτερικός ασθενής και πληρώνετε τα ποσά επιμερισμού δαπάνης για χειρουργική επέμβαση εξωτερικών ασθενών. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή για αυτή την παροχή.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Μη συνταγογραφούμενα (OTC) είδη (συμπληρωματικά)*</b></p> <p>Λαμβάνετε ένα συνδυαστικό επίδομα των \$285 κάθε μήνα για να το ξοδέψετε σε εγκεκριμένα από το πρόγραμμα OTC είδη, προϊόντα και φάρμακα με την κάρτα Healthy You. Αυτό το μηνιαίο επίδομα μοιράζεται με το επίδομα για τρόφιμα και φρέσκα φρούτα και λαχανικά (SSBCI)*, τη μεταφορά σε εγκεκριμένες από το πρόγραμμα τοποθεσίες, τα ακουστικά βαρηκοΐας OTC, τις μη επείγουσες υπηρεσίες μεταφοράς (SSBCI)* και τις υπηρεσίες κοινής ωφέλειας (SSBCI)*. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αυτό το επίδομα για είδη OTC, τρόφιμα και φρέσκα φρούτα και λαχανικά (SSBCI)*, μεταφορά σε εγκεκριμένες από το πρόγραμμα τοποθεσίες, ακουστικά βαρηκοΐας OTC, μη επείγουσες (συμπληρωματικές) υπηρεσίες μεταφοράς ή για βοήθεια με υπηρεσίες κοινής ωφέλειας (ρεύμα, φυσικό αέριο και νερό). Εάν δεν</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό εάν χρησιμοποιείτε την κάρτα σας Healthy You.</p> <p>Ενδέχεται να είστε υπεύθυνοι για το κόστος εάν υπερβείτε το μέγιστο επιτρεπόμενο όριο.</p> <p>Ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί και εξαιρέσεις.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
<p>χρησιμοποιήσετε όλο το ποσό του μηνιαίου επιδόματός σας, το υπόλοιπο θα λήξει και δεν θα μεταφερθεί στον επόμενο μήνα.</p> <p>Η κάλυψή σας περιλαμβάνει μη συνταγογραφούμενα OTC είδη υγείας και ευεξίας, όπως βιταμίνες, αντηλιακά, αναλγητικά, φάρμακα για τον βήχα και το κρυολόγημα και επιδέσμους.</p> <p>Μπορείτε να παραγγείλετε:</p> <p>Διαδικτυακά – επισκεφθείτε τη διεύθυνση NationsOTC.com/Molina</p> <p>Τηλεφωνικά – 877-208-9243 για να μιλήσετε με έναν Σύμβουλο Εμπειρίας Μελών NationsOTC στο (TTY 711), 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα, 365 ημέρες τον χρόνο.</p> <p>Μέσω ταχυδρομείου – Συμπληρώστε και επιστρέψτε τη φόρμα παραγγελίας στον κατάλογο προϊόντων.</p> <p><b>Μη συνταγογραφούμενα (OTC) είδη (συμπληρωματικά)* (συνέχεια)</b></p> <p>Μέσω των συμμετεχόντων σημείων λιανικής πώλησης.</p> <p>Ανατρέξτε στον κατάλογο OTC προϊόντων σας για το 2026 για μια πλήρη λίστα των εγκεκριμένων από το πρόγραμμα OTC ειδών ή καλέστε ένα άτομο υποστήριξης OTC για περισσότερες πληροφορίες. Θα βρείτε σημαντικές πληροφορίες (οδηγίες παραγγελίας) στον κατάλογο OTC προϊόντων 2026.</p> <p>Για περισσότερες πληροφορίες, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.</p> <p><b>*Απαιτήσεις επιλεξιμότητας για χρόνια πάθηση</b></p>	
<p><b>Υπηρεσίες μερικής νοσηλείας και εντατικά εξωτερικά ιατρεία</b></p> <p>Η <i>μερική νοσηλεία</i> είναι ένα δομημένο πρόγραμμα ενεργητικής ψυχιατρικής θεραπείας που παρέχεται ως υπηρεσία χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο ή από ένα κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, που είναι πιο έντονη από τη φροντίδα που λαμβάνετε στο ιατρείο του γιατρού σας, του θεραπευτή σας, του αδειοδοτημένου συμβούλου γάμου και οικογένειας (LMFT) ή του αδειοδοτημένου επαγγελματία συμβούλου, και αποτελεί εναλλακτική λύση στη νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή.</p> <p>Η <i>εντατική υπηρεσία εξωτερικών ασθενών</i> είναι ένα δομημένο πρόγραμμα ενεργητικής θεραπείας συμπεριφορικής (ψυχικής) υγείας που παρέχεται σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, σε κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, σε ομοσπονδιακό κέντρο υγείας ή σε αγροτική κλινική υγείας που είναι πιο εντατική από τη φροντίδα που λαμβάνετε στο ιατρείο του γιατρού σας, του θεραπευτή σας, του αδειοδοτημένου συμβούλου γάμου και</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για υπηρεσίες μερικής νοσηλείας που καλύπτονται από το Medicare.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	οικογένειας (LMFT) ή του αδειοδοτημένου επαγγελματία συμβούλου, αλλά λιγότερο έντονη από τη μερική νοσηλεία.	
	<p><b>Υπηρεσίες ιατρού/παρόχου υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων στο ιατρείο</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ιατρικά απαραίτητα ιατρική φροντίδα ή χειρουργικές υπηρεσίες που παρέχονται σε ένα ιατρείο, πιστοποιημένο περιπατητικό χειρουργικό κέντρο, τμήμα εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείου ή οποιαδήποτε άλλη τοποθεσία. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</li> <li>• Συμβουλευτική, διάγνωση και θεραπεία από ειδικό</li> <li>• Βασικές εξετάσεις ακοής και ισορροπίας που εκτελούνται από τον PCP σας, εάν ο γιατρός σας τις ζητήσει για να δείτε εάν χρειάζεστε ιατρική θεραπεία</li> <li>• Ορισμένες υπηρεσίες τηλεϊατρικής, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Έχετε την επιλογή να λάβετε αυτές τις υπηρεσίες μέσω προσωπικής επίσκεψης ή μέσω τηλεθεραπείας. Εάν επιλέξετε να λάβετε μία από αυτές τις υπηρεσίες μέσω τηλεϊατρικής, πρέπει να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο δικτύου που προσφέρει την υπηρεσία μέσω τηλεϊατρικής. Εάν επιλέξετε να λάβετε μία από αυτές τις υπηρεσίες μέσω τηλεϊατρικής, πρέπει να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο δικτύου που προσφέρει την υπηρεσία μέσω τηλεϊατρικής. Για να εντοπίσετε έναν πάροχο δικτύου, επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στο <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Υπηρεσίες ιατρού/παρόχου υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων στο ιατρείο (συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Οι επισκέψεις τηλεϊατρικής είναι ιατρικές επισκέψεις που σας παραδίδονται εκτός ιατρικών εγκαταστάσεων από παρόχους ψηφιακών υπηρεσιών που χρησιμοποιούν διαδικτυακή τεχνολογία και δυνατότητες ζωντανού ήχου/βίντεο.</li> <li>◦ Σημείωση: Δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν όλες οι παθήσεις μέσω επισκέψεων τηλεϊατρικής. Ο γιατρός επίσκεψης τηλεϊατρικής θα προσδιορίσει εάν πρέπει να δείτε έναν γιατρό για θεραπεία δια ζώσης.</li> <li>• Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για μηνιαίες επισκέψεις που σχετίζονται με νεφρική νόσο τελικού σταδίου για μέλη που κάνουν αιμοκάθαρση κατ' οίκον σε νοσοκομειακό ή κρίσιμης πρόσβασης νοσοκομειακό κέντρο αιμοκάθαρσης, μονάδα αιμοκάθαρσης ή στην οικία του μέλους. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</li> </ul>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για τη διάγνωση, την αξιολόγηση ή τη θεραπεία συμπτωμάτων εγκεφαλικού επεισοδίου, ανεξάρτητα από την τοποθεσία σας. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</li> <li>• Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για μέλη με διαταραχή χρήσης ουσιών ή συνυπάρχουσα διαταραχή ψυχικής υγείας, ανεξάρτητα από την τοποθεσία τους. Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</li> <li>• Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπεία διαταραχών ψυχικής υγείας εάν: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Έχετε προσωπική επίσκεψη εντός 6 μηνών πριν από την πρώτη σας επίσκεψη τηλεϊατρικής</li> <li>◦ Έχετε μια προσωπική επίσκεψη κάθε 12 μήνες ενώ λαμβάνετε αυτές τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής</li> <li>◦ Εξαιρέσεις μπορούν να γίνουν στα παραπάνω για ορισμένες περιπτώσεις</li> </ul> </li> <li>• Υπηρεσίες τηλεϊατρικής για επισκέψεις ψυχικής υγείας που παρέχονται από αγροτικές κλινικές υγείας και ομοσπονδιακά ειδικευμένα κέντρα υγείας</li> <li>• Σύντομος έλεγχος υγείας μέσω ψηφιακής πλατφόρμας (για παράδειγμα, μέσω τηλεφώνου ή συνομιλίας μέσω βίντεο) με τον γιατρό σας για 5-10 λεπτά <b>εάν:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Δεν είστε νέος ασθενής <b>και</b></li> <li>◦ Ο σύντομος έλεγχος υγείας δεν σχετίζεται με επίσκεψη στο γραφείο τις τελευταίες 7 ημέρες <b>και</b></li> <li>◦ Ο σύντομος έλεγχος υγείας δεν οδηγεί σε επίσκεψη στο ιατρείο εντός 24 ωρών ή το συντομότερο διαθέσιμο ραντεβού</li> </ul> </li> <li>• Αξιολόγηση βίντεο ή/και εικόνων που στέλνεται στον γιατρό σας και ερμηνεία και παρακολούθηση από τον γιατρό σας εντός 24 ωρών <b>εάν:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Δεν είστε νέος ασθενής <b>και</b></li> <li>◦ Η αξιολόγηση δεν σχετίζεται με επίσκεψη στο γραφείο τις τελευταίες 7 ημέρες <b>και</b></li> <li>◦ Η αξιολόγηση δεν οδηγεί σε επίσκεψη στο γραφείο εντός 24 ωρών ή το συντομότερο διαθέσιμο ραντεβού</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Υπηρεσίες ιατρού/παρόχου υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων στο ιατρείο (συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαβούλευση που έχει ο γιατρός σας με άλλους γιατρούς μέσω τηλεφώνου, διαδικτύου ή ηλεκτρονικού φακέλου υγείας</li> <li>• Δεύτερη γνώμη από άλλο πάροχο δικτύου πριν από τη χειρουργική επέμβαση</li> </ul>	



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μη συνήθης οδοντιατρική περίθαλψη (οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιορίζονται σε χειρουργική επέμβαση της γνάθου ή συναφών δομών, ρύθμιση καταγμάτων της γνάθου ή των οστών του προσώπου, εξαγωγή δοντιών για την προετοιμασία της γνάθου για ακτινοθεραπείες νεοπλασματικής νόσου καρκίνου ή υπηρεσίες που θα καλύπτονταν όταν παρέχονταν από γιατρό). Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</li> <li>Υπηρεσίες παρακολούθησης στο γραφείο ενός γιατρού ή σε νοσοκομειακό περιβάλλον χωρίς εισαγωγή εάν παίρνετε αντιπηκτικά φάρμακα, όπως Coumadin, Heparin ή Warfarin.</li> </ul>	
	<p><b>Υπηρεσίες ποδιατρικής (καλύπτονται από το Medicare)</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Διάγνωση και ιατρική ή χειρουργική θεραπεία τραυματισμών και ασθενειών των ποδιών (όπως σφυροδάχτυλα ή άκανθα φτέρνας)</li> <li>Περίθαλψη ρουτίνας για τα πόδια για μέλη με ορισμένες παθήσεις που προσβάλλουν τα κάτω άκρα.</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για αυτή την παροχή.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Προφύλαξη πριν από την έκθεση (PrEP) για την πρόληψη του HIV</b></p> <p>Εάν δεν έχετε HIV, αλλά ο γιατρός σας ή άλλος επαγγελματίας υγείας διαπιστώσει ότι διατρέχετε αυξημένο κίνδυνο για HIV, καλύπτουμε τα φάρμακα προφύλαξης πριν από την έκθεση (PrEP) και τις σχετικές υπηρεσίες.</p> <p>Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Εγκεκριμένα από τον FDA από του στόματος ή ενέσιμα φάρμακα PrEP. Εάν λαμβάνετε ενέσιμο φάρμακο, καλύπτουμε επίσης το τέλος για την έγχυση του φαρμάκου.</li> <li>Έως και 8 μεμονωμένες συμβουλευτικές συνεδρίες (συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης του κινδύνου για HIV, της μείωσης του κινδύνου για HIV και της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής) κάθε 12 μήνες.</li> <li>Έως και 8 προσυμπτωματικοί έλεγχοι για HIV κάθε 12 μήνες.</li> </ul> <p>Άπαξ έλεγχος για ιό της ηπατίτιδας Β.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για την παροχή PrEP.</p>
	<p><b>Εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του προστάτη</b></p> <p>Για άνδρες ηλικίας 50 ετών και άνω, οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα μία φορά κάθε 12 μήνες:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Δακτυλική εξέταση προστάτη</li> <li>Εξέταση Ειδικού Προστατικού Αντιγόνου (PSA)</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για ετήσια εξέταση PSA.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p><b>Προσθετικές και ορθωτικές συσκευές και συναφή αναλώσιμα</b></p> <p>Τεχνολογικά προϊόντα (εκτός από οδοντιατρικά) που αντικαθιστούν ολόκληρο ή μέρος ενός μέρους του σώματος ή μιας λειτουργίας. Αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη δοκιμή, την τοποθέτηση ή την εκπαίδευση στη χρήση προσθετικών και ορθωτικών διατάξεων, καθώς και σάκους κολοστομίας και προμήθειες που σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα κολοστομίας, βηματοδότες, τιράντες, προσθετικά παπούτσια, τεχνητά άκρα και προσθετικά στήθους (συμπεριλαμβανομένου ενός χειρουργικού στηθόδεσμου μετά από μαστεκτομή). Περιλαμβάνονται ορισμένες προμήθειες που σχετίζονται με προσθετικές συσκευές και επισκευή ή/και αντικατάσταση προσθετικών και ορθωτικών συσκευών. Περιλαμβάνει επίσης κάποια κάλυψη μετά από αφαίρεση καταρράκτη ή χειρουργική επέμβαση καταρράκτη – βλ. <i>Φροντίδα όρασης</i> παρακάτω σε αυτήν την ενότητα για περισσότερες λεπτομέρειες.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Υπηρεσίες πνευμονικής αποκατάστασης</b></p> <p>Καλύπτονται ολοκληρωμένα προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης για μέλη που έχουν μέτρια έως πολύ σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (COPD) και εντολή πνευμονικής αποκατάστασης από τον ιατρό που θεραπεύει το χρόνιο αναπνευστικό νόσημα.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για αυτή την παροχή.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Έλεγχος και συμβουλευτική για τη μείωση της κατάχρησης αλκοόλ</b></p> <p>Καλύπτουμε έναν έλεγχο κατάχρησης αλκοόλ για ενήλικες με Medicare (συμπεριλαμβανομένων των εγκύων) που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ αλλά δεν εξαρτώνται από το αλκοόλ.</p> <p>Εάν είστε θετικοί για κατάχρηση αλκοόλ, μπορείτε να λάβετε έως και 4 σύντομες συνεδρίες συμβουλευτικής δια ζώσης ετησίως (εάν είστε ικανοί και σε εγρήγορση κατά τη διάρκεια της παροχής συμβουλών) που παρέχονται από ειδικευμένο γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή επαγγελματία σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τον έλεγχο και την παροχή συμβουλών που καλύπτονται από το Medicare για τη μείωση της προληπτικής παροχής κατάχρησης αλκοόλ.</p>
	<p><b>Έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα με υπολογιστική τομογραφία χαμηλής δόσης (LDCT)</b></p> <p>Για τα άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις, καλύπτεται μια LDCT κάθε 12 μήνες.</p> <p><b>Τα επιλέξιμα μέλη είναι</b> άτομα ηλικίας 50 – 77 ετών που δεν έχουν σημεία ή συμπτώματα καρκίνου του πνεύμονα, αλλά έχουν ιστορικό καπνίσματος τουλάχιστον 20 πακέτων/έτη και που καπνίζουν ή έχουν διακόψει το κάπνισμα τα τελευταία 15 χρόνια, τα οποία λαμβάνουν γραπτή εντολή για LDCT κατά τη διάρκεια συμβουλευτικής προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του πνεύμονα και κοινή επίσκεψη λήψης αποφάσεων που πληροί τα κριτήρια Medicare για</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για την παροχή συμβουλών που καλύπτονται από το Medicare και την κοινή επίσκεψη λήψης αποφάσεων ή για το LDCT.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>τέτοιες επισκέψεις και παρέχεται από γιατρό ή ειδικευμένο πάροχο μη ιατρό.</p> <p><b>Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα με υπολογιστική τομογραφία χαμηλής δόσης (LDCT) (Συνέχεια)</b></p> <p><i>Για προσυμπτωματικούς ελέγχους για καρκίνο του πνεύμονα LDCT μετά τον αρχικό έλεγχο LDCT: το μέλος πρέπει να λάβει γραπτή εντολή για προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του πνεύμονα LDCT, η οποία μπορεί να παρασχεθεί κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε κατάλληλης επίσκεψης με ιατρό ή ειδικευμένο μη ιατρό. Εάν ένας ιατρός ή ειδικευμένος μη ιατρός επιλέξει να παρέχει συμβουλευτική προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του πνεύμονα και κοινή επίσκεψη λήψης αποφάσεων για επακόλουθους προσυμπτωματικούς ελέγχους για καρκίνο του πνεύμονα με LDCT, η επίσκεψη πρέπει να πληροί τα κριτήρια του Medicare για τέτοιες επισκέψεις.</i></p>	
	<p><b>Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C</b></p> <p>Καλύπτουμε έναν προσυμπτωματικό έλεγχο ηπατίτιδας C εάν ο γιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψής σας ή άλλος εξειδικευμένος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης ζητήσει τη διενέργεια τέτοιου ελέγχου και πληροίτε μία από αυτές τις προϋποθέσεις:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανήκετε σε κατηγορία υψηλού κινδύνου επειδή χρησιμοποιείτε ή έχετε χρησιμοποιήσει παράνομα εγχεόμενα ναρκωτικά.</li> <li>• Κάνατε μετάγγιση αίματος πριν από το 1992.</li> <li>• Γεννηθήκατε μεταξύ 1945-1965.</li> </ul> <p>Εάν γεννηθήκατε μεταξύ 1945-1965 και δεν θεωρήσετε υψηλού κινδύνου, πληρώνουμε για έναν άπαξ προσυμπτωματικό έλεγχο. Εάν διατρέχετε υψηλό κίνδυνο (για παράδειγμα, συνεχίσατε να χρησιμοποιείτε παράνομα ενέσιμα φάρμακα από την προηγούμενη αρνητική εξέταση ηπατίτιδας C), καλύπτουμε τους ετήσιους προσυμπτωματικούς ελέγχους σας.</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τον καλυπτόμενο από το Medicare έλεγχο για ιό ηπατίτιδας C.
	<p><b>Έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (STI) και συμβουλευτική για την πρόληψη των STI</b></p> <p>Καλύπτουμε τις εξετάσεις σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (STI) για χλαμύδια, γονόρροια, σύφιλη και ηπατίτιδα B. Αυτές οι εξετάσεις καλύπτονται για έγκυες γυναίκες και για ορισμένα άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για STI όταν οι εξετάσεις παραγγέλλονται από πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Καλύπτουμε αυτές τις εξετάσεις μία φορά κάθε 12 μήνες ή σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τον καλυπτόμενο από το Medicare έλεγχο για STI και συμβουλευτική για παροχή προληπτικών ελέγχων STI.


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
<p>Καλύπτουμε επίσης έως και 2 ατομικές συνεδρίες συμβουλευτικής υψηλής έντασης διάρκειας 20 έως 30 λεπτών κάθε χρόνο για σεξουαλικά ενεργούς ενήλικες με αυξημένο κίνδυνο για STI. Θα καλύψουμε αυτές τις συμβουλευτικές συνεδρίες ως προληπτική υπηρεσία μόνο εάν παρέχονται από πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πραγματοποιούνται σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως ιατρείο.</p>	
<p><b>Υπηρεσίες για τη θεραπεία νεφρικής νόσου</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες εκπαίδευσης για νεφρική νόσο για να διδάξουν τη φροντίδα των νεφρών και να βοηθήσουν τα μέλη να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους. Για τα μέλη με χρόνια νεφρική νόσο σταδίου IV όταν παραπέμπονται από τον γιατρό τους, καλύπτουμε έως και 6 συνεδρίες υπηρεσιών εκπαίδευσης νεφρικής νόσου εφ' όρου ζωής</li> <li>• Θεραπείες αιμοκάθαρσης χωρίς εισαγωγή (συμπεριλαμβανομένων των θεραπειών αιμοκάθαρσης όταν βρίσκονται προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης, όπως εξηγείται στο Κεφάλαιο 3, ή όταν ο πάροχός σας για αυτήν την υπηρεσία είναι προσωρινά μη διαθέσιμος ή δεν είναι προσβάσιμος)</li> <li>• Θεραπείες αιμοκάθαρσης με εισαγωγή (εάν εισαχθείτε ως εσωτερικός ασθενής σε νοσοκομείο για ειδική φροντίδα)</li> <li>• Εκπαίδευση αιμοκάθαρσης κατ' οίκον (περιλαμβάνει εκπαίδευση για εσάς και οποιονδήποτε σας βοηθά με τις θεραπείες αιμοκάθαρσης στο σπίτι σας)</li> <li>• Εξοπλισμός και προμήθειες αιμοκάθαρσης κατ' οίκον</li> <li>• Ορισμένες υπηρεσίες υποστήριξης κατ' οίκον (όπως, όταν είναι απαραίτητο, επισκέψεις από εκπαιδευμένους εργαζόμενους αιμοκάθαρσης για να ελέγξουν την αιμοκάθαρση κατ' οίκον, να βοηθήσουν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και να ελέγξουν τον εξοπλισμό αιμοκάθαρσης και την παροχή νερού)</li> </ul> <p>Ορισμένα φάρμακα για αιμοκάθαρση καλύπτονται από το Medicare Part B. Για πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων του Μέρους Β, ανατρέξτε στα <b>Φάρμακα Medicare Part B</b> σε αυτόν τον πίνακα.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p> <p><b>Ενδονοσοκομειακές Θεραπείες αιμοκάθαρσης</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανατρέξτε στην ενότητα “Νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή” σε αυτόν τον πίνακα.</li> </ul> <p><b>Εξοπλισμός και προμήθειες αιμοκάθαρσης κατ' οίκον</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανατρέξτε στην ενότητα “Ιατρικός εξοπλισμός διαρκείας και συναφείς προμήθειες” σε αυτόν τον πίνακα.</li> </ul> <p><b>Υπηρεσίες οικιακής υποστήριξης</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανατρέξτε στην ενότητα “Υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι” σε αυτόν τον πίνακα.</li> </ul> <p><b>Φάρμακα αιμοκάθαρσης Medicare Part B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανατρέξτε στην ενότητα “Συνταγογραφούμενα φάρμακα Medicare Part B” σε αυτόν τον πίνακα.</li> </ul>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

Καλυπτόμενη υπηρεσία	Τι πληρώνετε
<p><b>Εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> (Για τον ορισμό της φροντίδας σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα, βλ. Κεφάλαιο 12. Οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες ονομάζονται μερικές φορές SNF.)</p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ημι-ιδιωτικό δωμάτιο (ή ιδιωτικό δωμάτιο εάν είναι ιατρικά απαραίτητο)</li> <li>• Γεύματα, συμπεριλαμβανομένων ειδικών διαιτολογίων</li> <li>• Εξειδικευμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες</li> <li>• Φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία</li> <li>• Φάρμακα που σας χορηγούνται ως μέρος του προγράμματος φροντίδας σας (Αυτό περιλαμβάνει ουσίες που υπάρχουν φυσικά στο σώμα, όπως παράγοντες πήξης του αίματος.)</li> </ul> <p><b>Εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα (Skilled Nursing Facility, SNF) (συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αίμα - συμπεριλαμβανομένης της αποθήκευσης και της χορήγησης. Η κάλυψη του ολικού αίματος και των συσκευασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων αρχίζει μόνο με την τέταρτη πίντα αίματος που χρειάζεστε - πρέπει είτε να πληρώσετε το κόστος για τις 3 πρώτες πίντες αίματος που λαμβάνετε σε ένα ημερολογιακό έτος είτε να κάνετε αιμοδοσία εσείς προσωπικά ή κάποιος άλλος για εσάς. Όλα τα άλλα συστατικά του αίματος καλύπτονται ξεκινώντας από την πρώτη πίντα που χρησιμοποιείται.</li> <li>• Ιατρικά και χειρουργικά εφόδια που παρέχονται συνήθως από SNF</li> <li>• Εργαστηριακές εξετάσεις που παρέχονται συνήθως από SNF</li> <li>• Ακτινογραφίες και άλλες ακτινολογικές υπηρεσίες που παρέχονται συνήθως από SNF</li> <li>• Χρήση συσκευών όπως αναπηρικά αμαξίδια που παρέχονται συνήθως από SNF</li> <li>• Υπηρεσίες ιατρού/παρόχου</li> </ul> <p>Γενικά, λαμβάνετε φροντίδα SNF από τις εγκαταστάσεις δικτύου. Υπό ορισμένες προϋποθέσεις που αναφέρονται παρακάτω, ενδέχεται να μπορείτε να πληρώσετε επιμερισμό δαπάνης εντός δικτύου για μια μονάδα που δεν είναι πάροχος δικτύου, εάν η μονάδα δέχεται τα ποσά του προγράμματός μας για πληρωμή.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ένα γηροκομείο ή μια κοινότητα συνταξιοδότησης συνεχούς φροντίδας όπου ζούσατε ακριβώς πριν πάτε στο νοσοκομείο (εφόσον παρέχει φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα)</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για αυτή την παροχή.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p> <p>Εκτός από περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ο γιατρός σας πρέπει να ενημερώσει το πρόγραμμα ότι πρόκειται να εισαχθείτε σε SNF. Δεν απαιτείται προηγούμενη νοσηλεία σε νοσοκομείο.</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SNF όπου ζει ο/η σύζυγος ή ο/η σύντροφός σας τη στιγμή που φεύγετε από το νοσοκομείο</li> </ul>	
	<p><b>Διακοπή καπνίσματος και χρήσης καπνού (συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος ή χρήσης καπνού)</b></p> <p>Η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος και της χρήσης καπνού καλύπτεται για εξωτερικούς και νοσηλευόμενους ασθενείς που πληρούν αυτά τα κριτήρια:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χρησιμοποιούν προϊόντα καπνού, ανεξάρτητα από το αν παρουσιάζουν σημεία ή συμπτώματα ασθένειας που σχετίζεται με τον καπνό</li> <li>• Είναι ικανοί και σε εγρήγορση κατά τη διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών συμβουλευτικής</li> <li>• Ένας ειδικευμένος γιατρός ή άλλος αναγνωρισμένος ιατρός της Medicare παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής</li> </ul> <p>Καλύπτουμε 2 προσπάθειες διακοπής ανά έτος (κάθε προσπάθεια μπορεί να περιλαμβάνει έως και 4 ενδιάμεσες ή εντατικές συνεδρίες, με τον ασθενή να λαμβάνει έως και 8 συνεδρίες ανά έτος.)</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για τις προληπτικές παροχές διακοπής καπνίσματος και χρήσης καπνού που καλύπτονται από το Medicare.
	<p><b>Υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος και χρήσης καπνού (συμπληρωματικές)*</b></p> <p>Εάν θέλετε να σταματήσετε το κάπνισμα, θα πρέπει να μιλήσετε με τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή να καλέσετε το Τμήμα Αγωγής Υγείας.</p> <p>Εκτός από την κάλυψη που προσφέρεται στο πλαίσιο της παροχής διακοπής καπνίσματος και χρήσης καπνού που καλύπτεται από το Medicare, το πρόγραμμα καλύπτει 8 πρόσθετες συμβουλευτικές</p> <p><b>Υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος και χρήσης καπνού (Συμπληρωματικές)* (συνέχεια)</b></p> <p>υπηρεσίες κάθε ημερολογιακό έτος για να σας βοηθήσουν να σταματήσετε το κάπνισμα ή τη χρήση προϊόντων καπνού.</p> <p>Πρέπει να εξαντλήσετε την παροχή διακοπής της χρήσης καπνού που καλύπτεται από το Medicare προτού το πρόγραμμα πληρώσει για κάλυψη βάσει αυτής της παροχής.</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.
	<p><b>Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες</b></p> <p><b>Εάν διαγνωστείτε με οποιαδήποτε από την(τις) ακόλουθη(-ες) χρόνια(-ες) πάθηση(-εις) που προσδιορίζεται(-οντα) παρακάτω και πληροίτε ορισμένα κριτήρια, ενδέχεται να δικαιούστε</b> ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες.</p>	Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή εάν χρησιμοποιείτε την κάρτα σας Healthy You.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυτοάνοσες διαταραχές,</li> <li>• Καρδιαγγειακές διαταραχές</li> <li>• Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια</li> <li>• Άνοια</li> <li>• Σακχαρώδης διαβήτης</li> <li>• Χρόνιες πνευμονικές διαταραχές</li> <li>• Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (CKD)</li> <li>• Χρόνια διαταραχή χρήσης αλκοόλ και διαταραχή χρήσης άλλων ουσιών (SUD)</li> <li>• Καρκίνος</li> <li>• Υπερβολικό βάρος, παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο</li> <li>• Χρόνια γαστρεντερική νόσος</li> <li>• Σοβαρές αιματολογικές διαταραχές</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Χρόνιες και αναπηρικές ψυχικές νόσοι</li> <li>• Νευρολογικές παθήσεις</li> <li>• Εγκεφαλικό</li> <li>• Μετά από μεταμόσχευση οργάνου</li> <li>• Ανοσοανεπάρκειες και ανοσοκατασταλτικές διαταραχές</li> <li>• Παθήσεις που σχετίζονται με τη γνωστική εξασθένηση</li> <li>• Παθήσεις με λειτουργικές προκλήσεις</li> <li>• Χρόνιες παθήσεις που βλάπτουν την όραση, την ακοή (κώφωση), τη γεύση, την αφή και την όσφρηση</li> <li>• Παθήσεις που απαιτούν συνεχείς υπηρεσίες θεραπείας προκειμένου τα άτομα να διατηρούν και να διαφυλάσσουν τη λειτουργικότητά τους</li> </ul> <p>Θα σας βοηθήσουμε με την πρόσβαση σε αυτές τις παροχές. Μπορείτε να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή τον Συντονιστή Περίθαλψής σας για να ξεκινήσετε το αίτημά σας ή να λάβετε πρόσθετες πληροφορίες.</p> <p><b>Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες (συνέχεια)</b></p> <p>Σημείωση: Διεκδικώντας αυτήν την παροχή, εξουσιοδοτείτε τους εκπροσώπους του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) να επικοινωνήσουν μαζί σας μέσω τηλεφώνου, ταχυδρομείου ή οποιωνδήποτε άλλων μεθόδων επικοινωνίας, όπως περιγράφεται ρητά στην αίτησή σας.</p> <p>Μετά την έγκριση, η προπληρωμένη κάρτα Healthy You θα φορτώνεται αυτόματα με ένα συνδυαστικό επίδομα έως και \$285 κάθε μήνα για</p>	<p>Ίσως απαιτείται συμμετοχή σε πρόγραμμα διαχείρισης φροντίδας. Τα μέλη πρέπει επίσης να ζητήσουν από τον ιατρό να υπογράψει για εξέταση λόγω έλλειψης ιστορικών ιατρικών πληροφοριών.</p> <p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
<p>χρήση στις παροχές SSBCI. Τυχόν αχρησιμοποίητα κεφάλαια στο τέλος κάθε μήνα δεν μεταφέρονται στον επόμενο μήνα.</p> <p><b>Τρόφιμα και φρέσκα φρούτα και λαχανικά*</b></p> <p>Οι δικαιούχοι με χρόνια πάθηση που αναφέρονται παραπάνω είναι επίσης επιλέξιμοι για την παροχή τροφίμων και φρέσκων φρούτων/λαχανικών μέσω της παροχής της κάρτας Healthy You. Η κάρτα Healthy You θα φορτώνεται αυτόματα με μέγιστο ποσό \$285 ανά μήνα σε συνδυασμό με μη συνταγογραφούμενα (OTC) είδη, ακουστικά βαρηκοΐας OTC, μεταφορά προς εγκεκριμένες από το πρόγραμμα τοποθεσίες υγείας, μεταφορά για μη ιατρικές ανάγκες και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας* (ρεύμα και φυσικό αέριο, νερό).</p> <p>Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το επίδομα στην κάρτα Healthy You για μια ποικιλία επώνυμων και γενόσημων προϊόντων υγιεινής διατροφής στο κοντινό τοπικό κατάστημα που συμμετέχει ή online με παράδοση στο σπίτι χωρίς επιπλέον κόστος στη διεύθυνση <a href="http://SWHMA.com">SWHMA.com</a>.</p> <p>Τυχόν αχρησιμοποίητα κεφάλαια στο τέλος κάθε μήνα δεν μεταφέρονται στον επόμενο μήνα.</p> <p><b>Μεταφορά για μη ιατρικές ανάγκες</b></p> <p>Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την κάρτα Healthy You για να πληρώσετε τις διαδρομές για μη ιατρικές ανάγκες σε εγκεκριμένες τοποθεσίες, όπως γυμναστήρια, κοινωνικά παντοπωλεία, παντοπωλεία, φαρμακεία για την αγορά OTC προμηθειών, θρησκευτικές υπηρεσίες και κέντρα ηλικιωμένων. Για περισσότερες πληροφορίες, μεταβείτε στην ενότητα της προπληρωμένης χρεωστικής κάρτας Healthy You.</p> <p><b>Υπηρεσίες κοινής ωφέλειας*</b></p> <p>Τα μέλη πρέπει να προβούν σε αξιολόγηση για να καθοριστεί κατά πόσον είναι επιλέξιμα για την παροχή για βοήθεια με τις Υπηρεσίες Κοινής Ωφέλειας (ρεύμα, φυσικό αέριο και νερό).</p> <p>Η κάρτα Healthy You θα φορτώνεται αυτόματα με μέγιστο ποσό \$285 ανά μήνα σε συνδυασμό με μη συνταγογραφούμενα (OTC) είδη, ακουστικά βαρηκοΐας OTC, τρόφιμα και φρέσκα φρούτα και λαχανικά*, μεταφορά προς εγκεκριμένες από το πρόγραμμα τοποθεσίες υγείας και μεταφορά για μη ιατρικές ανάγκες.</p> <p>*Απαιτήσεις επιλεξιμότητας για χρόνιες παθήσεις</p>	
<p><b>Θεραπεία με επιτηρούμενη άσκηση (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>Το SET καλύπτεται για μέλη που έχουν συμπτωματική περιφερική αρτηριακή νόσο (PAD).</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για τα μέλη που δικαιούνται αυτήν την παροχή.</p>


**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>Καλύπτονται έως και 36 συνεδρίες σε περίοδο 12 εβδομάδων, εφόσον πληρούνται οι απαιτήσεις του προγράμματος SET.</p> <p>Το πρόγραμμα SET πρέπει να:</p> <p><b>Εποπτευόμενη θεραπεία άσκησης (SET) (συνέχεια)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Αποτελείται από συνεδρίες διάρκειας 30-60 λεπτών, που περιλαμβάνουν θεραπευτικό πρόγραμμα άσκησης-εκπαίδευσης για PAD σε ασθενείς με χωλότητα</li> <li>Να διεξάγεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον εξωτερικών ασθενών ή σε ιατρείο γιατρού</li> <li>Να παρέχεται από εξειδικευμένο βοηθητικό προσωπικό που είναι απαραίτητο για να διασφαλιστεί ότι οι παροχές υπερβαίνουν τις βλάβες και το οποίο είναι εκπαιδευμένο στη θεραπεία άσκησης για PAD</li> <li>Να είστε υπό την άμεση επίβλεψη ιατρού, βοηθού γιατρού ή εξειδικευμένου νοσηλευτή/κλινικού νοσηλευτή που πρέπει να εκπαιδευτεί τόσο σε βασικές όσο και σε προηγμένες τεχνικές υποστήριξης της ζωής</li> </ul> <p><b>Το SET μπορεί να καλυφθεί πέραν των 36 συνεδριών σε διάστημα 12 εβδομάδων για επιπλέον 36 συνεδρίες για μεγάλο χρονικό διάστημα, εάν κριθεί ιατρικά απαραίτητο από έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.</b></p>	<p><b>Ενδέχεται να απαιτείται προέγκριση.</b></p>
	<p><b>Μεταφορές μη έκτακτης ανάγκης (συμπληρωματικές)</b></p> <p>Έχετε ένα συνδυασμένο επίδομα των \$285 κάθε μήνα για να το ξοδέψετε για Μεταφορά προς μια τοποθεσία που σχετίζεται με την υγεία, κατά τη διακριτική σας ευχέρεια, στην κάρτα Healthy You. Αυτό το ποσό δεν αντιστοιχεί σε έναν καθορισμένο αριθμό “διαδρομών”, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αγορά μη επείγουσας μεταφοράς εντός του ορίου παροχών. Το ποσό αυτό συνδυάζεται με το μηνιαίο επίδομα για μη συνταγογραφούμενα (OTC) είδη, ακουστικά βαρηκοΐας OTC, τρόφιμα και φρέσκα φρούτα και λαχανικά*, μεταφορά προς εγκεκριμένες από το πρόγραμμα τοποθεσίες υγείας και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας. Εάν δεν χρησιμοποιήσετε όλο το ποσό των μηνιαίων παροχών σας, το υπόλοιπο θα λήξει και δεν θα μεταφερθεί στον επόμενο μήνα.</p> <p>Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την προ-εγκατεστημένη κάρτα Healthy You για να αγοράσετε διαδρομές σε εφαρμογές διαμοιρασμού διαδρομής, σε υπηρεσίες ταξί ή προς άλλες μορφές μη επείγουσας μεταφοράς, όπως κάρτες λεωφορείων, σιδηροδρομικές κάρτες ή άλλες μορφές δημόσιας συγκοινωνίας. Τα μέλη ενθαρρύνονται να μεγιστοποιήσουν τον αριθμό των διαθέσιμων διαδρομών μέσω αυτού του επιδόματος. Για προορισμούς που ζητούνται συχνά, όπως κέντρα αιμοκάθαρσης ή εγκαταστάσεις φυσικοθεραπείας, επικοινωνήστε</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για αυτές τις υπηρεσίες εάν χρησιμοποιείτε την κάρτα Healthy You.</p> <p>Ενδέχεται να είστε υπεύθυνοι για το κόστος εάν υπερβείτε το μέγιστο επιτρεπόμενο όριο.</p> <p>Ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί και εξαιρέσεις. Εάν χρειάζεστε επείγουσα περίθαλψη, καλέστε το 911 και ζητήστε ασθενοφόρο.</p> <p>Ανατρέξτε στην ενότητα “Υπηρεσίες ασθενοφόρου” σε αυτόν τον πίνακα για να μάθετε περισσότερα</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>απευθείας με την εγκατάσταση παροχής για να δείτε αν είναι διαθέσιμες πιο οικονομικές μεταφορές πριν από τον προγραμματισμό μέσω μιας υπηρεσίας μεταφοράς με μεταφορικό μέσο ή λιανικής.</p> <p><b>*Απαιτήσεις επιλεξιμότητας για χρόνιες παθήσεις</b></p>	<p>σχετικά με τη μεταφορά έκτακτης ανάγκης.</p>
	<p><b>Επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες</b></p> <p>Μια καλυπτόμενη υπηρεσία που απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα, αλλά δεν αποτελεί επείγουσα ανάγκη, είναι μια επειγόντως αναγκαία υπηρεσία εάν είτε βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματός μας ή, ακόμα και αν είστε εντός της περιοχής εξυπηρέτησης, είναι παράλογο, δεδομένου του χρόνου, του τόπου και των περιστάσεων, να λάβετε αυτήν την υπηρεσία από παρόχους δικτύου. Το πρόγραμμά σας πρέπει να καλύπτει τις επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες και να σας χρεώνει μόνο για τον επιμερισμό δαπάνης εντός του δικτύου. Παραδείγματα επειγόντως αναγκαίων υπηρεσιών είναι απρόβλεπτες ιατρικές ασθένειες και τραυματισμοί ή απροσδόκητες εξάρσεις υφιστάμενων παθήσεων. Οι ιατρικά απαραίτητες επισκέψεις ρουτίνας στον πάροχο (όπως οι ετήσιοι έλεγχοι) δεν θεωρούνται επειγόντως απαραίτητες, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή το δίκτυο του προγράμματος δεν είναι προσωρινά διαθέσιμο.</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτές τις υπηρεσίες.</p>
	<p><b>Φροντίδα όρασης (που καλύπτεται από το Medicare)</b></p> <p>Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Υπηρεσίες ιατρών χωρίς εισαγωγή για τη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών και τραυματισμών του οφθαλμού, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας για την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας. Το Original Medicare δεν καλύπτει εξετάσεις ρουτίνας ματιών (διαθλάσεις ματιών) για γυαλιά / φακούς επαφής.</li> <li>Για άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο γλαυκώματος, θα καλύψουμε έναν έλεγχο γλαυκώματος κάθε χρόνο. Τα άτομα με υψηλό κίνδυνο γλαυκώματος περιλαμβάνουν: άτομα με οικογενειακό ιστορικό γλαυκώματος, άτομα με διαβήτη, Αφροαμερικανούς ηλικίας 50 ετών και άνω και Ισπανόφωνους Αμερικανούς ηλικίας 65 ετών και άνω</li> <li>Για τα άτομα με διαβήτη, ο έλεγχος για διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια καλύπτεται μία φορά τον χρόνο</li> <li>Ένα ζευγάρι γυαλιών οράσεως ή φακών επαφής μετά από κάθε επέμβαση καταρράκτη που περιλαμβάνει εισαγωγή ενδοφθάλμιου φακού. (Εάν έχετε δύο ξεχωριστές επεμβάσεις καταρράκτη, δεν μπορείτε να διατηρήσετε την παροχή μετά την πρώτη χειρουργική επέμβαση και να αγοράσετε δύο γυαλιά μετά τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση.)</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για τα μέλη που δικαιούνται αυτήν την παροχή.</p> <p><b>Μπορεί να απαιτείται προέγκριση για τα γυαλιά.</b></p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p><b>Οφθαλμολογική φροντίδα (συμπληρωματική)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μία οφθαλμολογική εξέταση ρουτίνας κάθε χρόνο</li> <li>• Γυαλιά, έως και \$350 όριο κάθε χρόνο</li> </ul> <p><b>Οι καλυπτόμενες από το Medicaid υπηρεσίες περιλαμβάνουν:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες οπτομετρών, οφθαλμιάτρων και οφθαλμολογικών διανομέων που περιλαμβάνουν γυαλιά, ιατρικά απαραίτητους φακούς επαφής και πολυκαρβονικούς φακούς, τεχνητά μάτια (εργοστασιακά ή κατά παραγγελία), βοηθήματα χαμηλής όρασης και υπηρεσίες χαμηλής όρασης. Η κάλυψη περιλαμβάνει την επισκευή ή αντικατάσταση μερών.</li> </ul> <p><b>Φροντίδα όρασης (που καλύπτεται από το Medicare) (Συνέχεια)</b></p> <p>Εξετάσεις για διάγνωση και θεραπεία ελαττωμάτων όρασης ή/και οφθαλμικών παθήσεων. Οι εξετάσεις για διάθλαση περιορίζονται σε κάθε 2 χρόνια, εκτός εάν είναι ιατρικά απαραίτητο. Πρέπει να χρησιμοποιήσετε έναν πάροχο δικτύου. Δείτε τον Κατάλογο Παρόχων και Φαρμακείων ή καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για μια λίστα.</p>	
	<p><b>Προληπτική επίσκεψη Welcome to Medicare</b></p> <p>Το πρόγραμμα καλύπτει την εφάπαξ προληπτική επίσκεψη <i>Welcome to Medicare</i>. Η επίσκεψη περιλαμβάνει ανασκόπηση της υγείας σας, καθώς και εκπαίδευση και συμβουλευτική σχετικά με τις προληπτικές υπηρεσίες που χρειάζεστε (συμπεριλαμβανομένων ορισμένων εξετάσεων και εμβολίων) και παραπομπές για άλλη φροντίδα, εάν χρειαστεί.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Σημαντικό: Καλύπτουμε την προληπτική επίσκεψη <i>Welcome to Medicare</i> μόνο εντός των πρώτων 12 μηνών που έχετε το Medicare Part B. Όταν κλείσετε το ραντεβού σας, ενημερώστε το ιατρείο του γιατρού σας ότι θέλετε να προγραμματίσετε την προληπτική σας επίσκεψη <i>Welcome to Medicare</i>.</li> </ul>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για την προληπτική επίσκεψη <i>Welcome to Medicare</i>.</p>
	<p><b>Παγκόσμια κάλυψη έκτακτης ανάγκης (Συμπληρωματική)*</b></p> <p>Ως πρόσθετη παροχή, η κάλυψή σας περιλαμβάνει έως και \$10,000 κάθε ημερολογιακό έτος για παγκόσμια επείγουσα περίθαλψη εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών (ΗΠΑ)</p> <p>Αυτή η παροχή περιορίζεται σε υπηρεσίες που θα ταξινομούσαν ως επείγουσα περίθαλψη εάν η φροντίδα παρεχόταν στις ΗΠΑ. Η παγκόσμια κάλυψη περιλαμβάνει επείγουσα περίθαλψη και φροντίδα μετά τη σταθεροποίηση.</p> <p>Όταν συμβαίνουν αυτές οι καταστάσεις, ζητάμε από εσάς ή κάποιον που σας φροντίζει να μας καλέσετε. Θα προσπαθήσουμε να κανονίσουμε</p>	<p>Δεν υπάρχει συνασφάλιση, συμμετοχή στην πληρωμή ή εκπιπτόμενο ποσό για αυτή την παροχή.</p> <p>Εάν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη εκτός των ΗΠΑ και χρειάζεστε ενδονοσοκομειακή περίθαλψη μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης έκτακτης</p>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

	<b>Καλυπτόμενη υπηρεσία</b>	<b>Τι πληρώνετε</b>
	<p>ώστε οι πάροχοι δικτύου να αναλάβουν τη φροντίδα σας μόλις το επιτρέψουν η πάθησή σας και οι περιστάσεις.</p> <p>Η μεταφορά πίσω στις ΗΠΑ από άλλη χώρα δεν καλύπτεται. Δεν καλύπτονται η συνήθης φροντίδα και οι προγραμματισμένες ή προαιρετικές επεμβάσεις.</p> <p>Οι ξένοι φόροι και τέλη (συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, των τελών μετατροπής νομίσματος ή συναλλαγής) δεν καλύπτονται.</p> <p>Ο όρος ΗΠΑ περιλαμβάνει τις 50 πολιτείες, District of Columbia, Puerto Rico, the Virgin Islands, Guam, the Northern Mariana Island και American Samoa.</p> <p><b>Παγκόσμια κάλυψη έκτακτης ανάγκης (Συμπληρωματική)* (Συνέχεια)</b></p>	<p>ανάγκης, πρέπει να επιστρέψετε σε νοσοκομείο δικτύου για να συνεχίσει να καλύπτεται η περίθαλψή σας. Ή πρέπει να έχετε την ενδονοσοκομειακή σας περίθαλψη στο νοσοκομείο εκτός δικτύου που επιτρέπεται από το πρόγραμμα.</p> <p>Το κόστος σας είναι ο επιμερισμός δαπάνης που θα πληρώνετε σε ένα νοσοκομείο δικτύου. Ισχύει μέγιστο όριο προγράμματος.</p> <p>Ίσως χρειαστεί να υποβάλετε αξίωση για επιστροφή εξόδων έκτακτης/επείγουσας περίθαλψης που λάβατε εκτός των ΗΠΑ.</p> <p>Μέγιστο όριο προγράμματος \$10,000 ισχύει για αυτή την παροχή κάθε ημερολογιακό έτος.</p>

### **3 Καλυπτόμενες υπηρεσίες εκτός του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Οι ακόλουθες υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP) αλλά διατίθενται μέσω του Medicaid:

- Υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού εκτός δικτύου σύμφωνα με τις διατάξεις άμεσης πρόσβασης,
- Παροχές φαρμακείου Medicaid όπως επιτρέπονται από τον πολιτειακό νόμο (επιλεγμένες κατηγορίες φαρμάκων που εξαιρούνται από την παροχή Medicare Part D),
- Προγράμματα θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη,
- Υπηρεσίες αποκατάστασης που παρέχονται σε κατοίκους αδειοδοτημένων κοινοτικών κατοικιών ΟΜΗ (CRs) και προγραμμάτων θεραπείας με βάση την οικογένεια,
- Γραφείο Υπηρεσιών Ατόμων με Αναπτυξιακή Αναπηρία,

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

- Ολοκληρωμένη διαχείριση υποθέσεων Medicaid,
- Άμεσα παρατηρούμενη θεραπεία (DOT) για τη νόσο της φυματίωσης,

#### 4 Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Ή το Medicaid

Αυτή η ενότητα σάς ενημερώνει για τις υπηρεσίες που εξαιρούνται.

Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει ορισμένες υπηρεσίες και είδη που δεν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας ή το Medicaid υπό καμία προϋπόθεση ή καλύπτονται μόνο υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Εάν λάβετε υπηρεσίες που εξαιρούνται (δεν καλύπτονται), πρέπει να πληρώσετε μόνοι σας για αυτές, εκτός κι αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις που αναφέρονται παρακάτω. Ακόμα κι αν λάβετε τις εξαιρούμενες υπηρεσίες σε μια εγκατάσταση έκτακτης ανάγκης, οι εξαιρούμενες υπηρεσίες εξακολουθούν να μην καλύπτονται και το πρόγραμμά μας δεν θα πληρώσει για αυτές. Η μόνη εξαίρεση είναι εάν υποβάλετε ένσταση και αποφασιστεί η υπηρεσία: κατόπιν ένστασης να είναι ιατρική υπηρεσία που θα έπρεπε να είχαμε πληρώσει ή καλύψει λόγω της συγκεκριμένης κατάστασής σας. (Για πληροφορίες σχετικά με την υποβολή ένστασης κατά απόφασης που έχουμε λάβει να μην καλύπτει ιατρική υπηρεσία, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9, Ενότητα 6.3 σε αυτό το έγγραφο.)

<b>Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Medicare</b>	<b>Καλύπτεται μόνο υπό ειδικές προϋποθέσεις</b>
<b>Βελονισμός</b>	Διατίθεται για άτομα με χρόνια οσφυαλγία υπό ορισμένες συνθήκες
<b>Αισθητική χειρουργική ή επεμβάσεις</b>	Καλύπτεται σε περιπτώσεις τυχαίου τραυματισμού ή για βελτίωση της λειτουργίας ενός δύσμορφου μέλους του σώματος Καλύπτεται για όλα τα στάδια αποκατάστασης ενός μαστού μετά από μαστεκτομή, καθώς και για τον μη προσβεβλημένο μαστό για λόγους συμμετρικής εμφάνισης.
<b>Φροντίδα επιμέλειας</b> Η φροντίδα επιμέλειας είναι προσωπική φροντίδα που δεν απαιτεί τη συνεχή προσοχή εκπαιδευμένου ιατρικού ή παραϊατρικού προσωπικού, όπως φροντίδα που σας βοηθά με δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως μπάνιο ή ντύσιμο.	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση
<b>Πειραματικές ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις, εξοπλισμός και φάρμακα</b> Πειραματικές επεμβάσεις και είδη είναι εκείνα τα είδη και οι επεμβάσεις που καθορίζονται από	Μπορεί να καλύπτεται από το Original Medicare στο πλαίσιο μιας εγκεκριμένης από το Medicare κλινικής ερευνητικής μελέτης ή από το πρόγραμμά μας (Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 3, Ενότητα 5 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις κλινικές ερευνητικές μελέτες)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

<b>Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Medicare</b>	<b>Καλύπτεται μόνο υπό ειδικές προϋποθέσεις</b>
το Original Medicare να μην είναι γενικά αποδεκτά από την ιατρική κοινότητα	
<b>Τέλη που χρεώνονται για φροντίδα από τους άμεσους συγγενείς σας ή τα μέλη του νοικοκυριού σας</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση
<b>Νοσηλευτική φροντίδα πλήρους απασχόλησης στο σπίτι σας</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση
<b>Γεύματα που παραδίδονται κατ' οίκον</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση
<b>Υπηρεσίες νοικοκυριού, συμπεριλαμβανομένης της βασικής οικιακής βοήθειας, όπως ελαφριά καθαριότητα ή ελαφριά προετοιμασία γευμάτων.</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση
<b>Υπηρεσίες φυσιοπαθητικής (χρησιμοποιεί φυσικές ή εναλλακτικές θεραπείες)</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση
<b>Ορθοπεδικά παπούτσια ή υποστηρικτικές συσκευές για τα πόδια</b>	Παπούτσια που αποτελούν μέρος ενός νάρθηκα ποδιών και περιλαμβάνονται στο κόστος του νάρθηκα. Ορθοπεδικά ή θεραπευτικά παπούτσια για άτομα με νόσο του διαβητικού ποδιού Τα ορθοπεδικά παπούτσια μπορεί να καλύπτονται από το Medicaid
<b>Προσωπικά αντικείμενα στο δωμάτιό σας σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα, όπως τηλέφωνο ή τηλεόραση</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση
<b>Ιδιωτικό δωμάτιο σε νοσοκομείο</b>	Καλύπτεται μόνο όταν είναι ιατρικά απαραίτητο
<b>Αντιστροφή των διαδικασιών στείρωσης ή/και των μη συνταγογραφούμενων αναλωσίμων αντισύλληψης</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση
<b>Χειροπρακτική φροντίδα ρουτίνας</b>	Καλύπτεται ο χειροπρακτικός χειρισμός της σπονδυλικής στήλης για τη διόρθωση ενός υπεξαρθρήματος
<b>Συνήθης οδοντιατρική φροντίδα, όπως καθαρισμοί, σφραγίσματα ή τεχνητές οδοντοστοιχίες</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση Δείτε το διάγραμμα Παροχών Medicare για περισσότερες πληροφορίες.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πίνακας Ιατρικών Παροχών (τι καλύπτεται)**

<b>Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Medicare</b>	<b>Καλύπτεται μόνο υπό ειδικές προϋποθέσεις</b>
<b>Συνήθεις οφθαλμικές εξετάσεις, γυαλιά, ακτινική κερατοτομή, χειρουργική επέμβαση LASIK και άλλα βοηθήματα χαμηλής όρασης</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση Δείτε το διάγραμμα Παροχών Medicare για περισσότερες πληροφορίες.
<b>Τακτική φροντίδα ποδιών</b>	Παρέχεται περιορισμένη κάλυψη σύμφωνα με τις οδηγίες του Medicare (π.χ. εάν έχετε διαβήτη)  Δείτε το διάγραμμα Παροχών Medicare για περισσότερες πληροφορίες.
<b>Συνήθεις εξετάσεις ακοής, ακουστικά βαρηκοΐας ή εξετάσεις για την τοποθέτηση ακουστικών βαρηκοΐας</b>	Το Medicaid κάλυψε δοκιμές και εξετάσεις, αξιολογήσεις ακουστικών βαρηκοΐας και συνταγογραφήσεις (ιατρικά απαραίτητες). Δείτε το διάγραμμα Παροχών Medicare για περισσότερες πληροφορίες.
<b>Υπηρεσίες που θεωρούνται μη εύλογες και απαραίτητες, σύμφωνα με τα πρότυπα Original Medicare</b>	Δεν καλύπτεται υπό καμία προϋπόθεση

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

# Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D

### Πώς μπορείτε να λάβετε πληροφορίες σχετικά με το κόστος των φαρμάκων σας;

Επειδή πληροίτε τις προϋποθέσεις για Medicaid, έχετε δικαίωμα και λαμβάνετε Extra Help από το Medicare για να πληρώσετε το κόστος του προγράμματος συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επειδή συμμετέχετε στο πρόγραμμα Extra Help, **ορισμένες πληροφορίες σε αυτά τα Αποδεικτικά κάλυψης σχετικά με το κόστος για συνταγογραφούμενα φάρμακα του Μέρους D δεν ισχύουν για εσάς.** Σας έχουμε στείλει ένα ξεχωριστό ένθετο, που λέγεται *Εγχειρίδιο αποδεικτικών κάλυψης για άτομα που λαμβάνουν Extra Help για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων* (γνωστό και ως *Εγχειρίδιο επιδότησης χαμηλού εισοδήματος ή Εγχειρίδιο LIS*), που σας ενημερώνει σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων. Εάν δεν έχετε αυτό το ένθετο, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν 711) και ζητήστε το *Εγχειρίδιο LIS*.

(Οι αριθμοί τηλεφώνου για το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών είναι τυπωμένοι στο οπισθόφυλλο αυτού του εγγράφου.)

## **1 Βασικοί κανόνες για την κάλυψη φαρμάκων Μέρους D του προγράμματός μας**

Ανατρέξτε στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών στο Κεφάλαιο 4 για τις παροχές φαρμάκων του Medicare Part B και τις παροχές φαρμάκων για νοσηλεία σε κέντρα ανακουφιστικής περίθαλψης.

Εκτός από τα φάρμακα που καλύπτονται από το Medicare, ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα καλύπτονται από τις παροχές Medicaid.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων Medicaid, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το γραφείο κρατικής Medicaid (τα στοιχεία επικοινωνίας παρατίθενται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6).

Το πρόγραμμά μας θα καλύπτει γενικά τα φάρμακά σας, αρκεί να ακολουθείτε αυτούς τους κανόνες:

- Θα πρέπει να έχετε έναν πάροχο (γιατρό, οδοντίατρο ή άλλον ιατρό με δυνατότητα να συνταγογραφήσει) για να σας γράψει μια συνταγή που να είναι έγκυρη σύμφωνα με τον ισχύοντα πολιτειακό νόμο.
- Ο συνταγογράφος σας δεν πρέπει να περιλαμβάνεται στις λίστες αποκλεισμού ή απαγόρευσης του Medicare.
- Γενικά, πρέπει να χρησιμοποιήσετε ένα φαρμακείο δικτύου για να εκτελέσετε τη συνταγή σας (Ανατρέξτε στην Ενότητα 2) ή μπορείτε να εκτελέσετε τη συνταγή σας μέσω της υπηρεσίας ταχυδρομικής παραγγελίας του προγράμματός μας.
- Τα φάρμακά σας πρέπει να βρίσκονται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματός μας (Ανατρέξτε στην Ενότητα 3).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

- Το φάρμακό σας πρέπει να χρησιμοποιείται για ιατρικά αποδεκτή ένδειξη. Μια “ιατρικά αποδεκτή ένδειξη” είναι μια χρήση του φαρμάκου που είτε έχει εγκριθεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) είτε υποστηρίζεται από ορισμένες αναφορές. (Ανατρέξτε στην Ενότητα 3 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με μια ιατρικά αποδεκτή ένδειξη.)
- Το φάρμακό σας ενδέχεται να χρειάζεται έγκριση από το πρόγραμμά μας βάσει ορισμένων κριτηρίων προτού συμφωνήσουμε να το καλύψουμε. (Ανατρέξτε στην Ενότητα 4 για περισσότερες πληροφορίες)

## 2 Εκτελέστε τη συνταγή σας σε ένα φαρμακείο δικτύου ή μέσω της υπηρεσίας ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματός μας

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι συνταγές σας καλύπτονται *μόνο* αν έχουν εκτελεστεί από φαρμακεία του δικτύου μας. (Ανατρέξτε στην Ενότητα 2.5 για πληροφορίες σχετικά με το πότε θα καλύπτουμε συνταγές που εκτελούνται σε φαρμακεία εκτός δικτύου.)

Ένα φαρμακείο δικτύου είναι ένα φαρμακείο που έχει σύμβαση με το πρόγραμμα για την παροχή των καλυπτόμενων φαρμάκων σας. Ο όρος καλυπτόμενα φάρμακα σημαίνει όλα τα φάρμακα του Μέρους D που βρίσκονται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος.

### 2.1 Δίκτυο φαρμακείων

#### Βρείτε ένα φαρμακείο δικτύου στην περιοχή σας

Για να βρείτε ένα φαρμακείο δικτύου, ανατρέξτε στον *Κατάλογο Παρόχων/Φαρμάκων*, επισκεφθείτε στον ιστότοπό μας ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)), ή/και καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).

Μπορείτε να απευθυνθείτε σε οποιοδήποτε από τα φαρμακεία του δικτύου μας.

#### Εάν το φαρμακείο σας εγκαταλείψει το δίκτυο

Εάν το φαρμακείο που χρησιμοποιείτε εγκαταλείψει το δίκτυο του προγράμματος, θα πρέπει να βρείτε ένα νέο φαρμακείο που βρίσκεται στο δίκτυο. Για να βρείτε άλλο φαρμακείο στην περιοχή σας, λάβετε βοήθεια από το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) ή χρησιμοποιήστε τον *Κατάλογο Παρόχων/Φαρμακείων*. Μπορείτε επίσης να βρείτε πληροφορίες στην ιστοσελίδα μας στο [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

#### Εξειδικευμένα φαρμακεία

Ορισμένες συνταγές πρέπει να εκτελούνται σε εξειδικευμένο φαρμακείο. Τα εξειδικευμένα φαρμακεία περιλαμβάνουν:

- Φαρμακεία που προμηθεύουν φάρμακα για θεραπεία έγχυσης στο σπίτι.
- Φαρμακεία που προμηθεύουν φάρμακα για κατοίκους εγκαταστάσεων μακροχρόνιας φροντίδας (LTC). Συνήθως, μια μονάδα LTC (όπως ένα γηροκομείο) έχει το δικό της φαρμακείο. Αν αντιμετωπίζετε δυσκολία να πάρετε τα φάρμακα του Μέρους D σε μια μονάδα LTC, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).
- Φαρμακεία που εξυπηρετούν την κυβερνητική υπηρεσία Indian Health Service/το πρόγραμμα Tribal/Urban Indian Health Program (δεν διατίθεται στο Puerto Rico). Εκτός από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, μόνο οι ιθαγενείς Αμερικανοί ή οι ιθαγενείς της Alaska έχουν πρόσβαση σε αυτά τα φαρμακεία στο δίκτυό μας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

- Φαρμακεία που διανέμουν φάρμακα που περιορίζονται από το FDA σε ορισμένες τοποθεσίες ή που απαιτούν ειδικό χειρισμό, συντονισμό παρόχων ή εκπαίδευση σχετικά με τη χρήση τους. Για να εντοπίσετε ένα εξειδικευμένο φαρμακείο, ανατρέξτε στον δικό σας *Κατάλογο Παρόχων/Φαρμακείων* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) ή καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).

**2.2 Υπηρεσία ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματός μας**

Για ορισμένα είδη φαρμάκων, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία ταχυδρομικών παραγγελιών δικτύου του προγράμματός μας. Γενικά, τα φάρμακα που παρέχονται μέσω ταχυδρομικής παραγγελίας είναι φάρμακα που παίρνετε σε τακτική βάση, για μια χρόνια ή μακροχρόνια ιατρική πάθηση. Τα φάρμακα που δεν είναι διαθέσιμα μέσω της υπηρεσίας ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματός μας επισημαίνονται με “NM” στον Κατάλογο Φαρμάκων μας.

Η υπηρεσία ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματός μας σας επιτρέπει να παραγγείλετε προμήθειες για **έως και 100 ημέρες**.

Για να λάβετε έντυπα παραγγελίας και πληροφορίες σχετικά με την εκτέλεση των συνταγών σας μέσω ταχυδρομείου, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας στη διεύθυνση [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Συνήθως μια παραγγελία φαρμακείου ταχυδρομικής παραγγελίας θα σας παραδοθεί σε όχι περισσότερο από 14 ημέρες. Εάν υπάρχει επείγουσα ανάγκη ή αυτός ο χρόνος καθυστερήσει, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών για βοήθεια σχετικά με τη λήψη ενός προσωρινού αποθέματος της συνταγής σας.

**Νέες συνταγές που λαμβάνει το φαρμακείο απευθείας από το ιατρείο του γιατρού σας.**

Αφού το φαρμακείο λάβει συνταγή από έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, θα επικοινωνήσει μαζί σας για να δει εάν θέλετε να εκτελεστεί η συνταγή του φαρμάκου αμέσως ή αργότερα. Είναι σημαντικό να απαντάτε κάθε φορά που επικοινωνούν μαζί σας από το φαρμακείο, για να τους ενημερώσετε εάν πρέπει να στείλετε, να καθυστερήσετε ή να σταματήσετε τη νέα συνταγή.

**Αναπλήρωση συνταγών ταχυδρομικών παραγγελιών.** Για αναπλήρωση των φαρμάκων σας, έχετε την επιλογή να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα αυτόματης αναπλήρωσης. Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος, αρχίζουμε να επεξεργαζόμαστε αυτόματα την επόμενη αναπλήρωσή σας όταν τα αρχεία μας δείχνουν ότι θα πρέπει να είστε κοντά στην εξάντληση του φαρμάκου σας. Το φαρμακείο θα επικοινωνήσει μαζί σας πριν από την αποστολή κάθε αναπλήρωσης για να βεβαιωθείτε ότι χρειάζεστε περισσότερα φάρμακα και μπορείτε να ακυρώσετε προγραμματισμένες αναπληρώσεις εάν έχετε αρκετό από το φάρμακό σας ή εάν το φάρμακό σας έχει αλλάξει.

Εάν επιλέξετε να μην χρησιμοποιήσετε το πρόγραμμα αυτόματης αναπλήρωσης, αλλά εξακολουθείτε να θέλετε το φαρμακείο ταχυδρομικής παραγγελίας να σας στείλει τη συνταγή σας, επικοινωνήστε με το φαρμακείο σας 14 ημέρες πριν λήξει η τρέχουσα συνταγή σας. Αυτό θα διασφαλίσει ότι η παραγγελία σας θα σας αποσταλεί εγκαίρως.

Για να εξαιρεθείτε από το πρόγραμμά μας που προετοιμάζει αυτόματα αναπληρώσεις ταχυδρομικών παραγγελιών, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Εάν λάβετε μια επαναπλήρωση αυτόματα μέσω ταχυδρομείου που δεν θέλετε, ενδέχεται να δικαιούστε επιστροφή χρημάτων.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

---

**2.3 Πώς να αποκτήσετε μακροπρόθεσμη προμήθεια φαρμάκων;**

Το πρόγραμμά μας προσφέρει δύο τρόπους για να αποκτήσετε μια μακροχρόνια προμήθεια (που ονομάζεται επίσης εκτεταμένη προμήθεια) φαρμάκων συντήρησης στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος μας. (Τα φάρμακα συντήρησης είναι φάρμακα που παίρνετε σε τακτική βάση, για μια χρόνια ή μακροχρόνια πάθηση.)

1. Ορισμένα φαρμακεία λιανικής πώλησης στο δίκτυό μας σας επιτρέπουν να προμηθευτείτε μακροπρόθεσμα φάρμακα συντήρησης. Ο δικός σας *Κατάλογος Παρόχων/Φαρμακείων* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) σας ενημερώνει ποια φαρμακεία του δικτύου μας μπορούν να σας προσφέρουν μακροπρόθεσμη προμήθεια φαρμάκων συντήρησης. Μπορείτε επίσης να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για περισσότερες πληροφορίες.
2. Μπορείτε επίσης να λάβετε φάρμακα συντήρησης μέσω του προγράμματος ταχυδρομικών παραγγελιών μας. Ανατρέξτε στην Ενότητα 2.3 για περισσότερες πληροφορίες.

**2.4 Χρήση ενός φαρμακείου που δεν είναι στο δίκτυο του προγράμματός μας**

Γενικά, καλύπτουμε φάρμακα των οποίων οι συνταγές εκτελούνται σε φαρμακείο εκτός δικτύου *μόνο* όταν δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε φαρμακείο δικτύου. Διαθέτουμε επίσης ένα δίκτυο φαρμακείων εκτός της περιοχής εξυπηρέτησής μας, όπου μπορείτε να εκτελέσετε τις συνταγές σας ως μέλος του προγράμματός μας. **Ελέγξτε πρώτα με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711)** για να δείτε αν υπάρχει φαρμακείο δικτύου κοντά.

Καλύπτουμε συνταγές που συμπληρώνονται σε φαρμακεία εκτός δικτύου μόνο στις εξής περιπτώσεις:

- Εάν η συνταγή σχετίζεται με επείγουσα περίθαλψη
- Εάν αυτές οι συνταγές σχετίζονται με τη φροντίδα για ιατρική έκτακτη ανάγκη
- Η κάλυψη θα περιορίζεται σε προμήθεια 31 ημερών, εκτός εάν η συνταγή έχει εκδοθεί για λιγότερο.

Εάν πρέπει να χρησιμοποιήσετε φαρμακείο εκτός δικτύου, θα πρέπει γενικά να πληρώσετε το πλήρες κόστος (και όχι τον κανονικό επιμερισμό δαπάνης σας) τη στιγμή που θα εκτελέσετε τη συνταγή σας. Μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να σας επιστρέψει το μερίδιό μας από το κόστος. (Στο Κεφάλαιο 7, Ενότητα 2 εξηγείται πώς να ζητήσετε από το πρόγραμμα να σας αποζημιώσει.) Ενδέχεται να χρειαστεί να πληρώσετε τη διαφορά μεταξύ του ποσού που πληρώνετε για το φάρμακο στο φαρμακείο εκτός δικτύου και του ποσού που θα καλύπταμε σε ένα φαρμακείο δικτύου.

**3 Τα φάρμακά σας πρέπει να βρίσκονται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματός μας**

---

**3.1 Ο “Κατάλογος Φαρμάκων” λέει ποια φάρμακα του Μέρους D καλύπτονται**

Το πρόγραμμα έχει έναν *Κατάλογο Καλυπτόμενων Φαρμάκων* (formulary). Στα παρόντα *Αποδεικτικά κάλυψης, τον ονομάζουμε Κατάλογο Φαρμάκων για συντομία.*

Τα φάρμακα στον κατάλογο αυτό έχουν επιλεγεί από το πρόγραμμά μας με τη βοήθεια ιατρών και φαρμακοποιών. Η λίστα πληροί τις απαιτήσεις του Medicare και έχει εγκριθεί από το Medicare.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

Ο Κατάλογος Φαρμάκων περιλαμβάνει μόνο τα φάρμακα που καλύπτονται από το Medicare Part D. Εκτός από τα φάρμακα που καλύπτονται από το Medicare, ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα καλύπτονται για εσάς από τις παροχές Medicaid. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων Medicaid, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το γραφείο κρατικής Medicaid (τα στοιχεία επικοινωνίας παρατίθενται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6).

Θα καλύψουμε γενικά ένα φάρμακο στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος, εφόσον ακολουθείτε τους άλλους κανόνες κάλυψης που εξηγούνται σε αυτό το κεφάλαιο και η χρήση του φαρμάκου αποτελεί ιατρικώς αποδεκτή ένδειξη. Ιατρικώς αποδεκτή ένδειξη είναι η χρήση του φαρμάκου που είναι *είτε*:

- Εγκεκριμένη από την FDA για τη διάγνωση ή την κατάσταση για την οποία συνταγογραφήθηκε ή
- Υποστηρίζεται από ορισμένες αναφορές, όπως το American Hospital Formulary Service Drug Information και το DRUGDEX Information System.

Ο “Κατάλογος Φαρμάκων” περιλαμβάνει επώνυμα φάρμακα, γενόσημα φάρμακα και βιολογικά προϊόντα (τα οποία μπορεί να είναι βιοομοειδή).

Ένα επώνυμο φάρμακο είναι ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που πωλείται με εμπορικό σήμα που ανήκει στον κατασκευαστή φαρμάκων. Τα βιολογικά προϊόντα είναι φάρμακα που είναι πιο περίπλοκα από τα τυπικά φάρμακα. Στον Κατάλογο Φαρμάκων, όταν αναφερόμαστε σε φάρμακα, αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ένα φάρμακο ή ένα βιολογικό προϊόν.

Ένα γενόσημο φάρμακο είναι συνταγογραφούμενο φάρμακο που έχει το ίδιο δραστικό συστατικό με το επώνυμο φάρμακο. Εναλλακτικά των βιολογικών προϊόντων είναι τα λεγόμενα βιοομοειδή. Γενικά, τα γενόσημα και τα βιοομοειδή λειτουργούν εξίσου καλά με το επώνυμο φάρμακο ή το βιολογικό προϊόν και συνήθως κοστίζουν λιγότερο. Υπάρχουν γενόσημα υποκατάστατα φαρμάκων διαθέσιμα για πολλά επώνυμα φάρμακα και εναλλακτικές λύσεις βιοομοειδών για ορισμένα βιολογικά προϊόντα. Ορισμένα βιοομοειδή είναι εναλλάξιμα βιοομοειδή και, ανάλογα με το πολιτειακό δίκαιο, μπορούν να υποκαταστήσουν το αρχικό βιολογικό προϊόν στο φαρμακείο χωρίς να χρειάζονται νέα συνταγή, όπως ακριβώς τα γενόσημα φάρμακα μπορούν να υποκαταστήσουν τα επώνυμα φάρμακα.

Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 12 για τους ορισμούς των τύπων φαρμάκων που μπορεί να περιλαμβάνονται στον Κατάλογο Φαρμάκων.

**Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα**

Το πρόγραμμά μας καλύπτει επίσης ορισμένα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ορισμένα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι λιγότερο ακριβά από τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και είναι εξίσου αποτελεσματικά. Για περισσότερες πληροφορίες, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).

**Φάρμακα που δεν περιλαμβάνονται στον Κατάλογο Φαρμάκων**

Το πρόγραμμα δεν καλύπτει όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

- Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο νόμος δεν επιτρέπει σε κανένα πρόγραμμα Medicare να καλύπτει ορισμένους τύπους φαρμάκων. (Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στην Ενότητα 7.)
- Σε άλλες περιπτώσεις, αποφασίσαμε να μην συμπεριλάβουμε ένα συγκεκριμένο φάρμακο στον Κατάλογο Φαρμάκων.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είστε σε θέση να λάβετε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Φαρμάκων. (Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

---

**3.2 Έξι (6) επίπεδα επιμερισμού δαπάνης για τα φάρμακα στον Κατάλογο Φαρμάκων**

Κάθε φάρμακο στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος βρίσκεται σε ένα από τα έξι (6) επίπεδα επιμερισμού δαπάνης. Γενικά, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο επιμερισμού δαπάνης, τόσο υψηλότερο είναι το κόστος σας για το φάρμακο:

- Επίπεδο 1 – Προτιμώμενο γενόσημο
- Επίπεδο 2 – Γενόσημο
- Επίπεδο 3 – Προτιμώμενο επώνυμο φάρμακο
- Επίπεδο 4 – Μη προτιμώμενο φάρμακο
- Επίπεδο 5 – Ειδικά φάρμακα
- Επίπεδο 6 – Επιλεγμένα φάρμακα φροντίδας

Για να μάθετε σε ποιο επίπεδο επιμερισμού της δαπάνης βρίσκεται το φάρμακό σας, ανατρέξτε στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος. Το ποσό που πληρώνετε για φάρμακα σε κάθε επίπεδο επιμερισμού δαπάνης εμφανίζεται στο Κεφάλαιο 6.

**3.3 Πώς να μάθετε εάν ένα συγκεκριμένο φάρμακο βρίσκεται στον Κατάλογο Φαρμάκων**

Για να μάθετε εάν ένα φάρμακο βρίσκεται στον Κατάλογο Φαρμάκων μας, έχετε αυτές τις επιλογές:

- Ελέγξτε τον πιο πρόσφατο Κατάλογο Φαρμάκων που έχουμε αναρτήσει ηλεκτρονικά.
- Επισκεφθείτε τον ιστότοπο του προγράμματος ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)). Ο Κατάλογος Φαρμάκων στον ιστότοπο είναι πάντα ο πιο πρόσφατος.
- Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για να μάθετε αν ένα συγκεκριμένο φάρμακο βρίσκεται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος ή για να ζητήσετε αντίγραφο του καταλόγου.
- Χρησιμοποιήστε το “Real-Time Benefit Tool” ([Caremark.com](http://Caremark.com) ή καλώντας στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών) για να αναζητήσετε φάρμακα στον Κατάλογο Φαρμάκων και για να δείτε μια εκτίμηση του τι θα πληρώσετε και αν σε αυτόν υπάρχουν εναλλακτικά φάρμακα που θα μπορούσαν να θεραπεύσουν την ίδια πάθηση. Μπορείτε επίσης να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).

**4 Φάρμακα με περιορισμούς στην κάλυψη**

---

**4.1 Γιατί κάποια φάρμακα έχουν περιορισμούς**

Ειδικό κανόνες περιορίζουν τον τρόπο και τον χρόνο κάλυψης ορισμένων συνταγογραφούμενων φαρμάκων από το πρόγραμμα. Μια ομάδα γιατρών και φαρμακοποιών ανέπτυξε αυτούς τους κανόνες για να ενθαρρύνει εσάς και τον πάροχό σας να χρησιμοποιείτε φάρμακα με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. Για να μάθετε εάν κάποιος από αυτούς τους περιορισμούς ισχύει για ένα φάρμακο που παίρνετε ή θέλετε να πάρετε, ελέγξτε τον “Κατάλογο Φαρμάκων”.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

Εάν ένα ασφαλές, χαμηλότερου κόστους φάρμακο θα λειτουργήσει εξίσου καλά από ιατρικής άποψης με ένα φάρμακο υψηλότερου κόστους, οι κανόνες του προγράμματος έχουν σχεδιαστεί για να ενθαρρύνουν εσάς και τον πάροχό σας να χρησιμοποιήσετε αυτήν την επιλογή χαμηλότερου κόστους.

Λάβετε υπόψη ότι μερικές φορές ένα φάρμακο μπορεί να εμφανιστεί περισσότερες από μία φορές στον Κατάλογο Φαρμάκων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα ίδια φάρμακα μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την περιεκτικότητα, την ποσότητα ή τη μορφή του φαρμάκου που συνταγογραφείται από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και διαφορετικοί περιορισμοί ή επιμερισμός δαπάνης μπορεί να ισχύουν για τις διαφορετικές εκδόσεις του φαρμάκου (για παράδειγμα, 10 mg έναντι 100 mg, ένα ανά ημέρα έναντι 2 ανά ημέρα, δισκίο έναντι υγρού).

## 4.2 Τύποι περιορισμών

**Εάν υπάρχει περιορισμός για το φάρμακό σας, αυτό συνήθως σημαίνει ότι εσείς ή ο πάροχός σας θα πρέπει να λάβετε επιπλέον μέτρα για να καλύψουμε το φάρμακο.** Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για να μάθετε τι μπορείτε να κάνετε εσείς ή ο πάροχός σας για να λάβετε κάλυψη για το φάρμακο. **Εάν θέλετε να σας απαλλάξουμε από τον περιορισμό, θα πρέπει να ακολουθήσετε τη διαδικασία λήψης απόφασης κάλυψης και να μας ζητήσετε να κάνουμε μια εξαίρεση.** Ενδέχεται να συμφωνήσουμε ή να μην συμφωνήσουμε να παραιτηθούμε από τον περιορισμό για εσάς. (Μεταβείτε στο Κεφάλαιο 9.)

### Λήψη έγκρισης προγράμματος εκ των προτέρων

Για ορισμένα φάρμακα, εσείς ή ο πάροχός σας πρέπει να λάβετε έγκριση βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων από το πρόγραμμα προτού συμφωνήσουμε να καλύψουμε το φάρμακο για εσάς. Αυτό ονομάζεται **προέγκριση**. Αυτό έχει τεθεί σε εφαρμογή για να διασφαλιστεί η ασφάλεια των φαρμάκων και να διευκολυνθεί η ορθή χρήση ορισμένων φαρμάκων. Εάν δεν λάβετε αυτήν την έγκριση, το φάρμακό σας ενδέχεται να μην καλύπτεται από το πρόγραμμα. Τα κριτήρια προέγκρισης του προγράμματός μας μπορούν να ληφθούν καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) ή στον ιστότοπό μας [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

### Δοκιμάστε πρώτα ένα διαφορετικό φάρμακο

Αυτή η απαίτηση σας ενθαρρύνει να δοκιμάσετε λιγότερο δαπανηρά, αλλά συνήθως εξίσου αποτελεσματικά φάρμακα προτού το πρόγραμμα καλύψει ένα άλλο φάρμακο. Για παράδειγμα, εάν το Φάρμακο Α και το Φάρμακο Β αντιμετωπίζουν την ίδια πάθηση και το Φάρμακο Α είναι λιγότερο δαπανηρό, το πρόγραμμα μπορεί να απαιτήσει να δοκιμάσετε πρώτα το Φάρμακο Α. Αν το Φάρμακο Α δεν είναι αποτελεσματικό για εσάς, το πρόγραμμα θα καλύψει το Φάρμακο Β. Αυτή η απαίτηση για να δοκιμάσετε πρώτα ένα διαφορετικό φάρμακο ονομάζεται **βηματική θεραπεία**. Τα κριτήρια βηματικής θεραπείας του προγράμματός μας μπορούν να ληφθούν καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) ή στην ιστοσελίδα μας [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

### Ποσοτικά όρια

Για ορισμένα φάρμακα, περιορίζουμε την ποσότητα ενός φαρμάκου που μπορείτε να πάρετε κάθε φορά που εκτελείτε τη συνταγή σας. Για παράδειγμα, εάν συνήθως θεωρείται ασφαλές να παίρνετε μόνο ένα χάπι την ημέρα για ένα συγκεκριμένο φάρμακο, ενδέχεται να περιορίσουμε την κάλυψη για τη συνταγή σας σε όχι περισσότερο από ένα χάπι την ημέρα.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D****5 Τι μπορείτε να κάνετε αν ένα από τα φάρμακά σας δεν καλύπτεται με τον τρόπο που θα θέλατε**

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου υπάρχει ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που παίρνετε ή ένα που εσείς και ο πάροχός σας πιστεύετε ότι πρέπει να παίρνετε, που δεν είναι στον Κατάλογο Φαρμάκων μας ή υπόκειται σε περιορισμούς. Για παράδειγμα:

- Το φάρμακο μπορεί να μην καλύπτεται καθόλου. Ή ίσως καλύπτεται μια γενόσημη έκδοση του φαρμάκου, αλλά η έκδοση του επώνυμου φαρμάκου που θέλετε να πάρετε δεν καλύπτεται.
- Το φάρμακο καλύπτεται, αλλά υπάρχουν επιπλέον κανόνες ή περιορισμοί στην κάλυψη αυτού του φαρμάκου.

**Εάν το φάρμακό σας βρίσκεται σε επίπεδο επιμερισμού δαπάνης που καθιστά το κόστος πιο ακριβό από ό,τι νομίζετε ότι πρέπει να είναι, ανατρέξτε στην Ενότητα 5.1 για να μάθετε τι μπορείτε να κάνετε.**

**Αν το φάρμακό σας δεν βρίσκεται στον Κατάλογο Φαρμάκων ή υπόκειται σε περιορισμούς, υπάρχουν επιλογές για το τι μπορείτε να κάνετε:**

- Μπορεί να είστε σε θέση να πάρετε ένα προσωρινό απόθεμα του φαρμάκου.
- Μπορείτε να αλλάξετε σε άλλο φάρμακο.
- Μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση και να διεκδικήσετε από το πρόγραμμα την κάλυψη του φαρμάκου ή την άρση των περιορισμών του.

**Μπορείτε να προμηθευτείτε ένα προσωρινό απόθεμα**

Υπό ορισμένες συνθήκες, το πρόγραμμα πρέπει να παρέχει προσωρινό απόθεμα ενός φαρμάκου που παίρνετε ήδη. Αυτό το προσωρινό απόθεμα σας δίνει χρόνο να μιλήσετε με τον πάροχό σας σχετικά με την αλλαγή στην κάλυψη και να αποφασίσετε τι να κάνετε.

Για να είστε επιλέξιμοι για προσωρινό απόθεμα, το φάρμακο που παίρνετε **δεν πρέπει πλέον να βρίσκεται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος** ή **πρέπει τώρα να υπόκειται σε κάποιον περιορισμό.**

- **Εάν είστε νέο μέλος**, θα καλύψουμε ένα προσωρινό απόθεμα του φαρμάκου σας κατά τις πρώτες **90 ημέρες** της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα.
- **Εάν ήσασταν στο πρόγραμμα πέρυσι**, θα καλύψουμε ένα προσωρινό απόθεμα του φαρμάκου σας κατά τις πρώτες 90 ημέρες του ημερολογιακού έτους.
- Αυτό το προσωρινό απόθεμα θα είναι για μέγιστο απόθεμα 31 ημερών. Εάν η συνταγή σας έχει εκδοθεί για λιγότερες ημέρες, θα επιτρέψουμε την ανανέωση για να σας παράσχουμε το ανώτερο έως και 31 ημέρες φαρμακευτικής αγωγής. Η συνταγή πρέπει να συμπληρωθεί σε φαρμακείο δικτύου. (Λάβετε υπόψη ότι το φαρμακείο μακροχρόνιας φροντίδας μπορεί να παρέχει το φάρμακο σε μικρότερες ποσότητες κάθε φορά για την πρόληψη της σπατάλης.)
- **Για εκείνα τα μέλη που βρίσκονται στο πρόγραμμα για περισσότερες από 90 ημέρες και διαμένουν σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας και χρειάζονται απόθεμα αμέσως:** Θα καλύψουμε ένα απόθεμα έκτακτης ανάγκης 31 ημερών για ένα συγκεκριμένο φάρμακο ή λιγότερο εάν η συνταγή σας είναι γραμμένη για λιγότερες ημέρες. Αυτό είναι συμπληρωματικό του παραπάνω προσωρινού αποθέματος.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

- Εάν είστε νέος κάτοικος μιας εγκατάστασης LTC και έχετε εγγραφεί στο πρόγραμμά μας για περισσότερες από 90 ημέρες και χρειάζεστε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στον κατάλόγό μας ή υπόκειται σε άλλους περιορισμούς, όπως βηματική θεραπεία ή όρια ποσότητας (όρια δοσολογίας), θα καλύψουμε ένα προσωρινό απόθεμα έκτακτης ανάγκης 31 ημερών αυτού του φαρμάκου (εκτός εάν η συνταγή είναι για λιγότερες ημέρες), ενώ το μέλος επιδιώκει μια εξαίρεση καταλόγου φαρμάκων. Εξαιρέσεις είναι διαθέσιμες σε περιπτώσεις όπου αντιμετωπίζετε μια αλλαγή στο επίπεδο φροντίδας που λαμβάνετε που απαιτεί επίσης τη μετάβαση από μια εγκατάσταση ή κέντρο θεραπείας σε άλλο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, θα δικαιούστε μια προσωρινή, εφάπαξ εξαίρεση εκτέλεσης, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός των πρώτων 90 ημερών ως μέλος του προγράμματος. Λάβετε υπόψη ότι η πολιτική μετάβασης ισχύει μόνο για εκείνα τα φάρμακα που είναι “Μέρος D” και αγοράζονται σε φαρμακείο δικτύου. Η πολιτική μετάβασης δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αγορά ενός φαρμάκου που δεν ανήκει στο Μέρος D ή ενός φαρμάκου εκτός δικτύου, εκτός εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για πρόσβαση εκτός δικτύου.

Για ερωτήσεις σχετικά με ένα προσωρινό απόθεμα, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).

**Κατά τη διάρκεια της περιόδου κατά την οποία χρησιμοποιείτε προσωρινό απόθεμα ενός φαρμάκου, θα πρέπει να μιλήσετε με τον πάροχό σας για να αποφασίσετε τι θα κάνετε όταν τελειώσει το προσωρινό σας απόθεμα. Έχετε 2 επιλογές:**

**Επιλογή 1. Μπορείτε να αλλάξετε σε άλλο φάρμακο**

Συζητήστε με τον πάροχό σας για το αν υπάρχει ένα διαφορετικό φάρμακο που καλύπτεται από το πρόγραμμα που μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικό για εσάς. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για να ζητήσετε έναν κατάλογο των καλυπτόμενων φαρμάκων που αντιμετωπίζουν την ίδια ιατρική πάθηση. Αυτός ο κατάλογος μπορεί να βοηθήσει τον πάροχό σας να βρει ένα καλυπτόμενο φάρμακο που μπορεί να είναι αποτελεσματικό για εσάς.

**Επιλογή 2. Μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση**

**Εσείς και ο πάροχός σας μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμα να κάνει μια εξαίρεση και να καλύψει το φάρμακο με τον τρόπο που θα θέλατε να καλυφθεί.** Εάν ο πάροχός σας θεωρεί ότι έχετε ιατρικούς λόγους που δικαιολογούν να μας ζητήσετε εξαίρεση, ο πάροχός σας μπορεί να σας βοηθήσει να ζητήσετε εξαίρεση. Για παράδειγμα, μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμα να καλύψει ένα φάρμακο, παρόλο που δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος. Μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμα μας να κάνει κάποια εξαίρεση και να καλύψει το φάρμακό σας.

Εάν είστε ενεργό μέλος και ένα φάρμακο που παίρνετε πρόκειται να αφαιρεθεί από τον κατάλογο ή να υπόκειται σε περιορισμούς με κάποιο τρόπο το επόμενο έτος, θα σας ενημερώσουμε πριν από το νέο έτος για οποιαδήποτε αλλαγή. Μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση πριν από το επόμενο έτος και θα σας απαντήσουμε εντός 72 ωρών από τη στιγμή που θα λάβουμε το αίτημά σας (ή την υποστηρικτική δήλωση του συνταγογράφου σας). Εάν εγκρίνουμε το αίτημά σας, θα εγκρίνουμε την κάλυψη προτού τεθεί σε ισχύ η αλλαγή.

**Εάν εσείς και ο πάροχός σας θέλετε να ζητήσετε εξαίρεση, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 8, Ενότητα 7.4 για να δείτε τι πρέπει να κάνετε.** Εξηγεί τις διαδικασίες και τις προθεσμίες που έχουν οριστεί από το Medicare για να βεβαιωθείτε ότι το αίτημά σας αντιμετωπίζεται άμεσα και δίκαια.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

---

**5.1 Τι μπορείτε να κάνετε εάν το φάρμακό σας βρίσκεται σε επίπεδο επιμερισμού δαπάνης που πιστεύετε ότι είναι πολύ υψηλό;**

Εάν το φάρμακό σας βρίσκεται σε επίπεδο επιμερισμού δαπάνης που πιστεύετε ότι είναι πολύ υψηλό, μπορείτε να κάνετε τα εξής:

**Μπορείτε να αλλάξετε σε άλλο φάρμακο**

Εάν το φάρμακό σας βρίσκεται σε επίπεδο επιμερισμού δαπάνης που πιστεύετε ότι είναι πολύ υψηλό, μιλήστε με τον πάροχό σας. Μπορεί να υπάρχει ένα διαφορετικό φάρμακο σε ένα χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού δαπάνης που μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικό για εσάς. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας ΤΤΥ καλούν στο 711) για να ζητήσετε έναν κατάλογο των καλυπτόμενων φαρμάκων που αντιμετωπίζουν την ίδια ιατρική πάθηση. Αυτός ο κατάλογος μπορεί να βοηθήσει τον πάροχό σας να βρει ένα καλυπτόμενο φάρμακο που μπορεί να είναι αποτελεσματικό για εσάς.

**Μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση**

Εσείς και ο πάροχός σας μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμα να κάνει μια εξαίρεση στο επίπεδο επιμερισμού δαπάνης για το φάρμακο, ώστε να πληρώσετε λιγότερα για αυτό. Εάν ο πάροχός σας δηλώσει ότι υπάρχει ιατρικός λόγος που δικαιολογεί την υποβολή αιτήματος για εξαίρεση, μπορεί να σας βοηθήσει να υποβάλετε το αίτημα αυτό.

Εάν εσείς και ο πάροχός σας θέλετε να ζητήσετε εξαίρεση, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9, Ενότητα 7 για να δείτε τι πρέπει να κάνετε. Εξηγεί τις διαδικασίες και τις προθεσμίες που έχουν οριστεί από το Medicare για να βεβαιωθείτε ότι το αίτημά σας αντιμετωπίζεται άμεσα και δίκαια.

Τα φάρμακα στο Επίπεδο 5 – Ειδικά Φάρμακα δεν είναι επιλέξιμα για αυτόν τον τύπο εξαίρεσης. Δεν μειώνουμε το ποσό επιμερισμού δαπάνης για τα φάρμακα σε αυτό το επίπεδο.

**6 Ο Κατάλογος Φαρμάκων μας μπορεί να αλλάξει κατά τη διάρκεια του έτους**

---

Οι περισσότερες από τις αλλαγές στην κάλυψη φαρμάκων συμβαίνουν στην αρχή κάθε έτους (1 Ιανουαρίου). Ωστόσο, κατά τη διάρκεια του έτους, το πρόγραμμα μπορεί να κάνει κάποιες αλλαγές στον Κατάλογο Φαρμάκων. Για παράδειγμα, στο πρόγραμμα υπάρχουν τα εξής ενδεχόμενα:

- Προσθήκη ή αφαίρεση φαρμάκων από τον Κατάλογο Φαρμάκων.
- Προσθήκη ή κατάργηση ενός περιορισμού στην κάλυψη για ένα φάρμακο.
- Αντικατάσταση ενός επώνυμου φαρμάκου με μια γενική έκδοση του φαρμάκου.
- Αντικατάσταση ενός πρωτότυπου βιολογικού προϊόντος με μια εναλλάξιμη βιομοειδή έκδοση του βιολογικού προϊόντος.

Πρέπει να ακολουθήσουμε τις απαιτήσεις του Medicare πριν αλλάξουμε τον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος.

**Πληροφορίες σχετικά με αλλαγές στην κάλυψη των φαρμάκων**

Όταν συμβαίνουν αλλαγές στον “Κατάλογο Φαρμάκων”, δημοσιεύουμε πληροφορίες στον ιστότοπό μας σχετικά με αυτές τις αλλαγές. Επικαιροποιούμε επίσης τον διαδικτυακό μας “Κατάλογο Φαρμάκων” σε τακτική

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

προγραμματισμένη βάση. Μερικές φορές θα ειδοποιηθείτε άμεσα αν έγιναν αλλαγές για ένα φάρμακο που παίρνετε.

**Αλλαγές στην κάλυψη φαρμάκων που σας επηρεάζουν κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους προγραμματισμού**

- **Προσθήκη νέων φαρμάκων στον Κατάλογο Φαρμάκων και άμεση αφαίρεση ή πραγματοποίηση αλλαγών σε ένα παρόμοιο φάρμακο στον Κατάλογο Φαρμάκων.**
  - Ενδέχεται να αφαιρέσουμε αμέσως ένα παρόμοιο φάρμακο από τον Κατάλογο Φαρμάκων, να μετακινήσουμε το παρόμοιο φάρμακο σε διαφορετικό επίπεδο επιμερισμού δαπάνης, να προσθέσουμε νέους περιορισμούς ή και τα δύο. Η νέα έκδοση του φαρμάκου θα βρίσκεται στο ίδιο ή σε χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού δαπάνης και με τους ίδιους ή λιγότερους περιορισμούς.
  - Θα κάνουμε αυτές τις άμεσες αλλαγές μόνο εάν προσθέσουμε μια νέα γενόσημη έκδοση ενός επώνυμου φαρμάκου ή προσθέσουμε ορισμένες νέες βιοομοειδείς εκδόσεις ενός αρχικού βιολογικού προϊόντος που ήταν ήδη στον Κατάλογο Φαρμάκων.
  - Ενδέχεται να προβούμε σε αυτές τις αλλαγές αμέσως και να σας ενημερώσουμε αργότερα, ακόμη και αν λαμβάνετε το φάρμακο που αφαιρούμε ή πραγματοποιούμε αλλαγές. Εάν παίρνετε το παρόμοιο φάρμακο τη στιγμή που κάνουμε την αλλαγή, θα σας ενημερώσουμε για οποιαδήποτε συγκεκριμένη αλλαγή που κάναμε.
- **Προσθήκη φαρμάκων στον Κατάλογο Φαρμάκων και αφαίρεση ή πραγματοποίηση αλλαγών σε ένα παρόμοιο φάρμακο στον Κατάλογο Φαρμάκων με έγκαιρη προειδοποίηση.**
  - Όταν προσθέτουμε μια άλλη έκδοση ενός φαρμάκου στον Κατάλογο Φαρμάκων, ενδέχεται να αφαιρέσουμε ένα παρόμοιο φάρμακο από τον Κατάλογο Φαρμάκων, να το μετακινήσουμε σε διαφορετικό επίπεδο επιμερισμού δαπάνης, να προσθέσουμε νέους περιορισμούς ή και τα δύο. Η έκδοση του φαρμάκου που προσθέτουμε θα είναι στο ίδιο ή σε χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού δαπάνης και με τους ίδιους ή λιγότερους περιορισμούς.
  - Θα κάνουμε αυτές τις αλλαγές μόνο εάν προσθέσουμε μια νέα γενόσημη έκδοση ενός επώνυμου φαρμάκου ή προσθέσουμε ορισμένες νέες βιοομοειδείς εκδόσεις ενός αρχικού βιολογικού προϊόντος που ήταν ήδη στον Κατάλογο Φαρμάκων.
  - Θα σας ενημερώσουμε τουλάχιστον 30 ημέρες πριν κάνουμε την αλλαγή ή θα σας ενημερώσουμε σχετικά με την αλλαγή και θα καλύψουμε μια γεμίματος 31 ημερών της έκδοσης του φαρμάκου που παίρνετε.
- **Μη ασφαλή φάρμακα και άλλα φάρμακα στον “Κατάλογο Φαρμάκων” που αποσύρονται από την αγορά**
  - Μερικές φορές ένα φάρμακο μπορεί να θεωρηθεί μη ασφαλές ή να αποσυρθεί από την αγορά για άλλο λόγο. Εάν συμβεί αυτό, ενδέχεται να αφαιρέσουμε αμέσως το φάρμακο από τον “Κατάλογο Φαρμάκων”. Εάν παίρνετε αυτό το φάρμακο, θα σας ενημερώσουμε αφότου κάνουμε την αλλαγή.
- **Άλλες αλλαγές στα φάρμακα στον “Κατάλογο Φαρμάκων”.**
  - Μπορεί να κάνουμε άλλες αλλαγές μόλις ξεκινήσει το έτος που επηρεάζουν τα φάρμακα που παίρνετε. Ενδέχεται επίσης να κάνουμε αλλαγές με βάση τις προειδοποιήσεις του FDA ή τις νέες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές που αναγνωρίζονται από το Medicare.
  - Θα σας ενημερώσουμε τουλάχιστον 30 ημέρες πριν από την πραγματοποίηση αυτών των αλλαγών ή θα σας ενημερώσουμε σχετικά με την αλλαγή και θα καλύψουμε μια επιπλέον πλήρωση 31 ημερών του φαρμάκου που λαμβάνετε.

Εάν κάνουμε οποιαδήποτε από αυτές τις αλλαγές σε οποιοδήποτε από τα φάρμακα που παίρνετε, μιλήστε με τον συνταγογραφούντα σας σχετικά με τις επιλογές που θα λειτουργούσαν καλύτερα για εσάς, μεταξύ

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

---

άλλων αλλάζοντας σε διαφορετικό φάρμακο για τη θεραπεία της πάθησής σας ή ζητώντας μια απόφαση κάλυψης για να ικανοποιήσετε τυχόν νέους περιορισμούς σχετικά με το φάρμακο που παίρνετε. Εσείς ή ο συνταγογράφος σας μπορείτε να μας ζητήσετε εξαίρεση για να συνεχίσετε να καλύπτετε το φάρμακο ή την έκδοση του φαρμάκου που λαμβάνετε. Για πληροφορίες σχετικά με το πώς μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9.

**Αλλαγές στον Κατάλογο Φαρμάκων που δεν σας επηρεάζουν κατά τη διάρκεια αυτού του έτους του προγράμματος**

Ενδέχεται να προβούμε σε ορισμένες αλλαγές στον Κατάλογο Φαρμάκων που δεν περιγράφονται παραπάνω. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αλλαγή δεν θα ισχύει για εσάς εάν παίρνετε το φάρμακο όταν γίνεται η αλλαγή. Ωστόσο, αυτές οι αλλαγές πιθανότατα θα σας επηρεάσουν από την 1η Ιανουαρίου του επόμενου έτους του προγράμματος, εάν παραμείνετε στο ίδιο πρόγραμμα.

Σε γενικές γραμμές, οι αλλαγές που δεν θα σας επηρεάσουν κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους προγράμματος είναι:

- Μεταφέρουμε το φάρμακό σας σε υψηλότερο επίπεδο επιμερισμού δαπάνης.
- Θέτουμε έναν νέο περιορισμό στη χρήση του φαρμάκου σας.
- Καταργούμε το φάρμακό σας από τον Κατάλογο φαρμάκων.

Εάν οποιαδήποτε από αυτές τις αλλαγές συμβεί για ένα φάρμακο που παίρνετε (εκτός από την απόσυρση από την αγορά, ένα γενόσημο φάρμακο που αντικαθιστά ένα επώνυμο φάρμακο ή άλλη αλλαγή που σημειώνεται στις παραπάνω ενότητες), η αλλαγή δεν θα επηρεάσει τη χρήση σας ή αυτό που πληρώνετε ως μερίδιο του κόστους μέχρι την 1η Ιανουαρίου του επόμενου έτους.

Δεν θα σας ενημερώσουμε για αυτούς τους τύπους αλλαγών απευθείας κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους του προγράμματος. Θα χρειαστεί να ελέγξετε τον Κατάλογο Φαρμάκων για το επόμενο έτος του προγράμματος (όταν ο κατάλογος είναι διαθέσιμος κατά τη διάρκεια της ανοικτής περιόδου εγγραφής) για να δείτε αν υπάρχουν αλλαγές στα φάρμακα που παίρνετε που θα σας επηρεάσουν κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους του προγράμματος.

---

**7 Τύποι φαρμάκων που δεν καλύπτουμε**

---

Εξαιρούνται ορισμένα είδη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Αυτό σημαίνει ότι το Medicare δεν πληρώνει για αυτά τα φάρμακα.

Εάν προχωρήσετε σε ένσταση και διαπιστωθεί ότι το ζητούμενο φάρμακο δεν εξαιρείται βάσει του Μέρους D, θα το πληρώσουμε ή θα το καλύψουμε. (Για πληροφορίες σχετικά με την ένσταση κατά απόφασης, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 9.) Εάν το φάρμακο που εξαιρείται από το πρόγραμμά μας αποκλείεται επίσης από το Medicaid, πρέπει να το πληρώσετε μόνοι σας.

Ακολουθούν 3 γενικοί κανόνες σχετικά με τα φάρμακα που τα προγράμματα φαρμάκων Medicare δεν θα καλύψουν στο Μέρος D:

- Η κάλυψη φαρμάκων του Μέρους D του προγράμματος μας δεν μπορεί να καλύψει ένα φάρμακο που θα καλυπτόταν από το Medicare Part A ή Part B.
- Το πρόγραμμά μας δεν μπορεί να καλύψει ένα φάρμακο που αγοράζεται εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών ή των εδαφών τους.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

- Η κάλυψη για χρήση *εκτός ετικέτας* επιτρέπεται μόνο όταν η χρήση υποστηρίζεται από ορισμένες αναφορές, όπως το American Hospital Formulary Service Drug Information και το Micromedex DRUGDEX Information System. Η χρήση *εκτός ετικέτας* είναι οποιαδήποτε χρήση του φαρμάκου εκτός από εκείνες που αναφέρονται στην ετικέτα ενός φαρμάκου, όπως έχει εγκριθεί από την FDA.

Επιπλέον, σύμφωνα με το νόμο, οι ακόλουθες κατηγορίες φαρμάκων που αναφέρονται παρακάτω δεν καλύπτονται από το Medicare. Ωστόσο, ορισμένα από αυτά τα φάρμακα ενδέχεται να καλύπτονται για εσάς στο πλαίσιο της κάλυψης φαρμάκων Medicaid. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων Medicaid, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών ή το πολιτειακό γραφείο του Medicaid (τα στοιχεία επικοινωνίας παρατίθενται στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6).

- Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ονομάζονται επίσης φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή)
  - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την ενίσχυση της γονιμότητας
  - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του βήχα ή του κρυολογήματος
  - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για καλλυντικούς σκοπούς ή για την προώθηση της ανάπτυξης των μαλλιών
  - Συνταγογραφούμενες βιταμίνες και ανόργανα προϊόντα, εκτός από προγεννητικές βιταμίνες και παρασκευάσματα φθορίου
  - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σεξουαλικής ή στυτικής δυσλειτουργίας
  - Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ανορεξίας, την απώλεια ή την αύξηση βάρους
  - Φάρμακα εξωτερικών ασθενών για τα οποία ο κατασκευαστής έχει θέσει ως προϋπόθεση πώλησής τους ότι θα αγοραστούν οι σχετικές δοκιμές ή υπηρεσίες παρακολούθησης αποκλειστικά από τον ίδιο

Εάν λάβετε Extra Help για να πληρώσετε για τις συνταγές σας, το Extra Help δεν θα πληρώσει για φάρμακα που κανονικά δεν καλύπτονται. Εάν έχετε κάλυψη φαρμάκων μέσω του Medicaid, το πολιτειακό πρόγραμμα Medicaid μπορεί να καλύπτει ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα που συνήθως δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα φαρμάκων Medicare. Επικοινωνήστε με το πολιτειακό πρόγραμμα Medicaid για να καθορίσετε ποια κάλυψη φαρμάκων μπορεί να είναι διαθέσιμη σε εσάς. (Βρείτε αριθμούς τηλεφώνου και στοιχεία επικοινωνίας για το Medicaid στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 6.)

**8 Πώς να εκτελέσετε μια συνταγή**

Για να εκτελέσετε τη συνταγή σας, δώστε τα στοιχεία μέλους του προγράμματός σας, τα οποία μπορείτε να βρείτε στην κάρτα μέλους σας, στο φαρμακείο δικτύου που έχετε επιλέξει. Το φαρμακείο δικτύου θα χρεώσει αυτόματα το πρόγραμμά μας για το μερίδιό μας στη δαπάνη του φαρμάκου σας. Θα χρειαστεί να πληρώσετε το μερίδιό σας στη δαπάνη στο φαρμακείο, όταν παραλάβετε τη συνταγή σας.

Εάν δεν έχετε μαζί σας τις πληροφορίες συμμετοχής στο πρόγραμμα, εσείς ή το φαρμακείο μπορείτε να καλέσετε το πρόγραμμα για να λάβετε τις πληροφορίες ή μπορείτε να ζητήσετε από το φαρμακείο να αναζητήσει τις πληροφορίες εγγραφής στο πρόγραμμα.

Εάν το φαρμακείο δεν μπορεί να λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες, **μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε ολόκληρο το κόστος της συνταγής όταν την παραλάβετε**. Μπορείτε στη συνέχεια να **μας ζητήσετε να σας**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

---

**αποζημιώσουμε** για το μερίδιό μας. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 7, Ενότητα 2 για πληροφορίες σχετικά με το πώς μπορείτε να ζητήσετε αποζημίωση από το πρόγραμμα.

## **9 Κάλυψη φαρμάκων Μέρους D σε ειδικές καταστάσεις**

---

### **9.1 Σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα για διαμονή που καλύπτεται από το πρόγραμμά μας**

Εάν κάνετε εισαγωγή σε νοσοκομείο ή σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα και η διαμονή σας καλύπτεται από το πρόγραμμα, θα καλύψουμε το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας. Μόλις φύγετε από το νοσοκομείο ή την εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα, το πρόγραμμα θα καλύψει τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας, εφόσον τα φάρμακα πληρούν όλους τους κανόνες κάλυψης που περιγράφονται σε αυτό το κεφάλαιο.

### **9.2 Ως κάτοικος σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας (LTC)**

Συνήθως, μια εγκατάσταση μακροχρόνιας φροντίδας (LTC) (όπως ένα γηροκομείο) έχει δικό του φαρμακείο ή χρησιμοποιεί ένα φαρμακείο που προμηθεύει φάρμακα για όλους τους ενοίκους. Εάν είστε ένοικος μιας εγκατάστασης LTC, μπορείτε να προμηθευτείτε τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας μέσω του φαρμακείου της εγκατάστασης ή αυτού που χρησιμοποιεί, εφόσον είναι μέρος του δικτύου μας.

Ελέγξτε τον δικό σας *Κατάλογο Παρόχων/Φαρμακείων* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) για να μάθετε εάν το φαρμακείο του κέντρου LTC ή αυτό που χρησιμοποιεί είναι μέρος του δικτύου μας. Εάν δεν είναι ή εάν χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες ή βοήθεια, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες TTY μπορούν να καλούν το 711). Εάν βρίσκεστε σε εγκατάσταση LTC, πρέπει να διασφαλίσουμε ότι μπορείτε να λαμβάνετε τακτικά τις παροχές του Μέρους D μέσω του δικτύου φαρμακείων LTC.

Εάν είστε κάτοικος σε μια εγκατάσταση LTC και χρειάζεστε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Φαρμάκων μας ή δεν υπόκειται σε περιορισμούς με κάποιο τρόπο, μεταβείτε στην ενότητα 5 για πληροφορίες σχετικά με την προσωρινή παροχή ή την παροχή έκτακτης ανάγκης.

### **9.3 Αν λαμβάνετε επίσης κάλυψη φαρμάκων από ένα ομαδικό πρόγραμμα εργοδότη ή συνταξιούχου**

Εάν έχετε άλλη κάλυψη φαρμάκων μέσω του εργοδότη ή της ομάδας συνταξιούχων σας (ή του/της συζύγου ή του/της συντρόφου σας), επικοινωνήστε με **τον διαχειριστή παροχών αυτής της ομάδας**. Ο διαχειριστής παροχών μπορεί να σας βοηθήσει να καταλάβετε πώς θα λειτουργήσει η τρέχουσα κάλυψη φαρμάκων με το πρόγραμμά μας.

Γενικά, εάν έχετε κάλυψη από ομάδα εργαζομένων ή συνταξιούχων, η κάλυψη φαρμάκων που λαμβάνετε από εμάς θα είναι *δευτερεύουσα σε σχέση* με την κάλυψη της ομάδας σας. Αυτό σημαίνει ότι η κάλυψη της ομάδας σας θα πληρώσει πρώτα.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

---

**Ειδική σημείωση σχετικά με την αξιόπιστη κάλυψη:**

Κάθε χρόνο, ο εργοδότης σας ή η ομάδα συνταξιούχων στην οποία ανήκετε θα πρέπει να σας στέλνει μια ειδοποίηση που θα αναφέρει αν η κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων για το επόμενο ημερολογιακό έτος είναι αξιόπιστη.

Εάν η κάλυψη από το σχέδιο της ομάδας είναι αξιόπιστη, αυτό σημαίνει ότι το σχέδιο έχει κάλυψη φαρμάκων που αναμένεται να πληρώσει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον όσο και η τυπική κάλυψη φαρμάκων Medicare.

**Φυλάξτε τυχόν ειδοποιήσεις σχετικά με την αξιόπιστη κάλυψη**, επειδή μπορεί να χρειαστείτε αυτές τις ειδοποιήσεις αργότερα για να δείξετε ότι διατηρήσατε την αξιόπιστη κάλυψη. Εάν δεν λάβατε την ειδοποίηση αξιόπιστης κάλυψης, ζητήστε ένα αντίγραφο από τον διαχειριστή παροχών του εργοδότη ή της ομάδας συνταξιούχων, ή από τον εργοδότη ή το σωματείο.

#### **9.4 Αν βρίσκεστε σε ίδρυμα ανακουφιστικής περίθαλψης πιστοποιημένο από το Medicare**

Τα κέντρα ανακουφιστικής περίθαλψης και το πρόγραμμά μας δεν καλύπτουν ταυτόχρονα το ίδιο φάρμακο. Εάν είστε εγγεγραμμένοι στην ανακουφιστική περίθαλψη Medicare και χρειάζεστε ορισμένα φάρμακα (π.χ., φάρμακα κατά της ναυτίας, καθαρτικά, φάρμακα για τον πόνο ή φάρμακα κατά του άγχους) που δεν καλύπτονται από το κέντρο ανακουφιστικής περίθαλψης επειδή δεν σχετίζονται με την ανίατη ασθένειά σας και τις σχετικές παθήσεις, το πρόγραμμά μας πρέπει να λάβει ειδοποίηση είτε από τον συνταγογράφο είτε από τον πάροχο ανακουφιστικής περίθαλψής σας ότι το φάρμακο δεν σχετίζεται προτού το πρόγραμμά μας μπορέσει να καλύψει το φάρμακο. Για να αποφύγετε καθυστερήσεις στη λήψη αυτών των φαρμάκων που θα πρέπει να καλύπτονται από το πρόγραμμά μας, ζητήστε από τον πάροχο ανακουφιστικής περίθαλψης σας ή τον συνταγογράφο να σας ειδοποιεί πριν από την εκτέλεση της συνταγής σας.

Σε περίπτωση που είτε ανακαλέσετε την επιλογή της ανακουφιστικής σας περίθαλψης είτε πάρετε εξιτήριο από κέντρο ανακουφιστικής περίθαλψης, το πρόγραμμά μας θα πρέπει να καλύπτει τα φάρμακά σας όπως εξηγείται σε αυτό το έγγραφο. Για να αποφύγετε τυχόν καθυστερήσεις σε ένα φαρμακείο όταν λήξει η παροχή ανακουφιστικής περίθαλψης Medicare, φέρτε τεκμηρίωση στο φαρμακείο για να επαληθεύσετε την ανάκληση ή το εξιτήριό σας.

## **10 Προγράμματα για την ασφάλεια των φαρμάκων και τη διαχείριση φαρμάκων**

---

Πραγματοποιούμε ελέγχους χρήσης φαρμάκων για να διασφαλίσουμε ότι τα μέλη μας λαμβάνουν ασφαλή και κατάλληλη περίθαλψη.

Κάνουμε μια αναθεώρηση κάθε φορά που εκτελείτε μια συνταγή. Ελέγχουμε επίσης τα αρχεία μας σε τακτική βάση. Κατά τη διάρκεια αυτών των αναθεωρήσεων, αναζητούμε πιθανά προβλήματα όπως:

- Πιθανά λάθη στη φαρμακευτική αγωγή
- Φάρμακα που μπορεί να μην είναι απαραίτητα επειδή παίρνετε άλλο φάρμακο για τη θεραπεία της ίδιας νόσου
- Φάρμακα που μπορεί να μην είναι ασφαλή ή κατάλληλα λόγω της ηλικίας ή του φύλου σας
- Ορισμένοι συνδυασμοί φαρμάκων που θα μπορούσαν να σας βλάψουν εάν ληφθούν ταυτόχρονα
- Συνταγές για φάρμακα που έχουν συστατικά στα οποία είστε αλλεργικοί

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

- Πιθανά σφάλματα στην ποσότητα (δοσολογία) ενός φαρμάκου που παίρνετε
- Μη ασφαλείς ποσότητες οπιοειδών φαρμάκων για τον πόνο

Εάν δούμε ένα πιθανό πρόβλημα στη χρήση των φαρμάκων σας, θα συνεργαστούμε με τον πάροχό σας για να διορθώσουμε το πρόβλημα.

### **10.1 Πρόγραμμα Drug Management Program (DMP) για να βοηθήσει τα μέλη να χρησιμοποιούν με ασφάλεια τα οπιοειδή φάρμακα**

Έχουμε ένα πρόγραμμα που βοηθά να βεβαιωθείτε ότι τα μέλη χρησιμοποιούν με ασφάλεια συνταγογραφούμενα οπιοειδή και άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά. Αυτό το πρόγραμμα ονομάζεται Drug Management Program (DMP). Εάν χρησιμοποιείτε οπιοειδή φάρμακα που λαμβάνετε από διάφορους ιατρούς ή φαρμακεία ή εάν πρόσφατα λάβατε υπερβολική δόση οπιοειδών, ενδέχεται να επικοινωνήσουμε με τους ιατρούς που σας τα συνταγογραφούν, προκειμένου να βεβαιωθούμε ότι η χρήση οπιοειδών φαρμάκων είναι κατάλληλη και ιατρικά απαραίτητη. Σε συνεργασία με τους γιατρούς σας, εάν αποφασίσουμε ότι η χρήση συνταγογραφούμενων οπιοειδών ή βενζοδιαζεπινών φαρμάκων μπορεί να μην είναι ασφαλής, ενδέχεται να περιορίσουμε τον τρόπο με τον οποίο μπορείτε να πάρετε αυτά τα φάρμακα. Εάν σας τοποθετήσουμε στο DMP μας, οι περιορισμοί μπορεί να είναι:

- Να απαιτήσουμε να πάρετε όλες τις συνταγές σας για οπιοειδή ή βενζοδιαζεπίνες φάρμακα από συγκεκριμένα φαρμακεία
- Να απαιτήσουμε να πάρετε όλες τις συνταγές σας για οπιοειδή ή βενζοδιαζεπίνη φάρμακα από συγκεκριμένους γιατρούς
- Να περιορίσουμε την ποσότητα των οπιοειδών ή φαρμάκων με βενζοδιαζεπίνες που θα καλύψουμε για εσάς

Εάν σκοπεύουμε να περιορίσουμε τον τρόπο με τον οποίο μπορείτε να πάρετε αυτά τα φάρμακα ή πόσο μπορείτε να πάρετε, θα σας στείλουμε μια επιστολή εκ των προτέρων. Η επιστολή θα σας ενημερώσει εάν θα περιορίσουμε την κάλυψη αυτών των φαρμάκων για εσάς ή εάν θα σας ζητηθεί να λάβετε τις συνταγές για αυτά τα φάρμακα μόνο από συγκεκριμένους συνταγογράφους ή φαρμακεία. Θα έχετε την ευκαιρία να μας πείτε ποιους γιατρούς ή φαρμακεία προτιμάτε να χρησιμοποιείτε και για οποιαδήποτε άλλη πληροφορία πιστεύετε ότι είναι σημαντικό να γνωρίζουμε. Αφού είχατε την ευκαιρία να απαντήσετε, εάν αποφασίσουμε να περιορίσουμε την κάλυψή σας για αυτά τα φάρμακα, θα σας στείλουμε μια άλλη επιστολή που θα επιβεβαιώνει τον περιορισμό. Εάν πιστεύετε ότι κάναμε λάθος ή διαφωνείτε με την απόφασή μας ή με τον περιορισμό, εσείς και ο γιατρός σας έχετε το δικαίωμα να προχωρήσετε σε ένσταση. Αν υποβάλετε ένσταση, θα επανεξετάσουμε την υπόθεσή σας και θα σας εκδώσουμε μια απόφαση. Εάν συνεχίσουμε να απορρίπτουμε οποιοδήποτε μέρος του αιτήματός σας που σχετίζεται με τους περιορισμούς που ισχύουν για την πρόσβασή σας σε φάρμακα, θα στείλουμε αυτόματα την υπόθεσή σας σε έναν ανεξάρτητο αξιολογητή εκτός του προγράμματος μας. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9 για πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο άσκησης ένστασης.

Δεν θα ενταχθείτε στο πρόγραμμα DMP εάν πάσχετε από ορισμένες παθήσεις, όπως πόνος σχετιζόμενος με καρκίνο ή δρεπανοκυτταρική αναιμία, εάν λαμβάνετε νοσηλευτική περίθαλψη, ανακουφιστική περίθαλψη ή περίθαλψη τελικού σταδίου ζωής ή εάν διαμένετε σε εγκατάσταση μακροχρόνιας φροντίδας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Χρήση της κάλυψης του προγράμματος για φάρμακα του Μέρους D**

---

**10.2 Πρόγραμμα Medication Therapy Management (MTM) που βοηθάει τα μέλη να διαχειριστούν τα φάρμακά τους**

Έχουμε ένα πρόγραμμα που μπορεί να βοηθήσει τα μέλη μας με σύνθετες ανάγκες υγείας. Το πρόγραμμά μας ονομάζεται Medication Therapy Management (MTM). Αυτό το πρόγραμμα είναι εθελοντικό και δωρεάν. Μια ομάδα φαρμακοποιών και γιατρών ανέπτυξε το πρόγραμμα για εμάς, ώστε να διασφαλίσουμε ότι τα μέλη μας επωφελούνται στο έπακρο από τα φάρμακα που λαμβάνουν.

Ορισμένα μέλη που πάσχουν από συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις και λαμβάνουν φάρμακα που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο ποσό για το κόστος φαρμάκων ή συμμετέχουν σε πρόγραμμα DMP για την ασφαλή χρήση οπιοειδών, ενδέχεται να μπορούν να λάβουν υπηρεσίες μέσω ενός προγράμματος MTM. Εάν δικαιούστε συμμετοχή στο πρόγραμμα, ένας φαρμακοποιός ή άλλος επαγγελματίας υγείας θα σας παρέχει μια ολοκληρωμένη επισκόπηση όλων των φαρμάκων που λαμβάνετε. Κατά τη διάρκεια της αναθεώρησης, μπορείτε να μιλήσετε για τα φάρμακά σας, το κόστος σας και τυχόν προβλήματα ή ερωτήσεις που έχετε σχετικά με τη συνταγή σας και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Θα λάβετε μια γραπτή σύνοψη που έχει μια συνιστώμενη λίστα υποχρεώσεων που περιλαμβάνει τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσετε για να έχετε τα καλύτερα αποτελέσματα από τα φάρμακά σας. Θα λάβετε επίσης έναν Κατάλογο Φαρμάκων που θα περιλαμβάνει όλα τα φάρμακα που παίρνετε, πόσο παίρνετε και πότε και γιατί τα παίρνετε. Επιπλέον, τα μέλη του προγράμματος MTM θα λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την ασφαλή διάθεση συνταγογραφούμενων φαρμάκων που είναι ελεγχόμενες ουσίες.

Είναι καλή ιδέα να συζητήσετε με τον γιατρό σας σχετικά με τη λίστα των συνιστώμενων ενεργειών και τον κατάλογο φαρμάκων. Φέρτε την περίληψη μαζί σας στην επίσκεψή σας ή οποτεδήποτε μιλάτε με τους γιατρούς, τους φαρμακοποιούς και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Διατηρήστε τον Κατάλογο φαρμάκων σας ενημερωμένο και φροντίστε να τον έχετε μαζί σας (για παράδειγμα, με την ταυτότητά σας) σε περίπτωση που πάτε στο νοσοκομείο ή στα επείγοντα.

Εάν έχουμε ένα πρόγραμμα που ταιριάζει στις ανάγκες σας, θα σας εγγράψουμε αυτόματα σε αυτό και θα σας στείλουμε πληροφορίες. Αν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε, ενημερώστε μας και θα σας διαγράψουμε. Για ερωτήσεις σχετικά με αυτό το πρόγραμμα, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας ΤΤΥ καλούν στο ΤΤΥ711).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:****Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D****1 Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D**

Με τον όρο “φάρμακο” σε αυτό το κεφάλαιο εννοούμε ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο του Μέρους D. Δεν είναι όλα τα φάρμακα του Μέρους D. Ορισμένα φάρμακα εξαιρούνται από την κάλυψη του Μέρους D από τη νομοθεσία. Ορισμένα από τα φάρμακα που εξαιρούνται από την κάλυψη του Μέρους D καλύπτονται από το Medicare Part A ή το Part B.

Για να κατανοήσετε τα στοιχεία πληρωμής, πρέπει να γνωρίζετε ποια φάρμακα καλύπτονται, πού να εκτελέσετε τις συνταγές σας και ποιους κανόνες πρέπει να ακολουθείτε όταν λαμβάνετε τα καλυπτόμενα φάρμακά σας. Το Κεφάλαιο 5 εξηγεί αυτούς τους κανόνες. Όταν χρησιμοποιείτε το “Real-Time Benefit Tool” του προγράμματός μας για να αναζητήσετε κάλυψη φαρμάκων ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)), το κόστος που βλέπετε δείχνει μια εκτίμηση του ποσού συμμετοχής που αναμένεται να πληρώσετε. Μπορείτε επίσης να λάβετε πληροφορίες που παρέχονται στο “Real-Time Benefit Tool” καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).

**Πώς μπορείτε να λάβετε πληροφορίες σχετικά με το κόστος των φαρμάκων σας εάν λαμβάνετε Extra Help με το κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων του Μέρους D;**

Επειδή πληροίτε τις προϋποθέσεις για Medicaid, έχετε δικαίωμα και λαμβάνετε Extra Help από το Medicare για να πληρώσετε το κόστος του προγράμματος συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επειδή συμμετέχετε στο Extra Help, **ορισμένες πληροφορίες σε αυτά τα Αποδεικτικά κάλυψης σχετικά με το κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων του Μέρους D ενδέχεται να μην ισχύουν για εσάς.** Σας έχουμε στείλει ένα ξεχωριστό ένθετο, που λέγεται *Εγχειρίδιο αποδεικτικών κάλυψης για άτομα που λαμβάνουν Extra Help για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων* (γνωστό και ως *Εγχειρίδιο επιδότησης χαμηλού εισοδήματος ή Εγχειρίδιο LIS*), που σας ενημερώνει σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων. Αν δεν έχετε αυτό το ένθετο, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) και ζητήστε το *Εγχειρίδιο LIS*.

**1.1 Τύποι άμεσων εξόδων που μπορείτε να πληρώσετε για τα καλυπτόμενα φάρμακα**

Υπάρχουν διαφορετικοί 3 τύποι άμεσων εξόδων για τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D που μπορεί να σας ζητηθεί να πληρώσετε:

- **Εκπιπτόμενο** είναι το ποσό που πληρώνετε για τα φάρμακα προτού το πρόγραμμά μας αρχίσει να πληρώνει το μερίδιό του.
- Η **συμμετοχή στην πληρωμή** είναι ένα σταθερό ποσό που πληρώνετε κάθε φορά που εκτελείτε μια συνταγή.
- Η **συνασφάλιση** είναι ένα ποσοστό του συνολικού κόστους που πληρώνετε κάθε φορά που συμπληρώνετε μια συνταγή.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D****1.2 Πώς το Medicare υπολογίζει τα άμεσα κόστη σας**

Το Medicare έχει κανόνες σχετικά με το τι υπολογίζεται και τι δεν υπολογίζεται στα άμεσα έξοδα.

Ακολουθούν οι κανόνες που πρέπει να ακολουθήσουμε για να παρακολουθούμε τα άμεσα έξοδά σας.

**Αυτές οι πληρωμές περιλαμβάνονται στα άμεσα έξοδά σας**

Τα άμεσα έξοδά σας **περιλαμβάνουν** τις πληρωμές που αναφέρονται παρακάτω (εφόσον αφορούν καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D και ακολουθήσατε τους κανόνες για την κάλυψη των φαρμάκων που επεξηγούνται στο Κεφάλαιο 5):

- Το ποσό που πληρώνετε για φάρμακα όταν βρίσκεστε στα ακόλουθα στάδια πληρωμής φαρμάκων:
  - Το Στάδιο Εκπιπτόμενου Ποσού
  - Το Στάδιο Αρχικής Κάλυψης
- Τυχόν πληρωμές που πραγματοποιήσατε κατά τη διάρκεια αυτού του ημερολογιακού έτους ως μέλος άλλου προγράμματος φαρμάκων Medicare πριν ενταχθείτε στο πρόγραμμά μας
- Τυχόν πληρωμές για τα φάρμακά σας που γίνονται από την οικογένεια ή τους φίλους σας
- Τυχόν πληρωμές που γίνονται για τα φάρμακά σας από το “Extra Help” μέσω Medicare, τα προγράμματα υγείας του εργοδότη ή του συνδικάτου σας, την Ινδική Υπηρεσία Υγείας, τα προγράμματα βοήθειας για τα φάρμακα κατά του AIDS, τα Πολιτειακά Προγράμματα Φαρμακευτικής Βοήθειας (SPAP) και τις περισσότερες φιλανθρωπικές οργανώσεις

**Προχωρώντας στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης:**

Όταν εσείς (ή όσοι πληρώνουν για λογαριασμό σας) έχετε ξοδέψει συνολικά \$2,100 σε άμεσα έξοδα εντός του ημερολογιακού έτους, θα μεταβείτε από το Στάδιο Αρχικής Κάλυψης στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης.

**Αυτές οι πληρωμές δεν περιλαμβάνονται στα άμεσα έξοδά σας**

Τα άμεσα έξοδά σας **δεν περιλαμβάνουν** κανέναν από αυτούς τους τύπους πληρωμών:

- Φάρμακα που αγοράζετε εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών και των εδαφών τους
- Φάρμακα που δεν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας
- Φάρμακα που παίρνετε σε φαρμακείο εκτός δικτύου και δεν πληρούν τις απαιτήσεις του προγράμματος για κάλυψη εκτός δικτύου
- Φάρμακα εκτός του Μέρους D, συμπεριλαμβανομένων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που καλύπτονται από το Μέρος A ή το Μέρος B και άλλων φαρμάκων που εξαιρούνται από την κάλυψη του Medicare
- Συνταγογραφούμενα φάρμακα που καλύπτονται από το Μέρος A ή το Μέρος B
- Πληρωμές που πραγματοποιείτε προς φάρμακα σύμφωνα με την επιπλέον κάλυψή μας, τα οποία συνήθως δεν καλύπτονται από πρόγραμμα Medicare Drug Plan
- Πληρωμές που πραγματοποιείτε προς φάρμακα που συνήθως δεν καλύπτονται από πρόγραμμα Medicare Drug Plan

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D

- Πληρωμές για τα φάρμακά σας που πραγματοποιούνται από ορισμένα ασφαλιστικά προγράμματα και προγράμματα υγείας που χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση, όπως το TRICARE και το Veteran's Health Administration (VA)
- Πληρωμές για τα φάρμακά σας που γίνονται από τρίτους οι οποίοι δεσμεύονται νομικά να πληρώσουν τα έξοδα συνταγογράφησης (για παράδειγμα, αποζημίωση εργαζομένων).
- Πληρωμές από παρασκευαστές φαρμάκων στο πλαίσιο του προγράμματος Manufacturer Discount Program

*Υπενθύμιση:* Εάν οποιοσδήποτε οργανισμός, όπως αυτοί που αναφέρονται παραπάνω, καταβάλλει μέρος ή το σύνολο των άμεσων εξόδων σας για φάρμακα, πρέπει να ενημερώσετε το πρόγραμμά μας καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).

### Παρακολούθηση των συνολικών άμεσων εξόδων σας

- Η αναφορά Επεξήγηση των Παροχών Μέρους D (EOB) που λαμβάνετε περιλαμβάνει το τρέχον ποσό των άμεσων εξόδων σας. Όταν αυτό το ποσό ανέλθει σε \$2,100, η EOB του Μέρους D θα σας ενημερώσει ότι έχετε φύγει από το Στάδιο Αρχικής Κάλυψης και έχετε μεταβεί στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης.
- **Βεβαιωθείτε ότι έχουμε τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε.** Ανατρέξτε στην Ενότητα 3.1 για να δείτε τι μπορείτε να κάνετε για να βεβαιωθείτε ότι τα αρχεία μας σχετικά με το τι έχετε ξοδέψει είναι πλήρη και ενημερωμένα.

## 2 Στάδια πληρωμής φαρμάκων για τα μέλη Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Υπάρχουν **3 στάδια πληρωμής φαρμάκων** για την κάλυψη φαρμάκων στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Το ποσό που πληρώνετε για κάθε συνταγή εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεστε όταν εκτελείτε ή επανεκτελείτε μια συνταγή. Λεπτομέρειες για κάθε στάδιο εξηγούνται σε αυτό το κεφάλαιο. Τα στάδια είναι:

- **Στάδιο 1: Στάδιο Ετήσιου Εκπιπτόμενου Ποσού**
- **Στάδιο 2: Στάδιο Αρχικής Κάλυψης**
- **Στάδιο 3: Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης**

## 3 Η Επεξήγηση των Παροχών Μέρους D εξηγεί σε ποιο στάδιο πληρωμής βρίσκεστε

- Το πρόγραμμά μας παρακολουθεί το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σας και τις πληρωμές που κάνετε όταν λαμβάνετε συνταγές στο φαρμακείο. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να σας πούμε πότε έχετε περάσει από το ένα στάδιο πληρωμής φαρμάκων στο επόμενο. Παρακολουθούμε 2 τύπους κόστους

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D

- **Άμεσα έξοδα:** αυτό είναι το ποσό που πληρώσατε. Αυτό περιλαμβάνει το ποσό που πληρώσατε όταν λάβατε ένα καλυπτόμενο φάρμακο του Μέρους D, τυχόν πληρωμές για τα φάρμακά σας που πραγματοποιήθηκαν από την οικογένεια ή τους φίλους σας και τυχόν πληρωμές που πραγματοποιήθηκαν για τα φάρμακά σας από το Extra Help από το Medicare, τα προγράμματα υγείας του εργοδότη ή του σωματίου, την Υπηρεσία Indian Health Service, τα προγράμματα βοήθειας για τα φάρμακα κατά του AIDS, τις φιλανθρωπικές οργανώσεις και τα περισσότερα πολιτειακά προγράμματα φαρμακευτικής βοήθειας (SPAP).
- **Συνολικό κόστος φαρμάκων:** Αυτό είναι το σύνολο όλων των πληρωμών που πραγματοποιήθηκαν για τα καλυπτόμενα φάρμακά σας του Μέρους D. Περιλαμβάνει το ποσό που κατέβαλε το πρόγραμμα, το ποσό που καταβάλατε εσείς και το ποσό που κατέβαλαν άλλα προγράμματα ή οργανισμοί για τα φάρμακα που καλύπτονται από το Μέρος D.

Εάν έχετε εκτελέσει μία ή περισσότερες συνταγές μέσω του προγράμματος κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, θα σας στείλουμε μια αναφορά EOB Μέρους D. Η EOB Μέρους D περιλαμβάνει:

- **Πληροφορίες για τον συγκεκριμένο μήνα.** Αυτή η αναφορά παρέχει τα στοιχεία πληρωμής σχετικά με τις συνταγές που έχετε εκτελέσει κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα. Δείχνει το συνολικό κόστος των φαρμάκων, τι πλήρωσε το πρόγραμμα και τι πληρώσατε εσείς και άλλοι για λογαριασμό σας.
- **Σύνολα για το έτος από την 1η Ιανουαρίου.** Δείχνει το συνολικό κόστος των φαρμάκων και τις συνολικές πληρωμές για τα φάρμακά σας από την αρχή του έτους.
- **Πληροφορίες για τις τιμές των φαρμάκων.** Αυτές οι πληροφορίες θα εμφανίζουν τη συνολική τιμή του φαρμάκου και πληροφορίες σχετικά με τις αλλαγές της τιμής από την πρώτη εκτέλεση για κάθε αξίωση συνταγογράφησης της ίδιας ποσότητας.
- **Διαθέσιμες εναλλακτικές συνταγές χαμηλότερου κόστους.** Αυτό θα περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με άλλα διαθέσιμα φάρμακα με χαμηλότερο επιμερισμό δαπάνης για κάθε αξίωση συνταγογράφησης κατά περίπτωση.

### 3.1 Βοηθήστε μας να διατηρούμε ενημερωμένες τις πληροφορίες μας σχετικά με τις πληρωμές φαρμάκων σας

Για να παρακολουθούμε το κόστος των φαρμάκων σας και τις πληρωμές που κάνετε για φάρμακα, χρησιμοποιούμε αρχεία που λαμβάνουμε από τα φαρμακεία. Δείτε πώς μπορείτε να μας βοηθήσετε να διατηρήσουμε τις πληροφορίες σας έγκυρες και επικαιροποιημένες:

- **Δείξτε την κάρτα μέλους σας κάθε φορά που εκτελείτε μια συνταγή.** Αυτό μας βοηθά να βεβαιωθούμε ότι γνωρίζουμε τις συνταγές που εκτελείτε και τι πληρώνετε.
- **Βεβαιωθείτε ότι έχουμε τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε.** Υπάρχουν φορές που μπορείτε να πληρώσετε ολόκληρο το κόστος ενός συνταγογραφούμενου φαρμάκου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν θα λάβουμε αυτόματα τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για να παρακολουθούμε τα άμεσα έξοδά σας. Για να μας βοηθήσετε να παρακολουθούμε τα άμεσα έξοδά σας, προσκομίστε μας αντίγραφα των αποδείξεών σας. **Ακολουθούν παραδείγματα** για το πότε θα πρέπει να μας δώσετε αντίγραφα των αποδείξεων των φαρμάκων σας:
  - Όταν αγοράζετε ένα καλυπτόμενο φάρμακο σε ένα φαρμακείο δικτύου σε ειδική τιμή ή χρησιμοποιώντας μια εκπτώτικη κάρτα που δεν αποτελεί μέρος των παροχών του προγράμματός μας.
  - Όταν καταβάλετε μια συμμετοχή στην πληρωμή για φάρμακα που παρέχονται στο πλαίσιο ενός προγράμματος βοήθειας ασθενών ενός κατασκευαστή φαρμάκων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D

- Κάθε φορά που έχετε αγοράσει καλυπτόμενα φάρμακα σε φαρμακεία εκτός δικτύου ή που έχετε πληρώσει την πλήρη τιμή για ένα καλυπτόμενο φάρμακο υπό ειδικές συνθήκες.

Εάν χρεώνεστε για ένα καλυπτόμενο φάρμακο, μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να πληρώσει το μερίδιό μας στο κόστος. Για οδηγίες σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 7, Ενότητα 2.

- **Στείλτε μας πληροφορίες σχετικά με τις πληρωμές που έχουν κάνει άλλοι για εσάς.** Οι πληρωμές που πραγματοποιούνται από ορισμένα άλλα άτομα και οργανισμούς υπολογίζονται επίσης στα άμεσα έξοδά σας. Για παράδειγμα, οι πληρωμές που πραγματοποιούνται από ένα Πολιτειακό Πρόγραμμα Φαρμακευτικής Βοήθειας, ένα πρόγραμμα βοήθειας για τα φάρμακα του AIDS (ADAP), την υπηρεσία Indian Health Service και τις φιλανθρωπικές οργανώσεις υπολογίζονται στα άμεσα έξοδά σας. Κρατήστε ένα αρχείο αυτών των πληρωμών και στείλτε τις σε εμάς, ώστε να μπορούμε να παρακολουθούμε το κόστος σας.
- **Ελέγξτε τη γραπτή αναφορά που σας στέλνουμε.** Όταν λάβετε την EOB Μέρους D, ελέγξτε την για να βεβαιωθείτε ότι οι πληροφορίες είναι πλήρεις και σωστές. Εάν πιστεύετε ότι κάτι λείπει ή έχετε ερωτήσεις, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο TTY 711). Τα μέλη του προγράμματος μπορούν να έχουν πρόσβαση στα EOB τους online στο [Caremark.com](https://www.caremark.com). Φροντίστε να φυλάξετε αυτές τις αναφορές.

## 4 Το Στάδιο Εκπιπτόμενου Ποσού

Επειδή τα περισσότερα από τα μέλη μας λαμβάνουν Extra Help με το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους, το Στάδιο Εκπιπτόμενου Ποσού δεν ισχύει για τα περισσότερα μέλη. Εάν λάβετε Extra Help, αυτό το στάδιο πληρωμής δεν ισχύει για εσάς.

Εάν δεν λάβετε “Extra Help”, το Στάδιο Εκπιπτόμενου Ποσού είναι το πρώτο στάδιο πληρωμής για την κάλυψη των φαρμάκων σας. Το παρόν στάδιο αρχίζει, μόλις εκτελέσετε την πρώτη συνταγή του έτους. Όταν βρίσκεστε σε αυτό το στάδιο πληρωμής, **πρέπει να καταβάλετε το πλήρες κόστος των φαρμάκων σας** μέχρι να φτάσετε στο εκπιπτόμενο ποσό του προγράμματός μας, το οποίο είναι \$615 για το 2026. Η έκπτωση δεν ισχύει για τα καλυπτόμενα προϊόντα ινσουλίνης και τα περισσότερα εμβόλια του Μέρους D για ενήλικες, συμπεριλαμβανομένου του έρπητα ζωστήρα, του τετάνου και των εμβολίων ταξιδιωτών. Θα πληρώνετε ένα ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό \$615 στα Επίπεδα 2–5 των φαρμάκων. **Πρέπει να πληρώσετε το πλήρες κόστος των \$615 στα Επίπεδα 2–5 των φαρμάκων** μέχρι να φτάσετε το εκπιπτόμενο ποσό του προγράμματός μας. Για όλα τα άλλα φάρμακα, δεν θα χρειαστεί να πληρώσετε κανένα εκπιπτόμενο ποσό. Το **πλήρες κόστος** είναι συνήθως χαμηλότερο από την κανονική πλήρη τιμή του φαρμάκου, καθώς το πρόγραμμά μας έχει διαπραγματευτεί χαμηλότερο κόστος για τα περισσότερα φάρμακα στα φαρμακεία δικτύου. Το πλήρες κόστος δεν μπορεί να υπερβαίνει τη μέγιστη δίκαιη τιμή συν τα τέλη διανομής για φάρμακα με διαπραγματεύσιμες τιμές στο πλαίσιο του Medicare Drug Price Negotiation Program.

Αφού πληρώσετε \$615 στα Επίπεδα 2–5 των φαρμάκων, θα εγκαταλείψετε το Στάδιο Εκπιπτόμενου Ποσού και προχωράτε στο Στάδιο Αρχικής Κάλυψης.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D**

---

**5 Το Στάδιο Αρχικής Κάλυψης**

---

**5.1 Το τι πληρώνετε για ένα φάρμακο εξαρτάται από το φάρμακο και από το πού εκτελείτε τη συνταγή σας**

Στο Στάδιο Αρχικής Κάλυψης, το πρόγραμμα καλύπτει το δικό του μερίδιο στο κόστος των καλυπτόμενων φαρμάκων και εσείς πληρώνετε το δικό σας μερίδιο (τη συμμετοχή στην πληρωμή ή ένα ποσοστό συνασφάλισης). Το μερίδιό σας στο κόστος θα ποικίλλει ανάλογα με το φάρμακο και τον τόπο όπου εκτελείτε τη συνταγή σας.

**Το πρόγραμμά μας έχει έξι (6) επίπεδα επιμερισμού δαπάνης**

Κάθε φάρμακο στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος βρίσκεται σε ένα από τα έξι (6) επίπεδα επιμερισμού δαπάνης. Γενικά, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο επιμερισμού δαπάνης, τόσο υψηλότερο είναι το κόστος σας για το φάρμακο:

- Επίπεδο 1 – Προτιμώμενο γενόσημο
- Επίπεδο 2 – Γενόσημο
- Επίπεδο 3 – Προτιμώμενο επώνυμο φάρμακο
- Επίπεδο 4 – Μη προτιμώμενο φάρμακο
- Επίπεδο 5 – Ειδικά φάρμακα
- Επίπεδο 6 – Επιλεγμένα φάρμακα φροντίδας

Για να μάθετε σε ποιο επίπεδο επιμερισμού της δαπάνης βρίσκεται το φάρμακό σας, ανατρέξτε στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος.

**Οι επιλογές του φαρμακείου σας**

Το πόσο πληρώνετε για ένα φάρμακο εξαρτάται από το αν παίρνετε το φάρμακο από:

- Ένα φαρμακείο λιανικής πώλησης του δικτύου
- Ένα φαρμακείο που δεν ανήκει στο δίκτυο του προγράμματος. Καλύπτουμε συνταγές που εκτελούνται σε φαρμακεία εκτός δικτύου σε περιορισμένες μόνο περιπτώσεις. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 2.5 για να μάθετε πότε καλύπτουμε συνταγές που εκτελούνται σε φαρμακεία εκτός δικτύου.
- Φαρμακείο υπηρεσίας ταχυδρομικών παραγγελιών του προγράμματος.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτές τις επιλογές φαρμακείου και την εκτέλεση των συνταγών σας, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5 ή στον Κατάλογο Φαρμακείων του προγράμματός μας.

**5.2 Το κόστος σας για την προμήθεια ενός μηνός ενός καλυπτόμενου φαρμάκου**

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου Αρχικής Κάλυψης, το μερίδιό σας στο κόστος ενός καλυπτόμενου φαρμάκου θα είναι είτε μια συμμετοχή στην πληρωμή είτε μια συνασφάλιση.

Μερικές φορές το κόστος του φαρμάκου είναι χαμηλότερο από τη συμμετοχή σας στην πληρωμή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, πληρώνετε τη χαμηλότερη τιμή για το φάρμακο αντί για τη συμμετοχή στην πληρωμή.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D****Το κόστος σας για την προμήθεια ενός μηνός ενός καλυπτόμενου φαρμάκου Μέρους D**

<b>Επίπεδο</b>	<b>Τυπικός επιμερισμός δαπάνης εντός δικτύου λιανικής (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης ταχυδρομικής παραγγελίας (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης μακροχρόνιας φροντίδας (LTC) (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης εκτός δικτύου (Η κάλυψη περιορίζεται σε ορισμένες περιπτώσεις. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5 για λεπτομέρειες.) (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>
<b>Επίπεδο 1 επιμερισμού δαπάνης (Προτιμώμενο γενόσημο)</b>	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή
<b>Επίπεδο 2 επιμερισμού δαπάνης (Γενόσημο)</b>	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D**

<b>Επίπεδο</b>	<b>Τυπικός επιμερισμός δαπάνης εντός δικτύου λιανικής (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης ταχυδρομικής παραγγελίας (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης μακροχρόνιας φροντίδας (LTC) (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης εκτός δικτύου (Η κάλυψη περιορίζεται σε ορισμένες περιπτώσεις. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5 για λεπτομέρειες.) (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>
<b>Επίπεδο 3 επιμερισμού δαπάνης (Προτιμώμενο επώνυμο φάρμακο)</b>	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή
<b>Επίπεδο 4 επιμερισμού δαπάνης (Μη προτιμώμενο φάρμακο)</b>	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D**

<b>Επίπεδο</b>	<b>Τυπικός επιμερισμός δαπάνης εντός δικτύου λιανικής (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης ταχυδρομικής παραγγελίας (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης μακροχρόνιας φροντίδας (LTC) (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης εκτός δικτύου (Η κάλυψη περιορίζεται σε ορισμένες περιπτώσεις. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5 για λεπτομέρειες.) (έως προμήθεια 31 ημερών)</b>
<b>Επίπεδο 5 επιμερισμού δαπάνης (Ειδικά φάρμακα)</b>	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή
<b>Επίπεδο 6 επιμερισμού δαπάνης (Επιλεγμένα φάρμακα φροντίδας)</b>	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή

Ανατρέξτε στην Ενότητα 8 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον επιμερισμό δαπάνης για τα εμβόλια του Μέρους D.

### **5.3 Εάν ο γιατρός σας συνταγογραφήσει προμήθειες για λιγότερο από έναν ολόκληρο μήνα, ενδέχεται να μην χρειαστεί να πληρώσετε το κόστος των προμηθειών ολόκληρου του μήνα**

Συνήθως, το ποσό που πληρώνετε για ένα φάρμακο καλύπτει την προμήθεια ενός ολόκληρου μήνα. Μπορεί να υπάρχουν φορές που εσείς ή ο γιατρός σας θα θέλατε να έχετε λιγότερο από έναν μήνα προμήθεια ενός φαρμάκου (για παράδειγμα, όταν δοκιμάζετε ένα φάρμακο για πρώτη φορά). Μπορείτε επίσης να ζητήσετε

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D**

από τον γιατρό σας να συνταγογραφήσει και από τον φαρμακοποιό σας να διανείμει λιγότερο από έναν ολόκληρο μήνα, εάν αυτό θα σας βοηθήσει να προγραμματίσετε καλύτερα τις ημερομηνίες αναπλήρωσης.

Εάν λάβετε προμήθεια ορισμένων φαρμάκων για λιγότερο από έναν ολόκληρο μήνα, δεν θα χρειαστεί να πληρώσετε για την προμήθεια ολόκληρου του μήνα.

- Εάν είστε υπεύθυνος για τη συνασφάλιση, πληρώνετε ένα ποσοστό του συνολικού κόστους του φαρμάκου. Δεδομένου ότι η συνασφάλιση βασίζεται στο συνολικό κόστος του φαρμάκου, το κόστος σας θα είναι χαμηλότερο δεδομένου ότι το συνολικό κόστος για το φάρμακο θα είναι χαμηλότερο.
- Εάν είστε υπεύθυνοι για μια συγχρηματοδότηση για το φάρμακο, θα πληρώσετε μόνο για τον αριθμό των ημερών του φαρμάκου που λαμβάνετε αντί για έναν ολόκληρο μήνα. Θα υπολογίσουμε το ποσό που πληρώνετε ανά ημέρα για το φάρμακό σας (η ημερήσια τιμή επιμερισμού δαπάνης) και θα το πολλαπλασιάσουμε με τον αριθμό των ημερών του φαρμάκου που λαμβάνετε.

#### 5.4 Το κόστος σας για μια μακροχρόνια (έως 100 ημερών) προμήθεια ενός καλυπτόμενου φαρμάκου του Μέρους D

Για ορισμένα φάρμακα, μπορείτε να πάρετε μια μακροπρόθεσμη προμήθεια (που ονομάζεται επίσης εκτεταμένη προμήθεια). Μια μακροχρόνια προμήθεια διαρκεί έως και 100 ημέρες.

#### Το κόστος σας για μια μακροχρόνια προμήθεια ενός καλυπτόμενου φαρμάκου του Μέρους D

<b>Επίπεδο</b>	<b>Τυπικός επιμερισμός δαπάνης λιανικής (εντός δικτύου) (έως προμήθεια 100 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης ταχυδρομικής παραγγελίας (έως προμήθεια 100 ημερών)</b>
<b>Επίπεδο 1 επιμερισμού δαπάνης (Προτιμώμενο γενόσημο)</b>	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή
<b>Επίπεδο 2 επιμερισμού δαπάνης (Γενόσημο)</b>	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή
<b>Επίπεδο 3 επιμερισμού δαπάνης (Προτιμώμενο επώνυμο φάρμακο)</b>	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D**

<b>Επίπεδο</b>	<b>Τυπικός επιμερισμός δαπάνης Λιανικής (εντός δικτύου) (έως προμήθεια 100 ημερών)</b>	<b>Επιμερισμός δαπάνης ταχυδρομικής παραγγελίας (έως προμήθεια 100 ημερών)</b>
<b>Επίπεδο 4 επιμερισμού δαπάνης (Μη προτιμώμενο φάρμακο)</b>	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή	\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή στην πληρωμή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή στην πληρωμή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή
<b>Επίπεδο 5 επιμερισμού δαπάνης (Ειδικά φάρμακα)</b>	Μακροπρόθεσμη προμήθεια δεν είναι διαθέσιμη για φάρμακα της πέμπτης (5) βαθμίδας.	Μακροπρόθεσμη προμήθεια δεν είναι διαθέσιμη για φάρμακα της πέμπτης (5) βαθμίδας.
<b>Επίπεδο 6 επιμερισμού δαπάνης (Επιλεγμένα φάρμακα φροντίδας)</b>	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή	\$0 συμμετοχή στην πληρωμή

### **5.5 Παραμένετε στο Στάδιο Αρχικής Κάλυψης έως ότου το ποσό συμμετοχής σας για το έτος φτάσει \$2,100**

Παραμένετε στο Στάδιο Αρχικής Κάλυψης έως ότου το συνολικό ποσό συμμετοχής φτάσει τα \$2,100. Στη συνέχεια, μεταβαίνετε στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης.

Η αναφορά EOB Μέρους D που λαμβάνετε θα σας βοηθήσει να παρακολουθείτε πόσα χρήματα έχετε δαπανήσει εσείς, το πρόγραμμα και τυχόν τρίτα μέρη για λογαριασμό σας κατά τη διάρκεια του έτους. Δεν θα φτάσουν όλα τα μέλη το όριο \$2,100 άμεσων εξόδων σε ένα χρόνο.

Θα σας ενημερώσουμε αν φτάσετε αυτό το ποσό. Ανατρέξτε στην Ενότητα 1.3 σχετικά με τον τρόπο υπολογισμού του ποσού συμμετοχής σας από το Medicare.

## **6 Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης**

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου Καταστροφικής Κάλυψης, δεν πληρώνετε τίποτα για τα καλυπτόμενα φάρμακα Μέρους D. Μπαίνετε στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης, όταν το κόστος σας έχει φτάσει στο όριο των άμεσων εξόδων σας \$2,100 για το ημερολογιακό έτος. Μόλις βρεθείτε στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης, θα παραμείνετε σε αυτό το στάδιο πληρωμής μέχρι το τέλος του ημερολογιακού έτους.

Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου πληρωμής, δεν πληρώνετε τίποτα για τα φάρμακα που καλύπτονται από το Μέρος D.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D****7 Τι πληρώνετε για τα εμβόλια του Μέρους D**

**Σημαντικό μήνυμα σχετικά με το τι πληρώνετε για εμβόλια** – Ορισμένα εμβόλια θεωρούνται ιατρικές παροχές και καλύπτονται από το Μέρος B. Άλλα εμβόλια θεωρούνται φάρμακα του Μέρους D. Μπορείτε να βρείτε αυτά τα εμβόλια στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματος. Το πρόγραμμά μας καλύπτει τα περισσότερα ενήλικα εμβόλια του Μέρους D χωρίς κόστος για εσάς. Ανατρέξτε στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματός μας ή επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για λεπτομέρειες σχετικά με την κάλυψη και τον επιμερισμό δαπάνης συγκεκριμένων εμβολίων.

Υπάρχουν 2 μέρη για την κάλυψη των εμβολιασμών του Μέρους D:

- Το πρώτο σκέλος είναι το κόστος **του ίδιου του εμβολίου**.
- Το δεύτερο σκέλος αφορά το κόστος **χορήγησης του εμβολίου**. (Αυτό μερικές φορές ονομάζεται χορήγηση του εμβολίου.)

Το κόστος σας για έναν εμβολιασμό του Μέρους D εξαρτάται από 3 παράγοντες:

**1. Εάν το εμβόλιο συνιστάται για ενήλικες από έναν οργανισμό που ονομάζεται Συμβουλευτική Επιτροπή για τις Πρακτικές Εμβολιασμού (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**

- Τα περισσότερα εμβόλια ενηλίκων του Μέρους D συνιστώνται από το ACIP και δεν σας κοστίζουν τίποτα.

**2. Πού θα κάνετε το εμβόλιο.**

- Το ίδιο το εμβόλιο μπορεί να διανεμηθεί από φαρμακείο ή να παρασχεθεί από το ιατρείο του γιατρού.

**3. Ποιος σας κάνει το εμβόλιο.**

- Ένας φαρμακοποιός ή άλλος πάροχος μπορεί να χορηγήσει το εμβόλιο στο φαρμακείο. Εναλλακτικά, ένας πάροχος μπορεί να το χορηγήσει στο ιατρείο του.

Το ποσό που πληρώνετε τη στιγμή που λαμβάνετε τον εμβολιασμό του Μέρους D μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τις περιστάσεις και το **στάδιο πληρωμής του φαρμάκου** στο οποίο βρίσκεστε.

- Όταν κάνετε έναν εμβολιασμό, μπορεί να πρέπει να πληρώσετε ολόκληρο το κόστος τόσο για το ίδιο το εμβόλιο όσο και για το κόστος της χορήγησης του από τον πάροχο. Μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να σας επιστρέψει το μερίδιό μας από το κόστος. Για τα περισσότερα εμβόλια του Μέρους D για ενήλικες, αυτό σημαίνει ότι θα σας επιστραφεί ολόκληρο το κόστος που πληρώσατε.
- Άλλες φορές, όταν κάνετε ένα εμβόλιο, θα πληρώσετε μόνο το μερίδιό σας από τη δαπάνη στο πλαίσιο της παροχής του Μέρους D. Για τα περισσότερα εμβόλια ενηλίκων του Μέρους D, δεν πληρώσατε τίποτα.

Ακολουθούν 3 παραδείγματα τρόπων με τους οποίους μπορεί να λάβετε ένα εμβόλιο Μέρους D.

*Κατάσταση 1:* Λαμβάνετε το εμβόλιο του Μέρους D στο φαρμακείο δικτύου. (Το αν έχετε αυτή την επιλογή εξαρτάται από τον τόπο διαμονής σας. Ορισμένες πολιτείες δεν επιτρέπουν στα φαρμακεία να χορηγούν κάποια εμβόλια.)

- Για τα περισσότερα εμβόλια ενηλίκων του Μέρους D, δεν πληρώσατε τίποτα.
- Για άλλα εμβόλια του Μέρους D, θα πληρώσατε στο φαρμακείο τη συνασφάλιση ή τη συμμετοχή σας στην πληρωμή για το ίδιο το εμβόλιο, η οποία περιλαμβάνει το κόστος χορήγησης του εμβολίου.
- Το πρόγραμμά μας θα καλύψει το υπόλοιπο κόστος.

*Κατάσταση 2:* Λαμβάνετε το εμβόλιο του Μέρους D στο ιατρείο του γιατρού σας.

- Όταν λάβετε το εμβόλιο, μπορεί να χρειαστεί να πληρώσατε ολόκληρο το κόστος του ίδιου του εμβολίου και το κόστος για να σας το χορηγήσει ο πάροχος.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Τι πληρώνετε για τα φάρμακα Μέρους D**

---

- Στη συνέχεια, μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να πληρώσουμε το μερίδιό μας στο κόστος χρησιμοποιώντας τις διαδικασίες που περιγράφονται στο Κεφάλαιο 7.
- Για τα περισσότερα εμβόλια του Μέρους D για ενήλικες, θα σας επιστραφεί ολόκληρο το ποσό που πληρώσατε. Για άλλα εμβόλια του Μέρους D, θα σας επιστραφεί το ποσό που πληρώσατε μείον οποιαδήποτε συνασφάλιση ή συμμετοχή στην πληρωμή για το εμβόλιο (συμπεριλαμβανομένης της χορήγησής του) και μείον οποιαδήποτε διαφορά μεταξύ του ποσού που χρεώνει ο γιατρός και αυτού που πληρώνουμε κανονικά. (Εάν λαμβάνετε Extra Help, θα σας αποζημιώσουμε για αυτήν τη διαφορά).

*Κατάσταση 3:* Αγοράζετε το ίδιο το εμβόλιο του Μέρους D στο φαρμακείο δικτύου και στη συνέχεια το πηγαίνετε στο ιατρείο του ιατρού σας όπου σας κάνουν το εμβόλιο.

- Για τα περισσότερα εμβόλια για ενήλικες του Μέρους D, δεν θα πληρώσετε τίποτα για το ίδιο το εμβόλιο.
- Για άλλα εμβόλια του Μέρους D, θα πληρώσετε στο φαρμακείο τη συνασφάλισή σας ή τη συμμετοχή σας στην πληρωμή για το ίδιο το εμβόλιο.
- Όταν ο γιατρός σας σας χορηγήσει το εμβόλιο, μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε ολόκληρο το κόστος για αυτήν την υπηρεσία.
- Στη συνέχεια, μπορείτε να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να πληρώσουμε το μερίδιό μας στο κόστος χρησιμοποιώντας τις διαδικασίες που περιγράφονται στο Κεφάλαιο 7.
- Για τα περισσότερα εμβόλια του Μέρους D για ενήλικες, θα σας επιστραφεί ολόκληρο το ποσό που πληρώσατε. Για άλλα εμβόλια του Μέρους D, θα σας επιστραφεί το ποσό που πληρώσατε μείον τυχόν συνασφάλιση για τη χορήγηση του εμβολίου και μείον τυχόν διαφορά μεταξύ του ποσού που χρεώνει ο γιατρός και αυτού που πληρώνουμε κανονικά. (Εάν λαμβάνετε Extra Help, θα σας αποζημιώσουμε για αυτήν τη διαφορά).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Αίτημα πληρωμής ενός λογαριασμού για το δικό μας μερίδιο ενός λογαριασμού για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:****Αίτημα πληρωμής ενός λογαριασμού για το δικό μας μερίδιο ενός λογαριασμού για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα****1 Περιπτώσεις στις οποίες θα πρέπει να μας ζητήσετε να πληρώσουμε το μερίδιό μας για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες ή τα φάρμακα**

Οι πάροχοι του δικτύου μας χρεώνουν το πρόγραμμα απευθείας για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες και τα φάρμακά σας. Εάν λάβετε λογαριασμό για το πλήρες κόστος για ιατρική φροντίδα ή φάρμακα που έχετε λάβει, θα πρέπει να μας στείλετε αυτόν τον λογαριασμό για να μπορέσουμε να τον πληρώσουμε. Όταν μας στείλετε τον λογαριασμό, θα εξετάσουμε τον λογαριασμό και θα κρίνουν αν οι υπηρεσίες και τα φάρμακα πρέπει να καλυφθούν. Εάν κρίνουμε ότι πρέπει να καλυφθούν, θα πληρώσουμε απευθείας τον πάροχο.

**Εάν έχετε ήδη πληρώσει για μια υπηρεσία Medicare ή ένα είδος που καλύπτεται από το πρόγραμμα,** μπορείτε να ζητήσετε επιστροφή χρημάτων από το πρόγραμμά μας (η επιστροφή χρημάτων συχνά ονομάζεται **αποζημίωση**). Είναι δικαίωμά σας να λάβετε επιστροφή χρημάτων από το πρόγραμμά μας κάθε φορά που έχετε πληρώσει παραπάνω από το μερίδιο του κόστους σας για ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας. Μπορεί να υπάρχουν προθεσμίες που πρέπει να τηρήσετε για να αποζημιωθείτε. Μεταβείτε στην Ενότητα 2 αυτού του κεφαλαίου. Όταν μας στείλετε έναν λογαριασμό που έχετε ήδη πληρώσει, θα εξετάσουμε τον λογαριασμό και θα κρίνουν αν οι υπηρεσίες ή τα φάρμακα πρέπει να καλυφθούν. Εάν αποφασίσουμε ότι πρέπει να καλυφθούν, θα σας επιστρέψουμε τα χρήματα που καταβάλατε για τις υπηρεσίες ή τα φάρμακα.

Μπορεί επίσης να υπάρχουν φορές που λαμβάνετε λογαριασμό από έναν πάροχο για το πλήρες κόστος της ιατρικής φροντίδας που έχετε λάβει ή ενδεχομένως για περισσότερο από το μερίδιό σας στον επιμερισμό δαπάνης. Πρώτα προσπαθήστε να επιλύσετε τον λογαριασμό με τον πάροχο. Εάν δεν έχετε το επιθυμητό αποτέλεσμα, στείλτε μας τον λογαριασμό αντί να τον πληρώσετε. Θα εξετάσουμε τον λογαριασμό και θα κρίνουμε αν θα πρέπει να καλύπτονται οι υπηρεσίες. Εάν κρίνουμε ότι πρέπει να καλυφθούν, θα πληρώσουμε απευθείας τον πάροχο. Εάν αποφασίσουμε να μην τις καλύψουμε, θα ειδοποιήσουμε τον πάροχο. Δεν πρέπει ποτέ να πληρώνετε περισσότερα από τον επιμερισμό δαπάνης που επιτρέπεται από το πρόγραμμα. Εάν αυτός ο πάροχος είναι συμβεβλημένος, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα θεραπείας.

Ακολουθούν παραδείγματα περιπτώσεων στις οποίες μπορεί να χρειαστεί να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να σας επιστρέψουμε ή να πληρώσουμε έναν λογαριασμό που έχετε λάβει:

**1. Όταν έχετε λάβει επείγουσα ή επειγόντως αναγκαία ιατρική φροντίδα από πάροχο που δεν ανήκει στο δίκτυο του προγράμματός μας**

Μπορείτε να λάβετε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ή επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες από οποιονδήποτε πάροχο, ανεξάρτητα από το αν ο πάροχος αποτελεί μέρος του δικτύου μας ή όχι. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ζητήστε από τον πάροχο να χρεώσει το πρόγραμμα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Αίτημα πληρωμής ενός λογαριασμού για το δικό μας μερίδιο ενός λογαριασμού για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα**

- Εάν πληρώσετε ολόκληρο το ποσό μόνοι σας τη στιγμή που λαμβάνετε τη φροντίδα, ζητήστε μας να σας αποζημιώσουμε για το μερίδιό μας στη δαπάνη. Στείλτε μας τον λογαριασμό και παραστατικά τυχόν πληρωμών που έχετε κάνει.
- Μπορεί να λάβετε λογαριασμό από τον πάροχο με τον οποίο θα σας ζητά να καταβάλετε ποσό που νομίζετε ότι δεν οφείλετε. Στείλτε μας τον λογαριασμό και παραστατικά τυχόν πληρωμών που έχετε ήδη κάνει.
  - Εάν υπάρχει οποιαδήποτε οφειλή προς τον πάροχο, θα πληρώσουμε απευθείας τον πάροχο.
  - Εάν έχετε ήδη πληρώσει περισσότερο από το μερίδιό σας στο κόστος για την υπηρεσία, θα καθορίσουμε το ποσό που οφείλατε και θα σας επιστρέψουμε το μερίδιό μας στο κόστος.

### **2. Όταν ένας πάροχος δικτύου σας στέλνει έναν λογαριασμό που νομίζετε ότι δεν πρέπει να πληρώσετε**

Οι πάροχοι δικτύου θα πρέπει πάντα να χρεώνουν απευθείας το πρόγραμμα. Αλλά μερικές φορές κάνουν λάθη και σας ζητούν να πληρώσετε για τις υπηρεσίες σας 'Η παραπάνω από το μερίδιό του κόστους που σας αναλογεί.

- Πρέπει να πληρώσετε το ποσό επιμερισμού δαπάνης μόνο όταν λάβετε καλυπτόμενες υπηρεσίες. Δεν επιτρέπουμε στους παρόχους να προσθέτουν επιπλέον ξεχωριστές χρεώσεις, τη λεγόμενη χρέωση υπολοίπου. Αυτή η προστασία (ότι δεν πληρώνετε ποτέ περισσότερα από το ποσό επιμερισμού δαπάνης που σας αναλογεί) ισχύει ακόμη και αν πληρώνουμε στον πάροχο λιγότερα από τις χρεώσεις του παρόχου για μια υπηρεσία και ακόμη και αν υπάρχει διαφωνία και δεν πληρώνουμε ορισμένες χρεώσεις παρόχου. Δεν επιτρέπουμε στους παρόχους να σας χρεώνουν για καλυπτόμενες υπηρεσίες. Πληρώνουμε απευθείας τους παρόχους μας και σας προστατεύουμε από τυχόν χρεώσεις. Αυτό ισχύει ακόμη και αν πληρώνουμε τον πάροχο λιγότερο από τις χρεώσεις του παρόχου για μια υπηρεσία. Κάθε φορά που λαμβάνετε έναν λογαριασμό από έναν πάροχο δικτύου που νομίζετε ότι είναι περισσότερο από ό,τι πρέπει να πληρώσετε, στείλτε μας τον λογαριασμό. Θα επικοινωνήσουμε απευθείας με τον πάροχο και θα επιλύσουμε το πρόβλημα χρέωσης.
- Εάν έχετε ήδη πληρώσει λογαριασμό σε έναν πάροχο δικτύου, αλλά πιστεύετε ότι πληρώσατε πολλά, στείλτε μας τον λογαριασμό μαζί με παραστατικά οποιασδήποτε πληρωμής έχετε κάνει. Θα πρέπει να μας ζητήσετε να σας αποζημιώσουμε για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας 'Η για τη διαφορά μεταξύ του ποσού που πληρώσατε και του ποσού που οφείλατε στο πλαίσιο του προγράμματος.

### **3. Εάν έχετε εγγραφεί αναδρομικά στο πρόγραμμά μας**

Μερικές φορές η εγγραφή ενός ατόμου στο πρόγραμμα έχει αναδρομική ισχύ. (Αυτό σημαίνει ότι η πρώτη ημέρα της εγγραφής τους έχει ήδη παρέλθει. Η ημερομηνία εγγραφής μπορεί να συνέβη ακόμη και πέρυσι.)

Εάν εγγραφήκατε αναδρομικά στο πρόγραμμά μας και συμμετείχατε στα άμεσα έξοδα για οποιαδήποτε από τις καλυπτόμενες υπηρεσίες ή τα φάρμακά σας μετά την ημερομηνία εγγραφής σας, μπορείτε να μας ζητήσετε να σας επιστρέψουμε το μερίδιό μας στη δαπάνη. Θα χρειαστεί να υποβάλετε έγγραφα, όπως αποδείξεις και λογαριασμούς, για να διεκπεραιώσουμε την επιστροφή χρημάτων.

### **4. Όταν χρησιμοποιείτε φαρμακείο εκτός δικτύου για να εκτελέσετε μια συνταγή**

Εάν πάτε σε φαρμακείο εκτός δικτύου, το φαρμακείο ενδέχεται να μην είναι σε θέση να υποβάλει την αξίωση απευθείας σε εμάς. Σ' αυτήν την περίπτωση, θα πρέπει να πληρώσετε το πλήρες κόστος της συνταγής σας.

Φυλάξτε την απόδειξή σας και στείλτε μας ένα αντίγραφο, όταν μας ζητήσετε αποζημίωση για το μερίδιό μας επί του κόστους. Να θυμάστε ότι καλύπτουμε φαρμακεία εκτός δικτύου μόνο σε περιορισμένες περιπτώσεις. Ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 2.5 για να μάθετε περισσότερα για αυτές τις περιπτώσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Αίτημα πληρωμής ενός λογαριασμού για το δικό μας μερίδιο ενός λογαριασμού για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα

Ενδέχεται να μην σας επιστρέψουμε τη διαφορά μεταξύ του ποσού που πληρώσατε για το φάρμακο στο φαρμακείο εκτός δικτύου και του ποσού που θα πληρώναμε σε ένα φαρμακείο δικτύου.

### 5. Όταν πληρώνετε το πλήρες κόστος μιας συνταγής, επειδή δεν έχετε μαζί σας την κάρτα μέλους του προγράμματος σας

Εάν δεν έχετε μαζί σας την κάρτα μέλους του προγράμματος, μπορείτε να ζητήσετε από το φαρμακείο να καλέσει το πρόγραμμα ή να αναζητήσει τις πληροφορίες εγγραφής στο πρόγραμμα. Ωστόσο, εάν το φαρμακείο δεν μπορεί να λάβει αμέσως τις πληροφορίες εγγραφής που απαιτούνται, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε μόνοι σας το πλήρες κόστος της συνταγής.

Φυλάξτε την απόδειξή σας και στείλτε μας ένα αντίγραφο, όταν μας ζητήσετε αποζημίωση για το μερίδιό μας επί του κόστους. Ενδέχεται να μην σας επιστρέψουμε το πλήρες κόστος που πληρώσατε, εάν η τιμή σε μετρητά που πληρώσατε είναι υψηλότερη από την τιμή που συμφωνήσαμε για τη συνταγή.

### 6. Όταν πληρώνετε το πλήρες κόστος για μια συνταγή σε άλλες περιπτώσεις

Μπορείτε να πληρώσετε το πλήρες κόστος της συνταγής επειδή διαπιστώνετε ότι το φάρμακο δεν καλύπτεται για κάποιο λόγο.

- Για παράδειγμα, το φάρμακο μπορεί να μη βρίσκεται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματός μας ή μπορεί να έχει μια απαίτηση ή έναν περιορισμό που δεν γνωρίζετε ή δεν νομίζετε ότι πρέπει να ισχύει για εσάς. Εάν αποφασίσετε να πάρετε το φάρμακο αμέσως, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε το πλήρες κόστος για αυτό.
- Φυλάξτε την απόδειξή σας και στείλτε μας ένα αντίγραφο όταν μας ζητήσετε επιστροφή χρημάτων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί να λάβουμε περισσότερες πληροφορίες από τον γιατρό σας για να σας επιστρέψουμε το μερίδιό μας επί του κόστους του φαρμάκου. Ενδέχεται να μην σας επιστρέψουμε το πλήρες κόστος που πληρώσατε, εάν η τιμή σε μετρητά που πληρώσατε είναι υψηλότερη από την τιμή που συμφωνήσαμε για τη συνταγή.

Όταν μας στέλνετε ένα αίτημα πληρωμής, θα εξετάσουμε το αίτημά σας και θα αποφασίσουμε εάν η υπηρεσία ή το φάρμακο πρέπει να καλυφθεί. Αυτό ονομάζεται λήψη **απόφασης κάλυψης**. Εάν αποφασίσουμε ότι πρέπει να καλυφθεί, θα πληρώσουμε το μερίδιο μας επί του κόστους της υπηρεσίας ή του φαρμάκου. Εάν απορρίψουμε το αίτημά σας για πληρωμή, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση κατά της απόφασής μας. Το Κεφάλαιο 9 περιέχει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο άσκησης ένστασης.

## 2 Πώς να μας ζητήσετε να σας επιστρέψουμε ή να πληρώσουμε έναν λογαριασμό που έχετε

Μπορείτε να μας ζητήσετε να σας αποζημιώσουμε στέλνοντάς μας γραπτό αίτημα. Εάν στείλετε ένα αίτημα γραπτώς, στείλτε τον λογαριασμό σας και παραστατικά για οποιαδήποτε πληρωμή έχετε κάνει. Είναι καλή ιδέα να δημιουργήσετε ένα αντίγραφο του λογαριασμού και των παραστατικών για το αρχείο σας. **Πρέπει να υποβάλετε την αξίωσή σας σε εμάς εντός ενός (1) ημερολογιακού έτους** από την ημερομηνία που λάβατε την υπηρεσία ή/και το είδος, ή εντός 36 μηνών από την ημερομηνία που λάβατε το φάρμακο.

Για να βεβαιωθείτε ότι μας παρέχετε όλες τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για να λάβουμε μια απόφαση, μπορείτε να συμπληρώσετε το έντυπο αξίωσης για να υποβάλετε το αίτημά σας για πληρωμή.

- Δεν χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε το έντυπο, αλλά αυτό θα μας βοηθήσει να επεξεργαστούμε τις πληροφορίες πιο γρήγορα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Αίτημα πληρωμής ενός λογαριασμού για το δικό μας μερίδιο ενός λογαριασμού για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες ή φάρμακα**

- Κατεβάστε ένα αντίγραφο του εντύπου από τον ιστότοπό μας ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) ή καλέστε στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) και ζητήστε το έντυπο.

Ταχυδρομήστε το αίτημά σας για πληρωμή μαζί με τυχόν λογαριασμούς ή πληρωμένες αποδείξεις σε εμάς σε αυτήν τη διεύθυνση:

### **Αποζημιώσεις ιατρικών υπηρεσιών:**

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

### **Αποζημιώσεις συνταγογραφούμενων φαρμάκων:**

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

## **3 Θα εξετάσουμε το αίτημά σας για πληρωμή και θα πούμε ναι ή όχι**

Όταν λάβουμε το αίτημά σας για πληρωμή, θα σας ενημερώσουμε εάν χρειαζόμαστε πρόσθετες πληροφορίες από εσάς. Διαφορετικά, θα εξετάσουμε το αίτημά σας και θα λάβουμε μια απόφαση κάλυψης.

- Εάν αποφασίσουμε ότι καλύπτεται η ιατρική φροντίδα ή το φάρμακο και ακολουθήσατε όλους τους κανόνες, θα πληρώσουμε το μερίδιό μας στο κόστος για την υπηρεσία ή το φάρμακο. Εάν έχετε ήδη πληρώσει για την υπηρεσία ή το φάρμακο, θα σας στείλουμε την επιστροφή των χρημάτων σας για το μερίδιό μας. Εάν πληρώσατε το πλήρες κόστος ενός φαρμάκου, ενδέχεται να μην σας επιστραφεί το πλήρες ποσό που πληρώσατε (για παράδειγμα, εάν προμηθευτήκατε ένα φάρμακο σε φαρμακείο εκτός δικτύου ή εάν η τιμή σε μετρητά που πληρώσατε για ένα φάρμακο είναι υψηλότερη από τη συμφωνημένη τιμή). Εάν δεν έχετε πληρώσει ακόμα για την υπηρεσία ή το φάρμακο, θα ταχυδρομήσουμε την πληρωμή απευθείας στον πάροχο.
- Εάν αποφασίσουμε ότι η ιατρική φροντίδα ή το φάρμακο δεν καλύπτεται ή δεν ακολουθήσατε όλους τους κανόνες, δεν θα πληρώσουμε για το μερίδιό μας στο κόστος της φροντίδας ή του φαρμάκου. Θα σας στείλουμε μια επιστολή εξηγώντας τους λόγους για τους οποίους δεν στέλνουμε την πληρωμή και τα δικαιώματά σας να ασκήσετε έφεση κατά αυτής της απόφασης.

### **3.1 Εάν σας πούμε ότι δεν θα πληρώσουμε για το σύνολο ή μέρος της ιατρικής φροντίδας ή του φαρμάκου, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης**

Αν πιστεύετε ότι κάναμε λάθος απορρίπτοντας το αίτημά σας για πληρωμή ή το ποσό που καταβάλλουμε, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση. Αν υποβάλετε αίτημα ένστασης, αυτό σημαίνει ότι μας ζητάτε να αλλάξουμε την απόφαση που λάβαμε όταν απορρίψαμε το αίτημά σας για πληρωμή. Η διαδικασία ένστασης είναι μια επίσημη διαδικασία με λεπτομερείς διαδικασίες και σημαντικές προθεσμίες. Για λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο υποβολής αυτής της ένστασης, μεταβείτε στο κεφάλαιο 9.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

# Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

### **1 Το πρόγραμμά μας πρέπει να σέβεται τα δικαιώματά σας και τις πολιτιστικές σας ευαισθησίες.**

---

#### **1.1 Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και να συνάδει με τις πολιτιστικές σας ευαισθησίες (σε άλλες γλώσσες εκτός από τα αγγλικά, σε γραφή Μπράιγ, σε μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)**

Το πρόγραμμα πρέπει 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 επάρκεια στα Αγγλικά, περιορισμένες δεξιότητες ανάγνωσης, προβλήματα ακοής ή ατόμων 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 την απάντηση ερωτήσεων από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε επίσης να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Μπράιγ, 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 στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 711).

Το πρόγραμμά μας υποχρεούται να παρέχει στις εγγεγραμμένες γυναίκες τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε ειδικό υγείας γυναικών εντός του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης.

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 δαπάνης 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 δαπάνης εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, αν δυσκολεύεστε να βρείτε έναν ειδικό υγείας γυναικών ή εξειδικευμένο γιατρό εντός δικτύου, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών καλώντας (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. TTY χρήστες, καλέστε 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε παράπονο στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας****Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)**

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

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

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al 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

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

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 بتسويات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية 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 أيضاً أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتسويات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتسويق 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 بتسويق 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 أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

**1.1 섹션** 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.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

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

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

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и 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

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

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

**seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite 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 פֿלאַן איז פֿאַרלאַנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפֿעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וּלְ, אַריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט ליענען סקילז, געהער ומפֿ אַ סיק, אַ דער יענע מיט פֿאַר רשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפּילן פֿון ווי אַ פֿלאַן 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 אַ דער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַ דער טעלעטייפֿ רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַר רבינדונג.

אונזער פֿלאַן האט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאַראַנען צו ענטפֿערן פֿאַר אַגאַס פֿון ניט-ענגליש בייטןעדיט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַ דער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען און קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿאַרלאַנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

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

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

אויב פֿאַר אַ וויידער אין דעם פֿלאַן נעץ פֿאַר אַ ספֿעציאַליסט זענען נישט פֿאַראַנען, עס איז די פֿאַר אַ נטוואָרטלעכקייט פֿון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאַליסט פֿאַר אַ וויידער אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אײך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿלאַן, אײך וועט בלויז באַצאלן אין-נעץ קאָסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וווּ עס זענען קיין ספֿעציאַליסט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אײך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאַרמאַציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאָסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפֿליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן 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 פֿאַרלייגן אַ קלאַ מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) אַ דער גלייך מיט די אַפֿפֿיסע 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.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας****Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking titik, o ibang kahaliling mga format, atbp.)**

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

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

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

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

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

**বভাগ 1.1 আমাদের অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)**

সমস্ত পরিসিবা, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদের ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্রবণশক্তির অক্ষমতা রয়েছে বা যাদের বচৈত্রিয়ময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রক্শাপট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালকিাভুক্তদের জন্য অ্যাকসেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নশ্চিত করতে হবে। কনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাকসেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলি মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরিসিবা, দোভাষী পরিসিবা, টেলোটিইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলোটিইপ্রাইটার ফোন) সংযোগের বধিানের মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদের প্ল্যাননে, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বনিামূল্যে দোভাষী পরিসিবা রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে কনো খরচ

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

ছাড়াই তথ্য দিতে পারা। আমাদের আপনাকে প্ল্যানের সুবিধাগুলির সম্পর্কে এমন একটি ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদের থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিসেবাতে কল করুন।

আমাদের প্ল্যানটির মহিলা তালিকাভুক্তদের, মহিলাদের বুটনি ও প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরিসেবাগুলোর জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

কোনো বিশেষভাবে জন্য প্ল্যানের নটেওয়ারকরে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকরে বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিসেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানের নটেওয়ারকরে এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরিসেবাটি পতে কোথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্লানে কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান বিষয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুরুর স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত 8টার মধ্যে সদস্য পরিসেবা অভিযোগ দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভিযোগও দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে স্ভিলি রাইটস অফিসে অভিযোগ 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 braile, në format me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative, etj.)**

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

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

Plani ynë duhet t'ju japë 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 ofruarit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruarit 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 përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e 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 (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

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

**1.1 Σεικشن** 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 بلا تحدید، 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

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

Κε بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

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

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

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

## 1.2 Πρέπει να διασφαλίσουμε ότι θα έχετε έγκαιρη πρόσβαση στις καλυπτόμενες υπηρεσίες και τα φάρμακα

Έχετε το δικαίωμα να επιλέξετε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP) στο δίκτυο του προγράμματος για να παρέχει και να κανονίσει τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας. Έχετε επίσης το δικαίωμα να πάτε σε ειδικό υγείας γυναικών (όπως γυναικολόγο) χωρίς παραπομπή.

Έχετε το δικαίωμα να κλείσετε ραντεβού και να λάβετε καλυπτόμενες υπηρεσίες από το δίκτυο παρόχων του προγράμματος εντός εύλογου χρονικού διαστήματος. Αυτό περιλαμβάνει το δικαίωμα να λαμβάνετε έγκαιρες υπηρεσίες από ειδικούς όταν χρειάζεστε αυτή τη φροντίδα. Έχετε επίσης το δικαίωμα να εκτελέσετε ή να εκτελέσετε εκ νέου τις συνταγές σας σε οποιοδήποτε από τα φαρμακεία του δικτύου μας χωρίς μεγάλες καθυστερήσεις.

Αν νομίζετε ότι δεν λαμβάνετε την ιατρική σας φροντίδα ή τα φάρμακα του Μέρους D μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, στο Κεφάλαιο 9 ενημερώνεστε για το τι μπορείτε να κάνετε.

## 1.3 Πρέπει να προστατεύσουμε το απόρρητο των προσωπικών πληροφοριών σας για την υγεία

Οι ομοσπονδιακοί και πολιτειακοί νόμοι προστατεύουν το απόρρητο των ιατρικών αρχείων και των προσωπικών πληροφοριών για την υγεία. Προστατεύουμε τις προσωπικές σας πληροφορίες για την υγεία όπως απαιτείται από τους νόμους αυτούς.

- Οι προσωπικές σας πληροφορίες για την υγεία περιλαμβάνουν τα **προσωπικά στοιχεία** που μας δώσατε κατά την εγγραφή σας σε αυτό το πρόγραμμα, καθώς και τα ιατρικά σας αρχεία και άλλες ιατρικές και σχετικές με την υγεία σας πληροφορίες.
- Έχετε δικαιώματα όσον αφορά τα στοιχεία σας και τον έλεγχο του τρόπου χρήσης των πληροφοριών σας για την υγεία. Σας παρέχουμε μια γραπτή ειδοποίηση, που ονομάζεται *Ειδοποίηση Πρακτικής Απορρήτου*, η οποία αναφέρει σχετικά με αυτά τα δικαιώματα και εξηγεί πώς προστατεύουμε το απόρρητο των πληροφοριών σας για την υγεία.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας****Πώς προστατεύουμε το απόρρητο των πληροφοριών σας για την υγεία;**

- Διασφαλίζουμε ότι κανένα μη εξουσιοδοτημένο άτομο δεν βλέπει και δεν αλλάζει τα αρχεία σας.
- Εκτός από τις περιπτώσεις που αναφέρονται παρακάτω, εάν σκοπεύουμε να παράσχουμε τις πληροφορίες σας για την υγεία σε οποιονδήποτε δεν σας παρέχει περίθαλψη ή δεν πληρώνει για την περίθαλψή σας, *οφείλουμε να λάβουμε γραπτή άδεια από εσάς ή από κάποιον τον οποίο έχετε εξουσιοδοτήσει νομίμως να λαμβάνει αυτός πρώτα τις αποφάσεις για εσάς.*
- Υπάρχουν ορισμένες εξαιρέσεις που δεν απαιτούν να λάβουμε πρώτα τη γραπτή σας άδεια. Οι εξαιρέσεις αυτές επιτρέπονται ή απαιτούνται από τη νομοθεσία.
  - Είμαστε υποχρεωμένοι να κοινοποιούμε πληροφορίες για την υγεία σε πολιτειακές υπηρεσίες που ελέγχουν την ποιότητα φροντίδας.
  - Επειδή είστε μέλος του προγράμματός μας μέσω Medicare, πρέπει να παρέχουμε στο Medicare τις πληροφορίες σας για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας για το Μέρος D. Εάν το Medicare κοινοποιήσει τα στοιχεία σας για σκοπούς έρευνας ή άλλες χρήσεις, αυτό θα γίνεται σύμφωνα με τους ομοσπονδιακούς νόμους και κανονισμούς. Κατά κανόνα, υποχρεούμαστε να μην κοινοποιούμε στοιχεία που σας προσδιορίζουν μοναδικά.

**Μπορείτε να δείτε τα στοιχεία στα αρχεία σας και να μάθετε πώς έχουν κοινοποιηθεί σε άλλους**

Έχετε το δικαίωμα να δείτε τα ιατρικά σας αρχεία που τηρούνται στο πρόγραμμα και να λάβετε ένα αντίγραφο των αρχείων σας. Επιτρέπεται να σας χρεώσουμε ένα τέλος για την έκδοση αντιγράφων. Έχετε επίσης το δικαίωμα να μας ζητήσετε να κάνουμε προσθήκες ή διορθώσεις στα ιατρικά σας αρχεία. Εάν μας το ζητήσετε αυτό, θα συνεργαστούμε με τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης για να αποφασίσουμε εάν θα πρέπει να γίνουν οι αλλαγές.

Έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε πώς οι πληροφορίες σας για την υγεία έχουν κοινοποιηθεί σε άλλους για οποιουδήποτε σκοπούς που δεν είναι συνήθεις.

Εάν έχετε ερωτήσεις ή ανησυχίες σχετικά με το απόρρητο των πληροφοριών σας για την υγεία, καλέστε το Τμήμα Εξυπηρέτησης Μελών.

**ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ****ΑΥΤΗ Η ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ.**

Η παρούσα Δήλωση περιγράφει τις πρακτικές απορρήτου των συνεργαζόμενων προγραμμάτων υγείας της Molina Healthcare (που αναφέρονται στο παρόν ως “Molina”, “εμείς” ή “εμάς”). Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε προστατευμένες πληροφορίες για την υγεία (“PHI”) σχετικά με εσάς για να σας προσφέρουμε παροχές υγείας ως μέλος της Molina. Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας για την εκτέλεση θεραπειών, πληρωμών και εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε επίσης τις πληροφορίες PHI σας για άλλους λόγους που επιτρέπονται και απαιτούνται από τη νομοθεσία. Οφείλουμε να διατηρούμε τις πληροφορίες για την υγεία σας απόρρητες και να τηρούμε τους όρους της παρούσας Ειδοποίησης. Η ημερομηνία έναρξης ισχύος της παρούσας Δήλωσης είναι η 1η Ιανουαρίου 2026.

Οι πληροφορίες **PHI** είναι πληροφορίες για την υγεία που περιλαμβάνουν το ονοματεπώνυμό σας, τον αριθμό μέλους ή άλλα αναγνωριστικά και χρησιμοποιούνται ή κοινοποιούνται από εμάς. Οι πληροφορίες PHI περιλαμβάνουν πληροφορίες για την υγεία σχετικά με διαταραχές χρήσης ουσιών και βιομετρικές πληροφορίες (όπως ένα φωνητικό αποτύπωμα).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

---

### **Γιατί χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας;**

Χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας προσφέρουμε παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Οι πληροφορίες PHI σας χρησιμοποιούνται ή κοινοποιούνται επίσης για σκοπούς θεραπείας, πληρωμών και εργασιών υγειονομικής περίθαλψης.

### **Για θεραπεία**

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας παράσχουμε ή να κανονίσουμε την ιατρική σας φροντίδα. Αυτή η θεραπεία περιλαμβάνει επίσης παραπομπές μεταξύ των γιατρών σας ή άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, μπορεί να κοινοποιήσουμε πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας σε έναν εξειδικευμένο γιατρό ειδικότητας. Αυτό θα βοηθήσει τον γιατρό ειδικότητας να μιλήσει για τη θεραπεία σας με το γιατρό σας.

### **Για πληρωμή**

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI για να λάβουμε αποφάσεις σχετικά με την πληρωμή. Οι αποφάσεις αυτές αφορούν θέματα αξιώσεων, εγκρίσεις για θεραπεία και αποφάσεις για ιατρικές ανάγκες. Στον λογαριασμό ενδέχεται να αναγράφονται το όνομά σας, η κατάσταση σας, η θεραπεία σας και οι προμήθειες που παρέχονται. Για παράδειγμα, μπορεί να ενημερώσουμε έναν γιατρό ότι έχετε τις παροχές μας. Μπορεί επίσης να ενημερώσουμε τον γιατρό για το ποσό του λογαριασμού που θα πληρώσουμε.

### **Για εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης**

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να εκτελέσουμε το(τα) πρόγραμμα(τα) υγείας μας. Για παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε πληροφορίες από την αξίωσή σας για να σας ενημερώσουμε σχετικά με ένα πρόγραμμα υγείας που θα μπορούσε να σας βοηθήσει. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να διευθετήσουμε τυχόν ανησυχίες σας. Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν για να διαπιστώσουμε ότι οι αξιώσεις σας έχουν πληρωθεί σωστά.

### **Οι εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης περιλαμβάνουν πολλές καθημερινές επιχειρηματικές ανάγκες. Αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τις ακόλουθες:**

- βελτίωση της ποιότητας·
- ενέργειες σε προγράμματα υγείας για την παροχή βοήθειας σε Μέλη με ορισμένες παθήσεις (όπως το άσθμα)·
- διεξαγωγή ή διευθέτηση ιατρικών εξετάσεων·
- νομικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων εντοπισμού απάτης και καταχρήσεων, καθώς και δίωξης·
- ενέργειες που θα μας βοηθήσουν να συμμορφωθούμε με τη νομοθεσία·
- κάλυψη των αναγκών των Μελών, συμπεριλαμβανομένης της επίλυσης καταγγελιών και παραπόνων.

Θα κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας σε άλλες εταιρείες (“**επιχειρηματικοί συνεργάτες**”) που εκτελούν διάφορες δραστηριότητες για το πρόγραμμα υγείας μας. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας στέλνουμε υπενθυμίσεις σχετικά με τα ραντεβού σας. Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας δώσουμε πληροφορίες σχετικά με άλλη θεραπεία ή άλλες παροχές και υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία.

### **Πότε μπορούμε να χρησιμοποιούμε ή να κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας χωρίς να λάβουμε γραπτή εξουσιοδότηση (έγκριση) από εσάς;**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

---

**Εκτός από την εκτέλεση θεραπειών, πληρωμών και εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης, ο νόμος επιτρέπει ή απαιτεί από τη Molina να χρησιμοποιεί και να κοινοποιεί τις πληροφορίες PHI σας για διάφορους άλλους σκοπούς, συμπεριλαμβανομένων των εξής:**

**Απαιτείται από τη νομοθεσία**

Θα χρησιμοποιήσουμε ή θα κοινοποιήσουμε τα στοιχεία σας, όπως ορίζει η νομοθεσία. Θα κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας στις περιπτώσεις που ορίζει ο Υπουργός του Department of Health and Human Services (HHS). Αυτές μπορεί να αφορούν δικαστικές υποθέσεις, άλλους νομικούς ελέγχους ή όταν απαιτείται για σκοπούς επιβολής της νομοθεσίας.

**Δημόσια υγεία**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για δραστηριότητες δημόσιας υγείας. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν την παροχή συνδρομής στους φορείς δημόσιας υγείας για την πρόληψη ή τον έλεγχο νόσων.

**Επίβλεψη υγειονομικής περίθαλψης**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν σε κρατικούς φορείς. Μπορεί να χρειαστούν οι πληροφορίες PHI σας για ελέγχους.

**Έρευνα**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για έρευνα σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως όταν εγκριθεί από συμβούλιο προστασίας προσωπικών δεδομένων ή θεσμικής αναθεώρησης.

**Νομικές ή διοικητικές διαδικασίες**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για νομικές διαδικασίες, όπως ως απάντηση σε δικαστική απόφαση.

**Επιβολή του νόμου**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν στην αστυνομία για σκοπούς επιβολής του νόμου, όπως για να βοηθήσει στην εύρεση υπόπτου, μάρτυρα ή αγνοούμενου.

**Υγεία και ασφάλεια**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν για την πρόληψη σοβαρής και άμεσης απειλής για την υγεία ή την ασφάλεια ενός ατόμου, ή για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια.

**Κυβερνητικές λειτουργίες**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν στην κυβέρνηση για ειδικές λειτουργίες. Ένα παράδειγμα είναι η προστασία του Προέδρου.

**Θύματα κακοποίησης, παραμέλησης ή ενδοοικογενειακής βίας**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν στις νομικές αρχές εάν πιστεύουμε ότι ένα άτομο είναι θύμα κακοποίησης ή παραμέλησης.

**Αποζημίωση εργαζομένων**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για να συμμορφωθούμε με τους νόμους περί αποζημίωσης εργαζομένων.

**Άλλες κοινοποιήσεις**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

---

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν σε διευθυντές κηδεϊών ή ιατροδικαστές για να τους βοηθήσουν στο έργο τους.

### **Πρόσθετοι περιορισμοί χρήσης και γνωστοποίησης.**

Ορισμένοι ομοσπονδιακοί και πολιτειακοί νόμοι ενδέχεται να απαιτούν ειδική προστασία απορρήτου που περιορίζει τη χρήση και την αποκάλυψη ορισμένων τύπων πληροφοριών για την υγεία. Οι νόμοι αυτοί ενδέχεται να προστατεύουν τους ακόλουθους τύπους πληροφοριών: διαταραχές χρήσης αλκοόλ και ουσιών, βιομετρικές πληροφορίες, κακοποίηση ή παραμέληση παιδιών ή ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής επίθεσης, των μεταδοτικών ασθενειών, των γενετικών πληροφοριών, του HIV/AIDS, της ψυχικής υγείας, των πληροφοριών των ανηλίκων, των συνταγών, της αναπαραγωγικής υγείας και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Θα ακολουθήσουμε τον αυστηρότερο νόμο, όπου ισχύει για εμάς.

Πληροφορίες για τις διαταραχές χρήσης ουσιών (Substance Use Disorder, SUD). Παρόλο που δεν είμαστε πρόγραμμα θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο (“Πρόγραμμα SUD”), ενδέχεται να λάβουμε πληροφορίες από ένα Πρόγραμμα SUD σχετικά με εσάς. Δεν μπορούμε να γνωστοποιήσουμε πληροφορίες SUD για χρήση σε αστική, ποινική, διοικητική ή νομοθετική διαδικασία εναντίον σας, εκτός εάν έχουμε (i) τη γραπτή συγκατάθεσή σας ή (ii) δικαστική εντολή συνοδευόμενη από κλήτευση ή άλλη νομική απαίτηση που επιβάλλει τη γνωστοποίηση που εκδόθηκε μετά την ειδοποίησή μας και την ευκαιρία ακρόασης.

### **Πότε χρειαζόμαστε τη γραπτή σας εξουσιοδότηση (έγκριση) για να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας;**

Χρειαζόμαστε τη γραπτή έγκρισή σας για να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για σκοπό διαφορετικό από αυτούς που αναφέρονται στην παρούσα Δήλωση. Χρειαζόμαστε την εξουσιοδότησή σας προτού αποκαλύψουμε τις πληροφορίες PHI σας για τα ακόλουθα: (1) τις περισσότερες χρήσεις και γνωστοποιήσεις των σημειώσεων ψυχοθεραπευτή, (2) τις χρήσεις και γνωστοποιήσεις για σκοπούς μάρκετινγκ και (3) τις χρήσεις και γνωστοποιήσεις που αφορούν την πώληση πληροφοριών PHI. Μπορείτε να ακυρώσετε μια γραπτή έγκριση που μας έχετε δώσει. Η εκ μέρους σας ακύρωση δεν θα ισχύει για ενέργειες που έχουμε ήδη κάνει στο πλαίσιο έγκρισης που μας έχετε ήδη δώσει.

### **Ποια είναι τα δικαιώματά σας για πληροφορίες σχετικά με την υγεία;**

Έχετε το δικαίωμα:

#### **Να ζητήσετε περιορισμούς στις χρήσεις ή κοινοποιήσεις των πληροφοριών PHI σας (κοινή χρήση των πληροφοριών PHI σας)**

Μπορείτε να μας ζητήσετε να μην κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για τη διενέργεια θεραπειών, πληρωμών ή εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Μπορείτε επίσης να μας ζητήσετε να μην κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας σε συγγενείς, φίλους ή άλλα πρόσωπα που θα κατονομάσετε και τα οποία εμπλέκονται στην υγειονομική σας περίθαλψη. Ωστόσο, δεν είμαστε υποχρεωμένοι να συμφωνήσουμε με το αίτημά σας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

#### **Να ζητήσετε εμπιστευτική κοινοποίηση πληροφοριών PHI**

Μπορείτε να ζητήσετε από τη Molina να σας δώσει τις πληροφορίες PHI σας με έναν συγκεκριμένο τρόπο ή σε ένα συγκεκριμένο μέρος για να σας βοηθήσει να διατηρήσετε τις πληροφορίες PHI σας απόρρητες. Θα εκπληρώσουμε όλα τα εύλογα αιτήματα, εφόσον μας πείτε τους λόγους για τους οποίους η κοινοποίηση όλων ή μέρους των εν λόγω πληροφοριών PHI θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή σας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας****Να ζητήσετε τον έλεγχο και την αντιγραφή των πληροφοριών PHI σας**

Έχετε το δικαίωμα να ελέγξετε και να λάβετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών PHI σας που έχουμε στην κατοχή μας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει αρχεία που χρησιμοποιούνται για τη λήψη κάλυψης, αξιώσεων και άλλων αποφάσεων για εσάς ως μέλη μας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας. Ενδέχεται να σας χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος για την αντιγραφή και την αποστολή των αρχείων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να αρνηθούμε το αίτημα. Σημαντική σημείωση: Δεν διατηρούμε πλήρη αντίγραφα των ιατρικών σας αρχείων. Εάν θέλετε να δείτε, να λάβετε αντίγραφο ή να αλλάξετε τα ιατρικά σας αρχεία, επικοινωνήστε με τον γιατρό ή την κλινική σας.

**Να τροποποιήσετε τις πληροφορίες PHI σας**

Μπορείτε να ζητήσετε να τροποποιήσουμε (αλλάξουμε) τις πληροφορίες PHI σας. Αυτό αφορά μόνο τα αρχεία που διατηρούμε για εσάς ως μέλος. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας. Μπορείτε να υποβάλετε επιστολή διαφωνίας μαζί μας, εάν δεν κάνουμε δεκτό το αίτημα.

**Να λάβετε ένα αρχείο κοινοποιήσεων πληροφοριών PHI (κοινοποίηση των πληροφοριών PHI σας)**

Μπορείτε να ζητήσετε να σας δώσουμε μια λίστα με συγκεκριμένα μέρη στα οποία κοινοποιήσαμε τις πληροφορίες PHI σας κατά τη διάρκεια των έξι ετών πριν από την ημερομηνία του αιτήματός σας. Ο κατάλογος δεν θα περιλαμβάνει πληροφορίες PHI που κοινοποιούνται ως εξής:

- για θεραπεία, πληρωμή ή εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης·
- σε άτομα σχετικά με τις δικές τους πληροφορίες PHI·
- για κοινοποιήσεις που έγιναν με την άδειά σας·
- σε περίπτωση χρήσης ή γνωστοποίησης που επιτρέπεται ή απαιτείται βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας·
- πληροφορίες PHI που κοινοποιήθηκαν για το συμφέρον της εθνικής ασφάλειας ή για σκοπούς των μυστικών υπηρεσιών πληροφοριών ή
- ως μέρος ενός περιορισμένου συνόλου δεδομένων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Θα χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος για κάθε κατάλογο, εάν ζητήσετε τον κατάλογο αυτό περισσότερες από μία φορές σε περίοδο 12 μηνών. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

Μπορείτε να υποβάλετε οποιοδήποτε από τα παραπάνω αιτήματα ή να λάβετε αντίγραφο της παρούσας Ειδοποίησης σε έντυπη μορφή. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες TTY/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711.

**Τι μπορείτε να κάνετε εάν τα δικαιώματά σας δεν έχουν προστατευτεί;**

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σε εμάς και στο Department of Health and Human Services εάν πιστεύετε ότι παραβιάστηκαν τα δικαιώματά σας στην προστασία της ιδιωτικής σας ζωής. Δεν θα προβούμε σε καμία ενέργεια εναντίον σας επειδή υποβάλλατε την καταγγελία. Η περίθαλψη και οι παροχές σας δεν θα αλλάξουν με κανέναν τρόπο.

Μπορείτε να μας υποβάλετε καταγγελία στη διεύθυνση:

Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες TTY/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711. Εναλλακτικά γράψτε μας στη διεύθυνση:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

---

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

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία στο U.S. Department of Health and Human Services στην:

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 (ΦΑΞ)

**Ποια είναι τα καθήκοντά μας;**

Είμαστε υποχρεωμένοι να:

- Διατηρούμε τις πληροφορίες PHI σας απόρρητες,
- Σας δώσουμε γραπτές πληροφορίες όπως αυτή σχετικά με τα καθήκοντά μας και τις πρακτικές απορρήτου σχετικά με τις πληροφορίες PHI σας.
- Σας παρέχουμε ειδοποίηση σε περίπτωση παραβίασης των μη ασφαλών PHI σας.
- Μην χρησιμοποιούμε ή να μην κοινοποιούμε τις γενετικές σας πληροφορίες για σκοπούς αξιολογήσεων ιατρικού ιστορικού.
- Τηρούμε τους όρους της παρούσας Ειδοποίησης.

**Η παρούσα Ειδοποίηση υπόκειται σε αλλαγές**

Διατηρούμε το δικαίωμα να αλλάξουμε τις πρακτικές πληροφοριών και τους όρους της παρούσας Δήλωσης ανά πάσα στιγμή. Εάν το πράξουμε αυτό, οι νέοι όροι και πρακτικές θα ισχύουν τότε για όλες τις πληροφορίες PHI που διατηρούμε. Εάν προβούμε σε ουσιαστικές αλλαγές, θα δημοσιεύσουμε την αναθεωρημένη Δήλωση στον ιστότοπό μας και θα στείλουμε την αναθεωρημένη Δήλωση ή πληροφορίες σχετικά με την ουσιαστική αλλαγή και τον τρόπο απόκτησης της αναθεωρημένης Δήλωσης, στην επόμενη ετήσια αλληλογραφία μας προς τα μέλη μας που καλύπτεται τότε από εμάς. Η παρούσα Δήλωση είναι διαθέσιμη στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com).

**Στοιχεία Επικοινωνίας****Εάν έχετε οποιοδήποτε ερωτήσεις σχετικά με αυτή την Ειδοποίηση, επικοινωνήστε μαζί μας.**

Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες TTY/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711. Εναλλακτικά, επικοινωνήστε γραπτώς με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών, 200 OceanGate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Μπορείτε να λάβετε αυτό το έγγραφο δωρεάν σε άλλες μορφές, όπως μεγάλη εκτύπωση, Μπράιγ ή ήχο. Καλέστε (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ημέρες την εβδομάδα, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Η κλήση είναι χωρίς χρέωση.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

---

**1.4 Πρέπει να σας δώσουμε πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμά μας, το δίκτυο παρόχων μας και τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας**

Ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), έχετε το δικαίωμα να λάβετε διάφορα είδη πληροφοριών από εμάς.

Εάν θέλετε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες πληροφορίες, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 711):

- **Πληροφορίες για το πρόγραμμά μας.** Αυτό περιλαμβάνει, για παράδειγμα, πληροφορίες σχετικά με την οικονομική κατάσταση του προγράμματος.
- **Πληροφορίες σχετικά με τους παρόχους και τα φαρμακεία εντός δικτύου.** Έχετε το δικαίωμα να λάβετε πληροφορίες σχετικά με τα προσόντα των παρόχων και των φαρμακείων στο δίκτυό μας και πώς πληρώνουμε τους παρόχους στο δίκτυό μας.
- **Πληροφορίες σχετικά με την κάλυψή σας και τους κανόνες που πρέπει να ακολουθείτε όταν χρησιμοποιείτε την κάλυψή σας.** Τα Κεφάλαια 3 και 4 παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές υπηρεσίες. Τα Κεφάλαια 5 και 6 παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη φαρμάκων του Μέρους D.
- **Πληροφορίες σχετικά με το γιατί κάτι δεν καλύπτεται και τι μπορείτε να κάνετε για αυτό.** Το Κεφάλαιο 9 παρέχει πληροφορίες σχετικά με το αίτημα γραπτής εξήγησης σχετικά με τους λόγους για τους οποίους δεν καλύπτεται μια ιατρική υπηρεσία ή ένα φάρμακο του Μέρους D ή εάν η κάλυψή σας είναι περιορισμένη. Το Κεφάλαιο 9 παρέχει επίσης πληροφορίες σχετικά με το όταν μας ζητείται να αλλάξουμε μια απόφαση, κάτι που ονομάζεται επίσης και αίτημα ένστασης.

**1.5 Έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε τις επιλογές θεραπείας σας και να συμμετέχετε στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα σας**

Έχετε το δικαίωμα να λάβετε πλήρη ενημέρωση από τους γιατρούς σας και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι πάροχοί σας πρέπει να εξηγήσουν την ιατρική σας πάθηση και τις επιλογές θεραπείας σας με τρόπο κατανοητό.

Έχετε επίσης το δικαίωμα να συμμετέχετε πλήρως στις αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική σας περίθαλψη. Για να σας βοηθήσουμε να λάβετε αποφάσεις με τους γιατρούς σας σχετικά με το ποια θεραπεία είναι καλύτερη για εσάς, τα δικαιώματά σας περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Να μάθετε για όλες τις επιλογές σας.** Έχετε το δικαίωμα να ενημερωθείτε για όλες τις επιλογές θεραπείας που συνιστώνται για την κατάστασή σας, ανεξάρτητα από το κόστος τους ή αν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας. Περιλαμβάνει επίσης την ενημέρωση σχετικά με τα προγράμματα που προσφέρει το πρόγραμμά μας για να βοηθήσει τα μέλη να διαχειριστούν τα φάρμακά τους και να χρησιμοποιήσουν τα φάρμακα με ασφάλεια.
- **Να μάθετε για τους κινδύνους.** Έχετε το δικαίωμα να ενημερωθείτε για τυχόν κινδύνους που ενέχει η περίθαλψή σας. Πρέπει να ενημερωθείτε εκ των προτέρων εάν οποιαδήποτε προτεινόμενη ιατρική φροντίδα ή θεραπεία αποτελεί μέρος ενός ερευνητικού πειράματος. Έχετε πάντα την επιλογή να αρνηθείτε οποιοσδήποτε πειραματικές θεραπείες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

- **Το δικαίωμα να πείτε “όχι”.** Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε οποιαδήποτε συνιστώμενη θεραπεία. Αυτό περιλαμβάνει το δικαίωμα εξόδου από νοσοκομείο ή άλλη ιατρική μονάδα, ακόμη και αν ο γιατρός σας συμβουλεύσει να μην φύγετε. Έχετε επίσης δικαίωμα να σταματήσετε να παίρνετε τα φάρμακά σας. Εάν αρνηθείτε τη θεραπεία ή σταματήσετε να παίρνετε φάρμακα, αποδέχεστε την πλήρη ευθύνη για ό,τι συμβεί στο σώμα σας ως αποτέλεσμα.

### Έχετε δικαίωμα να δώσετε οδηγίες σχετικά με το τι πρέπει να γίνει εάν δεν είστε σε θέση να λάβετε ιατρικές αποφάσεις για τον εαυτό σας

Μερικές φορές οι άνθρωποι δεν είναι σε θέση να λάβουν αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για τον εαυτό τους λόγω ατυχημάτων ή σοβαρών ασθενειών. Έχετε δικαίωμα να πείτε τι θα θέλατε να συμβεί εάν βρισκόσασταν σε αυτήν την κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι, *αν θέλετε*, μπορείτε:

- Να συμπληρώσετε ένα έντυπο για να δώσετε **σε κάποιον τη νομική εξουσία να λαμβάνει ιατρικές αποφάσεις για εσάς**, εάν κάποια στιγμή δεν είστε σε θέση να λάβετε αποφάσεις για τον εαυτό σας.
- **Να δώσετε στους γιατρούς σας γραπτές οδηγίες** σχετικά με το πώς θέλετε να χειριστούν την ιατρική σας φροντίδα εάν δεν μπορείτε να λάβετε αποφάσεις για τον εαυτό σας.

Τα νομικά έγγραφα που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε για να δώσετε τις οδηγίες σας εκ των προτέρων σε αυτές τις περιπτώσεις ονομάζονται **εκ των προτέρων οδηγίες**. Έγγραφα όπως η **διαθήκη εν ζωή** και το **πληρεξούσιο για την υγειονομική περίθαλψη** είναι παραδείγματα εκ των προτέρων οδηγιών.

### Πώς να δημιουργήσετε μια εκ των προτέρων οδηγία για να δώσετε οδηγίες:

- **Λάβετε ένα έντυπο.** Μπορείτε να λάβετε ένα έντυπο εκ των προτέρων οδηγίας από τον δικηγόρο σας, από έναν κοινωνικό λειτουργό ή από ορισμένα καταστήματα ειδών γραφείου. Μερικές φορές μπορείτε να λάβετε έντυπα εκ των προτέρων οδηγιών από οργανισμούς που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το Medicare. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για να ζητήσετε τα έντυπα.
- **Συμπληρώστε το έντυπο και υπογράψτε το.** Ανεξάρτητα από το πού λαμβάνετε αυτό το έντυπο, λάβετε υπόψη ότι πρόκειται για νομικό έγγραφο. Εξετάστε το ενδεχόμενο να ζητήσετε τη βοήθεια δικηγόρου για την κατάρτισή του.
- **Δώστε αντίγραφο του εντύπου στα κατάλληλα άτομα.** Θα πρέπει να δώσετε ένα αντίγραφο του εντύπου στον γιατρό σας και στο άτομο που κατονομάζετε στο έντυπο, το οποίο μπορεί να λάβει αποφάσεις για εσάς εάν εσείς δεν μπορείτε. Μπορεί να θέλετε να δώσετε αντίγραφα σε στενούς φίλους ή μέλη της οικογένειας. Κρατήστε ένα αντίγραφο στο σπίτι.

Εάν γνωρίζετε εκ των προτέρων ότι πρόκειται να νοσηλευτείτε και έχετε υπογράψει μια εκ των προτέρων οδηγία, **πάρτε ένα αντίγραφο μαζί σας στο νοσοκομείο.**

- Το νοσοκομείο θα σας ρωτήσει εάν έχετε υπογράψει έντυπο εκ των προτέρων οδηγίας και εάν το έχετε μαζί σας.
- Εάν δεν έχετε υπογράψει έντυπο εκ των προτέρων οδηγίας, το νοσοκομείο διαθέτει έντυπα και θα σας ρωτήσει εάν θέλετε να υπογράψετε ένα.

**Η συμπλήρωση μιας εκ των προτέρων οδηγίας είναι δική σας επιλογή** (συμπεριλαμβανομένου του εάν θέλετε να υπογράψετε μία εάν βρίσκεστε στο νοσοκομείο). Σύμφωνα με τον νόμο, κανείς δεν μπορεί να σας αρνηθεί περίθαλψη ή να κάνει διακρίσεις εναντίον σας με βάση το αν έχετε υπογράψει ή όχι μια εκ των προτέρων οδηγία.

### Αν δεν ακολουθηθούν οι οδηγίες σας

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

Εάν υπογράψετε μια εκ των προτέρων οδηγία και πιστεύετε ότι ένας γιατρός ή ένα νοσοκομείο δεν ακολούθησε τις οδηγίες σε αυτήν, μπορείτε να υποβάλετε ένα παράπονο στην τηλεφωνική γραμμή παραπόνων του Υπουργείου Υγείας της πολιτείας New York στο 1-866-334-9866 (TTY 711).

### **1.6 Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονα και να μας ζητήσετε να επανεξετάσουμε τις αποφάσεις που έχουμε λάβει**

Εάν έχετε προβλήματα, ανησυχίες ή παράπονα και πρέπει να ζητήσετε κάλυψη ή να υποβάλετε ένσταση, το Κεφάλαιο 9 αυτού του εγγράφου λέει τι μπορείτε να κάνετε. Ό,τι κι αν κάνετε—είτε ζητάτε μια απόφαση κάλυψης είτε υποβάλλετε ένσταση είτε υποβάλλετε καταγγελία—**είμαστε υποχρεωμένοι να σας αντιμετωπίσουμε δίκαια.**

### **1.7 Εάν πιστεύετε ότι έχετε άδικη μεταχείριση ή ότι τα δικαιώματά σας δεν γίνονται σεβαστά**

Εάν πιστεύετε ότι έχετε υποστεί άδικη μεταχείριση ή τα δικαιώματά σας δεν έχουν γίνει σεβαστά λόγω της φυλής, της αναπηρίας, της θρησκείας, του φύλου, της υγείας, της εθνικότητας, του θρησκευάτος (πεποιθήσεων), της ηλικίας ή της εθνικής καταγωγής σας θα πρέπει να καλέσετε το **Office for Civil Rights** του Department of Health and Human Services στο 1-800-368-1019 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 1-800-537-7697) ή καλέστε το τοπικό Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων.

Εάν πιστεύετε ότι έχετε υποστεί άδικη μεταχείριση ή ότι τα δικαιώματά σας δεν έχουν γίνει σεβαστά *και* δεν πρόκειται για διακρίσεις, μπορείτε να λάβετε βοήθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος που αντιμετωπίζετε:

- **Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών του προγράμματός μας στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711)**
- **Καλέστε το τοπικό SHIP σας** στο SHIP. Τα στοιχεία επικοινωνίας είναι διαθέσιμα στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 3.
- Καλέστε το **Medicare** στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048)

### **1.8 Πώς μπορείτε να λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας**

Λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας ως εξής:

- **Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711)**
- **Καλέστε το τοπικό σας SHIP** στο (800) 701-0501
- **Επικοινωνήστε με το Medicare**
  - Επισκεφτείτε τη διεύθυνση [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) για να διαβάσετε την έκδοση *Medicare Rights & Protections* (διαθέσιμη στην ενότητα: Medicare Rights & Protections)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

- Καλέστε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Οι χρήστες της υπηρεσίας ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048)

**2 Οι υποχρεώσεις σας ως μέλος του προγράμματός μας**

Τα πράγματα που πρέπει να κάνετε ως μέλος του προγράμματος παρατίθενται παρακάτω. Για ερωτήσεις, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας ΤΤΥ καλούν στο 711).

- **Εξοικειωθείτε με τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας και τους κανόνες που πρέπει να ακολουθήσετε για να λάβετε αυτές τις καλυπτόμενες υπηρεσίες.** Χρησιμοποιήστε αυτά τα Αποδεικτικά κάλυψης για να μάθετε τι καλύπτεται για εσάς και τους κανόνες που πρέπει να ακολουθήσετε για να λάβετε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες.
  - Τα Κεφάλαια 3 και 4 παρέχουν λεπτομέρειες σχετικά με τις ιατρικές σας υπηρεσίες.
  - Τα Κεφάλαια 5 και 6 παρέχουν λεπτομέρειες σχετικά με την κάλυψη των φαρμάκων του Μέρους D.
- **Εάν έχετε οποιαδήποτε άλλη κάλυψη υγείας ή κάλυψη φαρμάκων εκτός από το πρόγραμμά μας, πρέπει να μας ενημερώσετε.** Το Κεφάλαιο 1 αναφέρεται στον συντονισμό αυτών των παροχών.
- **Ενημερώστε τον γιατρό σας και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ότι είστε εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμά μας.** Δείξτε την κάρτα μέλους στο πρόγραμμά μας κάθε φορά που λαμβάνετε ιατρική φροντίδα ή φάρμακα Μέρους D.
- **Βοηθήστε τους γιατρούς σας και άλλους παρόχους να σας βοηθήσουν δίνοντάς τους πληροφορίες, κάνοντας ερωτήσεις και ακολουθώντας τη φροντίδα σας.**
  - Για να σας βοηθήσουμε να έχετε την καλύτερη δυνατή φροντίδα, ενημερώστε τους γιατρούς σας και άλλους παρόχους υγείας σχετικά με τα προβλήματα υγείας σας. Ακολουθήστε τα σχέδια θεραπείας και τις οδηγίες που έχετε συμφωνήσει με τους γιατρούς σας.
  - Βεβαιωθείτε ότι οι ιατροί σας γνωρίζουν όλα τα φάρμακα που παίρνετε, συμπεριλαμβανομένων των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, βιταμινών και συμπληρωμάτων.
  - Εάν έχετε οποιοδήποτε ερωτήσεις, φροντίστε να ρωτήσετε και να λάβετε μια απάντηση που μπορείτε να καταλάβετε.
- **Να είστε διακριτικοί.** Αναμένουμε από όλα τα μέλη μας να σέβονται τα δικαιώματα των άλλων ασθενών. Αναμένουμε επίσης από εσάς να ενεργείτε με τρόπο που βοηθά στην ομαλή λειτουργία του ιατρείου, των νοσοκομείων και άλλων γραφείων.
- **Πληρώστε αυτά που χρωστάτε.** Ως μέλος του προγράμματος, είστε υπεύθυνοι για τις εξής πληρωμές:
  - Πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε τα ασφάλιστρα Medicare για να παραμείνετε μέλος του προγράμματος.
  - Εάν απαιτείται να πληρώσετε το επιπλέον ποσό για το Μέρος D λόγω του υψηλότερου εισοδήματός σας (όπως αναφέρεται στην τελευταία φορολογική σας δήλωση), πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το επιπλέον ποσό απευθείας στην κυβέρνηση για να παραμείνετε μέλος του προγράμματος.
- **Εάν μετακινηθείτε εντός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματός μας, πρέπει να γνωρίζουμε,** ώστε να μπορούμε να διατηρούμε ενημερωμένο το αρχείο συνδρομής σας και να γνωρίζουμε πώς να επικοινωνήσουμε μαζί σας.
- **Εάν μετακινηθείτε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματός μας, δεν μπορείτε να παραμείνετε μέλος του προγράμματος μας.**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας**

---

- **Εάν μετακομίσετε, ενημερώστε την Κοινωνική Ασφάλιση (ή το Συμβούλιο Συνταξιοδότησης Σιδηροδρόμων).**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

---

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:****Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)****1 Τι να κάνετε αν έχετε πρόβλημα ή απορία**

---

Αυτό το κεφάλαιο εξηγεί τις διαδικασίες για τον χειρισμό προβλημάτων και ανησυχιών. Η διαδικασία που χρησιμοποιείτε για να χειριστείτε το πρόβλημά σας εξαρτάται από τον τύπο του προβλήματος που αντιμετωπίζετε:

- Για ορισμένα προβλήματα, πρέπει να χρησιμοποιήσετε τη **διαδικασία για αποφάσεις κάλυψης και ενστάσεις**.
- Για άλλα προβλήματα, πρέπει να χρησιμοποιήσετε τη **διαδικασία υποβολής καταγγελιών** (που ονομάζονται επίσης παράπονα).

**1.1 Νομικοί όροι**

Ισχύουν νομικοί όροι για ορισμένους από τους κανόνες, τις διαδικασίες και τους τύπους προθεσμιών που εξηγούνται σε αυτό το κεφάλαιο. Πολλοί από αυτούς τους όρους είναι άγνωστοι στους περισσότερους ανθρώπους. Για λόγους ευκολίας, σε αυτό το κεφάλαιο χρησιμοποιούνται πιο οικείες λέξεις στη θέση ορισμένων νομικών όρων.

Ωστόσο, είναι μερικές φορές σημαντικό να γνωρίζετε τους σωστούς νομικούς όρους. Για να σας βοηθήσουμε να γνωρίζετε ποιους όρους να χρησιμοποιήσετε για να λάβετε τη σωστή βοήθεια ή τις σωστές πληροφορίες, **συμπεριλαμβάνουμε** αυτούς τους νομικούς όρους όταν παρέχουμε λεπτομέρειες για τον χειρισμό συγκεκριμένων καταστάσεων.

**2 Πού μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες και εξατομικευμένη βοήθεια**

---

Είμαστε πάντα διαθέσιμοι να σας βοηθήσουμε. Ακόμα και αν δεν είστε ικανοποιημένοι με την εξυπηρέτησή μας, είμαστε υποχρεωμένοι να σεβαστούμε το δικαίωμά σας να υποβάλετε καταγγελία. Θα πρέπει πάντα να καλείτε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για βοήθεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί επίσης να θέλετε βοήθεια ή καθοδήγηση από κάποιον που δεν συνδέεται μαζί μας. Δύο οργανισμοί που μπορούν να βοηθήσουν είναι οι εξής:

**Πρόγραμμα Βοήθειας Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (SHIP)**

Κάθε πολιτεία έχει ένα κρατικό πρόγραμμα με εκπαιδευμένους συμβούλους. Το πρόγραμμα δεν συνδέεται με εμάς ή με οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία ή πρόγραμμα υγείας. Οι σύμβουλοι σε αυτό το πρόγραμμα μπορούν να σας βοηθήσουν να καταλάβετε ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθήσετε για να χειριστείτε ένα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

---

πρόβλημα που αντιμετωπίζετε. Μπορούν επίσης να απαντήσουν σε ερωτήσεις, να σας δώσουν περισσότερες πληροφορίες και να προσφέρουν καθοδήγηση για το τι πρέπει να κάνετε.

Οι υπηρεσίες των συμβούλων SHIP είναι δωρεάν. Τα στοιχεία επικοινωνίας του SHIP είναι διαθέσιμα στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 3.

### Medicare

Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με το Medicare για βοήθεια:

- Καλέστε στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.
- Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

### Μπορείτε να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες από το Medicaid

- Καλέστε τη Γραμμή Βοήθειας Medicaid στο 1-800-541-2831 (TTY 711) Δευτέρα με Παρασκευή από 8 a.m. – 8 p.m., Σάββατο 9 a.m. – 1 p.m.
- Μπορείτε να γράψετε στο Τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών (LDSS). Βρείτε τη διεύθυνση για το LDSS σας στον ιστότοπο: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss)
- Μπορείτε επίσης να επισκεφθείτε τον ιστότοπο του New York State Medicaid: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid)

## 3 Κατανόηση των παραπόνων και των αιτημάτων ένστασης Medicare και Medicaid

---

Έχετε το Medicare και λαμβάνετε βοήθεια από το Medicaid. Οι πληροφορίες σε αυτό το κεφάλαιο ισχύουν για **όλες** τις παροχές σας από το Medicare και το Medicaid. Αυτό ονομάζεται ολοκληρωμένη διαδικασία επειδή συνδυάζει ή ενσωματώνει διαδικασίες Medicare και Medicaid.

Μερικές φορές οι διαδικασίες Medicare και Medicaid δεν συνδυάζονται. Σε αυτές τις περιπτώσεις, χρησιμοποιείτε μια διαδικασία Medicare για μια παροχή που καλύπτεται από το Medicare και μια διαδικασία Medicaid για μια παροχή που καλύπτεται από το Medicaid. Οι περιπτώσεις αυτές επεξηγούνται στην **Ενότητα 6.4**.

## 4 Ποια διαδικασία πρέπει να χρησιμοποιήσετε για το πρόβλημά σας

---

Εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ή ανησυχία, διαβάστε τα μέρη αυτού του κεφαλαίου που ισχύουν για την περίπτωσή σας. Οι παρακάτω πληροφορίες θα σας βοηθήσουν να βρείτε τη σωστή ενότητα αυτού του κεφαλαίου για προβλήματα ή παράπονα σχετικά με **παροχές που καλύπτονται από το Medicare ή το Medicaid**.

### Είναι το πρόβλημα ή η ανησυχία σας σχετικά με τις παροχές ή την κάλυψή σας;

Αυτό περιλαμβάνει προβλήματα σχετικά με το κατά πόσον καλύπτεται ή όχι η ιατρική φροντίδα (ιατρικά είδη, υπηρεσίες ή/και φάρμακα του Μέρους Β), τον τρόπο κάλυψής τους και προβλήματα που σχετίζονται με την πληρωμή για ιατρική φροντίδα.

**Ναι.**

Ανατρέξτε στην **Ενότητα 5, Οδηγός για τις αποφάσεις κάλυψης και ενστάσεις**.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

Όχι.

Ανατρέξτε στην **Ενότητα 11, Πώς να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με την ποιότητα φροντίδας, τους χρόνους αναμονής, την εξυπηρέτηση πελατών ή άλλες ανησυχίες.**

---

**Αποφάσεις κάλυψης και ενστάσεις**

---

**5 Ένας οδηγός για τις αποφάσεις κάλυψης και τις ενστάσεις**

---

Οι αποφάσεις κάλυψης και ενστάσεις αφορούν προβλήματα που σχετίζονται με τις παροχές σας και την κάλυψη για την ιατρική σας φροντίδα (υπηρεσίες, είδη και φάρμακα Μέρους Β, συμπεριλαμβανομένης της πληρωμής). Για να απλοποιήσουμε τα πράγματα, αναφερόμαστε γενικά σε ιατρικά είδη, υπηρεσίες και φάρμακα Medicare Part B ως **ιατρική φροντίδα**. Χρησιμοποιείτε τη διαδικασία απόφασης κάλυψης και ένστασης για ζητήματα όπως το αν κάτι καλύπτεται ή όχι και τον τρόπο με τον οποίο καλύπτεται.

**Αίτημα αποφάσεων κάλυψης πριν από τη λήψη υπηρεσιών**

Αν θέλετε να ξέρετε αν θα καλύψουμε την ιατρική φροντίδα πριν τη λάβετε, μπορείτε να μας ζητήσετε να λάβουμε μια απόφαση κάλυψης για εσάς. Μια απόφαση κάλυψης είναι μια απόφαση που λαμβάνουμε σχετικά με τις παροχές και την κάλυψή σας ή σχετικά με το ποσό που θα πληρώσουμε για την ιατρική σας φροντίδα. Για παράδειγμα, εάν ο γιατρός του δικτύου του προγράμματός μας σας παραπέμψει σε έναν ειδικό γιατρό που δεν βρίσκεται εντός του δικτύου, αυτή η παραπομπή θεωρείται ευνοϊκή απόφαση κάλυψης, εκτός εάν είτε εσείς ή ο γιατρός του δικτύου σας μπορεί να αποδείξει ότι λάβατε μια τυπική ειδοποίηση άρνησης για αυτόν τον ειδικευμένο γιατρό είτε τα Αποδεικτικά κάλυψης καθιστούν σαφές ότι η αναφερόμενη υπηρεσία δεν καλύπτεται ποτέ υπό οποιαδήποτε προϋπόθεση. Εσείς ή ο ιατρός σας μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε μαζί μας και να ζητήσετε μια απόφαση κάλυψης εάν ο ιατρός σας δεν είναι σίγουρος εάν θα καλύψουμε μια συγκεκριμένη ιατρική υπηρεσία ή αρνείται να παράσχει ιατρική φροντίδα που νομίζετε ότι χρειάζεστε.

Σε περιορισμένες περιπτώσεις, ένα αίτημα για απόφαση κάλυψης θα απορρίπτεται, πράγμα που σημαίνει ότι δεν θα εξετάσουμε το αίτημα. Παραδείγματα **απόρριψης** ενός αιτήματος είναι εάν το αίτημα είναι ελλιπές, εάν κάποιος υποβάλει το αίτημα εκ μέρους σας αλλά δεν είναι νομικά εξουσιοδοτημένος να το πράξει ή εάν ζητήσετε την απόσυρση του αιτήματός σας. Εάν απορρίψουμε ένα αίτημα για απόφαση κάλυψης, θα στείλουμε μια ειδοποίηση που θα εξηγήσει γιατί απορρίφθηκε το αίτημα και πώς να ζητήσετε αξιολόγηση της απόρριψης.

Λαμβάνουμε απόφαση κάλυψης κάθε φορά που αποφασίζουμε τι καλύπτεται για εσάς και πόσο πληρώνουμε. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να αποφασίσουμε ότι η ιατρική φροντίδα δεν καλύπτεται ή δεν καλύπτεται πλέον για εσάς. Εάν διαφωνείτε με αυτήν την απόφαση κάλυψης, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης.

**Υποβολή αιτήματος ένστασης**

Εάν λάβουμε απόφαση κάλυψης, είτε προτού είτε αφού λάβετε μια παροχή, και δεν είστε ικανοποιημένοι, μπορείτε να **υποβάλετε αίτημα ένστασης** κατά της απόφασης. Το αίτημα ένστασης είναι ένας επίσημος τρόπος να μας ζητήσετε να αξιολογήσουμε και να αλλάξουμε μια απόφαση κάλυψης που έχουμε λάβει. Υπό ορισμένες συνθήκες, μπορείτε να ζητήσετε επισπευσμένη ή **ταχεία ένσταση** μιας απόφασης κάλυψης. Το αίτημα ένστασης αντιμετωπίζεται από διαφορετικούς αναθεωρητές από εκείνους που έλαβαν την αρχική απόφαση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

Όταν υποβάλετε αίτημα ένστασης για μια απόφαση για πρώτη φορά, αυτό ονομάζεται αίτημα ένστασης Επιπέδου 1. Σε αυτό το αίτημα ένστασης, εξετάζουμε την απόφαση κάλυψης που λάβαμε, για να ελέγξουμε αν ακολουθούσαμε σωστά τους κανόνες. Όταν ολοκληρώσουμε την αξιολόγηση, σας λέμε την απόφασή μας.

Σε περιορισμένες περιπτώσεις, ένα αίτημα ένστασης Επιπέδου 1 θα απορρίπτεται, πράγμα που σημαίνει ότι δεν θα αξιολογήσουμε το αίτημα. Παραδείγματα απόρριψης ενός αιτήματος είναι εάν το αίτημα είναι ελλιπές, εάν κάποιος υποβάλει το αίτημα εκ μέρους σας αλλά δεν είναι νομικά εξουσιοδοτημένος να το πράξει ή εάν ζητήσετε την απόσυρση του αιτήματός σας. Εάν απορρίψουμε ένα αίτημα ένστασης Επιπέδου 1, θα στείλουμε μια ειδοποίηση που θα εξηγεί γιατί απορρίφθηκε το αίτημα και πώς μπορείτε να ζητήσετε επανεξέταση της απόρριψης.

Εάν απορρίψουμε το σύνολο ή μέρος του αιτήματος ένστασης Επιπέδου 1 για ιατρική φροντίδα, το αίτημά σας θα μεταφερθεί αυτόματα στο Επίπεδο 2. Η ένσταση Επιπέδου 2 διεξάγεται από ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης που δεν συνδέεται με εμάς.

- Δεν χρειάζεται να κάνετε κάτι για να ξεκινήσετε μια ένσταση Επιπέδου 2. Οι κανόνες του Medicare απαιτούν να προωθούμε αυτόματα την ένστασή σας για ιατρική φροντίδα στο Επίπεδο 2, εάν δεν συμφωνούμε πλήρως με την ένστασή σας στο Επίπεδο 1.
- Ανατρέξτε στην **Ενότητα 6.4** αυτού του κεφαλαίου για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα αιτήματα ένστασης Επιπέδου 2 ιατρικής φροντίδας.
- Περαιτέρω πληροφορίες για τα αιτήματα ένστασης Μέρους D παρέχονται στην Ενότητα 7 του παρόντος κεφαλαίου.

Εάν δεν είστε ικανοποιημένοι με την απόφαση στο αίτημα ένστασης Επιπέδου 2, ενδέχεται να μπορείτε να συνεχίσετε μέσω πρόσθετων επιπέδων ένστασης (το παρόν κεφάλαιο εξηγεί τις διαδικασίες ένστασης Επιπέδου 3, 4 και 5).

### **5.1 Ζητήστε βοήθεια με την απόφαση κάλυψης ή την υποβολή αιτήματος ένστασης**

Ακολουθούν πόροι εάν αποφασίσετε να ζητήσετε οποιοδήποτε είδος απόφασης κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα ένστασης κατά απόφασης:

- **Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711)**
- **Λάβετε δωρεάν βοήθεια** από το Πρόγραμμα Βοήθειας Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας
- **Ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να υποβάλει αίτημα για εσάς.** Εάν ο γιατρός σας βοηθήσει με ένα αίτημα ένστασης μετά το Επίπεδο 2, θα πρέπει να διοριστεί ως εκπρόσωπός σας. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) και ζητήστε το έντυπο *Διορισμός Εκπροσώπου*. (Το έντυπο είναι επίσης διαθέσιμο στον ιστότοπο [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)).
- Για ιατρική φροντίδα, ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να ζητήσει εκ μέρους σας απόφαση κάλυψης ή αίτημα ένστασης Επιπέδου 1. Αν το αίτημα ένστασης απορριφθεί στο Επίπεδο 1, θα προωθηθεί αυτόματα στο Επίπεδο 2.
- Εάν ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος υγείας ζητήσει να συνεχιστεί μια υπηρεσία ή ένα είδος που λαμβάνετε ήδη κατά τη διάρκεια του αιτήματος ένστασής σας, **ίσως** χρειαστεί να ορίσετε τον γιατρό σας ή άλλο συνταγογράφο ως εκπρόσωπό σας για να ενεργήσει εκ μέρους σας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- Για φάρμακα Μέρους D, ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μπορεί να ζητήσει εκ μέρους σας απόφαση κάλυψης ή αίτημα ένστασης Επιπέδου 1. Εάν το αίτημα ένστασης για το Επίπεδο 1 απορριφθεί, ο γιατρός ή ο συνταγογράφος σας μπορεί να υποβάλει αίτημα ένστασης Επιπέδου 2.
- **Μπορείτε να ζητήσετε από κάποιον να ενεργήσει εκ μέρους σας.** Μπορείτε να ορίσετε ένα άλλο άτομο για να ενεργήσει για λογαριασμό σας ως εκπρόσωπός σας για να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα ένστασης.

Εάν θέλετε ένας φίλος, συγγενής ή άλλο άτομο να είναι εκπρόσωπός σας, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) και ζητήστε το έντυπο *Διορισμός Εκπροσώπου*. (Το έντυπο είναι επίσης διαθέσιμο στον ιστότοπο [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)). Το έντυπο δίνει σε αυτό το άτομο την άδεια να ενεργήσει για λογαριασμό σας. Πρέπει να υπογραφεί από εσάς και από το άτομο που θέλετε να ενεργήσει για λογαριασμό σας. Πρέπει να μας δώσετε ένα αντίγραφο του υπογεγραμμένου εντύπου.

Μπορούμε να δεχτούμε ένα αίτημα ένστασης από έναν εκπρόσωπο χωρίς το έντυπο, αλλά δεν μπορούμε να ξεκινήσουμε ή να ολοκληρώσουμε την αξιολόγησή μας μέχρι να το λάβουμε. Εάν δεν λάβουμε το έντυπο πριν από την προθεσμία μας για τη λήψη απόφασης σχετικά με την ένστασή σας, το αίτημα ένστασης θα απορριφθεί. Εάν συμβεί αυτό, θα σας στείλουμε γραπτή ειδοποίηση που θα εξηγεί το δικαίωμά σας να ζητήσετε από τον ανεξάρτητο οργανισμό αναθεώρησης να επανεξετάσει την απόφασή μας να απορρίψουμε το αίτημα ένστασής σας.

- **Έχετε επίσης το δικαίωμα να προσλάβετε δικηγόρο.** Μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον δικηγόρο σας ή να λάβετε το όνομα δικηγόρου από τον τοπικό δικηγορικό σύλλογο ή άλλη υπηρεσία παραπομπής. Υπάρχουν επίσης ομάδες που θα σας προσφέρουν δωρεάν νομικές υπηρεσίες εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις. Ωστόσο, **δεν απαιτείται να προσλάβετε δικηγόρο** για να ζητήσετε οποιοδήποτε είδος απόφασης κάλυψης ή να ασκήσετε ένσταση κατά απόφασης.

### 5.2 Κανόνες και προθεσμίες για διαφορετικές καταστάσεις

Υπάρχουν 4 διαφορετικές καταστάσεις που αφορούν αποφάσεις κάλυψης και ενστάσεις. Κάθε κατάσταση έχει διαφορετικούς κανόνες και προθεσμίες, δίνουμε τις λεπτομέρειες για κάθε μία κατάσταση:

- **Ενότητα 6:** “Ιατρική φροντίδα: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα ένστασης”
- **Ενότητα 7:** “Φάρμακα Μέρους D: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα ένστασης”
- **Ενότητα 8:** “Πώς να μας ζητήσετε να καλύψουμε μια μεγαλύτερη νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή εάν νομίζετε ότι παίρνετε εξιτήριο πολύ νωρίς”
- **Ενότητα 9:** “Πώς να μας ζητήσετε να συνεχίσουμε να καλύπτουμε ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες εάν πιστεύετε ότι η κάλυψή σας λήγει πολύ νωρίς” (Ισχύει μόνο για αυτές τις υπηρεσίες: υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι, φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα και υπηρεσίες ολοκληρωμένης εγκατάστασης αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Εάν δεν είστε βέβαιοι ποιες πληροφορίες ισχύουν για εσάς, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711). Μπορείτε επίσης να λάβετε βοήθεια ή πληροφορίες από το SHIP σας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)****6 Ιατρική φροντίδα: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα ένστασης****6.1 Τι να κάνετε εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με την κάλυψη για ιατρική φροντίδα ή εάν θέλετε να σας επιστρέψουμε χρήματα για την περίθαλψή σας**

Οι παροχές σας για ιατρική φροντίδα περιγράφονται στο Κεφάλαιο 4 του Πίνακα Ιατρικών Παροχών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ισχύουν διαφορετικοί κανόνες για αίτηση χορήγησης φαρμάκου Μέρους Β. Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα εξηγήσουμε πώς οι κανόνες για τα φάρμακα Μέρους Β διαφέρουν από τους κανόνες για ιατρικά είδη και υπηρεσίες.

Αυτή η ενότητα περιγράφει τι μπορείτε να κάνετε εάν βρίσκεστε σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες 5 περιπτώσεις:

1. Δεν λαμβάνετε συγκεκριμένη ιατρική φροντίδα που θέλετε και πιστεύετε ότι το πρόγραμμά μας καλύπτει αυτήν τη φροντίδα. **Ζητήστε μια απόφαση κάλυψης. Ενότητα 6.2.**
2. Το πρόγραμμά μας δεν θα εγκρίνει την ιατρική φροντίδα που θέλει να σας δώσει ο γιατρός σας ή άλλος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης και πιστεύετε ότι το πρόγραμμά μας καλύπτει αυτήν τη φροντίδα. **Ζητήστε μια απόφαση κάλυψης. Ενότητα 6.2.**
3. Λάβατε ιατρική φροντίδα που πιστεύετε ότι πρέπει να καλύπτει το πρόγραμμά μας, αλλά έχουμε πει ότι δεν θα πληρώσουμε για αυτήν τη φροντίδα. **Υποβάλετε ένσταση. Ενότητα 6.3.**
4. Λάβατε και πληρώσατε για ιατρική φροντίδα που πιστεύετε ότι πρέπει να καλύπτει το πρόγραμμά μας και θέλετε να ζητήσετε από το πρόγραμμά μας να σας αποζημιώσουμε για αυτήν τη φροντίδα. **Στείλτε μας τον λογαριασμό. Ενότητα 6.5.**
5. Σας λένε ότι η κάλυψη για συγκεκριμένη ιατρική φροντίδα που έχετε λάβει (που έχουμε εγκρίνει προηγουμένως) θα μειωθεί ή θα σταματήσει και πιστεύετε ότι η μείωση ή η διακοπή αυτής της φροντίδας θα μπορούσε να βλάψει την υγεία σας. **Υποβάλετε ένσταση. Ενότητα 6.3.**

**Σημείωση: Εάν η κάλυψη που θα διακοπεί αφορά νοσοκομειακή περίθαλψη, υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι, φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα ή υπηρεσίες ολοκληρωμένης εγκατάστασης αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή (CORF), ανατρέξτε στις Ενότητες 8 και 9. Ειδικοί κανόνες ισχύουν για αυτά τα είδη περίθαλψης.**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)****6.2 Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης****Νομικοί όροι:**

Μια απόφαση κάλυψης που αφορά την ιατρική σας φροντίδα ονομάζεται **προσδιορισμός οργανισμού**.

Μια **ταχεία απόφαση κάλυψης** ονομάζεται **εσπευσμένος προσδιορισμός**.

**Βήμα 1: Αποφασίστε εάν χρειάζεστε τυπική απόφαση κάλυψης ή ταχεία απόφαση κάλυψης.**

Μια τυπική απόφαση κάλυψης λαμβάνεται συνήθως εντός 7 ημερολογιακών ημερών όταν το ιατρικό είδος ή η υπηρεσία υπόκειται στους κανόνες προέγκρισης, 14 ημερολογιακών ημερών για όλα τα άλλα ιατρικά είδη και υπηρεσίες ή 72 ωρών για τα φάρμακα του Μέρους Β. Μια ταχεία απόφαση κάλυψης λαμβάνεται γενικά εντός 72 ωρών, για ιατρικές υπηρεσίες, εντός 24 ωρών για φάρμακα Μέρους Β.

- Μπορείτε να λάβετε μια ταχεία απόφαση κάλυψης μόνο εάν η χρήση των τυπικών προθεσμιών θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία σας ή να βλάψει την ικανότητά σας να λειτουργήσετε.
- Εάν ο γιατρός σας μας πει ότι η υγεία σας απαιτεί μια ταχεία απόφαση κάλυψης, θα συμφωνήσουμε αυτόματα να σας δώσουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης.
- Εάν ζητήσετε μια ταχεία απόφαση κάλυψης μόνοι σας, χωρίς την υποστήριξη του γιατρού σας, θα αποφασίσουμε εάν η υγεία σας απαιτεί να σας δώσουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης. Εάν δεν εγκρίνουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας στείλουμε μια επιστολή που:
  - Εξηγεί ότι θα χρησιμοποιήσουμε τις τυπικές προθεσμίες.
  - Εξηγεί ότι εάν ο γιατρός σας ζητήσει την ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας δώσουμε αυτόματα μια ταχεία απόφαση κάλυψης.
  - Εξηγεί ότι μπορείτε να υποβάλετε μια ταχεία καταγγελία σχετικά με την απόφασή μας να σας δώσουμε μια τυπική απόφαση κάλυψης αντί της ταχείας απόφασης κάλυψης που ζητήσατε.

**Βήμα 2: Ζητήστε από το πρόγραμμά μας να λάβει μια απόφαση κάλυψης ή μια ταχεία απόφαση κάλυψης.**

- Ξεκινήστε καλώντας, γράφοντας ή στέλνοντας φαξ στο πρόγραμμά μας για να υποβάλετε το αίτημά σας για να εγκρίνουμε ή να παρέχουμε κάλυψη για την ιατρική φροντίδα που θέλετε. Αυτό μπορεί να γίνει από εσάς, τον γιατρό σας ή τον εκπρόσωπό σας. Στο Κεφάλαιο 2 υπάρχουν τα στοιχεία επικοινωνίας.

**Βήμα 3: Εξετάζουμε το αίτημά σας για κάλυψη ιατρικής φροντίδας και σας δίνουμε την απάντησή μας.**

*Για τυπικές αποφάσεις κάλυψης χρησιμοποιούμε τις τυπικές προθεσμίες.*

Αυτό σημαίνει ότι θα σας απαντήσουμε εντός 7 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας για ιατρικό είδος ή υπηρεσία που υπόκειται στους κανόνες προέγκρισης που έχουμε θέσει. Εάν το ιατρικό είδος ή η υπηρεσία που ζητήσατε δεν υπόκειται στους κανόνες προέγκρισης που έχουμε θέσει, θα σας απαντήσουμε εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας. Εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β, θα σας απαντήσουμε εντός 72 ωρών από τη λήψη του αιτήματός σας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- **Ωστόσο**, εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο ή εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες** εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία. Εάν χρειαστούμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς. Δεν μπορούμε να αφιερώσουμε επιπλέον χρόνο για να λάβουμε απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β.
- Εάν πιστεύετε ότι δεν χρειάζονται επιπλέον ημέρες, μπορείτε να υποβάλετε μια ταχεία καταγγελία. Θα απαντήσουμε στην καταγγελία σας μόλις λάβουμε την απόφαση. (Η διαδικασία υποβολής καταγγελίας είναι διαφορετική από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων κάλυψης και ενστάσεων. Ανατρέξτε στην Ενότητα 11 για πληροφορίες σχετικά με τις καταγγελίες.)

**Για ταχείες αποφάσεις κάλυψης χρησιμοποιούμε ένα επισπευσμένο χρονικό πλαίσιο.**

**Μια ταχεία απόφαση κάλυψης σημαίνει ότι θα απαντήσουμε εντός 72 ωρών εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία. Εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β, θα απαντήσουμε εντός 24 ωρών.**

- **Ωστόσο**, εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο ή εάν χρειαζόμαστε περισσότερο χρόνο που μπορεί να σας ωφελήσει, **μπορούμε να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες**. Εάν χρειαστούμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς. Δεν μπορούμε να αφιερώσουμε επιπλέον χρόνο για να λάβουμε απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β.
- Εάν πιστεύετε ότι δεν χρειάζονται επιπλέον ημέρες, μπορείτε να υποβάλετε μια ταχεία καταγγελία. (Ανατρέξτε στην Ενότητα 11 για πληροφορίες σχετικά με τις καταγγελίες.) Θα σας καλέσουμε μόλις λάβουμε την απόφαση.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί είπαμε όχι.

**Βήμα 4: Εάν απορρίψουμε το αίτημά σας για κάλυψη για ιατρική φροντίδα, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση.**

- Αν απορρίψουμε το αίτημά σας, έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε να επανεξετάσουμε αυτήν την απόφαση υποβάλλοντας αίτημα ένστασης. Αυτό σημαίνει να ζητήσετε ξανά να λάβετε την κάλυψη ιατρικής φροντίδας που θέλετε. Αν υποβάλετε αίτημα ένστασης, αυτό σημαίνει ότι θα προχωρήσετε στο Επίπεδο 1 της διαδικασίας ένστασης.

### 6.3 Πώς να υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 1

#### Νομικοί όροι:

Μια ένσταση στο πρόγραμμά μας σχετικά με μια απόφαση κάλυψης ιατρικής φροντίδας ονομάζεται **επανεξέταση**.

Μια ταχεία ένσταση ονομάζεται επίσης **εσπευσμένη επανεξέταση**.

**Βήμα 1: Αποφασίστε αν χρειάζεστε τυπική ή ταχεία ένσταση.**

**Μια τυπική ένσταση γίνεται συνήθως εντός 30 ημερολογιακών ημερών ή 7 ημερολογιακών ημερών για τα φάρμακα του Μέρους Β. Μια ταχεία ένσταση γίνεται γενικά εντός 72 ωρών.**

- Εάν υποβάλετε αίτημα ένστασης για μια απόφαση που λάβαμε σχετικά με την κάλυψη για περίθαλψη, εσείς ή/και ο γιατρός σας θα πρέπει να αποφασίσετε εάν χρειάζεστε ταχεία ένσταση. Εάν ο γιατρός σας μας πει ότι η υγεία σας απαιτεί μια ταχεία ένσταση, θα σας δώσουμε μια ταχεία ένσταση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

- Οι απαιτήσεις για ταχεία ένσταση είναι οι ίδιες με εκείνες για τη λήψη ταχείας απόφασης κάλυψης στην Ενότητα 6.2.

### **Βήμα 2: Ζητήστε από το πρόγραμμά μας ένσταση ή ταχεία ένσταση**

- **Εάν ζητάτε τυπική ένσταση, υποβάλετε γραπτώς αίτημα τυπικής ένστασης.** Μπορείτε επίσης να υποβάλετε ένσταση καλώντας μας. Στο Κεφάλαιο 2 υπάρχουν τα στοιχεία επικοινωνίας.
- **Εάν ζητάτε ταχεία ένσταση, υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς ή καλέστε μας.** Στο Κεφάλαιο 2 υπάρχουν τα στοιχεία επικοινωνίας.
- **Πρέπει να υποβάλετε το αίτημα ένστασής σας εντός 65 ημερολογιακών ημερών** από την ημερομηνία της γραπτής ειδοποίησης που στείλαμε για να σας κοινοποιήσουμε την απάντησή μας σχετικά με την απόφαση κάλυψης. Αν χάσετε αυτήν την προθεσμία και έχετε βάσιμους λόγους που δεν την τηρήσατε, εξηγήστε τον λόγο για τον οποίο καθυστέρησε το αίτημα ένστασης όταν υποβάλετε το αίτημά σας. Ενδέχεται να σας δώσουμε περισσότερο χρόνο για να υποβάλετε το αίτημα ένστασής σας. Παραδείγματα σοβαρών λόγων μπορεί να περιλαμβάνουν μια σοβαρή ασθένεια που σας εμπόδισε να επικοινωνήσετε μαζί μας ή εάν σας δώσαμε εσφαλμένες ή ελλιπείς πληροφορίες σχετικά με την προθεσμία για την υποβολή του αιτήματος ένστασης.
- **Μπορείτε να ζητήσετε δωρεάν αντίγραφο των πληροφοριών σχετικά με την ιατρική σας απόφαση. Εσείς και ο γιατρός σας μπορεί να προσθέσετε περισσότερες πληροφορίες για να υποστηρίξετε το αίτημά σας.**

***Αν σας είπαμε ότι επρόκειτο να σταματήσουμε ή να μειώσουμε τις υπηρεσίες ή τα είδη που λαμβάνετε ήδη, ενδέχεται να μπορείτε να διατηρήσετε αυτές τις υπηρεσίες ή τα είδη κατά τη διάρκεια του αιτήματος ένστασης.***

- Εάν αποφασίσαμε να αλλάξουμε ή να διακόψουμε την κάλυψη για μια υπηρεσία ή ένα είδος που λαμβάνετε αυτήν τη στιγμή, θα σας στείλουμε μια ειδοποίηση πριν προβούμε στην προτεινόμενη ενέργεια.
- Αν διαφωνείτε με την ενέργεια, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης Επιπέδου 1. Θα συνεχίσουμε να καλύπτουμε την υπηρεσία ή το είδος εάν ζητήσετε ένσταση Επιπέδου 1 εντός 10 ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία σφραγίδας ταχυδρομείου στην επιστολή μας ή έως την προβλεπόμενη ημερομηνία έναρξης ισχύος της αγωγής, ανάλογα με το ποια ημερομηνία είναι μεταγενέστερη.
- Εάν τηρήσετε αυτήν την προθεσμία, μπορείτε να συνεχίσετε να λαμβάνετε την υπηρεσία ή το στοιχείο χωρίς αλλαγές ενώ εκκρεμεί το αίτημα ένστασης Επιπέδου 1. Επίσης, θα συνεχίσετε να λαμβάνετε όλες τις άλλες υπηρεσίες ή είδη (που δεν αποτελούν αντικείμενο του αιτήματος ένστασής σας) χωρίς αλλαγές.

### **Βήμα 3: Εξετάζουμε το αίτημα ένστασής σας και σας δίνουμε την απάντησή μας.**

- Όταν εξετάζουμε το αίτημα ένστασής σας, εξετάζουμε προσεκτικά όλες τις πληροφορίες. Ελέγχουμε αν ακολουθήσαμε όλους τους κανόνες όταν απορρίψαμε το αίτημά σας.
- Θα συγκεντρώσουμε περισσότερες πληροφορίες εάν χρειαστεί και ενδεχομένως θα επικοινωνήσουμε μαζί σας ή με τον γιατρό σας.

### **Προθεσμίες για ταχεία ένσταση**

- Σε περίπτωση ταχείας ένστασης, πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 72 ωρών από τη λήψη της ένστασής σας.** Θα σας δώσουμε την απάντησή μας νωρίτερα εάν το απαιτεί η υγεία σας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- Εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο ή εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες** εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία. Εάν χρειαστούμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς. Δεν μπορούμε να αφιερώσουμε επιπλέον χρόνο εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β.
- Εάν δεν σας απαντήσουμε εντός 72 ωρών (ή μέχρι το τέλος της παραταθείσας χρονικής περιόδου εάν χρειαστήκαμε επιπλέον ημέρες), πρέπει να στείλουμε αυτόματα το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης, για αξιολόγηση από ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης. Η Ενότητα 6.4 εξηγεί τη διαδικασία αιτήματος ένστασης Επιπέδου 2.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την κάλυψη που έχουμε συμφωνήσει εντός 72 ωρών από τη λήψη του αιτήματός σας.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε την απόφασή μας γραπτώς και θα προωθήσουμε αυτόματα το αίτημά σας στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης για ένσταση Επιπέδου 2. Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης θα σας ειδοποιήσει γραπτώς όταν λάβει την ένστασή σας.

### Προθεσμίες για τυπική ένσταση

- Για τυπική ένσταση, πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 30 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη της ένστασής σας. Εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β που δεν έχετε λάβει ακόμη, θα σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 7 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη της ένστασής σας. Θα σας δώσουμε την απόφασή μας νωρίτερα, εάν η κατάσταση της υγείας σας το απαιτεί.
  - Ωστόσο, εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο ή εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες** εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία. Εάν χρειαστούμε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς. Δεν μπορούμε να αφιερώσουμε επιπλέον χρόνο για να λάβουμε απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β.
  - Εάν πιστεύετε ότι δεν χρειάζονται επιπλέον ημέρες, μπορείτε να υποβάλετε μια ταχεία καταγγελία. Όταν υποβάλετε μια ταχεία καταγγελία, θα σας δώσουμε απάντηση στην καταγγελία σας εντός 24 ωρών. (Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία υποβολής καταγγελιών, συμπεριλαμβανομένης της ταχείας καταγγελίας, ανατρέξτε στην **Ενότητα 11.**)
  - Εάν δεν σας απαντήσουμε εντός της προθεσμίας (ή έως το τέλος της παραταθείσας χρονικής περιόδου), θα στείλουμε το αίτημά σας σε ένσταση Επιπέδου 2, όπου κάποιος ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης θα αξιολογήσει την ένστασή σας. Η Ενότητα 6.4 εξηγεί τη διαδικασία αιτήματος ένστασης Επιπέδου 2.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την κάλυψη εντός **30 ημερολογιακών ημερών** ή **εντός 7 ημερολογιακών ημερών** εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β.
- **Εάν το πρόγραμμά μας απορρίψει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας, έχετε πρόσθετα δικαιώματα ένστασης.**
- Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε, θα σας στείλουμε μια επιστολή.
  - Εάν το πρόβλημά σας αφορά την κάλυψη μιας υπηρεσίας ή ενός είδους Medicare, η επιστολή θα σας ενημερώσει ότι στείλαμε την υπόθεσή σας στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης για ένσταση Επιπέδου 2.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- Εάν το πρόβλημά σας αφορά την κάλυψη μιας υπηρεσίας ή ενός είδους Medicaid, η επιστολή θα σας πει πώς να υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 2 μόνοι σας.

### 6.4 Διαδικασία ένστασης Επιπέδου 2

#### Νομικός όρος:

Το επίσημο όνομα για τον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης είναι **Independent Review Entity, (Ανεξάρτητος φορέας αξιολόγησης)**. Μερικές φορές ονομάζεται **IRE**.

Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης είναι ένας ανεξάρτητος οργανισμός που προσλαμβάνεται από το Medicare. Δεν συνδέεται με εμάς και δεν είναι κρατική υπηρεσία. Αυτός ο οργανισμός αποφασίζει αν η απόφαση που πήραμε είναι σωστή ή αν πρέπει να αλλάξει. Το Medicare επιβλέπει το έργο του.

- Εάν το πρόβλημά σας αφορά μια υπηρεσία ή ένα είδος που συνήθως **καλύπτεται από το Medicare**, θα στείλουμε αυτόματα την υπόθεσή σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης μόλις ολοκληρωθεί η ένσταση στο Επίπεδο 1.
- Εάν το πρόβλημά σας αφορά μια υπηρεσία ή ένα είδος που συνήθως **καλύπτεται από το Medicaid**, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 2 μόνοι σας. Η επιστολή θα σας ενημερώσει πώς να το κάνετε αυτό. Πληροφορίες θα βρείτε επίσης παρακάτω.
- Εάν το πρόβλημά σας αφορά μια υπηρεσία ή ένα είδος που θα μπορούσε να **καλυφθεί τόσο από το Medicare όσο και από το Medicaid**, θα λάβετε αυτόματα μια ένσταση Επιπέδου 2 με τον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε δίκαιη ακρόαση με το κράτος.

Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για συνέχιση των παροχών όταν υποβάλετε αίτημα ένστασης Επιπέδου 1, οι παροχές σας για την υπηρεσία, το αντικείμενο ή το φάρμακο που αποτελεί αντικείμενο ένστασης μπορούν επίσης να συνεχιστούν κατά τη διάρκεια του Επιπέδου 2. Μεταβείτε στη σελίδα 138 για πληροφορίες σχετικά με τη συνέχιση των παροχών σας κατά τη διάρκεια αιτημάτων ένστασης Επιπέδου 1.

- Εάν το πρόβλημά σας αφορά μια υπηρεσία που συνήθως καλύπτεται μόνο από το Medicare, οι παροχές σας για την εν λόγω υπηρεσία δεν θα συνεχιστούν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ένστασης Επιπέδου 2 με τον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης.
- Εάν το πρόβλημά σας αφορά μια υπηρεσία που συνήθως καλύπτεται από το Medicaid, οι παροχές σας για την εν λόγω υπηρεσία θα συνεχιστούν εάν υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 2 εντός 10 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της επιστολής απόφασης του προγράμματός μας.

**Εάν το πρόβλημά σας αφορά μια υπηρεσία ή ένα είδος που το Medicare συνήθως καλύπτει:**

#### **Βήμα 1: Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εξετάζει το αίτημα ένστασης.**

- Θα στείλουμε τις πληροφορίες σχετικά με το αίτημα ένστασής σας σε αυτόν τον οργανισμό. Αυτές οι πληροφορίες ονομάζονται **“φάκελος υπόθεσης”**. Έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε ένα δωρεάν αντίγραφο του φακέλου της υπόθεσής σας.
- Έχετε το δικαίωμα να παράσχετε στον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης πρόσθετες πληροφορίες για την υποστήριξη της ένστασής σας.
- Οι αναθεωρητές στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης θα εξετάσουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με το αίτημα ένστασής σας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

### **Εάν υποβάλατε αίτημα για ταχεία ένσταση Επιπέδου 1, μπορείτε επίσης να υποβάλετε αίτημα για ταχεία ένσταση Επιπέδου 2**

- Για ταχεία ένσταση ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης πρέπει να σας απαντήσει στην ένσταση Επιπέδου 2 **εντός 72 ωρών** από τη λήψη της ένστασής σας.
- Εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία και ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να συγκεντρώσει περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούν έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες**. Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης δεν μπορεί να αφιερώσει επιπλέον χρόνο για να λάβει απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β.

### **Εάν υποβάλετε αίτημα τυπικής ένστασης στο Επίπεδο 1, θα έχετε επίσης μια τυπική ένσταση στο Επίπεδο 2.**

- Για τυπική ένσταση, εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία, ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης πρέπει να σας απαντήσει στο αίτημα ένστασης Επιπέδου 2 **εντός 30 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη της ένστασής σας. Εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β, ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης πρέπει να σας απαντήσει στο αίτημα ένστασης Επιπέδου 2 **εντός 7 ημερολογιακών ημερών** από τη στιγμή που θα λάβει την ένστασή σας.
- Εάν το αίτημά σας αφορά ιατρικό είδος ή υπηρεσία και ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να συγκεντρώσει περισσότερες πληροφορίες που μπορεί να σας ωφελήσουν, **μπορεί να χρειαστούν έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες**. Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης δεν μπορεί να αφιερώσει επιπλέον χρόνο για να λάβει απόφαση εάν το αίτημά σας αφορά φάρμακο Μέρους Β.

### **Βήμα 2: Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης σας δίνει την απάντησή του.**

Ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης θα σας ενημερώσει γραπτώς για την απόφασή του και θα εξηγήσει τους λόγους για αυτήν.

- **Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εγκρίνει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας για ιατρικό είδος ή υπηρεσία**, πρέπει να εγκρίνουμε την κάλυψη ιατρικής φροντίδας **εντός 72 ωρών** ή να παρέχουμε την υπηρεσία εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της απόφασης του ανεξάρτητου οργανισμού επανεξέτασης για **τυπικά αιτήματα**. Για **επισπευσμένα αιτήματα**, έχουμε **72 ώρες** από την ημερομηνία λήψης της απόφασης από τον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης.
- **Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εγκρίνει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας για φάρμακο Μέρους Β**, πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε το φάρμακο Μέρους Β **εντός 72 ωρών** από τη λήψη της απόφασης του ανεξάρτητου οργανισμού επανεξέτασης για **τυπικά αιτήματα**. Για **επισπευσμένα αιτήματα**, έχουμε στη διάθεσή μας **24 ώρες** από την ημερομηνία λήψης της απόφασης από τον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης.
- **Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης απορρίψει μέρος ή το σύνολο της ένστασής σας**, αυτό σημαίνει ότι συμφωνεί με το πρόγραμμά μας ότι το αίτημά σας (ή μέρος του αιτήματός σας) για κάλυψη για ιατρική φροντίδα δεν πρέπει να εγκριθεί. (Αυτό ονομάζεται **επικύρωση της απόφασης ή απόρριψη του αιτήματός σας**.) Στην περίπτωση αυτή, ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης θα σας στείλει μια επιστολή η οποία:
  - Εξηγεί την απόφαση.
  - Σας ενημερώνει για το δικαίωμα ένστασης Επιπέδου 3 που διαθέτετε εάν η αξία σε δολάρια της κάλυψης ιατρικής φροντίδας πληροί ένα ορισμένο ελάχιστο. Η γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε από τον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης θα σας αναφέρει το χρηματικό ποσό σε δολάρια που πρέπει να πληροίτε για να συνεχίσετε τη διαδικασία ένστασης.
  - Σας ενημερώνει για τον τρόπο υποβολής αιτήματος ένστασης Επιπέδου 3.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

- Αν το αίτημα ένστασης Επιπέδου 2 απορριφθεί και πληροίτε τα κριτήρια για να συνεχίσετε τη διαδικασία ένστασης, πρέπει να αποφασίσετε αν θέλετε να προχωρήσετε στο Επίπεδο 3 και να υποβάλετε τρίτη ένσταση. Οι λεπτομέρειες σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό βρίσκονται στη γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε μετά το αίτημα ένστασης Επιπέδου 2.
  - Η ένσταση Επιπέδου 3 πραγματοποιείται από δικαστή διοικητικού δικαίου ή κριτή δικηγόρο. Η **Ενότητα 10** σε αυτό το κεφάλαιο εξηγεί τη διαδικασία για ενστάσεις Επιπέδου 3, 4 και 5.

### **Εάν το πρόβλημά σας αφορά μια υπηρεσία ή ένα είδος, το Medicaid συνήθως καλύπτει:**

#### **Βήμα 1: Ζητήστε δίκαιη ακρόαση με το κράτος.**

- Το Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης για υπηρεσίες που συνήθως καλύπτονται από το Medicaid είναι μια δίκαιη ακρόαση με την πολιτεία. Πρέπει να ζητήσετε δίκαιη ακρόαση γραπτώς ή τηλεφωνικά εντός 60 ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία αποστολής της επιστολής απόφασης σχετικά με την ένσταση Επιπέδου 1. Η επιστολή που θα λάβετε από εμάς θα σας πει πού να υποβάλετε το αίτημά σας για ακρόαση.
- Τηλεφωνικά: 1-800-342-3334 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711 και ζητούν από τον χειριστή να καλέσει στο 1-877-502-6155)
- Μέσω φαξ: 518-473-6735
- Μέσω διαδικτύου: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Ταχυδρομικώς στη διεύθυνση: NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023

- Αυτοπροσώπως: Για μη κατοίκους της New York:

Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
40 North Pearl Street  
Albany, New York 12243

- Για τους κατοίκους της New York:

Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
5 Beaver Street  
New York, New York 10004

**Αφού ζητήσετε δίκαιη ακρόαση**, η πολιτεία θα σας στείλει ειδοποίηση με τον χρόνο και τον τόπο της ακρόασης. Στην ακρόαση θα σας ζητηθεί να εξηγήσετε γιατί πιστεύετε ότι αυτή η απόφαση είναι λάθος. Ένας σύμβουλος ακροάσεων θα ενημερωθεί τόσο από εσάς όσο και από το πρόγραμμα και θα αποφασίσει εάν η απόφασή μας ήταν λανθασμένη. Εάν η πολιτεία απορρίψει το αίτημά σας για ταχεία δίκαιη ακρόαση, θα σας καλέσει και θα σας στείλει μια επιστολή. Εάν το αίτημά σας για ταχεία δίκαιη ακρόαση απορριφθεί, η πολιτεία θα επεξεργαστεί τη δίκαιη ακρόασή σας σε 90 ημέρες.

Εάν η πολιτεία εγκρίνει το αίτημά σας για ταχεία δίκαιη ακρόαση, θα σας καλέσει για να σας ενημερώσει για την ώρα και την ημερομηνία της ακρόασής σας. Όλες οι ταχείες δίκαιες ακροάσεις θα διεξάγονται τηλεφωνικά.

**Για να προετοιμαστείτε για την ακρόαση:**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- **Θα σας στείλουμε ένα αντίγραφο του “πακέτου αποδεικτικών στοιχείων” πριν από την ακρόαση.** Αυτές είναι οι πληροφορίες που χρησιμοποιήσαμε για να λάβουμε την απόφασή μας σχετικά με τις υπηρεσίες σας. Θα δώσουμε αυτές τις πληροφορίες στον σύμβουλο ακροάσεων για να εξηγήσει την απόφασή μας. Εάν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για να σας το ταχυδρομήσουμε, θα φέρουμε ένα αντίγραφο του πακέτου αποδεικτικών στοιχείων στην ακρόαση για εσάς. Εάν δεν λάβετε το πακέτο αποδεικτικών στοιχείων σας μέχρι την εβδομάδα πριν από την ακρόασή σας, μπορείτε να καλέσετε στο 1-800 MCO-PLAN για να το ζητήσετε.
- **Έχετε το δικαίωμα να δείτε τον φάκελο της υπόθεσής σας και άλλα έγγραφα.** Ο φάκελος της υπόθεσής σας περιέχει τον φάκελο υγείας σας και ενδέχεται να περιέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους λόγους για τους οποίους η υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης άλλαξε ή δεν εγκρίθηκε. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε να δείτε τις οδηγίες και οποιοδήποτε άλλο έγγραφο χρησιμοποιήσαμε για να λάβουμε αυτήν την απόφαση. Μπορείτε να καλέσετε στο 1-800 MCO-PLAN για να δείτε τον φάκελο της υπόθεσής σας και άλλα έγγραφα ή να ζητήσετε ένα δωρεάν αντίγραφο. Τα αντίγραφα θα σας αποσταλούν ταχυδρομικά μόνο εάν δηλώσετε ότι θέλετε να αποσταλούν ταχυδρομικά.
- **Έχετε το δικαίωμα να φέρετε ένα άτομο μαζί σας για να σας βοηθήσει στην ακρόαση,** όπως έναν δικηγόρο, έναν φίλο, έναν συγγενή ή κάποιον άλλον. Κατά την ακρόαση, εσείς ή αυτό το άτομο μπορείτε να δώσετε στον σύμβουλο ακροάσεων κάτι γραπτώς ή απλώς να πείτε γιατί η απόφαση ήταν λανθασμένη. Μπορείτε επίσης να φέρετε ανθρώπους να μιλήσουν υπέρ σας. Εσείς ή αυτό το άτομο μπορείτε επίσης να κάνετε ερωτήσεις σε οποιοδήποτε άλλο άτομο κατά την ακρόαση.
- **Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε έγγραφα για την υποστήριξη της υπόθεσής σας.** Φέρτε ένα αντίγραφο τυχόν εγγράφων που πιστεύετε ότι θα βοηθήσουν την περίπτωσή σας, όπως επιστολές γιατρού, λογαριασμούς υγειονομικής περίθαλψης και αποδείξεις. Μπορεί να είναι χρήσιμο να φέρετε ένα αντίγραφο αυτής της ειδοποίησης και όλες τις σελίδες που την συνοδεύουν στην ακρόασή σας.
- **Ενδέχεται να μπορείτε να λάβετε νομική βοήθεια** καλώντας τον τοπικό Σύλλογο Νομικής Βοήθειας ή την ομάδα συνηγόρων σας. Για να εντοπίσετε έναν δικηγόρο, ψάξτε στον Τηλεφωνικό Κατάλογο για “Δικηγόρους” ή επισκεφτείτε τον ιστότοπο [www.LawhelpNY.org](http://www.LawhelpNY.org). Στη New York, καλέστε το 311.

### Εξωτερικές ενστάσεις

Έχετε άλλα δικαιώματα ένστασης εάν είπαμε ότι η υπηρεσία που ζητάτε:

1. δεν είναι ιατρικά αναγκαία
2. είναι πειραματική ή υπό έρευνα ή
3. δεν διαφέρει από τη φροντίδα που μπορείτε να πάρετε στο δίκτυο του προγράμματος ή
4. διατίθεται από έναν συμμετέχοντα πάροχο που έχει σωστή εκπαίδευση και εμπειρία για να καλύψει τις ανάγκες σας.

Για τέτοιου είδους αποφάσεις, μπορείτε να ζητήσετε από την Πολιτεία της New York (NYS) μια ανεξάρτητη εξωτερική ένσταση. Αυτό ονομάζεται Εξωτερική ένσταση επειδή οι αναθεωρητές που δεν εργάζονται για το Senior Whole Health of New York NHC ή την πολιτεία NYS λαμβάνουν την απόφαση. Αυτοί οι αναθεωρητές είναι κατάλληλα άτομα εγκεκριμένα από την πολιτεία NYS. Η υπηρεσία πρέπει να περιλαμβάνεται στο πακέτο παροχών του προγράμματος ή να είναι πειραματική θεραπεία, κλινική δοκιμή ή θεραπεία για σπάνια πάθηση. Δεν χρειάζεται να πληρώσετε για εξωτερική ένσταση.

Έχετε 4 μήνες από την ημερομηνία αποστολής της επιστολής απόφασης σχετικά με την ένσταση Επιπέδου 1 για να ζητήσετε εξωτερική ένσταση. Εάν εσείς και το Senior Whole Health of New York NHC συμφωνήσατε να παραλείψετε τη διαδικασία ένστασης, τότε πρέπει να ζητήσετε την εξωτερική ένσταση εντός **4 μηνών** από τη στιγμή που κάνατε τη συμφωνία.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

Για να ζητήσετε εξωτερική ένσταση, συμπληρώστε μια αίτηση και στείλτε την στο Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών. Μπορείτε να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, εάν χρειάζεστε βοήθεια για την υποβολή μιας Εξωτερικής Ένστασης. Εσείς και οι γιατροί σας θα πρέπει να δώσετε πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό σας πρόβλημα. Η αίτηση εξωτερικής ένστασης αναφέρει ποιες πληροφορίες θα χρειαστούν.

Ακολουθούν ορισμένοι τρόποι για να λάβετε μια αίτηση Εξωτερικής ένστασης:

- Καλέστε το Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών στο 1-800-400-8882
- Μεταβείτε στον ιστότοπο του Τμήματος Οικονομικών Υπηρεσιών στη διεύθυνση [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Επικοινωνήστε μαζί μας στο (833) 671-0440

Η εξωτερική ένστασή σας θα αποφασιστεί σε 30 ημέρες. Ενδέχεται να χρειαστεί περισσότερος χρόνος (έως και πέντε εργάσιμες ημέρες) εάν ο ελεγκτής εξωτερικών ενστάσεων ζητήσει περισσότερες πληροφορίες. Εσείς και το Senior Whole Health of New York NHC θα ενημερωθείτε για την τελική απόφαση εντός δύο ημερών από τη λήψη της απόφασης.

Μπορείτε να λάβετε μια πιο γρήγορη απόφαση εάν:

- Ο γιατρός σας λέει ότι μια καθυστέρηση θα προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία σας, ή
- Βρίσκεστε στο νοσοκομείο μετά από μια επίσκεψη στα επείγοντα περιστατικά και η νοσοκομειακή περίθαλψη απορρίπτεται από το πρόγραμμα.

Αυτό ονομάζεται ταχεία εξωτερική ένσταση. Ο ελεγκτής εξωτερικών ενστάσεων θα αποφασίσει για την ταχεία υποβολή αιτήματος ένστασης εντός 72 ωρών ή λιγότερο.

Εάν ζητήσατε ενδονοσοκομειακή θεραπεία για διαταραχή χρήσης ουσιών τουλάχιστον 24 ώρες πριν από το εξιτήριο σας από το νοσοκομείο, θα συνεχίσουμε να καλύπτουμε τη διαμονή σας αν:

- Ζητάτε ταχεία ένσταση Επιπέδου 1 εντός 24 ωρών, ΚΑΙ
- Ζητάτε ταυτόχρονα μια ταχεία εξωτερική ένσταση.

Θα συνεχίσουμε να πληρώνουμε για τη διαμονή σας μέχρι να ληφθεί απόφαση σχετικά με τις ενστάσεις σας. Θα λάβουμε μια απόφαση σχετικά με την ταχεία ένσταση Επιπέδου 1 σε 24 ώρες. Η ταχεία εξωτερική ένσταση θα αποφασιστεί σε 72 ώρες.

Ο ελεγκτής εξωτερικών ενστάσεων θα ενημερώσει εσάς και το πρόγραμμα για την απόφαση αμέσως μέσω τηλεφώνου ή φαξ. Αργότερα, θα σας αποσταλεί μια επιστολή που θα σας ενημερώνει για την απόφαση.

Μπορείτε να ζητήσετε δίκαιη ακρόαση ή να ζητήσετε εξωτερική ένσταση ή και τα δύο. Εάν ζητήσετε τόσο μια δίκαιη ακρόαση όσο και μια εξωτερική ένσταση, η απόφαση του συμβούλου δίκαιης ακρόασης θα είναι αυτή που μετράει.

Στην ενότητα 10.2, Πρόσθετες Ενστάσεις Medicaid, το MMCP δεν θα πρέπει να περιλαμβάνει πρόσθετη γλώσσα όπου το EOC δίνει εντολή στο MMCP να εισαγάγει περιγραφή των διαδικασιών και οδηγίες σχετικά με την υποβολή πρόσθετων ενστάσεων στην πολιτεία.

Στην Ενότητα 11.4, Μπορείτε επίσης να ενημερώσετε το Medicare και το Medicaid σχετικά με την καταγγελία σας:

1. Το MMCP θα πρέπει να εισαγάγει την ένδειξη “και Medicaid” στον τίτλο αυτής της ενότητας.
2. Το MMCP που διαχειρίζεται το πρόγραμμα MAP πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας για την υποβολή παραπόνων στο Medicaid:

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

Έχετε επίσης το δικαίωμα να επικοινωνήσετε με το Υπουργείο Υγείας της Πολιτείας της New York σχετικά με την καταγγελία σας.

Επικοινωνήστε με το Υπουργείο Υγείας μέσω:

- Τηλέφωνο: 1-866-712-7197
- Ταχυδρομικώς στη διεύθυνση: Υπουργείο Υγείας της Πολιτείας της New York  
Bureau of Managed Long Term Care  
Technical Assistance Center  
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl  
Albany, NY 12210
- E-mail: [mltctac@health.ny.gov](mailto:mltctac@health.ny.gov)

Έχετε επίσης δικαίωμα να επικοινωνήσετε με το Υπουργείο Υγείας της Πολιτείας της New York σχετικά με την καταγγελία σας. Επικοινωνήστε με το Υπουργείο Υγείας μέσω:

- Τηλέφωνο: 1-800-206-8125
- Ταχυδρομικώς στη διεύθυνση: New York State Department of Health  
Managed Care Complaint Unit  
OHIP DHPCO 1CP-1609  
Albany, New York 12237  
E-mail: [managedcarecomplaint@health.ny.gov](mailto:managedcarecomplaint@health.ny.gov)

### **Βήμα 2: Το γραφείο δίκαιης ακρόασης σας δίνει την απάντησή του.**

Το γραφείο δίκαιης ακρόασης θα σας ενημερώσει γραπτώς για την απόφασή του και θα εξηγήσει τους λόγους.

- **Εάν το γραφείο δίκαιης ακρόασης εγκρίνει μέρος ή σύνολο ενός αιτήματος για ιατρικό είδος ή υπηρεσία,** πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την υπηρεσία ή το είδος εντός 72 ωρών από τη λήψη της απόφασης από το γραφείο δίκαιης ακρόασης.
- **Εάν το γραφείο δίκαιης ακρόασης απορρίψει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας,** συμφωνεί με το πρόγραμμά μας ότι το αίτημά σας (ή μέρος του αιτήματός σας) για κάλυψη για ιατρική φροντίδα δεν πρέπει να εγκριθεί. (Αυτό ονομάζεται **επικύρωση της απόφασης ή απόρριψη του αιτήματός σας.**)

### **Εάν η απόφαση είναι αρνητική για το σύνολο ή μέρος του αιτήματός σας, μπορείτε να υποβάλετε νέα ένσταση.**

Εάν η απόφαση του ανεξάρτητου οργανισμού αξιολόγησης ή του γραφείου δίκαιης ακρόασης απορρίψει το σύνολο ή μέρος του αιτήματός σας, έχετε **πρόσθετα δικαιώματα ένστασης.**

Η επιστολή που θα λάβετε από το Γραφείο Δίκαιης Ακρόασης θα περιγράφει αυτήν την επόμενη επιλογή ένστασης.

Ανατρέξτε στην Ενότητα 10 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα ένστασης μετά το Επίπεδο 2.

## **6.5 Αν μας ζητάτε να σας αποζημιώσουμε για λογαριασμό που έχετε λάβει για ιατρική φροντίδα**

**Δεν μπορούμε να σας επιστρέψουμε χρήματα απευθείας για μια υπηρεσία ή ένα αντικείμενο Medicaid.** Εάν λάβετε λογαριασμό για καλυπτόμενες υπηρεσίες και είδη που καλύπτονται από την Medicaid, στείλτε

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

μας τον λογαριασμό. **Μην πληρώσετε τον λογαριασμό μόνοι σας.** Θα επικοινωνήσουμε απευθείας με τον πάροχο και θα επιλύσουμε το πρόβλημα χρέωσης. Αν πληρώσετε τον λογαριασμό, μπορείτε να λάβετε επιστροφή χρημάτων από αυτόν τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, εάν ακολουθήσατε τους κανόνες για την παροχή της υπηρεσίας ή του αντικειμένου.

### **Ζητώντας αποζημίωση ζητάτε μια απόφαση κάλυψης από εμάς.**

Εάν μας στείλετε τα έγγραφα ζητώντας αποζημίωση, ζητάτε απόφαση κάλυψης. Για να λάβουμε αυτήν την απόφαση, θα ελέγξουμε εάν η ιατρική φροντίδα για την οποία πληρώσατε είναι καλυπτόμενη. Θα ελέγξουμε επίσης αν ακολουθήσατε όλους τους κανόνες για τη χρήση της κάλυψής σας για ιατρική φροντίδα.

Εάν θέλετε να σας αποζημιώσουμε για μια υπηρεσία ή ένα είδος **Medicare** ή μας ζητάτε να πληρώσουμε έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης για μια υπηρεσία Medicaid ή ένα είδος για το οποίο πληρώσατε, ζητήστε μας να λάβουμε αυτήν την απόφαση κάλυψης. Θα ελέγξουμε εάν η ιατρική φροντίδα για την οποία πληρώσατε είναι καλυπτόμενη υπηρεσία. Θα ελέγξουμε επίσης αν ακολουθήσατε όλους τους κανόνες για τη χρήση της κάλυψής σας για ιατρική φροντίδα.

- **Εάν απαντήσουμε θετικά στο αίτημά σας:** Εάν η ιατρική φροντίδα Medicare καλύπτεται, θα σας στείλουμε την πληρωμή για το κόστος εντός 60 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.
  - Εάν καλύπτεται η περίθαλψη Medicaid για την οποία πληρώσατε έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και πιστεύετε ότι θα πρέπει να πληρώσουμε τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, θα στείλουμε στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης την πληρωμή για το κόστος εντός 60 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.
  - Στη συνέχεια, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης για να του ζητήσετε να σας επιστρέψει τα χρήματα. Εάν δεν έχετε πληρώσει για την ιατρική φροντίδα, θα στείλουμε την πληρωμή απευθείας στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.
- **Εάν απαντήσουμε αρνητικά στο αίτημά σας:** Εάν η ιατρική φροντίδα δεν καλύπτεται ή δεν ακολουθήσατε όλους τους κανόνες, δεν θα στείλουμε πληρωμή. Αντ' αυτού, θα σας στείλουμε μια επιστολή στην οποία θα αναγράφεται ότι δεν θα πληρώσουμε για την ιατρική φροντίδα και τους λόγους για αυτό.

Εάν δεν συμφωνείτε με την απόφασή μας να απορρίψουμε το αίτημά σας, **μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης.** Αν υποβάλετε αίτημα ένστασης, αυτό σημαίνει ότι μας ζητάτε να αλλάξουμε την απόφαση κάλυψης που λάβαμε όταν απορρίψαμε το αίτημά σας για πληρωμή.

**Για να υποβάλετε αυτό το αίτημα ένστασης, ακολουθήστε τη διαδικασία ένστασης που περιγράφεται στην Ενότητα 6.3.** Για αιτήματα ένστασης που αφορούν αποζημιώσεις, λάβετε υπόψη τα εξής:

- Πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας εντός 30 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.
- Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός αναθεώρησης αποφασίσει ότι πρέπει να πληρώσουμε, πρέπει να στείλουμε σε εσάς ή στον πάροχο την πληρωμή εντός 30 ημερολογιακών ημερών. Εάν η απάντηση στο αίτημά σας είναι θετική σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας ένστασης μετά το Επίπεδο 2, πρέπει να στείλουμε την πληρωμή που ζητήσατε σε εσάς ή στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης εντός 60 ημερολογιακών ημερών.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)****7 Φάρμακα Μέρους D: Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης ή να υποβάλετε αίτημα ένστασης****7.1 Αυτή η ενότητα σας λέει τι πρέπει να κάνετε εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη ενός φαρμάκου Μέρους D ή θέλετε να σας επιστρέψουμε χρήματα για ένα φάρμακο Μέρους D**

Οι παροχές σας περιλαμβάνουν κάλυψη για πολλά συνταγογραφούμενα φάρμακα. Για να καλυφθεί, το φάρμακο πρέπει να χρησιμοποιηθεί για μια ιατρικά αποδεκτή ένδειξη. (Μεταβείτε στο Κεφάλαιο 5 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με μια ιατρικά αποδεκτή ένδειξη.) Για λεπτομέρειες σχετικά με φάρμακα Μέρους D, κανόνες, περιορισμούς και το κόστος, ανατρέξτε στα Κεφάλαια 5 και 6. **Αυτή η ενότητα αφορά μόνο τα φάρμακα Μέρους D.** Για να απλοποιήσουμε τα πράγματα, θα χρησιμοποιούμε τον όρο *φάρμακο* στο υπόλοιπο αυτής της ενότητας, αντί να επαναλαμβάνουμε κάθε φορά τον όρο *καλυπτόμενο συνταγογραφούμενο φάρμακο ασθενών χωρίς εισαγωγή* ή *φάρμακο Μέρους D*. Χρησιμοποιούμε επίσης τον όρο "Κατάλογος Φαρμάκων" αντί για *Κατάλογος Καλυπτόμενων Φαρμάκων* ή *κατάλογος*.

- Εάν δεν γνωρίζετε εάν καλύπτεται ένα φάρμακο ή εάν πληροίτε τους κανόνες, μπορείτε να μας ρωτήσετε. Ορισμένα φάρμακα απαιτούν να λάβετε έγκριση από εμάς πριν τα καλύψουμε.
- Εάν το φαρμακείο σας πει ότι η συνταγή σας δεν μπορεί να εκτελεστεί όπως γράφτηκε, το φαρμακείο θα σας δώσει γραπτή ειδοποίηση εξηγώντας πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας για να ζητήσετε απόφαση κάλυψης.

**Αποφάσεις κάλυψης και ενστάσεις του Μέρους D****Νομικός όρος:**

Μια απόφαση αρχικής κάλυψης σχετικά με τα φάρμακά σας Μέρους D ονομάζεται **προσδιορισμός κάλυψης**.

Μια απόφαση κάλυψης είναι μια απόφαση που λαμβάνουμε σχετικά με τις παροχές και την κάλυψή σας ή σχετικά με το ποσό που θα πληρώσουμε για τα φάρμακά σας. Αυτή η ενότητα περιγράφει τι μπορείτε να κάνετε εάν βρίσκεστε σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες συνθήκες:

- Αίτημα κάλυψης φαρμάκου Μέρους D που δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Φαρμάκων του προγράμματός μας. **Αίτημα εξαιρέσης. Ενότητα 7.2.**
- Αίτημα για απαλλαγή περιορισμού στην κάλυψη του προγράμματός μας για φάρμακο (όπως όρια στην ποσότητα του φαρμάκου που μπορείτε να λάβετε, κριτήρια προέγκρισης ή απαίτηση να δοκιμάσετε πρώτα άλλο φάρμακο). **Αίτημα εξαιρέσης. Ενότητα 7.2.**
- Αίτημα προέγκρισης φαρμάκου. **Ζητήστε μια απόφαση κάλυψης. Ενότητα 7.4.**
- Πληρώστε για ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει. **Αίτημα για να σας αποζημιώσουμε. Ενότητα 7.4.**

Εάν διαφωνείτε με μια απόφαση κάλυψης που έχουμε λάβει, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης για την απόφασή μας.

Αυτή η ενότητα σας ενημερώνει τόσο για το πώς να αιτηθείτε αποφάσεις κάλυψης όσο και για το πώς να αιτηθείτε ένσταση.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)****7.2 Αίτημα εξαίρεσης****Νομικοί όροι:**

Το αίτημα για κάλυψη φαρμάκου που δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Φαρμάκων ονομάζεται **εξαίρεση καταλόγου**.

Το αίτημα για την άρση περιορισμού στην κάλυψη για ένα φάρμακο ονομάζεται **εξαίρεση καταλόγου**.

Το αίτημα για πληρωμή τιμής χαμηλότερης για ένα καλυπτόμενο μη προτιμώμενο φάρμακο ονομάζεται **εξαίρεση επιπέδου**.

Εάν ένα φάρμακο δεν καλύπτεται με τον τρόπο που θα θέλατε να καλυφθεί, μπορείτε να μας ζητήσετε να κάνουμε μια **εξαίρεση**. Εξαίρεση αποτελεί ο τύπος απόφασης κάλυψης.

Για να εξετάσουμε το αίτημά σας για εξαίρεση, ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος θα πρέπει να εξηγήσει τους ιατρικούς λόγους για τους οποίους χρειάζεστε την έγκριση της εξαίρεσης. Ακολουθούν 3 παραδείγματα εξαιρέσεων που εσείς ή ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μπορεί να μας ζητήσετε να κάνουμε:

- 1. Κάλυψη ενός φαρμάκου Μέρους D που δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Φαρμάκων μας.** Εάν συμφωνήσουμε να καλύψουμε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Φαρμάκων, θα πρέπει να πληρώσετε το ποσό επιμερισμού δαπάνης που ισχύει για τα φάρμακα στο Επίπεδο 5 *Ειδικά Φάρμακα*. Δεν μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση από το ποσό επιμερισμού δαπάνης που απαιτούμε να πληρώσετε για το φάρμακο.
- 2. Άρση περιορισμού για καλυπτόμενο φάρμακο.** Το Κεφάλαιο 5 περιγράφει τους επιπλέον κανόνες ή περιορισμούς που ισχύουν για ορισμένα φάρμακα στον Κατάλογο Φαρμάκων μας. Εάν συμφωνήσουμε να κάνουμε μια εξαίρεση και να σας απαλλάξουμε από έναν περιορισμό, μπορείτε να ζητήσετε εξαίρεση από το ποσό συμμετοχής στην πληρωμή ή από το ποσό συνασφάλισης που απαιτούμε να πληρώσετε για το φάρμακο.
- 3. Αλλαγή της κάλυψης ενός φαρμάκου σε χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού δαπάνης.** Κάθε φάρμακο στον Κατάλογο Φαρμάκων μας βρίσκεται σε ένα από τα έξι (6) επίπεδα επιμερισμού δαπάνης. Σε γενικές γραμμές, όσο χαμηλότερος είναι ο αριθμός του επιπέδου επιμερισμού δαπάνης, τόσο λιγότερο πληρώνετε ως μερίδιο του κόστους του φαρμάκου.
  - Εάν ο Κατάλογος Φαρμάκων μας περιέχει εναλλακτικά φάρμακα για τη θεραπεία της πάθησής σας που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού δαπάνης από το φάρμακό σας, μπορείτε να μας ζητήσετε να καλύψουμε το φάρμακό σας στο ποσό επιμερισμού δαπάνης που ισχύει για το εναλλακτικό φάρμακο.
  - Εάν το φάρμακο που παίρνετε είναι επώνυμο φάρμακο, μπορείτε να μας ζητήσετε να καλύψουμε το φάρμακό σας με το ποσό επιμερισμού δαπάνης που ισχύει για το χαμηλότερο επίπεδο που περιέχει εναλλακτικά επώνυμα φάρμακα για τη θεραπεία της πάθησής σας.
  - Εάν το φάρμακο που παίρνετε είναι γενόσημο, μπορείτε να μας ζητήσετε να καλύψουμε το φάρμακό σας με το ποσό επιμερισμού δαπάνης που ισχύει για το χαμηλότερο επίπεδο που περιέχει είτε εναλλακτικά επώνυμα φάρμακα είτε εναλλακτικά γενόσημα για τη θεραπεία της πάθησής σας.
  - Δεν μπορείτε να μας ζητήσετε να αλλάξουμε το επίπεδο επιμερισμού δαπάνης για οποιοδήποτε φάρμακο στο Επίπεδο 5 – *Ειδικά Φάρμακα*.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- Εάν εγκρίνουμε το αίτημα εξαίρεσης επιπέδων και υπάρχουν περισσότερα από ένα χαμηλότερα επίπεδα επιμερισμού δαπάνης με εναλλακτικά φάρμακα που δεν μπορείτε να πάρετε, συνήθως πληρώνετε το χαμηλότερο ποσό.

### 7.3 Σημαντικά πράγματα που πρέπει να γνωρίζετε σχετικά με το αίτημα εξαιρέσεων

#### Ο γιατρός σας πρέπει να μας πει τους ιατρικούς λόγους

Ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος πρέπει να μας δώσει μια δήλωση που εξηγεί τους ιατρικούς λόγους για τους οποίους ζητάτε εξαίρεση. Για ταχύτερη απόφαση, συμπεριλάβετε αυτές τις ιατρικές πληροφορίες από τον γιατρό σας ή άλλο συνταγογράφο όταν ζητάτε την εξαίρεση.

Συνήθως, ο Κατάλογος Φαρμάκων μας περιλαμβάνει περισσότερα από ένα φάρμακα για τη θεραπεία μιας συγκεκριμένης πάθησης. Αυτές οι διαφορετικές δυνατότητες ονομάζονται **εναλλακτικά** φάρμακα. Εάν ένα εναλλακτικό φάρμακο θα ήταν εξίσου αποτελεσματικό με το φάρμακο που ζητάτε και δεν θα προκαλούσε περισσότερες παρενέργειες ή άλλα προβλήματα υγείας, γενικά δεν θα εγκρίνουμε το αίτημά σας για εξαίρεση. Εάν μας ζητήσετε εξαίρεση επιπέδου, γενικά δεν θα εγκρίνουμε το αίτημά σας για εξαίρεση, εκτός εάν όλα τα εναλλακτικά φάρμακα στα χαμηλότερα επίπεδα επιμερισμού δαπάνης δεν θα λειτουργήσουν τόσο καλά για εσάς ή είναι πιθανό να προκαλέσουν κάποια ανεπιθύμητη αντίδραση ή άλλη βλάβη.

#### Μπορούμε να απαντήσουμε θετικά ή αρνητικά στο αίτημά σας

- Εάν εγκρίνουμε το αίτημά σας για εξαίρεση, η έγκρισή μας συνήθως ισχύει μέχρι το τέλος του έτους προγράμματος. Αυτό ισχύει όσο ο γιατρός σας συνεχίζει να συνταγογραφεί το φάρμακο για εσάς και αυτό το φάρμακο εξακολουθεί να είναι ασφαλές και αποτελεσματικό για τη θεραπεία της πάθησής σας.
- Αν απαντήσουμε όχι στο αίτημά σας, μπορείτε να ζητήσετε νέα αναθεώρηση υποβάλλοντας αίτημα ένστασης.

### 7.4 Πώς να ζητήσετε απόφαση κάλυψης, συμπεριλαμβανομένης εξαίρεσης

#### Νομικός όρος:

Μια ταχεία απόφαση κάλυψης ονομάζεται **επισπευσμένος προσδιορισμός κάλυψης**.

#### **Βήμα 1:** Αποφασίστε εάν χρειάζεστε τυπική απόφαση κάλυψης ή ταχεία απόφαση κάλυψης.

**Οι τυπικές αποφάσεις κάλυψης** λαμβάνονται εντός **72 ωρών** από τη λήψη της δήλωσης του γιατρού σας.

**Οι ταχείες αποφάσεις κάλυψης** λαμβάνονται εντός **24 ωρών** από τη λήψη της δήλωσης του γιατρού σας.

**Εάν η υγεία σας το απαιτεί, ζητήστε μας να σας δώσουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης. Για να λάβετε μια ταχεία απόφαση κάλυψης, πρέπει να πληροίτε 2 απαιτήσεις:**

- Πρέπει να ζητάτε *φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμα*. (Δεν μπορείτε να ζητήσετε ταχεία απόφαση κάλυψης για αποζημίωση για φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει.)
- Η χρήση των τυπικών προθεσμιών θα μπορούσε να προκαλέσει *σοβαρή βλάβη στην υγεία σας ή να βλάψει την ικανότητά σας να λειτουργήσετε*.
- **Εάν ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μάς πει ότι η υγεία σας απαιτεί ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας δώσουμε αυτόματα μια ταχεία απόφαση κάλυψης.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

- **Εάν ζητήσετε ταχεία απόφαση κάλυψης μόνοι σας, χωρίς την υποστήριξη του γιατρού ή του συνταγογράφου σας, θα αποφασίσουμε εάν η υγεία σας απαιτεί να σας δώσουμε ταχεία απόφαση κάλυψης.** Εάν δεν εγκρίνουμε μια ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας στείλουμε μια επιστολή που:
  - Εξηγεί ότι θα χρησιμοποιήσουμε τις τυπικές προθεσμίες.
  - Εξηγεί ότι εάν ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος ζητήσει την ταχεία απόφαση κάλυψης, θα σας δώσουμε αυτόματα μια ταχεία απόφαση κάλυψης.
  - Εξηγεί πώς να υποβάλετε μια ταχεία καταγγελία σχετικά με την απόφασή μας να σας δώσουμε μια τυπική απόφαση κάλυψης αντί της ταχείας απόφασης κάλυψης που ζητήσατε. Θα απαντήσουμε στην καταγγελία σας εντός 24 ωρών από τη λήψη της.

### **Βήμα 2: Ζητήστε μια τυπική απόφαση κάλυψης ή μια ταχεία απόφαση κάλυψης.**

Ξεκινήστε καλώντας, γράφοντας ή στέλνοντας φαξ στο πρόγραμμά μας για να μας ζητήσετε να εγκρίνουμε ή να παρέχουμε κάλυψη για την ιατρική φροντίδα που θέλετε. Μπορείτε επίσης να αποκτήσετε πρόσβαση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων κάλυψης μέσω της ιστοσελίδας μας. Πρέπει να δεχτούμε οποιοδήποτε γραπτό αίτημα, συμπεριλαμβανομένου ενός αιτήματος που υποβάλλεται στο έντυπο *CMS Model Coverage Determination Request*, το οποίο είναι διαθέσιμο στον ιστότοπό μας [SWHNY.com](http://SWHNY.com). Στο Κεφάλαιο 2 υπάρχουν τα στοιχεία επικοινωνίας. Για να μας βοηθήσετε στην επεξεργασία του αιτήματός σας, συμπεριλάβετε το όνομά σας, τα στοιχεία επικοινωνίας σας και πληροφορίες που προσδιορίζουν για ποια απορριφθείσα αξίωση υποβάλλεται το αίτημα ένστασης.

Αυτό μπορεί να γίνει από εσάς, τον γιατρό σας, (ή άλλο συνταγογράφο), ή τον εκπρόσωπό σας. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε από δικηγόρο να ενεργήσει για λογαριασμό σας. Η Ενότητα 4 αυτού του κεφαλαίου περιγράφει πώς μπορείτε να δώσετε γραπτή άδεια σε κάποιον άλλο να ενεργήσει ως εκπρόσωπός σας.

- **Εάν ζητάτε εξαίρεση, προσκομίστε την υποστηρικτική δήλωση,** όπου παρέχονται οι ιατρικοί λόγοι για την εξαίρεση. Ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μπορεί να μας στείλει τη δήλωση μέσω φαξ ή ταχυδρομικά. Εναλλακτικά, ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος μπορεί να μας ενημερώσει τηλεφωνικά και να επικοινωνήσει με γραπτή δήλωση μέσω φαξ ή ταχυδρομικώς, εάν είναι απαραίτητο.

### **Βήμα 3: Εξετάζουμε το αίτημά σας και σας δίνουμε την απάντησή μας.**

#### **Προθεσμίες για ταχεία απόφαση κάλυψης**

- Πρέπει γενικά να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 24 ωρών** από τη λήψη του αιτήματός σας.
  - Για εξαιρέσεις, θα σας δώσουμε την απάντησή μας εντός 24 ωρών από τη λήψη της υποστηρικτικής δήλωσης του γιατρού σας. Θα σας δώσουμε την απάντησή μας νωρίτερα εάν το απαιτεί η υγεία σας.
  - Εάν δεν τηρήσουμε αυτήν την προθεσμία, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης, όπου θα εξεταστεί από ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε,** πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη που έχουμε συμφωνήσει να παρέχουμε εντός 24 ωρών από τη λήψη του αιτήματός σας ή της δήλωσης του γιατρού που υποστηρίζει το αίτημά σας.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε,** θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί είπαμε όχι. Θα σας ενημερώσουμε επίσης πώς μπορείτε να ασκήσετε ένσταση κατά της απόφασής μας.

#### **Προθεσμίες για τυπική απόφαση κάλυψης σχετικά με φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμη**

- Πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 72 ωρών** από τη λήψη του αιτήματός σας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- Για εξαιρέσεις, θα σας δώσουμε την απάντησή μας εντός 72 ωρών από τη λήψη της υποστηρικτικής δήλωσης του γιατρού σας. Θα σας δώσουμε την απάντησή μας νωρίτερα εάν το απαιτεί η υγεία σας.
- Εάν δεν τηρήσουμε αυτήν την προθεσμία, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης, όπου θα εξεταστεί από ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, πρέπει να **παράσχουμε την κάλυψη** που έχουμε συμφωνήσει να παρέχουμε **εντός 72 ωρών** από τη λήψη του αιτήματός σας ή της δήλωσης του γιατρού που υποστηρίζει το αίτημά σας.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί είπαμε όχι. Θα σας ενημερώσουμε επίσης πώς μπορείτε να ασκήσετε ένσταση κατά της απόφασής μας.

### Προθεσμίες για τυπική απόφαση κάλυψης σχετικά με την πληρωμή για φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει

- Πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 14 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη του αιτήματός σας.
  - Εάν δεν τηρήσουμε αυτήν την προθεσμία, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης, όπου θα εξεταστεί από ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, είμαστε επίσης υποχρεωμένοι να σας πληρώσουμε εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί είπαμε όχι. Θα σας ενημερώσουμε επίσης πώς μπορείτε να ασκήσετε ένσταση κατά της απόφασής μας.

### Βήμα 4: Αν απορρίψουμε το αίτημα κάλυψής σας, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης.

- Αν απορρίψουμε το αίτημά σας, έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε να επανεξετάσουμε αυτήν την απόφαση υποβάλλοντας αίτημα ένστασης. Αυτό σημαίνει να ζητήσετε ξανά να λάβετε την κάλυψη φαρμάκων που θέλετε. Αν υποβάλετε αίτημα ένστασης, αυτό σημαίνει ότι θα προχωρήσετε στο Επίπεδο 1 της διαδικασίας ένστασης.

## 7.5 Πώς να υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 1

### Νομικοί όροι:

Ένα αίτημα ένστασης στο πρόγραμμά μας σχετικά με μια απόφαση κάλυψης φαρμάκων Μέρους D ονομάζεται **“επαναπροσδιορισμός” προγράμματος**.

Μια ταχεία ένσταση ονομάζεται **επισπευσμένος επαναπροσδιορισμός**.

### Βήμα 1: Αποφασίστε αν χρειάζεστε τυπική ή ταχεία ένσταση.

**Μια τυπική ένσταση γίνεται συνήθως εντός 7 ημερολογιακών ημερών. Μια ταχεία ένσταση γίνεται γενικά εντός 72 ωρών. Εάν η υγεία σας το απαιτεί, ζητήστε μια ταχεία ένσταση**

- Εάν υποβάλετε αίτημα ένστασης σε μια απόφαση που λάβαμε σχετικά με ένα φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμα, εσείς και ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος θα πρέπει να αποφασίσετε εάν χρειάζεστε ταχεία ένσταση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- Οι απαιτήσεις για ταχεία ένσταση είναι οι ίδιες με εκείνες για τη λήψη ταχείας απόφασης κάλυψης στην Ενότητα 7.4.

**Βήμα 2: Εσείς, ο εκπρόσωπός σας, ο γιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος πρέπει να επικοινωνήσει μαζί μας και να υποβάλει αίτημα ένστασης Επιπέδου 1. Εάν η υγεία σας απαιτεί γρήγορη απάντηση, πρέπει να ζητήσετε ταχεία ένσταση.**

- **Για αιτήματα τυπικής ένστασης, υποβάλετε γραπτό αίτημα ή καλέστε μας.** Στο Κεφάλαιο 2 υπάρχουν τα στοιχεία επικοινωνίας.
- **Για ταχεία ένσταση, υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς ή καλέστε μας στον αριθμό που βρίσκεται στο πίσω μέρος της ταυτότητας μέλους σας.** Στο Κεφάλαιο 2 υπάρχουν τα στοιχεία επικοινωνίας.
- **Πρέπει να δεχτούμε οποιοδήποτε γραπτό αίτημα,** συμπεριλαμβανομένου ενός αιτήματος που υποβάλλεται στο έντυπο CMS Model Coverage Determination Request, το οποίο είναι διαθέσιμο στον ιστότοπό μας [SWHNY.com](http://SWHNY.com) Συμπεριλάβετε το όνομά σας, τα στοιχεία επικοινωνίας και πληροφορίες σχετικά με την αξίωσή σας για να μας βοηθήσετε στην επεξεργασία του αιτήματός σας.
- **Πρέπει να υποβάλετε το αίτημα ένστασής σας εντός 65 ημερολογιακών ημερών** από την ημερομηνία της γραπτής ειδοποίησης που στείλαμε για να σας κοινοποιήσουμε την απάντησή μας σχετικά με την απόφαση κάλυψης. Αν χάσετε αυτήν την προθεσμία και έχετε βάσιμους λόγους που δεν την τηρήσατε, εξηγήστε τον λόγο για τον οποίο καθυστέρησε το αίτημα ένστασης όταν υποβάλετε το αίτημά σας. Ενδέχεται να σας δώσουμε περισσότερο χρόνο για να υποβάλετε το αίτημα ένστασής σας. Παραδείγματα σοβαρών λόγων μπορεί να περιλαμβάνουν μια σοβαρή ασθένεια που σας εμπόδισε να επικοινωνήσετε μαζί μας ή εάν σας δώσαμε εσφαλμένες ή ελλιπείς πληροφορίες σχετικά με την προθεσμία για την υποβολή του αιτήματος ένστασης.
- **Μπορείτε να ζητήσετε αντίγραφο των πληροφοριών που περιλαμβάνονται στο αίτημά σας και να προσθέσετε περισσότερες πληροφορίες.** Εσείς και ο γιατρός σας μπορεί να προσθέσετε περισσότερες πληροφορίες για να υποστηρίξετε το αίτημά σας.

**Βήμα 3: Εξετάζουμε το αίτημα ένστασής σας και σας δίνουμε την απάντησή μας.**

- Όταν εξετάζουμε το αίτημα ένστασής σας, εξετάζουμε προσεκτικά όλες τις πληροφορίες σχετικά με το αίτημα κάλυψής σας. Ελέγχουμε αν ακολουθήσαμε όλους τους κανόνες όταν απορρίψαμε το αίτημά σας. Ενδέχεται να επικοινωνήσουμε μαζί σας ή με τον γιατρό σας ή άλλον συνταγογράφο για να λάβουμε περισσότερες πληροφορίες.

### Προθεσμίες για ταχεία ένσταση

- Σε περίπτωση ταχείας ένστασης, πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 72 ωρών από τη λήψη της ένστασής σας.** Θα σας δώσουμε την απάντησή μας νωρίτερα εάν το απαιτεί η υγεία σας.
  - Εάν δεν σας απαντήσουμε εντός 72 ωρών, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης, για επανεξέταση από ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης. **Η Ενότητα 7.6** εξηγεί τη διαδικασία αιτήματος ένστασης Επιπέδου 2.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε,** πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη που έχουμε συμφωνήσει να παρέχουμε εντός 72 ωρών από τη λήψη της ένστασής σας.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε,** θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί είπαμε όχι και πώς μπορείτε να υποβάλετε ένσταση στην απόφασή μας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

### Προθεσμίες για τυπική ένσταση για φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμη

- Για τυπική ένσταση, πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 7 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη της ένστασής σας. Θα σας δώσουμε την απόφασή μας νωρίτερα εάν δεν έχετε λάβει ακόμα το φάρμακο και η κατάσταση της υγείας σας απαιτεί να το πράξουμε.
  - Εάν δεν σας δώσουμε απόφαση εντός 7 ημερολογιακών ημερών, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης, για επανεξέταση από ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης. **Η Ενότητα 7.6** εξηγεί τη διαδικασία αιτήματος ένστασης Επιπέδου 2.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη το συντομότερο δυνατό για την υγεία σας, αλλά όχι αργότερα από **7 ημερολογιακές ημέρες από τη λήψη** της ένστασής σας.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί είπαμε όχι και πώς μπορείτε να υποβάλετε ένσταση στην απόφασή μας.

### Προθεσμίες για τυπική ένσταση σχετικά με την πληρωμή για φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει

- Πρέπει να σας δώσουμε την απάντησή μας **εντός 14 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη του αιτήματός σας.
  - Εάν δεν τηρήσουμε αυτήν την προθεσμία, πρέπει να στείλουμε το αίτημά σας στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης, όπου θα εξεταστεί από ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης.
- **Εάν εγκρίνουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, είμαστε επίσης υποχρεωμένοι να σας πληρώσουμε εντός 30 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας.
- **Εάν απορρίψουμε μέρος ή το σύνολο αυτών που ζητήσατε**, θα σας στείλουμε γραπτή δήλωση που θα εξηγεί γιατί είπαμε όχι. Θα σας ενημερώσουμε επίσης πώς μπορείτε να ασκήσετε ένσταση κατά της απόφασής μας.

### Βήμα 4: Αν απορρίψουμε την ένστασή σας, εσείς αποφασίζετε αν θέλετε να συνεχίσετε τη διαδικασία ένστασης και να υποβάλετε νέο αίτημα.

- Αν αποφασίσετε να υποβάλετε νέο αίτημα ένστασης, αυτό σημαίνει ότι το αίτημα ένστασης θα προχωρήσει στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης.

#### Νομικός όρος

Το επίσημο όνομα για τον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης είναι **Independent Review Entity, (Ανεξάρτητος φορέας αξιολόγησης)**. Μερικές φορές ονομάζεται **IRE**.

Ο **ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης είναι ένας ανεξάρτητος οργανισμός που προσλαμβάνεται από το Medicare**. Δεν συνδέεται με εμάς και δεν είναι κρατική υπηρεσία. Αυτός ο οργανισμός αποφασίζει αν η απόφαση που πήραμε είναι σωστή ή αν πρέπει να αλλάξει. Το Medicare επιβλέπει το έργο του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

**Βήμα 1: Εσείς (ή ο εκπρόσωπός σας ή ο ιατρός σας ή άλλος συνταγογράφος) πρέπει να επικοινωνήσετε με τον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης και να ζητήσετε επανεξέταση της υπόθεσής σας.**

- Αν απορρίψουμε το αίτημα ένστασης Επιπέδου 1, η γραπτή ειδοποίηση που θα σας στείλουμε θα περιλαμβάνει **οδηγίες σχετικά με τον τρόπο υποβολής αιτήματος ένστασης Επιπέδου 2** στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης. Αυτές οι οδηγίες θα σας πουν ποιος μπορεί να υποβάλει αυτό το αίτημα ένστασης Επιπέδου 2, ποιες προθεσμίες πρέπει να ακολουθήσετε και πώς να επικοινωνήσετε με τον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης.
- **Πρέπει να υποβάλετε το αίτημα ένστασής σας εντός 65 ημερολογιακών ημερών** από την ημερομηνία της γραπτής ειδοποίησης.
- Εάν δεν ολοκληρώσαμε τον έλεγχο μας εντός του ισχύοντος χρονικού πλαισίου ή λάβουμε μια δυσμενή απόφαση σχετικά με τον προσδιορισμό **κινδύνου** στο πλαίσιο του προγράμματος διαχείρισης φαρμάκων, θα προωθήσουμε αυτόματα το αίτημά σας στο IRE.
- Θα στείλουμε τις πληροφορίες σχετικά με το αίτημα ένστασής σας σε αυτόν τον οργανισμό. Αυτές οι πληροφορίες ονομάζονται **“φάκελος υπόθεσης”**. **Έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε αντίγραφο του φακέλου της υπόθεσής σας.**
- Έχετε το δικαίωμα να παράσχετε στον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης πρόσθετες πληροφορίες για την υποστήριξη της ένστασής σας.

**Βήμα 2: Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εξετάζει το αίτημα ένστασης.**

Οι αναθεωρητές στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης θα εξετάσουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με το αίτημα ένστασής σας.

### **Προθεσμίες για ταχεία ένσταση**

- Εάν η υγεία σας το απαιτεί, ζητήστε από τον ανεξάρτητο οργανισμό αναθεώρησης ταχεία ένσταση.
- Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης συμφωνήσει να σας δώσει ταχεία ένσταση, ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να σας απαντήσει στο αίτημα ένστασης Επιπέδου 2 **εντός 72 ωρών** από τη στιγμή που θα λάβει το αίτημα ένστασής σας.

### **Προθεσμίες για τυπική ένσταση**

- Για τυπική ένσταση, ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης πρέπει να απαντήσει στην ένστασή σας Επιπέδου 2 **εντός 7 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη της ένστασής σας, εάν πρόκειται για φάρμακο που δεν έχετε λάβει ακόμη. Εάν ζητάτε να σας αποζημιώσουμε για φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει, ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης πρέπει να απαντήσει στο αίτημα ένστασής σας Επιπέδου 2 **εντός 14 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη του αιτήματός σας.

**Βήμα 3: Ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης σας δίνει την απάντησή του.**

### **Για ταχεία ένσταση:**

- **Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εγκρίνει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας,** πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη φαρμάκων που εγκρίθηκε από τον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης **εντός 24 ωρών** από τη λήψη της απόφασης από τον ανεξάρτητο οργανισμό επανεξέτασης.

### **Για τυπική ένσταση:**

- **Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εγκρίνει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας για κάλυψη,** πρέπει να παράσχουμε την κάλυψη φαρμάκων που εγκρίθηκε από τον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης **εντός 72 ωρών** από τη λήψη της απόφασης από τον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- **Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εγκρίνει μέρος ή το σύνολο του αιτήματός σας να σας αποζημιώσει** για φάρμακο που έχετε ήδη αγοράσει, είμαστε υποχρεωμένοι **να σας στείλουμε πληρωμή εντός 30 ημερολογιακών ημερών** από τη λήψη της απόφασης από τον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης.

### Τι γίνεται αν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης απορρίψει το αίτημά σας;

**Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός απορρίψει μέρος ή το σύνολο της ένστασής σας**, αυτό σημαίνει ότι συμφωνεί με την απόφασή μας να μην εγκρίνει το αίτημά σας (ή μέρος του αιτήματός σας). (Αυτό ονομάζεται **επικύρωση της απόφασης ή απόρριψη του αιτήματός σας**.) Στην περίπτωση αυτή, ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης θα σας στείλει μια επιστολή η οποία:

- Εξηγεί την απόφαση.
- Σας ειδοποιεί για το δικαίωμα ένστασης Επιπέδου 3 που διαθέτετε εάν η αξία σε δολάρια της κάλυψης φαρμάκων που ζητάτε πληροί ένα ορισμένο ελάχιστο. Εάν η αξία σε δολάρια της κάλυψης φαρμάκων που ζητάτε είναι πολύ χαμηλή, δεν μπορείτε να ασκήσετε άλλη ένσταση και η απόφαση στο Επίπεδο 2 είναι οριστική.
- Σας ενημερώνει για την αξία σε δολάρια που πρέπει να αμφισβητηθεί για να συνεχιστεί η διαδικασία ένστασης.

### Βήμα 4: Εάν η υπόθεσή σας πληροί τις προϋποθέσεις, επιλέγετε αν θέλετε να προωθήσετε περαιτέρω την ένστασή σας.

- Υπάρχουν 3 επιπλέον επίπεδα στη διαδικασία ένστασης μετά το Επίπεδο 2 (για συνολικά 5 επίπεδα ένστασης). Εάν θέλετε να προσφύγετε σε αίτημα ένστασης Επιπέδου 3, οι λεπτομέρειες σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό βρίσκονται στη γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε μετά την απόφαση ένστασης Επιπέδου 2.
- Η ένσταση Επιπέδου 3 πραγματοποιείται από δικαστή διοικητικού δικαίου ή κριτή δικηγόρο. Η **Ενότητα 10** δίνει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία για ενστάσεις Επιπέδου 3, 4 και 5.

## 8 Πώς να μας ζητήσετε να καλύψουμε μια μεγαλύτερη νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή εάν νομίζετε ότι παίρνετε εξιτήριο πολύ νωρίς

Όταν εισαχθείτε σε νοσοκομείο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε όλες τις καλυπτόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας ή του τραυματισμού σας.

Κατά τη διάρκεια της καλυπτόμενης νοσηλείας σας σε νοσοκομείο, ο γιατρός σας και το προσωπικό του νοσοκομείου θα συνεργαστούν μαζί σας για να προετοιμαστούν για την ημέρα που θα φύγετε από το νοσοκομείο. Θα σας βοηθήσουν να κανονίσετε την περίθαλψη που μπορεί να χρειαστείτε μετά την αναχώρησή σας.

- Η ημέρα που φεύγετε από το νοσοκομείο ονομάζεται **ημερομηνία εξιτηρίου**.
- Όταν αποφασιστεί η ημερομηνία εξιτηρίου σας, ο γιατρός σας ή το προσωπικό του νοσοκομείου θα σας ενημερώσει.
- Εάν πιστεύετε ότι σας ζητείται να φύγετε από το νοσοκομείο πολύ νωρίς, μπορείτε να ζητήσετε μεγαλύτερη νοσηλεία στο νοσοκομείο και το αίτημά σας θα εξεταστεί.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

### 8.1 Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή θα λάβετε γραπτή ειδοποίηση από το Medicare που θα σας ενημερώνει για τα δικαιώματά σας

Εντός 2 ημερολογιακών ημερών από την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο, θα σας δοθεί γραπτή ειδοποίηση που ονομάζεται *Σημαντικό μήνυμα από το Medicare σχετικά με τα δικαιώματά σας*. Όλοι οι εγγεγραμμένοι στο Medicare λαμβάνουν αντίγραφο αυτής της ειδοποίησης.

Εάν δεν λάβετε την ειδοποίηση από κάποιον στο νοσοκομείο (για παράδειγμα, έναν υπάλληλο ή νοσοκόμα), ζητήστε την από οποιονδήποτε υπάλληλο του νοσοκομείου. Εάν χρειάζεστε βοήθεια, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) ή στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 1-877-486-2048).

#### 1. Διαβάστε προσεκτικά αυτήν την ειδοποίηση και κάντε ερωτήσεις εάν δεν την καταλαβαίνετε. Σας ενημερώνει για τα εξής:

- Το δικαίωμά σας να λαμβάνετε καλυπτόμενες υπηρεσίες από το Medicare κατά τη διάρκεια και μετά τη νοσηλεία σας σε νοσοκομείο, σύμφωνα με τις εντολές του ιατρού σας. Αυτό περιλαμβάνει το δικαίωμα να γνωρίζετε ποιες είναι αυτές οι υπηρεσίες, ποιος θα πληρώσει για αυτές και πού μπορείτε να τις λάβετε.
- Το δικαίωμά σας να συμμετέχετε σε οποιοσδήποτε αποφάσεις σχετικά με τη νοσηλεία σας σε νοσοκομείο.
- Πού να αναφέρετε τυχόν ανησυχίες που έχετε σχετικά με την ποιότητα της νοσοκομειακής σας περίθαλψης.
- Το δικαίωμά σας να **ζητήσετε άμεση επανεξέταση** της απόφασης εξιτηρίου εάν πιστεύετε ότι παίρνετε εξιτήριο από το νοσοκομείο πολύ νωρίς. Αυτός είναι ένας επίσημος, νόμιμος τρόπος για να ζητήσετε καθυστέρηση στην ημερομηνία εξιτηρίου σας, ώστε να καλύψουμε τη νοσοκομειακή σας περίθαλψη για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

#### 2. Θα σας ζητηθεί να υπογράψετε τη γραπτή ειδοποίηση για να δείξετε ότι την λάβατε και να κατανοήσετε τα δικαιώματά σας.

- Θα ζητηθεί από εσάς ή κάποιον που ενεργεί για λογαριασμό σας να υπογράψετε την ειδοποίηση.
- Η υπογραφή της ειδοποίησης δείχνει **μόνο** ότι έχετε λάβει τις πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας. Η ειδοποίηση δεν αναφέρει την ημερομηνία εξιτηρίου σας. Η υπογραφή της ειδοποίησης **δεν σημαίνει** ότι συμφωνείτε για την ημερομηνία εξιτηρίου.

#### 3. Κρατήστε το αντίγραφο της ειδοποίησης, ώστε να έχετε τις πληροφορίες σχετικά με την υποβολή αιτήματος ένστασης (ή την αναφορά ανησυχίας σχετικά με την ποιότητα φροντίδας) εάν το χρειάζεστε.

- Εάν υπογράψετε την ειδοποίηση περισσότερες από 2 ημερολογιακές ημέρες πριν από την ημερομηνία εξιτηρίου σας, θα λάβετε άλλο αντίγραφο πριν από το προγραμματισμένο εξιτήριο.
- Για να δείτε αντίγραφο αυτής της ειδοποίησης εκ των προτέρων, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) ή στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048. Μπορείτε επίσης να λάβετε την ειδοποίηση ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

### 8.2 Πώς να υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 1 για να αλλάξετε την ημερομηνία εξιτηρίου σας

Για να μας ζητήσετε να καλύψουμε τις υπηρεσίες νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, χρησιμοποιήστε τη διαδικασία ένστασης για να υποβάλετε αυτό το αίτημα. Πριν ξεκινήσετε, κατανοήστε τι πρέπει να κάνετε και ποιες είναι οι προθεσμίες.

- **Ακολουθήστε τη διαδικασία**
- **Τηρήστε τις προθεσμίες**
- **Ζητήστε βοήθεια εάν τη χρειάζεστε.** Εάν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711). Ή καλέστε το Πρόγραμμα Βοήθειας Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (SHIP) για εξατομικευμένη βοήθεια. Τα στοιχεία επικοινωνίας του προγράμματος SHIP είναι διαθέσιμα στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 3.

**Κατά τη διάρκεια ενός αιτήματος ένστασης Επιπέδου 1, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας εξετάζει το αίτημα ένστασης.** Ελέγχει εάν η προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας είναι ιατρικά κατάλληλη για εσάς.

Ο **Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας** είναι μια ομάδα ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να ελέγξουν και να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας για άτομα με Medicare. Αυτό περιλαμβάνει την επανεξέταση των ημερομηνιών εξιτηρίου από το νοσοκομείο για άτομα με Medicare. Αυτοί οι εμπειρογνώμονες δεν αποτελούν μέρος του προγράμματός μας.

**Βήμα 1: Επικοινωνήστε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας για την πολιτεία σας και ζητήστε άμεση επανεξέταση του εξιτηρίου σας από το νοσοκομείο. Πρέπει να δράσετε γρήγορα.**

**Πώς μπορείτε να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό;**

- Η γραπτή ειδοποίηση που λάβατε (*Σημαντικό μήνυμα από το Medicare σχετικά με τα δικαιώματά σας*) σας ενημερώνει σχετικά με το πώς να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό. Εναλλακτικά, βρείτε το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου του Οργανισμού Βελτίωσης Ποιότητας για την πολιτεία σας στο Κεφάλαιο 2.

**Δράστε γρήγορα:**

- Για να υποβάλετε το αίτημά σας, πρέπει να επικοινωνήσετε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας πριν φύγετε από το νοσοκομείο και **πριν από τα μεσάνυχτα της ημέρας του εξιτηρίου σας.**
  - **Εάν τηρήσετε αυτήν την προθεσμία,** μπορείτε να παραμείνετε στο νοσοκομείο **μετά** την ημερομηνία εξιτηρίου σας **χωρίς να πληρώσετε για αυτό,** ενώ περιμένετε να λάβετε την απόφαση από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας.
  - **Εάν δεν τηρήσετε αυτήν την προθεσμία, επικοινωνήστε μαζί μας.** Εάν αποφασίσετε να παραμείνετε στο νοσοκομείο μετά την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας, *ίσως χρειαστεί να πληρώσετε όλα τα έξοδα* νοσοκομειακής περίθαλψης που λαμβάνετε μετά την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας.

Μόλις ζητήσετε άμεση επανεξέταση του εξιτηρίου σας από το νοσοκομείο, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας θα επικοινωνήσει μαζί μας. Μέχρι το μεσημέρι της επόμενης ημέρας από την επικοινωνία μαζί μας, θα σας δώσουμε μια **Λεπτομερή Ειδοποίηση Εξιτηρίου.** Αυτή η ειδοποίηση δίνει την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας και εξηγεί λεπτομερώς τους λόγους για τους οποίους ο γιατρός σας, το νοσοκομείο και εμείς πιστεύουμε ότι είναι σωστό (ιατρικά κατάλληλο) να πάρετε εξιτήριο εκείνη την ημερομηνία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

Μπορείτε να λάβετε δείγμα της **Λεπτομερούς Ειδοποίησης Εξιτηρίου** καλώντας το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) ή στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.) Εναλλακτικά, μπορείτε να λάβετε δείγμα της ειδοποίησης διαδικτυακά στο [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

### **Βήμα 2: Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας διεξάγει ανεξάρτητη αξιολόγηση της υπόθεσής σας.**

- Οι επαγγελματίες υγείας στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας (οι αναθεωρητές) θα ρωτήσουν εσάς (ή τον εκπρόσωπό σας) γιατί πιστεύετε ότι η κάλυψη για τις υπηρεσίες πρέπει να συνεχιστεί. Δεν χρειάζεται να προετοιμάσετε τίποτα γραπτώς, αλλά μπορείτε να το κάνετε εάν το επιθυμείτε.
- Οι αναθεωρητές θα εξετάσουν επίσης τις ιατρικές σας πληροφορίες, θα μιλήσουν με τον γιατρό σας και θα ελέγξουν τις πληροφορίες που τους έχουμε δώσει εμείς και το νοσοκομείο.
- Μέχρι το μεσημέρι της ημέρας αφού οι αναθεωρητές μάς ενημερώσουν για την ένστασή σας, θα λάβετε γραπτή ειδοποίηση από εμάς που θα αναφέρει την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου. Αυτή η ειδοποίηση εξηγεί επίσης λεπτομερώς τους λόγους για τους οποίους ο γιατρός σας, το νοσοκομείο και εμείς πιστεύουμε ότι είναι σωστό (ιατρικά κατάλληλο) να πάρετε εξιτήριο εκείνη την ημερομηνία.

### **Βήμα 3: Μέσα σε μία ολόκληρη ημέρα αφού έχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας θα σας δώσει την απάντησή του στην ένστασή σας.**

#### ***Τι θα συμβεί εάν το αίτημα εγκριθεί;***

- Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης εγκρίνει το αίτημά σας, **πρέπει να συνεχίσουμε να παρέχουμε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή για όσο διάστημα αυτές οι υπηρεσίες είναι ιατρικά απαραίτητες.**
- Θα πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το μερίδιό σας στα έξοδα (όπως εκπιπτόμενα ποσά ή συμμετοχές στην πληρωμή, κατά περίπτωση). Επιπλέον, ενδέχεται να υπάρχουν περιορισμοί στις καλυπτόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες σας.

#### ***Τι θα συμβεί εάν το αίτημα απορριφθεί;***

- Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης απορρίψει το αίτημά σας, θεωρεί ότι η προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας είναι ιατρικά κατάλληλη. Εάν συμβεί αυτό, η **κάλυψή μας για τις υπηρεσίες νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή θα λήξει το μεσημέρι της επόμενης ημέρας από την απάντηση του Οργανισμού Βελτίωσης Ποιότητας στην ένστασή σας.**
- Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης απορρίψει την ένστασή σας και αποφασίσετε να παραμείνετε στο νοσοκομείο, **ίσως χρειαστεί να πληρώσετε το πλήρες κόστος** της νοσοκομειακής περίθαλψης που λαμβάνετε μετά το μεσημέρι της ημέρας που ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας δώσει την απάντησή του στην ένστασή σας.

### **Βήμα 4: Αν η απάντηση στο αίτημα ένστασης Επιπέδου 1 είναι αρνητική, εσείς αποφασίζετε αν θέλετε να υποβάλετε νέο αίτημα ένστασης.**

- Εάν ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας απορρίψει την ένστασή σας **και** παραμείνετε στο νοσοκομείο μετά την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας, τότε μπορείτε να υποβάλετε νέα ένσταση. Η υποβολή νέας ένστασης σημαίνει ότι μεταβαίνετε στο Επίπεδο 2 της διαδικασίας ένστασης.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)****8.3 Πώς να υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 2 για να αλλάξετε την ημερομηνία εξιτηρίου σας**

Κατά τη διάρκεια μιας ένστασης Επιπέδου 2, ζητάτε από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας να εξετάσει εκ νέου την απόφασή του σχετικά με την πρώτη σας ένσταση. Εάν ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας απορρίψει το αίτημα ένστασης Επιπέδου 2, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε ολόκληρο το κόστος για τη διαμονή σας μετά την προγραμματισμένη ημερομηνία εξιτηρίου σας.

**Βήμα 1: Επικοινωνήστε ξανά με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας και ζητήστε εν νέου επανεξέταση.**

- Πρέπει να ζητήσετε αυτήν την αναθεώρηση **εντός 60 ημερολογιακών ημερών** από την ημέρα που ο Quality Improvement Organization απέρριψε το αίτημα ένστασης Επιπέδου 1. Μπορείτε να ζητήσετε αυτήν την επανεξέταση μόνο εάν παραμείνετε στο νοσοκομείο μετά την ημερομηνία λήξης της κάλυψής σας για τη φροντίδα.

**Βήμα 2: Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας προχωρά σε δεύτερη επανεξέταση της κατάστασής σας.**

- Οι αναθεωρητές στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας θα εξετάσουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με το αίτημα ένστασής σας.

**Βήμα 3: Εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματός σας για ένσταση Επιπέδου 2, οι αναθεωρητές θα αποφασίσουν σχετικά με την ένστασή σας και θα σας ενημερώσουν για την απόφασή τους.****Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης απαντήσει θετικά:**

- **Πρέπει να σας επιστρέψουμε** το μερίδιό μας στα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης που λάβατε από το μεσημέρι της επομένης της ημερομηνίας απόρριψης της πρώτης ένστασής σας από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας. **Πρέπει να συνεχίσουμε να παρέχουμε κάλυψη για τη νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή για όσο χρονικό διάστημα είναι ιατρικά απαραίτητο.**
- Πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το μερίδιό σας στο κόστος και ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί κάλυψης.

**Εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης απαντήσει αρνητικά:**

- Αυτό σημαίνει ότι συμφωνούν με την απόφαση που έλαβαν σχετικά με την ένσταση Επιπέδου 1.
- Η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας ενημερώσει γραπτώς σχετικά με το τι μπορείτε να κάνετε εάν επιθυμείτε να συνεχίσετε τη διαδικασία επανεξέτασης.

**Βήμα 4: Εάν η απάντηση είναι αρνητική, θα πρέπει να αποφασίσετε αν θέλετε να προωθήσετε περαιτέρω το αίτημα ένστασης προχωρώντας στο Επίπεδο 3.**

- Υπάρχουν 3 επιπλέον επίπεδα στη διαδικασία ένστασης μετά το Επίπεδο 2 (για συνολικά 5 επίπεδα ένστασης). Εάν θέλετε να προχωρήσετε σε ένσταση Επιπέδου 3, οι λεπτομέρειες για τη σχετική διαδικασία βρίσκονται στη γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε μετά την απόφαση ένστασης Επιπέδου 2.
- Η ένσταση Επιπέδου 3 πραγματοποιείται από δικαστή διοικητικού δικαίου ή κριτή δικηγόρο. Η **Ενότητα 10** δίνει περισσότερες πληροφορίες για τα Επίπεδα 3, 4 και 5 της διαδικασίας ένστασης.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)****9 Πώς να μας ζητήσετε να συνεχίσουμε να καλύπτουμε ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες εάν πιστεύετε ότι η κάλυψή σας λήγει πολύ σύντομα**

Όταν καλύπτεστε από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ή φροντίδα αποκατάστασης (Ολοκληρωμένη εγκατάσταση αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή), έχετε το δικαίωμα να συνεχίσετε να λαμβάνετε τις υπηρεσίες σας για αυτόν τον τύπο φροντίδας για όσο διάστημα η φροντίδα απαιτείται για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας ή του τραυματισμού σας.

Όταν αποφασίσουμε ότι είναι καιρός να σταματήσουμε να καλύπτουμε οποιονδήποτε από τους 3 τύπους φροντίδας για εσάς, είμαστε υποχρεωμένοι να σας ενημερώσουμε εκ των προτέρων. Όταν η κάλυψή σας για αυτήν την περίθαλψη λήξει, θα σταματήσουμε να πληρώνουμε για την περίθαλψή σας.

Εάν πιστεύετε ότι τερματίζουμε την κάλυψη της περίθαλψής σας πολύ νωρίς, **μπορείτε να υποβάλετε ένσταση κατά της απόφασής μας.** Αυτή η ενότητα σας εξηγεί πώς μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης.

**9.1 Θα σας ενημερώσουμε εκ των προτέρων πότε θα λήξει η κάλυψή σας****Νομικός όρος:**

**Ειδοποίηση μη κάλυψης Medicare.** Σας λέει πώς μπορείτε να ζητήσετε **μια ταχεία ένσταση.** Το αίτημα ταχείας ένστασης είναι ένας επίσημος, νόμιμος τρόπος για να ζητήσετε αλλαγή στην απόφαση κάλυψής μας σχετικά με το πότε θα σταματήσουμε την περίθαλψή σας.

- 1. Λαμβάνετε γραπτή ειδοποίηση** τουλάχιστον 2 ημερολογιακές ημέρες πριν το πρόγραμμά μας σταματήσει να καλύπτει την περίθαλψή σας. Η ειδοποίησή σας ενημερώνει για:
  - Την ημερομηνία κατά την οποία θα σταματήσουμε να καλύπτουμε την περίθαλψή σας.
  - Το πώς να ζητήσετε μια ταχεία ένσταση για να μας ζητήσετε να συνεχίσουμε να καλύπτουμε την περίθαλψή σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- 2. Εσείς, ή κάποιος που ενεργεί για λογαριασμό σας, θα χρειαστεί να υπογράψετε τη γραπτή ειδοποίηση για να δείξετε ότι την λάβατε.** Υπογράφοντας την ειδοποίηση δείχνετε *μόνο* ότι έχετε λάβει τις πληροφορίες σχετικά με το πότε θα σταματήσει η κάλυψή σας. **Η υπογραφή δεν σημαίνει ότι συμφωνείτε** με την απόφαση του προγράμματος να σταματήσει η περίθαλψη.

**9.2 Πώς να υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 1 ώστε το πρόγραμμά μας να παρέχει κάλυψη της περίθαλψής σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα**

Εάν θέλετε να μας ζητήσετε να καλύψουμε την περίθαλψή σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, θα χρειαστεί να χρησιμοποιήσετε τη διαδικασία ένστασης για να υποβάλετε αυτό το αίτημα. Πριν ξεκινήσετε, κατανοήστε τι πρέπει να κάνετε και ποιες είναι οι προθεσμίες.

- **Ακολουθήστε τη διαδικασία**
- **Τηρήστε τις προθεσμίες**
- **Ζητήστε βοήθεια εάν τη χρειάζεστε.** Εάν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711). Ή καλέστε το Πρόγραμμα Βοήθειας Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (SHIP) για εξατομικευμένη βοήθεια. Τα στοιχεία επικοινωνίας του προγράμματος SHIP είναι διαθέσιμα στο Κεφάλαιο 2, Ενότητα 3.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

**Κατά τη διάρκεια ενός αιτήματος ένστασης Επιπέδου 1, ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας εξετάζει το αίτημα ένστασης.** Αποφασίζει εάν η ημερομηνία λήξης για τη φροντίδα σας είναι ιατρικά κατάλληλη.

Ο **Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας** είναι μια ομάδα γιατρών και άλλων εμπειρογνώμωνων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να ελέγχουν και να βοηθούν στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας για άτομα με Medicare. Αυτό περιλαμβάνει τον έλεγχο των αποφάσεων του προγράμματος σχετικά με το πότε είναι ώρα να σταματήσει η κάλυψη ορισμένων ειδών ιατρικής φροντίδας. Αυτοί οι εμπειρογνώμονες δεν αποτελούν μέρος του προγράμματός μας.

**Βήμα 1: Υποβάλετε αίτημα ένστασης Επιπέδου 1: επικοινωνήστε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας και ζητήστε μια ταχεία ένσταση. Πρέπει να δράσετε γρήγορα.**

**Πώς μπορείτε να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό;**

- Η γραπτή ειδοποίηση που λάβατε (*Ειδοποίηση μη κάλυψης Medicare*) σας ενημερώνει σχετικά με το πώς να επικοινωνήσετε με αυτόν τον οργανισμό. Εναλλακτικά, βρείτε το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου του Οργανισμού Βελτίωσης Ποιότητας για την πολιτεία σας στο Κεφάλαιο 2.

**Δράστε γρήγορα:**

- Πρέπει να επικοινωνήσετε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας για να ξεκινήσετε το αίτημα ένστασής σας **μέχρι τις 12 p.m. της ημέρας πριν από την ημερομηνία έναρξης ισχύος** στην ειδοποίηση μη κάλυψης Medicare.
- Εάν η προθεσμία παρέλθει και θέλετε να υποβάλετε ένσταση, εξακολουθείτε να έχετε δικαίωμα ένστασης. Επικοινωνήστε με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας.

**Βήμα 2: Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας διεξάγει ανεξάρτητη αξιολόγηση της υπόθεσής σας.**

**Νομικός όρος:**

**Λεπτομερής εξήγηση της μη κάλυψης.** Σημείωση που παρέχει λεπτομέρειες σχετικά με τους λόγους τερματισμού της κάλυψης.

**Τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια αυτής της επανεξέτασης;**

- Οι επαγγελματίες υγείας στον Quality Improvement Organization (οι αξιολογητές) θα ρωτήσουν εσάς ή τον εκπρόσωπό σας γιατί πιστεύετε ότι η κάλυψη για τις υπηρεσίες πρέπει να συνεχιστεί. Δεν χρειάζεται να προετοιμάσετε τίποτα γραπτώς, αλλά μπορείτε να το κάνετε εάν το επιθυμείτε.
- Ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης θα εξετάσει επίσης τις ιατρικές σας πληροφορίες, θα μιλήσει με τον γιατρό σας και θα αξιολογήσει τις πληροφορίες που τους δίνει το πρόγραμμά μας.
- Μέχρι το τέλος της ημέρας που οι αναθεωρητές μάς ενημερώσουν για το αίτημα ένστασής σας, θα λάβετε τη **λεπτομερή εξήγηση της μη-κάλυψης** από εμάς, η οποία εξηγεί λεπτομερώς τους λόγους για τους οποίους τερματίσαμε την κάλυψή μας για τις υπηρεσίες σας.

**Βήμα 3: Εντός ενός 24 ώρου αφού έχουν όλες τις πληροφορίες που απαιτούνται, οι αναθεωρητές θα σας πουν την απόφασή τους.**

**Τι θα συμβεί αν οι αναθεωρητές εγκρίνουν το αίτημα;**

- Εάν το αίτημά σας *εγκριθεί*, τότε **πρέπει να συνεχίσουμε να παρέχουμε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας για όσο διάστημα είναι ιατρικά απαραίτητο.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

- Θα πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το μερίδιό σας στα έξοδα (όπως εκπιπτόμενα ποσά ή συμμετοχές στην πληρωμή, κατά περίπτωση). Ενδέχεται να υπάρχουν περιορισμοί στις καλυπτόμενες υπηρεσίες σας.

### **Τι θα συμβεί αν οι αναθεωρητές απορρίψουν το αίτημα;**

- Εάν το αίτημά σας *απορριφθεί*, τότε **η κάλυψή σας θα λήξει την ημερομηνία που σας έχουμε πει**.
- Εάν αποφασίσετε να συνεχίσετε να λαμβάνετε υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι ή φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα ή υπηρεσίες ολοκληρωμένης εγκατάστασης αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή (CORF) **μετά** από αυτήν την ημερομηνία όταν λήξει η κάλυψή σας, **θα πρέπει να πληρώσετε μόνοι σας το πλήρες κόστος** αυτής της περίθαλψης.

### **Βήμα 4: Αν η απάντηση στο αίτημα ένστασης Επιπέδου 1 είναι αρνητική, εσείς αποφασίζετε αν θέλετε να υποβάλετε νέο αίτημα ένστασης.**

- Αν το αίτημα ένστασης Επιπέδου 1 απορριφθεί – **και** επιλέξετε να συνεχίσετε να λαμβάνετε φροντίδα μετά τη λήξη της κάλυψής σας για την περίθαλψη, τότε μπορείτε να υποβάλετε αίτημα ένστασης Επιπέδου 2.

## **9.3 Πώς να υποβάλετε ένσταση Επιπέδου 2 ώστε το πρόγραμμά μας να παρέχει κάλυψη της περίθαλψής σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα**

Κατά τη διάρκεια ενός αιτήματος ένστασης Επιπέδου 2, ζητάτε από τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας να εξετάσει εκ νέου την απόφασή του σχετικά με την πρώτη σας ένσταση. Εάν ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας απορρίψει το αίτημά σας στο Επίπεδο 2, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε το πλήρες κόστος για την υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι σας ή τη φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα ή τις υπηρεσίες ολοκληρωμένης εγκατάστασης αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή (CORF) **μετά** την ημερομηνία που είπαμε ότι η κάλυψή σας θα λήξει.

### **Βήμα 1: Επικοινωνήστε ξανά με τον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας και ζητήστε εν νέου επανεξέταση.**

- Πρέπει να ζητήσετε αυτήν την αναθεώρηση **εντός 60 ημερολογιακών ημερών** από την ημέρα που ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας απέρριψε το αίτημα ένστασης Επιπέδου 1. Μπορείτε να ζητήσετε αυτή την επανεξέταση μόνο εάν συνεχίσατε να λαμβάνετε φροντίδα μετά την ημερομηνία που έληξε η κάλυψή σας για τη φροντίδα.

### **Βήμα 2: Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας προχωρά σε δεύτερη επανεξέταση της κατάστασής σας.**

- Οι αναθεωρητές στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας θα εξετάσουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με το αίτημα ένστασής σας.

### **Βήμα 3: Εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του αιτήματος ένστασής σας, οι αναθεωρητές θα αποφασίσουν σχετικά με την ένστασή σας και θα σας ενημερώσουν για την απόφασή τους.**

#### **Τι θα συμβεί εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός αξιολόγησης απαντήσει θετικά;**

- **Πρέπει να σας επιστρέψουμε** το μερίδιό μας στα έξοδα περίθαλψης που έχετε λάβει από την ημερομηνία κατά την οποία είπαμε ότι η κάλυψή σας θα λήξει. **Πρέπει να συνεχίσουμε να παρέχουμε κάλυψη** για την περίθαλψη για όσο διάστημα είναι ιατρικά απαραίτητο.
- Πρέπει να συνεχίσετε να πληρώνετε το μερίδιό σας στο κόστος και ενδέχεται να ισχύουν περιορισμοί κάλυψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

### Τι θα συμβεί εάν ο ανεξάρτητος οργανισμός επανεξέτασης απαντήσει αρνητικά;

- Αυτό σημαίνει ότι συμφωνούν με την απόφαση που έλαβαν σχετικά με το αίτημα ένστασης Επιπέδου 1.
- Η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας ενημερώσει γραπτώς σχετικά με το τι μπορείτε να κάνετε εάν επιθυμείτε να συνεχίσετε τη διαδικασία επανεξέτασης. Θα σας δώσει τις λεπτομέρειες σχετικά με το πώς να προχωρήσετε στο επόμενο επίπεδο αιτήματος ένστασης, το οποίο χειρίζεται ένας δικαστής διοικητικού δικαίου ή ένας κριτής δικηγόρος.

### Βήμα 4: Εάν η απάντηση είναι αρνητική, θα πρέπει να αποφασίσετε αν θέλετε να προωθήσετε περαιτέρω την ένστασή σας.

- Υπάρχουν 3 επιπλέον επίπεδα ένστασης μετά το Επίπεδο 2, για συνολικά 5 επίπεδα ένστασης. Εάν θέλετε να προχωρήσετε σε ένσταση Επιπέδου 3, οι λεπτομέρειες για τη σχετική διαδικασία βρίσκονται στη γραπτή ειδοποίηση που λαμβάνετε μετά την απόφαση ένστασης Επιπέδου 2.
- Η ένσταση Επιπέδου 3 πραγματοποιείται από δικαστή διοικητικού δικαίου ή κριτή δικηγόρο. Η **Ενότητα 10** αυτού του κεφαλαίου δίνει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία για ενστάσεις Επιπέδου 3, 4 και 5.

## 10 Μεταφορά της ένστασής σας στο Επίπεδο 3, 4 και 5

### 10.1 Επίπεδα ένστασης 3, 4 και 5 για αιτήματα ιατρικών υπηρεσιών

Αυτή η ενότητα μπορεί να είναι κατάλληλη για εσάς, αν έχετε υποβάλει αίτημα ένστασης Επιπέδου 1 και αίτημα ένστασης Επιπέδου 2 και έχουν απορριφθεί και τα δύο αιτήματά σας.

Εάν η αξία σε δολάρια του είδους ή της ιατρικής υπηρεσίας για το οποίο έχετε υποβάλει αίτημα ένστασης πληροί συγκεκριμένα ελάχιστα επίπεδα, μπορεί να είστε σε θέση να προχωρήσετε σε πρόσθετα επίπεδα ένστασης. Εάν η αξία σε δολάρια είναι μικρότερη από το ελάχιστο επίπεδο, δεν μπορείτε να ασκήσετε περαιτέρω ένσταση. Η γραπτή απάντηση που θα λάβετε στο αίτημα ένστασης Επιπέδου 2 θα εξηγήει τον τρόπο άσκησης ένστασης Επιπέδου 3.

Για τις περισσότερες περιπτώσεις που αφορούν αιτήματα ένστασης, τα 3 τελευταία επίπεδα ένστασης λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο όπως τα πρώτα 2 επίπεδα. Δείτε ποιος χειρίζεται τον έλεγχο της ένστασής σας σε καθένα από αυτά τα επίπεδα.

#### Ένσταση Επιπέδου 3

Ένας **δικαστής διοικητικού δικαίου** ή ένας κριτής δικηγόρος που εργάζεται για την ομοσπονδιακή κυβέρνηση θα εξετάσει την ένστασή σας και θα σας δώσει μια απάντηση.

- **Εάν ο δικαστής διοικητικού δικαίου ή ο κριτής δικηγόρος πει ναι στην ένστασή σας, η διαδικασία ένστασης μπορεί να έχει τελειώσει ή μπορεί και να μην έχει τελειώσει.** Σε αντίθεση με μια απόφαση για ένσταση Επιπέδου 2, έχουμε το δικαίωμα να ασκήσουμε ένσταση κατά μιας απόφασης Επιπέδου 3 που είναι ευνοϊκή για εσάς. Εάν αποφασίσουμε να ασκήσουμε ένσταση, θα προχωρήσουμε σε ένσταση Επιπέδου 4.
  - Εάν αποφασίσουμε να μην υποβάλουμε ένσταση, πρέπει να εγκρίνουμε ή να σας παράσχουμε την ιατρική φροντίδα εντός 60 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της απόφασης του δικαστή διοικητικού δικαίου ή του κριτή δικηγόρου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- Εάν αποφασίσουμε να υποβάλουμε ένσταση κατά της απόφασης, θα σας στείλουμε αντίγραφο του αιτήματος ένστασης Επιπέδου 4 με τυχόν συνοδευτικά έγγραφα. Ενδέχεται να περιμένουμε την απόφαση ένστασης Επιπέδου 4 προτού εγκρίνουμε ή παράσχουμε την επίμαχη ιατρική φροντίδα.
- **Εάν ο δικαστής διοικητικού δικαίου ή ο κριτής δικηγόρος απορρίψει την ένστασή σας, η διαδικασία ένστασης μπορεί να έχει ολοκληρωθεί ή όχι.**
  - Εάν αποφασίσετε να αποδεχτείτε αυτήν την απόφαση που απορρίπτει το αίτημα ένστασής σας, η διαδικασία ένστασης έχει ολοκληρωθεί.
  - Εάν δεν θέλετε να αποδεχτείτε την απόφαση, μπορείτε να συνεχίσετε στο επόμενο επίπεδο της διαδικασίας επανεξέτασης. Η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας πει τι πρέπει να κάνετε για ένα αίτημα ένστασης Επιπέδου 4.

### Ένσταση Επιπέδου 4

Το **Συμβούλιο ενστάσεων Medicare** (Συμβούλιο) θα εξετάσει το αίτημα ένστασής σας και θα σας δώσει απάντηση. Το Συμβούλιο είναι φορέας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης.

- **Εάν η απάντηση είναι ναι, ή εάν το Συμβούλιο αρνηθεί το αίτημά μας να επανεξετάσει μια ευνοϊκή απόφαση αιτήματος επανεξέτασης επιπέδου 3, η διαδικασία αιτήματος επανεξέτασης μπορεί να έχει τελειώσει ή όχι.** Σε αντίθεση με μια απόφαση στο Επίπεδο 2, έχουμε το δικαίωμα να υποβάλουμε ένσταση κατά μιας απόφασης Επιπέδου 4 που είναι ευνοϊκή για εσάς. Θα αποφασίσουμε αν θα υποβάλουμε ένσταση κατά αυτής της απόφασης στο Επίπεδο 5.
  - Εάν αποφασίσουμε να μην υποβάλουμε ένσταση κατά της απόφασης, πρέπει να εγκρίνουμε ή να σας παράσχουμε την ιατρική φροντίδα εντός 60 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της απόφασης του Συμβουλίου.
  - Εάν αποφασίσουμε να υποβάλουμε ένσταση κατά της απόφασης, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς.
- **Εάν η απάντηση είναι αρνητική ή εάν το Συμβούλιο απορρίψει το αίτημα επανεξέτασης, η διαδικασία ένστασης μπορεί να έχει ολοκληρωθεί ή όχι.**
  - Αν αποφασίσετε να αποδεχτείτε αυτήν την απόφαση που απορρίπτει το αίτημα ένστασής σας, η διαδικασία ένστασης έχει ολοκληρωθεί.
  - Εάν δεν θέλετε να αποδεχτείτε την απόφαση, ενδέχεται να μπορείτε να συνεχίσετε στο επόμενο επίπεδο της διαδικασίας επανεξέτασης. Εάν το Συμβούλιο απορρίψει την ένστασή σας, η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας ενημερώσει εάν οι κανόνες σας επιτρέπουν να προχωρήσετε σε ένσταση Επιπέδου 5 και πώς να συνεχίσετε με ένσταση Επιπέδου 5.

### Ένσταση Επιπέδου 5

Ένας δικαστής στο **Ομοσπονδιακό Περιφερειακό Δικαστήριο** θα εξετάσει την ένστασή σας.

- Ο δικαστής θα εξετάσει όλες τις πληροφορίες και θα αποφασίσει να δεχτεί ή να απορρίψει το αίτημά σας. Αυτή είναι η οριστική απάντηση. Δεν υπάρχουν περαιτέρω επίπεδα ένστασης μετά το Ομοσπονδιακό Περιφερειακό Δικαστήριο.

## 10.2 Πρόσθετα αιτήματα ένστασης Medicaid

Έχετε επίσης άλλα δικαιώματα ένστασης εάν η έφεσή σας αφορά υπηρεσίες ή αντικείμενα που συνήθως καλύπτει το Medicaid. Η επιστολή που θα λάβετε από το γραφείο δίκαιης ακρόασης θα σας πει τι πρέπει να κάνετε εάν επιθυμείτε να συνεχίσετε τη διαδικασία ένστασης.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)****10.3 Επίπεδα ένστασης 3, 4 και 5 για αιτήματα φαρμάκων Μέρους D**

Αυτή η ενότητα μπορεί να είναι κατάλληλη για εσάς, αν έχετε υποβάλει αίτημα ένστασης Επιπέδου 1 και αίτημα ένστασης Επιπέδου 2 και έχουν απορριφθεί και τα δύο αιτήματά σας.

Εάν η αξία του φαρμάκου για το οποίο έχετε υποβάλει αίτημα ένστασης πληροί ένα συγκεκριμένο ποσό σε δολάρια, μπορεί να είστε σε θέση να προχωρήσετε σε πρόσθετα επίπεδα ένστασης. Εάν το ποσό σε δολάρια είναι μικρότερο, δεν μπορείτε να ασκήσετε περαιτέρω ένσταση. Η γραπτή απάντηση που θα λάβετε στο αίτημα ένστασης Επιπέδου 2 θα εξηγήει με ποιον να επικοινωνήσετε και τι να κάνετε για να ζητήσετε ένσταση Επιπέδου 3.

Για τις περισσότερες περιπτώσεις που αφορούν αιτήματα ένστασης, τα 3 τελευταία επίπεδα ένστασης λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο όπως τα πρώτα 2 επίπεδα. Δείτε ποιος χειρίζεται τον έλεγχο της ένστασής σας σε καθένα από αυτά τα επίπεδα.

Ένσταση Επιπέδου 3

**Ένας δικαστής διοικητικού δικαίου ή ένας κριτής δικηγόρος που εργάζεται για την ομοσπονδιακή κυβέρνηση θα εξετάσει την ένστασή σας και θα σας δώσει μια απάντηση.**

- **Εάν η απάντηση είναι ναι, η διαδικασία ένστασης έχει ολοκληρωθεί.** Πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την κάλυψη φαρμάκων που εγκρίθηκε από τον δικαστή διοικητικού δικαίου ή τον κριτή δικηγόρο **εντός 72 ωρών (24 ώρες για επισπευσμένες ενστάσεις) ή να προβούμε σε πληρωμή το αργότερο 30 ημερολογιακές ημέρες** μετά τη λήψη της απόφασης.
- **Εάν ο δικαστής διοικητικού δικαίου ή ο κριτής δικηγόρος απορρίψει την ένστασή σας, η διαδικασία ένστασης μπορεί να έχει ολοκληρωθεί ή όχι.**
  - Αν αποφασίσετε να αποδεχτείτε αυτήν την απόφαση που απορρίπτει το αίτημα ένστασής σας, η διαδικασία ένστασης έχει ολοκληρωθεί.
  - Εάν δεν θέλετε να αποδεχτείτε την απόφαση, μπορείτε να συνεχίσετε στο επόμενο επίπεδο της διαδικασίας αξιολόγησης. Η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας πει τι πρέπει να κάνετε για ένα αίτημα ένστασης Επιπέδου 4.

Ένσταση Επιπέδου 4

Το **Συμβούλιο ενστάσεων Medicare** (Συμβούλιο) θα εξετάσει το αίτημα ένστασής σας και θα σας δώσει απάντηση. Το Συμβούλιο είναι φορέας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης.

- **Εάν η απάντηση είναι ναι, η διαδικασία ένστασης έχει ολοκληρωθεί.** Πρέπει να εγκρίνουμε ή να παράσχουμε την κάλυψη φαρμάκων που εγκρίθηκε από το Συμβούλιο **εντός 72 ωρών (24 ώρες για επισπευσμένες ενστάσεις) ή να πραγματοποιήσουμε πληρωμή το αργότερο 30 ημερολογιακές ημέρες** μετά τη λήψη της απόφασης.
- **Εάν η απάντηση είναι αρνητική ή εάν το Συμβούλιο απορρίψει το αίτημα επανεξέτασης, η διαδικασία ένστασης μπορεί να έχει ολοκληρωθεί ή όχι.**
  - Εάν αποφασίσετε να αποδεχτείτε αυτήν την απόφαση που απορρίπτει το αίτημα ένστασής σας, η διαδικασία ένστασης έχει ολοκληρωθεί.
  - Εάν δεν θέλετε να αποδεχτείτε την απόφαση, ενδέχεται να μπορείτε να συνεχίσετε στο επόμενο επίπεδο της διαδικασίας επανεξέτασης. Εάν το Συμβούλιο απορρίψει την ένστασή σας, η ειδοποίηση που θα λάβετε θα σας ενημερώσει εάν οι κανόνες σας επιτρέπουν να προχωρήσετε σε ένσταση Επιπέδου 5 και πώς να συνεχίσετε με ένσταση Επιπέδου 5.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

Ένσταση Επιπέδου 5

Ένας δικαστής στο **Ομοσπονδιακό Περιφερειακό Δικαστήριο** θα εξετάσει την ένστασή σας.

- Ο δικαστής θα εξετάσει όλες τις πληροφορίες και θα αποφασίσει να δεχτεί ή να απορρίψει το αίτημά σας. Αυτή είναι η οριστική απάντηση. Δεν υπάρχουν περαιτέρω επίπεδα ένστασης μετά το Ομοσπονδιακό Περιφερειακό Δικαστήριο.

**Υποβολή καταγγελίας****11 Πώς να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με την ποιότητα φροντίδας, τους χρόνους αναμονής, την εξυπηρέτηση πελατών ή άλλες ανησυχίες****11.1 Τι είδους προβλήματα αντιμετωπίζονται από τη διαδικασία καταγγελίας**

Η διαδικασία καταγγελίας χρησιμοποιείται *μόνο* για ορισμένους τύπους προβλημάτων. Αυτό περιλαμβάνει προβλήματα σχετικά με την ποιότητα φροντίδας, τους χρόνους αναμονής και την εξυπηρέτηση πελατών. Ακολουθούν παραδείγματα των ειδών προβλημάτων που αντιμετωπίζονται από τη διαδικασία καταγγελίας.

<b>Καταγγελία</b>	<b>Παράδειγμα</b>
<b>Ποιότητα της ιατρικής σας φροντίδας</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Είστε δυσαρεστημένοι με την ποιότητα της φροντίδας που έχετε λάβει (συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης στο νοσοκομείο);</li> </ul>
<b>Σεβασμός της ιδιωτικότητάς σας</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μήπως κάποιος δεν σεβάστηκε το δικαίωμά σας στην ιδιωτική ζωή ή κοινοποίησε εμπιστευτικές πληροφορίες;</li> </ul>
<b>Έλλειψη σεβασμού, κακή εξυπηρέτηση πελατών ή άλλες αρνητικές συμπεριφορές</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπήρξε κάποιος αγενής ή ασεβής απέναντί σας;</li> <li>• Είστε δυσαρεστημένοι με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών μας;</li> <li>• Αισθάνεστε ότι παρακινείστε να αποχωρήσετε από το πρόγραμμά μας;</li> </ul>
<b>Χρόνοι αναμονής</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυσκολεύεστε να κλείσετε ραντεβού ή περιμένετε πολύ καιρό για να το κλείσετε;</li> <li>• Είστε πολύ καιρό σε αναμονή για γιατρούς, φαρμακοποιούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας; Ή από το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών μας ή άλλο προσωπικό στο πρόγραμμά μας; <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Παραδείγματα περιλαμβάνουν τη μεγάλη αναμονή στο τηλέφωνο, στην αίθουσα αναμονής ή εξετάσεων ή στη λήψη συνταγής.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Καθαριότητα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Είστε δυσαρεστημένοι με την καθαριότητα ή την κατάσταση μιας κλινικής, ενός νοσοκομείου ή ενός ιατρείου;</li> </ul>
<b>Πληροφορίες που λαμβάνετε από εμάς</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν σας ειδοποιήσαμε σχετικά;</li> <li>• Είναι δυσνόητες οι γραπτές πληροφορίες μας;</li> </ul>
<b>Εγκαιρότητα</b>	Εάν έχετε ζητήσει απόφαση κάλυψης ή έχετε υποβάλει ένσταση και πιστεύετε ότι δεν ανταποκρινόμαστε αρκετά γρήγορα, μπορείτε

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

Καταγγελία	Παράδειγμα
(Αυτοί οι τύποι καταγγελιών σχετίζονται με την εγκαιρότητα των ενεργειών μας που σχετίζονται με αποφάσεις κάλυψης και ενστάσεις)	<p>να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με τη βραδύτητά μας. Ακολουθούν παραδείγματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μας ζητήσατε <i>ταχεία απόφαση κάλυψης</i> ή <i>ταχεία ένσταση</i> και είπαμε όχι. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία.</li> <li>• Πιστεύετε ότι δεν τηρούμε τις προθεσμίες για αποφάσεις κάλυψης ή ενστάσεις. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία.</li> <li>• Πιστεύετε ότι δεν τηρούμε τις προθεσμίες για την κάλυψη ή την επιστροφή χρημάτων για ορισμένα ιατρικά είδη ή υπηρεσίες ή φάρμακα που εγκρίθηκαν. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία.</li> <li>• Πιστεύετε ότι δεν τηρήσαμε τις απαιτούμενες προθεσμίες για τη διαβίβαση της υπόθεσής σας στον ανεξάρτητο οργανισμό αξιολόγησης. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία.</li> </ul>

**11.2 Πώς να υποβάλετε καταγγελία****Νομικοί όροι:**

Μία **καταγγελία** ονομάζεται επίσης **παράπονο**.

Η **υποβολή καταγγελίας** ονομάζεται επίσης **υποβολή παραπόνου**.

Η **χρήση της διαδικασίας για καταγγελίες** ονομάζεται επίσης **χρήση της διαδικασίας υποβολής παραπόνου**.

Μια **γρήγορη καταγγελία** ονομάζεται επίσης **ταχεία καταγγελία**.

**Βήμα 1: Επικοινωνήστε μαζί μας άμεσα – είτε τηλεφωνικά είτε γραπτώς.**

- **Μια κλήση στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440** (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο **711**) **είναι συνήθως το πρώτο βήμα**. Εάν υπάρχει κάτι άλλο που πρέπει να κάνετε, το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών θα σας ενημερώσει.
- **Εάν δεν επιθυμείτε να καλέσετε (ή καλέσατε και δεν μείνατε ικανοποιημένοι), μπορείτε να υποβάλετε το παράπονό σας γραπτώς και να μας το στείλετε**. Εάν υποβάλετε το παράπονό σας γραπτώς, θα απαντήσουμε γραπτώς στο παράπονό σας.
- Θα προσπαθήσουμε να επιλύσουμε το παράπονό σας μέσω τηλεφώνου. Εάν ζητήσετε γραπτή απάντηση, υποβάλετε γραπτό παράπονο ή το παράπονό σας σχετίζεται με την ποιότητα φροντίδας, θα σας απαντήσουμε γραπτώς. Εάν δεν μπορούμε να επιλύσουμε το παράπονό σας μέσω τηλεφώνου, έχουμε μια επίσημη διαδικασία για να εξετάσουμε τα παράπονά σας. Αυτό το ονομάζουμε Διαδικασία Παραπόνων Μελών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)

- Εσείς, ή ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός σας, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε ένα γρήγορο παράπονο κάθε φορά που το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) λαμβάνει παράταση στη λήψη απόφασης ή επανεξέτασης οργανισμού ή όταν απορρίπτουμε αίτημα επίσπευσης καθορισμού ή επανεξέτασης οργανισμού. (Δεν μπορούμε να λάβουμε παράταση όταν λαμβάνουμε μια απόφαση κάλυψης ή αποφασίζουμε ότι ένα αίτημα ένστασης αφορά ένα φάρμακο του Μέρους Β ή του Μέρους D.) Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα απαντήσει σε αυτά τα ταχεία παράπονα εντός (24) ωρών από την παραλαβή.
- Πρέπει να αντιμετωπίσουμε το παράπονό σας το συντομότερο δυνατό με βάση την κατάσταση της υγείας σας, αλλά όχι αργότερα από 30 ημέρες μετά την παραλαβή της καταγγελίας σας. Ενδέχεται να παρατείνουμε το χρονικό πλαίσιο έως και 14 ημέρες εάν ζητήσετε την παράταση ή εάν χρειαζόμαστε πρόσθετες πληροφορίες και η καθυστέρηση είναι προς το συμφέρον σας.
- **Είτε τηλεφωνικώς είτε γραπτώς, θα πρέπει να καλέσετε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) αμέσως.** Μπορείτε να υποβάλετε την καταγγελία ανά πάσα στιγμή αφού είχατε το πρόβλημα για το οποίο θέλετε να διαμαρτυρηθείτε.

### **Βήμα 2: Εξετάζουμε την καταγγελία σας και σας δίνουμε την απάντησή μας.**

- **Εάν είναι δυνατόν, θα σας απαντήσουμε αμέσως.** Εάν μας καλέσετε με κάποια καταγγελία, ενδέχεται να είμαστε σε θέση να σας απαντήσουμε στο ίδιο τηλεφώνημα.
- **Οι περισσότερες καταγγελίες απαντώνται εντός 30 ημερολογιακών ημερών.** Εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες και η καθυστέρηση είναι προς το συμφέρον σας ή εάν ζητήσετε περισσότερο χρόνο, μπορεί να χρειαστούμε έως και 14 επιπλέον ημερολογιακές ημέρες (44 ημερολογιακές ημέρες συνολικά) για να απαντήσουμε στην καταγγελία σας. Εάν αποφασίσουμε ότι χρειαζόμαστε επιπλέον ημέρες, θα σας ενημερώσουμε γραπτώς.
- **Εάν υποβάλετε καταγγελία επειδή απορρίψαμε το αίτημά σας για ταχεία απόφαση κάλυψης ή ταχεία ένσταση, θα σας δώσουμε αυτόματα μια ταχεία καταγγελία.** Εάν έχετε μια ταχεία καταγγελία, αυτό σημαίνει ότι **θα σας απαντήσουμε εντός 24 ωρών.**
- **Εάν δεν συμφωνούμε** με μέρος ή το σύνολο της καταγγελίας σας ή δεν αναλαμβάνουμε την ευθύνη για το πρόβλημα για το οποίο διαμαρτύρεστε, θα συμπεριλάβουμε τους λόγους μας στην απάντησή μας προς εσάς.

### **11.3 Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελίες σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας**

Όταν η καταγγελία σας αφορά **την ποιότητα φροντίδας**, έχετε επίσης 2 επιπλέον επιλογές:

- **Μπορείτε να υποβάλετε την καταγγελία σας απευθείας στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας.** Ο Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας είναι μια ομάδα ασκούμενων γιατρών και άλλων εμπειρογνομόνων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για τον έλεγχο και τη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς του Medicare. Στο Κεφάλαιο 2 υπάρχουν τα στοιχεία επικοινωνίας.

Ή

- **Μπορείτε να υποβάλετε την καταγγελία σας τόσο στον Οργανισμό Βελτίωσης Ποιότητας όσο και σε εμάς ταυτόχρονα.**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αν έχετε κάποιο πρόβλημα ή παράπονο (αποφάσεις κάλυψης, αιτήματα ένστασης, καταγγελίες)**

---

**11.4 Μπορείτε επίσης να ενημερώσετε το Medicare και το Medicaid σχετικά με την καταγγελία σας**

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) απευθείας στο Medicare. Για να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare, μεταβείτε στη διεύθυνση [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Μπορείτε επίσης να καλέσετε στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY/TDD μπορούν να καλέσουν στο 1-877-486-2048.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα**

---

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10:****Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα****1 Τερματισμός της συμμετοχής σας στο πρόγραμμά μας**

---

Ο τερματισμός της συνδρομής σας στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) μπορεί να είναι **οικειοθελής** (δική σας επιλογή) ή **ακούσιος** (όχι δική σας επιλογή):

- Μπορείτε να αφήσετε το πρόγραμμά μας επειδή έχετε αποφασίσει ότι θέλετε να φύγετε. Οι Ενότητες 2 και 3 παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τον οικειοθελή τερματισμό της συνδρομής σας.
- Υπάρχουν επίσης περιορισμένες περιπτώσεις όπου είμαστε υποχρεωμένοι να τερματίσουμε τη συνδρομή σας. Η ενότητα 5 σας ενημερώνει για καταστάσεις στις οποίες πρέπει να τερματίσουμε τη συμμετοχή σας.

Εάν εγκαταλείπετε το πρόγραμμά μας, το πρόγραμμά μας πρέπει να συνεχίσει να παρέχει την ιατρική σας φροντίδα και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, και θα συνεχίσετε να πληρώνετε το μερίδιο κόστους σας μέχρι να λήξει η συνδρομή σας.

**2 Πότε μπορείτε να τερματίσετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας;**

---

**2.1 Ενδέχεται να μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας επειδή έχετε Medicare και Medicaid**

- Οι περισσότεροι άνθρωποι με Medicare μπορούν να τερματίσουν τη συμμετοχή τους μόνο κατά τη διάρκεια ορισμένων περιόδων του έτους. Επειδή έχετε το Medicaid, μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας στο πρόγραμμά μας κάνοντας μία από τις παρακάτω επιλογές Medicare οποιονδήποτε μήνα του έτους:
  - Original Medicare με ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare,
  - Original Medicare χωρίς ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare (εάν επιλέξετε αυτήν την επιλογή και λαμβάνετε Extra Help, το Medicare μπορεί να σας εγγράψει σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων, εκτός εάν έχετε εξαιρεθεί από την αυτόματη εγγραφή), ή
  - Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, ένα ενσωματωμένο D-SNP που παρέχει το Medicare σας και τις περισσότερα ή όλες τις παροχές και τις υπηρεσίες του Medicaid σε ένα πρόγραμμα.

**Σημείωση:** Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη φαρμάκων Medicare, δεν λαμβάνετε πλέον Extra Help και δεν έχετε αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων για συνεχή περίοδο 63 ημερών ή περισσότερο, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D εάν συμμετάσχετε αργότερα σε πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

- Επικοινωνήστε με το πολιτειακό γραφείο Medicaid στο (833) 671-0440 για να μάθετε για τις επιλογές του προγράμματος Medicaid.
- Άλλες επιλογές προγράμματος υγείας Medicare είναι διαθέσιμες κατά τη διάρκεια της **Ανοικτής Περιόδου Εγγραφής**. Η Ενότητα 2.2 σας λέει περισσότερα για την Ανοικτή Περίοδο Εγγραφής.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα**

- **Η συνδρομή σας συνήθως λήγει την πρώτη ημέρα του μήνα αφού λάβουμε το αίτημά σας για αλλαγή των προγραμμάτων σας.** Η εγγραφή σας στο νέο σας πρόγραμμα θα ξεκινήσει επίσης αυτήν την ημέρα.

## 2.2 Μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια της Ανοικτής Περιόδου Εγγραφής

Μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια της ετήσιας **Ανοικτής Περιόδου Εγγραφής**. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, επανεξετάστε την κάλυψη υγείας και φαρμάκων και αποφασίστε για την κάλυψη για το επόμενο έτος.

- Η **Ανοικτή Περίοδος Εγγραφής** είναι από τις **15 Οκτωβρίου έως τις 7 Δεκεμβρίου**.
- **Επιλέξτε να διατηρήσετε την τρέχουσα κάλυψή σας ή να κάνετε αλλαγές στην κάλυψή σας για το επόμενο έτος.** Εάν αποφασίσετε να αλλάξετε σε νέο πρόγραμμα, μπορείτε να επιλέξετε οποιονδήποτε από τους παρακάτω τύπους προγραμμάτων:
  - Ένα άλλο πρόγραμμα υγείας Medicare, με ή χωρίς κάλυψη φαρμάκων.
  - Original Medicare με ξεχωριστό πρόγραμμα φαρμάκων Medicare
  - Original Medicare χωρίς ξεχωριστό πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.
  - Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, ένα ενσωματωμένο D-SNP που παρέχει το Medicare σας και τις περισσότερες ή όλες τις παροχές και τις υπηρεσίες του Medicaid σε ένα πρόγραμμα.

### **Λαμβάνετε Extra Help από το Medicare για να πληρώσετε για τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας:**

Αν αλλάξετε τη συνδρομή σας στο Original Medicare και δεν εγγραφείτε σε ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare, το Medicare ενδέχεται να σας τον εγγράψει σε πρόγραμμα φαρμάκων εκτός αν έχετε επιλέξει να μην γίνεται αυτόματη εγγραφή.

**Σημείωση:** Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη φαρμάκων Medicare, δεν λαμβάνετε πλέον Extra Help και δεν έχετε αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων για συνεχή περίοδο 63 ημερών ή περισσότερο, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D εάν συμμετάσχετε αργότερα σε πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

- **Η συνδρομή σας θα λήξει στο πρόγραμμά μας** όταν ξεκινήσει η κάλυψη του νέου σας προγράμματος την 1η Ιανουαρίου.

## 2.3 Μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια της Ανοικτής Περιόδου Εγγραφής του Medicare Advantage

Έχετε την ευκαιρία να κάνετε *μία* αλλαγή στην κάλυψη υγείας σας κατά τη διάρκεια της ετήσιας **Ανοικτής Περιόδου Εγγραφής του Medicare Advantage**.

- Η **ετήσια Ανοικτή Περίοδος Εγγραφής στο Medicare Advantage** είναι από την 1η Ιανουαρίου έως τις 31 Μαρτίου και επίσης για τους νέους δικαιούχους Medicare που είναι εγγεγραμμένοι σε πρόγραμμα MA, από τον μήνα που δικαιούνται το Μέρος A και το Μέρος B έως την τελευταία ημέρα του 3ου μήνα δικαιώματος.
- **Κατά τη διάρκεια της Ανοικτής Περιόδου Εγγραφής Medicare Advantage** μπορείτε να:
  - Μεταβείτε σε άλλο πρόγραμμα Medicare Advantage με ή χωρίς κάλυψη φαρμάκων.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα**

- Καταργήσετε την εγγραφή σας από το πρόγραμμά μας και να αποκτήσετε κάλυψη μέσω του Original Medicare. Εάν μεταβείτε στο Original Medicare κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, μπορείτε επίσης να συμμετάσχετε σε ξεχωριστό πρόγραμμα φαρμάκων Medicare ταυτόχρονα.
- **Η συνδρομή σας θα λήξει** την πρώτη ημέρα του μήνα μετά την εγγραφή σας σε διαφορετικό πρόγραμμα Medicare Advantage ή όταν λάβουμε το αίτημά σας για μετάβαση στο Original Medicare. Εάν επιλέξετε επίσης να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα φαρμάκων Medicare, η συμμετοχή σας στο πρόγραμμα φαρμάκων θα ξεκινήσει την πρώτη ημέρα του μήνα μετά τη λήψη του αιτήματος εγγραφής σας από το πρόγραμμα φαρμάκων.

**2.4 Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια μιας Ειδικής Περιόδου Εγγραφής**

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να δικαιούστε να τερματίσετε τη συνδρομή σας σε άλλες περιόδους του έτους. Αυτό είναι γνωστό ως **Ειδική Περίοδος Εγγραφής**.

**Ενδέχεται να δικαιούστε να τερματίσετε τη συνδρομή σας κατά τη διάρκεια μιας Ειδικής Περιόδου Εγγραφής**, εάν ισχύει για εσάς οποιαδήποτε από τις ακόλουθες περιπτώσεις. Αυτά είναι μόνο παραδείγματα. Για την πλήρη λίστα μπορείτε να επικοινωνήσετε με το πρόγραμμά μας, να καλέσετε το Medicare ή να επισκεφθείτε τη διεύθυνση [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

- Συνήθως, όταν μετακομίζετε
- Εάν έχετε New York Medicaid
- Εάν δικαιούστε Extra Help με την πληρωμή της κάλυψης φαρμάκων σας στο Medicare
- Εάν παραβιάσουμε τη σύμβασή μας μαζί σας
- Εάν λαμβάνετε φροντίδα σε ίδρυμα, όπως γηροκομείο ή νοσοκομείο μακροχρόνιας φροντίδας (LTC).
- Εάν εγγραφείτε στο Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).
- **Σημείωση:** Αν βρίσκεστε σε πρόγραμμα διαχείρισης φαρμάκων, ενδέχεται να είστε επιλέξιμοι μόνο για ορισμένες Ειδικές Περιόδους Εγγραφής. Στο Κεφάλαιο 5, Ενότητα 10, θα βρείτε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα διαχείρισης φαρμάκων.
- **Σημείωση:** Η Ενότητα 2.1 σας ενημερώνει περαιτέρω σχετικά με την ειδική περίοδο εγγραφής για άτομα με Medicaid.

**Οι χρονικές περίοδοι εγγραφής ποικίλλουν** ανάλογα με την κατάσταση σας.

**Για να μάθετε εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για μια Ειδική Περίοδο Εγγραφής**, καλέστε το Medicare στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048. Εάν δικαιούστε να τερματίσετε τη συνδρομή σας λόγω ειδικής κατάστασης, μπορείτε να επιλέξετε να αλλάξετε τόσο την υγειονομική κάλυψη Medicare όσο και την κάλυψη φαρμάκων. Μπορείτε να επιλέξετε:

- Ένα άλλο πρόγραμμα υγείας Medicare με ή χωρίς κάλυψη φαρμάκων,
- Original Medicare με ξεχωριστό πρόγραμμα φαρμάκων Medicare,
- Original Medicare χωρίς ξεχωριστό πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.
- Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, ένα ενσωματωμένο D-SNP που παρέχει το Medicare σας και τις περισσότερες ή όλες τις παροχές και τις υπηρεσίες του Medicaid σε ένα πρόγραμμα.

**Σημείωση:** Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη φαρμάκων Medicare, δεν λαμβάνετε πλέον Extra Help και δεν έχετε αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων για συνεχή περίοδο 63 ημερών ή περισσότερο, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα**

πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D εάν συμμετάσχετε αργότερα σε πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

**Λαμβάνετε Extra Help από το Medicare για να πληρώσετε την κάλυψη φαρμάκων σας:** Αν αλλάξετε τη συνδρομή σας στο Original Medicare και δεν εγγραφείτε σε ξεχωριστό πρόγραμμα φαρμάκων Medicare, το Medicare ενδέχεται να σας εγγράψει σε πρόγραμμα φαρμάκων εκτός αν έχετε επιλέξει να μην γίνεται αυτόματη εγγραφή.

**Η συνδρομή σας συνήθως λήγει** την πρώτη ημέρα του μήνα μετά τη λήψη του αιτήματός σας για αλλαγή του προγράμματός σας.

**Σημείωση:** Οι Ενότητες 2.1 και 2.2 σας λένε περισσότερα σχετικά με την ειδική περίοδο εγγραφής για άτομα με Medicaid και Extra Help.

## 2.5 Βρείτε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πότε μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας

Αν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τον τερματισμό της συνδρομής σας, μπορείτε να κάνετε τα εξής:

- Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο **(833) 671-0440** (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο **711**).
- Βρείτε πληροφορίες στο εγχειρίδιο *Medicare & You 2026*.
- Καλέστε το **Medicare** στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048).

## 3 Πώς να τερματίσετε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας

Ο παρακάτω πίνακας εξηγεί πώς πρέπει να τερματίσετε τη συνδρομή σας στο πρόγραμμά μας.

Για να μεταβείτε από το πρόγραμμά μας σε:	Τι πρέπει να κάνετε:
Ένα άλλο πρόγραμμα υγείας Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγγραφείτε στο νέο πρόγραμμα υγείας Medicare.</li> <li>• Θα διαγραφείτε αυτόματα από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) όταν ξεκινήσει η κάλυψη του νέου σας προγράμματος.</li> </ul>
Original Medicare με ξεχωριστό πρόγραμμα φαρμάκων Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγγραφείτε σε ένα νέο πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.</li> <li>• Θα διαγραφείτε αυτόματα από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) όταν ξεκινήσει η κάλυψη του νέου σας προγράμματος φαρμάκων.</li> </ul>
Original Medicare χωρίς ξεχωριστό πρόγραμμα φαρμάκων Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Στείλτε μας γραπτό αίτημα διαγραφής.</b> Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο <b>(833) 671-0440</b> (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο <b>711</b>) αν χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πώς να το κάνετε αυτό.</li> </ul>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα**

<b>Για να μεταβείτε από το πρόγραμμά μας σε:</b>	<b>Τι πρέπει να κάνετε:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μπορείτε επίσης να καλέσετε το <b>Medicare</b> στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) και ζητήστε τη διαγραφή σας. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.</li> <li>Θα διαγραφείτε από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) όταν ξεκινήσει η κάλυψή σας στο Original Medicare.</li> </ul>

**Σημείωση:** Εάν διαγραφείτε από την κάλυψη φαρμάκων Medicare, δεν λαμβάνετε πλέον Extra Help και δεν έχετε αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων για συνεχή περίοδο 63 ημερών ή περισσότερο, ίσως χρειαστεί να πληρώσετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D εάν συμμετάσχετε αργότερα σε πρόγραμμα φαρμάκων Medicare.

Για ερωτήσεις σχετικά με τις παροχές του Medicaid, επικοινωνήστε με τη New York Medicaid στο (800) 505-5678, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 ή Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8:30 a.m. έως 8 p.m., Σάββατο 10 a.m. έως 6 p.m. Ρωτήστε πώς η συμμετοχή σε άλλο πρόγραμμα ή η επιστροφή στο Original Medicare επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνετε την κάλυψη Medicaid.

#### **4 Μέχρι να λήξει η συμμετοχή σας, πρέπει να συνεχίσετε να λαμβάνετε τα ιατρικά είδη, τις υπηρεσίες και τα φάρμακά σας μέσω του προγράμματός μας**

Μέχρι να λήξει η συνδρομή σας Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) και να αρχίσει η νέα σας κάλυψη Medicare, θα πρέπει να συνεχίσετε να λαμβάνετε τα ιατρικά είδη, τις υπηρεσίες και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα μέσω του προγράμματός μας.

- **Συνεχίστε να χρησιμοποιείτε τους παρόχους δικτύου μας για να λαμβάνετε ιατρική φροντίδα.**
- **Συνεχίστε να χρησιμοποιείτε τα φαρμακεία του δικτύου μας για να συμπληρώσετε τις συνταγές σας.**
- **Εάν νοσηλευτείτε την ημέρα που λήγει η εγγραφή σας, η νοσηλεία σας στο νοσοκομείο θα καλυφθεί από το πρόγραμμά μας μέχρι να πάρετε εξιτήριο** (ακόμα και αν πάρετε εξιτήριο μετά την έναρξη της νέας υγειονομικής σας κάλυψης).

#### **5 Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να τερματίσει τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα σε ορισμένες περιπτώσεις**

**Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) πρέπει να τερματίσει τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα εάν συμβεί οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:**

- Εάν δεν έχετε πλέον Medicare Part A και Part B.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα**

- Εάν δεν είστε πλέον επιλέξιμοι για το Medicaid. Όπως αναφέρεται στο Κεφάλαιο 1, Ενότητα 2.1, το πρόγραμμά μας απευθύνεται σε άτομα που είναι επιλέξιμα τόσο για το Medicare όσο και για το Medicaid. Όταν το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) διαπιστώσει ότι δεν πληροίτε πλέον τις ειδικές απαιτήσεις επιλεξιμότητας, θα λάβετε μια επιστολή ειδοποίησης που θα αναφέρει τον λόγο για την πιθανή διαγραφή. Στη συνέχεια, θα έχετε 6 μήνες (180 ημέρες) από την ημερομηνία της επιστολής για να απαντήσετε για επανεξέταση της επιλεξιμότητάς σας για συμμετοχή στο πρόγραμμα.
- Εάν απομακρυνθείτε από την περιοχή εξυπηρέτησής μας.
- Εάν λείπετε από την περιοχή εξυπηρέτησής μας για περισσότερο από 6 μήνες.
  - Εάν μετακομίσετε ή κάνετε ένα μακρύ ταξίδι, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711) για να μάθετε εάν το μέρος στο οποίο μετακομίζετε ή ταξιδεύετε βρίσκεται στην περιοχή του προγράμματός μας.
- Εάν φυλακιστείτε (πηγαίνετε στη φυλακή).
- Εάν δεν είστε πλέον πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών ή δεν βρίσκεστε νόμιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες.
- Εάν ψεύδεστε ή αποκρύπτετε πληροφορίες σχετικά με άλλη ασφάλιση που έχετε που παρέχει κάλυψη φαρμάκων
- Εάν μας δώσετε σκόπιμα εσφαλμένες πληροφορίες κατά την εγγραφή σας στο πρόγραμμά μας και αυτές οι πληροφορίες επηρεάζουν την καταλληλότητά σας για το πρόγραμμά μας. (Δεν μπορούμε να σας αναγκάσουμε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας γι' αυτόν τον λόγο, εκτός εάν λάβουμε πρώτα άδεια από το Medicare.)
- Εάν συμπεριφέρεστε συνεχώς με τρόπο που προκαλεί αναστάτωση και καθιστά δύσκολο για εμάς να παρέχουμε ιατρική φροντίδα για εσάς και άλλα μέλη του προγράμματός μας. (Δεν μπορούμε να σας αναγκάσουμε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας γι' αυτόν τον λόγο, εκτός εάν λάβουμε πρώτα άδεια από το Medicare.)
- Εάν επιτρέψετε σε κάποιον άλλο να χρησιμοποιήσει την κάρτα μέλους σας για να λάβει ιατρική φροντίδα. (Δεν μπορούμε να σας αναγκάσουμε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας γι' αυτόν τον λόγο, εκτός εάν λάβουμε πρώτα άδεια από το Medicare.)
  - Εάν τερματίσουμε τη συμμετοχή σας για αυτόν τον λόγο, το Medicare μπορεί να διερευνήσει την υπόθεσή σας από τον Γενικό Επιθεωρητή.
- Εάν απαιτείται να πληρώσετε το επιπλέον ποσό του Μέρους D λόγω του εισοδήματός σας και δεν το πληρώσετε, το Medicare θα σας διαγράψει από το πρόγραμμά μας.

Εάν έχετε ερωτήσεις ή θέλετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πότε μπορούμε να τερματίσουμε τη συνδρομή σας, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711).

### **5.1 Δεν μπορούμε να σας ζητήσουμε να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας για οποιονδήποτε λόγο που σχετίζεται με την υγεία**

Το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) δεν επιτρέπεται να σας ζητήσει να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας για οποιονδήποτε λόγο που σχετίζεται με την υγεία.

#### **Τι πρέπει να κάνετε εάν συμβεί αυτό;**

Εάν αισθάνεστε ότι σας ζητείται να εγκαταλείψετε το πρόγραμμά μας για λόγους υγείας, καλέστε το Medicare στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Τερματισμός της συμμετοχής στο πρόγραμμα**

---

**5.2 Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία εάν τερματίσουμε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας**

Εάν τερματίσουμε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας, πρέπει να σας πούμε γραπτώς τους λόγους μας για τον τερματισμό της συμμετοχής σας. Πρέπει επίσης να εξηγήσουμε πώς μπορείτε να υποβάλετε παράπονο ή καταγγελία σχετικά με την απόφασή μας να τερματίσουμε τη συμμετοχή σας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11:

## Νομικές ειδοποιήσεις

### 1 Σημείωση σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο

---

Ο κύριος νόμος που ισχύει για αυτό το έγγραφο Αποδεικτικών κάλυψης είναι ο τίτλος XVIII του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης και οι κανονισμοί που δημιουργήθηκαν βάσει του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης από τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid ή CMS. Επιπλέον, ενδέχεται να ισχύουν άλλοι ομοσπονδιακοί νόμοι και, υπό ορισμένες συνθήκες, οι νόμοι της πολιτείας στην οποία ζείτε. Αυτό μπορεί να επηρεάσει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σας, ακόμη και αν οι νόμοι δεν περιλαμβάνονται ή δεν εξηγούνται σε αυτό το έγγραφο.

### 2 Ανακοίνωση σχετικά με την απαγόρευση των διακρίσεων

---

**Δεν κάνουμε διακρίσεις** με βάση τη φυλή, την εθνικότητα, την εθνική καταγωγή, το χρώμα, τη θρησκεία, το φύλο, την ηλικία, την ψυχική ή σωματική αναπηρία, την κατάσταση υγείας, την εμπειρία αξιώσεων, το ιατρικό ιστορικό, τις γενετικές πληροφορίες, τα αποδεικτικά στοιχεία ασφαλισιμότητας ή τη γεωγραφική θέση εντός της περιοχής εξυπηρέτησης. Όλοι οι οργανισμοί που παρέχουν προγράμματα Medicare Advantage, όπως το πρόγραμμά μας, πρέπει να συμμορφώνονται με τους ομοσπονδιακούς νόμους κατά των διακρίσεων, συμπεριλαμβανομένου του τίτλου VI του νόμου περί πολιτικών δικαιωμάτων του 1964, του νόμου περί αποκατάστασης του 1973, του νόμου περί διακρίσεων λόγω ηλικίας του 1975, του νόμου για τους Αμερικανούς με αναπηρίες, του τμήματος 1557 του νόμου περί προσιτής φροντίδας, όλων των άλλων νόμων που ισχύουν για οργανισμούς που λαμβάνουν ομοσπονδιακή χρηματοδότηση, και οποιουδήποτε άλλους νόμους και κανόνες που ισχύουν για οποιονδήποτε άλλο λόγο.

Εάν θέλετε περισσότερες πληροφορίες ή έχετε ανησυχίες σχετικά με διακρίσεις ή άδικη μεταχείριση, καλέστε το **Office for Civil Rights** του Department of Health and Human Services στο 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ή το τοπικό Office for Civil Rights. Μπορείτε επίσης να ανατρέξετε σε πληροφορίες από το Office for Civil Rights του Department of Health and Human Services στη διεύθυνση [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html).

Εάν έχετε κάποια αναπηρία και χρειάζεστε βοήθεια με την πρόσβαση στην περίθαλψη, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας TTY καλούν στο 711). Εάν έχετε κάποιο παράπονο, όπως πρόβλημα με την πρόσβαση αναπηρικού αμαξιδίου, το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών μπορεί να σας βοηθήσει.

### 3 Σημείωση σχετικά με τα δικαιώματα υποκατάστασης του δευτερεύοντος οφειλέτη Medicare

---

Έχουμε το δικαίωμα και την ευθύνη να εισπράτουμε για καλυπτόμενες υπηρεσίες Medicare για τις οποίες το Medicare δεν είναι ο κύριος πληρωτής. Σύμφωνα με τους κανονισμούς CMS στο 42 CFR τμήματα 422.108

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: Νομικές ειδοποιήσεις**

---

και 423.462, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ως οργανισμός Medicare Advantage, θα ασκήσει τα ίδια δικαιώματα ανάκτησης που ασκεί ο Γραμματέας σύμφωνα με τους κανονισμούς CMS στα τμήματα Β έως D του μέρους 411 του 42 CFR και οι κανόνες που θεσπίζονται σε αυτό το τμήμα αντικαθιστούν οποιονδήποτε πολιτειακό νόμο.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12:****Ορισμοί**

**Περιπατητικό χειρουργικό κέντρο** – Ένα περιπατητικό χειρουργικό κέντρο είναι ένας φορέας που λειτουργεί αποκλειστικά με σκοπό την παροχή εξωτερικών χειρουργικών υπηρεσιών σε ασθενείς που δεν χρήζουν νοσηλείας και των οποίων η αναμενόμενη παραμονή στο κέντρο δεν υπερβαίνει τις 24 ώρες.

**Ένσταση** – Η ένσταση είναι κάτι που κάνετε εάν διαφωνείτε με την απόφασή μας να απορρίψουμε ένα αίτημα για κάλυψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ή συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή πληρωμή για υπηρεσίες ή φάρμακα που έχετε ήδη λάβει. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε αίτημα ένστασης εάν διαφωνείτε με την απόφασή μας να διακόψουμε τις υπηρεσίες που λαμβάνετε.

**Περίοδος Παροχών** – Ο τρόπος με τον οποίο τόσο το πρόγραμμά μας όσο και το Original Medicare μετρούν τη χρήση των υπηρεσιών νοσοκομείων και εξειδικευμένων νοσηλευτικών μονάδων (SNF). Μια περίοδος παροχών αρχίζει την ημέρα που πηγαίνετε σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα. Η περίοδος παροχών λήγει όταν δεν έχετε λάβει νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή (ή εξειδικευμένη φροντίδα σε SNF) για 60 συνεχόμενες ημέρες. Εάν εισέλθετε σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα μετά τη λήξη μιας περιόδου παροχών, ξεκινά μια νέα περίοδος παροχών. Δεν υπάρχει όριο στον αριθμό των περιόδων παροχών.

**Βιολογικό προϊόν** – Ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που παρασκευάζεται από φυσικές και ζωντανές πηγές όπως ζωικά κύτταρα, φυτικά κύτταρα, βακτήρια ή ζυμομύκητες. Τα βιολογικά προϊόντα είναι πιο περίπλοκα από άλλα φάρμακα και δεν μπορούν να αντιγραφούν ακριβώς, επομένως οι εναλλακτικές μορφές ονομάζονται βιοομοειδή. (ανατρέξτε στο “**Αρχικό βιολογικό προϊόν**” και “**Βιοομοειδές**”).

**Βιοομοειδές** – Ένα βιολογικό προϊόν που θεωρείται πολύ παρόμοιο, αλλά όχι πανομοιότυπο, με το αρχικό βιολογικό προϊόν. Τα βιοομοειδή είναι εξίσου ασφαλή και αποτελεσματικά με το αρχικό βιολογικό προϊόν. Ορισμένα βιοομοειδή μπορεί να υποκαταστήσουν το αρχικό βιολογικό προϊόν στο φαρμακείο χωρίς να απαιτείται νέα συνταγή (ανατρέξτε στο “**Εναλλάξιμο βιοομοειδές**”).

**Επώνυμο φάρμακο** – Ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που κατασκευάζεται και πωλείται από τη φαρμακευτική εταιρεία που αρχικά ερεύνησε και ανέπτυξε το φάρμακο. Τα επώνυμα φάρμακα έχουν την ίδια φόρμουλα δραστικού συστατικού με τη γενόσημη έκδοση του φαρμάκου. Ωστόσο, τα γενόσημα φάρμακα παρασκευάζονται και πωλούνται από άλλους παρασκευαστές φαρμάκων και γενικά δεν είναι διαθέσιμα μέχρι να λήξει το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας για το επώνυμο φάρμακο.

**Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης** – Το στάδιο Παροχές φαρμάκων Μέρους D που ξεκινά όταν εσείς (ή άλλα κατάλληλα μέρη για λογαριασμό σας) έχετε δαπανήσει \$2,100 για καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D κατά τη διάρκεια του καλυπτόμενου έτους.

**Κέντρα Medicare & Medicaid Services (CMS)** – Η ομοσπονδιακή υπηρεσία που διαχειρίζεται το Medicare.

**Συνασφάλιση** – Ένα ποσό που μπορεί να σας ζητηθεί να πληρώσετε, εκφρασμένο ως ποσοστό (για παράδειγμα 20%) ως το μερίδιό σας στο κόστος για υπηρεσίες ή συνταγογραφούμενα φάρμακα.

**Καταγγελία** – Το επίσημο όνομα για την υποβολή καταγγελίας είναι η **υποβολή παραπόνου**. Η διαδικασία καταγγελίας χρησιμοποιείται μόνο για ορισμένους τύπους προβλημάτων. Αυτό περιλαμβάνει προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα φροντίδας, τους χρόνους αναμονής και την εξυπηρέτηση πελατών που

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί**

---

λαμβάνετε. Περιλαμβάνει επίσης καταγγελίες εάν το πρόγραμμά σας δεν ακολουθεί τις χρονικές περιόδους της διαδικασίας ένστασης.

**Ολοκληρωμένη μονάδα αποκατάστασης χωρίς εισαγωγή (CORF)** – Μια εγκατάσταση που παρέχει κυρίως υπηρεσίες αποκατάστασης μετά από ασθένεια ή τραυματισμό, συμπεριλαμβανομένης της φυσικοθεραπείας, των κοινωνικών ή ψυχολογικών υπηρεσιών, της αναπνευστικής θεραπείας, της εργοθεραπείας και των υπηρεσιών λογοπαθολογίας και των υπηρεσιών αξιολόγησης οικιακού περιβάλλοντος.

**Συμμετοχή στην πληρωμή** – Ένα ποσό που μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε ως μερίδιο του κόστους για ιατρική υπηρεσία ή προμήθεια, όπως επίσκεψη γιατρού, επίσκεψη σε νοσοκομείο ή συνταγογραφούμενο φάρμακο. Μια συμμετοχή στην πληρωμή είναι ένα καθορισμένο ποσό (για παράδειγμα \$10) και όχι ένα ποσοστό.

**Επιμερισμός δαπάνης** – Ο επιμερισμός δαπάνης αναφέρεται σε ποσά που πρέπει να πληρώσει ένα μέλος όταν οι υπηρεσίες ή τα φάρμακα υπόκεινται σε επιμερισμό δαπάνης. Ο επιμερισμός δαπάνης περιλαμβάνει οποιονδήποτε από τους παρακάτω 3 τύπους πληρωμών: (1) κάθε εκπιπτόμενο ποσό μπορεί να επιβάλει ένα πρόγραμμα πριν από την κάλυψη υπηρεσιών ή φαρμάκων, (2) οποιοδήποτε σταθερό ποσό συμμετοχής που απαιτεί ένα πρόγραμμα όταν λαμβάνεται μια συγκεκριμένη υπηρεσία ή φάρμακο, ή (3) οποιοδήποτε ποσό συνασφάλισης, ένα ποσοστό του συνολικού ποσού που καταβάλλεται για μια υπηρεσία ή ένα φάρμακο που απαιτεί ένα πρόγραμμα όταν λαμβάνεται μια συγκεκριμένη υπηρεσία ή φάρμακο.

**Επίπεδο επιμερισμού δαπάνης** – Κάθε φάρμακο στον κατάλογο καλυπτόμενων φαρμάκων σε ένα από τα έξι (6) επίπεδα επιμερισμού δαπάνης. Γενικά, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο επιμερισμού δαπάνης, τόσο υψηλότερο είναι το κόστος σας για το φάρμακο:

**Προσδιορισμός κάλυψης** – Μια απόφαση σχετικά με το εάν ένα φάρμακο που συνταγογραφείται για εσάς καλύπτεται από το πρόγραμμα και το ποσό, εάν υπάρχει, που πρέπει να πληρώσετε για τη συνταγή. Γενικά, εάν φέρετε τη συνταγή σας σε φαρμακείο και το φαρμακείο σας πει ότι η συνταγή δεν καλύπτεται από το πρόγραμμά σας, αυτό δεν αποτελεί προσδιορισμό κάλυψης. Πρέπει να καλέσετε ή να γράψετε στο πρόγραμμά σας για να ζητήσετε επίσημη απόφαση σχετικά με την κάλυψη. Οι προσδιορισμοί κάλυψης ονομάζονται αποφάσεις κάλυψης σε αυτό το έγγραφο.

**Καλυπτόμενα φάρμακα** – Ο όρος που χρησιμοποιούμε για να εννοήσουμε όλα τα καλυπτόμενα φάρμακα του προγράμματός μας.

**Καλυπτόμενες υπηρεσίες** – Ο όρος που χρησιμοποιούμε για να εννοήσουμε όλες τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τις προμήθειες που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας.

**Αξιόπιστη κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων** – Κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (για παράδειγμα, από εργοδότη ή συνδικάτο) που αναμένεται να πληρώσει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον όσο η τυπική κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων του Medicare. Άτομα που έχουν αυτό το είδος κάλυψης όταν γίνονται επιλέξιμα για το Medicare μπορούν γενικά να διατηρήσουν αυτήν την κάλυψη χωρίς να πληρώσουν ποινή, εάν αποφασίσουν να εγγραφούν αργότερα στην κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare.

**Φροντίδα επιμέλειας** – Η φροντίδα επιμέλειας είναι προσωπική φροντίδα που παρέχεται σε γηροκομείο, ίδρυμα ανακουφιστικής φροντίδας ή άλλη εγκατάσταση όταν δεν χρειάζεστε εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα ή εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Η φροντίδα επιμέλειας, που παρέχεται από άτομα που δεν έχουν επαγγελματικές δεξιότητες ή κατάρτιση, περιλαμβάνει βοήθεια με δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως μπάνιο, ντύσιμο, φαγητό, είσοδος ή έξοδος από κρεβάτι ή καρέκλα, μετακίνηση και χρήση του μπάνιου. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει το είδος της φροντίδας που σχετίζεται με την υγεία που οι περισσότεροι

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί**

---

άνθρωποι κάνουν οι ίδιοι, όπως η χρήση οφθαλμικών σταγόνων. Το Medicare δεν πληρώνει για τη φροντίδα επιμέλειας.

**Ημερήσιο ποσοστό επιμερισμού δαπάνης** – Ένα ημερήσιο ποσοστό επιμερισμού δαπάνης μπορεί να ισχύει όταν ο γιατρός σας συνταγογραφεί λιγότερο από έναν ολόκληρο μήνα αποθέματος ορισμένων φαρμάκων για εσάς και πρέπει να πληρώσετε μια συμμετοχή στην πληρωμή. Ένα ημερήσιο ποσοστό επιμερισμού δαπάνης είναι η συμμετοχή σας στην πληρωμή διαιρούμενη με τον αριθμό των ημερών στην προμήθεια ενός μήνα. Ακολουθεί ένα παράδειγμα: Εάν η συμμετοχή σας στην πληρωμή για απόθεμα ενός φαρμάκου ενός μήνα είναι \$30 και η προμήθεια ενός μήνα στο πρόγραμμά σας είναι 30 ημέρες, τότε το ημερήσιο ποσοστό επιμερισμού δαπάνης είναι \$1 ανά ημέρα.

**Κατάργηση εγγραφής ή διαγραφή εγγραφής** – Η διαδικασία τερματισμού της συνδρομής σας στο πρόγραμμά μας.

**Προγράμματα Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)** – Τα D-SNP εγγράφουν άτομα που δικαιούνται τόσο το Medicare (τίτλος XVIII του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης) όσο και την ιατρική βοήθεια από πολιτειακό πρόγραμμα στο πλαίσιο του Medicaid (τίτλος XIX). Οι πολιτείες καλύπτουν ορισμένα έξοδα Medicare, ανάλογα με την πολιτεία και την επιλεξιμότητα του ατόμου.

**Άτομο με διπλή επιλεξιμότητα** – Ένα άτομο που πληροί τις προϋποθέσεις για κάλυψη Medicare και Medicaid.

**Ιατρικός εξοπλισμός διαρκείας (DME)** – Ιατρικός εξοπλισμός που παραγγέλλεται από τον γιατρό σας για ιατρικούς λόγους. Παραδείγματα περιλαμβάνουν περιπατητές, αναπηρικά αμαξίδια, πατερίτσες, συστήματα ηλεκτροκίνητων στρωμάτων, προμήθειες για διαβητικούς, αντλίες έγχυσης IV, συσκευές παραγωγής ομιλίας, εξοπλισμό οξυγόνου, νεφελοποιητές ή νοσοκομειακά κρεβάτια που παραγγέλλονται από πάροχο για χρήση στο σπίτι.

**Έκτακτη ανάγκη** – Μία ιατρική έκτακτη ανάγκη είναι όταν εσείς, ή οποιοσδήποτε άλλος συνετός μη ειδικός με μέση γνώση της υγείας και της ιατρικής, πιστεύετε ότι έχετε ιατρικά συμπτώματα που απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα για να αποτρέψετε την απώλεια ζωής σας (και, εάν είστε έγκυος, την απώλεια ενός αγέννητου παιδιού), την απώλεια ενός άκρου ή τη λειτουργία ενός άκρου, ή απώλεια ή σοβαρή βλάβη της σωματικής λειτουργίας. Τα ιατρικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασθένεια, τραυματισμός, έντονος πόνος ή πάθηση που επιδεινώνεται γρήγορα.

**Επείγουσα περίθαλψη** – Καλυπτόμενες υπηρεσίες οι οποίες: 1) παρέχονται από πάροχο εξουσιοδοτημένο να παρέχει υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, και 2) απαιτούνται για τη θεραπεία, την αξιολόγηση ή τη σταθεροποίηση μιας επείγουσας πάθησης.

**Αποδεικτικά κάλυψης (EOC) και πληροφορίες γνωστοποίησης** – Αυτό το έγγραφο, μαζί με το έντυπο εγγραφής σας και τυχόν άλλα συνημμένα, εγχειρίδια ή άλλες προαιρετικές καλύψεις που έχουν επιλεγεί, το οποίο εξηγεί την κάλυψή σας, τι πρέπει να κάνουμε, τα δικαιώματά σας και τι πρέπει να κάνετε ως μέλος του προγράμματός μας.

**Εξαίρεση** – Ένας τύπος απόφασης κάλυψης που, εάν εγκριθεί, σας επιτρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που δεν περιλαμβάνεται στον κατάλόγό μας (εξαίρεση καταλόγου) ή να πάρετε ένα μη προτιμώμενο φάρμακο σε χαμηλότερο επίπεδο επιμερισμού δαπάνης (εξαίρεση επιπέδου). Μπορείτε επίσης να ζητήσετε εξαίρεση εάν το πρόγραμμά μας απαιτεί να δοκιμάσετε ένα άλλο φάρμακο προτού λάβετε το φάρμακο που ζητάτε, ή εάν το πρόγραμμά μας ζητά προέγκριση για ένα φάρμακο και θέλετε να παραιτηθούμε από τον περιορισμό των κριτηρίων, ή εάν το πρόγραμμά μας περιορίζει την ποσότητα ή τη δοσολογία του φαρμάκου που ζητάτε (εξαίρεση καταλόγου).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί**

---

**Extra Help** – Ένα πρόγραμμα Medicare ή ένα πολιτειακό πρόγραμμα για να βοηθήσει άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους να πληρώσουν το κόστος του προγράμματος συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare, όπως ασφάλιστρα, εκπιπτόμενα ποσά και συνασφάλιση.

**Γενόσημο φάρμακο** – Ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο που έχει εγκριθεί από τον FDA και έχει το(α) ίδιο(α) δραστικό(ά) συστατικό(ά) με το επώνυμο φάρμακο. Γενικά, ένα γενόσημο φάρμακο λειτουργεί το ίδιο με ένα επώνυμο φάρμακο και συνήθως κοστίζει λιγότερο.

**Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι** – Ένα άτομο που παρέχει υπηρεσίες που δεν χρειάζονται τις δεξιότητες ενός εξουσιοδοτημένου νοσηλευτή ή θεραπευτή, όπως βοήθεια με προσωπική φροντίδα (π.χ., μπάνιο, χρήση τουαλέτας, ντύσιμο ή εκτέλεση των προβλεπόμενων ασκήσεων).

**Ανακουφιστική περίθαλψη** – Παροχή ειδικής θεραπείας για μέλος που έχει πιστοποιηθεί ιατρικά ότι πάσχει από ανίατη νόσο τελικού σταδίου, που σημαίνει ότι έχει προσδόκιμο ζωής 6 μηνών ή λιγότερο. Το πρόγραμμά μας πρέπει να σας παρέχει μια λίστα με ιδρύματα ανακουφιστικής περίθαλψης στην περιοχή σας. Εάν επιλέξετε ανακουφιστική περίθαλψη και συνεχίσετε να πληρώνετε ασφάλιστρα, εξακολουθείτε να είστε μέλος του προγράμματος μας. Μπορείτε ακόμα να λάβετε όλες τις ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες καθώς και τις συμπληρωματικές παροχές που προσφέρουμε.

**Νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή** – Νοσηλεία σε νοσοκομείο όταν έχετε εισαχθεί επίσημα στο νοσοκομείο για εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες. Ακόμα κι αν διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο, μπορεί να εξακολουθείτε να θεωρείστε εξωτερικός ασθενής.

**Ποσό μηνιαίας προσαρμογής που σχετίζεται με το εισόδημα (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)** – Εάν το τροποποιημένο προσαρμοσμένο ακαθάριστο εισόδημά σας, όπως αναφέρεται στη φορολογική σας δήλωση IRS πριν από 2 χρόνια, υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο ποσό, θα πληρώσετε το τυπικό ποσό ασφάλιστρου και ένα ποσό μηνιαίας προσαρμογής που σχετίζεται με το εισόδημα, γνωστό και ως IRMAA. Το IRMAA είναι μια επιπλέον χρέωση που προστίθεται στο ασφάλιστρο σας. Λιγότερο από το 5% των ατόμων με Medicare επηρεάζονται, οπότε τα περισσότερα άτομα δεν θα πληρώσουν υψηλότερο ασφάλιστρο.

**Στάδιο Αρχικής Κάλυψης** – Αυτό είναι το στάδιο προτού η ετήσια συμμετοχή σας στα έξοδα φτάσει το όριο συμμετοχής σε έξοδα.

**Αρχική περίοδος εγγραφής** – Όταν είστε για πρώτη φορά επιλέξιμοι για το Medicare, η χρονική περίοδος κατά την οποία μπορείτε να εγγραφείτε στο Medicare Part A και Part B. Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για το Medicare όταν γίνετε 65 ετών, η αρχική περίοδος εγγραφής σας είναι η περίοδος 7 μηνών που ξεκινά 3 μήνες πριν από τον μήνα που γίνεστε 65, περιλαμβάνει τον μήνα που γίνεστε 65 και τελειώνει 3 μήνες μετά τον μήνα που γίνεστε 65.

**Ενσωματωμένο D-SNP** – Ένα D-SNP που καλύπτει το Medicare και τις περισσότερες ή όλες τις υπηρεσίες Medicaid στο πλαίσιο ενός ενιαίου προγράμματος υγείας για ορισμένες ομάδες ατόμων που είναι επιλέξιμες τόσο για το Medicare όσο και για το Medicaid. Αυτά τα άτομα είναι επίσης γνωστά ως διπλά επιλέξιμα άτομα πλήρους παροχής.

**Ενσωματωμένη καταγγελία** – Ένας τύπος καταγγελίας που υποβάλετε σχετικά με το πρόγραμμα, τους παρόχους ή τα φαρμακεία μας, συμπεριλαμβανομένης μιας καταγγελίας σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας σας. Αυτός ο τύπος καταγγελίας δεν περιλαμβάνει διαφορές κάλυψης ή πληρωμής.

**Εναλλάξιμο βιομοειδές** – Ένα βιομοειδές που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποκατάστατο ενός αρχικού βιομοειδούς προϊόντος στο φαρμακείο χωρίς να χρειάζεται νέα συνταγή, επειδή πληροί πρόσθετες απαιτήσεις που σχετίζονται με τη δυνατότητα αυτόματης υποκατάστασης. Η αυτόματη αντικατάσταση στο φαρμακείο υπόκειται στην πολιτειακή νομοθεσία.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί**

**Κατάλογος Καλυπτόμενων Φαρμάκων (Formulary ή “Κατάλογος Φαρμάκων”)** – Κατάλογος συνταγογραφούμενων καλυπτόμενων φαρμάκων του προγράμματος.

**Επιδότηση χαμηλού εισοδήματος (Low Income Subsidy, LIS)** – Ανατρέξτε στο Extra Help.

**Manufacturer Discount Program** – Ένα πρόγραμμα στο πλαίσιο του οποίου οι κατασκευαστές φαρμάκων πληρώνουν ένα μέρος του συνολικού κόστους του προγράμματος για τα επώνυμα φάρμακα και τους βιολογικούς παράγοντες που καλύπτονται από το Μέρος D. Οι εκπτώσεις βασίζονται σε συμφωνίες μεταξύ της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και ορισμένων κατασκευαστών φαρμάκων.

**Μέγιστο ποσό συμμετοχής** – Το μεγαλύτερο ποσό που πληρώνετε από την τσέπη σας κατά τη διάρκεια του ημερολογιακού έτους για καλυπτόμενες υπηρεσίες Μέρους Α και Μέρους Β. Τα ποσά που πληρώνετε για τα ασφάλιστρα Medicare Part A και Part B και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα δεν υπολογίζονται στο μέγιστο ποσό από τα άμεσα έξοδά σας. Εάν πληροίτε τα κριτήρια για να λάβετε τη βοήθεια επιμερισμού της δαπάνης Medicare στο πλαίσιο του Medicaid, δεν είστε υπεύθυνος να πληρώνετε οποιαδήποτε συμμετοχή σε έξοδα για να καλύψετε το ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Μέρος Α και από το Μέρος Β. (**Σημείωση:** Επειδή τα μέλη μας λαμβάνουν επίσης βοήθεια και από το Medicaid, πολύ λίγα μέλη συμπληρώνουν αυτό το μέγιστο ποσό συμμετοχής στα άμεσα έξοδα.)

**Medicaid (ή Medical Assistance)** – Ένα κοινό ομοσπονδιακό και πολιτειακό πρόγραμμα που βοηθά με τα ιατρικά έξοδα για μερικούς ανθρώπους με χαμηλά εισοδήματα και περιορισμένους πόρους. Τα πολιτειακά προγράμματα Medicaid ποικίλλουν, αλλά τα περισσότερα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονται εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις τόσο για το Medicare όσο και για το Medicaid.

**Ιατρικός Αποδεκτή Ένδειξη** – Η χρήση ενός φαρμάκου που είτε είναι εγκεκριμένο από τον FDA είτε υποστηρίζεται από ορισμένες αναφορές, όπως το Σύστημα Πληροφοριών για τα Φάρμακα του Αμερικανικού Νοσοκομείου (American Hospital Formulary Service Drug Information) και το Σύστημα Πληροφοριών Micromedex DRUGDEX.

**Ιατρικά απαραίτητα** – Υπηρεσίες, προμήθειες ή φάρμακα που απαιτούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση ή τη θεραπεία της πάθησής σας και πληρούν τα αποδεκτά πρότυπα ιατρικής πρακτικής.

**Medicare** – Το ομοσπονδιακό πρόγραμμα ασφάλειας υγείας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, μερικά άτομα κάτω των 65 ετών με ορισμένες αναπηρίες και άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (γενικά άτομα με μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού).

**Ανοικτή Περίοδος Εγγραφής του Medicare Advantage** – Η χρονική περίοδος από την 1η Ιανουαρίου έως τις 31 Μαρτίου, όταν τα μέλη σε ένα πρόγραμμα Medicare Advantage μπορούν να ακυρώσουν την εγγραφή τους στο πρόγραμμα και να μεταβούν σε άλλο πρόγραμμα Medicare Advantage ή να αποκτήσουν κάλυψη μέσω του Original Medicare. Εάν επιλέξετε να μεταβείτε στο Original Medicare κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, μπορείτε επίσης να συμμετάσχετε σε ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare εκείνη τη στιγμή. Η Ανοικτή Περίοδος Εγγραφής του Medicare Advantage είναι επίσης διαθέσιμη για περίοδο 3 μηνών αφού ένα άτομο είναι για πρώτη φορά επιλέξιμο για το Medicare.

**Medicare Advantage (MA) Plan** – Μερικές φορές ονομάζεται Medicare Part C. Ένα πρόγραμμα που προσφέρεται από μια ιδιωτική εταιρεία που συνάπτει συμβάσεις με τη Medicare για να σας παρέχει όλες τις παροχές του Medicare Part A και Part B. Ένα Medicare Advantage Plan μπορεί να είναι i) ένα HMO, ii) ένα PPO, iii) ιδιωτικό πρόγραμμα Private Fee-for-Service (PFFS) ή iv) πρόγραμμα ιατρικού αποταμιευτικού λογαριασμού Medicare (MSA). Εκτός από την επιλογή από αυτούς τους τύπους προγραμμάτων, ένα πρόγραμμα Medicare Advantage HMO ή PPO μπορεί επίσης να είναι ένα Special Needs Plan (SNP). Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα Medicare Advantage Plans προσφέρουν επίσης το Medicare Part D (κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων). Αυτά τα προγράμματα ονομάζονται **Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage**.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί**

---

**Υπηρεσίες καλυπτόμενες από το Medicare** – Υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Part A και Part B. Όλα τα προγράμματα υγείας Medicare πρέπει να καλύπτουν όλες τις υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicare Part A και B. Ο όρος “Υπηρεσίες καλυπτόμενες από το Medicare” δεν περιλαμβάνει τα επιπλέον παροχές, όπως υπηρεσίες όρασης, οδοντιατρικής ή ακοής, που μπορεί να προσφέρει ένα πρόγραμμα Medicare Advantage.

**Πρόγραμμα Medicare Health** – Ένα πρόγραμμα υγείας Medicare προσφέρεται από μια ιδιωτική εταιρεία που συνάπτει συμβάσεις με το Medicare για παροχές Μέρους A και Μέρους B σε άτομα με Medicare που εγγράφονται στο πρόγραμμα. Αυτός ο όρος περιλαμβάνει όλα τα προγράμματα Medicare Advantage Plan, τα προγράμματα Medicare Cost Plan, τα προγράμματα Special Needs Plan, τα προγράμματα Demonstration/Pilot Program και τα προγράμματα Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

**Κάλυψη φαρμάκων Medicare (Medicare Part D)** – Ασφάλιση για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων εξωτερικών ασθενών, εμβολίων, βιολογικών παραγόντων και ορισμένων προμηθειών που δεν καλύπτονται από το Medicare Part A ή Part B.

**Ασφάλιση Medigap (Συμπλήρωμα ασφάλισης Medicare)** – Συμπληρωματική ασφάλιση Medicare που πωλείται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για να καλύψει τα κενά στο Original Medicare. Τα ασφαλιστικά συμβόλαια Medigap λειτουργούν μόνο με το Original Medicare. (Ένα πρόγραμμα Medicare Advantage δεν αποτελεί ασφάλιση Medigap.)

**Μέλος (Μέλος του προγράμματός μας ή μέλος του προγράμματος)** – Ένα άτομο με Medicare που δικαιούται να λάβει καλυπτόμενες υπηρεσίες, το οποίο έχει εγγραφεί στο πρόγραμμά μας και του οποίου η εγγραφή έχει επιβεβαιωθεί από τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid (CMS).

**Τμήμα Υπηρεσιών Μελών** – Ένα τμήμα εντός του προγράμματός μας που είναι υπεύθυνο για να απαντά στις ερωτήσεις σας σχετικά με τη συνδρομή, τις παροχές, τα παράπονα και τις ενστάσεις σας.

**Φαρμακείο δικτύου** – Ένα φαρμακείο που συνάπτει σύμβαση με το πρόγραμμά μας, όπου τα μέλη του προγράμματός μας μπορούν να λάβουν τις παροχές τους σε συνταγογραφούμενα φάρμακα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι συνταγές σας καλύπτονται μόνο εάν εκτελούνται σε ένα από τα φαρμακεία του δικτύου μας.

**Πάροχος Δικτύου – Πάροχος** είναι ο γενικός όρος για ιατρούς, άλλους επαγγελματίες υγείας, νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν άδεια ή πιστοποίηση από το Medicare και από την πολιτεία για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. **Οι πάροχοι δικτύου** έχουν συμφωνήσει με το πρόγραμμά μας να αποδεχτούν πλήρως την πληρωμή μας ως εξόφληση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, να συντονίσουν καθώς και να παρέχουν καλυπτόμενες υπηρεσίες στα μέλη του προγράμματός μας. Οι πάροχοι δικτύου ονομάζονται επίσης **πάροχοι προγράμματος**.

**Προσδιορισμός οργανισμού** – Μια απόφαση που λαμβάνει το πρόγραμμά μας σχετικά με το εάν καλύπτονται προϊόντα ή υπηρεσίες ή πόσο πρέπει να πληρώσετε για καλυπτόμενα προϊόντα ή υπηρεσίες. Οι προσδιορισμοί οργανισμού ονομάζονται αποφάσεις κάλυψης σε αυτό το έγγραφο.

**Αρχικό βιολογικό προϊόν** – Ένα βιολογικό προϊόν που έχει εγκριθεί από τον FDA και χρησιμεύει ως μέτρο σύγκρισης για τους κατασκευαστές που παρασκευάζουν μια βιομοειδή έκδοση. Ονομάζεται επίσης προϊόν αναφοράς.

**Original Medicare (Traditional Medicare ή Fee-for-Service Medicare)** – Το Original Medicare προσφέρεται από την κράτος και όχι από ιδιωτικό πρόγραμμα υγείας όπως τα προγράμματα Medicare Advantage και τα προγράμματα συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Σύμφωνα με το Original Medicare, οι υπηρεσίες Medicare καλύπτονται μέσω της καταβολής σε γιατρούς, νοσοκομεία και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης των ποσών που έχουν καθοριστεί από το Κογκρέσο. Μπορείτε να επισκεφθείτε οποιονδήποτε ιατρό, νοσοκομείο

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί**

---

ή άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που δέχεται το Medicare. Πρέπει να πληρώσετε το εκπιπτόμενο ποσό. Το Medicare πληρώνει το μερίδιό του στο εγκεκριμένο από το Medicare ποσό και εσείς πληρώνετε το δικό σας μερίδιο. Το Original Medicare αποτελείται από 2 μέρη: Μέρος A (Νοσοκομειακή ασφάλιση) και Μέρος B (Ιατρική ασφάλιση) και είναι διαθέσιμο σε όλη την επικράτεια των Ηνωμένων Πολιτειών.

**Φαρμακείο εκτός δικτύου** – Ένα φαρμακείο που δεν έχει σύμβαση με το πρόγραμμά μας και συντονίζει ή παρέχει καλυπτόμενα φάρμακα στα μέλη του προγράμματος μας. Τα περισσότερα φάρμακα που λαμβάνετε από φαρμακεία εκτός δικτύου δεν καλύπτονται από το πρόγραμμά μας, εκτός εάν ισχύουν ορισμένες προϋποθέσεις.

**Πάροχος εκτός δικτύου ή κέντρο εκτός δικτύου** – Πάροχος ή κέντρο εκτός δικτύου που δεν έχει σύμβαση με το πρόγραμμά μας για συντονισμό ή παροχή καλυπτόμενων υπηρεσιών σε μέλη του προγράμματός μας. Οι πάροχοι εκτός δικτύου είναι πάροχοι που δεν απασχολούνται, ανήκουν ή λειτουργούν σύμφωνα με το πρόγραμμά μας.

**Έξοδα συμμετοχής** – Δείτε παραπάνω για τον ορισμό επιμερισμού δαπάνης. Η απαίτηση επιμερισμού δαπάνης ενός μέλους για την πληρωμή μέρους των υπηρεσιών ή των φαρμάκων που έλαβε αποκαλείται επίσης και απαίτηση συμμετοχής σε έξοδα.

**Όριο άμεσης πληρωμής από τον ασθενή** – Το μέγιστο ποσό που πληρώνετε από την τσέπη σας για τα φάρμακα του Μέρους D.

**Πρόγραμμα PACE** – Ένα πρόγραμμα PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) συνδυάζει ιατρικές, κοινωνικές και μακροχρόνιες υπηρεσίες και υποστηρίξεις (LTSS) για αδύναμα άτομα ώστε να τα βοηθήσουν να παραμείνουν ανεξάρτητα και να ζουν στην κοινότητά τους (αντί να μεταφερθούν σε γηροκομείο) όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τα άτομα που είναι εγγεγραμμένα σε προγράμματα PACE λαμβάνουν τόσο τις παροχές Medicare όσο και Medicaid μέσω του προγράμματος.

**Μέρος C** – Μεταβείτε στο πρόγραμμα Medicare Advantage (MA).

**Μέρος D** – Το εθελοντικό πρόγραμμα παροχών συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare.

**Φάρμακα Μέρους D** – Φάρμακα που μπορούν να καλυφθούν από το Μέρος D. Μπορούμε ή δεν μπορούμε να προσφέρουμε όλα τα φάρμακα Μέρους D. Ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων έχουν εξαιρεθεί από την κάλυψη του Μέρους D από το Κογκρέσο. Ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων του Μέρους D πρέπει να καλύπτονται από κάθε πρόγραμμα.

**Πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής Μέρους D** – Ένα ποσό που προστίθεται στο μηνιαίο ασφάλιστρο σας για κάλυψη φαρμάκων Medicare εάν δεν έχετε αξιόπιστη κάλυψη (κάλυψη που αναμένεται να πληρώσει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον όσο η τυπική κάλυψη φαρμάκων Medicare) για περίοδο τουλάχιστον 63 συνεχόμενων ημερών αφού δικαιούστε για πρώτη φορά να συμμετάσχετε σε ένα πρόγραμμα Μέρους D. Εάν χάσετε το Extra Help, ενδέχεται να σας επιβληθεί πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής εάν παρέλθουν τουλάχιστον 63 συνεχόμενες ημέρες χωρίς το Μέρος D ή άλλη αξιόπιστη κάλυψη φαρμάκων.

**Ασφάλιστρο** – Η περιοδική πληρωμή στο Medicare, μια ασφαλιστική εταιρεία ή ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης για κάλυψη υγείας ή συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

**Πάροχος Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (PCP)** – Ο γιατρός ή άλλος πάροχος που βλέπετε πρώτα για τα περισσότερα προβλήματα υγείας. Σε πολλά προγράμματα υγείας Medicare, πρέπει να δείτε τον πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης πριν δείτε οποιονδήποτε άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.

**Προέγκριση** – Έγκριση εκ των προτέρων για λήψη υπηρεσιών ή ορισμένων φαρμάκων. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες που χρειάζονται προέγκριση σημειώνονται στον Πίνακα Ιατρικών Παροχών στο Κεφάλαιο 4. Τα

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί**

---

καλυπτόμενα φάρμακα που χρειάζονται προέγκριση επισημαίνονται στο παρασκεύασμα και τα κριτήριά μας δημοσιεύονται στον ιστότοπό μας.

**Προσθετική και ορθωτικά** – Ιατρικές συσκευές, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, των ναρθήκων βραχίονα, μέσης και αυχένα, τεχνητά μέλη, τεχνητά μάτια, και συσκευές που απαιτούνται για την αντικατάσταση ενός εσωτερικού μέρους ή λειτουργίας του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των προμηθειών στομίας και της εντερικής και παρεντερικής διατροφικής θεραπείας.

**Οργανισμός Βελτίωσης Ποιότητας (Quality Improvement Organization, QIO)** – Μια ομάδα ασκούμενων γιατρών και άλλων εμπειρογνομόνων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για τον έλεγχο και τη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς του Medicare.

**Όρια ποσότητας** – Ένα εργαλείο διαχείρισης που έχει σχεδιαστεί για να περιορίζει τη χρήση φαρμάκων για λόγους ποιότητας, ασφάλειας ή χρήσης. Τα όρια μπορεί να είναι στην ποσότητα του φαρμάκου που καλύπτουμε ανά συνταγή ή για καθορισμένο χρονικό διάστημα.

**“Real-Time Benefit Tool”** – Μια πύλη ή μια εφαρμογή υπολογιστή στην οποία οι εγγεγραμμένοι μπορούν να αναζητήσουν πλήρεις, ακριβείς, έγκαιρες, κλινικά κατάλληλες, ειδικά για τους εγγεγραμμένους πληροφορίες παροχών και καταλόγου φαρμάκων. Αυτό περιλαμβάνει ποσά επιμερισμού δαπάνης, εναλλακτικά φάρμακα λίστας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ίδια κατάσταση υγείας με ένα δεδομένο φάρμακο και περιορισμούς κάλυψης (προέγκριση, βηματική θεραπεία, όρια ποσότητας) που ισχύουν για εναλλακτικά φάρμακα.

**Υπηρεσίες αποκατάστασης** – Αυτές οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν ενδονοσοκομειακή αποκατάσταση, φυσικοθεραπεία (χωρίς εισαγωγή), λογοθεραπεία και εργοθεραπεία.

**Περιοχή εξυπηρέτησης** – Μια γεωγραφική περιοχή όπου πρέπει να διαμένετε για να συμμετάσχετε σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα υγείας. Για προγράμματα που περιορίζουν τους γιατρούς και τα νοσοκομεία που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε, είναι επίσης γενικά η περιοχή όπου μπορείτε να λάβετε υπηρεσίες ρουτίνας (μη έκτακτης ανάγκης). Το πρόγραμμα πρέπει να καταργήσει την εγγραφή σας εάν μετακομίσετε μόνιμα από την περιοχή εξυπηρέτησης του προγράμματος.

**Φροντίδα σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα (Skilled Nursing Facility, SNF)** – Υπηρεσίες φροντίδας και αποκατάστασης σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα που παρέχονται σε συνεχή, καθημερινή βάση, σε εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα. Παραδείγματα περίθαλψης περιλαμβάνουν φυσικοθεραπεία ή ενδοφλέβιες ενέσεις που μπορούν να χορηγηθούν μόνο από εγγεγραμμένη νοσοκόμα ή γιατρό.

**Πρόγραμμα Special Needs Plan** – Ένας ειδικός τύπος Medicare Advantage Plan που παρέχει πιο εστιασμένη υγειονομική περίθαλψη για συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων, όπως εκείνοι που έχουν τόσο το Medicare όσο και το Medicaid, που διαμένουν σε γηροκομείο ή που πάσχουν από ορισμένες χρόνιες παθήσεις.

**Βηματική θεραπεία** – Ένα εργαλείο χρήσης που απαιτεί από εσάς να δοκιμάσετε πρώτα ένα άλλο φάρμακο για τη θεραπεία της πάθησής σας προτού καλύψουμε το φάρμακο που μπορεί να έχει συνταγογραφήσει αρχικά ο γιατρός σας.

**Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλειας (Supplemental Security Income, SSI)** – Μία μηνιαία παροχή που καταβάλλεται από την Κοινωνική Ασφάλιση σε άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους που είναι άτομα με ειδικές ανάγκες, τυφλοί ή ηλικίας 65 ετών και άνω. Οι παροχές SSI δεν είναι οι ίδιες με τις παροχές κοινωνικής ασφάλισης.

**Επειγόντως αναγκαίες υπηρεσίες** – Μια υπηρεσία που καλύπτεται από το πρόγραμμα και απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα που δεν αποτελεί επείγουσα ανάγκη είναι μια επειγόντως αναγκαία υπηρεσία εάν είτε

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Ορισμοί**

---

βρίσκεστε προσωρινά εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος είτε είναι παράλογο, δεδομένου του χρόνου, του τόπου και των περιστάσεων, να αποκτήσετε πρόσβαση σε αυτήν την υπηρεσία από παρόχους δικτύου με τους οποίους συνάπτεται το πρόγραμμα. Παραδείγματα επειγόντως αναγκαίων υπηρεσιών είναι απρόβλεπτες ιατρικές ασθένειες και τραυματισμοί ή απροσδόκητες εξάρσεις υφιστάμενων παθήσεων. Οι ιατρικά απαραίτητες επισκέψεις ρουτίνας στον πάροχο (όπως οι ετήσιοι έλεγχοι) δεν θεωρούνται επειγόντως απαραίτητες, ακόμη και αν βρίσκεστε εκτός της περιοχής εξυπηρέτησης του προγράμματος ή το δίκτυο του προγράμματος δεν είναι προσωρινά διαθέσιμο.

Πρόσθετες σημαντικές πληροφορίες για την υγειονομική περίθαλψη και τους πόρους των μελών

- Δήλωση Διαθεσιμότητας (Notice of Availability, NOA) – Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας
- Δήλωση για τις Πρακτικές Απορρήτου (Notice of Privacy Practices, 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. פּאַסיקע 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 በለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

### Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย 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 ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

**Karen**

ဟ်သျှ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကျိၢ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၢ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤ၁၀၁၂ လၢတလက်ဘျုးလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤ၁၀၁၂တၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤ၁၀၁၂တၢ်မၤ လၢအကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလက်ဘျုးလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤ၁၀၁၂တၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၢ် 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 lọ́fẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.



# ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ:

**ΑΥΤΗ Η ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ.**

Η παρούσα Δήλωση περιγράφει τις πρακτικές απορρήτου των συνεργαζόμενων προγραμμάτων υγείας της Molina Healthcare (που αναφέρονται στο παρόν ως “Molina”, “εμείς” ή “εμάς”). Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε προστατευμένες πληροφορίες για την υγεία (“PHI”) σχετικά με εσάς για να σας προσφέρουμε παροχές υγείας ως μέλος της Molina. Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας για την εκτέλεση θεραπειών, πληρωμών και εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε επίσης τις πληροφορίες PHI σας για άλλους λόγους που επιτρέπονται και απαιτούνται από τη νομοθεσία. Οφείλουμε να διατηρούμε τις πληροφορίες για την υγεία σας απόρρητες και να τηρούμε τους όρους της παρούσας Ειδοποίησης. Η ημερομηνία έναρξης ισχύος της παρούσας Δήλωσης είναι η 1η Ιανουαρίου 2026.

Οι πληροφορίες PHI είναι πληροφορίες για την υγεία που περιλαμβάνουν το ονοματεπώνυμό σας, τον αριθμό μέλους ή άλλα αναγνωριστικά και χρησιμοποιούνται ή κοινοποιούνται από εμάς. Οι πληροφορίες PHI περιλαμβάνουν πληροφορίες για την υγεία σχετικά με διαταραχές χρήσης ουσιών και βιομετρικές πληροφορίες (όπως ένα φωνητικό αποτύπωμα).

## **Γιατί χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας;**

Χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας προσφέρουμε παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Οι πληροφορίες PHI σας χρησιμοποιούνται ή κοινοποιούνται επίσης για σκοπούς θεραπείας, πληρωμών και εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης.

## **Για θεραπεία**

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας παράσχουμε ή να κανονίσουμε την ιατρική σας φροντίδα. Αυτή η θεραπεία περιλαμβάνει επίσης παραπομπές μεταξύ των γιατρών σας ή άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, μπορεί να κοινοποιήσουμε πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας σε έναν εξειδικευμένο γιατρό ειδικότητας. Αυτό θα βοηθήσει τον γιατρό ειδικότητας να μιλήσει για τη θεραπεία σας με τον γιατρό σας.

## **Για πληρωμή**

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI για να λάβουμε αποφάσεις σχετικά με την πληρωμή. Οι αποφάσεις αυτές αφορούν θέματα αξιώσεων, εγκρίσεις για θεραπεία και αποφάσεις για ιατρικές ανάγκες. Στον λογαριασμό ενδέχεται να αναγράφονται το όνομά σας, η κατάστασή σας, η θεραπεία σας και οι προμήθειες που παρέχονται. Για παράδειγμα, μπορεί να ενημερώσουμε έναν γιατρό ότι έχετε τις παροχές μας. Μπορεί επίσης να ενημερώσουμε τον γιατρό για το ποσό του λογαριασμού που θα πληρώσουμε.

## **Για εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης**

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να εκτελέσουμε το(τα) πρόγραμμα(προγράμματα) υγείας μας. Για παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε πληροφορίες από την

αξιώσή σας για να σας ενημερώσουμε σχετικά με ένα πρόγραμμα υγείας που θα μπορούσε να σας βοηθήσει. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να διευθετήσουμε τυχόν ανησυχίες σας. Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν για να διαπιστώσουμε ότι οι αξιώσεις σας έχουν πληρωθεί σωστά.

Οι εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης περιλαμβάνουν πολλές καθημερινές επιχειρηματικές ανάγκες. Αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τις ακόλουθες:

- βελτίωση της ποιότητας·
- ενέργειες σε προγράμματα υγείας για την παροχή βοήθειας σε Μέλη με ορισμένες παθήσεις (όπως το άσθμα)·
- διεξαγωγή ή διευθέτηση ιατρικών εξετάσεων·
- νομικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων εντοπισμού απάτης και καταχρήσεων, καθώς και δίωξης·
- ενέργειες που θα μας βοηθήσουν να συμμορφωθούμε με τη νομοθεσία·
- κάλυψη των αναγκών των μελών, συμπεριλαμβανομένης της επίλυσης καταγγελιών και παραπόνων.

Θα κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας σε άλλες εταιρείες (“**επιχειρηματικοί συνεργάτες**”) που εκτελούν διάφορες δραστηριότητες για το(τα) πρόγραμμα(προγράμματα) υγείας μας. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας στέλνουμε υπενθυμίσεις σχετικά με τα ραντεβού σας. Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας δώσουμε πληροφορίες σχετικά με άλλη θεραπεία ή άλλες παροχές και υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία.

### **Πότε μπορούμε να χρησιμοποιούμε ή να κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας χωρίς να λάβουμε γραπτή εξουσιοδότηση (έγκριση) από εσάς;**

Εκτός από την εκτέλεση θεραπειών, πληρωμών και εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης, ο νόμος επιτρέπει ή απαιτεί από τη Molina να χρησιμοποιεί και να κοινοποιεί τις πληροφορίες PHI σας για διάφορους άλλους σκοπούς, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

#### **Απαιτείται από τη νομοθεσία**

Θα χρησιμοποιήσουμε ή θα κοινοποιήσουμε τα στοιχεία σας, όπως ορίζει η νομοθεσία. Θα κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας στις περιπτώσεις που ορίζει ο Υπουργός του Department of Health and Human Services (HHS). Αυτές μπορεί να αφορούν δικαστικές υποθέσεις, άλλους νομικούς ελέγχους ή όταν απαιτείται για σκοπούς επιβολής της νομοθεσίας.

#### **Δημόσια υγεία**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για δραστηριότητες δημόσιας υγείας. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν την παροχή συνδρομής στους φορείς δημόσιας υγείας για την πρόληψη ή τον έλεγχο νόσων.

#### **Επίβλεψη υγειονομικής περίθαλψης**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν σε κρατικούς φορείς. Μπορεί να χρειαστούν οι πληροφορίες PHI σας για ελέγχους.

## **Έρευνα**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για έρευνα σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως όταν εγκριθεί από συμβούλιο προστασίας προσωπικών δεδομένων ή θεσμικής αναθεώρησης.

## **Νομικές ή διοικητικές διαδικασίες**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για νομικές διαδικασίες, όπως ως απάντηση σε δικαστική απόφαση.

## **Επιβολή του νόμου**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν στην αστυνομία για σκοπούς επιβολής του νόμου, όπως για να βοηθήσει στην εύρεση υπόπτου, μάρτυρα ή αγνοούμενου.

## **Υγεία και ασφάλεια**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν για την πρόληψη σοβαρής και άμεσης απειλής για την υγεία ή την ασφάλεια ενός ατόμου, ή για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια.

## **Κυβερνητικές λειτουργίες**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν στην κυβέρνηση για ειδικές λειτουργίες. Ένα παράδειγμα είναι η προστασία του Προέδρου.

## **Θύματα κακοποίησης, παραμέλησης ή ενδοοικογενειακής βίας**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν στις νομικές αρχές εάν πιστεύουμε ότι ένα άτομο είναι θύμα κακοποίησης ή παραμέλησης.

## **Αποζημίωση εργαζομένων**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για να συμμορφωθούμε με τους νόμους περί αποζημίωσης εργαζομένων.

## **Άλλες κοινοποιήσεις**

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν σε διευθυντές κηδειών ή ιατροδικαστές για να τους βοηθήσουν στο έργο τους.

## **Πρόσθετοι περιορισμοί χρήσης και κοινοποίησης.**

Ορισμένοι ομοσπονδιακοί και πολιτειακοί νόμοι ενδέχεται να απαιτούν ειδική προστασία απορρήτου που περιορίζει τη χρήση και την αποκάλυψη ορισμένων τύπων πληροφοριών για την υγεία. Οι νόμοι αυτοί ενδέχεται να προστατεύουν τους ακόλουθους τύπους πληροφοριών: διαταραχές χρήσης αλκοόλ και ουσιών, βιομετρικές πληροφορίες, κακοποίηση ή παραμέληση παιδιών ή ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής επίθεσης, των μεταδοτικών ασθενειών, των γενετικών πληροφοριών, του HIV/AIDS, της ψυχικής υγείας, των πληροφοριών των ανηλίκων, των συνταγών, της αναπαραγωγικής υγείας και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Θα ακολουθήσουμε τον αυστηρότερο νόμο, όπου ισχύει για εμάς.

**Πληροφορίες για τις διαταραχές χρήσης ουσιών (Substance Use Disorder, SUD).** Παρόλο που δεν είμαστε πρόγραμμα θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο (“Πρόγραμμα SUD”),

ενδέχεται να λάβουμε πληροφορίες από ένα Πρόγραμμα SUD σχετικά με εσάς. Δεν μπορούμε να γνωστοποιήσουμε πληροφορίες SUD για χρήση σε αστική, ποινική, διοικητική ή νομοθετική διαδικασία εναντίον σας, εκτός εάν έχουμε (i) τη γραπτή συγκατάθεσή σας ή (ii) δικαστική εντολή συνοδευόμενη από κλήτευση ή άλλη νομική απαίτηση που επιβάλλει τη γνωστοποίηση που εκδόθηκε μετά την ειδοποίησή μας και την ευκαιρία ακρόασης.

### **Πότε χρειαζόμαστε τη γραπτή σας εξουσιοδότηση (έγκριση) για να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας;**

Χρειαζόμαστε τη γραπτή έγκρισή σας για να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για σκοπό διαφορετικό από αυτούς που αναφέρονται στην παρούσα Δήλωση. Χρειαζόμαστε την εξουσιοδότησή σας προτού κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για τα ακόλουθα: (1) τις περισσότερες χρήσεις και γνωστοποιήσεις των σημειώσεων ψυχοθεραπευτή, (2) τις χρήσεις και γνωστοποιήσεις για σκοπούς μάρκετινγκ και (3) τις χρήσεις και γνωστοποιήσεις που αφορούν την πώληση πληροφοριών PHI. Μπορείτε να ακυρώσετε μια γραπτή έγκριση που μας έχετε δώσει. Η εκ μέρους σας ακύρωση δεν θα ισχύει για ενέργειες που έχουμε ήδη κάνει στο πλαίσιο έγκρισης που μας έχετε ήδη δώσει.

### **Ποια είναι τα δικαιώματά σας για πληροφορίες για την υγεία;**

Έχετε το δικαίωμα:

- **Να ζητήσετε περιορισμούς στις χρήσεις ή κοινοποιήσεις των πληροφοριών PHI σας (κοινοποίηση των πληροφοριών PHI σας)**

Μπορείτε να μας ζητήσετε να μην κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για τη διενέργεια θεραπειών, πληρωμών ή εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Μπορείτε επίσης να μας ζητήσετε να μην κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας σε συγγενείς, φίλους ή άλλα πρόσωπα που θα κατονομάσετε και τα οποία εμπλέκονται στην υγειονομική σας περίθαλψη. Ωστόσο, δεν είμαστε υποχρεωμένοι να συμφωνήσουμε με το αίτημά σας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

- **Να ζητήσετε εμπιστευτική κοινοποίηση πληροφοριών PHI**

Μπορείτε να ζητήσετε από τη Molina να σας δώσει τις πληροφορίες PHI σας με έναν συγκεκριμένο τρόπο ή σε ένα συγκεκριμένο μέρος για να σας βοηθήσει να διατηρήσετε τις πληροφορίες PHI σας απόρρητες. Θα εκπληρώσουμε όλα τα εύλογα αιτήματα, εφόσον μας πείτε τους λόγους για τους οποίους η κοινοποίηση όλων ή μέρους των εν λόγω πληροφοριών PHI θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή σας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

- **Να ζητήσετε τον έλεγχο και την αντιγραφή των πληροφοριών PHI σας**

Έχετε το δικαίωμα να ελέγξετε και να λάβετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών PHI σας που έχουμε στην κατοχή μας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει αρχεία που χρησιμοποιούνται για τη λήψη κάλυψης, αξιώσεων και άλλων αποφάσεων για εσάς ως μέλη μας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας. Ενδέχεται να σας χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος για την αντιγραφή και την αποστολή των αρχείων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να αρνηθούμε το αίτημα. *Σημαντική σημείωση: Δεν διατηρούμε πλήρη αντίγραφα των ιατρικών σας αρχείων. Εάν θέλετε να δείτε, να λάβετε αντίγραφο ή να αλλάξετε τα ιατρικά σας αρχεία, επικοινωνήστε με τον γιατρό ή την κλινική σας.*

- **Να τροποποιήσετε τις πληροφορίες PHI σας**

Μπορείτε να ζητήσετε να τροποποιήσουμε (αλλάξουμε) τις πληροφορίες PHI σας. Αυτό αφορά μόνο τα αρχεία που διατηρούμε για εσάς ως μέλος. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας. Μπορείτε να υποβάλετε επιστολή διαφωνίας μαζί μας, εάν δεν κάνουμε δεκτό το αίτημα.

- **Να λάβετε ένα αρχείο κοινοποιήσεων πληροφοριών PHI (κοινοποίηση των πληροφοριών PHI σας)**

Μπορείτε να ζητήσετε να σας δώσουμε μια λίστα με συγκεκριμένα μέρη στα οποία κοινοποιήσαμε τις πληροφορίες PHI σας κατά τη διάρκεια των έξι ετών πριν από την ημερομηνία του αιτήματός σας. Ο κατάλογος δεν θα περιλαμβάνει πληροφορίες PHI που κοινοποιούνται ως εξής:

- για θεραπεία, πληρωμή ή εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης·
- σε άτομα σχετικά με τις δικές τους πληροφορίες PHI·
- για κοινοποιήσεις που έγιναν με την άδειά σας·
- σε περίπτωση χρήσης ή γνωστοποίησης που επιτρέπεται ή απαιτείται βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας·
- πληροφορίες PHI που κοινοποιήθηκαν για το συμφέρον της εθνικής ασφάλειας ή για σκοπούς των μυστικών υπηρεσιών πληροφοριών ή
- ως μέρος ενός περιορισμένου συνόλου δεδομένων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Θα χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος για κάθε κατάλογο, εάν ζητήσετε τον κατάλογο αυτό περισσότερες από μία φορές σε περίοδο 12 μηνών. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

Μπορείτε να υποβάλετε οποιοδήποτε από τα παραπάνω αιτήματα ή να λάβετε αντίγραφο της παρούσας Ειδοποίησης σε έντυπη μορφή. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες TTY/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711.

**Τι μπορείτε να κάνετε εάν τα δικαιώματά σας δεν έχουν προστατευτεί;**

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σε εμάς και στο Department of Health and Human Services εάν πιστεύετε ότι παραβιάστηκαν τα δικαιώματά σας στην προστασία της ιδιωτικής σας ζωής. Δεν θα προβούμε σε καμία ενέργεια εναντίον σας επειδή υποβάλατε την καταγγελία. Η περίθαλψη και οι παροχές σας δεν θα αλλάξουν με κανέναν τρόπο.

*Μπορείτε να μας υποβάλετε καταγγελία στη διεύθυνση:*

Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες TTY/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711. Εναλλακτικά γράψτε μας στη διεύθυνση:

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

*Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία στο U.S. Department of Health and Human Services στη διεύθυνση:*

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)

### **Ποια είναι τα καθήκοντά μας;**

Είμαστε υποχρεωμένοι να:

- Διατηρούμε τις πληροφορίες PHI σας απόρρητες,
- Σας δώσουμε γραπτές πληροφορίες όπως αυτή σχετικά με τα καθήκοντά μας και τις πρακτικές απορρήτου σχετικά με τις πληροφορίες PHI σας.
- Σας παρέχουμε ειδοποίηση σε περίπτωση παραβίασης των μη ασφαλών PHI σας.
- Να μην χρησιμοποιούμε ή να μην κοινοποιούμε τις γενετικές σας πληροφορίες για σκοπούς αξιολογήσεων ιατρικού ιστορικού.
- Τηρούμε τους όρους της παρούσας Ειδοποίησης.

### **Η παρούσα Δήλωση υπόκειται σε αλλαγές**

**Διατηρούμε το δικαίωμα να αλλάξουμε τις πρακτικές πληροφοριών και τους όρους της παρούσας Δήλωσης ανά πάσα στιγμή. Εάν το πράξουμε αυτό, οι νέοι όροι και πρακτικές θα ισχύουν τότε για όλες τις πληροφορίες PHI που διατηρούμε. Εάν προβούμε σε ουσιαστικές αλλαγές, θα δημοσιεύσουμε την αναθεωρημένη Δήλωση στον ιστότοπό μας και θα στείλουμε την αναθεωρημένη Δήλωση ή πληροφορίες σχετικά με την ουσιαστική αλλαγή και τον τρόπο απόκτησης της αναθεωρημένης Δήλωσης, στην επόμενη ετήσια αλληλογραφία μας προς τα μέλη μας που καλύπτεται τότε από εμάς. Η παρούσα Δήλωση είναι διαθέσιμη στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com).**

### **Στοιχεία Επικοινωνίας**

Εάν έχετε τυχόν ερωτήσεις σχετικά με την παρούσα Δήλωση, επικοινωνήστε μαζί μας.

Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών μας στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες TTY/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711. Εναλλακτικά, επικοινωνήστε γραπτώς με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών της Molina, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Μπορείτε να λάβετε αυτό το έγγραφο δωρεάν σε άλλες μορφές, όπως μεγάλη εκτύπωση, Μπράιγ ή ήχο. Καλέστε στο (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ημέρες την εβδομάδα, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Η κλήση είναι χωρίς χρέωση.

**Senior Whole Health of New York NHC Τμήμα Υπηρεσιών Μελών**

<b>Μέθοδος</b>	<b>Τμήμα Υπηρεσιών Μελών – Στοιχεία επικοινωνίας</b>
<b>ΚΑΛΕΣΤΕ</b>	(833) 671-0440 Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Ώρες λειτουργίας: 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 a.m. έως 8 p.m. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα - Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών (833) 671-0440 (οι χρήστες της υπηρεσίας ΤΤΥ καλούν στο 711) διαθέτει επίσης δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για όσους δεν μιλούν αγγλικά.
<b>ΤΤΥ</b>	711 Αυτός ο αριθμός απαιτεί ειδικό τηλεφωνικό εξοπλισμό και είναι μόνο για άτομα που έχουν δυσκολίες στην ακοή ή την ομιλία. Οι κλήσεις σ' αυτόν τον αριθμό είναι χωρίς χρέωση. Ώρες λειτουργίας: 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 a.m. έως 8 p.m. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα - Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα.
<b>ΦΑΞ</b>	(310) 507-6186
<b>ΓΡΑΨΤΕ</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>ΙΣΤΪΟΤΟΠΟΣ</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

Το Πρόγραμμα Ενημέρωσης Ασφάλισης Υγείας, Συμβουλευτικής και Βοήθειας (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) (**SHIP** της New York) είναι ένα πολιτειακό πρόγραμμα που χρηματοδοτείται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να παρέχει δωρεάν συμβουλές τοπικής ασφάλισης υγείας σε άτομα με Medicare.

<b>Μέθοδος</b>	<b>Στοιχεία Επικοινωνίας</b>
<b>ΚΑΛΕΣΤΕ</b>	(800) 701-0501 Δευτέρα – Παρασκευή, 8:30 a.m. έως 5 p.m., τοπική ώρα.
<b>ΓΡΑΨΤΕ</b>	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
<b>ΙΣΤΪΟΤΟΠΟΣ</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

**Δήλωση Γνωστοποίησης του PRA** Σύμφωνα με την Πράξη σχετικά με τη Μείωση της Γραφειοκρατίας του 1995, κανένα πρόσωπο δεν υποχρεούται να ανταποκριθεί στη συλλογή πληροφοριών εκτός εάν επιδεικνύει έναν έγκυρο αριθμό ελέγχου OMB (Γραφείο Διαχείρισης και Προϋπολογισμού). Ο έγκυρος αριθμός ελέγχου OMB για αυτή τη συλλογή πληροφοριών είναι 0938-1051. Εάν έχετε σχόλια ή προτάσεις για τη βελτίωση αυτού του εντύπου, γράψτε στη διεύθυνση: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.