

2026

Preuve de couverture

Senior Whole Health of New York NHC

(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

À compter du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre, 2026

Du 1^{er} janvier au 31 décembre, 2026

Preuve de couverture 2026 :

Vos prestations et services de santé Medicare et votre couverture des médicaments en tant qu'adhérent(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Ce document vous donne les détails de votre couverture Medicare et des médicaments pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre, 2026. **Il s'agit d'un document juridique important. Conservez-le en lieu sûr.**

Ce document explique vos prestations et vos droits. Utilisez ce document pour comprendre :

- la prime et le partage des coûts de notre régime
- nos prestations en matière de soins médicaux et de médicaments
- comment déposer une plainte si vous n'êtes pas satisfait(e) d'un service ou d'un traitement
- comment nous contacter
- les autres protections requises par la législation Medicare

Pour toute question concernant ce document, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440. (Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Horaires : du 1^{er} octobre au 31 mars, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 et du 1^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Cet appel est gratuit.

Ce régime, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), est proposé par Senior Whole Health of New York, Inc. (Lorsque cette *Preuve de couverture* mentionne les termes « nous », « notre » ou « nos », il est fait référence à Senior Whole Health of New York, Inc. Lorsqu'elle mentionne les termes « régime » ou « notre régime », il s'agit de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Molina Healthcare est un régime C-SNP, D-SNP et HMO associé à un contrat Medicare. Les régimes D-SNP ont un contrat avec le programme Medicaid d'État. L'affiliation dépend du renouvellement du contrat.

Senior Whole Health respecte les lois fédérales sur les droits civils en vigueur et ne pratique aucune discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la nationalité, la religion, le genre, le sexe, l'âge, le handicap mental ou physique, l'état de santé, l'obtention de soins de santé, l'expérience en matière de réclamations, les antécédents médicaux, les informations génétiques, la preuve d'assurabilité ou l'emplacement géographique.

Ce document est disponible gratuitement en espagnol, chinois, arabe, coréen, russe, italien, français, créole haïtien, yiddish, polonais, tagalog, bengali, albanais, grec et ourdou.

Vous pouvez obtenir ce document gratuitement dans une ou plusieurs langues autres que l'anglais ou dans d'autres formats (gros caractères, braille ou audio). Appelez le (833) 671-0440, (TTY : 711). L'appel est gratuit.

Les prestations peuvent changer à partir du 1^{er} janvier, 2027.

Notre liste des médicaments remboursables, notre réseau de pharmacies et/ou notre réseau de prestataires peuvent être modifiés à tout moment. Vous serez informé(e) de toute modification qui pourrait vous affecter au moins 30 jours à l'avance.

Table des matières**Table des matières**

CHAPITRE 1 :	Premiers pas en tant qu'adhérent(e)	4
SECTION 1	Vous êtes adhérent(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	4
SECTION 2	Conditions d'éligibilité au régime	5
SECTION 3	Documents importants pour l'adhésion	7
SECTION 4	Résumé des principaux coûts	8
SECTION 5	Plus d'informations sur la prime mensuelle de votre régime	13
SECTION 6	Maintien à jour de votre dossier d'affiliation au régime	14
SECTION 7	Fonctionnement d'autres assurances avec notre régime	14
CHAPITRE 2 :	Ressources et numéros de téléphone	16
SECTION 1	Informations de contact de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	16
SECTION 2	Obtenir de l'aide auprès de Medicare	19
SECTION 3	State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État, « SHIP »)	20
SECTION 4	Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité, « QIO »)	20
SECTION 5	Sécurité sociale	21
SECTION 6	Medicaid	22
SECTION 7	Programmes d'aide au paiement des médicaments sur ordonnance	25
SECTION 8	Railroad Retirement Board (« RRB »)	27
SECTION 9	Si vous bénéficiez d'une assurance collective ou d'une autre assurance maladie proposée par un employeur	28
CHAPITRE 3 :	Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts	29
SECTION 1	Comment obtenir des soins médicaux et d'autres services en tant qu'adhérent(e) de notre régime	29
SECTION 2	Recours aux prestataires de notre réseau du régime pour obtenir des soins médicaux et d'autres services	31
SECTION 3	Comment obtenir des services en cas d'urgence, de catastrophe ou de besoin urgent de soins	35
SECTION 4	Que faire si le coût total de vos services couverts vous est facturé directement ?	37
SECTION 5	Services médicaux dans le cadre d'une étude de recherche clinique	37
SECTION 6	Règles relatives aux soins dans un établissement religieux de soins de santé non médicaux	39
SECTION 7	Règles relatives à la propriété de matériel médical durable	40
CHAPITRE 4 :	Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)	42
SECTION 1	Compréhension des services couverts	42

Table des matières

SECTION 2	Le Tableau des prestations médicales présente vos prestations médicales et leurs coûts	43
SECTION 3	Services couverts en dehors de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	89
SECTION 4	Services non couverts par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) <i>NI</i> par Medicaid	89
CHAPITRE 5 :	Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D ..	92
SECTION 1	Règles de base pour la couverture des médicaments relevant de la Partie D de notre régime	92
SECTION 2	Vous faire délivrer votre ordonnance dans une pharmacie du réseau ou par le biais du service de vente par correspondance de notre régime	93
SECTION 3	Vos médicaments doivent figurer sur la Liste des médicaments de notre régime	96
SECTION 4	Médicaments soumis à des restrictions de couverture	98
SECTION 5	Que faire si l'un de vos médicaments n'est pas couvert comme vous le souhaiteriez	99
SECTION 6	Notre Liste des médicaments peut évoluer au cours de l'année	101
SECTION 7	Types de médicaments que nous ne couvrons pas	103
SECTION 8	Comment vous faire délivrer une ordonnance	104
SECTION 9	Couverture des médicaments relevant de la Partie D dans des situations particulières	105
SECTION 10	Programmes sur la sécurité et la gestion des médicaments	106
CHAPITRE 6 :	Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D	109
SECTION 1	Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D	109
SECTION 2	Paliers de paiement des médicaments pour les adhérents de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	111
SECTION 3	Votre document « Explication des prestations relevant de la Partie D » explique à quel palier de paiement vous vous trouvez	111
SECTION 4	Le palier de la franchise	113
SECTION 5	Le palier de la couverture initiale	113
SECTION 6	Le palier de couverture pour les frais majeurs	119
SECTION 7	Vos frais pour les vaccins relevant de la Partie D	120
CHAPITRE 7 :	Nous demander de payer notre part d'une facture pour des services médicaux ou des médicaments couverts	122
SECTION 1	Situations dans lesquelles vous devriez nous demander de payer notre part pour des services ou des médicaments couverts	122
SECTION 2	Comment nous demander de vous rembourser ou de payer une facture que vous avez reçue	124
SECTION 3	Nous examinerons votre demande de paiement et nous vous donnerons une réponse positive ou négative	125
CHAPITRE 8 :	Vos droits et responsabilités	126
SECTION 1	Notre régime doit honorer vos droits et vos sensibilités culturelles	126

Table des matières

SECTION 2	Vos responsabilités en tant qu'adhérent(e) de notre régime	145
CHAPITRE 9 :	Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)	147
SECTION 1	Que faire en cas de problème ou de préoccupation	147
SECTION 2	Où obtenir plus d'informations et une aide personnalisée	147
SECTION 3	Comprendre les plaintes et les recours concernant Medicare et Medicaid	148
SECTION 4	Quelle est la procédure à suivre en fonction de votre problème	148
SECTION 5	Guide sur les décisions de couverture et recours	149
SECTION 6	Soins médicaux : comment demander une décision de couverture ou faire appel	151
SECTION 7	Médicaments relevant de la Partie D : comment demander une décision de couverture ou faire appel	164
SECTION 8	Comment demander la couverture d'un séjour à l'hôpital plus long si vous estimez que la date prévue de votre sortie est prématurée	172
SECTION 9	Comment nous demander de prolonger la couverture de certains services médicaux si vous pensez que votre couverture prend fin trop tôt ?	177
SECTION 10	Porter votre recours aux Niveaux 3, 4 et 5	180
SECTION 11	Comment déposer une plainte concernant la qualité des soins, les temps d'attente, le service clientèle ou d'autres aspects ?	183
CHAPITRE 10 :	Mettre fin à l'affiliation à notre régime	187
SECTION 1	Mettre fin à votre affiliation à notre régime	187
SECTION 2	Quand pouvez-vous mettre fin à votre affiliation au régime ?	187
SECTION 3	Comment mettre fin à votre adhésion à notre régime	190
SECTION 4	Tant que votre affiliation n'a pas pris fin, vous devez continuer à vous procurer les articles et services médicaux ainsi que les médicaments par l'intermédiaire de notre régime	191
SECTION 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit mettre fin à votre adhésion à notre régime dans certaines situations	192
CHAPITRE 11 :	Mentions légales	194
SECTION 1	Avis sur le droit applicable	194
SECTION 2	Avis sur le principe de non-discrimination	194
SECTION 3	Avis sur les droits de subrogation du payeur secondaire de Medicare	194
CHAPITRE 12 :	Définitions	196

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

CHAPITRE 1 :

Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

SECTION 1 Vous êtes adhérent(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Section 1.1 Vous êtes affilié(e) à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), un régime Medicare Special Needs (Régime pour besoins spéciaux)

Vous êtes couvert(e) à la fois par Medicare et Medicaid :

- **Medicare** est le programme fédéral d'assurance maladie pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, certaines personnes de moins de 65 ans souffrant de certains handicaps, et les personnes souffrant d'insuffisance rénale au stade terminal.
- **Medicaid** est un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui aide à couvrir les frais médicaux de certaines personnes dont les revenus et les ressources sont limités. La couverture Medicaid varie en fonction de l'État et du type de régime Medicaid dont vous bénéficiez. Certaines personnes bénéficiant de Medicaid reçoivent de l'aide pour payer leurs primes Medicare et d'autres frais. D'autres personnes bénéficient également d'une couverture pour des services et des médicaments supplémentaires qui ne sont pas couverts par Medicare.

Vous avez choisi d'obtenir vos soins de santé Medicare ainsi que votre couverture des médicaments par l'intermédiaire de notre régime, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Nous couvrons tous les services relevant de la Partie A et de la Partie B. Toutefois, le partage des coûts et l'accès aux prestataires de notre régime diffèrent de ceux d'Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) est un régime Medicare Advantage spécialisé (un régime Medicare Special Needs), ce qui signifie que ses prestations sont conçues pour les personnes ayant des besoins spéciaux en matière de soins de santé. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) est conçu pour les personnes qui bénéficient de Medicare et ont droit à une aide de Medicaid.

Comme vous bénéficiez de l'aide de Medicaid pour le partage des coûts (franchises, quotes-parts et coassurance) de Medicare Part A et Part B, il se peut que vous ne payiez rien pour vos services Medicare. Medicaid offre également d'autres prestations en couvrant des services de soins de santé qui ne sont habituellement pas couverts par Medicare. Vous bénéficierez également de l'Extra Help de Medicare pour vous aider à payer les coûts de vos médicaments de Medicare. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) vous aidera à gérer l'ensemble de ces prestations, afin que vous obteniez les services de soins de santé et l'aide au paiement auxquels vous avez droit.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) est géré par une société privée. Comme tous les régimes Medicare Advantage, ce régime Medicare Special Needs est approuvé par Medicare. Notre régime a également conclu un contrat avec le programme New York Medicaid afin de coordonner vos prestations Medicaid. Nous sommes heureux de vous fournir votre couverture Medicare, y compris votre couverture des médicaments.

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

Section 1.2 Informations légales sur la *Preuve de couverture*

Cette *Preuve de couverture* fait partie du contrat qui nous lie à vous sur la façon dont Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) couvre vos soins. Les autres parties de ce contrat comprennent votre formulaire d'affiliation, la Liste des médicaments couverts (Liste des médicaments remboursables) et tout autre avis que vous recevez de notre part sur les modifications concernant votre couverture ou les conditions qui affectent votre couverture. Ces avis sont parfois appelés avenants ou modifications.

Le contrat est valable pour les mois durant lesquels vous êtes affilié(e) à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) entre le 1^{er} janvier, 2026 et le 31 décembre, 2026.

Medicare nous autorise à apporter des modifications aux régimes que nous proposons chaque année civile. En d'autres termes, nous pouvons modifier les coûts et les prestations de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) après le 31 décembre, 2026. Nous pouvons également décider de cesser de proposer notre régime dans votre zone de service après le 31 décembre, 2026.

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services [Centres de services Medicare et Medicaid, CMS]) doit approuver chaque année Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Chaque année, vous pouvez continuer à bénéficier de la couverture Medicare en tant qu'adhérent(e) de notre régime tant que nous continuons à proposer ce régime et que Medicare renouvelle son approbation de notre régime.

SECTION 2 Conditions d'éligibilité au régime

Section 2.1 Conditions d'éligibilité

Vous êtes éligible à notre régime si vous remplissez l'ensemble des conditions suivantes :

- Vous bénéficiez à la fois de Medicare Part A et de Medicare Part B.
- Vous résidez dans notre zone géographique de service (décrite à la Section 2.3 ci-dessous). Les personnes incarcérées ne sont pas considérées comme vivant dans la zone géographique de service, même si elles s'y trouvent physiquement.
- Vous êtes citoyen(ne) américain(e) ou en situation régulière aux États-Unis.
- Vous remplissez les conditions spéciales d'éligibilité décrites ci-dessous.

Conditions spéciales d'éligibilité à notre régime

Notre régime est conçu pour répondre aux besoins des personnes bénéficiant de certaines prestations Medicaid. (Medicaid est un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui aide à couvrir les frais médicaux de certaines personnes dont les revenus et les ressources sont limités.) Pour pouvoir bénéficier de notre régime, vous devez être éligible à la fois à Medicare et à la totalité des prestations de Medicaid.

Remarque : Si vous perdez votre éligibilité, mais que l'on peut raisonnablement s'attendre à ce que vous la retrouviez dans un délai de 6 mois, votre adhésion est alors maintenue. La Section 2.1 du Chapitre 4 vous renseigne sur la couverture et le partage des coûts au cours d'une période de présomption d'éligibilité continue.

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

Section 2.2 Medicaid

Medicaid est un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui prend en charge les frais médicaux et les frais de soins de longue durée de certaines personnes ayant des revenus et des ressources limités. Chaque État détermine ce qui est considéré comme des revenus et des ressources, les personnes éligibles, les services couverts et le coût de ces services. Les États peuvent également décider de la manière dont ils gèrent leur programme, à condition de respecter les directives fédérales.

Medicaid propose en outre des programmes pour aider les personnes à payer leurs frais liés à Medicare, tels que leurs primes Medicare. Ces « Medicare Savings Programs » aident les personnes ayant des revenus et des ressources limités à économiser de l'argent chaque année :

- **Double admissibilité aux prestations complètes (« FBDE »)** : personne ayant droit à Medicare, qui ne répond pas aux critères de revenus ou de ressources pour QMB+ ou SLMB+, mais qui est éligible à une couverture Medicaid totale formellement ou via des groupes de couverture optionnels en fonction du statut de la personne médicalement démunie, des niveaux de revenu spécifiques pour les personnes placées en institutions ou des exonérations basées sur le domicile et la communauté.
- **Bénéficiaire admissible à Medicare (« QMB+ »)** : aide au paiement des primes de Medicare Part A et Part B et d'autres partages des coûts (comme les franchises, les coassurances et les quotes-parts). Ces personnes sont également admissibles aux prestations complètes de Medicaid.

Section 2.3 Zone de service du régime Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Senior Whole Health of New York NHC n'est disponible que pour les personnes qui résident dans la zone de service de notre régime. Pour rester adhérent(e) de notre régime, vous devez continuer à résider dans la zone de service de notre régime.

Notre zone de service comprend les comtés suivants de New York : Bronx ; Kings ; Nassau ; New York ; Orange ; Queens ; Richmond ; Rockland ; Westchester.

Si vous envisagez de déménager dans un autre État, vous devez également contacter le bureau Medicaid de votre État et demander en quoi ce déménagement va affecter vos prestations Medicaid. Vous trouverez les numéros de téléphone de Medicaid au Chapitre 2, Section 6 du présent document.

Si vous déménagez en dehors de la zone de service de notre régime, vous ne pouvez pas rester affilié(e) à ce régime. Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour savoir si nous disposons d'un régime dans votre nouvelle zone. Lors de votre déménagement, vous aurez une période d'adhésion spéciale pour passer à Original Medicare ou vous affilier à un régime de soins de santé et de médicaments Medicare dans votre nouvelle région.

Si vous déménagez ou changez d'adresse postale, il est également important d'appeler la Sécurité sociale. Appelez la Sécurité sociale au 1-800-772-1213 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-800-325-0778).

Section 2.4 Citoyen(ne) américain(ne) ou personne en situation régulière

Vous devez être citoyen(ne) américain(ne) ou en situation régulière aux États-Unis pour adhérer à un régime de soins de santé de Medicare. Medicare (les Centers for Medicare & Medicaid Services) informera Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) si vous n'êtes pas autorisé(e) à rester adhérent(e) de notre régime sur

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

cette base. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit vous désaffilier si vous ne respectez pas cette condition.

SECTION 3 Documents importants pour l'adhésion

Section 3.1 La carte d'adhérent à notre régime

Utilisez votre carte d'adhérent chaque fois que vous bénéficiez de services couverts par notre régime, ainsi que pour les médicaments sur ordonnance que vous obtenez dans les pharmacies du réseau. Assurez-vous de toujours présenter votre carte d'adhérent Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ainsi que votre carte Medicaid lorsque vous vous rendez à un rendez-vous médical. Vous devez également présenter au prestataire votre carte Medicaid. Voici un exemple de carte d'adhérent :



N'utilisez PAS votre carte Medicare rouge, blanche et bleue pour les services médicaux couverts lorsque vous êtes adhérent(e) de ce régime. Si vous utilisez votre carte Medicare à la place de votre carte d'adhérent Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous devez peut-être payer la totalité du coût des services médicaux. Conservez votre carte Medicare en lieu sûr. Il vous sera peut-être demandé de la présenter si vous devez bénéficier de services hospitaliers ou de soins palliatifs, ou si vous participez à des études cliniques approuvées par Medicare (également appelées « essais cliniques »).

Si votre carte d'adhérent au régime est endommagée, perdue ou volée, appelez immédiatement les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) et nous vous enverrons une nouvelle carte.

Section 3.2 Répertoire des prestataires/pharmacies

Le *Répertoire des prestataires/pharmacies* SWHNY.com répertorie les prestataires et les fournisseurs de matériel médical durable de notre réseau actuel.

Les **prestataires du réseau** sont les médecins et autres professionnels de santé, les groupes médicaux, les prestataires de matériel médical durable, les hôpitaux et autres établissements de santé avec lesquels nous avons conclu un accord stipulant qu'ils acceptent notre paiement et tout partage des coûts du régime en tant que paiement intégral.

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

Vous devez passer par les prestataires du réseau pour obtenir vos soins et services médicaux. Si vous vous rendez ailleurs sans autorisation, vous devrez payer l'intégralité des frais. Les seules exceptions sont les urgences, les services d'urgence lorsque le réseau n'est pas disponible (c'est-à-dire les situations où il n'est pas raisonnable ou possible d'obtenir des services dans le réseau), les services de dialyse hors zone et les cas où Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) autorise le recours à des prestataires hors réseau.

Le *Répertoire des pharmacies* SWHNY.com répertorie les pharmacies de notre réseau.

Les **pharmacies du réseau** sont des pharmacies qui acceptent de délivrer les ordonnances couvertes pour les adhérents de notre régime. Consultez le *Répertoire des pharmacies* pour trouver la pharmacie du réseau à laquelle vous souhaitez faire appel. Consultez la Section 2.5 du Chapitre 5 pour savoir dans quelles circonstances vous pouvez faire appel à des pharmacies qui ne font pas partie de notre réseau. La liste la plus récente des prestataires, des pharmacies et des fournisseurs est disponible sur notre site Web à l'adresse SWHNY.com.

Si vous ne disposez pas du *Répertoire des prestataires/pharmacies*, vous pouvez en demander un exemplaire (sous forme électronique ou papier) aux Services aux adhérents en appelant le (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Les répertoires des prestataires en version papier que vous avez demandés vous seront envoyés par courrier dans un délai de 3 jours ouvrables.

Le *Répertoire des pharmacies* SWHNY.com répertorie les pharmacies de notre réseau. Les **pharmacies du réseau** sont des pharmacies qui acceptent de délivrer les ordonnances couvertes pour les adhérents de notre régime. Consultez le *Répertoire des pharmacies* pour trouver la pharmacie du réseau à laquelle vous souhaitez faire appel. Consultez la Section 2.5 du Chapitre 5 pour savoir dans quelles circonstances vous pouvez faire appel à des pharmacies qui ne font pas partie de notre réseau.

Section 3.3 Liste des médicaments (*Liste des médicaments remboursables*)

Notre régime dispose d'une *Liste des médicaments couverts* (également appelée « Liste des médicaments » ou Liste des médicaments remboursables). Elle indique les médicaments sur ordonnance qui sont couverts dans le cadre de la prestation de la Partie D incluse dans Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Les médicaments figurant sur cette liste sont sélectionnés par notre régime avec l'aide de médecins et de pharmaciens. La Liste des médicaments doit répondre aux exigences de Medicare. Les médicaments dont les prix ont été négociés dans le cadre du Programme de négociation des prix des médicaments de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) seront inclus dans votre Liste des médicaments, à moins qu'ils n'aient été retirés et remplacés comme décrit au Chapitre 5, Section 6. Medicare a approuvé la Liste des médicaments de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

La Liste des médicaments indique également si des règles restreignent la couverture d'un médicament.

Nous vous fournirons une copie de la Liste des médicaments. Pour obtenir une liste complète et actuelle des médicaments couverts, consultez le site Web du régime (SWHNY.com) ou appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (TTY : 711).

SECTION 4 Résumé des principaux coûts

	Vos coûts pour 2026
Prime mensuelle du régime*	\$0

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

	Vos coûts pour 2026
* Votre prime peut être supérieure à ce montant. Consultez la Section 4.1 pour plus de détails.	
Montant maximal de contribution Il s'agit du montant <u>maximal</u> que vous devrez payer vous-même pour les services couverts de la Partie A et de la Partie B. (Pour plus de détails, consultez la Section 1 du Chapitre 4.)	\$9 250 Vous n'aurez aucuns frais à votre charge à concurrence du montant maximal de contribution pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B.
Consultations de soins primaires au cabinet	\$0 par consultation Si vous êtes éligible à l'aide au partage des coûts de Medicare dans le cadre de Medicaid, vous payez \$0 par consultation.
Consultations au cabinet d'un spécialiste	\$0 par consultation Si vous êtes éligible à l'aide au partage des coûts de Medicare dans le cadre de Medicaid, vous payez \$0 par consultation.
Hospitalisation	\$0 Si vous êtes éligible à l'aide au partage des coûts de Medicare dans le cadre de Medicaid, vous ne payez rien.
Franchise pour la couverture des médicaments relevant de la Partie D (Pour plus de détails, consultez la Section 4 du Chapitre 6.)	La franchise est de \$615. Si vous bénéficiez de l'Extra Help, cette franchise ne s'applique pas à vous. Le Chapitre 6 fournit de plus amples informations sur la couverture et les limitations.
Couverture pour les médicaments relevant de la Partie D (Consultez le Chapitre 6 pour plus de détails, y compris sur la franchise annuelle, la couverture initiale et les paliers de couverture pour les frais majeurs.)	Quote-part pour le palier de la couverture initiale : Médicaments de Niveau 1 : \$0 Médicaments de Niveau 2 : \$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance. Médicaments de Niveau 3 : \$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance.

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)**Vos coûts pour 2026**

Médicaments de Niveau 4 : \$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance.

Médicaments de Niveau 5 : \$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance.

Médicaments de Niveau 6 : \$0

Palier de couverture pour les frais majeurs :

Pour ce palier de paiement, vous ne payez rien pour les médicaments relevant de la Partie D couverts.

Vos coûts peuvent inclure les éléments suivants :

- Prime du régime (Section 4.1)
- Prime mensuelle de Medicare Part B (Section 4.2)
- Pénalité pour adhésion tardive à la Partie D (Section 4.3)
- Montant d'ajustement mensuel lié au revenu (Section 4.4)
- Montant du régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) (Section 4.5)

Section 4.1 Prime du régime

En tant qu'adhérent(e) de notre régime, vous payez une prime mensuelle pour celui-ci. Pour 2026, la prime mensuelle du régime *Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP)* est de \$17.30.

Si vous bénéficiez déjà de l'aide de l'un de ces programmes, **les informations sur les primes contenues dans cette Preuve de couverture pourraient ne pas vous concerner**. Nous vous avons envoyé un document séparé, intitulé « *Avenant à la Preuve de couverture pour les personnes bénéficiant de l'Extra Help pour les médicaments sur ordonnance* » (aussi appelée « *Avenant à la Subvention pour les personnes à faibles revenus* » ou « *Avenant LIS* »), qui détaille votre couverture des médicaments. Si vous ne trouvez pas ce document, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) et demandez l'« *Avenant LIS* ».

Dans certains cas, la prime de notre régime pourrait être réduite.

Le programme Extra Help aide les personnes à ressources limitées à payer leurs médicaments. Pour en savoir plus sur ces programmes, consultez la Section 7 du Chapitre 2. Si vous y êtes éligible, votre prime mensuelle pourrait être réduite en vous inscrivant à l'un de ces programmes.

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

Les primes de Medicare Part B et Part D varient selon les niveaux de revenu. Pour toute question concernant ces primes, consultez la section « *Coûts de Medicare pour 2026* » de votre exemplaire du guide *Medicare & You 2026*. Téléchargez une copie de ce guide depuis le site Web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) ou commandez une version imprimée en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.

Section 4.2 Prime mensuelle de Medicare Part B

De nombreux adhérents sont tenus de payer d'autres primes Medicare.

En plus de la prime mensuelle du régime, certains adhérents doivent également payer d'autres primes Medicare. Comme expliqué dans la Section 2 ci-dessus, pour pouvoir être éligible à notre régime, vous devez conserver votre éligibilité à Medicaid et également être couvert(e) par Medicare Part A et Medicare Part B. Pour la plupart des adhérents de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Medicaid paie la prime de la Partie A (si vous n'en bénéficiez pas automatiquement) et la prime de la Partie B.

Si Medicaid ne paye pas vos primes Medicare pour vous, vous devez continuer à payer vos primes Medicare pour maintenir votre adhésion à notre régime. Cela inclut votre prime de la Partie B. Cela peut également inclure une prime pour la Partie A si vous n'êtes pas éligible à la Partie A sans prime.

Section 4.3 Pénalité pour adhésion tardive à la Partie D

En raison de votre double éligibilité, la pénalité pour adhésion tardive (« LEP ») ne s'applique pas tant que vous conservez cette double éligibilité, mais si vous la perdez, vous risquez d'encourir une LEP. La pénalité pour adhésion tardive à la Partie D est une prime supplémentaire qui doit être payée pour la couverture de la Partie D si, à un quelconque moment après la fin de votre période d'adhésion initiale, il y a eu une période de 63 jours ou plus d'affilée pendant laquelle vous n'avez pas bénéficié de la Partie D ou d'une autre couverture des médicaments donnant droit à une indemnisation. Une couverture des médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation est une couverture qui répond aux normes minimales de Medicare puisqu'elle est censée prendre en charge, en moyenne, au moins autant que la couverture standard des médicaments de Medicare. Le montant de la pénalité pour adhésion tardive dépend de la durée pendant laquelle vous n'avez pas bénéficié de la couverture de la Partie D ou d'une autre couverture des médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation. Vous devrez payer cette pénalité tant que vous bénéficierez de la couverture de la Partie D.

Vous **n'êtes pas** tenu(e) de payer la pénalité pour adhésion tardive à la Partie D dans les cas suivants :

- Vous bénéficiez de l'Extra Help de Medicare pour vous aider à payer vos médicaments.
- Vous avez passé moins de 63 jours d'affilée sans couverture donnant droit à une indemnisation.
- Vous bénéficiez d'une couverture des médicaments donnant droit à une indemnisation par l'intermédiaire d'une autre source (telle qu'un ancien employeur, un syndicat, TRICARE ou la Veterans Health Administration [« VA »]). Votre assureur ou votre service des ressources humaines vous indiquera chaque année si votre couverture des médicaments donne droit à une indemnisation. Cette information peut vous être communiquée par le biais d'un courrier ou d'un bulletin d'information de ce régime. Conservez ces informations, car vous pourriez en avoir besoin si vous adhérez ultérieurement à un régime de médicaments Medicare.

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

- **Remarque :** Toute lettre ou tout avis doit indiquer que vous bénéficiez d'une couverture des médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation qui est censée prendre en charge autant que le régime standard de prise en charge des médicaments de Medicare.
- **Remarque :** Les cartes de réduction pour les médicaments sur ordonnance, les cliniques gratuites et les sites Web de vente de médicaments à prix réduit ne constituent pas une couverture des médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation.

Medicare détermine le montant de la pénalité pour adhésion tardive à la Partie D. La procédure est la suivante :

- Tout d'abord, comptez le nombre de mois entiers pendant lesquels vous avez retardé votre affiliation à un régime de médicaments Medicare, alors que vous étiez éligible. Ou comptez le nombre de mois entiers pendant lesquels vous n'avez pas bénéficié d'une couverture de médicaments donnant droit à une indemnisation, si l'interruption de la couverture était de 63 jours ou plus. La pénalité est de 1% pour chaque mois au cours duquel vous n'avez pas bénéficié d'une couverture donnant droit à une indemnisation. Par exemple, si vous êtes resté(e) 14 mois sans couverture, le pourcentage de pénalité sera de 14%.
- Medicare détermine ensuite le montant de la prime mensuelle moyenne pour les régimes de médicaments Medicare dans le pays pour l'année précédente (prime nationale de référence des bénéficiaires). Pour 2025, le montant de cette prime moyenne était de \$36.78. Ce montant peut changer pour 2026.
- Pour calculer votre pénalité mensuelle, multipliez le pourcentage de pénalité par la prime mensuelle moyenne, puis arrondissez le résultat aux 10 cents les plus proches. Dans l'exemple, il s'agit de 14% multipliés par \$36.78, soit \$5.15. Ce montant est arrondi à \$5.20. Ce montant serait ajouté **à la prime mensuelle dans le cas d'une personne soumise à une pénalité pour adhésion tardive à la Partie D.**

Trois choses importantes à connaître à propos de la pénalité mensuelle pour adhésion tardive à la Partie D :

- **La pénalité peut changer chaque année**, car la prime nationale de référence des bénéficiaires peut évoluer chaque année.
- **Vous continuerez à payer une pénalité** chaque mois aussi longtemps que vous serez affilié(e) à un régime offrant des prestations pharmaceutiques au titre de Medicare Part D, même si vous changez de régime.
- Si vous avez moins de 65 ans et que vous êtes affilié(e) à Medicare, la pénalité pour adhésion tardive à la Partie D sera redéfinie lorsque vous atteindrez l'âge de 65 ans. Une fois l'âge de 65 ans atteint, la pénalité pour adhésion tardive à la Partie D ne sera calculée que sur les mois pendant lesquels vous n'avez pas été couvert(e) après votre période d'adhésion initiale à Medicare.

Si vous contestez la pénalité pour adhésion tardive à la Partie D, vous ou votre représentant pouvez demander un réexamen. En règle générale, vous devez demander ce réexamen **dans les 60 jours** à compter de la date de réception de la première lettre stipulant la pénalité pour adhésion tardive. Toutefois, si vous payez une pénalité avant d'adhérer à notre régime, il se peut que vous ne puissiez pas demander un réexamen de cette pénalité pour adhésion tardive.

Section 4.4 Montant d'ajustement mensuel lié au revenu

Si vous perdez votre éligibilité à ce régime en raison de changements de revenu, certains adhérents peuvent être tenus de payer un supplément dans le cadre de leur régime Medicare, appelé « montant d'ajustement mensuel lié au revenu de la Partie D » (« IRMAA »). Ce supplément est calculé sur la base de votre revenu brut ajusté modifié, tel qu'il figure sur votre déclaration de revenus de l'IRS d'il y a 2 ans. Si ce montant est supérieur

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

à un certain seuil, vous paierez le montant de la prime standard et l'IRMAA supplémentaire. Pour plus d'informations sur le supplément que vous pourriez être tenu(e) de payer en fonction de votre revenu, consultez www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si vous devez payer un IRMAA supplémentaire, vous recevrez une lettre de la Sécurité sociale, et non de votre régime Medicare, vous indiquant le montant de ce supplément. Le supplément sera retenu sur votre chèque de prestations de la Sécurité sociale, du Railroad Retirement Board ou de l'Office of Personnel Management, quelle que soit la manière dont vous payez habituellement la prime de notre régime, sauf si votre prestation mensuelle n'est pas suffisante pour couvrir le montant supplémentaire dû. Si votre prestation n'est pas suffisante pour couvrir le supplément, vous recevrez une facture de Medicare. **Vous devez payer l'IRMAA supplémentaire à l'État. Vous ne pouvez pas le payer avec la prime mensuelle de votre régime. Si vous ne payez pas l'IRMAA supplémentaire, vous serez désaffilié(e) de notre régime et perdrez la couverture des médicaments sur ordonnance.**

Si vous contestez le paiement d'un IRMAA supplémentaire, vous pouvez demander à la Sécurité sociale de réexaminer la décision. Pour connaître la marche à suivre, appelez la Sécurité sociale au 1-800-772-1213 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-800-325-0778).

Section 4.5 Montant du régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)

Si vous participez au régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan), vous paierez chaque mois la prime de notre régime (le cas échéant) et vous recevrez une facture de votre régime de soins de santé ou de votre régime de médicaments pour vos médicaments sur ordonnance (au lieu de payer à la pharmacie). Votre facture mensuelle est calculée en fonction du montant dû pour vos ordonnances, auquel s'ajoute votre solde du mois précédent, le tout divisé par le nombre de mois restants dans l'année. La Section 7 du Chapitre 2 fournit plus de détails sur le régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan). Si vous n'êtes pas d'accord avec le montant facturé dans le cadre de cette option de paiement, vous pouvez suivre les étapes décrites au Chapitre 9 pour déposer une plainte ou introduire un recours.

SECTION 5 Plus d'informations sur la prime mensuelle de votre régime

Section 5.1 La prime mensuelle de notre régime ne sera pas modifiée au cours de l'année

Nous ne sommes pas autorisés à modifier le montant de la prime mensuelle de notre régime au cours de l'année. Si la prime mensuelle du régime change l'année à venir, nous vous en informerons en septembre et la nouvelle prime entrera en vigueur le 1^{er} janvier.

Si vous devenez éligible à l'Extra Help ou si vous perdez votre éligibilité à l'Extra Help au cours de l'année, la part de la prime de notre régime dont vous devez vous acquitter peut changer. Si vous êtes éligible à l'Extra Help pour les coûts liés à votre couverture des médicaments, celle-ci prend en charge une part de la prime mensuelle de votre régime. Si vous perdez votre éligibilité à l'Extra Help au cours de l'année, vous devrez

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

commencer à payer la totalité de la prime mensuelle du régime. Pour obtenir de plus amples informations sur l'Extra Help, consultez la Section 7 du Chapitre 2.

SECTION 6 Maintien à jour de votre dossier d'affiliation au régime

Votre dossier d'adhésion contient des informations provenant de votre formulaire d'adhésion, y compris votre adresse et votre numéro de téléphone. Il indique la couverture spécifique de votre régime, y compris votre prestataire de soins primaires.

Les médecins, hôpitaux, pharmaciens et autres prestataires du réseau de notre régime **consultent votre dossier d'adhésion pour savoir quels services et médicaments sont couverts et quels sont vos montants de partage des coûts**. C'est pourquoi il est très important que vous nous aidiez à tenir vos informations à jour.

Si vous effectuez l'un des changements suivants, veuillez nous en informer :

- Changements de nom, d'adresse ou de numéro de téléphone
- Changements dans toute autre couverture santé dont vous bénéficiez (par exemple, de la part de votre employeur, de l'employeur de votre conjoint[e] ou partenaire domestique, de l'indemnisation des accidents du travail ou de Medicaid)
- Toute demande d'indemnisation au titre de la responsabilité civile, par exemple à la suite d'un accident de voiture
- Admission dans un établissement de soins pour personnes âgées
- Soins dans un hôpital ou un service d'urgence hors zone ou hors réseau
- Changement de la personne responsable désignée (par exemple, un aidant)
- Participation à une étude de recherche clinique (**Remarque** : Vous n'êtes pas tenu(e) d'informer notre régime des études de recherche clinique auxquelles vous avez l'intention de participer, mais nous vous encourageons à le faire.)

Si l'une de ces informations change, veuillez nous en informer en appelant les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Les adhérents peuvent créer un compte My Senior Whole Health en ligne pour changer de médecin, mettre à jour leurs informations de contact, demander une nouvelle carte d'adhérent, recevoir des rappels sur les services dont ils ont besoin ou consulter l'historique de leurs prestations. Rendez-vous sur <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> pour créer votre compte My Senior Whole Health ou y accéder.

Il est également important que vous contactiez la Sécurité sociale si vous déménagez ou changez d'adresse postale. Appelez la Sécurité sociale au 1-800-772-1213 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-800-325-0778).

SECTION 7 Fonctionnement d'autres assurances avec notre régime

Autre assurance

Medicare exige que nous recueillions des informations sur toute autre couverture médicale ou des médicaments dont vous bénéficiez afin que nous puissions coordonner toute autre couverture avec les prestations de notre régime. Il s'agit de la **coordination des prestations**.

Chapitre 1 : Premiers pas en tant qu'adhérent(e)

Une fois par an, nous vous enverrons une lettre énumérant toutes les autres couvertures médicales ou des médicaments dont nous avons connaissance. Lisez attentivement ces informations. Si elles sont correctes, vous n'avez rien à faire. Si les informations sont incorrectes ou si vous bénéficiez d'une autre couverture qui n'est pas mentionnée, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Il se peut que vous deviez communiquer votre identifiant d'adhérent à notre régime à vos autres assureurs (après avoir confirmé leur identité) afin que vos factures soient payées correctement et dans les délais prévus.

Lorsque vous disposez d'une autre assurance (comme une assurance maladie collective d'employeur), les règles fixées par Medicare déterminent si c'est notre régime ou votre autre assurance qui paie en premier. L'assurance qui intervient en premier (le « payeur principal ») prend en charge les frais jusqu'à concurrence de sa couverture. Celle qui intervient en deuxième (le « payeur secondaire »), ne paie que s'il reste des frais non couverts par la couverture principale. Il se peut que le payeur secondaire ne paye pas tous les frais non couverts. Si vous avez une autre assurance, informez-en votre médecin, l'hôpital et la pharmacie.

Ces règles s'appliquent au régime de soins de santé collectif de l'employeur ou du syndicat :

- Si vous êtes retraité(e), Medicare paie en premier.
- Si votre régime de soins de santé collectif est basé sur votre emploi actuel ou celui d'un membre de votre famille, le premier payeur dépend de votre âge, du nombre de personnes employées par votre employeur et du fait que vous bénéficiez ou non d'une couverture Medicare en raison de votre âge, d'une invalidité ou d'une insuffisance rénale au stade terminal (« ESRD ») :
 - Si vous avez moins de 65 ans, que vous êtes invalide et que vous (ou un membre de votre famille) travaillez encore, c'est votre régime de soins de santé collectif qui intervient en premier lieu si l'employeur compte 100 employés ou plus ou si au moins un employeur dans un régime à employeurs multiples compte plus de 100 employés.
 - Si vous avez plus de 65 ans et que vous (ou votre conjoint[e] ou partenaire domestique) travaille[z] encore, c'est votre régime de soins de santé collectif qui intervient en premier lieu si l'employeur compte 20 employés ou plus ou si au moins un employeur dans un régime à employeurs multiples compte plus de 20 employés.
- Si vous bénéficiez de Medicare en raison d'une ESRD, votre régime de soins de santé collectif interviendra en tant que premier payeur pendant les 30 premiers mois suivant votre éligibilité à Medicare.

Ces types de couverture paient généralement en premier pour les services liés à chaque type :

- Assurance sans égard à la responsabilité (y compris l'assurance automobile)
- Responsabilité civile (y compris l'assurance automobile)
- Indemnités dans le cadre du « Black Lung Benefits Act »
- Indemnités des accidentés du travail

Medicaid et TRICARE ne paient jamais en premier pour les services couverts par Medicare. Ils ne paient qu'après le paiement de Medicare et/ou des régimes de soins de santé collectifs de l'employeur.

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone

CHAPITRE 2 :

Ressources et numéros de téléphone

SECTION 1 Informations de contact de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Pour obtenir de l'aide pour vos demandes de remboursement et la facturation ou pour toute question concernant la carte d'adhérent, appelez les Services aux adhérents de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ou envoyez-leur un courrier. Nous nous ferons un plaisir de vous aider.

Services aux adhérents – Informations de contact

Par téléphone	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits. Les heures d'ouverture sont de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 du 1 ^{er} octobre au 31 mars, et du 1 ^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les Services aux adhérents joignables au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) disposent également de services d'interprétation gratuits pour les personnes ne parlant pas anglais.
TTY	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits. Les heures d'ouverture sont de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 du 1 ^{er} octobre au 31 mars, et du 1 ^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale).
Fax	(310) 507-6186
Par écrit	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Site Web	SWHNY.com

Comment demander une décision de couverture ou un recours concernant vos soins médicaux

Une décision de couverture est une décision que nous prenons concernant vos prestations et votre couverture ou le montant que nous paierons pour vos services médicaux ou vos médicaments relevant de la Partie D. Un recours est un moyen formel de nous demander de revoir et de modifier une décision de couverture. Pour plus d'informations sur la marche à suivre pour demander des décisions de couverture ou des recours concernant vos soins médicaux ou les médicaments relevant de la Partie D, consultez le Chapitre 9.

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone**Décisions de couverture et recours concernant des soins médicaux ou les médicaments relevant de la Partie D – Informations de contact**

Par téléphone	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits et accessibles 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 5 p.m. (heure locale)
TTY	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits et accessibles 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 5 p.m. (heure locale)
Fax	Imagerie avancée : (877) 731-7218 ; Greffes (877) 813-1206 ; Soins médicaux/de santé comportementale ambulatoires (844) 251-1450 ; Hospitalisation (844) 834-2152 ; RX/Jcodes (866) 290-1309
Par écrit	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 Médicaments sur ordonnance : Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
Site Web	SWHNY.com

Comment déposer une plainte concernant vos soins médicaux

Vous pouvez déposer une plainte à notre rencontre ou à l'encontre de l'un des prestataires ou l'une des pharmacies de notre réseau, y compris une plainte concernant la qualité de vos soins. Ce type de plainte ne concerne pas les litiges relatifs à la couverture ou au paiement. Pour plus d'informations sur la marche à suivre pour déposer une plainte concernant vos soins médicaux, consultez le Chapitre 9.

Recours concernant des soins médicaux – Informations de contact

Par téléphone	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits et accessibles 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 5 p.m. (heure locale)
TTY	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits et accessibles 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 5 p.m. (heure locale)

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone**Recours concernant des soins médicaux – Informations de contact**

Fax	(562) 499-0610
Par écrit	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977, États-Unis
Site Web	SWHNY.com

Comment nous demander de prendre en charge le coût des soins médicaux ou des médicaments dont vous avez bénéficié

Si vous avez reçu une facture ou payé des services (p. ex. facture de prestataire) et que vous estimez que nous devrions prendre en charge, vous devrez peut-être nous demander de vous rembourser ou de payer la facture du prestataire. Pour en savoir plus, consultez le Chapitre 7.

Si vous nous envoyez une demande de paiement et que nous refusons une partie de votre demande, vous pouvez faire appel de notre décision. Pour en savoir plus, consultez le Chapitre 9.

Demandes de paiement – Informations de contact

Par téléphone	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits et accessibles du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale).
TTY	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits et accessibles du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale).
Fax	(866) 290-1309
Par écrit	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 Médicaments sur ordonnance : Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
Site Web	SWHNY.com

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone

SECTION 2 Obtenir de l'aide auprès de Medicare

Medicare est le programme fédéral d'assurance maladie pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, certaines personnes de moins de 65 ans souffrant de handicaps, et les personnes souffrant d'insuffisance rénale au stade terminal (c'est-à-dire une insuffisance rénale permanente nécessitant une dialyse ou une greffe de rein).

L'agence fédérale chargée de Medicare est le Centers for Medicare & Medicaid Services (« CMS »). Cette agence signe des contrats avec des organismes Medicare Advantage, dont notre régime fait partie.

Medicare – Informations de contact

Par téléphone	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p> <p>Les appels vers ce numéro sont gratuits.</p> <p>24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.</p> <p>Les appels vers ce numéro sont gratuits.</p>
Chat en direct	<p>Discutez en direct sur le site Web www.Medicare.gov/talk-to-someone.</p>
Par écrit	<p>Écrivez à Medicare à l'adresse suivante : PO Box 1270, Lawrence, KS 66044</p>
Site Web	<p>www.Medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenez des informations sur les régimes de soins de santé et de médicaments Medicare dans votre région, y compris leurs coûts et les services proposés. • Trouvez des médecins participant à Medicare ou d'autres prestataires et fournisseurs de soins de santé. • Découvrez ce qui est couvert par Medicare, y compris les services de prévention (tels que les dépistages, les injections ou les vaccins, et les visites annuelles de « bien-être »). • Obtenez des informations et des formulaires relatifs aux recours de Medicare. • Obtenez des informations sur la qualité des soins fournis par les régimes, les établissements de soins pour personnes âgées, les hôpitaux, les médecins, les agences de santé à domicile, les centres de dialyse, les centres de soins palliatifs, les centres de réadaptation pour patients hospitalisés et les hôpitaux de soins de longue durée. • Recherchez des sites Web et des numéros de téléphone utiles. <p>Vous pouvez également consulter le site Web www.Medicare.gov pour transmettre vos plaintes concernant Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) à Medicare :</p> <p>Pour déposer une plainte auprès de Medicare, rendez-vous sur le site Web www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare examine les plaintes avec sérieux et utilisera ces informations pour améliorer la qualité du programme Medicare.</p>

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone

SECTION 3 State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État, « SHIP »)

Le State Health Insurance Assistance Program (« SHIP ») est un programme gouvernemental mettant à disposition des conseillers formés dans chaque État qui offre une aide, des informations et des réponses gratuites à vos questions sur Medicare. Le SHIP de l'État de New York s'appelle le Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (« HIICAP »).

Le Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (« HIICAP ») est un programme indépendant de l'État (non rattaché à une compagnie d'assurance ou à un régime de soins de santé) qui reçoit des fonds du gouvernement fédéral pour offrir des conseils gratuits en matière d'assurance maladie aux personnes bénéficiant de Medicare.

Les conseillers du Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (« HIICAP ») peuvent vous aider à comprendre vos droits relatifs à Medicare, à déposer des plaintes concernant vos soins ou traitements médicaux et à résoudre les problèmes liés à vos factures Medicare. Les conseillers du Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (« HIICAP ») peuvent également vous aider à résoudre des questions ou des problèmes liés à Medicare, à comprendre les choix qui s'offrent à vous en matière de régime Medicare et à changer de régime.

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (« HIICAP ») (SHIP de l'État de New York) – Informations de contact

Par téléphone	(800) 701-0501
Par écrit	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
Site Web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

SECTION 4 Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité, « QIO »)

Une Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité, « QIO ») désignée propose ses services aux personnes bénéficiant de Medicare dans chaque État. Dans l'État de New York, la Organisation pour l'amélioration de la qualité (Quality Improvement Organization) s'appelle Livanta.

Livanta regroupe des médecins et d'autres professionnels de santé rémunérés par Medicare pour contrôler et contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes bénéficiant de Medicare. Livanta est un organisme indépendant. Elle n'est pas rattachée à notre régime.

Vous devez contacter Livanta dans l'une des situations suivantes :

- Vous avez une plainte à formuler sur la qualité des soins que vous avez reçus. Parmi les exemples de préoccupations liées à la qualité des soins, on peut citer l'obtention du mauvais médicament, des tests ou procédures inutiles, ou un diagnostic erroné.
- Vous pensez que la couverture pour votre séjour à l'hôpital prend fin trop tôt.

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone

- Vous pensez que la couverture pour vos soins de santé à domicile, vos soins en établissement de soins infirmiers qualifiés ou les services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet (« CORF ») prennent fin trop tôt.

Livanta (Quality Improvement Organization [Organisation pour l'amélioration de la qualité] de New York) - Informations de contact

Par téléphone	(866) 815-5440 Du lundi au vendredi de 9 a.m. à 5 p.m. (heure locale) ; le week-end et les jours fériés de 10 a.m. à 4 p.m. (heure locale).
TTY	711 : ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
Par écrit	Livanta BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Site Web	https://www.livantaqio.cms.gov/

SECTION 5 Sécurité sociale

La Sécurité sociale détermine l'éligibilité à Medicare et gère le processus d'affiliation à Medicare.

La Sécurité sociale détermine également qui est redevable d'un supplément pour la couverture des médicaments relevant de la Partie D en raison de revenus plus élevés. Si vous avez reçu une lettre de la Sécurité sociale vous informant que vous devez payer un supplément et que vous avez des questions sur ce montant ou si vos revenus ont baissé à la suite d'un changement de vie, vous pouvez appeler la Sécurité sociale pour demander un réexamen.

Si vous déménagez ou changez d'adresse postale, contactez la Sécurité sociale pour l'en informer.

Sécurité sociale – Informations de contact

Par téléphone	1-800-772-1213 Les appels vers ce numéro sont gratuits et accessibles de 8 a.m. à 7 p.m., du lundi au vendredi. Utilisez les services téléphoniques automatisés de la Sécurité sociale pour obtenir des informations enregistrées et effectuer certaines démarches 24 heures sur 24.
TTY	1-800-325-0778 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits et accessibles de 8 a.m. à 7 p.m., du lundi au vendredi.

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone**Sécurité sociale – Informations de contact**

Site Web	www.SSA.gov
-----------------	--

SECTION 6 Medicaid

Medicaid est un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui aide à couvrir les frais médicaux de certaines personnes dont les revenus et les ressources sont limités. Chaque État détermine ce qui est considéré comme des revenus et des ressources, les personnes éligibles, les services couverts et le coût de ces services. Les États peuvent également décider de la manière dont ils gèrent leur programme, pour autant qu'ils respectent les directives fédérales.

En outre, il existe des programmes proposés par Medicaid qui aident les personnes bénéficiant de Medicare à payer leurs frais Medicare, tels que leurs primes Medicare. Ces « Medicare Savings Programs » aident les personnes ayant des revenus et des ressources limités à économiser de l'argent chaque année :

- **Double admissibilité aux prestations complètes (« FBDE »)** : dans certains cas, les personnes peuvent bénéficier à la fois d'une couverture limitée du partage des coûts de Medicare et de l'intégralité des prestations de Medicaid.
- **Bénéficiaire admissible à Medicare (« QMB+ »)** : aide au paiement des cotisations de Medicare Part A et Part B et d'autres partages des coûts (comme les coassurances, les quotes-parts et les franchises). Ces personnes sont également admissibles aux prestations complètes de Medicaid.

Pour bénéficier de ce régime, vous devez être affilié(e) à la fois à Medicare et à Medicaid et remplir toutes les autres conditions d'éligibilité au moment de l'adhésion.

Si vous avez des questions sur l'aide que vous apporte Medicaid, contactez :

Programme Medicaid de l'État de New York – Informations de contact

Par téléphone	1-800-541-2831, du lundi au vendredi de 8 a.m. à 8 p.m. et le samedi de 9 a.m. à 1 p.m.
TTY	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
Par écrit	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Vous pouvez écrire à votre Département local des Services sociaux (« LDSS »). Trouvez l'adresse de votre LDSS sur : https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm
Site Web	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Les adhérents du comté de Nassau peuvent contacter le Department of Social Services (Département des services sociaux) local.

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone**Département des services sociaux du comté de Nassau**

Par téléphone	(516) 227-7474
Par écrit	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
Site Web	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Les adhérents du comté de Westchester peuvent contacter le Department of Social Services (Département des services sociaux) local.

Département des services sociaux du comté de Westchester

Par téléphone	(914) 995-3333
Par écrit	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
Site Web	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

L'*Independent Consumer Advocacy Network* (« ICAN ») aide les personnes affiliées à Medicaid à résoudre leurs problèmes de service ou de facturation. Il peut vous aider à déposer une plainte ou à introduire un recours auprès de notre régime. Cet ombudsman (médiateur) peut aider les personnes affiliées à notre Medicaid Health and Recovery Plan (« HARP ») ainsi que les affiliées à notre programme Medicaid Managed Care (« MMC ») bénéficiant de services et d'aides à long terme.

Independent Consumer Advocacy Network (« ICAN ») – Informations de contact

Par téléphone	1-844-614-8800, du lundi au vendredi, de 9 a.m. à 5 p.m.
TTY	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
Par écrit	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 E-MAIL : ican@cssny.org
Site Web	www.icannys.org

Le Community Health Advocates (« CHA ») aide les personnes affiliées à Medicaid à résoudre leurs problèmes de service ou de facturation. Il peut vous aider à déposer une plainte ou à introduire un recours auprès de notre régime.

Community Health Advocates (CHA) – Informations de contact

Par téléphone	1-844-614-8800, du lundi au vendredi, de 9 a.m. à 5 p.m.
TTY	711

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone**Community Health Advocates (CHA) – Informations de contact**

	Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
Par écrit	Community Health Advocates (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 E-MAIL : cha@cssny.org
Site Web	www.communityhealthadvocates.org

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (« CHAMP ») – Informations de contact

Par téléphone	1-888-614-5400, du lundi au mercredi, de 9 a.m. à 7 p.m. et du jeudi au vendredi, de 9 a.m. à 4 p.m.
TTY	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.
Par écrit	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 E-MAIL : ombuds@oasas.ny.gov
Site Web	www.champny.org

Le New York State Long Term Care Ombudsman Program (programme de médiation pour les soins de longue durée) aide les gens à obtenir des informations sur les établissements de soins pour personnes âgées et à résoudre les problèmes entre les maisons de retraite et les résidents ou leurs familles.

Le New York State Long Term Care Ombudsman Program (programme de médiation des soins de longue durée de l'État de New York) – Informations de contact

Par téléphone	1-855-582-6769, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 4 p.m.
Par écrit	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 E-MAIL : ombudsman@aging.ny.gov
Site Web	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone

SECTION 7 Programmes d'aide au paiement des médicaments sur ordonnance

Le site Web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) contient des informations sur les moyens de diminuer le coût de vos médicaments sur ordonnance. Les programmes ci-dessous peuvent aider les personnes ayant des revenus limités.

Extra Help de Medicare

Du fait de votre éligibilité à Medicaid, vous avez droit à l'Extra Help de Medicare et vous en bénéficiez pour payer les coûts de votre régime de prise en charge des médicaments sur ordonnance. Vous n'avez aucune autre démarche à effectuer pour bénéficier de cette Extra Help.

Si vous avez des questions concernant l'Extra Help, appelez le :

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.
- Le bureau de la Sécurité sociale au 1-800-772-1213, de 8 a.m. à 7 p.m., du lundi au vendredi. Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-800-325-0778 ; ou
- Le bureau Medicaid de votre État (reportez-vous à la Section 6 de ce chapitre pour les informations de contact).

Si vous pensez que le montant que vous réglez pour la délivrance de votre ordonnance dans une pharmacie est incorrect, notre régime prévoit une procédure pour vous aider à obtenir la preuve du montant correct de votre quote-part. Si vous avez déjà la preuve du bon montant, nous pouvons vous aider à nous la transmettre.

- Les meilleures preuves disponibles (Best Available Evidence, « BAE ») sont disponibles sur le site Web <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Les BAE sont utilisées pour déterminer l'aide pour faibles revenus (Low-Income Subsidy ou « Extra Help ») d'un(e) adhérent(e). Nos Services aux adhérents et notre service de pharmacie identifient les cas où la politique des BAE s'applique. Les adhérents peuvent envoyer les documents BAE permettant d'établir leur éligibilité à l'adresse des Services aux adhérents indiquée au Chapitre 2. En outre, vous pouvez contacter les Services aux adhérents si vous avez des questions. Les formes de preuve acceptables sont les suivantes :
 - Lettre d'approbation de la Sécurité sociale (« SSA »)
 - Avis d'approbation
 - Revenu de sécurité supplémentaire

Lorsque nous recevons la preuve indiquant le bon niveau de votre quote-part, nous mettrons à jour notre système afin que vous puissiez payer le bon montant lorsque vous vous ferez délivrer votre prochaine ordonnance. Si la quote-part que vous avez versée est trop élevée, nous vous rembourserons, soit par chèque, soit sous forme de crédit sur une prochaine quote-part. Si la pharmacie n'a pas perçu votre quote-part et que vous lui êtes redevable d'un solde, nous pouvons effectuer le paiement directement à la pharmacie. Si un État a payé en votre nom, nous pouvons effectuer le paiement directement à l'État. Si vous avez des questions, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

La plupart de nos adhérents sont éligibles à l'Extra Help de Medicare pour payer les coûts de leur régime de prise en charge des médicaments sur ordonnance. Que faire si vous bénéficiez à la fois de l'Extra Help et d'un programme d'aide pharmaceutique d'État (« SPAP ») ?

De nombreux États offrent une aide pour les prescriptions, les primes des régimes de médicaments et les autres coûts des médicaments. Si vous êtes affilié(e) à un programme d'aide pharmaceutique d'État (« SPAP »), l'Extra Help de Medicare sera mobilisée en premier.

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone**EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (Programme d'aide pharmaceutique de l'État de New York) – Informations de contact**

Par téléphone	(800) 332-3742 Du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 5 p.m. (heure locale)
Par écrit	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
Site Web	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Que faire si vous bénéficiez à la fois de l'Extra Help et d'un programme d'aide au paiement des médicaments contre le SIDA (AIDS Drug Assistance Program, « ADAP ») ?

Le programme d'aide au paiement des médicaments contre le SIDA (AIDS Drug Assistance Program, « ADAP ») aide les personnes vivant avec le VIH/SIDA à accéder à des médicaments contre le VIH qui peuvent leur sauver la vie. Les médicaments relevant de Medicare Part D qui figurent également sur la Liste des médicaments remboursables de l'ADAP sont éligibles à l'aide au partage des coûts pour les médicaments sur ordonnance par le biais des *informationsspécifiques* à l'ADAP de l'État de New York.

Remarque : Pour pouvoir bénéficier de l'ADAP dans votre État, les personnes doivent répondre à certains critères, notamment une preuve de résidence dans l'État et de VIH, un faible revenu tel que défini par l'État et le statut de non-assuré(e) ou de sous-assuré(e). Si vous changez de régime, informez-en votre agent local d'affiliation à l'ADAP afin de pouvoir continuer à bénéficier de l'aide. Pour obtenir des informations sur les critères d'éligibilité, les médicaments couverts ou sur la manière de s'affilier au programme, appelez le (800) 542-2437 ou le 1-844-682-4058.

Programmes d'aide pharmaceutique d'État

De nombreux États disposent de programmes d'aide pharmaceutique d'État qui aident les personnes à payer leurs médicaments sur ordonnance en fonction de leurs besoins financiers, de leur âge, de leur état de santé ou de leurs handicaps. Chaque État a des règles différentes pour offrir la couverture des médicaments à ses résidents.

Dans l'État de New York, le programme d'aide pharmaceutique d'État est l'*EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage)*.

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (Programme d'aide pharmaceutique de l'État de New York) – Informations de contact

Par téléphone	(800) 332-3742 Du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 5 p.m. (heure locale)
Par écrit	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
Site Web	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone

Le régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) est une option de paiement qui fonctionne avec votre couverture des médicaments actuelle pour vous aider à gérer les frais à votre charge pour les médicaments couverts par notre régime en les étalant sur **l'année civile** (de janvier à décembre). Toute personne bénéficiant d'un régime de prise en charge des médicaments Medicare ou d'un régime de soins de santé Medicare incluant une couverture des médicaments (comme un régime Medicare Advantage incluant une couverture des médicaments) peut recourir à cette option de paiement. **Cette option de paiement peut vous aider à gérer vos dépenses, mais elle ne vous permet pas d'économiser de l'argent ni de réduire le coût de vos médicaments. Si vous participez au régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) et que vous restez dans le même régime de la Partie D, votre participation sera automatiquement renouvelée pour 2026.** L'Extra Help de Medicare et l'aide de votre SPAP et ADAP, pour ceux qui y ont droit, sont plus avantageuses que la participation au régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan). Pour en savoir plus sur cette option de paiement, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ou consultez le site Web www.Medicare.gov.

Régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) - Informations de contact

Par téléphone	(833) 671-0440 Les appels vers ce numéro sont gratuits. Les heures d'ouverture sont de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 du 1 ^{er} octobre au 31 mars, et du 1 ^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les Services aux adhérents joignables au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) disposent également de services d'interprétation gratuits pour les personnes ne parlant pas anglais.
TTY	711 Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler. Les appels vers ce numéro sont gratuits. Les heures d'ouverture sont de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 du 1 ^{er} octobre au 31 mars, et du 1 ^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale).
Fax	(310) 507-6186
Par écrit	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Site Web	SWHNY.com

SECTION 8 Railroad Retirement Board (« RRB »)

Le Railroad Retirement Board (Comité de retraite des employés du chemin de fer) est une agence fédérale indépendante qui gère les programmes de prestations complets pour les employés du chemin de fer du pays

Chapitre 2 : Ressources et numéros de téléphone

et leurs familles. Si vous bénéficiez de Medicare via le Railroad Retirement Board, informez-les de tout déménagement ou changement d'adresse postale. Pour toute question concernant vos prestations du Railroad Retirement Board, contactez l'agence.

Railroad Retirement Board (« RRB ») – Informations de contact

Par téléphone	<p>1-877-772-5772</p> <p>Les appels vers ce numéro sont gratuits.</p> <p>Appuyez sur « 0 » pour parler à un représentant du RRB de 9 a.m. à 3:30 p.m., le lundi, mardi, jeudi et vendredi, et de 9 a.m. à 12 p.m. le mercredi.</p> <p>Appuyez sur « 1 » pour accéder à la ligne d'assistance téléphonique automatisée du RRB et obtenir des informations enregistrées 24 h sur 24, y compris le week-end et les jours fériés.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.</p> <p>Les appels vers ce numéro sont payants.</p>
Site Web	<p>https://RRB.gov</p>

SECTION 9 Si vous bénéficiez d'une assurance collective ou d'une autre assurance maladie proposée par un employeur

Si vous (ou votre conjoint[e] ou partenaire) bénéficie[z] de prestations par l'intermédiaire de votre employeur ou du régime collectif de santé pour retraités dont vous relevez (ou de celui de votre conjoint[e] ou partenaire) dans le cadre de ce régime, vous pouvez appeler l'administrateur des prestations de l'employeur/syndicat ou les Services aux adhérents au [insert Member Services number] (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le [insert TTY number]) en cas de questions. Vous pouvez poser des questions sur vos prestations santé, vos primes ou votre période d'adhésion (ou celles de votre conjoint[e] ou partenaire) par l'intermédiaire de votre employeur ou du régime collectif de santé pour retraités dont vous relevez. (Les numéros de téléphone des Services aux adhérents sont imprimés au dos de ce document.) Vous pouvez appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si vous avez des questions sur votre couverture Medicare dans le cadre de ce régime. Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.

Si vous disposez d'une autre couverture des médicaments sur ordonnance par l'intermédiaire de votre employeur ou groupe de retraités (ou de celui de votre conjoint[e] ou partenaire), contactez l'**administrateur des prestations de ce groupe**. L'administrateur des prestations peut vous aider à comprendre le fonctionnement de votre couverture des médicaments actuelle avec notre régime.

CHAPITRE 3 :

Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

SECTION 1 Comment obtenir des soins médicaux et d'autres services en tant qu'adhérent(e) de notre régime

Ce chapitre explique ce qu'il faut savoir sur l'utilisation de notre régime pour bénéficier de vos soins médicaux et autres services couverts. Pour plus de détails sur les soins médicaux et les autres services couverts par notre régime, consultez le *Tableau des prestations médicales* au Chapitre 4.

Section 1.1 Prestataires du réseau et services couverts

- Les **prestataires** sont des médecins et autres professionnels de santé autorisés par l'État à fournir des services et services médicaux. Le terme « prestataires » comprend également les hôpitaux et autres établissements de soins.
- Les **prestataires du réseau** sont des médecins et autres professionnels de santé, groupes médicaux, hôpitaux et autres établissements de soins qui ont un accord avec nous pour accepter notre paiement comme paiement intégral. Nous avons un accord avec ces prestataires pour qu'ils fournissent des services couverts aux adhérents de notre régime. Les prestataires de notre réseau nous facturent directement pour les soins qu'ils fournissent. Lorsque vous consultez un prestataire du réseau, vous ne payez rien pour les services couverts.
- Les **services couverts** comprennent les soins médicaux, les services de soins de santé, les fournitures, les équipements et les médicaments sur ordonnance qui sont couverts par notre régime. Les services couverts pour les soins médicaux sont répertoriés dans le *Tableau des prestations médicales* au Chapitre 4. Les services couverts pour les médicaments sur ordonnance sont traités au Chapitre 5.

Section 1.2 Règles de base pour que vos soins médicaux et autres services soient couverts par notre régime

En tant que régime de soins de santé Medicare et Medicaid, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit couvrir tous les services couverts par Original Medicare et peut proposer d'autres services en plus de ceux couverts par Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) couvre généralement vos soins médicaux aux conditions suivantes :

- **les soins que vous recevez sont inclus dans le Tableau des prestations médicales de notre régime,** au Chapitre 4.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

- **les soins que vous recevez sont considérés comme médicalement nécessaires.** Médicalement nécessaire signifie que les services, fournitures, équipements ou médicaments sont nécessaires à la prévention, au diagnostic ou au traitement de votre affection médicale et qu'ils répondent aux normes acceptées de la pratique médicale.
- **un prestataire de soins primaires (« PCP ») du réseau fournit et supervise vos soins.** En tant qu'adhérent(e) de notre régime, vous devez choisir un PCP du réseau (reportez-vous à la Section 2.1 pour plus d'informations).
 - Dans la plupart des cas, notre régime doit vous donner son approbation préalable (une orientation) avant que vous puissiez faire appel à d'autres prestataires du réseau de notre régime, tels que des spécialistes, des hôpitaux, des établissements de soins infirmiers qualifiés ou des agences de **soins** de santé à domicile. Pour plus d'informations, consultez la Section 2.3.
 - Vous n'avez pas besoin d'une orientation **de la part de** votre PCP pour les soins ou les services d'urgence. Pour en savoir plus sur les autres types de soins dont vous pouvez bénéficier sans obtenir l'approbation préalable de votre PCP, consultez la Section 2.2.
- **Vous devez recevoir vos soins auprès d'un prestataire du réseau** (voir Section 2). Dans la plupart des cas, les soins que vous recevez d'un prestataire hors réseau (un prestataire qui ne fait pas partie du réseau de notre régime) ne seront pas couverts. Cela signifie que vous devez payer intégralement le prestataire pour les services reçus. *3 exceptions s'appliquent toutefois :*
 - Notre régime couvre les soins d'urgence ou les services d'urgence que vous obtenez d'un prestataire hors réseau. Pour plus d'informations et pour savoir à quoi correspondent les urgences ou les services d'urgence, consultez la Section 3.
 - Si vous avez besoin de soins médicaux pour lesquels Medicare exige une couverture, mais qu'aucun spécialiste de notre réseau ne fournit ces soins, vous pouvez obtenir ces soins auprès d'un prestataire hors réseau et payer le même partage des coûts que celui habituellement payé au sein du réseau. Une autorisation préalable est alors requise. Veuillez contacter les Services aux adhérents pour obtenir de l'aide. Dans ce cas, nous couvrirons ces services sans frais pour vous. Pour plus d'informations sur l'obtention d'une approbation pour consulter un médecin hors réseau, consultez la Section 2.4.
 - Notre régime couvre les services de dialyse rénale que vous recevez dans un établissement de dialyse certifié par Medicare lorsque vous vous trouvez temporairement en dehors de la zone de service de notre régime ou lorsque votre prestataire pour ce service est temporairement indisponible ou inaccessible. Le partage des coûts de notre régime pour la dialyse ne peut jamais dépasser le partage des coûts d'Original Medicare. Si vous vous trouvez en dehors de la zone de service de notre régime et que vous recevez la dialyse auprès d'un prestataire hors réseau, le partage des coûts ne peut alors pas dépasser votre partage des coûts au sein du réseau. Toutefois, si votre prestataire de dialyse habituel du réseau est temporairement indisponible et que vous choisissez de recevoir des services à l'intérieur de notre zone de service auprès d'un prestataire hors réseau, le partage des coûts pour la dialyse peut être plus élevé.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

SECTION 2 Recours aux prestataires de notre réseau du régime pour obtenir des soins médicaux et d'autres services

Section 2.1 Vous devez choisir un prestataire de soins primaires (« PCP ») pour fournir et superviser vos soins**Qu'est-ce qu'un PCP et que fait-il pour vous ?**

Lorsque vous devenez adhérent(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous devez choisir un prestataire de soins primaires (« PCP »). Votre PCP est un prestataire agréé qui répond aux exigences de l'État et qui est formé pour vous fournir des soins médicaux de base.

Votre PCP s'agit d'un médecin de famille, d'un interniste, d'un gériatre, d'un médecin généraliste ou d'un infirmier praticien/d'une infirmière praticienne en gérontologie de l'État de New York. C'est votre PCP qui vous prodiguera les soins de routine ou de base. Votre PCP coordonnera également le reste des services couverts dont vous bénéficiez en tant qu'adhérent(e). Il s'agit notamment des radiographies, des examens de laboratoire, des thérapies, des soins dispensés par des spécialistes, des admissions à l'hôpital et des soins de suivi. La « coordination » de vos services implique également de faire le point avec d'autres prestataires du régime ou de les consulter au sujet de vos soins. Dans certains cas, votre PCP doit également obtenir une autorisation (approbation) préalable de notre régime. Le tableau des prestations du Chapitre 4 indique les services nécessitant une autorisation préalable de la part du régime. Votre PCP contactera Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pour obtenir l'autorisation nécessaire. Étant donné que votre PCP assurera et coordonnera vos soins médicaux, vous devez envoyer votre PCP tous vos dossiers médicaux antérieurs.

Comment choisir un PCP

Lorsque vous adhérez à notre régime, il vous est demandé de choisir un PCP. Le PCP que vous consultez actuellement fait peut-être déjà partie du réseau Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Lorsque vous demanderez à bénéficier de notre régime, nous vérifierons si votre PCP en fait partie. Si votre médecin ne fait pas partie du réseau Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous devrez en choisir un autre dans notre réseau et prendre rendez-vous avec lui dès que possible.

Vous pouvez choisir votre PCP dans le Répertoire des prestataires et des pharmacies de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) au moment de votre adhésion. Pour obtenir la liste la plus récente des prestataires, utilisez l'outil de recherche « Find a Provider » sur notre site Web. Vous pouvez également contacter les Services aux adhérents au numéro gratuit figurant au dos de ce livret. Nous passerons en revue les noms des PCP de votre région, nous vous poserons des questions sur les autres médecins que vous consultez et sur les hôpitaux que vous fréquentez. Il vous sera demandé d'inscrire le nom du PCP sur votre demande d'adhésion. Vous pouvez changer de PCP à tout moment.

Comment changer de PCP

Vous pouvez changer de PCP pour n'importe quelle raison et à n'importe quel moment. Il est également possible que votre PCP quitte le réseau de prestataires de notre régime et que vous deviez en trouver un nouveau.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) a une politique de continuité des soins (« COC ») qui vous permet de continuer à consulter des prestataires qui ne sont pas sous contrat dans les cas suivants :

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

Si vous êtes un(e) nouvel(le) adhérent(e), vous pouvez poursuivre vos traitements pour une durée maximale de 90 jours :

- si vous étiez déjà en cours de traitement avec un prestataire non contracté au moment de votre adhésion ;
- si vous utilisez actuellement du DME, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) garantira votre accès continu à ce matériel et aux réparations nécessaires auprès de prestataires qui ne sont pas sous contrat ;
- si vous êtes enceinte, vous bénéficierez de la continuité des soins jusqu'à ce que les services postnataux soient terminés, ou plus longtemps si nécessaire pour un transfert en toute sécurité vers un autre prestataire.

Si vous êtes déjà adhérent(e), vous pouvez continuer à bénéficier des services en cours pendant un an au maximum si le contrat entre Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) et votre prestataire ou établissement prend fin, à condition que :

- les services soient inclus dans vos prestations ;
- le partenariat avec le prestataire n'a pas été interrompu en raison de problèmes de qualité des soins ;
- le prestataire accepte de poursuivre les soins ;
- le prestataire accepte les tarifs réglementaires requis.

Le personnel de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) collaborera avec votre prestataire qui n'est pas sous contrat pour l'intégrer au réseau de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) en tant que prestataire sous contrat ou collaborera avec le prestataire et vous pour organiser le transfert de vos soins vers un prestataire du réseau pendant les 90 jours de continuité des soins. La continuité des soins sera assurée dans les limites de vos prestations.

Exceptions à la politique :

1. le personnel de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) peut prolonger les 90 jours si nécessaire pour répondre à des besoins spécifiques ;
2. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ne prendra pas en charge la poursuite des soins par un prestataire non participant si :
 - vous avez seulement besoin de surveillance pour une affection chronique ;
 - le contrat avec le prestataire a été interrompu en raison d'un examen professionnel pour incompetence ou conduite inappropriée, mettant potentiellement en danger votre bien-être ;

Section 2.2 Soins médicaux et autres services dont vous pouvez bénéficier sans orientation de votre PCP

Vous pouvez bénéficier des services répertoriés ci-dessous sans obtenir l'approbation préalable de votre PCP.

- Soins de santé de routine des femmes, notamment l'examen des seins, les mammographies de dépistage (radiographies des seins), les tests Pap et les examens pelviens.
- Vaccins antigrippaux, vaccins contre la COVID-19, vaccins contre l'hépatite B et vaccins contre la pneumonie.
- Services d'urgence des prestataires réseau ou des prestataires hors réseau.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

- Les services d'urgence couverts par le régime sont des services qui requièrent une attention médicale immédiate (sans constituer une urgence) si vous vous trouvez temporairement en dehors de la zone de service de notre régime ou s'il est déraisonnable, compte tenu du temps, du lieu et des circonstances, d'obtenir ce service auprès des prestataires du réseau. Parmi ces services d'urgence, on peut citer des maladies imprévues, des blessures soudaines ou des aggravations inattendues de conditions existantes. Les consultations de routine médicalement nécessaires chez un prestataire (comme les bilans de santé annuels) ne sont pas considérées comme des besoins urgents, même si vous vous trouvez en dehors de la zone de service de notre régime ou si le réseau de notre régime est temporairement indisponible.
- Services de dialyse rénale dont vous bénéficiez dans un centre de dialyse certifié par Medicare lorsque vous êtes temporairement en dehors de la zone de service de notre régime. Appelez si possible les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) avant de quitter la zone de service. Ainsi, nous pouvons nous organiser pour que vous puissiez bénéficier d'une dialyse d'entretien lorsque vous vous trouvez en dehors de la zone de service.

Section 2.3 Comment bénéficier de soins de spécialistes et autres prestataires réseau

Un spécialiste est un médecin qui fournit des services de soins de santé pour une maladie ou une partie du corps spécifique. Il existe de nombreux types de spécialistes. Par exemple :

- les oncologues s'occupent des patients atteints de cancer
- les cardiologues s'occupent des patients souffrant de problèmes cardiaques
- les orthopédistes s'occupent des patients souffrant de certaines affections touchant les os, les articulations ou les muscles

Votre PCP est chargé de coordonner les services, notamment de vous orienter vers des spécialistes et d'autres prestataires du réseau, le cas échéant. Il n'est pas nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour les consultations de spécialistes du réseau. Si vous avez besoin d'une procédure ou d'un service nécessitant une autorisation préalable, votre PCP ou votre spécialiste nous contactera pour obtenir l'autorisation préalable nécessaire. Les services nécessitant une autorisation préalable sont décrits au Chapitre 4, Section 2.1 du présent document. Les soins facultatifs dans le cadre d'une hospitalisation (non urgents), l'admission dans un établissement de soins infirmiers qualifiés et les soins de santé à domicile sont des exemples de services nécessitant une autorisation préalable de la part du régime.

Si vous avez besoin de soins en dehors des heures de bureau, veuillez appeler votre PCP. Ces informations figurent sur votre carte d'adhérent Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Si vous pensez qu'il s'agit d'une urgence, consultez immédiatement un médecin. Pour plus d'informations, reportez-vous à la Section 3 (Comment obtenir des services couverts en cas d'urgence ou de besoin urgent de soins).

Quand un spécialiste ou un autre prestataire du réseau quitte notre régime

Nous pouvons apporter des changements à la liste des hôpitaux, médecins et spécialistes (prestataires) du réseau de notre régime au cours de l'année. Si votre médecin ou spécialiste quitte notre régime, vous disposez des droits et protections suivants :

- Même si notre réseau de prestataires peut changer au cours de l'année, Medicare exige que vous ayez un accès ininterrompu à des médecins et spécialistes qualifiés.
- Nous vous informerons du départ de votre prestataire afin que vous ayez le temps d'en choisir un autre.
 - Si votre prestataire de soins primaires ou de santé comportementale quitte notre régime, nous vous en informerons si vous avez consulté ce prestataire au cours des 3 dernières années.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

- Si l'un de vos autres prestataires quitte notre régime, nous vous en informerons si vous êtes rattaché(e) à ce prestataire, si vous recevez actuellement des soins de sa part ou si vous l'avez consulté au cours des 3 derniers mois.
- Nous vous aiderons à choisir un nouveau prestataire qualifié, faisant partie du réseau, pour la poursuite de vos soins.
- Si vous suivez un traitement médical ou des thérapies auprès de votre prestataire actuel, vous avez le droit de demander à continuer de recevoir ce traitement ou ces thérapies médicalement nécessaires. Nous travaillerons avec vous afin que vous puissiez continuer à recevoir vos soins.
- Nous vous fournirons des informations sur les périodes d'adhésion disponibles et sur les options dont vous disposez pour changer de régime.
- Lorsqu'un prestataire ou une prestation du réseau est indisponible ou s'avère inapproprié(e) pour répondre à vos besoins médicaux, nous prendrons des dispositions pour toute prestation couverte médicalement nécessaire en dehors de notre réseau de prestataires en appliquant le partage des coûts du réseau. Une autorisation préalable peut être requise.
- Si vous apprenez que votre médecin ou votre spécialiste quitte notre régime, contactez-nous afin que nous puissions vous aider à choisir un nouveau prestataire pour gérer vos soins.
- Si vous estimez que nous ne vous avons pas fourni un prestataire qualifié pour remplacer votre ancien prestataire ou que vos soins ne sont pas gérés de manière appropriée, vous avez le droit de déposer une plainte relative à la qualité des soins auprès de la QIO, un grief relatif à la qualité des soins auprès de notre régime, ou les deux (voir le Chapitre 9).

Section 2.4 Comment bénéficiaire de soins de prestataires hors réseau

Si vous avez besoin de soins médicaux spécialisés pour lesquels Medicare ou Medicaid exige une couverture et qu'aucun prestataire de notre réseau ne peut fournir ces soins, vous pouvez les obtenir auprès d'un prestataire hors réseau. Cela inclut les services d'un prestataire uniquement qualifié pour fournir le service particulier dont vous avez besoin, ainsi que les services fournis dans un centre spécialisé ou un centre d'excellence (par exemple, services d'ESRD). Il n'y a pas de restrictions de prestations supplémentaires applicables en dehors de notre réseau ou de notre zone de service.

Vous ou votre PCP devez contacter notre régime pour obtenir une autorisation préalable avant de vous adresser à des prestataires hors réseau. Appelez les Services aux adhérents pour obtenir de l'aide. Si nous vous donnons une autorisation préalable pour obtenir des soins auprès d'un prestataire hors réseau, nous couvrirons ces services comme si vous les aviez obtenus auprès d'un prestataire du réseau.

Il est très important d'obtenir une autorisation préalable de notre régime avant de consulter des prestataires hors réseau. Si vous n'obtenez pas cette approbation, il se peut que notre régime ne couvre pas ces services. Si le prestataire veut que vous reveniez pour d'autres soins, vérifiez d'abord que l'approbation de notre régime couvre plus d'une consultation chez le prestataire hors réseau.

Remarque : les adhérents ont le droit de recevoir des services de la part de prestataires hors réseau en cas d'urgence ou de services d'urgence. En outre, les régimes doivent couvrir les services de dialyse pour les personnes atteintes d'ESRD qui sont sorties de la zone de service de *notre* régime et *ne sont pas* en mesure d'accéder à des prestataires de services d'ESRD conventionnés.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

SECTION 3 Comment obtenir des services en cas d'urgence, de catastrophe ou de besoin urgent de soins

Section 3.1 Recevoir des soins en cas d'urgence médicale

Une **urgence médicale** est une situation dans laquelle vous, ou tout autre profane prudent ayant une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, estimez que vous présentez des symptômes médicaux qui nécessitent des soins médicaux immédiats pour éviter de perdre la vie (et, si vous êtes enceinte, de perdre un enfant à naître), de perdre un membre ou la fonction d'un membre, ou de perdre ou d'altérer gravement une fonction corporelle. Les symptômes médicaux peuvent être une maladie, une blessure, une douleur intense ou une affection médicale qui s'aggrave rapidement.

En cas d'urgence médicale :

- **Obtenez de l'aide le plus rapidement possible.** Appelez le 911 pour obtenir de l'aide ou rendez-vous au service des urgences ou à l'hôpital le plus proche. Appelez une ambulance si vous en avez besoin. Vous n'avez pas besoin d'obtenir l'approbation ou une orientation de votre PCP au préalable. Vous n'avez pas besoin de faire appel à un médecin du réseau. Vous pouvez obtenir des soins médicaux d'urgence couverts chaque fois que vous en avez besoin, partout aux États-Unis ou dans ses territoires, et auprès de tout prestataire titulaire d'une licence d'État appropriée, même s'il ne fait pas partie de notre réseau.
- **Dès que possible, assurez-vous que notre régime a été informé de votre urgence.** Nous devons assurer le suivi de vos soins d'urgence. Vous (ou une tierce personne) êtes (est) prié(e) de nous appeler pour nous informer de vos soins d'urgence, généralement dans les 48 heures. Veuillez appeler les Services aux adhérents au *phone number, and days and hours of operation or explain where to find the number* (e.g., au dos de votre carte d'adhérent à notre régime).

Services couverts en cas d'urgence médicale

Notre régime couvre les services d'ambulance dans les cas où le fait de se rendre aux urgences d'une autre manière pourrait mettre votre santé en danger. Nous couvrons également les services médicaux pendant l'urgence.

Les médecins qui vous prodiguent les soins d'urgence décideront quand votre état est stable et quand l'urgence médicale est terminée.

Une fois l'urgence levée, vous avez droit à des soins de suivi pour vérifier que votre état reste stable. Vos médecins continueront le traitement jusqu'à ce qu'ils nous contactent et planifient des soins supplémentaires. Les soins de suivi seront pris en charge par notre régime.

Si les soins d'urgence sont dispensés par des prestataires hors réseau, nous essaierons de faire en sorte que les prestataires du réseau prennent en charge vos soins dès que votre état de santé et les circonstances le permettront.

Et s'il ne s'agissait pas d'une urgence médicale ?

Il est parfois difficile de savoir s'il s'agit d'une urgence médicale. Par exemple, vous pouvez vous y rendre pour des soins d'urgence, pensant que votre santé est gravement menacée, et le médecin peut estimer qu'il ne s'agissait finalement pas d'une urgence médicale. S'il s'avère qu'il ne s'agissait pas d'une urgence, nous prendrons en charge vos soins tant que vous pensiez raisonnablement que votre santé était gravement menacée.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

Toutefois, après avis du médecin indiquant qu'il ne s'agissait pas d'une urgence, les soins supplémentaires ne seront pris en charge *que* s'ils sont dispensés de l'une des 2 manières suivantes :

- Vous vous adressez à un prestataire du réseau pour obtenir les soins supplémentaires.
- Les soins supplémentaires que vous recevez sont considérés comme des « services d'urgence » et vous suivez les règles ci-dessous pour obtenir ces soins urgents.

Section 3.2 Recevoir des soins en cas de besoin urgent de services

Un service qui requiert une attention médicale immédiate (mais qui ne constitue pas une urgence) est considéré comme un service d'urgence si vous vous trouvez temporairement en dehors de la zone de service de notre régime ou s'il est déraisonnable, compte tenu du temps, du lieu et des circonstances, d'obtenir ce service auprès des prestataires du réseau. Parmi ces services d'urgence, on peut citer des maladies imprévues, des blessures soudaines ou des aggravations inattendues d'affections existantes. Toutefois, les consultations de routine médicalement nécessaires chez un prestataire, comme les bilans de santé annuels, ne sont pas considérées comme des besoins urgents, même si vous vous trouvez en dehors de la zone de service de notre régime ou si le réseau de notre régime est temporairement indisponible.

Lorsque les prestataires du réseau sont temporairement indisponibles ou inaccessibles, il est possible d'accéder aux soins urgents en utilisant n'importe quel centre de soins urgents disponible. Vous pouvez également appeler la ligne de conseils infirmiers au (844) 658-8544. Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711.

Notre régime couvre les soins d'urgence dans le monde entier en dehors des États-Unis dans les circonstances suivantes :

- Vous disposez d'une limite de \$10,000 par année civile pour la couverture des soins d'urgence mondiale, à utiliser pour les soins d'urgence et les soins post-stabilisation.
- Cette prestation est limitée aux services qui seraient considérés comme des soins d'urgence s'ils avaient été dispensés aux États-Unis.
- Si vous recevez des soins d'urgence en dehors des États-Unis et que vous avez besoin de soins hospitaliers après stabilisation de votre état d'urgence, vous devez vous rendre dans un hôpital du réseau pour que vos soins continuent d'être couverts OU vous devez recevoir des soins d'hospitalisation dans un hôpital hors réseau autorisé par le régime. Vos coûts correspondront à la participation aux coûts que vous payeriez dans un hôpital du réseau. Le régime maximal s'applique.
- Il se peut que vous deviez payer les services de votre poche et présenter une demande de remboursement.
- Les taxes et frais étrangers (y compris notamment les frais de conversion de devises ou de transaction) ne sont pas couverts. Le rapatriement aux États-Unis n'est pas couvert.
- Les soins de routine et les procédures pré-programmées ou facultatives ne sont pas couverts.

Si vous avez des doutes quant à la prise en charge d'un service, vous avez le droit de nous demander si nous le prendrons en charge avant qu'il ne vous soit fourni. Vous avez également le droit de le demander par écrit. Si nous refusons de prendre en charge le(s) service(s), vous avez le droit de faire appel de notre décision de ne pas prendre en charge ou de ne pas rembourser vos soins.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

Section 3.3 Recevoir des soins en cas de catastrophe

Si le gouverneur de votre État, le secrétaire du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) des États-Unis ou le Président des États-Unis déclare un état de catastrophe ou d'urgence dans votre zone géographique, vous êtes toujours affilié(e) à notre régime.

Consultez SWHNY.com pour obtenir des informations sur la façon de bénéficier de soins nécessaires en cas de catastrophe.

Si vous ne pouvez pas consulter un prestataire du réseau en cas de catastrophe, notre régime vous autorisera à obtenir des soins de la part de prestataires hors réseau en appliquant le même partage des coûts qu'au sein du réseau. Si vous ne pouvez pas vous rendre dans une pharmacie du réseau en cas de catastrophe, vous pourrez vous faire délivrer vos ordonnances dans une pharmacie hors réseau. Consultez la Section 2.5 du Chapitre 5.

SECTION 4 Que faire si le coût total de vos services couverts vous est facturé directement ?

Si vous avez réglé vos services couverts vous-même ou si vous recevez une facture pour des services médicaux couverts, vous pouvez *nous demander de prendre en charge* notre part du coût des *services couverts*. Consultez le Chapitre 7 pour obtenir des informations sur la marche à suivre.

Section 4.1 Si les services ne sont pas couverts par notre régime

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) couvre l'ensemble des services médicalement nécessaires répertoriés dans le Tableau des prestations médicales du Chapitre 4. Si vous bénéficiez de services qui ne sont pas couverts par notre régime ou si vous bénéficiez de services hors réseau sans autorisation, vous êtes tenu(e) de payer la totalité des coûts des services.

Pour les services couverts avec des prestations limitées, vous paierez également la totalité des coûts des services que vous recevrez après avoir utilisé toutes vos prestations pour ce type de service couvert. Si vous payez les coûts une fois qu'une limite de prestations a été atteinte, ces coûts ne seront pas pris en compte dans votre plafond.

SECTION 5 Services médicaux dans le cadre d'une étude de recherche clinique

Section 5.1 Qu'est-ce qu'une étude de recherche clinique

Une étude de recherche clinique (également appelée *essai clinique*) est un moyen pour les médecins et les scientifiques de tester de nouveaux types de soins médicaux, comme l'efficacité d'un nouveau médicament contre le cancer. Certaines études de recherche clinique sont approuvées par Medicare. Les études de recherche clinique approuvées par Medicare sollicitent généralement des volontaires pour participer à l'étude. Lorsque vous participez à une étude de recherche clinique, vous pouvez rester affilié(e) à notre régime et continuer à bénéficier du reste de vos soins (soins qui ne sont pas liés à l'étude) par l'intermédiaire de notre régime.

Une fois l'étude approuvée par Medicare et votre intérêt exprimé, une personne travaillant sur l'étude vous contactera pour vous donner plus d'informations et vérifier si vous remplissez les conditions fixées par les

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

scientifiques chargés de l'étude. Vous pouvez participer à l'étude si vous remplissez les conditions requises pour l'étude et si vous comprenez et acceptez pleinement ce qu'implique votre participation à l'étude.

Si vous participez à une étude approuvée par Medicare, Original Medicare prend en charge la plupart des coûts des services couverts obtenus dans le cadre de l'étude. Si vous nous informez de votre participation à un essai clinique admissible, vous n'êtes tenu(e) de payer que le partage des coûts au sein du réseau pour les services reçus dans le cadre de cet essai. Si vous avez payé davantage, par exemple si vous avez déjà payé le montant du partage des coûts d'Original Medicare, nous vous rembourserons la différence entre ce que vous avez payé et le partage des coûts du réseau. Vous devrez nous fournir des documents attestant du montant que vous avez payé.

Si vous souhaitez participer à une étude de recherche clinique approuvée par Medicare, vous n'avez pas besoin de nous en informer ou d'obtenir notre approbation ni celle de votre PCP. Les prestataires qui vous fournissent des soins dans le cadre de l'étude de recherche clinique n'ont pas besoin de faire partie du réseau de notre régime. (Cela ne s'applique pas aux prestations couvertes qui nécessitent un essai clinique ou un registre pour évaluer la prestation, y compris certaines prestations nécessitant une couverture avec preuves supplémentaires [« NCD-CED »] et des études d'exemption de dispositifs de recherche [« IDE »]. Ces prestations peuvent également être soumises à une autorisation préalable et à d'autres règles du régime.)

Bien que vous n'ayez pas besoin de l'autorisation de notre régime pour participer à une étude de recherche clinique, nous vous encourageons à nous informer en amont de votre participation à des essais cliniques admissibles à Medicare.

Si vous participez à une étude que Medicare n'a pas approuvée, vous *devrez payer tous les coûts liés à votre participation à l'étude.*

Section 5.2 Qui prend en charge les services dans le cadre d'une étude de recherche clinique

Lorsque vous participez à une étude de recherche clinique approuvée par Medicare, Original Medicare couvre les articles et services de routine que vous obtiendrez dans le cadre de l'étude, y compris :

- La chambre et la pension pour un séjour à l'hôpital que Medicare paierait même si vous ne participiez pas à une étude.
- Une opération ou une autre procédure médicale si elle fait partie de l'étude de recherche.
- Le traitement des effets indésirables et des complications des nouveaux soins.

Lorsque vous participez à une étude de recherche clinique, ni Medicare **ni notre régime ne prendront en charge les éléments suivants :**

- En général, Medicare ne paiera pas pour le nouvel article ou le nouveau service à l'étude, sauf si Medicare couvrirait l'article ou le service même en dehors de l'étude.
- Articles ou services fournis uniquement pour collecter des données et non utilisés dans le cadre de vos soins de santé directs. Par exemple, Medicare ne paierait pas les CT mensuelles effectuées dans le cadre d'une étude si votre état de santé ne nécessitait normalement qu'un seul examen de CT.
- Articles et services offerts gratuitement par les sponsors de la recherche à toutes les personnes participant à l'essai.

Obtenir plus d'informations sur la participation à une étude de recherche clinique

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

Obtenez plus d'informations sur la participation à une étude de recherche clinique dans la publication de Medicare intitulée *Medicare and Clinical Research Studies* (« Medicare et les études de recherche clinique »), disponible à l'adresse suivante : www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. Vous pouvez également appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.

SECTION 6 Règles relatives aux soins dans un établissement religieux de soins de santé non médicaux

Section 6.1 Un établissement religieux de soins de santé non médicaux

Un établissement religieux de soins de santé non médicaux est un établissement qui prodigue des soins pour une affection qui est généralement traitée dans un hôpital ou un établissement de soins infirmiers qualifiés. Si l'obtention de soins dans un hôpital ou un établissement de soins infirmiers qualifiés va à l'encontre des croyances religieuses d'un(e) adhérent(e), nous couvrirons alors les soins dans un établissement religieux de soins de santé non médicaux. Cette prestation est fournie uniquement pour les services d'hospitalisation relevant de la Partie A (services de soins de santé non médicaux).

Section 6.2 Comment recevoir des soins d'un établissement religieux de soins de santé non médicaux

Pour obtenir des soins auprès d'un établissement religieux de soins de santé non médicaux, vous devez signer un document juridique indiquant que vous vous opposez, en toute conscience, à recevoir un traitement médical **non obligatoire**.

- Les soins ou traitements médicaux **non obligatoires** sont *volontaires* et ne sont *pas exigés* par la législation fédérale, étatique ou locale.
- Les soins ou traitements médicaux **obligatoires** sont des soins ou des traitements médicaux que vous recevez et qui ne sont *pas* volontaires ou qui *sont exigés* par la législation fédérale, étatique ou locale.

Pour être couverts par notre régime, les soins que vous recevez d'un établissement religieux de soins de santé non médicaux doivent remplir les conditions suivantes :

- L'établissement qui fournit les soins doit être agréé par Medicare.
- Notre régime ne couvre que les aspects *non religieux* des soins.
- Si vous recevez des services de cet établissement dispensés dans une structure/un centre, les conditions suivantes s'appliquent :
 - Votre état de santé doit vous permettre de bénéficier de services couverts pour des soins dans le cadre d'une hospitalisation ou des soins dans un établissement de soins infirmiers qualifiés.
 - – *et* – vous devez obtenir l'approbation préalable de notre régime avant d'être admis(e) dans l'établissement, faute de quoi votre séjour ne sera pas pris en charge.
 - Les *limites de la couverture des hospitalisations par Medicare s'appliquent*.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

En outre, vous devez contacter les Services aux adhérents ou le bureau Medicaid de votre État (dont les informations de contact figurent au Chapitre 2, Section 6) pour obtenir de plus amples informations sur les services couverts par Medicaid afin de comprendre toutes les options de couverture dont vous disposez.

SECTION 7 Règles relatives à la propriété de matériel médical durable

Section 7.1 Vous ne deviendrez pas propriétaire de certains matériels médicaux durables après avoir effectué un certain nombre de paiements dans le cadre de notre régime

Le matériel médical durable (« DME ») comprend des articles tels que le matériel et les fournitures d'oxygène, les fauteuils roulants, les déambulateurs, les systèmes de matelas électriques, les béquilles, les fournitures pour diabétiques, les appareils générateurs de parole, les pompes à perfusion, les nébuliseurs et les lits d'hôpitaux prescrits par un prestataire pour une utilisation à domicile. Certains DME, tels que les prothèses, sont toujours la propriété de l'adhérent(e). Autres types de DME que vous devez louer.

Dans le cadre d'Original Medicare, les personnes qui louent certains types de DME deviennent propriétaires de l'équipement après avoir payé des copaiements pour l'article pendant 13 mois. En tant qu'adhérent(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous **n'acquerrez** généralement pas la propriété du DME loué, quel que soit le nombre de quotes-parts que vous versez pour l'article pendant votre adhésion à notre régime. La location du DME ne vous en transfère pas la propriété, même si vous avez effectué jusqu'à 12 paiements consécutifs pour le DME dans le cadre d'Original Medicare avant d'adhérer à notre régime. Dans des cas bien précis, nous vous transférons la propriété du DME. Pour plus d'informations, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Qu'advient-il des paiements effectués pour du matériel médical durable si vous passez à Original Medicare ?

Si vous n'avez pas acquis la propriété du DME lorsque vous étiez adhérent(e) de notre régime, vous devrez effectuer 13 nouveaux paiements consécutifs après votre passage à Original Medicare afin de devenir propriétaire du DME. Les paiements que vous avez effectués lorsque vous étiez affilié(e) à notre régime ne sont pas pris en compte dans ces 13 paiements.

Exemple 1 : vous avez effectué 12 paiements consécutifs ou moins pour l'article dans le cadre d'Original Medicare, puis vous avez adhéré à notre régime. Les paiements effectués dans le cadre du régime Original Medicare ne sont pas pris en compte. Vous devrez effectuer 13 paiements à notre régime avant de devenir propriétaire de l'article.

Exemple 2 : vous avez effectué 12 paiements consécutifs ou moins pour l'article dans le cadre d'Original Medicare, puis vous avez adhéré à notre régime. Vous n'avez pas acquis la propriété de l'article lorsque vous étiez adhérent(e) de notre régime. Vous retournez ensuite à Original Medicare. Vous devrez effectuer 13 nouveaux paiements consécutifs pour devenir propriétaire de l'article une fois à nouveau affilié(e) à Original Medicare. Tous les paiements que vous avez déjà effectués (que ce soit en faveur de notre régime ou d'Original Medicare) ne sont pas pris en compte.

Chapitre 3 : Recours à notre régime pour vos services médicaux et autres services couverts

Section 7.2 Règles relatives au matériel d'oxygène, aux fournitures et à l'entretien

Si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier d'une couverture pour le matériel d'oxygène de Medicare, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) couvrira ce qui suit :

- Location d'un matériel d'oxygène
- Livraison d'oxygène et contenu en oxygène
- Tubulure et accessoires pour oxygène associés pour la livraison d'oxygène et le contenu en oxygène
- Entretien et réparations du matériel d'oxygène

Si vous quittez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ou que vous ce matériel d'oxygène n'est plus nécessaire sur le plan médical, celui-ci doit être retourné.

Que se passe-t-il si vous quittez notre régime et que vous repassez à Original Medicare ?

Original Medicare requiert un prestataire d'oxygène pour vous fournir les services pendant 5 ans. Durant les 36 premiers mois, vous louez le matériel. Le prestataire fournit le matériel et assure l'entretien pendant les 24 mois restants (vous êtes toujours tenu[e] de verser une quote-part pour l'oxygène). Au bout de 5 ans, vous pouvez choisir de poursuivre avec la même entreprise ou d'en choisir une autre. À ce stade, un nouveau cycle de 5 ans démarre, même si vous continuez à bénéficier des services de la même entreprise, et vous devrez à nouveau verser des quotes-parts durant les 36 premiers mois. Si vous vous affiliez à notre régime ou si vous le quittez, un nouveau cycle de 5 ans s'ouvre.

CHAPITRE 4 :

Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

SECTION 1 Compréhension des services couverts

Le Tableau des prestations médicales répertorie vos services couverts en tant qu'adhérent(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Cette section fournit également des informations sur les services médicaux qui ne sont pas couverts et explique les limites applicables à certains services.

Section 1.1 Vous ne payez rien pour les services couverts

Étant donné que vous bénéficiez d'une aide de Medicaid, vous ne payez rien pour les services couverts tant que vous respectez les règles de notre régime pour bénéficier de vos soins. (Consultez le Chapitre 3 pour plus d'informations sur les règles de vos régimes pour bénéficier de vos soins.)

Section 1.2 Quel montant maximal paierez-vous pour les services médicaux couverts par Medicare Part A et Part B ?

Remarque : Nos adhérents bénéficiant également de l'aide de Medicaid, très peu d'entre eux atteignent ce plafond. Vous n'aurez aucuns frais à votre charge à concurrence du montant maximal de contribution pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B.

Les régimes Medicare Advantage prévoient une limitation au montant que vous devez payer de votre poche chaque année pour les services médicaux couverts relevant de Medicare Part A et Part B. Cette limitation s'appelle le « montant maximal de contribution pour les services médicaux » (« MOOP »). **Pour l'année civile 2026, le montant MOOP est de \$9,250.**

Les montants que vous payez pour les services couverts sont pris en compte dans ce montant maximum de contribution. Les montants que vous payez pour les primes du régime et les médicaments relevant de la Partie D ne sont pas pris en compte dans votre montant maximal de contribution. En outre, les montants que vous payez pour certains services ne sont pas pris en compte dans votre montant maximal de contribution. Ces services sont précédés d'un astérisque (*) dans le tableau des prestations médicales. Si vous atteignez le montant maximum de contribution de \$9,250, vous n'aurez aucuns frais à votre charge pour le reste de l'année pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B. Toutefois, vous devez continuer de payer la prime de Medicare Part B (sauf si votre prime de la Partie B est payée pour vous par Medicaid ou un autre tiers).

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

SECTION 2 Le Tableau des prestations médicales présente vos prestations médicales et leurs coûts

Le Tableau des prestations médicales sur les pages suivantes répertorie les services couverts par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (la couverture des médicaments relevant de la Partie D figure au Chapitre 5). Les services répertoriés dans le Tableau des prestations médicales sont couverts uniquement lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- Les services couverts par Medicare doivent être fournis conformément aux lignes directrices de couverture de Medicare.
- Vos services (y compris les soins médicaux, les services, les fournitures, les équipements et les médicaments relevant de la Partie B) *doivent* être médicalement nécessaires. « Médicalement nécessaire » signifie que les services, fournitures ou médicaments sont nécessaires à la prévention, au diagnostic ou au traitement de votre affection médicale et qu'ils répondent aux normes acceptées de la pratique médicale.
- Pour les nouveaux affiliés, votre régime de soins coordonnés Medicare Advantage (« MA ») doit assurer une période de transition d'au moins 90 jours. Pendant cette période, le régime MA ne peut pas exiger d'autorisation préalable pour tout traitement en cours, même si ce traitement a été commencé avec un prestataire hors réseau.
- Vous recevez un soin d'un prestataire du réseau. Dans la plupart des cas, les soins que vous recevez d'un prestataire hors réseau ne sont pas couverts sauf s'il s'agit de soins urgents ou d'urgence, ou si votre régime ou un prestataire du réseau vous a fourni une orientation. Cela signifie que vous payez intégralement le prestataire pour les services que vous recevez hors réseau.
- Un prestataire de soins primaires (« PCP ») fournit et supervise vos soins.
- Certains services répertoriés dans le Tableau des prestations médicales sont couverts *uniquement* si votre médecin ou autre prestataire du réseau obtient une approbation au préalable (parfois appelée « autorisation préalable ») de notre part. Les services couverts nécessitant une approbation préalable sont indiqués dans le tableau des prestations médicales en **gras**.
- Si votre régime de soins coordonnés approuve une demande d'autorisation préalable pour un traitement, cette approbation doit être valable aussi longtemps que nécessaire sur le plan médical, afin d'éviter toute interruption des soins, en respectant les critères de couverture, vos antécédents médicaux et les recommandations de votre médecin.

Ce qu'il faut savoir sur notre couverture :

- Vous êtes couvert(e) à la fois par Medicare et Medicaid. Medicare couvre les soins de santé et les médicaments sur ordonnance. Medicaid couvre le partage des coûts pour les services Medicare, y compris les services d'hospitalisation et les services hospitaliers en ambulatoire. Medicaid couvre également les services non couverts par Medicare, comme les services de planification familiale, les soins de longue durée, les médicaments en vente libre, les services à domicile et communautaires ou d'autres services propres à Medicaid.
- Comme tous les régimes de santé Medicare, nous couvrons tout ce qui est couvert par Original Medicare. (Pour en savoir plus sur la couverture et les coûts d'Original Medicare, consultez le guide *Medicare & You 2026*. Vous pouvez le consulter en ligne sur le site Web www.Medicare.gov ou demander un exemplaire en appelant le 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.)

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

- Pour les services de prévention couverts gratuitement par Original Medicare, nous couvrons également ces services sans frais pour vous.
- Si Medicare intègre la couverture d'un nouveau service au cours de l'année 2026, Medicare ou notre régime couvrira ce service.
- Étant donné que vous bénéficiez d'une aide de Medicaid, vous ne payez rien pour les services couverts tant que vous respectez les règles du régime pour bénéficier de vos soins. Cela signifie que pour les services couverts, vous ne paierez pas de partage des coûts (pas de quote-part ou de franchise). En tant qu'adhérent(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), nous coordonnons vos services couverts par Medicare et vos services Medicaid, car ils sont tous deux couverts par notre régime. Les informations sur les prestations ci-après comprennent les services couverts par Medicare et Medicaid.
- Si vous êtes dans la période de 6 mois (180 jours) de présomption d'éligibilité continue de notre régime, nous continuerons à fournir la totalité des prestations Medicare couvertes par le régime Medicare Advantage. Toutefois, durant cette période, nous ne continuerons *pas* à couvrir les prestations Medicaid incluses dans le cadre du régime Medicaid d'État applicable, ni ne paierons le partage des coûts ni les primes Medicare pour lesquels l'État serait autrement responsable si vous n'aviez pas perdu votre éligibilité à Medicaid. Le montant que vous payez pour les services couverts par Medicare peut augmenter au cours de cette période.

Si vous êtes éligible à l'aide au partage des coûts de Medicare via Medicaid, vous ne payez rien pour les services répertoriés dans le Tableau des prestations médicales tant que vous remplissez les conditions relatives à la couverture décrites ci-dessus.

Informations importantes sur les prestations pour les affiliés atteints de maladies chroniques

- Si l'on vous diagnostique l'une des maladies chroniques énumérées ci-dessous et que vous répondez à certains critères, vous pouvez peut-être bénéficier de prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques.
 - Troubles chroniques liés à la consommation d'alcool et d'autres substances (« SUD »)
 - Maladies auto-immunes
 - Cancer
 - Maladies cardiovasculaires
 - Insuffisance cardiaque chronique
 - Démence
 - Diabète sucré
 - Surpoids, obésité et syndrome métabolique
 - Maladie gastro-intestinale chronique
 - Insuffisance rénale chronique (« CKD »)
 - Troubles hématologiques sévères
 - VIH/SIDA
 - Maladies pulmonaires chroniques
 - Troubles de la santé mentale chroniques et invalidants
 - Troubles neurologiques
 - AVC
 - Après une transplantation d'organe
 - Immunodéficience et troubles immunosuppresseurs
 - Affections associées à des troubles cognitifs

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

- Affections entraînant des limitations fonctionnelles
- Affections chroniques entraînant une altération de la vue, de l'audition (surdité), du goût, du toucher et de l'odorat
- Affections nécessitant des services thérapeutiques continus pour permettre aux personnes de maintenir ou conserver leurs capacités fonctionnelles


Nous vous aiderons   accéder à ces prestations. Vous pouvez appeler les Services aux adhérents ou votre coordinateur de soins pour faire votre demande de prestation ou obtenir des informations supplémentaires. Remarque : En faisant cette demande de prestation, vous autorisez les représentants de Senior Whole Health of New York NHC à vous contacter par téléphone, par courrier ou par tout autre moyen de communication, comme expressément indiqué dans votre demande.

- Pour plus de détails, référez-vous à la ligne « *Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques* » dans le Tableau des prestations médicales ci-dessous.
- Pour connaître les prestations exactes auxquelles vous pouvez prétendre, contactez-nous.



Cette pomme indique les services de prévention dans le Tableau des prestations Medicare.




Tableau des prestations médicales

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Dépistage de l'anévrisme aortique abdominal</p> <p>Dépistage ponctuel par ultrasons pour les personnes à risque. Notre régime couvre uniquement ce dépistage si vous présentez certains facteurs de risque et si vous obtenez une orientation de la part d'un médecin, d'un auxiliaire médical, d'un infirmier praticien ou d'un infirmier spécialiste clinique.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour les adhérents éligibles à ce dépistage préventif.</p>
	<p>Acupuncture pour les lombalgies chroniques</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <p>Jusqu'à 12 consultations pendant 90 jours sont couvertes dans les circonstances suivantes :</p> <p>� cet effet, la lombalgie chronique se définit comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle doit durer 12 semaines minimum. • Elle est non spécifique, dans le sens où elle n'a pas de cause systémique identifiable (elle n'est associée à aucune maladie métastatique, inflammatoire ou infectieuse, etc.). • Elle n'est pas liée à une chirurgie. • Elle n'est pas liée à une grossesse. <p>8 séances supplémentaires seront couvertes pour les patients montrant des signes d'amélioration. Pas plus de 20 traitements d'acupuncture ne peuvent être administrés par an.</p>	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour les services d'acupuncture couverts par Medicare.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>




Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Acupuncture pour les lombalgies chroniques (suite)</p> <p>Le traitement doit être interrompu si le/la patient(e) ne montre pas de signe d'amélioration ou que son état se détériore.</p> <p>Exigences relatives aux prestataires :</p> <p>Les médecins (tels que défini à l'article 1861[r][1] du Social Security Act [loi sur la Sécurité sociale, ci-après « la Loi »]) peuvent proposer des soins d'acupuncture conformément aux exigences applicables dans l'État.</p> <p>Les auxiliaires médicaux (PA), les infirmiers praticiens (NP), les infirmiers spécialistes cliniques (CNS) (tel qu'identifié dans l'article 1861[aa] [5] de la Loi) et le personnel auxiliaire peuvent traiter par acupuncture s'ils remplissent toutes les exigences applicables relatives à l'État et :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'ils possèdent un diplôme de niveau maîtrise ou doctorat en acupuncture ou en médecine orientale d'une école agréée par l'Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (« ACAOM ») et • une licence active, complète et sans restriction pour pratiquer l'acupuncture dans un État, un territoire ou un Commonwealth (comme Puerto Rico) des États-Unis ou le District of Columbia. <p>Le personnel auxiliaire pratiquant l'acupuncture doit être sous la supervision d'un médecin, d'un auxiliaire médical (PA), d'un infirmier praticien (NP) ou d'un infirmier spécialiste clinique (CNS) conformément au Code des règlements fédéraux 42 (« CFR »), sections 410.26 et 410.27.</p>	
	<p>Services d'acupuncture (supplémentaires)*</p> <p>Le régime prévoit un maximum de 30 visites médicalement nécessaires par année civile pour les services d'acupuncture.</p> <p>Les services d'acupuncture supplémentaires sont couverts s'ils sont définis comme étant une norme de soins généralement reconnue pour ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête ; douleurs aux hanches ou aux articulations du genou associées à l'arthrose (OA); ou autres douleurs articulaires des extrémités en cas de chronicité et de non réaction aux soins médicaux standard ; syndromes douloureux impliquant les articulations et les tissus mous associés ; douleurs musculo-squelettiques et maux de dos ; nausées associées à la chimiothérapie ; nausées post-chirurgicales et nausées associées à la grossesse. • Les services d'acupuncture couverts n'incluent pas les services pour le traitement de l'asthme ou de l'addiction (incluant, sans limitation, l'arrêt du tabac). 	<p>Il n'y a pas de coassurance, de quote-part ou de franchise pour ces services.</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Services d'ambulance</p> <p>Les services d'ambulance couverts, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence ou non, comprennent le transport dans des appareils à voile fixe et tournante et des ambulances terrestres, jusqu'à l'établissement le plus proche pouvant prodiguer des soins uniquement s'ils sont délivrés à un(e) adhérent(e) dont l'état de santé est tel que d'autres moyens de transport pourraient compromettre sa santé, ou si autorisés par notre régime. Si les services d'ambulance couverts ne concernent pas une situation d'urgence, il est nécessaire de justifier que l'état de santé de l'adhérent(e) est tel que d'autres moyens de transport pourraient mettre sa santé en péril et que le transport en ambulance est nécessaire d'un point de vue médical.</p>	<p>Aucune coassurance ou quote-part ne s'applique pour les services d'ambulance couverts par Medicare.</p> <p>Une autorisation préalable est requise pour les transports en ambulance non urgents uniquement.</p>
	<p>Visite de contrôle annuelle</p> <p>Si vous avez bénéficié du service de la Partie B pendant plus de 12 mois, vous pouvez obtenir une visite de contrôle annuelle pour élaborer ou mettre à jour un plan de prévention personnalisé en fonction de votre état de santé actuel et de vos facteurs de risque. Elle est prise en charge tous les 12 mois.</p> <p>Remarque : Votre visite de contrôle annuelle ne peut pas avoir lieu au cours des 12 mois de votre visite de prévention « Bienvenue à Medicare ». Cependant, il n'est pas nécessaire d'avoir effectué une visite de bienvenue à Medicare pour que les visites de contrôle annuelles soient couvertes après avoir bénéficié de la Partie B pendant 12 mois.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour la visite de contrôle annuelle.</p>
	<p>Mesure de la densité osseuse</p> <p>Pour les personnes éligibles (généralement, les personnes présentant un risque de perte de densité osseuse ou un risque d'ostéoporose), les services suivants sont couverts tous les 24 mois ou plus fréquemment si nécessaire médicalement : procédures d'identification de la densité osseuse, détection de la perte osseuse ou détermination de la qualité osseuse, y compris interprétation par un médecin des résultats.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ni franchise ne s'applique pour la mesure de la densité osseuse couverte par Medicare.</p>
	<p>Dépistage du cancer du sein (mammographies)*</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mammographie de base entre 35 et 39 ans • Une mammographie de dépistage tous les 12 mois pour les femmes âgées de 40 ans et plus • Un examen clinique des seins tous les 24 mois 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour les mammographies de dépistage couvertes.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Dépistage du cancer du sein (mammographies)* (suite)</p> <p>Une mammographie de dépistage est utilisée pour la détection précoce du cancer du sein. Lorsqu'un antécédent de cancer du sein a été établi, et tant qu'il existe des signes ou des symptômes de cancer du sein, les mammographies continues sont considérées comme des mammographies de diagnostic et sont couvertes par les « Tests de diagnostic en ambulatoire et services et fournitures thérapeutiques » de ce tableau. La prestation annuelle de mammographie de dépistage n'est pas disponible pour les adhérents ayant des signes ou des symptômes de cancer du sein.</p>	
	<p>Services de réadaptation cardiaque</p> <p>Les programmes complets des services de réadaptation cardiaque qui incluent des exercices, de la pédagogie et des conseils sont couverts pour les adhérents qui remplissent certaines conditions sur prescription d'un médecin.</p> <p>Notre régime couvre également des programmes intensifs de réadaptation cardiaque qui sont généralement plus rigoureux et plus intenses que les programmes de réadaptation cardiaque.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Visite de réduction du risque cardiovasculaire (thérapie pour maladie cardiovasculaire)*</p> <p>Nous couvrons une consultation par an avec votre médecin de premier recours pour vous aider à réduire le risque de maladie cardiovasculaire. Lors de cette visite, votre médecin peut discuter de l'utilité de l'aspirine (si approprié), vérifier votre pression artérielle et vous donner des conseils pour manger sainement.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de quote-part ou de franchise pour la prestation de prévention contre les maladies cardiovasculaires et pour la thérapie comportementale intensive.</p>
	<p>Tests de dépistage des maladies cardiovasculaires</p> <p>Des tests sanguins pour détecter les maladies cardiovasculaires (ou des anomalies liées à un risque élevé de maladie cardiovasculaire) sont effectués tous les 5 ans (60 mois).</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour les tests relatifs aux maladies cardiovasculaires couverts tous les 5 ans.</p>
	<p>Dépistage du cancer du col de l'utérus et du vagin</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour toutes les femmes : les tests Pap et les examens pelviens sont couverts tous les 24 mois. 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour les tests Pap et les examens pelviens de prévention couverts par Medicare.</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Dépistage du cancer du col de l'utérus et du vagin (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si vous présentez un niveau de risque élevé de cancer du col de l'utérus ou du vagin ou que vous êtes en âge de procréer et que vous avez eu un test Pap anormal dans les 3 dernières années : un test Pap tous les 12 mois. 	
	<p>Services de chiropraxie (couverts par Medicare)</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulation manuelle de la colonne vertébrale pour corriger une subluxation. 	Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.
	<p>Services de prise en charge et de traitement de la douleur chronique</p> <p>Services mensuels couverts pour les personnes souffrant de douleurs chroniques (douleurs persistantes ou récurrentes pendant plus de 3 mois). Ces services peuvent inclure l'évaluation de la douleur, la gestion des médicaments, ainsi que la coordination et la planification des soins.</p>	Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.
	<p>Dépistage du cancer colorectal*</p> <p>Les tests de dépistage suivants sont couverts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas de limite d'âge minimale ou maximale pour la coloscopie qui est couverte une fois tous les 120 mois (10 ans) pour les patients ne présentant pas un niveau de risque élevé, ou tous les 48 mois après une sigmoïdoscopie flexible antérieure pour les patients ne présentant pas un haut risque de cancer colorectal, et une fois tous les 24 mois pour les patients présentant un haut risque après une coloscopie de dépistage. • Colonographie par tomographie par ordinateur pour les patients âgés de 45 ans et plus qui ne présentent pas un niveau de risque élevé de cancer colorectal et qui sont couverts lorsqu'au moins 59 mois se sont écoulés depuis le mois au cours duquel la dernière colonographie par tomographie par ordinateur de dépistage a été réalisée ou lorsque 47 mois se sont écoulés depuis le mois au cours duquel la dernière sigmoïdoscopie flexible de dépistage ou coloscopie de dépistage a été réalisée. Pour les patients présentant un niveau de risque élevé de cancer colorectal, un remboursement peut être effectué pour une colonographie par tomographie par ordinateur de dépistage effectuée au moins 23 mois après le mois au cours duquel la dernière colonographie par tomographie par ordinateur de dépistage ou la dernière coloscopie de dépistage a été réalisée. 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour un examen de dépistage du cancer colorectal couvert par Medicare. Si votre médecin découvre et retire un polype ou un autre tissu lors de la coloscopie ou de la sigmoïdoscopie, l'examen de dépistage devient alors un examen diagnostique.</p> <p>La franchise de la Partie B n'est pas applicable.</p> <p>Si une anomalie est détectée pendant un dépistage et que le médecin intervient immédiatement (par une biopsie ou une autre procédure), ces services supplémentaires sont considérés comme un examen diagnostique.</p>



Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Service couvert	Ce que vous payez
<p>Dépistage du cancer colorectal* (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopie flexible pour les patients âgés de 45 ans et plus. Une fois tous les 120 mois pour les patients ne présentant pas un niveau de risque élevé après une coloscopie de dépistage. Une fois tous les 48 mois pour les patients présentant un haut risque après une sigmoidoscopie flexible ou une colonographie par tomodensitométrie. • Test de recherche de sang occulte dans les selles pour les patients âgés de 45 ans et plus. Une fois tous les 12 mois. • Test ADN fécal multi-marqueurs pour les patients âgés de 45 à 85 ans et ne présentant pas un niveau de risque élevé. Une fois tous les 3 ans. • Analyse de biomarqueurs sanguins pour les patients âgés de 45 à 85 ans et ne présentant pas un niveau de risque élevé. Une fois tous les 3 ans. • Les tests de dépistage du cancer colorectal comprennent une coloscopie de dépistage de suivi après le renvoi d'un résultat positif du test de dépistage du cancer colorectal dans les selles non invasif couvert par Medicare. • Les tests de dépistage du cancer colorectal comprennent une sigmoidoscopie flexible de dépistage ou une coloscopie de dépistage planifiée impliquant l'ablation de tissu ou d'autres matières, ainsi que toute autre procédure réalisée en lien avec cet examen, à la suite de celui-ci et au cours de la même consultation clinique. 	
<p>Services dentaires (couverts par Medicare)</p> <p>En général, les services dentaires préventifs (comme le détartrage, les examens dentaires de routine et les radiographies dentaires) ne sont pas couverts par Original Medicare. Cependant, Medicare paie les services dentaires dans un nombre limité de cas, en particulier lorsque ce service fait partie intégrante du traitement spécifique de l'affection médicale principale d'une personne. Il peut s'agir par exemple d'une reconstruction de la mâchoire consécutive à une fracture ou à une blessure, d'extractions de dents en préparation d'un traitement par radiothérapie d'un cancer impliquant la mâchoire, ou d'examens buccaux précédant une transplantation d'organe.</p> <p>* Ne constitue pas une garantie de couverture.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de quote-part ou de franchise pour les adhérents éligibles à ces services.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise pour des soins dentaires complets.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Services dentaires (couverts par Medicare) (suite)</p> <p>* Certaines procédures sont soumises à une autorisation préalable. Votre dentiste fournira des documents comme les radiographies et des arguments pour justifier que les procédures sont médicalement nécessaires et qu'elles répondent à des recommandations cliniques acceptables.</p>	
	<p>Services dentaires (supplémentaires)*</p> <p>Nous avons établi un partenariat avec un prestataire pour offrir une couverture dentaire complète, en accord avec les services pris en charge par Medicaid de l'État de New York. Les services seront pris en charge lorsqu'ils sont fournis par un prestataire affilié via le réseau de notre partenaire.</p> <p>Votre couverture dentaire inclut les services diagnostiques, préventifs, restaurateurs, ainsi que l'endodontie, la parodontie, les prothèses amovibles et fixes, les prothèses maxillo-faciales, les implants, la chirurgie orale et maxillo-faciale, et d'autres services complémentaires.</p> <p>Pour consulter la liste complète des services, rendez-vous sur www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm et sélectionnez « Updated Fee Schedule » (barème des tarifs mis à jour).</p> <p>Les codes mentionnés dans le lien peuvent être mis à jour par l'American Dental Association (« ADA ») au cours de l'année. Si vous avez une question concernant un code ADA dentaire, contactez les Services aux adhérents. Le numéro de téléphone figure au dos de votre carte d'adhérent. Certains services dentaires nécessitent une autorisation préalable et doivent être médicalement justifiés. Votre prestataire se chargera des autorisations nécessaires.</p> <p>Remarque : La couverture ci-dessus concerne les prestations dentaires supplémentaires de Medicare. Votre couverture dentaire New York Medicaid est également gérée par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Veuillez contacter le régime pour toute question concernant cette prestation Medicaid.</p>	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique.</p> <p>Toutes les procédures dentaires recommandées par un dentiste ne sont pas couvertes. Demandez à votre dentiste ce que le régime couvrira et ce que vous devrez payer de votre poche.</p> <p>Vous pouvez être responsable des coûts si un service n'est pas couvert ou si vous dépassez votre allocation maximale. Des limitations et des exclusions peuvent s'appliquer.</p>
	<p>Dépistage de la dépression</p> <p>Nous couvrons un dépistage de la dépression par an. Le dépistage doit être effectué dans un établissement de soins primaires qui peut fournir un traitement de suivi et/ou des recommandations.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour une visite annuelle de dépistage de la dépression.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Dépistage du diabète</p> <p>Ce dépistage est couvert (y compris les tests de glycémie à jeun) si vous présentez l'un des facteurs de risque suivants : pression artérielle élevée (hypertension), antécédent de taux de cholestérol et de taux de triglycérides anormaux (dyslipidémie), obésité ou antécédent d'hyperglycémie (glucose). Les tests peuvent également être couverts si vous remplissez d'autres conditions, comme une surcharge pondérale et un antécédent familial de diabète.</p> <p>Vous pourriez avoir droit à 2 dépistages du diabète tous les 12 mois, à compter de la date de votre dernier dépistage.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour les tests de dépistage du diabète couverts par Medicare.</p>
	<p>Formation sur l'autogestion du diabète, services et fournitures pour diabétiques</p> <p>Pour toutes les personnes atteintes de diabète (utilisateurs et non-utilisateurs d'insuline) Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournitures pour surveiller votre glycémie : glucomètre, bandes réactives pour glycémie, lancettes automatiques et lancettes et solutions de contrôle du glucose pour vérifier l'exactitude des lancettes et des glucomètres. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Glucomètres <ul style="list-style-type: none"> ◦ Couverts si votre médecin vous en prescrit pour une utilisation domestique. ◦ Les glucomètres de marque privilégiée ne requièrent pas d'autorisation préalable. ◦ Bandes réactives pour glycémie <ul style="list-style-type: none"> ◦ Les bandes réactives pour glycémie de marque privilégiée ne requièrent pas d'autorisation préalable. ◦ Peut être limité à un approvisionnement de 30 jours par remplissage. ◦ True Metrix est notre fabricant privilégié de fournitures destinées aux personnes diabétiques. Veuillez consulter la Liste des médicaments remboursables de notre régime ou appeler les Services aux adhérents pour de plus amples informations. ◦ Solutions de contrôle du glucose pour vérifier l'exactitude des lancettes et des glucomètres. 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Les fournitures sont couvertes si vous vous faites délivrer une ordonnance et que vous vous la faites délivrer dans une pharmacie du réseau ou par l'entremise du programme de la pharmacie de vente par correspondance.</p> <p>Consultez la Section « Soins de santé visuelle » de ce tableau pour les prestations du médecin si vous avez besoin d'un examen de la vue dans le cadre d'une rétinopathie diabétique ou d'un dépistage du glaucome.</p> <p>Consultez la Section « Services de podiatrie » de</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Formation sur l'autogestion du diabète, services et fournitures pour diabétiques (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pour les personnes atteintes de diabète et d'une forme aiguë de pied diabétique : une paire de chaussures thérapeutiques épousant la forme des pieds par année civile (inclut les inserts fournis avec ces chaussures) et deux paires d'inserts supplémentaires, ou une paire de chaussures profondes et trois paires d'inserts (n'inclut pas les inserts amovibles non personnalisés fournis avec ces chaussures). L'essayage est pris en charge. • La formation sur l'autogestion du diabète est couverte dans certaines conditions. • Les services liés au diabète couverts par Medicare comprennent : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un examen ophtalmologique annuel et des tests pour le glaucome ◦ Des examens des pieds ◦ Des services de thérapie nutritionnelle médicale (« MNT ») 	<p>ce tableau si vous êtes diabétique et que vous devez consulter un médecin pour un examen des pieds spécialisés.</p> <p>Consultez la Section « Thérapie nutritionnelle médicale » de ce tableau si vous êtes diabétique et que vous avez besoin d'une thérapie nutritionnelle médicale (« MNT »).</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise : fournitures pour diabétiques, chaussures pour diabétiques et inserts.</p> <p>Aucune autorisation préalable n'est requise pour un fabricant privilégié.</p> <p>Aucune autorisation préalable n'est requise pour la formation sur l'autogestion du diabète couverte par Medicare.</p>
	<p>Matériel médical durable (« DME ») et fournitures associées</p> <p>(Pour voir la définition de « matériel médical durable », rendez-vous aux Chapitres 3 et 12)</p> <p>Les fournitures couvertes comprennent notamment : fauteuils roulants, béquilles, systèmes de matelas motorisé, fournitures pour diabétiques, lits d'hôpitaux commandés par un prestataire pour une utilisation domestique, pompes à insuline de type IV, dispositifs générateurs de parole, matériel d'oxygène, nébuliseurs et déambulateurs.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Service couvert	Ce que vous payez
<p>Matériel médical durable (« DME ») et fournitures associées (suite)</p> <p>Nous couvrons l'ensemble du DME médicalement nécessaire couvert par Original Medicare. Si notre prestataire dans votre région ne travaille pas avec une marque ou un fabricant particulier, vous pouvez leur demander de commander une marque spécifique. La dernière liste des prestataires est disponible sur notre site Web à l'adresse SWHNY.com.</p> <p>En général, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prend en charge tout matériel médical durable (« DME ») couvert par Original Medicare, provenant des marques et fabricants sur la liste. Nous ne couvrirons d'autres marques que si votre médecin ou un autre professionnel de santé nous précise qu'elles conviennent à vos besoins médicaux. Si vous venez de rejoindre Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) et que vous utilisez une marque de DME qui ne figure pas sur notre liste, nous continuerons à la prendre en charge pendant une période allant jusqu'à 90 jours. Durant cette période, consultez votre médecin pour choisir la marque la plus adaptée à vos besoins médicaux après la période de 90 jours. (Si vous n'êtes pas d'accord avec lui, vous pouvez demander un second avis médical.)</p> <p>Si vous (ou votre médecin) n'êtes pas d'accord avec la décision de couverture de notre régime, un recours peut être introduit. Vous pouvez aussi faire appel si vous n'êtes pas d'accord avec le choix de produit ou de marque recommandé pour votre affection médicale. (Pour plus d'informations sur les recours, consultez le Chapitre 9)</p>	
<p>Soins d'urgence</p> <p>Les soins d'urgence font référence à des services qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fournis par un prestataire autorisé à dispenser des services d'urgence et, • nécessaires à l'évaluation ou à la stabilisation d'un état de santé d'urgence. <p>Une urgence médicale survient lorsque vous, ou toute autre personne profane prudente ayant une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, estimez que vous présentez des symptômes médicaux qui nécessitent des soins médicaux immédiats pour éviter la mort (et, si vous êtes enceinte, la perte d'un enfant à naître), la perte d'un membre ou la perte de la fonction d'un membre. Les symptômes médicaux peuvent être une maladie, une blessure, une douleur intense ou une affection médicale qui s'aggrave rapidement.</p> <p>Le partage des coûts pour les services d'urgence nécessaires dispensés hors réseau est identique à celle des services dispensés dans le réseau.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p> <p>Si vous êtes admis(e) dans un hôpital, vous paierez le partage des coûts, tel que décrit dans la Section « Soins dans le cadre d'une hospitalisation » de ce tableau.</p> <p>Votre partage des coûts est identique pour les services d'urgence du réseau ou hors réseau.</p> <p>Si vous recevez des soins d'urgence dans un hôpital</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins d'urgence (suite)</p> <p>Les soins d'urgence dispensés en dehors des États-Unis peuvent être couverts dans le cadre de la prestation de couverture d'urgence mondiale. Nous offrons jusqu'à \$10,000 de couverture d'urgence mondiale par année civile pour les soins d'urgence et les soins post-stabilisation. Pour en savoir plus, consultez la section « Couverture mondiale des soins d'urgence » de ce tableau.</p>	<p>hors réseau et que vous avez besoin de soins hospitaliers après stabilisation de votre état d'urgence, vous devez vous rendre dans un hôpital du réseau pour que vos soins continuent d'être couverts <i>OU</i> vous devez recevoir des soins hospitaliers dans un hôpital hors réseau autorisé par notre régime et vos coûts correspondront au partage des coûts la plus élevée que vous payeriez dans un hôpital du réseau.</p>
	<p>Prestation de remise en forme (supplémentaire)*</p> <p>Vous bénéficiez d'une adhésion à un centre de remise en forme. Si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre dans un centre de remise en forme ou si vous préférez faire des exercices à votre domicile, vous pouvez choisir un kit de remise en forme à domicile. Ce kit vous permettra de rester actif dans le confort de votre domicile. Parmi les options pour s'entraîner chez soi, vous pouvez choisir un tracker d'activité, un kit de musculation ou un kit de yoga.</p> <p>Si vous choisissez de faire de l'exercice dans un centre de remise en forme, vous pouvez consulter le site Web et sélectionner un lieu participant, ou vous pouvez vous rendre directement dans un centre de remise en forme participant pour commencer. Les établissements et chaînes de remise en forme participants peuvent varier d'un endroit à un autre et sont susceptibles de changer. Les kits sont susceptibles de changer.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Avant de commencer un programme d'exercices ou d'en changer, parlez-en toujours à votre médecin.</p>
	<p>Programmes de santé et de bien-être</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous disposons de programmes pour vous aider à gérer un problème de santé diagnostiqué. Ces programmes incluent la prise en charge de l'asthme. • Prise en charge de la dépression. • Prise en charge du diabète. • Prise en charge de la pression artérielle élevée. • Prise en charge des maladies cardiovasculaires (« CVD »). • Prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique (« COPD »). 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Service couvert	Ce que vous payez
<p>Programmes de santé et de bien-être (suite)</p> <p>Du matériel pédagogique et des conseils de soins sont disponibles. Nous pouvons également vous aider à collaborer avec votre prestataire.</p> <p>Inscription aux programmes de gestion de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous êtes automatiquement affilié(e) aux programmes qui répondent le mieux à vos besoins en fonction des données sur les réclamations d'ordre médical ou pharmaceutique. • L'affiliation est possible via votre prestataire ou de façon autonome. <p>Pour vous affilier, vous devez remplir certaines conditions.</p> <p>Désaffiliation des programmes de gestion de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les programmes sont volontaires et vous pouvez choisir de vous désaffilier d'un programme à tout moment. <p>Pour en savoir plus ou pour vous affilier à l'un des programmes ci-dessus, appelez le Département de gestion de la santé au (866) 891-2320 (TTY : 711, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure normale de l'Est).</p> <p>Programmes de promotion de la santé</p> <p>D'autres programmes conçus pour améliorer votre santé et votre mode de vie sont disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme d'arrêt du tabac. • Programme de contrôle du poids. <p>Pour plus d'informations et/ou pour obtenir de la documentation sur l'arrêt du tabac ou le contrôle du poids, appelez le (866) 472-9483 (TTY/TDD : 711, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure normale de l'Est).</p> <p>Ligne de conseils infirmiers</p> <p>Que vous ayez des préoccupations immédiates en matière de santé, des questions sur une affection médicale, ou si vous souhaitez bénéficier d'informations générales sur les ressources disponibles en santé, la ligne de conseils infirmiers est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.</p> <p>Du personnel infirmier vous aidera à déterminer si vous pouvez gérer vos soins à domicile ou si vous avez besoin de consulter un professionnel de la santé.</p> <p>Le numéro d'appel gratuit de la ligne de conseils infirmiers est le suivant : (844) 658-8544, (TTY/TDD : 711)</p> <p>Vous pouvez appeler à tout moment du jour ou de la nuit pour discuter avec du personnel infirmier de votre maladie ou de votre blessure.</p>	

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Programmes de santé et de bien-être (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune recommandation et aucune autorisation préalable n'est requise. <p>Ce service n'est pas conçu pour les urgences. En cas d'urgence, appelez immédiatement le 911.</p>	
	<p>Carte Healthy You</p> <p>La carte Healthy You du régime vous offre une indemnité mensuelle cumulée de \$285 par mois à dépenser pour certaines prestations supplémentaires du régime, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments en vente libre (« OTC ») • Aides auditives OTC • Aliments et produits frais* • Transport vers tout lieu lié à la santé • Transport pour besoins non médicaux • Services publics <p>La carte de débit précréditée n'est pas une carte de crédit. Vous ne pouvez pas utiliser votre carte pour obtenir de l'argent ni la prêter à d'autres personnes. Les interventions esthétiques ne sont pas couvertes dans le cadre de cette carte de prestations. Des fonds sont crédités sur la carte sur une base mensuelle. À la fin de chaque mois, l'argent alloué non utilisé ne sera pas reporté sur le mois suivant ou l'année suivante du régime. Si vous quittez le régime, les fonds alloués non utilisés reviennent au régime à compter de la date de prise d'effet de votre désaffiliation.</p> <p>Pour plus d'informations sur la façon de bénéficier des prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques, la prestation Aliments et produits, appelez les Services aux adhérents de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Pour accéder aux indemnités relatives aux prestations SSBCI, les adhérents doivent souffrir d'une affection chronique éligible et fournir une approbation du médecin conjointement avec la gestion de dossier de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Pour plus d'informations, consultez la Section « Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques » de ce tableau.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour votre carte Healthy You.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Services auditifs</p> <p>Les tests d'équilibre et d'audition de diagnostic effectués par votre prestataire pour déterminer si vous avez besoin d'un traitement médical sont couverts en ambulatoire s'ils sont effectués par un médecin, un audiologiste ou tout autre prestataire qualifié.</p> <p>Les tests d'audition et d'équilibre de diagnostic couverts par Medicare permettent de déterminer si vous avez besoin d'un traitement médical.</p> <p>Le test se base sur des besoins médicaux uniquement, comme une perte auditive causée par une maladie, une blessure ou une chirurgie.</p> <p>Services auditifs (supplémentaires)*</p> <p>En plus des services auditifs couverts par Medicare, vous pouvez passer un test auditif de routine une fois par année civile. Suite à ce test de routine, vous pourriez être équipé(e) d'un appareil auditif si besoin. Pour trouver un prestataire de soins auditifs du réseau proche de chez vous, vous pouvez :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appeler notre département des Services aux adhérents ou 2. Effectuer une recherche en ligne à l'aide de notre outil de recherche en ligne de prestataires de soins auditifs additionnels à l'adresse MolinaHealthcare.com/Medicare. <p>L'ajustement ou l'évaluation pour des appareils auditifs peut être réalisé une fois par année civile.</p> <p>Si l'on vous prescrit des aides auditives, vous pouvez obtenir jusqu'à 2 aides pré-sélectionnées auprès d'un prestataire approuvé par le régime, tous les 2 ans, pour les deux oreilles combinées.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Dépistage du HIV</p> <p>Pour les personnes souhaitant faire un test de dépistage du VIH ou présentant un risque élevé d'infection au VIH, nous couvrons les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de dépistage tous les 12 mois. <p>Si vous êtes enceinte, nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 3 tests de dépistage au cours de la grossesse. 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour les adhérents éligibles au dépistage préventif du VIH couvert par Medicare.</p>
	<p>Soins de santé à domicile par une agence</p> <p>Avant de recevoir des soins de santé à domicile, un médecin doit attester que vous avez besoin de services de santé à domicile et prescrira ces services qui seront assurés par une agence de soins de santé à domicile. Vous devez avoir du mal à vous déplacer et quitter votre domicile doit représenter un effort majeur.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins de santé à domicile par une agence (suite)</p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s’y limiter, ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services d’aides à domicile et soins infirmiers à temps partiel ou de manière intermittente (à prendre en charge dans le cadre de la prestation de soins de santé à domicile, vos services d’aides à domicile et soins infirmiers qualifiés combinés doivent totaliser moins de 8 heures par jour et 35 heures par semaine) • Physiothérapie, ergothérapie et orthophonie • Services médicaux et sociaux • Matériel médical et fournitures 	
	<p>Perfusion à domicile</p> <p>Une perfusion à domicile implique l’administration de médicaments ou de produits biologiques par injection sous-cutanée ou intraveineuse à une personne à son domicile. Le matériel requis pour effectuer une perfusion à domicile comprend le médicament (comme des antiviraux ou de l’immunoglobuline), l’équipement (comme une pompe) et des fournitures (comme des tubulures et des cathéters).</p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s’y limiter, ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services professionnels, notamment les soins infirmiers, fournis conformément à notre régime de soins • Formation et éducation des patients non couvertes par ailleurs dans le cadre de la prestation du matériel médical durable • Surveillance à distance • Services de surveillance pour les perfusions à domicile et l’approvisionnement en médicaments pour perfusion réalisés par un prestataire qualifié de perfusion à domicile 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s’applique pour ces services.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Soins palliatifs</p> <p>Vous pouvez prétendre à des soins palliatifs si votre médecin et le directeur des soins palliatifs de l’hôpital ont indiqué que vous faisiez face à un pronostic de fin de vie attestant que vous êtes en phase terminale et que votre espérance de vie est de 6 mois ou moins si votre maladie suit son cours normal. Vous pouvez bénéficier de soins de n’importe quel programme de soins palliatifs certifié par Medicare. Notre régime est tenu de vous aider à trouver des programmes de soins palliatifs certifiés par Medicare dans la zone de service de notre régime, y compris les programmes que nous détenons, contrôlons ou dans lesquels nous possédons des intérêts financiers. Votre médecin en soins palliatifs peut être un prestataire du réseau ou hors réseau.</p>	<p>Lorsque vous vous affiliez à un programme de soins palliatifs certifié Medicare, vos services de soins palliatifs et vos services relevant de la Partie A et la Partie B liés à votre pronostic de fin de vie sont pris en charge par Original Medicare, et non par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Service couvert	Ce que vous payez
<p>Soins palliatifs (suite)</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments pour le contrôle des symptômes et le soulagement de la douleur • Soins de relève à court terme • Soins à domicile <p>Lorsque vous êtes admis(e) dans un établissement de soins palliatifs, vous avez le droit de rester affilié(e) à notre régime ; si vous restez affilié(e) à notre régime, vous devez continuer à payer les primes du régime.</p> <p><u>Pour les soins palliatifs et les services couverts de Medicare Part A ou Part B et qui sont liés à votre pronostic de fin de vie :</u></p> <p>Original Medicare (plutôt que notre régime) réglera votre prestataire de soins palliatifs au titre de vos services de soins palliatifs ainsi que de tous les services relevant des Parties A et B liés à votre pronostic de fin de vie. Dans le cadre du programme de soins palliatifs, votre prestataire de soins palliatifs facturera Original Medicare pour les services payés par Original Medicare. Le partage des coûts d'Original Medicare vous sera facturé.</p> <p><u>Pour les services couverts de Medicare Part A ou Part B qui ne sont pas liés à votre pronostic de fin de vie :</u> Si vous avez besoin de services non urgents, de services nécessaires non urgents couverts dans le cadre de Medicare Part A ou Part B qui ne sont pas liés à votre pronostic de fin de vie, le coût que vous payez pour ces services dépend de si vous consultez ou non un prestataire de notre réseau et de si vous suivez ou non les règles du régime (comme la condition d'obtenir une autorisation préalable).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si vous bénéficiez des services couverts d'un prestataire du réseau et que vous suivez les règles du régime pour bénéficier de ces services, vous ne payez que le montant du partage des coûts de notre régime pour les services dans le réseau. • Si vous bénéficiez de services couverts auprès d'un prestataire hors réseau, vous payez le partage des coûts dans le cadre d'Original Medicare. 	

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins palliatifs (suite)</p> <p><u>Pour les services couverts par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), mais non couverts par Medicare Part A ou B :</u> Senior Whole Health of New York NHC continuera à prendre en charge les services couverts par le régime qui ne sont pas couverts dans le cadre de la Partie A ou B ou qui ne sont pas liés à votre pronostic de fin de vie. Vous payez le montant du partage des coûts de notre régime pour ces services.</p> <p><u>Pour les médicaments pouvant être couverts au titre de la prestation de la Partie D de notre régime :</u> Si ces médicaments ne sont pas liés à votre état en phase terminale, vous payez le partage des coûts. S'ils sont liés à votre état en phase terminale, vous payez le partage des coûts d'Original Medicare. Les médicaments ne sont jamais couverts en même temps par les soins palliatifs et notre régime. Pour plus d'informations, reportez-vous à la Section 9.4 du Chapitre 5).</p> <p>Remarque : Si vous avez besoin de soins non palliatifs (des soins qui ne sont pas liés à votre pronostic de fin de vie), contactez-nous pour organiser vos services.</p> <p>Notre régime prend en charge les services de consultation en soins palliatifs (une seule fois) pour une personne malade en fin de vie qui n'a pas choisi la prestation des soins palliatifs.</p>	
	<p>Vaccinations</p> <p>Les services couverts au titre de la prestation de Medicare Part B sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccins contre la pneumonie • Vaccins contre la grippe, un par saison grippale, en automne et en hiver, avec des vaccins contre la grippe supplémentaires si médicalement nécessaire • Vaccins contre l'hépatite B si vous présentez un risque intermédiaire ou élevé de contracter l'hépatite B • Vaccins contre la COVID-19 • Autres vaccins si vous présentez un risque et que ces vaccins répondent aux règles de couverture de Medicare Part B <p>Nous couvrons également la plupart des vaccins pour adultes au titre de la prestation de remboursement des médicaments relevant de la Partie D. Pour plus d'informations, consultez la Section 8 du Chapitre 6.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour les vaccins contre la pneumonie, la grippe, l'hépatite B et la COVID-19.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins dans le cadre d'une hospitalisation</p> <p>Incluent les hôpitaux de soins aigus, les hôpitaux de réadaptation pour personnes hospitalisées et les hôpitaux de soins de longue durée, ainsi que d'autres types de services d'hospitalisation. Les soins dans le cadre d'une hospitalisation commencent le jour où vous êtes officiellement admis(e) à l'hôpital sur prescription d'un médecin. Le jour précédent votre sortie de l'hôpital est votre dernier jour d'hospitalisation.</p> <p>Les services couverts incluent notamment ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chambre semi-privée (ou chambre privée si médicalement nécessaire) • Repas, y compris régimes spéciaux • Soins infirmiers réguliers • Coûts des unités de soins spéciaux (comme les unités de soins intensifs ou les unités de soins coronariens) • Drogues et médicaments • Tests en laboratoire • Radiographies et autres services de radiologie • Fournitures médicales et chirurgicales nécessaires • Utilisation de dispositifs, comme des fauteuils roulants • Coûts de la salle d'opération et de réveil • Physiothérapie, ergothérapie et orthophonie • Services de traitement des troubles liés à l'usage de substances en milieu hospitalier 	<p>Vous payez \$0 pour les jours 1 à 90 d'un séjour à l'hôpital par période de prestation.</p> <p>Notre régime couvre 60 « jours de réserve à vie ». Il s'agit de jours « supplémentaires » que nous prenons en charge. Si votre séjour à l'hôpital dépasse 90 jours par période de prestation, vous pouvez utiliser ces 60 jours supplémentaires. Votre couverture de services d'hospitalisation sera limitée à 90 jours par période de prestation.</p> <p>Des services supplémentaires peuvent être couverts conformément à vos lignes directrices et prestations Medicaid.</p> <p>Si vous recevez des soins hospitaliers autorisés dans</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins dans le cadre d'une hospitalisation (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans certaines conditions, les types de greffes suivants sont couverts : cornée, rein, rein/pancréas, cœur, foie, poumon, cœur/poumon, moelle osseuse, cellule souche et intestins/multiviscérale. Si vous avez besoin d'une transplantation, nous nous chargerons de faire examiner votre dossier par un centre de transplantation approuvé par Medicare qui déterminera si vous êtes candidat(e) pour une transplantation. Les prestataires de greffes peuvent se trouver dans la zone de service ou en dehors. Si nos services de transplantation du réseau se trouvent hors du modèle de soins de la communauté, vous pouvez opter pour un modèle local tant que les prestataires de greffes locaux acceptent le régime Original Medicare. Si Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) fournit des services de transplantation dans un lieu qui se trouve hors du modèle de soins pour les transplantations de notre communauté et que vous choisissiez de bénéficier d'une transplantation dans ce lieu éloigné, nous nous chargerons de payer les coûts de transport et d'hébergement pour vous et votre accompagnant. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prendra en charge les <i>soins médicaux spécifiques liés</i> à la transplantation, dans la limite d'un plafond journalier de \$150 par jour. De plus, le remboursement du kilométrage peut être demandé au montant équivalent aux taux de kilométrage standard pour les contribuables tels que décrits par l'Internal Revenue Service (« IRS ») qui est ajusté et dont l'avis est publié publiquement. Le montant maximal remboursable pour tous les frais de déplacement, d'hébergement, de repas et de kilométrage est de cinq mille dollars (\$5,000) par transplantation, conformément aux lignes directrices du régime. • Sang, y compris le stockage et l'administration. La prise en charge du sang total et du concentré de globules rouges dans le cadre d'une transfusion commence uniquement à partir du moment où l'on vous transfuse la quatrième pinte (1 pinte équivalant à 473 mL) de sang dont vous avez besoin. Vous devrez soit payer les coûts inhérents à la transfusion des 3 premières pintes de sang qui vous sont transfusées par année civile, soit fournir ce sang vous-même ou par l'intermédiaire d'un donneur. Les autres composants du sang sont couverts à partir de la première pinte. • Services médicaux 	<p>un hôpital hors réseau après stabilisation de votre état d'urgence, vos coûts correspondront au partage des coûts que vous payeriez dans un hôpital du réseau.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>



Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins dans le cadre d'une hospitalisation (suite)</p> <p>Remarque : Pour être hospitalisé(e), votre prestataire doit rédiger une ordonnance pour que vous puissiez être admis(e) officiellement en tant que personne hospitalisée. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré(e) comme un(e) patient(e) en soins ambulatoires. Si vous ne savez pas si vous êtes pris(e) en charge sous la forme d'une hospitalisation ou en ambulatoire, demandez au personnel de l'hôpital.</p> <p>Pour plus d'informations, consultez la fiche d'informations intitulée « <i>Prestations hospitalières de Medicare</i> ». Cette fiche d'informations est disponible à l'adresse www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048. Vous pouvez appeler ces numéros gratuitement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</p>	
	<p>Services d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique</p> <p>Les services couverts comprennent les services de soins de santé mentale nécessitant un séjour à l'hôpital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous pouvez bénéficier de ces services dans un hôpital général ou un hôpital psychiatrique qui soigne uniquement les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. • Si vous êtes dans un hôpital psychiatrique (plutôt qu'un hôpital de médecine générale), Medicare paie uniquement jusqu'à 190 jours de services hospitaliers en psychiatrie au cours de votre vie. • Si vous avez utilisé une partie de votre limite à vie de 190 jours avant de vous affilier à notre régime, le nombre de jours d'hospitalisation à vie couverts est diminué du nombre de jours d'hospitalisation pour des soins de santé mentale antérieurs couverts par Medicare dans un hôpital psychiatrique. • La limite de 190 jours ne s'applique pas aux services de santé mentale fournis dans une unité psychiatrique d'un hôpital général. • Aucune limite ne s'applique au nombre de périodes de prestation dont vous pouvez bénéficier lorsque vous recevez des soins de santé mentale dans un hôpital général. Vous pouvez également bénéficier de plusieurs périodes de prestation lorsque vous recevez des soins dans un hôpital psychiatrique, mais une limite de 190 jours s'applique de votre vivant. • Medicaid couvre les séjours à l'hôpital une fois la limite de 190 jours atteinte. Il n'y a pas de période de prestation ni de limite à vie. 	<p>Vous payez \$0 pour les jours 1 à 90 d'un séjour à l'hôpital par période de prestation.</p> <p>Notre régime couvre également 60 « jours de réserve à vie ». Il s'agit de jours « supplémentaires » que nous prenons en charge. Si votre séjour à l'hôpital dure plus de 90 jours par période de prestation, vous pouvez utiliser ces jours supplémentaires. Mais une fois que vous aurez utilisé ces 60 jours supplémentaires, la couverture de votre hospitalisation sera limitée à 90 jours par période de prestation.</p> <p>Si vous recevez des soins hospitaliers autorisés dans un hôpital hors réseau après stabilisation de votre</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Services d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous devez utiliser des prestataires de santé comportementale sous contrat. Contactez les Services aux adhérents pour obtenir une liste des prestataires de santé comportementale du réseau. <p>Medicare ne couvre pas ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Soins infirmiers privés ◦ Téléphone ou télévision dans votre chambre <p>Chambre privée (sauf si médicalement nécessaire)</p>	<p>état d'urgence, vos coûts correspondront au partage des coûts que vous payeriez dans un hôpital du réseau.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise. Sauf en cas d'urgence, votre médecin doit nous informer que vous allez être admis(e) à l'hôpital.</p>
	<p>Séjour à l'hôpital : services couverts que vous recevez dans un hôpital ou dans un SNF lors d'un séjour à l'hôpital non couvert</p> <p>Si vous avez épuisé vos prestations à l'hôpital ou si le séjour à l'hôpital n'est pas jugé raisonnable et nécessaire, nous ne couvrirons pas votre séjour à l'hôpital. Dans certains cas, nous couvrirons certains services que vous recevez lors de votre séjour à l'hôpital ou dans un établissement de soins infirmiers qualifiés (« SNF »). Les services couverts incluent, mais sans s'y limiter, ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services médicaux • Tests de diagnostic (comme les tests en laboratoire) • Radiographies, radiothérapie et traitement isotopique, y compris matériaux et services • Pansements chirurgicaux • Attelles, plâtres et autres appareils servant à réduire les fractures et les luxations • Prothèses et orthèses (autres que les appareils dentaires) qui remplacent tout ou partie d'un organe corporel interne (y compris le tissu contigu), ou tout ou partie de la fonction d'un organe corporel interne définitivement inopérant ou défaillant, y compris le remplacement ou la réparation de ces appareils • Attelles pour les jambes, les bras, le dos et le cou ; bandages herniaires ; jambes, bras et yeux artificiels, y compris ajustements, réparations et remplacements requis en raison d'une rupture, d'une usure, d'une perte ou d'un changement de l'état de santé du patient <p>Physiothérapie, ergothérapie et orthophonie</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Thérapie nutritionnelle</p> <p>Cette prestation est destinée aux personnes atteintes de diabète, d'une maladie rénale (rein) (mais pas sous dialyse) ou ayant subi une greffe de rein, conformément aux instructions de votre médecin.</p> <p>Nous couvrons 3 heures de consultations individuelles la première année où vous recevez des services de thérapie nutritionnelle médicale dans le cadre de Medicare (inclut notre régime, tout autre régime Medicare Advantage ou Original Medicare), et 2 heures chaque année ensuite. Si votre état de santé, votre traitement ou votre diagnostic évolue, vous pourrez bénéficier de plus d'heures de traitement sur prescription d'un médecin. Un médecin doit prescrire ces services et renouveler son ordonnance tous les ans si votre traitement est nécessaire durant l'année civile suivante.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour les adhérents éligibles aux services de thérapie nutritionnelle médicale couverts par Medicare.</p>
	<p>Programme de prévention du diabète Medicare (« MDPP »)</p> <p>Les services du MDPP sont couverts pour les personnes éligibles dans le cadre de tous les régimes de soins de santé Medicare.</p> <p>Le MDPP est une intervention structurée en matière de changement de comportement de santé qui offre une formation pratique sur le changement de régime alimentaire à long terme, l'augmentation de l'activité physique et les stratégies de résolution de problème pour surmonter les défis liés au maintien de la perte de poids et à un mode de vie sain.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour la prestation MDPP.</p>
	<p>Médicaments relevant de Medicare Part B</p> <p>Ces médicaments sont couverts dans le cadre de la Partie B d'Original Medicare. Les adhérents de notre régime sont couverts pour ces médicaments par l'intermédiaire de notre régime. Les médicaments couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments que le/la patient(e) ne peut généralement pas s'autoadministrer et qui sont injectés ou administrés par perfusion lors de l'obtention des services d'un médecin, d'une consultation en ambulatoire à l'hôpital ou d'un centre de chirurgie ambulatoire. • Insuline fournie par l'intermédiaire de matériel médical durable (comme une pompe à insuline médicalement nécessaire) • Autres médicaments que vous prenez à l'aide de matériel médical durable (comme des nébuliseurs) qui ont été autorisés par notre régime 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Les médicaments relevant de la Partie B peuvent être soumis au traitement par étapes.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Médicaments relevant de Medicare Part B (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médicament contre Alzheimer, le Leqembi® (nom générique : lécanémab), est administré par voie intraveineuse. En plus du coût du médicament, vous pourriez avoir besoin de scanners et de tests supplémentaires avant et/ou pendant le traitement, ce qui pourrait augmenter votre participation totale. Parlez à votre médecin des examens et tests nécessaires pour votre traitement. • Facteurs de coagulation que vous vous administrez par injection si vous êtes atteint(e) d'hémophilie • Médicaments pour la transplantation/immunosuppresseurs : Medicare couvre la thérapie médicamenteuse de transplantation si Medicare a payé pour votre transplantation d'organe. Vous devez être couvert(e) par la Partie A au moment de la transplantation couverte, et être couvert(e) par la Partie B au moment où vous recevez des médicaments immunosuppresseurs. La couverture des médicaments de Medicare Part D prend en charge ces médicaments si la Partie B ne le fait pas • Médicaments injectables contre l'ostéoporose, en cas de déplacement difficile, en cas de fracture osseuse certifiée par un médecin, liée à une ostéoporose post-ménopausique, et que vous ne pouvez pas vous auto-administrer le médicament • Certains antigènes : Medicare prend en charge les antigènes si un médecin les prépare et qu'une personne formée (vous, le patient, par exemple) les administre sous une supervision adéquate • Certains médicaments oraux contre le cancer : Medicare prend en charge certains médicaments contre le cancer pris par voie orale si le même médicament est aussi disponible en version injectable ou s'il s'agit d'un promédicament (une forme orale du médicament qui se transforme en une même substance active que l'injectable). Lorsque de nouveaux médicaments contre le cancer oraux deviennent disponibles, la Partie B peut les prendre en charge. Si ce n'est pas le cas, la Partie D les prendra en charge. • Médicaments anti-nauséeux oraux : Medicare prend en charge les médicaments anti-nauséeux oraux utilisés pendant une chimiothérapie, à condition qu'ils soient pris avant, pendant ou dans les 48 heures suivant la chimiothérapie, ou qu'ils remplacent complètement un médicament anti-nauséeux injectable • Certains médicaments oraux pour l'insuffisance rénale au stade terminal (« ESRD ») couverts par Medicare Part B 	

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Médicaments relevant de Medicare Part B (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments calcimimétiques et chélateurs du phosphate dans le cadre du système de paiement pour l'ESRD, y compris le médicament intraveineux Parsabiv® et le médicament oral Sensipar® • Certains médicaments pour la dialyse à domicile, telles que l'héparine, son antidote en cas de nécessité médicale, et les anesthésiques topiques • Agents stimulant l'érythropoïèse : Medicare prend en charge l'érythropoïétine injectée si vous souffrez d'insuffisance rénale au stade terminal (« ESRD ») ou si vous devez utiliser ce médicament pour traiter une anémie liée à d'autres affections (comme le Retacrit® et l'Aranesp®) • Immunoglobuline intraveineuse pour le traitement à domicile des maladies liées à des déficiences immunitaires • Nutrition parentérale et entérale (nutrition intraveineuse et par sonde) <p>Dans certains cas, nous exigeons que vous essayiez d'abord certains médicaments pour traiter votre affection médicale avant que nous ne prenions en charge un autre médicament pour cet état. Par exemple, si le médicament A et le médicament B traitent tous deux votre état de santé, mais que le médicament A coûte moins cher, vous devez essayer d'abord le médicament A. Si le médicament A ne fonctionne pas pour vous, nous couvrirons le médicament B. Pour en savoir plus sur la façon dont nous décidons si un traitement par étapes est nécessaire, consultez SWHNY.com.</p> <p>Nous couvrons également certains vaccins au titre de la prestation de la Partie B, ainsi que la plupart des vaccins pour adultes au titre de notre prestation de remboursement des médicaments relevant de la Partie D.</p> <p>Le Chapitre 5 explique notre prestation de remboursement des médicaments relevant de la Partie D, y compris les règles à respecter pour la couverture des ordonnances. Les montants que vous payez pour les médicaments relevant de la Partie D par l'intermédiaire de notre régime sont expliqués au Chapitre 6.</p>	

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Dépistage de l'obésité et thérapie pour favoriser une perte de poids durable</p> <p>Si vous avez un indice de masse corporelle de 30 ou plus, nous couvrons des séances d'accompagnement intensives pour vous aider dans la perte de poids. Ces séances sont couvertes si vous vous rendez dans un établissement de soins primaires où une coordination peut avoir lieu avec votre plan global de prévention. Pour en savoir plus, parlez-en avec votre médecin de premier recours ou votre médecin généraliste.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour le dépistage et la prise en charge médicale de l'obésité.</p>
	<p>Services du programme de traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes</p> <p>Les adhérents de notre régime atteints d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes (« OUD ») peuvent bénéficier d'une couverture de services pour traiter cet OUD par l'entremise d'un programme de thérapie relatif aux opioïdes (« OTP ») qui inclut les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments pour traitement par antagoniste et agoniste opioïde (« MAT ») approuvés par la Food and Drug Administration (« FDA ») • Délivrance et administration de médicaments MAT (le cas échéant) • Conseils en matière de consommation de substances • Thérapie de groupe et individuelle • Test toxicologique • Activités d'admission • Évaluations périodiques 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour le programme de thérapie relatif aux opioïdes en ambulatoire couvert par Medicare.</p> <p>Aucune autorisation préalable n'est requise pour les services du programme de thérapie relatif aux opioïdes en ambulatoire couverts par Medicare, mais elle peut être requise si vous avez besoin de médicaments pour un traitement par opioïdes.</p>
	<p>Tests de diagnostic en ambulatoire et services et fournitures thérapeutiques</p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s'y limiter, ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiographies • Rayonnement (radiothérapie et traitement isotopique), y compris matériaux et fournitures techniques • Fournitures chirurgicales comme les pansements • Attelles, plâtres et autres appareils servant à réduire les fractures et les luxations • Tests en laboratoire 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Tests de diagnostic en ambulatoire et services et fournitures thérapeutiques (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sang, y compris le stockage et l'administration. La prise en charge du sang total et du concentré de globules rouges commence uniquement à partir du moment où vous bénéficiez du quatrième litre de sang dont vous avez besoin. Vous devrez payer les coûts des 3 premiers litres de sang que vous recevrez par année civile, ou bien vous bénéficierez de votre don de sang ou de celui d'une autre personne. Les autres composants du sang sont couverts à partir de la première pinte utilisée • Autres tests de diagnostic en ambulatoire - services de diagnostic non radiologiques, comme l'électrocardiogramme, l'électroencéphalogramme, l'exploration fonctionnelle respiratoire, l'étude du sommeil et les tests d'effort sur tapis roulant. • Services radiologiques de diagnostic (complexes et non complexes) comme les examens radiologiques spécialisés, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, les études nucléaires, les ultrasons, les mammographies de diagnostic et les procédures radiologiques interventionnelles (myélogramme, cystogramme, angiogramme et études au baryum). • Aucune autorisation n'est requise pour les services de laboratoire et de radiologie ambulatoires. 	
	<p>Observation en milieu hospitalier en ambulatoire</p> <p>Les services d'observation sont des services en ambulatoire à l'hôpital qui servent à déterminer si vous devez être hospitalisé(e) ou si vous pouvez sortir.</p> <p>Pour que les services hospitaliers d'observation en ambulatoire soient couverts, ils doivent répondre aux critères de Medicare et être jugés raisonnables et nécessaires. Les services d'observation sont couverts uniquement s'ils sont fournis sur prescription d'un médecin ou d'une autre personne autorisée par la loi de l'État et par les règlements administratifs du personnel hospitalier à admettre des patients à l'hôpital ou à prescrire des tests en ambulatoire.</p> <p>Remarque : Sauf si le prestataire a rédigé par écrit une ordonnance pour votre admission en tant que personne hospitalisée, vous êtes un(e) patient(e) pris(e) en charge en ambulatoire et vous payez les montants du partage des coûts pour les services hospitaliers en ambulatoire. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré(e) comme un(e) patient(e) en soins ambulatoires. Si vous ne savez pas si vous êtes pris(e) en charge sous la forme de soins ambulatoires ou non, demandez au personnel de l'hôpital.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Service couvert	Ce que vous payez
<p>Observation en milieu hospitalier en ambulatoire (suite)</p> <p>Pour plus d'informations, consultez la fiche d'informations intitulée « <i>Prestations hospitalières de Medicare</i> ». Cette fiche d'informations est disponible à l'adresse www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048. Vous pouvez appeler ces numéros gratuitement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</p>	
<p>Services hospitaliers en ambulatoire</p> <p>Nous prenons en charge les services médicaux nécessaires que vous obtenez en ambulatoire dans un hôpital pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure.</p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s'y limiter, ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services dans une unité d'urgence ou une clinique ambulatoire, comme les services d'observation ou la chirurgie ambulatoire • Tests en laboratoire et de diagnostic facturés par l'hôpital • Soins de santé mentale, y compris les soins d'un programme d'hospitalisation partielle, si un médecin atteste qu'un traitement dans le cadre d'une hospitalisation serait requis sans cela • Radiographies et autres services de radiologie facturés par l'hôpital • Fournitures médicales, comme des attelles et des plâtres • Certains médicaments ou produits biologiques que vous ne pouvez pas vous administrer <p>Remarque : Sauf si le prestataire a rédigé par écrit une ordonnance pour votre admission en tant que personne hospitalisée, vous êtes un(e) patient(e) pris(e) en charge en ambulatoire et vous payez les montants du partage des coûts pour les services hospitaliers en ambulatoire. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré(e) comme un(e) patient(e) en soins ambulatoires. Si vous ne savez pas si vous êtes pris(e) en charge sous la forme de soins ambulatoires ou non, demandez au personnel de l'hôpital.</p> <p>Vous trouverez également plus d'informations dans une fiche d'informations de Medicare intitulée <i>Êtes-vous un(e) patient(e) hospitalisé(e) ou ambulatoire ? Si vous êtes couvert(e) par Medicare – Demandez !</i> Cette fiche technique est disponible sur le site Web à l'adresse https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048. Vous pouvez appeler ces numéros gratuitement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p> <p>Les services hospitaliers en ambulatoire sont pris en charge dans le cadre d'autres prestations indiquées dans ce tableau. Découvrez ces prestations et d'autres pour les soins reçus dans un cadre hospitalier ambulatoire :</p> <p>« Soins d'urgence »</p> <p>« Couverture d'urgence/des soins urgents à l'international » « Tests de diagnostic en ambulatoire et services et fournitures thérapeutiques » « Chirurgie ambulatoire réalisée dans des établissements hospitaliers ambulatoires et des centres de chirurgie ambulatoires »</p> <p>« Hospitalisations partielles »</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins de santé mentale en ambulatoire</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <p>Services de santé mentale fournis par un médecin ou un psychiatre agréé par l'État, un psychologue clinicien, un travailleur social clinique, un infirmier spécialiste clinique, un conseiller professionnel agréé (LPC), un thérapeute conjugal et familial agréé (LMFT), un infirmier praticien (NP), un auxiliaire médical (PA) ou tout autre professionnel des soins de santé mentale certifié par Medicare autorisé par les lois de l'État en vigueur.</p> <p>Vos soins de santé mentale en ambulatoire Medicare couvrent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un dépistage de la dépression chaque année civile. Le dépistage doit être effectué dans le cabinet d'un médecin de premier recours ou dans une clinique de soins primaires qui peut fournir un traitement de suivi et des recommandations. • Psychothérapie de groupe ou individuelle avec des médecins ou certains professionnels agréés autorisés par l'État où vous bénéficiez de ces services. • Thérapie familiale, si l'objectif principal est de vous aider avec votre traitement. • Tests pour déterminer si vous bénéficiez des services dont vous avez besoin et si votre traitement actuel vous aide. • Évaluation psychiatrique. • Gestion des médicaments. 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Pour plus d'informations sur votre dépistage annuel de la dépression, consultez la Section « Dépistage de la dépression » de ce tableau.</p> <p>Si vous avez besoin de soins de santé mentale ambulatoires couverts par Medicare, référez-vous à la Section « Hospitalisation partielle » dans ce tableau.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Services de réadaptation ambulatoires</p> <p>Les services couverts incluent ce qui suit : physiothérapie, ergothérapie et orthophonie.</p> <p>Les services de réadaptation ambulatoires sont fournis dans différentes structures ambulatoires, comme les services hospitaliers ambulatoires, les cabinets de thérapeutes individuels et les établissements de réadaptation ambulatoire complets (« CORF »).</p>	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Services ambulatoires de traitement des troubles liés à l'usage de substances</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services de traitement des troubles liés à l'usage de substances en ambulatoire couverts par Medicare. 	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Services ambulatoires de traitement des troubles liés à l'usage de substances (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> En outre, Medicaid couvre les consultations pour thérapie de groupe ou individuelle. L'affilié(e) doit s'adresser lui-même/elle-même à un prestataire du réseau pour une évaluation dans une période de douze (12) mois. <p>Vous devez faire appel à un prestataire de soins de santé comportementale Senior Whole Health.</p> <p>Pour plus d'informations, consultez les Services aux adhérents.</p>	
	<p>Chirurgie ambulatoire, y compris les services fournis dans des établissements hospitaliers ambulatoires et des centres de chirurgie ambulatoires</p> <p>Remarque : En cas d'intervention chirurgicale programmée dans un établissement hospitalier, vous devez consulter au préalable votre prestataire pour savoir si vous serez hospitalisé(e) ou pris(e) en charge en ambulatoire. Sauf si le prestataire a rédigé par écrit une ordonnance pour votre admission en tant que personne hospitalisée, vous êtes un(e) patient(e) en ambulatoire et vous payez les montants du partage des coûts pour la chirurgie ambulatoire. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré(e) comme un(e) patient(e) en soins ambulatoires.</p>	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Articles en vente libre (« OTC ») (supplémentaires)*</p> <p>Vous bénéficiez d'une indemnité mensuelle cumulée de \$285 à dépenser sur les articles, produits et médicaments OTC approuvés par le régime par l'intermédiaire de votre carte Healthy You. Cette indemnité mensuelle est partagée avec celle destinée aux aliments et produits frais (SSBCI)*, au transport vers les lieux approuvés par le régime, aux aides auditives OTC, aux services de transport non urgent (SSBCI)* et aux factures de services publics (SSBCI)*. Vous pouvez utiliser cette indemnité pour l'achat d'articles OTC, d'aliments et de produits frais (SSBCI)*, le transport vers des lieux approuvés par le régime, l'achat d'aides auditives OTC, de services de transport non urgent (supplémentaires), ou pour obtenir une aide pour le paiement des factures de services publics (électricité, gaz naturel et eau). Si vous n'utilisez pas la totalité de votre montant de prestations mensuel, le solde restant expirera et ne sera pas reporté sur le mois suivant.</p> <p>Votre couverture comprend des articles de santé et de bien-être OTC sans ordonnance, comme des vitamines, de la crème solaire, des antidouleurs, des médicaments contre le rhume et la toux et des pansements.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de quote-part ou de franchise si vous utilisez votre carte Healthy You.</p> <p>Vous pourriez avoir des frais supplémentaires si vous dépassez votre allocation mensuelle maximale.</p> <p>Des limitations et des exclusions peuvent s'appliquer.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Service couvert	Ce que vous payez
<p>Articles en vente libre (« OTC ») (supplémentaires)* (suite)</p> <p>Vous pouvez les commander :</p> <p>En ligne – Consultez NationsOTC.com/Molina</p> <p>Par téléphone – Composez le 877-208-9243 pour parler à un conseiller en expérience adhérent de NationsOTC (TTY : 711), disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an.</p> <p>Par courrier – Complétez et renvoyez le bon de commande du catalogue de produits.</p> <p>Dans les magasins partenaires.</p> <p>Consultez votre catalogue de produits OTC 2026 pour obtenir la liste complète des produits OTC approuvés par le régime ou appelez une personne du service d'assistance dédié aux produits OTC pour obtenir de plus amples informations. Vous trouverez les informations importantes (instructions de commande) dans le catalogue de produits OTC 2026.</p> <p>Pour plus d'informations, contactez les Services aux adhérents.</p> <p>* Conditions d'éligibilité pour les malades chroniques</p>	
<p>Services d'hospitalisation partielle et services ambulatoires intensifs</p> <p><i>L'hospitalisation partielle</i> est un programme structuré de traitement psychiatrique actif fourni à titre de service hospitalier en consultation en ambulatoire ou par un centre de santé mentale de la communauté. Les soins qui y sont reçus sont plus intenses que ceux reçus dans le cabinet de votre médecin, de votre thérapeute, de votre thérapeute conjugal et familial agréé (« LMFT ») ou de votre conseiller professionnel agréé, et elle constitue une alternative à l'hospitalisation complète.</p> <p>Le <i>service ambulatoire intensif</i> est un programme de thérapie en santé comportementale (mentale) structuré, proposé dans un service ambulatoire hospitalier, un centre de santé mentale communautaire, un centre de santé agréé par le gouvernement fédéral ou un dispensaire rural. Ce service est plus intensif que les soins habituels reçus dans le cabinet de votre médecin de votre thérapeute conjugal et familial (« LMFT ») agréé ou de votre conseiller professionnel agréé, mais moins intense que l'hospitalisation partielle.</p>	<p>Il n'y a pas de coassurance, de quote-part ou de franchise pour les services d'hospitalisation partielle couverts par Medicare.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>



Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Services du médecin/praticien, y compris consultations au cabinet du médecin</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services de soins médicaux ou de chirurgie médicalement nécessaires dispensés dans le cabinet d'un médecin, dans un centre de chirurgie ambulatoire certifié, dans un service hospitalier ambulatoire ou tout autre endroit. Une autorisation préalable peut être requise. • Consultation, diagnostic et traitement effectué par un spécialiste • Tests de base d'audition et d'équilibre effectués par votre PCP, si votre médecin vous le prescrit pour savoir si vous avez besoin d'un traitement médical • Certains services de télémédecine, y compris les services de soins primaires <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vous avez la possibilité de bénéficier de ces services par l'entremise d'une consultation ou par télémédecine. Si vous voulez bénéficier de l'un de ces services par télémédecine, vous devez utiliser un prestataire du réseau qui offre un service de télémédecine. Si vous voulez bénéficier de l'un de ces services par télémédecine, vous devez utiliser un prestataire du réseau qui offre un service de télémédecine. Pour rechercher un prestataire du réseau, consultez notre site Web à l'adresse SWHNY.com. ◦ Les consultations médicales virtuelles sont des consultations médicales qui sont délivrées en dehors des établissements médicaux par des prestataires virtuels qui utilisent une technologie en ligne et des fonctionnalités vidéo/audio en direct. ◦ Remarque : Toutes les affections médicales ne peuvent pas être traitées au moyen de consultations virtuelles. Le médecin de la consultation virtuelle déterminera si vous avez besoin de voir un médecin en personne pour obtenir un traitement. • Services de télémédecine pour des consultations mensuelles liées à une insuffisance rénale au stade terminal pour les adhérents en dialyse à domicile dans un centre de dialyse rénale hospitalier, un établissement de dialyse rénale ou au domicile de l'adhérent. Une autorisation préalable peut être requise. 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Service couvert	Ce que vous payez
<p>Services du médecin/praticien, y compris consultations au cabinet du médecin (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services de télémédecine pour diagnostiquer, évaluer ou traiter les symptômes d'un AVC, quel que soit votre emplacement. Une autorisation préalable peut être requise. • Services de télémédecine pour les adhérents souffrant de toxicomanie ou de troubles mentaux concomitants, quel que soit leur emplacement. Une autorisation préalable peut être requise. • Services de télémédecine pour diagnostiquer, évaluer ou traiter les troubles de santé mentale comportementale si : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vous avez une consultation en personne dans les 6 mois précédant votre première consultation de télémédecine ◦ Vous avez une consultation en personne tous les 12 mois au moment où vous recevez ces services de télémédecine ◦ Des exceptions peuvent être faites aux mentions ci-dessus dans certains cas. • Services de télémédecine pour les consultations en santé mentale fournis par les dispensaires ruraux et les centre de santé agréé par le gouvernement fédéral • Enregistrements virtuels (par téléphone ou conversation vidéo par exemple) auprès de votre médecin pour une durée de 5 à 10 minutes si : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vous n'êtes pas un nouveau patient et ◦ L'enregistrement n'est pas lié à une consultation chez le médecin qui a eu lieu dans les 7 derniers jours et ◦ L'enregistrement n'entraîne pas une consultation chez le médecin dans les 24 heures ou au prochain rendez-vous disponible • Évaluation de la vidéo et/ou des images envoyées à votre médecin, et interprétation et suivi par votre médecin dans les 24 heures si : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vous n'êtes pas un nouveau patient et ◦ L'évaluation n'est pas liée à une consultation chez le médecin qui a eu lieu dans les 7 derniers jours et ◦ L'évaluation n'entraîne pas une consultation chez le médecin dans les 24 heures ou au prochain rendez-vous disponible • Concertation que votre médecin a avec d'autres médecins par téléphone, Internet, ou dossier médical électronique • Deuxième avis médical <i>par un autre prestataire du réseau</i> avant une intervention chirurgicale 	



Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Services du médecin/praticien, y compris consultations au cabinet du médecin (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins dentaires non courants (les services couverts sont limités à la chirurgie de la mâchoire ou des structures associées, à la fixation des fractures de la mâchoire ou des os du visage, à l'extraction de dents pour préparer la mâchoire aux traitements par radiothérapie d'une maladie néoplasique [cancer], ou services couverts si prodigués par un médecin). Une autorisation préalable peut être requise. • Services de suivi au cabinet d'un médecin ou dans une structure hospitalière ambulatoire si vous prenez des médicaments anticoagulants, comme la warfarine ou l'héparine. 	
	<p>Services de podiatrie (couverts par Medicare)</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic et traitement médical ou chirurgical des blessures et maladies des pieds (telles que les orteils en marteau ou les épines calcanéennes) • Soins des pieds de routine pour les adhérents souffrant de certaines affections médicales affectant les membres inférieurs 	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Prophylaxie pré-exposition (« PrEP ») pour la prévention du VIH</p> <p>Si vous n'avez pas le VIH, mais que votre médecin ou un autre professionnel de santé détermine que vous présentez un risque accru de contracter le VIH, nous couvrons les médicaments de prophylaxie pré-exposition (« PrEP ») et les services connexes.</p> <p>Si vous êtes éligible, les services couverts incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments PrEP oraux ou injectables approuvés par la FDA. Si l'on vous administre un médicament injectable, nous couvrons également les frais d'injection du médicament. • Jusqu'à 8 séances de conseil individuelles (comprenant l'évaluation du risque de VIH, la réduction du risque de VIH et l'observance thérapeutique) tous les 12 mois. • Jusqu'à 8 dépistages du VIH tous les 12 mois. <p>Dépistage ponctuel du virus de l'hépatite B.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour la prestation PrEP.</p>
	<p>Examens de dépistage du cancer de la prostate</p> <p>Pour les hommes âgés de 50 ans et plus, les services couverts incluent ce qui suit tous les 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toucher rectal • Test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (« PSA ») 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour un test annuel de dépistage du PSA.</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Dispositifs prothétiques et orthétiques et fournitures associées</p> <p>Dispositifs (autres que dentaires) qui remplacent la totalité ou une partie du corps ou d'une fonction. Cela inclut, entre autres, les tests, l'ajustement et la formation à l'utilisation des dispositifs prothétiques et orthopédiques, ainsi que : les poches de colostomie et les fournitures liées aux soins de colostomie, les pacemakers, les attelles, les chaussures prothétiques, les membres artificiels et les prothèses mammaires (y compris les soutiens-gorge post-mastectomie). Inclut certaines fournitures associées aux dispositifs prothétiques et orthétiques, ainsi que la réparation et/ou le remplacement de ces dispositifs. Inclut également une couverture spécifique suite au retrait de la cataracte ou à la chirurgie de la cataracte. Pour plus d'informations, consultez la Section « <i>Soins de santé visuelle</i> » plus loin dans ce tableau.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Services de réadaptation pulmonaire</p> <p>Les programmes complets de réadaptation pulmonaire sont couverts pour les adhérents souffrant d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (« COPD ») d'intensité modérée à très sévère et les adhérents disposant d'une prescription pour une réadaptation pulmonaire de la part du médecin traitant la maladie respiratoire chronique.</p>	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>
	<p>Dépistage et conseils pour diminuer la consommation abusive d'alcool</p> <p>Nous couvrons un dépistage de consommation abusive d'alcool pour les adultes (y compris les femmes enceintes) ayant une consommation abusive d'alcool, mais sans en être dépendants.</p> <p>Si votre dépistage de consommation abusive d'alcool est positif, vous pouvez bénéficier de jusqu'à 4 séances brèves de conseils par an (si vous vous montrez apte et attentif[ve] pendant la séance) en face à face avec un médecin de premier recours ou médecin généraliste qualifié dans un établissement de soins primaires.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour la prestation de prévention en matière de dépistage et de conseils visant à diminuer la consommation abusive d'alcool couverts par Medicare.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Dépistage du cancer du poumon par tomодensitométrie à faible dose (« LDCT »)</p> <p>Pour les personnes éligibles, une LDCT est couverte tous les 12 mois.</p> <p>Les personnes éligibles sont : personnes âgées de 50 à 77 ans ne présentant aucun signe ou symptôme de cancer du poumon, mais ayant des antécédents de tabagisme d’au moins 20 paquets-années et qui fument actuellement ou qui ont arrêté de fumer au cours des 15 dernières années, et qui reçoivent une ordonnance pour une LDCT dans le cadre d’une consultation de prise de décision partagée et de conseils de dépistage du cancer du poumon qui répond aux critères de Medicare pour ces consultations. Cette consultation doit être effectuée par un médecin ou un praticien professionnel qualifié autre qu’un médecin.</p> <p><i>Pour les dépistages du cancer du poumon par LDCT après un dépistage initial par LDCT :</i> les adhérents doivent obtenir une ordonnance pour un dépistage du cancer du poumon par LDCT. Ce dépistage doit être effectué lors d’une consultation avec un médecin ou un praticien professionnel qualifié autre qu’un médecin. Si un médecin ou un praticien professionnel qualifié autre qu’un médecin choisit de réaliser une consultation de prise de décision partagée et de conseils de dépistage du cancer du poumon pour des dépistages ultérieurs du cancer du poumon par LDCT, la consultation doit répondre aux critères Medicare pour ces types de consultation.</p>	<p>Il n’y a pas de coassurance, de quote-part ou de franchise pour la consultation de prise de décision partagée et de conseils couverte par Medicare ou pour la tomодensitométrie à faible dose (« LDCT »).</p>
	<p>Dépistage de l’infection par le virus de l’hépatite C</p> <p>Nous couvrons un dépistage de l’hépatite C si votre médecin de premier recours ou un autre prestataire de soins de santé qualifié le prescrit et que vous remplissez l’une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous présentez un niveau de risque élevé en raison de votre consommation actuelle ou passée de drogues injectables illicites. • Vous avez reçu une transfusion sanguine avant 1992. • Vous êtes né(e) entre 1945 et 1965. <p>Si vous êtes né(e) entre 1945 et 1965 et que vous n’êtes pas considéré(e) comme présentant un niveau de risque élevé, nous prenons en charge un dépistage unique. Si vous présentez un niveau de risque élevé (par exemple, vous avez continué à consommer des drogues injectables illicites depuis votre précédent test de dépistage négatif de l’hépatite C), nous prenons en charge les dépistages annuels.</p>	<p>Il n’y a pas de coassurance, de quote-part ni de franchise pour le dépistage du virus de l’hépatite C couvert par Medicare.</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Dépistage des infections sexuellement transmissibles (« IST ») et conseils pour les prévenir</p> <p>Nous couvrons les dépistages des infections sexuellement transmissibles (« IST ») pour la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et l'hépatite B. Ces dépistages sont couverts pour les femmes enceintes et pour certaines personnes présentant un risque élevé d'infection sexuellement transmissible lorsque les tests sont prescrits par un prestataire de soins primaires. Nous couvrons ces tests tous les 12 mois ou à certains stades de la grossesse.</p> <p>Nous couvrons également jusqu'à 2 séances de 20 à 30 minutes individuelles en face-à-face de conseils en matière de comportement intensif par an pour les adultes sexuellement actifs présentant un risque élevé d'infections sexuellement transmissibles (« IST »). Nous couvrons ces séances de conseils en tant que service de prévention uniquement si elles sont fournies par un prestataire de soins primaires et qu'elles ont lieu dans un établissement de soins primaires, comme le cabinet d'un médecin.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour la prestation de prévention en matière de dépistage des IST et de conseils relatifs aux IST couverts par Medicare.</p>
	<p>Services de traitement des maladies rénales</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services d'éducation aux maladies rénales pour former aux soins rénaux et pour aider les adhérents à prendre des décisions éclairées concernant leurs soins. Pour les adhérents atteints d'une insuffisance rénale chronique de stade IV adressés par leur médecin, nous couvrons jusqu'à 6 séances à vie de services d'éducation aux maladies rénales • Dialyses en ambulatoire (y compris les dialyses effectuées temporairement hors de la zone de service, tel qu'expliqué au Chapitre 3, ou lorsque votre prestataire pour ce service est temporairement indisponible ou inaccessible) • Dialyses en hospitalisation (si vous devez être hospitalisé[e] pour un soin spécifique) • Formation à l'auto-dialyse (inclut une formation pour vous et pour toute personne vous venant en aide lors de vos dialyses à domicile) • Équipement et fournitures pour les dialyses à domicile • Certains services de soutien à domicile (par exemple, lorsque cela est nécessaire, des consultations par des techniciens en dialyse formés pour vérifier que vos dialyses à domicile se passent bien, pour vous aider en cas d'urgence et pour vérifier votre approvisionnement en eau et votre équipement de dialyse) 	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p> <p>Dialyses en hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultez « Soins dans le cadre d'une hospitalisation » dans ce tableau. <p>Équipement et fournitures pour les dialyses à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultez « Matériel médical durable et fournitures associées » dans ce tableau. <p>Services de soutien à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultez « Soins de santé à domicile par une agence » dans ce tableau.

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Services de traitement des maladies rénales (suite)</p> <p>Certains médicaments pour la dialyse sont couverts dans le cadre de Medicare Part B. Pour plus d'informations sur la couverture des médicaments relevant de la Partie B, consultez la section « Médicaments relevant de Medicare Part B » de ce tableau.</p>	<p>Médicaments pour dialyse relevant de Medicare Part B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultez « Médicaments sur ordonnance relevant de Medicare Part B » dans ce tableau.
	<p>Soins en établissement de soins infirmiers qualifiés (« SNF »)</p> <p>(Pour obtenir une définition des soins en établissement de soins infirmiers qualifiés, consultez le Chapitre 12. Les établissements de soins spécialisés sont parfois appelés SNF.)</p> <p>Les services couverts incluent, mais sans s'y limiter, ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chambre semi-privée (ou chambre privée si médicalement nécessaire) • Repas, y compris régimes spéciaux • Soins infirmiers spécialisés • Physiothérapie, ergothérapie et orthophonie • Médicaments qui vous sont administrés dans le cadre de notre régime de soins (inclut les substances naturellement présentes dans le corps, comme les facteurs de coagulation.) • Sang, y compris le stockage et l'administration. La prise en charge du sang total et du concentré de globules rouges dans le cadre d'une transfusion commence uniquement à partir du moment où l'on vous transfuse la quatrième pinte (1 pinte équivalant à 473 mL) de sang dont vous avez besoin. Vous devez payer les coûts des 3 premières pintes de sang que vous recevrez par année civile, ou bien vous bénéficierez de votre don de sang ou de celui d'une autre personne. Les autres composants du sang sont couverts à partir du premier litre utilisé • Fournitures médicales et chirurgicales généralement fournies par les SNF • Tests en laboratoire généralement effectués par les SNF • Radiographies et autres services de radiologie généralement effectués par les SNF • Utilisation de dispositifs, comme des fauteuils roulants généralement fournis par les SNF • Services du médecin/praticien 	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p> <p>Sauf en cas d'urgence, votre médecin doit nous informer que vous allez être admis(e) dans un SNF. Aucun séjour à l'hôpital préalable n'est requis.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins en établissement de soins infirmiers qualifiés (« SNF ») (suite)</p> <p>En général, vous bénéficierez de soins en SNF dans des établissements du réseau. Dans certaines conditions répertoriées ci-après, vous pourrez être amené(e) à payer le partage des coûts du réseau pour un établissement qui n'est pas un prestataire du réseau, si l'établissement accepte les montants de paiement de notre régime.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un établissement de soins pour personnes âgées ou une communauté de retraite de soins continus où vous viviez juste avant d'être admis(e) à l'hôpital (tant qu'elle prodigue des soins en établissement de soins infirmiers qualifiés) • Un SNF où votre conjoint ou partenaire vit au moment où vous quittez l'hôpital 	
	<p>Tabagisme et arrêt du tabac (conseils pour arrêter de fumer)</p> <p>Les conseils relatifs au tabagisme et à l'arrêt du tabac sont couverts pour les patients en milieu ambulatoire et hospitalier qui répondent aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consomment du tabac, qu'ils présentent ou non des signes ou symptômes de maladies liées au tabagisme • Sont aptes et attentifs pendant la séance • Un médecin qualifié ou un autre praticien reconnu par Medicare fournit les conseils <p>Nous couvrons 2 tentatives de sevrage par an (chaque tentative peut inclure un maximum de 4 séances intermédiaires ou intensives, soit un maximum de 8 séances par an pour le/la patient[e].)</p>	Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour la prestation de prévention en matière de tabagisme et d'arrêt du tabac couverte par Medicare.
	<p>Services relatifs au tabagisme et à l'arrêt du tabac (supplémentaires)*</p> <p>Si vous voulez arrêter de fumer, parlez-en avec votre médecin de premier recours ou appelez notre Health Education Department (Département d'éducation à la santé).</p> <p>En plus de la couverture offerte dans le cadre de la prestation en matière de tabagisme et d'arrêt du tabac couverte par Medicare, le régime couvre 8 services de conseils supplémentaires par année civile pour vous aider à arrêter de fumer ou de consommer des produits du tabac.</p> <p>Vous devez épuiser votre prestation en matière d'arrêt du tabac couverte par Medicare pour que le régime paye cette couverture dans le cadre de cette prestation.</p>	Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.
	Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques	Il n'y a pas de coassurance ni de quote-part lorsque

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Si l'on vous diagnostique l'une des maladies chroniques suivantes identifiées et que vous répondez à certains critères, vous pouvez peut-être bénéficier de prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladies auto-immunes • Maladies cardiovasculaires • Insuffisance cardiaque chronique • Démence • Diabète sucré • Maladies pulmonaires chroniques • Insuffisance rénale chronique (« CKD ») • Troubles chroniques liés à la consommation d'alcool et d'autres substances (« SUD ») • Cancer • Surpoids, obésité et syndrome métabolique • Maladie gastro-intestinale chronique • Troubles hématologiques sévères • VIH/SIDA • Troubles de la santé mentale chroniques et invalidants • Troubles neurologiques • AVC • Après une transplantation d'organe • Immunodéficience et troubles immunosuppresseurs • Affections associées à des troubles cognitifs • Affections entraînant des limitations fonctionnelles • Affections chroniques entraînant une altération de la vue, de l'audition (surdité), du goût, du toucher et de l'odorat • Affections nécessitant des services thérapeutiques continus pour permettre aux personnes de maintenir ou conserver leurs capacités fonctionnelles <p>Nous vous aiderons � accéder à ces prestations. Vous pouvez appeler les Services aux adhérents ou votre coordinateur de soins pour faire votre demande de prestation ou obtenir des informations supplémentaires.</p>	<p>vous utilisez votre carte Healthy You.</p> <p>La participation à un programme de gestion des soins peut être requise. Les affiliés doivent également obtenir l'autorisation de leur médecin pour certains tests en raison du manque d'informations médicales antérieures.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Service couvert	Ce que vous payez
<p>Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques (suite)</p> <p>Remarque : Avec cette demande de prestation, vous autorisez les représentants de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) à vous contacter par téléphone, par courrier ou par tout autre moyen de communication, comme expressément indiqué dans votre application.</p> <p>Après approbation, votre carte précréditée Healthy You sera automatiquement créditée d'une indemnité mensuelle cumulée de \$285 que vous pourrez utiliser pour les prestations SSBCI. Toute allocation non utilisée à la fin de chaque mois ne sera pas reportée sur le mois suivant.</p> <p>Aliments et produits frais*</p> <p>Les bénéficiaires atteints d'une maladie chronique listée ci-dessus sont également éligibles à la prestation concernant les aliments et les produits par le biais de la prestation de la carte Healthy You. Votre carte Healthy You sera automatiquement créditée d'un montant maximal de \$285 par mois, en plus de l'indemnité pour l'achat d'articles en vente libre (« OTC ») et d'aides auditives OTC, le transport vers des lieux de santé approuvés par le régime, le transport pour les besoins non médicaux et l'aide au paiement des factures de services publics* (électricité, gaz naturel et eau).</p> <p>Vous pouvez utiliser cette allocation avec votre carte Healthy You pour acheter divers produits alimentaires sains, de marques ou génériques, dans les magasins participants proches de chez vous ou en ligne avec livraison à domicile gratuite sur SWHMA.com.</p> <p>Toute allocation non utilisée à la fin de chaque mois ne sera pas reportée sur le mois suivant.</p> <p>Transport pour besoins non médicaux</p> <p>Vous pouvez utiliser votre carte Healthy You pour payer des trajets vers des lieux approuvés par le régime pour des besoins non médicaux, tels que des centres de remise en forme, des banques alimentaires, des épiceries, des pharmacies pour l'achat de fournitures OTC, des lieux de culte et des centres pour personnes âgées. Pour de plus amples informations, veuillez consulter la section sur la carte de débit précréditée Healthy You.</p> <p>Factures de services publics*</p> <p>Nos adhérents doivent passer une évaluation pour vérifier leur éligibilité à l'aide pour les services publics (électricité, gaz naturel et eau).</p>	

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques (suite)</p> <p>Votre carte Healthy You sera automatiquement créditée d'un montant maximal de \$285 par mois, en plus de l'indemnité pour l'achat d'articles en vente libre (« OTC »), d'aides auditives OTC et d'aliments et de produits frais*, le transport vers des lieux de santé approuvés par le régime et le transport pour les besoins non médicaux.</p> <p>* Conditions d'éligibilité pour les malades chroniques</p>	
	<p>Thérapie par l'exercice supervisé (« SET »)</p> <p>La SET est couverte pour les adhérents souffrant d'une maladie artérielle périphérique symptomatique (« PAD »).</p> <p>Jusqu'à 36 séances sur une période de 12 mois sont couvertes si les conditions du programme de thérapie avec exercices supervisés (« SET ») sont remplies.</p> <p>La SET doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'articuler autour de séances de 30 à 60 minutes, y compris un programme d'entraînement thérapeutique pour la maladie artérielle périphérique (« PAD ») chez les patients souffrant d'une claudication. • Être effectuée dans une structure hospitalière ambulatoire ou dans le cabinet d'un médecin. • Être dispensée par du personnel auxiliaire qualifié pour garantir que le bénéfice soit supérieur au préjudice, et formé à la thérapie par exercices pour la PAD. • Être sous la supervision directe d'un médecin, d'un auxiliaire médical ou d'un infirmier praticien/infirmier spécialiste clinique qui doit être formé aux techniques d'assistance vitale avancée et de base. <p>La SET peut être couverte au-delà de 36 séances sur une période de 12 semaines pour 36 séances supplémentaires sur une période prolongée si jugée médicalement nécessaire par un prestataire de soins de santé.</p>	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour les adhérents éligibles à cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise.</p>


Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Transport non urgent (supplémentaire)</p> <p>Vous disposez d'une indemnité mensuelle cumulée de \$285 à utiliser pour des trajets vers un établissement de soins de santé de votre choix avec votre carte Healthy You. Ce montant ne correspond pas à un nombre fixe de trajets, mais peut être utilisé pour prendre en charge des transports non urgents jusqu'à la limite de la prestation. Ce montant est cumulé avec l'indemnité mensuelle destinée aux articles en vente libre (« OTC »), aux aides auditives OTC, aux aliments et produits frais*, au transport vers des lieux de santé approuvés par le régime et aux factures de services publics. Si vous n'utilisez pas la totalité de votre montant de prestations mensuel, le solde restant expirera et ne sera pas reporté sur la période de prestations suivante.</p> <p>Vous pouvez utiliser votre carte précréditée Healthy You pour payer des trajets via des applications de transport, des services de taxi, ou pour d'autres formes de transport non urgent, comme des abonnements de bus, des cartes de train ou d'autres types de transport public. Nous encourageons nos adhérents à recourir au nombre maximum de courses que cette allocation permet d'utiliser. Pour des destinations courantes comme les centres de dialyse ou les établissements de physiothérapie, contactez directement l'établissement pour vérifier s'il existe des options de transport plus économiques avant de réserver via une application ou un service commercial.</p> <p>* Conditions d'éligibilité pour les malades chroniques</p>	<p>Il n'y a pas de coassurances ni de quotes-parts pour ces services si vous utilisez votre carte Healthy You.</p> <p>Vous pourriez avoir des frais supplémentaires si vous dépassez votre allocation annuelle maximale.</p> <p>Des limitations et des exclusions peuvent s'appliquer. Si vous nécessitez de soins d'urgence, appelez le 911 et demandez une ambulance.</p> <p>Pour en savoir plus sur le transport d'urgence, reportez-vous à la Section « Services d'ambulance » de ce tableau.</p>
	<p>Services d'urgence</p> <p>Un service pris en charge par le régime nécessitant une attention médicale immédiate, mais qui ne constitue pas une urgence est considéré comme un service d'urgence si vous vous trouvez temporairement en dehors de la zone de service de notre régime ou si, même à l'intérieur de cette zone, il est déraisonnable, compte tenu du temps, du lieu ou des circonstances, de le recevoir auprès de prestataires du réseau. Notre régime doit prendre en charge ces services d'urgence et ne vous facturer que votre partage des coûts habituel. Parmi ces services d'urgence, on peut citer des maladies imprévues, des blessures soudaines ou des aggravations inattendues d'affections existantes. Les consultations de routine médicalement nécessaires chez un prestataire (comme les bilans de santé annuels) ne sont pas considérées comme des besoins urgents, même si vous vous trouvez en dehors de la zone de service de notre régime ou si le réseau de notre régime est temporairement indisponible.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour ces services.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Soins de santé visuelle (pris en charge par Medicare)</p> <p>Les services couverts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services médicaux en ambulatoire pour le diagnostic et le traitement des maladies et blessures ophtalmologiques, y compris le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Original Medicare ne couvre pas les examens ophtalmologiques de routine (réfractions oculaires) pour les lunettes/lentilles de contact. • Pour les personnes présentant un niveau de risque élevé de développer un glaucome, nous couvrons un dépistage du glaucome par an. Personnes présentant un niveau de risque élevé de développer un glaucome : personnes ayant un antécédent familial de glaucome, personnes souffrant de diabète, Afro-Américains de 50 ans et plus et Américains d'origine hispanique de 65 ans et plus. • Pour les personnes souffrant de diabète, un dépistage de la rétinopathie diabétique est couvert une fois par an. • Vous avez droit à une paire de lunettes ou à des lentilles de contact après chaque opération de la cataracte qui inclut l'insertion d'un implant intraoculaire. Si vous subissez 2 opérations de la cataracte, vous ne pouvez pas utiliser cette prestation après la première intervention pour acheter 2 paires de lunettes après la seconde. <p>Soins de santé visuelle (supplémentaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen ophtalmologique de routine par an • Lunettes, jusqu'à \$350 par an <p>Les services couverts par Medicaid incluent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services des optométristes, des ophtalmologistes et des opticiens, y compris lunettes, lentilles de contact nécessaires médicalement et lentilles en polycarbonate, yeux artificiels (en stock ou sur mesure), aides pour la basse vision et services de basse vision. La couverture inclut la réparation ou le remplacement des pièces. <p>Examens pour le diagnostic et le traitement des défauts visuels et/ou maladie des yeux. Les examens pour la réfraction sont couverts tous les 2 ans sauf en cas de nécessité médicale. Vous devez utiliser un prestataire du réseau. Consultez le Répertoire des prestataires/pharmacies ou appelez les Services aux adhérents pour obtenir une liste.</p>	<p>Aucune coassurance ni quote-part ne s'applique pour les adhérents éligibles à cette prestation.</p> <p>Une autorisation préalable peut être requise pour les lunettes.</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	<p>Visite de prévention de bienvenue à Medicare</p> <p>Notre régime couvre la visite de prévention ponctuelle « <i>Bienvenue à Medicare</i> ». Cette visite comprend une évaluation de votre état de santé, ainsi que des conseils sur les services de prévention dont vous avez besoin (y compris certains dépistages et vaccins), et des orientations vers d'autres soins, le cas échéant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Important : Nous couvrons la visite de prévention « <i>Bienvenue à Medicare</i> » uniquement au cours des 12 premiers mois de couverture par Medicare Part B. Lorsque vous prenez rendez-vous, indiquez au cabinet de votre médecin que vous souhaitez planifier une visite préventive « <i>Bienvenue à Medicare</i> ». 	<p>Il n'y a pas de coassurance, de quote-part ou de franchise pour la visite de prévention de <i>bienvenue à Medicare</i>.</p>
	<p>Couverture d'urgence mondiale (supplémentaire)*</p> <p>À titre d'avantage supplémentaire, votre couverture inclut jusqu'à \$10,000 chaque année civile pour des soins d'urgence dans le monde en dehors des États-Unis.</p> <p>Cette prestation est limitée aux services classés comme étant des soins d'urgence si les soins ont été prodigués aux États-Unis. La couverture mondiale inclut les soins d'urgence et les soins post-stabilisation.</p> <p>Dans ce cas de figure, nous demandons que vous, ou une personne vous représentant, nous appeliez. Nous tenterons de trouver un prestataire du réseau qui prendra en charge vos soins dès que votre état de santé et les circonstances le permettront.</p> <p>Le rapatriement aux États-Unis n'est pas couvert. Les soins de routine et les procédures pré-programmées ou facultatives ne sont pas couverts.</p> <p>Les taxes et frais étrangers (y compris notamment les frais de conversion de devises ou de transaction) ne sont pas couverts.</p> <p>Les États-Unis recouvrent 50 États, le District of Columbia, Puerto Rico, les îles Vierges, Guam, les îles Mariannes du Nord et les Samoa américaines.</p>	<p>Aucune coassurance, quote-part ou franchise ne s'applique pour cette prestation.</p> <p>Si vous recevez des soins d'urgence en dehors des États-Unis et que vous avez besoin de soins hospitaliers après stabilisation de votre état d'urgence, vous devez vous rendre dans un hôpital du réseau pour que vos soins continuent d'être couverts OU vous devez recevoir des soins d'hospitalisation dans un hôpital hors réseau autorisé par le régime.</p> <p>Vos coûts correspondront à la participation aux coûts que vous payeriez dans un</p>

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

	Service couvert	Ce que vous payez
	Couverture d'urgence mondiale (supplémentaire)* (suite)	<p>hôpital du réseau. Le régime maximal s'applique.</p> <p>Vous devrez peut-être déposer une demande de remboursement pour les soins urgents/d'urgence reçus en dehors des États-Unis.</p> <p>Le régime maximal de \$10,000 par année civile s'applique pour cette prestation.</p>

SECTION 3 Services couverts en dehors de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Les services suivants ne sont pas couverts par Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP), mais sont couverts par Medicaid :

- Services de planification familiale hors réseau au titre des dispositions d'accès direct
- Prestations pharmaceutiques Medicaid, conformément à la loi de l'État (catégories de médicaments exclues au titre de la prestation de remboursement des médicaments relevant de Medicare Part D)
- Programmes de traitement d'entretien à la méthadone
- Services de réadaptation fournis aux habitants de résidences communautaires (CR) agréées OMH et programmes de traitement en milieu familial
- Services aux personnes en situation de déficience du développement
- Gestion complète de cas Medicaid
- Thérapie sous observation directe (DOT) pour la tuberculose active

SECTION 4 Services non couverts par Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) NI par Medicaid

Cette section vous indique quels sont les services exclus.

Le tableau répertorie les services et articles qui ne sont pas couverts par notre régime ou Medicaid, quelles que soient les conditions, ou qui ne sont couverts par Medicaid que dans des conditions spécifiques.

Si vous bénéficiez de services exclus (non couverts), vous devez les payer vous-même, sauf dans les conditions spécifiques énumérées ci-dessous. Même si vous recevez les services exclus dans un centre d'urgence, ils ne sont pas couverts et notre régime ne les prendra pas en charge. La seule exception est si le service fait l'objet d'un recours et qu'il est décidé, à l'issue de ce recours, qu'il s'agit d'un service médical que nous aurions dû

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

payer ou couvrir en raison de votre situation particulière. (Pour plus d'informations sur la contestation d'une décision de non-couverture d'un service médical, consultez le Chapitre 9, Section 6.3.)

Services non couverts par Medicare	Couverts uniquement sous certaines conditions
Acupuncture	Disponible pour les personnes souffrant de douleurs chroniques dans le bas du dos, sous certaines conditions.
Chirurgies ou interventions esthétiques	Prises en charge en cas de blessure accidentelle ou pour l'amélioration du fonctionnement d'un membre malformé du corps Prises en charge pour toutes les étapes de la reconstruction d'un sein après une mastectomie, ainsi que pour le sein non affecté afin de produire une apparence symétrique
Soins de garde Les soins de garde sont des soins personnels qui ne nécessitent pas l'attention continue d'un personnel médical ou paramédical qualifié, tels que les soins qui vous aident à accomplir les activités de la vie quotidienne, comme se laver ou s'habiller	Non couverts, quelles que soient les conditions
Actes médicaux et chirurgicaux, équipements et médicaments expérimentaux Les procédures et articles expérimentaux sont les articles et procédures qu'Original Medicare considère comme n'étant pas communément acceptés par la communauté médicale	Ils peuvent être pris en charge par Original Medicare dans le cadre d'une étude de recherche clinique approuvée par Medicare ou par notre régime (Consultez le Chapitre 3, Section 5 pour plus d'informations sur les études de recherche clinique)
Frais facturés pour les soins prodigués par vos proches parents ou les membres de votre foyer	Non couverts, quelles que soient les conditions
Soins infirmiers à temps plein à votre domicile	Non couverts, quelles que soient les conditions
Repas livrés à domicile	Non couverts, quelles que soient les conditions
Les services d'aide ménagère comprennent une assistance domestique de base, telle que les activités simples d'entretien	Non couverts, quelles que soient les conditions

Chapitre 4 : Tableau des prestations médicales (ce qui est couvert)

Services non couverts par Medicare	Couverts uniquement sous certaines conditions
ménager ou de préparation des repas.	
Services de naturopathie (traitements naturels ou alternatifs)	Non couverts, quelles que soient les conditions
Chaussures orthopédiques ou dispositifs de soutien pour les pieds	Chaussures faisant partie d'une orthèse de jambe et incluses dans le coût de l'orthèse. Chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour les personnes souffrant d'une maladie du pied diabétique. Les chaussures orthopédiques peuvent être couvertes par Medicaid
Articles personnels dans votre chambre à l'hôpital ou dans un établissement de soins infirmiers qualifiés, tels qu'un téléphone ou une télévision	Non couverts, quelles que soient les conditions
Chambre privée dans un hôpital	Prise en charge uniquement en cas de nécessité médicale
Inversion de procédures de stérilisation et/ou fournitures contraceptives sans ordonnance	Non couverts, quelles que soient les conditions
Services de chiropraxie de routine	La manipulation manuelle de la colonne vertébrale pour corriger une subluxation est prise en charge
Soins dentaires de routine, tels que les détartrages, les obturations ou les prothèses dentaires	Non couverts, quelles que soient les conditions Pour plus d'informations, consultez le Tableau des prestations médicales.
Examens ophtalmologiques de routine, lunettes, kératotomie radiaire, chirurgie LASIK et autres aides à la basse vision	Non couverts, quelles que soient les conditions Pour plus d'informations, consultez le Tableau des prestations médicales.
Soins des pieds de routine	Une couverture limitée est fournie conformément aux directives de Medicare (par exemple, si vous souffrez de diabète) Pour plus d'informations, consultez le Tableau des prestations médicales.
Examens auditifs de routine, prothèses auditives ou examens en vue de l'adaptation de prothèses auditives	Medicaid a couvert les tests et les examens, les évaluations des prothèses auditives et les prescriptions (médicalement nécessaires). Pour plus d'informations, consultez le Tableau des prestations médicales.
Services considérés comme non raisonnables et non nécessaires, selon les normes d'Original Medicare	Non couverts, quelles que soient les conditions

CHAPITRE 5 :

Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Comment obtenir des informations sur le coût de vos médicaments ?

Comme vous êtes éligible à Medicaid, vous avez droit à l'Extra Help de Medicare pour payer les coûts de votre régime de prise en charge des médicaments sur ordonnance. Étant donné que vous bénéficiez du programme « Extra Help », **certaines informations contenues dans cette Preuve de couverture concernant les coûts des médicaments sur ordonnance relevant de la Partie D ne s'appliquent pas à vous.** Nous vous avons envoyé un encart séparé, intitulé « *Avenant à la Preuve de couverture pour les personnes bénéficiant de l'Extra Help pour les médicaments sur ordonnance* » (aussi appelé « *Avenant à la Subvention pour les personnes à faibles revenus* » ou « *Avenant LIS* »), qui détaille votre couverture des médicaments. Si vous ne trouvez pas cet encart, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) et demandez l'*Avenant LIS*.

(Les numéros de téléphone des Services aux adhérents figurent au dos de ce document.)

SECTION 1 Règles de base pour la couverture des médicaments relevant de la Partie D de notre régime

Consultez le Tableau des prestations médicales au Chapitre 4 pour voir les prestations pharmaceutiques relevant de Medicare Part B et les prestations pharmaceutiques relatives aux soins palliatifs.

Outre les médicaments couverts par Medicare, certains médicaments sur ordonnance sont couverts par Medicaid.

Pour plus d'informations sur la couverture des médicaments par Medicaid, vous devez contacter le bureau Medicaid de votre État (les informations de contact sont indiquées au Chapitre 2, Section 6).

Notre régime couvre généralement l'ensemble de vos médicaments tant que vous suivez les règles suivantes :

- Un prestataire (médecin, dentiste ou autre prescripteur) doit vous rédiger une ordonnance qui est autorisée par la loi de l'État en vigueur.
- Votre prescripteur ne doit pas figurer sur les listes d'exclusion ou d'irrecevabilité de Medicare.
- Vous devez généralement vous rendre dans une pharmacie du réseau pour vous faire délivrer votre ordonnance (consultez la Section 2) ou vous pouvez vous faire délivrer votre ordonnance via le service de vente par correspondance de notre régime.
- Votre médicament doit figurer sur la Liste des médicaments de notre régime (consultez la Section 3).
- Votre médicament doit être utilisé pour une indication médicalement acceptée. Une « indication médicalement acceptée » est une utilisation d'un médicament qui est soit approuvée par la FDA, soit soutenue par certains ouvrages de référence. (Consultez la Section 3 pour plus d'informations sur l'indication médicalement acceptée.)

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

- Il se peut que votre médicament nécessite une approbation de notre régime selon certains critères avant que nous acceptions de le prendre en charge. (Consultez la Section 4 pour plus d'informations).

SECTION 2 Vous faire délivrer votre ordonnance dans une pharmacie du réseau ou par le biais du service de vente par correspondance de notre régime

Dans la plupart des cas, vos ordonnances ne sont couvertes *que* si elles vous sont délivrées dans les pharmacies de réseau de notre régime. (Consultez la Section 2.5 pour plus d'informations sur la couverture des ordonnances délivrées dans des pharmacies hors réseau.)

Une pharmacie du réseau est une pharmacie qui est sous contrat avec notre régime afin de fournir vos médicaments couverts. Le terme « médicaments couverts » désigne l'ensemble des médicaments relevant de la Partie D qui figurent sur la Liste des médicaments de notre régime.

Section 2.1 Pharmacies du réseau**Trouver une pharmacie du réseau dans votre région**

Pour trouver une pharmacie du réseau, consultez votre *Répertoire des prestataires/pharmacies*, rendez-vous sur notre site Web (SWHNY.com) et/ou appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Vous pouvez vous rendre dans n'importe quelle pharmacie de notre réseau.

Si votre pharmacie quitte le réseau

Si la pharmacie que vous utilisez quitte le réseau de notre régime, vous devrez trouver une nouvelle pharmacie dans le réseau. Pour trouver une autre pharmacie dans votre région, obtenez de l'aide auprès des Services aux adhérents à (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ou utilisez le *Répertoire des prestataires/pharmacies*. Vous pouvez également trouver des informations sur notre site Web à l'adresse SWHNY.com.

Pharmacies spécialisées

Certaines ordonnances doivent être délivrées dans une pharmacie spécialisée. Les pharmacies spécialisées comprennent :

- Les pharmacies qui fournissent des médicaments pour les traitements par perfusion à domicile.
- Les pharmacies qui fournissent des médicaments aux résidents d'un établissement de soins de longue durée (« LTC »). En général, un établissement de LTC (comme un établissement de soins pour personnes âgées) a sa propre pharmacie. Si vous avez des difficultés à vous procurer vos médicaments relevant de la Partie D dans un établissement de LTC, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).
- Les pharmacies qui servent l'Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (non disponible à Puerto Rico). Sauf en cas d'urgence, seuls les Amérindiens ou les autochtones d'Alaska ont accès à ces pharmacies dans notre réseau.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

- Les pharmacies qui délivrent des médicaments dont l'usage est restreint par la FDA à certains endroits ou qui nécessitent une manipulation spéciale, une coordination avec le prestataire ou une formation sur leur utilisation. Pour trouver une pharmacie spécialisée, consultez votre *Répertoire des prestataires/pharmacies* à l'adresse SWHNY.com ou appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Section 2.2 Le service de vente par correspondance de notre régime

Pour certains types de médicaments, vous pouvez utiliser le service de vente par correspondance du réseau de notre régime. En général, les médicaments vendus par correspondance sont des médicaments que vous prenez régulièrement, pour une affection médicale chronique ou de longue durée. Les médicaments qui ne sont pas disponibles auprès du service de vente par correspondance de notre régime sont marqués d'un « NM » pour « No Mail Order » (« pas de vente par correspondance ») dans notre « Liste des médicaments ».

Le service de vente par correspondance de notre régime vous permet de commander **jusqu'à 100 jours d'approvisionnement**.

Pour obtenir des formulaires de commande et des informations sur la délivrance de vos ordonnances par correspondance, veuillez appeler les Services aux adhérents ou consulter notre site Web à l'adresse SWHNY.com.

En règle générale, une commande passée auprès d'une pharmacie de vente par correspondance vous sera livrée dans un délai maximum de 14 jours. En cas de besoin urgent ou de retard, veuillez appeler les Services aux adhérents pour qu'ils vous aident à obtenir un approvisionnement temporaire de votre ordonnance.

Nouvelles ordonnances que la pharmacie reçoit directement du cabinet de votre médecin.

Lorsque la pharmacie reçoit une ordonnance d'un prestataire de soins de santé, elle vous contacte pour savoir si vous souhaitez que le médicament soit délivré immédiatement ou à une date ultérieure. Il est important de répondre à chaque fois que vous êtes contacté(e) par la pharmacie, pour lui indiquer si elle doit expédier, retarder ou arrêter la nouvelle ordonnance.

Renouvellement d'ordonnances délivrées par correspondance. Pour le renouvellement de vos médicaments, vous avez la possibilité de vous inscrire à un programme de renouvellement automatique. Dans le cadre de ce programme, nous commençons à traiter automatiquement votre prochain renouvellement lorsque nos dossiers montrent que vous êtes sur le point d'épuiser votre médicament. La pharmacie vous contactera avant l'envoi de chaque renouvellement pour s'assurer que vous avez besoin de plus de médicaments, et vous pourrez annuler les renouvellements programmés si vous avez suffisamment de médicaments ou si votre traitement a changé.

Si vous choisissez de ne pas utiliser notre programme de renouvellement automatique, mais que vous souhaitez que la pharmacie de vente par correspondance vous envoie votre ordonnance, contactez votre pharmacie 14 jours avant la fin de votre prescription actuelle. Vous serez ainsi assuré(e) que votre commande vous sera expédiée à temps.

Pour ne plus bénéficier de notre programme de préparation automatique des renouvellements d'ordonnances par correspondance, veuillez appeler les Services aux adhérents ou consulter notre site Web à l'adresse SWHNY.com.

Si vous recevez un renouvellement automatique par courrier que vous ne souhaitez pas, vous pourriez avoir droit à un remboursement.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Section 2.3 Comment obtenir un approvisionnement à long terme de médicaments

Notre régime met à disposition deux façons de bénéficier d'un approvisionnement à long terme (également appelé « approvisionnement prolongé ») de médicaments d'entretien figurant sur la Liste des médicaments de notre régime. (Les médicaments d'entretien sont des médicaments que vous prenez régulièrement pour une affection médicale chronique ou de longue durée.)

1. Certaines pharmacies de détail de notre réseau vous permettent de bénéficier d'un approvisionnement à long terme de médicaments d'entretien. Le *Répertoire des prestataires/pharmacies* SWHNY.com indique les pharmacies de notre réseau qui peuvent vous faire bénéficier d'un approvisionnement à long terme de médicaments d'entretien. Pour plus d'informations, vous pouvez également appeler les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).
2. Vous pouvez également recevoir vos médicaments d'entretien par l'entremise du service de vente par correspondance du régime. Pour plus d'informations, consultez la Section 2.3.

Section 2.4 Recours à une pharmacie qui ne fait pas partie du réseau de notre régime

En général, nous couvrons les médicaments dont l'ordonnance est délivrée dans une pharmacie hors réseau *uniquement* si vous n'êtes pas en mesure d'utiliser une pharmacie du réseau. Nous disposons également de pharmacies du réseau en dehors de notre zone de service dans lesquelles vous pouvez vous faire délivrer vos ordonnances en tant qu'adhérent(e) de notre régime. **Vérifiez d'abord auprès des Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711)** si une pharmacie du réseau se trouve à proximité.

Nous prenons en charge les ordonnances délivrées dans une pharmacie hors réseau uniquement dans les circonstances suivantes :

- L'ordonnance est liée à des soins urgents.
- Les ordonnances sont liées à des soins pour une urgence médicale.
- La couverture sera limitée à un approvisionnement de 31 jours sauf si l'ordonnance est rédigée pour moins de 31 jours.

Si vous devez utiliser une pharmacie hors réseau, vous devez généralement payer la totalité des coûts (plutôt que votre partage des coûts habituel) au moment de la délivrance de votre ordonnance. Vous pouvez nous faire parvenir une demande de remboursement pour la part que nous aurions pris en charge. (Consultez la Section 2 du Chapitre 7 pour savoir comment demander à notre régime de vous rembourser.) Vous pourriez avoir à payer la différence entre le prix du médicament d'une pharmacie hors réseau et le montant que nous prendrions en charge au sein d'une pharmacie de notre réseau.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

SECTION 3 Vos médicaments doivent figurer sur la Liste des médicaments de notre régime

Section 3.1 La Liste des médicaments indique les médicaments relevant de la Partie D qui sont couverts

Notre régime comporte une *Liste des médicaments couverts* (Liste des médicaments remboursables). Dans cette *Preuve de couverture*, **cette liste est appelée « Liste des médicaments »**.

Les médicaments figurant sur cette liste sont sélectionnés par notre régime avec l'aide de médecins et de pharmaciens. La liste répond aux exigences de Medicare et a été approuvée par Medicare.

La Liste des médicaments ne présente que les médicaments couverts par Medicare Part D. Outre les médicaments couverts par Medicare, certains médicaments sur ordonnance sont couverts par Medicaid. Pour plus d'informations sur la couverture des médicaments de Medicaid, vous devez contacter le bureau Medicaid de votre État (les informations de contact sont indiquées au Chapitre 2, Section 6).

Nous couvrons généralement un médicament figurant sur la Liste des médicaments de notre régime à condition que vous respectiez les autres règles de couverture expliquées dans ce chapitre et que l'utilisation du médicament corresponde à une indication médicalement acceptée. Une indication médicalement acceptée est une utilisation du médicament qui est *soit* :

- approuvée par la FDA pour le diagnostic ou l'affection pour lequel/laquelle il est prescrit, ou
- appuyée par certaines références, telles que l'American Hospital Formulary Service Drug Information et le DRUGDEX Information System de Micromedex.

La Liste des médicaments comprend des médicaments de marque, des médicaments génériques et des biomédicaments (qui peuvent inclure les biosimilaires).

Un médicament de marque est un médicament sur ordonnance vendu sous un nom de marque appartenant au fabricant du médicament. Les produits biologiques sont des médicaments plus complexes que les médicaments classiques. Dans la Liste des médicaments, lorsqu'il est question de « médicaments », il peut s'agir d'un médicament classique ou d'un biomédicament.

Un médicament générique est un médicament de prescription qui contient les mêmes ingrédients actifs que le médicament de marque. Les produits biologiques ont des alternatives appelées « biosimilaires ». En général, les génériques et les biosimilaires fonctionnent aussi bien que le médicament de marque ou le produit biologique original et coûtent habituellement moins cher. Il existe des substituts génériques pour de nombreux médicaments de marque et des alternatives biosimilaires pour certains produits biologiques originaux. Certains biosimilaires sont interchangeables et, selon les lois de votre État, peuvent être remplacés par le produit biologique original en pharmacie sans avoir besoin d'une nouvelle ordonnance, de la même manière que les médicaments génériques peuvent remplacer les médicaments de marque.

Consultez le Chapitre 12 pour voir les définitions des types de médicaments pouvant figurer sur la Liste des médicaments.

Médicaments en vente libre

Notre régime couvre aussi certains médicaments en vente libre. Certains de ces médicaments sont moins coûteux que les médicaments sur ordonnance et sont tout aussi efficaces. Pour plus d'informations, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Médicaments ne figurant pas sur la Liste des médicaments

Notre régime ne couvre pas tous les médicaments sur ordonnance.

- Dans certains cas, la loi interdit à tous les régimes de Medicare de prendre en charge certains types de médicaments. (Pour plus d'informations, consultez la Section 7.)
- Dans d'autres cas, nous avons décidé de ne pas inclure un médicament particulier sur la Liste des médicaments.
- Dans certains cas, vous pouvez obtenir un médicament qui ne figure pas sur notre Liste des médicaments. (Pour plus d'informations, consultez le Chapitre 9.)

Section 3.2 Six (6) Niveaux de partage des coûts pour les médicaments inscrits sur la Liste des médicaments

Chaque médicament sur la Liste des médicaments de notre régime est classé dans l'un des six (6) niveaux de partage des coûts. En général, plus le niveau est élevé, plus vous payez pour le médicament :

- Niveau 1 - Générique privilégié
- Niveau 2 - Générique
- Niveau 3 - Marque privilégiée
- Niveau 4 - Médicament non privilégié
- Niveau 5 - Médicament spécialisé
- Niveau 6 - Médicaments Select Care

Pour savoir dans quel niveau de partage des coûts se trouve votre médicament, consultez la Liste des médicaments de notre régime. Le montant que vous payez pour les médicaments pour chaque niveau de partage des coûts est indiqué au Chapitre 6.

Section 3.3 Comment déterminer si un médicament spécifique est inscrit sur la Liste des médicaments

Pour savoir si un médicament figure sur notre Liste des médicaments, vous disposez des options suivantes :

- Consultez la Liste des médicaments la plus récente que nous vous avons envoyée au format électronique.
- Consultez le site Web du régime (SWHNY.com). La Liste des médicaments sur le site Web est constamment à jour.
- Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour déterminer si un médicament spécifique figure sur la Liste des médicaments de notre régime ou pour demander une copie de la liste.
- Utilisez l'« Outil de prestations en temps réel » de notre régime (Caremark.com ou en appelant les Services aux adhérents) pour rechercher des médicaments figurant sur la Liste des médicaments afin d'obtenir une estimation de ce que vous paierez et de voir si d'autres médicaments figurant sur la Liste des médicaments pourraient traiter la même affection. Vous pouvez également appeler les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

SECTION 4 Médicaments soumis à des restrictions de couverture

Section 4.1 Pourquoi certains médicaments sont soumis à des restrictions

Pour certains médicaments sur ordonnance, des règles spécifiques restreignent leur couverture par notre régime. Une équipe de docteurs et de pharmaciens a développé ces règles pour vous encourager vous et votre prestataire à utiliser les médicaments de la manière la plus efficace possible. Pour savoir si l'une de ces restrictions s'applique à un médicament que vous prenez ou que vous voulez prendre, consultez la Liste des médicaments.

Si un médicament sûr et à un coût inférieur est tout aussi efficace médicalement qu'un médicament à un coût supérieur, les règles de notre régime sont conçues pour vous encourager vous et votre prestataire à utiliser l'option la moins coûteuse.

Notez que, parfois, un médicament peut figurer plusieurs fois sur notre Liste des médicaments. Ceci est dû au fait que les mêmes médicaments peuvent ne pas être exactement les mêmes en fonction du dosage, de la quantité ou de la forme du médicament prescrit par votre prestataire de soins de santé et différentes restrictions ou partages des coûts peuvent s'appliquer aux différents formats du médicament (par exemple, format de 10 mg ou 100 mg ; un par jour ou 2 par jour ; cachet ou liquide).

Section 4.2 Types de restrictions

Si votre médicament fait l'objet d'une restriction, cela signifie généralement que vous ou votre prestataire devez prendre des mesures supplémentaires pour que le médicament soit couvert. Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour savoir ce que vous ou votre prestataire pouvez faire pour que le médicament soit couvert. **Si vous souhaitez que nous renoncions à la restriction, vous devrez utiliser le processus de décision de couverture et nous demander de faire une exception.** Nous pouvons ou non accepter de lever cette restriction pour vous. (Consultez le Chapitre 9.)

Obtenir l'approbation préalable du régime

Pour certains médicaments, vous ou votre prestataire devez obtenir l'approbation de notre régime selon des critères spécifiques avant que nous acceptions de couvrir le médicament. C'est ce qu'on appelle une **autorisation préalable**. Cette procédure a été mise en place pour garantir la sécurité des médicaments et guider l'utilisation appropriée de certains médicaments. Si vous n'obtenez pas cette approbation, votre médicament pourrait ne pas être couvert par notre régime. Pour connaître les critères d'autorisation préalable de notre régime, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ou consultez notre site Web à l'adresse SWHNY.com.

Essayer d'abord un autre médicament

Cette exigence vous encourage à essayer des médicaments moins coûteux, mais généralement tout aussi efficaces avant que notre régime ne couvre un autre médicament. Par exemple, si le médicament A et le médicament B traitent la même affection médicale et que le médicament A est moins coûteux, notre régime peut exiger que vous essayiez d'abord le médicament A. Si le médicament A s'avère inefficace, notre régime couvrira alors le médicament B. Cette obligation d'essayer d'abord un autre médicament est appelée « **traitement par étapes** ». Pour connaître les critères de traitement par étapes de notre régime, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ou consultez notre site Web à l'adresse SWHNY.com.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Limites de quantité

Pour certains médicaments, nous limitons la quantité que vous pouvez obtenir chaque fois que vous vous faites délivrer votre ordonnance. Par exemple, s'il est normalement considéré comme sûr de ne prendre qu'une pilule par jour pour un certain médicament, nous pouvons limiter la couverture de votre ordonnance à une seule pilule par jour.

SECTION 5 Que faire si l'un de vos médicaments n'est pas couvert comme vous le souhaiteriez

Il existe des situations où un médicament sur ordonnance que vous prenez, ou que vous ou votre prestataire pense(z) que vous devriez prendre, ne figure pas sur notre Liste des médicaments ou fait l'objet de restrictions. Par exemple :

- Le médicament pourrait ne pas être couvert du tout. Il se pourrait aussi qu'une version générique du médicament soit couverte, mais que la version de marque que vous souhaitez prendre n'est pas couverte.
- Le médicament est couvert, mais il est soumis à des règles ou restrictions de couverture supplémentaires.

Si votre médicament se trouve dans un niveau de partage des coûts qui rend le montant que vous payez plus élevé que ce que vous estimez devoir payer, consultez la Section 5.1 pour connaître la marche à suivre.

Si votre médicament ne figure pas sur la Liste des médicaments ou s'il fait l'objet de restrictions, voici ce que vous pouvez faire :

- Il est possible que vous puissiez obtenir un approvisionnement temporaire du médicament.
- Vous pouvez changer de médicament.
- Vous pouvez réclamer une exception et demander au régime de couvrir le médicament ou de lever les restrictions qui lui sont imposées.

Il est possible que vous puissiez obtenir un approvisionnement temporaire

Dans certaines circonstances, notre régime doit fournir un approvisionnement temporaire d'un médicament que vous prenez déjà. Cet approvisionnement temporaire vous donne le temps de discuter avec votre prestataire du changement.

Pour pouvoir bénéficier d'un approvisionnement temporaire, le médicament que vous prenez **ne doit plus figurer sur la Liste des médicaments de notre régime OU faire l'objet d'une restriction quelconque.**

- **Si vous êtes un(e) nouvel(le) adhérent(e)**, nous couvrirons un approvisionnement temporaire de votre médicament pendant les **90 premiers jours** de votre affiliation au régime.
- **Si vous étiez déjà adhérent(e) l'année dernière**, nous couvrirons un approvisionnement temporaire de votre médicament pendant les 90 premiers jours de l'année civile.
- Cet approvisionnement temporaire est limité à un approvisionnement de 31 jours. Si votre ordonnance est rédigée pour une durée inférieure, nous vous autoriserons à effectuer plusieurs renouvellements pour obtenir un approvisionnement maximal de 31 jours. L'ordonnance doit être délivrée dans une pharmacie du réseau. (Notez qu'une pharmacie de soins de longue durée peut fournir le médicament par plus petites quantités afin d'éviter le gaspillage).

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

- **Pour les adhérents affiliés à notre régime depuis plus de 90 jours qui résident dans un établissement de soins de longue durée et qui ont besoin d'un approvisionnement immédiat :** nous couvrirons un approvisionnement d'urgence de 31 jours pour un médicament donné, ou moins si votre ordonnance est rédigée pour une durée inférieure. Cet approvisionnement s'ajoute à l'approvisionnement temporaire susmentionné.
- Si vous êtes un(e) nouveau(elle) résident(e) d'un établissement de LTC, que vous êtes affilié(e) à notre régime depuis plus de 90 jours et que vous avez besoin d'un médicament qui ne figure pas sur notre liste des médicaments remboursables ou qui est soumis à d'autres restrictions, telles que le traitement par étapes ou les limites de quantité (limites de dosage), nous couvrirons un approvisionnement d'urgence temporaire de 31 jours pour ce médicament (sauf si l'ordonnance est rédigée pour une durée inférieure) pendant les démarches de l'adhérent(e) visant à obtenir une exception à la liste des médicaments remboursables. Des exceptions sont possibles dans les cas où vous subissez un changement dans le niveau de soins que vous recevez qui vous oblige à passer d'un établissement ou d'un centre de traitement à un autre. Dans ce cas, vous pouvez bénéficier d'une exception temporaire et ponctuelle, même si vous n'êtes pas dans les 90 premiers jours de votre adhésion au régime. Veuillez noter que notre politique de transition ne s'applique qu'aux médicaments relevant de la Partie D et achetés dans une pharmacie du réseau. La politique de transition ne peut pas être utilisée pour acheter un médicament ne relevant pas de la Partie D ou un médicament hors réseau, à moins que vous ne remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'un accès hors réseau.

Pour toute question concernant un approvisionnement temporaire, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Au cours de la période d'approvisionnement temporaire d'un médicament, vous devez discuter avec votre prestataire pour décider de ce que vous ferez lorsque votre approvisionnement temporaire sera épuisé. 2 options s'offrent à vous :

Option 1. Vous pouvez changer de médicament.

Discutez avec votre prestataire pour savoir si un autre médicament couvert par notre régime pourrait vous convenir tout aussi bien. Contactez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour demander une liste des médicaments couverts qui traitent la même affection médicale. Cette liste peut aider votre médecin à trouver un médicament pris en charge qui pourrait vous convenir.

Option 2. Vous pouvez demander une exception.

Vous et votre prestataire pouvez demander à notre régime de faire une exception et de couvrir le médicament de la manière dont vous aimeriez qu'il soit couvert. Si votre prestataire estime que vous avez des raisons médicales qui justifient une exception, il peut vous aider à demander une exception. Par exemple, vous pouvez demander à notre régime de couvrir un médicament même s'il ne figure pas sur la Liste des médicaments de notre régime. Vous pouvez également demander à notre régime de faire une exception et de couvrir le médicament sans restrictions.

Si vous êtes un(e) adhérent(e) actuel(le) et qu'un médicament que vous prenez sera retiré de la Liste des médicaments remboursables ou soumis à certaines restrictions l'année à venir, nous vous informerons de tout changement avant le début de la nouvelle année. Vous pouvez demander une exception avant l'année prochaine et nous vous répondrons dans les 72 heures suivant la réception de votre demande (ou de la déclaration justificative de votre prescripteur). Si nous approuvons votre demande, nous autoriserons la prise en charge du médicament avant que le changement ne prenne effet.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Si vous et votre prestataire souhaitez demander une exception, consultez le Chapitre 8, Section 7.4 pour connaître la marche à suivre. Les procédures et les délais fixés par Medicare pour assurer un traitement rapide et équitable de votre demande y sont détaillés.

Section 5.1 Que faire si le coût de votre médicament se situe dans un niveau de partage des coûts que vous jugez trop élevé

Si le coût de votre médicament se situe dans un niveau de participation que vous jugez trop élevé, voici ce que vous pouvez faire :

Vous pouvez changer de médicament.

Si vous trouvez que le niveau de partage des coûts dont relève votre médicament est trop élevé, discutez-en avec votre médecin. Il pourrait y avoir un autre médicament dans un niveau de coût inférieur qui pourrait vous convenir tout aussi bien. Contactez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour demander une liste des médicaments couverts qui traitent la même affection médicale. Cette liste peut aider votre médecin à trouver un médicament pris en charge qui pourrait vous convenir.

Vous pouvez demander une exception.

Vous et votre médecin pouvez demander à notre régime de faire une exception pour le niveau de partage des coûts de ce médicament, ce qui vous permettrait de payer moins cher. Si votre prestataire estime que vous avez des raisons médicales qui justifient une exception, il peut vous aider à formuler une demande d'exception à la règle.

Si vous et votre prestataire souhaitez demander une exception, consultez la Section 7 du Chapitre 9 pour connaître la marche à suivre. Les procédures et les délais fixés par Medicare pour assurer un traitement rapide et équitable de votre demande y sont détaillés.

Les médicaments de notre Niveau (5) (médicaments spécialisés) ne peuvent pas bénéficier de ce type d'exception. Nous ne réduisons pas le montant de partage des coûts pour les médicaments de ce niveau.

SECTION 6 Notre Liste des médicaments peut évoluer au cours de l'année

La plupart des changements de couverture des médicaments ont lieu au début de chaque année (1^{er} janvier). Cependant, notre régime peut apporter des modifications à la Liste des médicaments au cours de l'année. Par exemple, notre régime peut :

- **Ajouter des médicaments à la Liste des médicaments ou en retirer.**
- **Ajouter une restriction relative à la couverture d'un médicament ou la retirer.**
- **Remplacer un médicament de marque par une version générique du médicament.**
- **Remplacer un produit biologique original par une version biosimilaire interchangeable du produit biologique.**

Avant d'apporter des modifications à la Liste des médicaments de notre régime, nous devons suivre les conditions de Medicare.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Informations sur les changements apportés à la couverture des médicaments

Lorsque des changements sont apportés à la Liste des médicaments, nous publions des informations à ce sujet sur notre site Web. Nous mettons également régulièrement à jour notre Liste des médicaments en ligne. Parfois, vous serez directement informé(e) si des modifications ont été apportées à un médicament que vous prenez.

Modifications apportées à la couverture des médicaments qui vous concernent pendant cette année de couverture

- **Ajout de nouveaux médicaments à la liste des médicaments et retrait immédiat ou modification d'un médicament similaire.**
 - Nous pouvons retirer immédiatement un médicament similaire de cette Liste des médicaments, le déplacer vers un nouveau niveau de partage des coûts, ajouter de nouvelles restrictions, ou les deux. La nouvelle version sera dans le même niveau ou un niveau inférieur, avec les mêmes restrictions ou moins.
 - Ces modifications immédiates seront effectuées uniquement si nous ajoutons une nouvelle version générique d'un médicament de marque ou si nous ajoutons certaines nouvelles versions biosimilaires d'un produit biologique d'origine déjà présent sur la Liste des médicaments.
 - Nous pouvons effectuer ces modifications immédiatement et vous en informer plus tard, même si vous prenez le médicament concerné. Si vous prenez le médicament similaire au moment de la modification, nous vous tiendrons au courant de toute modification que nous avons apportée.
- **Ajout de médicaments à la Liste des médicaments et retrait ou modification d'un médicament similaire figurant sur la Liste des médicaments avec préavis.**
 - Lorsque nous ajoutons une autre version d'un médicament à la Liste des médicaments, nous pouvons retirer un médicament similaire de cette Liste des médicaments, le déplacer vers un nouveau niveau de partage des coûts, ou ajouter de nouvelles restrictions, ou les deux. La version du médicament que nous ajoutons sera dans le même niveau ou un niveau inférieur, avec les mêmes restrictions ou moins.
 - Ces modifications seront effectuées uniquement si nous ajoutons une nouvelle version générique d'un médicament de marque ou certaines nouvelles versions biosimilaires d'un produit biologique original déjà présent sur la Liste des médicaments.
 - Nous vous informerons au moins 30 jours avant la modification, ou nous vous donnerons des détails et prendrons en charge un approvisionnement de 31 jours du médicament que vous prenez.
- **Retrait de médicaments dangereux et autres médicaments figurant sur la Liste des médicaments et retirés du marché.**
 - Il arrive qu'un médicament soit jugé dangereux ou retiré du marché pour une autre raison. Dans ce cas, nous pouvons immédiatement le retirer de la Liste des médicaments. Si vous prenez ce médicament, nous vous en informerons dès que nous aurons effectué la modification.
- **Autres changements apportés aux médicaments figurant sur la Liste des médicaments**
 - Une fois l'année commencée, nous pouvons apporter d'autres changements aux médicaments que vous prenez. Par exemple, nous pouvons également apporter des changements sur la base des encadrés de la FDA ou de nouvelles directives cliniques reconnues par Medicare.
 - Nous vous informerons de ces modifications au moins 30 jours avant, ou nous vous donnerons des détails et couvrirons un approvisionnement supplémentaire de 31 jours du médicament que vous prenez.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Si nous modifions l'un des médicaments que vous prenez, parlez-en à votre prescripteur pour explorer les meilleures options pour vous, comme changer de médicament pour traiter votre affection, ou demandez une décision de couverture pour satisfaire à toute nouvelle restriction concernant le médicament que vous prenez. Vous ou votre prescripteur pouvez également demander une exception pour que votre médicament ou la version que vous prenez soit toujours pris en charge. Pour plus d'informations sur la manière de demander une décision de couverture, y compris une exception, consultez le Chapitre 9.

Modifications apportées à la Liste des médicaments qui ne vous concernent pas pendant l'année de couverture en cours

Nous pouvons apporter certaines modifications à la Liste des médicaments qui ne sont pas décrites ci-dessus. Dans ce cas, la modification ne s'appliquera pas à vous si vous prenez le médicament au moment de la modification ; cependant, ces modifications vous affecteront probablement à partir du 1^{er} janvier de l'année de couverture suivante si vous restez dans le même régime.

En général, les modifications qui ne vous affecteront pas pendant l'année de couverture en cours sont les suivantes :

- Nous passons votre médicament à un niveau supérieur de partage des coûts.
- Nous imposons une nouvelle restriction à l'utilisation de votre médicament.
- Nous retirons votre médicament de la Liste des médicaments.

Si l'un de ces changements survient pour un médicament que vous prenez (à l'exception d'un retrait du marché, du remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique ou d'une autre modification mentionnée dans les sections ci-dessus), la modification n'aura pas d'incidence sur votre utilisation ou sur le partage des coûts jusqu'au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Nous ne vous informerons pas directement de ce type de modifications pendant l'année de couverture en cours. Vous devrez consulter la Liste des médicaments pour l'année de prise en charge suivante (lorsque la liste sera disponible au cours de la période d'adhésion ouverte) afin de vérifier si des modifications ont été apportées aux médicaments que vous prenez et vous concerneront au cours de la prochaine année de couverture.

SECTION 7 Types de médicaments que nous ne couvrons pas

Certains types de médicaments sur ordonnance sont exclus. Cela signifie que Medicare ne paie pas pour ces médicaments.

Si vous faites appel et qu'il s'avère que le médicament demandé n'est pas exclu dans le cadre de la Partie D, nous le paierons ou le couvrirons. (Pour plus d'informations sur la contestation d'une décision, reportez-vous au Chapitre 9). Si le médicament exclu par notre régime est également exclu par Medicaid, vous devez le payer vous-même.

Voici 3 règles générales concernant les médicaments que les régimes de prise en charge des médicaments de Medicare ne couvrent pas dans le cadre de la Partie D :

- La couverture des médicaments relevant de la Partie D de notre régime ne peut pas couvrir un médicament qui serait couvert par Medicare Part A ou Part B.
- Notre régime ne peut pas couvrir un médicament acheté en dehors des États-Unis ou de ses territoires.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

- Notre régime ne peut pas couvrir l'utilisation de médicaments *en dehors de ses indications approuvées* si cette utilisation n'est pas étayée par des références reconnues, telles que l'American Hospital Formulary Service Drug Information et le DRUGDEX Information System de Micromedex. L'utilisation *hors indication* désigne toute utilisation du médicament autre que celle indiquée sur l'étiquette du médicament et approuvée par la FDA.

En outre, selon la loi, les catégories de médicaments énumérées ci-dessous ne sont pas couvertes par Medicare. Toutefois, certains de ces médicaments peuvent être couverts par votre couverture de médicaments Medicaid. Pour plus d'informations sur la couverture des médicaments par Medicaid, vous devez contacter les Services aux adhérents ou le bureau Medicaid de votre État (les informations de contact sont indiquées au Chapitre 2, Section 6).

- Médicaments sans ordonnance (également appelés « médicaments en vente libre »)
 - Médicaments utilisés pour favoriser la fertilité
 - Médicaments utilisés pour soulager les symptômes de la toux ou du rhume
 - Médicaments utilisés à des fins cosmétiques ou pour favoriser la pousse des cheveux
 - Vitamines et minéraux délivrés sur ordonnance, à l'exception des vitamines prénatales et des préparations à base de fluorure
 - Médicaments utilisés pour le traitement de la dysfonction sexuelle ou érectile
 - Médicaments utilisés pour le traitement de l'anorexie, de la perte ou de la prise de poids
 - Médicaments délivrés en ambulatoire pour lesquels le fabricant exige que les tests ou les services de surveillance associés soient obtenus uniquement auprès du fabricant comme condition de vente

Si vous bénéficiez de l'Extra Help pour vous aider à payer vos médicaments, ce programme ne prendra pas en charge les médicaments qui ne sont généralement pas couverts. Si vous bénéficiez d'une couverture des médicaments par le biais de Medicaid, le programme Medicaid de votre État peut couvrir certains médicaments sur ordonnance qui ne sont généralement pas couverts par un régime de médicaments Medicare. Contactez le programme Medicaid de votre État pour déterminer de quelle couverture des médicaments vous pouvez bénéficier. (Vous trouverez les numéros de téléphone et les informations de contact de Medicaid à la Section 6 du Chapitre 2.)

SECTION 8 Comment vous faire délivrer une ordonnance

Pour vous faire délivrer votre ordonnance, présentez vos informations d'affiliation au régime figurant sur votre carte d'adhérent à la pharmacie du réseau de votre choix. La pharmacie du réseau facturera automatiquement à notre régime notre part du coût de votre médicament. Vous devrez payer votre part du coût à la pharmacie lorsque vous irez chercher votre médicament.

Si vous n'avez pas vos informations d'adhésion à notre régime sur vous, vous ou la pharmacie pouvez appeler notre régime pour obtenir ces informations. Vous pouvez également demander à la pharmacie de rechercher les informations relatives à votre affiliation à notre régime.

Si la pharmacie n'est pas en mesure d'obtenir les informations nécessaires, **vous devrez peut-être payer la totalité du coût de l'ordonnance au moment de récupérer vos médicaments.** Vous pouvez alors **nous faire parvenir une demande de remboursement** pour la part que nous aurions pris en charge. Consultez le Chapitre 7, Section 2 pour plus d'informations sur la procédure de demande de remboursement à notre régime.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

SECTION 9 Couverture des médicaments relevant de la Partie D dans des situations particulières

Section 9.1 Dans un hôpital ou un établissement de soins infirmiers qualifiés pour un séjour couvert par notre régime

Si vous êtes admis(e) dans un hôpital ou un établissement de soins infirmiers qualifiés pour une hospitalisation qui est couverte par notre régime, nous couvrons généralement les coûts de vos médicaments sur ordonnance lors de votre hospitalisation. Une fois que vous aurez quitté l'hôpital ou l'établissement de soins infirmiers qualifiés, notre régime couvrira vos médicaments sur ordonnance tant que les médicaments respectent toutes nos règles en termes de couverture, comme décrit dans ce chapitre.

Section 9.2 En tant que résident(e) d'un établissement de soins de longue durée (« LTC »)

En général, un établissement de soins de longue durée (« LTC ») (tel qu'un établissement de soins pour personnes âgées) a sa propre pharmacie ou fait appel à une pharmacie qui fournit des médicaments à l'ensemble de ses résidents. Si vous résidez dans un établissement de LTC, vous pouvez obtenir vos médicaments sur ordonnance auprès de la pharmacie de l'établissement ou de celle à qui il fait appel, à condition qu'elle fasse partie de notre réseau.

Consultez votre *Répertoire des prestataires/pharmacies* à l'adresse SWHNY.com pour savoir si la pharmacie de votre établissement de LTC ou celle qu'il utilise fait partie de notre réseau. Si ce n'est pas le cas, ou si vous avez besoin de plus amples informations ou d'aide, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Si vous résidez dans un établissement de LTC, nous devons nous assurer que vous êtes en mesure de recevoir régulièrement les prestations relevant de la Partie D par l'intermédiaire de notre réseau de pharmacies de LTC.

Si vous résidez dans un établissement de LTC et que vous avez besoin d'un médicament qui ne figure pas sur notre Liste des médicaments ou qui fait l'objet d'une restriction quelconque, consultez la Section 5 pour obtenir des informations sur l'obtention d'un approvisionnement temporaire ou d'urgence.

Section 9.3 Si vous bénéficiez également d'une couverture des médicaments par le biais d'un régime d'employeur ou de groupe de retraités

Si vous disposez d'une autre couverture des médicaments sur ordonnance par l'intermédiaire de votre employeur ou groupe de retraités (ou de celui de votre conjoint[e] ou partenaire), contactez l'**administrateur des prestations de ce groupe**. Il peut vous aider à comprendre le fonctionnement de votre couverture des médicaments avec notre régime.

En général, si vous bénéficiez d'une couverture de groupe pour les employés ou les retraités, la couverture des médicaments que nous proposons sera considérée comme *secondaire* par rapport à votre couverture de groupe. Cela signifie que votre couverture de groupe interviendra en premier.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Remarque importante sur l'admissibilité des couvertures :

Chaque année, votre employeur ou le régime collectif de santé pour retraités dont vous relevez doit vous envoyer un avis indiquant si votre couverture des médicaments pour l'année civile à venir est considérée comme admissible.

Si la couverture du régime collectif donne droit à une indemnisation, cela signifie qu'elle est censée payer, en moyenne, au moins autant que la couverture standard des médicaments de Medicare.

Conservez tous les avis concernant la couverture donnant droit à une indemnisation, car ils pourraient vous être utiles à l'avenir pour démontrer que vous avez maintenu la couverture donnant droit à une indemnisation. Si vous n'avez pas reçu un avis de couverture donnant droit à une indemnisation, n'hésitez pas à demander une copie à votre employeur, à l'administrateur des prestations de votre régime de retraités ou à votre employeur ou syndicat.

Section 9.4 Si vous êtes dans un centre de soins palliatifs certifié par Medicare

Le centre de soins palliatifs et notre régime ne couvrent pas le même médicament en même temps. Si vous bénéficiez des services de soins palliatifs de Medicare et que vous avez besoin de certains médicaments (par exemple, des anti-nauséeux, des laxatifs, des analgésiques ou des anxiolytiques) qui ne sont pas couverts par votre centre de soins palliatifs parce qu'ils ne sont pas liés à votre maladie en phase terminale et aux maladies associées, notre régime doit recevoir une notification du prescripteur ou de votre centre de soins palliatifs indiquant que le médicament en question n'est pas lié à votre maladie avant que notre régime puisse le couvrir. Pour éviter tout retard dans l'obtention de ces médicaments qui devraient être couverts par notre régime, demandez à votre prestataire de soins palliatifs ou à votre prescripteur de fournir un avis avant que votre ordonnance soit délivrée.

Si vous décidez de ne plus bénéficier des soins palliatifs ou si vous quittez l'établissement de soins palliatifs, notre régime devrait couvrir vos médicaments comme expliqué dans ce document. Pour éviter tout retard à la pharmacie lorsque votre prestation de soins palliatifs Medicare prend fin, apportez à la pharmacie les documents attestant de la révocation ou de la sortie du centre de soins palliatifs.

SECTION 10 Programmes sur la sécurité et la gestion des médicaments

Nous effectuons des examens de l'utilisation des médicaments afin de nous assurer que nos adhérents reçoivent des soins sûrs et appropriés.

Nous procédons à un examen chaque fois que vous remplissez une ordonnance. Nous examinons également nos dossiers de façon régulière. Au cours de ces examens, nous recherchons des problèmes potentiels tels que :

- d'éventuelles erreurs de médication
- des médicaments qui ne sont peut-être pas nécessaires parce que vous prenez un autre médicament similaire pour traiter la même affection
- des médicaments qui pourraient ne pas être sûrs ou appropriés en raison de votre âge ou de votre sexe
- certaines combinaisons de médicaments qui pourraient être nocives si elles étaient prises en même temps
- des ordonnances pour des médicaments contenant des ingrédients auxquels vous êtes allergique

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

- des erreurs possibles dans la quantité (dosage) d'un médicament que vous prenez
- des quantités dangereuses d'analgésiques opioïdes

Si nous constatons un problème potentiel dans votre médication, nous collaborerons avec votre prestataire de soins pour y remédier.

Section 10.1 Programme de gestion des médicaments (« DMP ») pour aider les adhérents à utiliser les médicaments opioïdes en toute sécurité

Nous disposons d'un programme qui permet de s'assurer que les adhérents utilisent en toute sécurité les opioïdes sur ordonnance et d'autres médicaments fréquemment consommés de manière abusive. Ce programme porte le nom de « programme de gestion des médicaments » (« DMP »). Si vous utilisez des médicaments opioïdes que vous vous procurez auprès de plusieurs prescripteurs ou pharmacies, ou si vous avez récemment fait une overdose d'opioïdes, nous pourrions nous entretenir avec vos prescripteurs pour nous assurer que votre utilisation de médicaments opioïdes est appropriée et nécessaire d'un point de vue médical. En collaboration avec vos prescripteurs, si nous décidons que votre utilisation d'opioïdes ou de benzodiazépines sur ordonnance n'est pas sûre, nous pouvons limiter la façon dont vous pouvez obtenir ces médicaments. Si nous vous intégrons dans notre DMP, les limitations peuvent être les suivantes :

- exiger que vous obteniez toutes vos ordonnances de médicaments opioïdes ou de benzodiazépines auprès d'une ou de plusieurs pharmacies déterminées
- exiger que vous obteniez toutes vos ordonnances de médicaments opioïdes ou de benzodiazépines auprès d'un ou de plusieurs prescripteurs donnés
- limiter la quantité de médicaments opioïdes ou benzodiazépines que nous couvrirons

Si nous prévoyons de limiter la manière dont vous obtenez ces médicaments ou la quantité que vous pouvez recevoir, nous vous enverrons une lettre à l'avance. Cette lettre vous indiquera si nous limiterons la couverture de ces médicaments ou si vous devrez obtenir les ordonnances pour ces médicaments uniquement auprès d'un prescripteur ou d'une pharmacie spécifique. Vous aurez la possibilité de nous indiquer les prescripteurs ou les pharmacies de votre choix, ainsi que toute autre information que vous jugerez importante de nous communiquer. Après vous avoir donné la possibilité de répondre, si nous décidons de limiter votre couverture pour ces médicaments, nous vous enverrons une autre lettre confirmant la limitation. Si vous pensez que nous avons commis une erreur ou si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision ou avec la limitation, vous et votre prescripteur avez le droit de faire appel. En cas de recours, nous réexaminerons votre dossier et vous communiquerons une nouvelle décision. Si nous continuons à refuser une partie ou une autre de votre demande liée aux limitations qui s'appliquent à votre accès aux médicaments, nous transmettrons automatiquement votre dossier à un examinateur indépendant extérieur à notre régime. Consultez le Chapitre 9 pour plus d'informations sur la procédure d'appel.

Vous ne serez pas intégré(e) à notre DMP si vous souffrez de certaines affections médicales, telles qu'une douleur liée à un cancer ou une drépanocytose, si vous recevez des soins palliatifs ou un accompagnement en fin de vie, ou si vous vivez dans un établissement de soins de longue durée.

Section 10.2 Programme de gestion des traitements médicamenteux (« MTM ») pour aider les adhérents dans la gestion de leurs médicaments

Nous disposons d'un programme qui peut aider nos adhérents ayant des besoins de santé complexes. Il est intitulé « programme de gestion de la pharmacothérapie (« MTM ») ». Ce programme est volontaire et gratuit.

Chapitre 5 : Utilisation de la couverture du régime pour les médicaments relevant de la Partie D

Il a été mis au point par une équipe de pharmaciens et de médecins pour nous aider à faire en sorte que nos adhérents tirent le meilleur parti des médicaments qu'ils prennent.

Certains adhérents souffrant de maladies chroniques spécifiques et ayant des médicaments dont les coûts dépassent un certain seuil, ou participant à un DMP pour une utilisation sécurisée des opioïdes, peuvent bénéficier de services dans le cadre d'un programme de MTM. Si vous êtes admissible au programme, un pharmacien ou un autre professionnel de la santé procédera à un examen complet de tous vos médicaments. Au cours de cet examen, vous pourrez parler de vos médicaments, de leurs coûts et de tous les problèmes ou questions que vous vous posez au sujet de vos ordonnances et de vos médicaments en vente libre. Vous recevrez un résumé écrit contenant une liste de tâches recommandées qui comprend les étapes à suivre pour obtenir les meilleurs résultats avec vos médicaments. Vous recevrez également une liste de médicaments qui comprendra l'ensemble de vos médicaments, la quantité que vous prenez, ainsi que le moment et la raison de la prise de ces médicaments. En outre, les adhérents du programme de MTM recevront des informations sur l'élimination en toute sécurité des médicaments sur ordonnance qui sont des substances contrôlées.

Il est conseillé de parler à votre médecin de la liste des tâches recommandées et de la liste des médicaments. Apportez le résumé avec vous lors de votre visite ou à chaque fois que vous vous entretenez avec vos médecins, pharmaciens et autres prestataires de soins de santé. Gardez votre liste de médicaments à jour et sur vous (par exemple, avec votre carte d'identité) au cas où vous vous rendriez à l'hôpital ou aux urgences.

Si nous disposons d'un programme qui répond à vos besoins, nous vous y affilierons automatiquement et vous enverrons des informations. Si vous décidez de ne pas y participer, veuillez nous en informer et nous vous retirerons du programme. Pour toute question concernant ce programme, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

CHAPITRE 6 :

Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

SECTION 1 Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

Dans ce chapitre, nous utilisons le terme « médicament » pour désigner un médicament sur ordonnance relevant de la Partie D. Tous les médicaments ne relèvent pas de la Partie D. Certains médicaments sont exclus de la couverture de la Partie D par la loi. Certains de ces médicaments exclus peuvent être couverts par Medicare Part A ou Part B.

Pour bien comprendre les informations sur les paiements, il est essentiel de connaître les médicaments couverts, les endroits où vous pouvez faire remplir vos ordonnances, ainsi que les règles à suivre pour obtenir vos médicaments couverts. Le Chapitre 5 décrit ces règles. Lorsque vous utilisez l'« Outil de prestations en temps réel » de notre régime pour vérifier la couverture des médicaments (SWHNY.com), le coût affiché correspond à une estimation des frais à votre charge. Vous pouvez également accéder aux informations fournies dans l'« Outil de prestations en temps réel » en appelant les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Comment pouvez-vous obtenir des informations sur les coûts de vos médicaments si vous bénéficiez de l'Extra Help pour payer les coûts de vos médicaments sur ordonnance relevant de la Partie D ?

Comme vous êtes éligible à Medicaid, vous avez droit à l'Extra Help de Medicare pour payer les coûts de votre régime de prise en charge des médicaments sur ordonnance. Étant donné que vous bénéficiez de l'Extra Help, **certaines informations contenues dans cette Preuve de couverture concernant les coûts des médicaments sur ordonnance relevant de la Partie D peuvent ne pas s'appliquer à vous.** Nous vous avons envoyé un encart séparé, intitulé « *Avenant à la Preuve de couverture pour les personnes bénéficiant de l'Extra Help pour les médicaments sur ordonnance* » (aussi appelé « *Avenant à la Subvention pour les personnes à faibles revenus* » ou « *Avenant LIS* »), qui détaille votre couverture des médicaments. Si vous ne trouvez pas cet encart, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) et demandez l'*Avenant LIS*.

Section 1.1 Types de frais à votre charge pour les médicaments couverts

Il existe 3 types de frais à votre charge pour les médicaments couverts relevant de la Partie D que vous pourriez être amené(e) à payer :

- La **franchise** correspond au montant que vous devez payer pour les médicaments avant que notre régime ne couvre sa part.
- La **quote-part** est un montant fixe que vous payez chaque fois que vous utilisez une ordonnance.
- La **coassurance** représente un pourcentage du coût total que vous payez à chaque fois que vous utilisez une ordonnance.

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

Section 1.2 Comment Medicare calcule les frais à votre charge

Medicare a établi des règles concernant ce qui est pris en compte ou non dans les frais à votre charge.

Voici les critères que nous suivons pour calculer les frais à votre charge.

Ces paiements sont considérés comme faisant partie des frais à votre charge

Les frais à votre charge **comprennent** les paiements énumérés ci-dessous (tant qu'ils concernent des médicaments couverts relevant de la Partie D et que vous respectez les conditions de couverture des médicaments décrites au Chapitre 5) :

- Les montants que vous payez pour les médicaments aux paliers de paiements suivants :
 - le palier de la franchise
 - le palier de la couverture initiale
- Tous les paiements effectués au cours de l'année civile en cours en tant qu'adhérent(e) d'un autre régime de prise en charge des médicaments de Medicare avant de rejoindre notre régime
- Tous les paiements effectués par votre famille ou vos amis pour vos médicaments
- Tous les paiements effectués pour vos médicaments par le biais de l'Extra Help de Medicare, des régimes de soins de santé d'employeurs ou de syndicats, de l'Indian Health Service, des programmes d'aide au paiement des médicaments contre le SIDA, des Programmes d'aide pharmaceutique d'État (State Pharmaceutical Assistance Programs, « SPAP ») et de la plupart des organismes de charité

Passage au palier de la couverture pour les frais majeurs :

Lorsque vous (ou ceux qui paient en votre nom) avez atteint un total de \$2,100 en frais à votre charge au cours de l'année civile, vous passerez du palier de la couverture initiale au palier de la couverture pour les frais majeurs.

Ces paiements ne sont pas pris en compte dans le calcul des frais à votre charge

Les frais à votre charge **n'incluent pas** les types de paiements suivants :

- Les médicaments achetés en dehors des États-Unis et de ses territoires
- Les médicaments qui ne sont pas couverts par notre régime
- Les médicaments délivrés dans une pharmacie hors réseau qui ne respectent pas les exigences de couverture hors réseau de notre régime
- Les médicaments non inclus dans la Partie D, y compris médicaments sur ordonnance couverts par la Partie A ou la Partie B, ainsi que d'autres médicaments exclus de la couverture par Medicare
- Les médicaments sur ordonnance couverts par la Partie A ou la Partie B
- Les paiements que vous effectuez pour des médicaments couverts dans le cadre de notre couverture supplémentaire, mais qui ne sont habituellement pas pris en charge par un régime de prise en charge des médicaments de Medicare
- Les paiements que vous effectuez pour des médicaments qui ne sont généralement pas pris en charge par un régime de prise en charge des médicaments de Medicare

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

- Les paiements pour vos médicaments réalisés par certains régimes d'assurance et programmes de santé financés par le gouvernement, tels que TRICARE et la Veterans Health Administration (« VA »)
- Les paiements effectués par un tiers ayant une obligation légale de prendre en charge les coûts des ordonnances (comme les indemnités des accidentés du travail)
- Les paiements des fabricants de médicaments dans le cadre de programmes de remise

Rappel : Si une autre organisation du type de celles mentionnées ci-dessus prend en charge tout ou partie des frais à votre charge pour des médicaments, vous devez en informer notre régime en appelant les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Suivi du total des frais à votre charge

- L'Explication des prestations relevant de la Partie D (« EOB ») que vous recevez indique le total actuel des frais à votre charge. Lorsque ce montant atteindra \$2,100, l'EOB de la Partie D vous indiquera que vous avez quitté le palier de la couverture initiale et que vous êtes passé(e) au palier de la couverture pour les frais majeurs.
- **Assurez-vous que nous disposons des informations dont nous avons besoin.** Consultez la Section 3.1 pour savoir comment faire pour vérifier que nos dossiers concernant vos dépenses sont à jour.

SECTION 2 Paliers de paiement des médicaments pour les adhérents de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Il existe **3 paliers de paiement des médicaments** pour votre couverture des médicaments dans le cadre de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Le montant que vous payez pour chaque ordonnance dépend du palier dans lequel vous vous trouvez lorsque vous faites délivrer ou renouveler une ordonnance. Les détails de chaque palier sont expliqués dans ce chapitre. Les paliers sont les suivants :

- **Palier 1 : franchise annuelle**
- **Palier 2 : couverture initiale**
- **Palier 3 : couverture pour les frais majeurs**

SECTION 3 Votre document « Explication des prestations relevant de la Partie D » explique à quel palier de paiement vous vous trouvez

- Notre régime assure le suivi des coûts de vos médicaments sur ordonnance et des paiements lorsque vous vous les faites délivrer en pharmacie. Nous pouvons ainsi vous informer lorsque vous passez d'un palier de paiement de médicaments à l'autre. Nous assurons le suivi de 2 types de coûts :
- **Frais à votre charge** : il s'agit du montant que vous avez payé. Ils incluent les montants que vous avez payés pour obtenir un médicament couvert relevant de la Partie D, les paiements effectués par votre famille ou vos amis pour vos médicaments, ainsi que les paiements effectués pour vos médicaments par le biais de l'Extra Help de Medicare, des régimes de soins de santé d'employeurs ou de syndicats, de l'Indian Health Service, des programmes d'aide au paiement des médicaments contre le SIDA, des organismes de charité et de la plupart des Programmes d'aide pharmaceutique d'État (« SPAP »).

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

- **Coûts totaux des médicaments :** il s'agit du total de tous les paiements effectués pour les médicaments couverts relevant de la Partie D. Cela inclut les montants versés par notre régime, ce que vous avez payé et ce que d'autres programmes ou organismes ont également payé pour vos médicaments couverts relevant de la Partie D.

Si vous vous êtes fait délivrer une ou plusieurs ordonnances dans le cadre de notre régime au cours du mois précédent, nous vous enverrons une EOB de la Partie D. L'EOB de la Partie D comprend :

- **Les informations pour le mois en question.** Ce rapport fournit les détails du paiement des ordonnances que vous vous êtes fait délivrer au cours du mois précédent. Il indique le coût total des médicaments, ce que notre régime a payé et ce que vous et d'autres personnes ont payé en votre nom.
- **Les totaux pour l'année écoulée depuis le 1^{er} janvier.** Ils indiquent le coût total des médicaments et le total des paiements effectués pour vos médicaments depuis le début de l'année.
- **Informations sur le prix des médicaments.** Elles indiquent le prix total des médicaments, ainsi que les changements de prix par rapport à la première délivrance pour chaque ordonnance de même quantité.
- **Les ordonnances de substitution disponibles à moindre coût.** Elles présentent des informations sur les autres médicaments disponibles avec un partage des coûts moins élevé pour chaque demande d'ordonnance, le cas échéant.

Section 3.1 Aidez-nous à tenir à jour nos informations sur le paiement de vos médicaments

Pour suivre les coûts de vos médicaments et les paiements que vous effectuez pour les médicaments, nous utilisons les dossiers fournis par les pharmacies. Voici comment vous pouvez nous aider à faire en sorte que les informations vous concernant soient correctes et à jour :

- **Présentez votre carte d'adhérent chaque fois que vous vous faites délivrer une ordonnance.** Cela nous permet de nous assurer que nous avons bien connaissance des ordonnances que vous vous faites délivrer et des montants que vous payez.
- **Assurez-vous que nous disposons des informations dont nous avons besoin.** Il peut arriver que vous payiez la totalité du coût d'un médicament sur ordonnance. Dans ces cas, nous n'obtiendrons pas automatiquement les informations dont nous avons besoin pour suivre les frais à votre charge. Pour nous aider à suivre les frais à votre charge, merci de nous faire parvenir des copies de vos reçus. **Exemples** de situations dans lesquelles vous devriez nous faire parvenir des copies de vos reçus de médicaments :
 - Lorsque vous achetez un médicament couvert dans une pharmacie du réseau à un prix spécial ou en utilisant une carte de réduction qui ne fait pas partie des prestations de notre régime.
 - Lorsque vous versez une quote-part pour des médicaments fournis dans le cadre d'un programme d'assistance aux patients mis en place par un fabricant de médicaments.
 - Chaque fois que vous achetez des médicaments couverts dans des pharmacies hors réseau ou que vous payez le prix total d'un médicament couvert dans des circonstances particulières.

Si un médicament couvert vous est facturé, vous pouvez demander à notre régime de payer notre part du coût. Pour savoir comment procéder, reportez-vous à la Section 2 du Chapitre 7.

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

- **Transmettez-nous des informations sur les paiements que d'autres personnes effectuent pour vous.** Les paiements effectués par certaines autres personnes ou organismes sont également pris en compte dans le calcul des frais à votre charge. Par exemple, les paiements effectués par un programmes d'aide pharmaceutique d'État, un programme d'aide au paiement des médicaments contre le SIDA (« ADAP »), l'Indian Health Service et les organismes de charité sont pris en compte dans le calcul des frais à votre charge. Gardez une trace de ces paiements et envoyez-les nous pour que nous puissions suivre vos coûts.
- **Vérifiez le rapport écrit que nous vous envoyons.** Lorsque vous recevez l'EOB de la Partie D, vérifiez que les informations sont complètes et correctes. Si vous pensez qu'il manque des informations ou si vous avez des questions, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Les adhérents du régime peuvent accéder à leurs EOB en ligne sur [Caremark.com](https://www.caremark.com). Veillez à conserver ces rapports.

SECTION 4 Le palier de la franchise

La plupart de nos adhérents bénéficient de l'« Extra Help » (« Aide supplémentaire ») pour le paiement du coût de leurs médicaments. Le palier de la franchise ne les concerne donc pas. Si vous bénéficiez de l'Extra Help, ce palier de paiement ne s'applique pas à vous.

Si vous ne bénéficiez pas de l'Extra Help, le palier de la franchise est le premier palier de paiement pour votre couverture des médicaments. Ce palier commence lorsque vous vous faites délivrer votre première ordonnance de l'année. Lorsque vous vous situez dans ce palier de paiement, **vous devez payer le coût total de vos médicaments** jusqu'à ce que vous atteigniez le montant de la franchise de notre régime, qui est de \$615 pour 2026. La franchise ne s'applique pas aux produits d'insuline couverts et à la plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D, y compris les vaccins contre le zona, le tétanos et les vaccins pour les voyageurs. Vous devrez payer une franchise annuelle de \$615 pour les médicaments des Niveaux 2 à 5. **Vous devez payer le coût total de \$615 pour les médicaments des Niveaux 2 à 5** jusqu'à ce que vous atteigniez le montant de la franchise de notre régime. Pour tous les autres médicaments, vous n'aurez pas de franchise à payer. En général, le **coût total** est inférieur au prix habituel du médicament, car notre régime a négocié des tarifs réduits dans les pharmacies du réseau. Le coût total ne peut pas dépasser le prix équitable maximum plus les frais de délivrance des médicaments dont les prix ont été négociés dans le cadre du Programme de négociation des prix des médicaments de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program).

Une fois que vous aurez payé \$615 pour les médicaments des Niveaux 2 à 5, vous passerez du palier de la franchise au palier de la couverture initiale.

SECTION 5 Le palier de la couverture initiale

Section 5.1 Le prix que vous payez pour un médicament dépend de celui-ci et de l'endroit où vous utilisez votre ordonnance

Pour le palier de la couverture initiale, notre régime paie sa part des coûts de vos médicaments couverts et vous payez votre part (votre quote-part ou votre coassurance). Votre part peut varier selon le médicament et l'endroit où vous utilisez votre ordonnance.

Notre régime comporte six (6) niveaux de partage des coûts

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

Chaque médicament sur la Liste des médicaments de notre régime est classé dans l'un des six (6) niveaux de partage des coûts. En général, plus le niveau de partage des coûts est élevé, plus la part que vous devrez payer pour le médicament sera importante :

- Niveau 1 - Générique privilégié
- Niveau 2 - Générique
- Niveau 3 - Marque privilégiée
- Niveau 4 - Médicament non privilégié
- Niveau 5 - Médicament spécialisé
- Niveau 6 - Médicaments Select Care

Pour savoir dans quel niveau de partage des coûts se trouve votre médicament, consultez la Liste des médicaments de notre régime.

Choix de la pharmacie

Le montant que vous payez pour un médicament dépend de la façon dont vous l'obtenez :

- Une pharmacie de détail faisant partie du réseau.
- Une pharmacie ne faisant pas partie du réseau de notre régime. Nous prenons en charge les ordonnances utilisées dans des pharmacies hors réseau seulement dans certaines situations. Pour en savoir plus sur les circonstances dans lesquelles nous couvrons les ordonnances délivrées dans des pharmacies hors réseau, consultez le Chapitre 5, Section 2.5.
- La pharmacie de vente par correspondance de notre régime.

Pour en savoir plus sur les différents choix de pharmacies et sur la délivrance des ordonnances, référez-vous au Chapitre 5 et au *Répertoire des pharmacies* de notre régime.

Section 5.2 Vos coûts pour un approvisionnement d'un mois d'un médicament couvert

Pour le palier de la couverture initiale, votre participation pour les médicaments pris en charge consistera en une quote-part ou une coassurance.

Il peut arriver que le coût du médicament soit inférieur à votre quote-part. Dans ce cas, vous payez le montant le plus bas, et non la quote-part.

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D**Vos coûts pour un approvisionnement d'un mois d'un médicament couvert relevant de la Partie D**

Niveau	Partage des coûts standard au sein du réseau en pharmacie (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts pour les commandes par correspondance (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts pour les soins de longue durée (« LTC ») (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts hors réseau (La couverture est limitée à certaines situations ; reportez-vous au Chapitre 5 pour plus d'informations.) (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)
Niveau 1 de partage des coûts (médicaments génériques privilégiés)	\$0 de quote-part	\$0 de quote-part	\$0 de quote-part	\$0 de quote-part
Niveau 2 de partage des coûts (médicaments génériques)	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

Niveau	Partage des coûts standard au sein du réseau en pharmacie (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts pour les commandes par correspondance (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts pour les soins de longue durée (« LTC ») (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts hors réseau (La couverture est limitée à certaines situations ; reportez-vous au Chapitre 5 pour plus d'informations.) (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)
Niveau 3 de partage des coûts (médicaments de marque privilégiés)	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance
Niveau 4 de partage des coûts (médicaments non privilégiés)	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

Niveau	Partage des coûts standard au sein du réseau en pharmacie (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts pour les commandes par correspondance (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts pour les soins de longue durée (« LTC ») (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts hors réseau (La couverture est limitée à certaines situations ; reportez-vous au Chapitre 5 pour plus d'informations.) (jusqu'à 31 jours d'approvisionnement)
Niveau 5 de partage des coûts (médicaments spécialisés)	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance
Niveau 6 de partage des coûts (médicaments Select Care)	\$0 de quote-part	\$0 de quote-part	\$0 de quote-part	\$0 de quote-part

Pour plus d'informations sur le partage des coûts pour les vaccins relevant de la Partie D, consultez la Section 8.

Section 5.3 Si votre médecin vous prescrit moins qu'un mois complet, vous n'aurez peut-être pas à payer le montant total

En général, le montant que vous payez pour un médicament correspond à une quantité suffisante pour un mois. Il se peut que vous ou votre médecin préfériez une quantité inférieure (par exemple si vous essayez un nouveau médicament). Vous pouvez aussi demander à votre médecin de vous prescrire, et à votre pharmacien de vous délivrer, une quantité inférieure à un mois, si cela peut vous aider à mieux organiser les dates de renouvellement.

Si vous recevez moins d'un mois d'approvisionnement de certains médicaments, vous ne paierez pas le prix d'un mois complet.

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

- Si vous devez payer une coassurance, cela signifie que vous paierez un *pourcentage* du coût total du médicament. Comme la coassurance est calculée sur le coût total du médicament, votre participation sera réduite si le coût total du médicament baisse.
- Si vous avez une quote-part à payer pour le médicament, vous ne payez que pour le nombre de jours de traitement reçu, plutôt qu'un mois complet. Nous calculons le montant que vous payez par jour pour votre médicament (le taux journalier de partage des coûts) et le multiplions par le nombre de jours de traitement que vous recevez.

Section 5.4 Vos coûts pour un approvisionnement à long terme (jusqu'à 100 jours) d'un médicament couvert par la Partie D

Pour certains médicaments, il est possible d'obtenir une quantité pour une durée prolongée (aussi appelée « approvisionnement à long terme »). Un approvisionnement à long terme peut couvrir jusqu'à 100 jours de traitement.

Vos coûts pour un approvisionnement à long terme d'un médicament couvert relevant de la Partie D

Niveau	Partage des coûts standard en pharmacie (réseau) (jusqu'à 100 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts pour les commandes par correspondance (jusqu'à 100 jours d'approvisionnement)
Niveau 1 de partage des coûts (médicaments génériques privilégiés)	\$0 de quote-part	\$0 de quote-part
Niveau 2 de partage des coûts (médicaments génériques)	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance
Niveau 3 de partage des coûts (médicaments de marque privilégiés)	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

Niveau	Partage des coûts standard en pharmacie (réseau) (jusqu'à 100 jours d'approvisionnement)	Partage des coûts pour les commandes par correspondance (jusqu'à 100 jours d'approvisionnement)
Niveau 4 de partage des coûts (médicaments non privilégiés)	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance	\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques) et \$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments sur ordonnance
Niveau 5 de partage des coûts (médicaments spécialisés)	Les médicaments de Niveau cinq (5) ne peuvent pas être délivrés à long terme.	Les médicaments de Niveau cinq (5) ne peuvent pas être délivrés à long terme.
Niveau 6 de partage des coûts (médicaments Select Care)	\$0 de quote-part	\$0 de quote-part

Section 5.5 Vous restez dans le palier de la couverture initiale tant que les frais à votre charge pour l'année n'atteignent pas \$2,100

Vous restez dans le palier de la couverture initiale tant que le total des frais à votre charge n'atteint pas \$2,100. Vous passez ensuite au palier de couverture pour les frais majeurs.

L'*EOB* de la *Partie D* que vous recevrez vous permettra de suivre les dépenses que vous, notre régime et des tiers ont engagées en votre nom tout au long de l'année. Tous les adhérents ne dépasseront pas la limite de \$2,100 de frais à leur charge sur une année.

Nous vous informerons si vous atteignez ce montant. Consultez la Section 1.3 pour plus d'informations sur la manière dont Medicare calcule les frais à votre charge.

SECTION 6 Le palier de couverture pour les frais majeurs

Au palier de la couverture pour les frais majeurs, vous ne payez aucuns frais pour les médicaments couverts par la *Partie D*. Vous passez au palier de la couverture pour les frais majeurs lorsque les frais à votre charge atteignent la limite de \$2,100 pour l'année civile. Une fois que vous êtes au palier de la couverture pour les frais majeurs, vous y restez jusqu'à la fin de l'année civile.

Pour ce palier de paiement, vous ne payez rien pour les médicaments relevant de la *Partie D* couverts.

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

SECTION 7 Vos frais pour les vaccins relevant de la Partie D

Message important concernant le coût des vaccins – Certains vaccins sont classés comme des prestations médicales et sont pris en charge dans le cadre de la Partie B, tandis que d'autres sont considérés comme des médicaments relevant de la Partie D. Vous pouvez trouver ces vaccins dans la Liste des médicaments de notre régime. Notre régime prend en charge la plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D sans frais à votre charge. Consultez la Liste des médicaments de notre régime ou appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour obtenir des détails sur la couverture et le partage des coûts de vaccins spécifiques.

Notre couverture des vaccins relevant de la Partie D se compose de 2 volets :

- Le premier concerne le coût du **vaccin lui-même**.
- Le deuxième couvre le coût de **l'injection du vaccin**. (Cela est également appelé « administration du vaccin ».)

Les coûts que vous payez pour un vaccin relevant de la Partie D dépendent de 3 facteurs :

1. Si le vaccin est recommandé pour les adultes par l'Advisory Committee on Immunization Practices (« ACIP »).

- La plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D sont recommandés par l'ACIP et ne vous coûteront rien.

2. L'endroit où vous recevez le vaccin.

- Celui-ci peut être distribué par une pharmacie ou dans le cabinet d'un médecin.

3. Qui vous administre le vaccin.

- Un pharmacien ou un autre professionnel de santé peut le faire en pharmacie, ou un prestataire peut vous l'administrer dans le cabinet du médecin.

Le montant que vous payez lors de l'administration d'un vaccin relevant de la Partie D peut varier selon les circonstances et **le palier de paiement des médicaments** dans lequel vous vous situez.

- Lors d'une vaccination, vous pouvez être amené(e) à payer l'intégralité des frais, tant pour le vaccin que pour son administration par le prestataire. Vous pouvez demander à notre régime de vous rembourser la part des coûts qui nous incombe. Pour la plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D, cela signifie que vous serez remboursé(e) intégralement du montant que vous avez payé.
- À d'autres occasions, lorsque vous recevez un vaccin, vous ne payez que la part du coût qui vous incombe dans le cadre de votre prestation de la Partie D. Pour la plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D, vous ne payez rien.

Voici 3 exemples de manières dont vous pourriez recevoir un vaccin relevant de la Partie D.

Situation 1 : vous vous faites administrer le vaccin à la pharmacie du réseau. (Votre choix peut dépendre de votre lieu de résidence, car certains États ne permettent pas aux pharmacies d'administrer certains vaccins.)

- Pour la plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D, vous ne payez rien.
- Pour d'autres vaccins relevant de la Partie D, vous payez à la pharmacie votre coassurance OU quote-part pour le vaccin, ce qui englobe également le coût de son administration.
- Notre régime prendra en charge le reste des frais.

Situation 2 : vous vous faites administrer votre vaccin relevant de la Partie D au cabinet de votre médecin.

Chapitre 6 : Vos frais pour les médicaments relevant de la Partie D

- Dans ce cas, vous pourriez être amené(e) à payer l'intégralité du coût du vaccin ainsi que les frais liés à son administration par le prestataire.
- Vous pourrez alors demander à notre régime de vous rembourser notre part en suivant la procédure indiquée au Chapitre 7.
- Pour la plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D, vous serez remboursé(e) intégralement du montant que vous avez payé. Pour d'autres vaccins relevant de la Partie D, vous serez remboursé(e) du montant que vous avez payé, après déduction de toute coassurance OU quote-part pour le vaccin (y compris son administration), ainsi que de toute différence entre le tarif facturé par le médecin et ce que nous prenons en charge habituellement. (Si vous bénéficiez de l'Extra Help, nous vous rembourserons cette différence).

Situation 3 : vous achetez un vaccin relevant de la Partie D à la pharmacie du réseau et vous l'apportez au cabinet de votre médecin pour administration.

- Pour la plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D, vous ne payez rien pour le vaccin lui-même.
- Pour d'autres, vous devez payer à la pharmacie votre coassurance OU quote-part pour le vaccin lui-même.
- Lorsque votre médecin vous administre le vaccin, vous pourriez être amené(e) à payer l'intégralité des frais pour cette prestation.
- Vous pourrez alors demander à notre régime de vous rembourser notre part en suivant la procédure au Chapitre 7.
- Pour la plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D, vous serez remboursé(e) intégralement du montant que vous avez payé. Pour les autres vaccins, vous serez remboursé(e) du montant que vous avez payé, après déduction de toute coassurance pour l'administration du vaccin, ainsi que de toute différence entre le tarif facturé par le médecin et ce que nous prenons en charge habituellement. (Si vous bénéficiez de l'Extra Help, nous vous rembourserons cette différence).

Chapitre 7 : Nous demander de payer notre part d'une facture pour des services médicaux ou des médicaments couverts

CHAPITRE 7 :

Nous demander de payer notre part d'une facture pour des services médicaux ou des médicaments couverts

SECTION 1 Situations dans lesquelles vous devriez nous demander de payer notre part pour des services ou des médicaments couverts

Les prestataires de notre réseau facturent directement à notre régime les services et les médicaments couverts. Si vous recevez une facture pour le coût total des soins médicaux ou des médicaments que vous avez reçus, envoyez-nous cette facture pour que nous puissions la payer. À réception de cette facture, nous l'examinerons et déciderons si les services et médicaments doivent être couverts. Si nous décidons qu'ils devraient être couverts, nous paierons directement le prestataire.

Si vous avez déjà payé pour un service ou un article Medicare couvert par notre régime, vous pouvez demander à notre régime de vous **rembourser**. Vous avez le droit d'être remboursé(e) par notre régime chaque fois que vous avez payé plus que votre part du coût des services médicaux ou des médicaments couverts par notre régime. Il peut y avoir des délais à respecter pour être remboursé(e). Consultez la Section 2 de ce chapitre. Lorsque vous nous envoyez une facture que vous avez déjà payée, nous l'examinons et décidons si les services ou les médicaments doivent être couverts. Si nous décidons qu'ils doivent être couverts, nous vous rembourserons les services ou les médicaments.

Il peut également arriver que vous receviez d'un prestataire une facture correspondant au coût total des soins médicaux que vous avez reçus, voire à un montant supérieur à votre part de partage des coûts. Si tel est le cas, essayez d'abord de résoudre le problème de facturation avec le prestataire. Si cela ne fonctionne pas, envoyez-nous la facture au lieu de la payer. Nous examinerons la facture et déciderons si les services doivent être couverts. Si nous décidons qu'ils devraient être couverts, nous paierons directement le prestataire. Si nous décidons de ne pas les couvrir, nous en informerons le prestataire. Vous ne devez jamais payer plus que la participation aux coûts autorisée par le régime. Si ce prestataire est sous contrat, vous conservez le droit d'être soigné(e).

Exemples de situations dans lesquelles vous pouvez être amené(e) à demander à notre régime de vous rembourser ou de payer une facture que vous avez reçue :

1. Lorsque vous avez reçu des soins médicaux urgents ou nécessaires d'urgence d'un prestataire hors réseau de notre régime

Vous pouvez recevoir des soins urgents ou des services d'urgence de n'importe quel prestataire, qu'il fasse ou non partie de notre réseau. Dans ce cas, demandez au prestataire de facturer notre régime.

- Si vous payez vous-même la totalité du montant au moment où vous recevez les soins, demandez-nous de vous rembourser notre part. Envoyez-nous la facture, accompagnée des justificatifs des paiements que vous avez effectués.

Chapitre 7 : Nous demander de payer notre part d'une facture pour des services médicaux ou des médicaments couverts

- Il se peut que vous receviez une facture du prestataire vous demandant de payer un montant que vous pensez ne pas devoir. Envoyez-nous la facture, accompagnée des justificatifs des paiements que vous avez effectués.
 - Si un montant est dû au prestataire, nous le paierons directement.
 - Si vous avez déjà payé plus que votre part du coût pour le service, nous évaluerons le montant que vous deviez et vous rembourserons notre part.

2. Lorsqu'un prestataire du réseau vous envoie une facture que vous pensez ne pas devoir payer

Les prestataires du réseau doivent toujours facturer directement notre régime. Toutefois, il arrive qu'ils commettent des erreurs et qu'ils vous demandent de payer pour les services reçus OU de payer plus que votre part du coût.

- Vous n'avez à payer que votre participation lorsque vous bénéficiez de prestations prises en charge. Nous n'autorisons pas les prestataires à vous facturer des frais supplémentaires, appelés « dépassements d'honoraires ». Cette protection (qui assure que vous ne paierez jamais plus que votre montant de partage des coûts) reste en vigueur même si nous payons au prestataire moins que ce qu'il facture pour un service, ou en cas de litige où nous ne payons pas certaines charges du prestataire. Nous n'autorisons pas les prestataires à vous facturer des frais pour des services couverts. Nous payons directement nos prestataires et nous vous protégeons contre toute facturation. Cette règle s'applique même si nous payons au prestataire un montant inférieur à ce qu'il facture pour un service. Chaque fois que vous recevez une facture d'un prestataire du réseau que vous estimez trop élevée, n'hésitez pas à nous l'envoyer. Nous contacterons directement le prestataire et résoudrons le problème de facturation.
- Si vous avez déjà payé une facture à un prestataire du réseau, mais que vous pensez avoir payé un montant trop élevé, envoyez-nous la facture accompagnée des justificatifs de tout paiement effectué. Demandez-nous de vous rembourser les services couverts OU la différence entre le montant que vous avez payé et celui que vous deviez selon notre régime.

3. Si vous êtes affilié(e) rétroactivement à notre régime

Il arrive que l'affiliation d'une personne à notre régime soit rétroactive. (Cela signifie que le premier jour de l'affiliation est déjà passé. La date d'affiliation peut même remonter à l'année précédente).

Si vous avez été affilié(e) rétroactivement à notre régime et que vous avez payé de votre poche des services ou des médicaments couverts après votre date d'adhésion, vous pouvez nous demander un remboursement. Vous devez nous fournir des documents tels que des reçus et des factures pour que nous puissions procéder au remboursement.

4. Lorsque vous vous rendez dans une pharmacie hors réseau pour vous faire délivrer une ordonnance

Si vous vous rendez dans une pharmacie hors réseau, il se peut que celle-ci ne soit pas en mesure de nous adresser directement la demande de remboursement. Dans ce cas, vous devez payer l'intégralité du coût de votre ordonnance.

Conservez votre reçu et envoyez-nous une copie lorsque vous demandez un remboursement de notre part. N'oubliez pas que nous ne couvrons les pharmacies hors réseau que dans des cas limités. Consultez le Chapitre 5, Section 2.5 pour en savoir plus sur ces cas. Il se peut que nous ne vous remboursions pas la différence entre ce que vous avez payé pour le médicament dans la pharmacie hors réseau et le montant que nous aurions payé dans une pharmacie du réseau.

5. Si vous payez le coût total d'une ordonnance parce que vous n'avez pas votre carte d'adhérent à notre régime sur vous

Chapitre 7 : Nous demander de payer notre part d'une facture pour des services médicaux ou des médicaments couverts

Si vous n'avez pas votre carte d'adhérent à notre régime sur vous, vous pouvez demander à la pharmacie d'appeler notre régime ou de rechercher les informations relatives à votre affiliation à notre régime. Si la pharmacie ne peut pas obtenir immédiatement les informations relatives à votre affiliation à notre régime dont elle a besoin, vous devrez peut-être payer vous-même le coût total de l'ordonnance.

Conservez votre reçu et envoyez-nous une copie lorsque vous demandez un remboursement de notre part. Il se peut que nous ne vous remboursions pas la totalité du coût que vous avez payé si le prix au comptant que vous avez payé est supérieur au prix que nous avons négocié pour l'ordonnance.

6. Lorsque vous payez le coût total d'une ordonnance dans d'autres situations

Il se peut que vous deviez payer le coût total de l'ordonnance parce que vous constatez que le médicament n'est pas couvert pour une raison ou pour une autre.

- Par exemple, le médicament ne figure peut-être pas sur la « Liste des médicaments » de notre régime ou il peut être soumis à une exigence ou à une restriction dont vous n'étiez pas au courant ou que vous ne pensez pas être applicable à votre cas. Si vous souhaitez obtenir le médicament immédiatement, il se peut que vous deviez en payer le coût total.
- Conservez votre reçu et envoyez-nous une copie lorsque vous demandez un remboursement. Dans certains cas, il se peut que nous devions obtenir davantage d'informations de la part de votre médecin pour pouvoir vous rembourser notre part du coût du médicament. Il se peut que nous ne vous remboursions pas la totalité du coût que vous avez payé si le prix au comptant que vous avez payé est supérieur au prix que nous avons négocié pour l'ordonnance.

Lorsque vous nous envoyez une demande de remboursement, nous l'examinons et décidons si le service ou le médicament doit être couvert. C'est ce qu'on appelle prendre une **décision de couverture**. Si nous décidons que le service ou le médicament doit être couvert, nous rembourserons notre part du coût du service ou du médicament. Si nous refusons votre demande de paiement, vous pouvez faire appel de notre décision. Vous trouverez au Chapitre 9 des informations sur les modalités pour introduire un recours.

SECTION 2 Comment nous demander de vous rembourser ou de payer une facture que vous avez reçue

Vous pouvez nous demander de vous rembourser en nous envoyant une demande par écrit. Si vous envoyez une demande par écrit, envoyez votre facture et les justificatifs de tout paiement que vous avez effectué. Il est conseillé de faire une copie de votre facture et de vos reçus pour vos dossiers. **Vous devez nous faire parvenir votre demande de remboursement dans un délai d'une (1) année civile** suivant la date à laquelle vous avez reçu le service et/ou l'article, ou dans les 36 mois suivant la date à laquelle vous avez reçu le médicament.

Pour vous assurer que vous nous fournissez toutes les informations dont nous avons besoin pour prendre une décision, vous pouvez remplir notre formulaire de demande de remboursement pour faire votre demande de paiement.

- Vous n'êtes pas obligé(e) d'utiliser le formulaire, mais cela nous aidera à traiter les informations plus rapidement.
- Téléchargez une copie du formulaire sur notre site Web (SWHNY.com) ou appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) et demandez le formulaire.

Envoyez-nous votre demande de paiement par la poste, accompagnée des factures ou des reçus payés, à cette adresse :

Chapitre 7 : Nous demander de payer notre part d'une facture pour des services médicaux ou des médicaments couverts

Remboursements des services médicaux :

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

Remboursement des médicaments sur ordonnance :

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

SECTION 3 Nous examinerons votre demande de paiement et nous vous donnerons une réponse positive ou négative

Lorsque nous recevons votre demande de remboursement, nous vous ferons savoir si nous avons besoin d'informations complémentaires. Si ce n'est pas le cas, nous examinerons votre demande et prendrons une décision de couverture.

- Si nous décidons que les soins médicaux ou les médicaments sont couverts et que vous avez suivi toutes les règles, nous paierons notre part du coût du service ou du médicament. Si vous avez déjà payé le service ou le médicament, nous vous enverrons le remboursement de notre part du coût par courrier. Si vous avez payé le prix total d'un médicament, il est possible que vous ne soyez pas remboursé(e) du montant total (par exemple, cela peut arriver si vous avez acheté le médicament dans une pharmacie hors réseau ou si le prix que vous avez payé en espèces est supérieur à notre tarif négocié). Si vous n'avez pas encore payé le service ou le médicament, nous enverrons le paiement directement au prestataire.
- Si nous décidons que les soins médicaux ou les médicaments ne sont pas couverts ou que vous n'avez pas respecté toutes les règles, nous ne couvrirons pas notre part du coût des soins ou du médicament. Nous vous enverrons une lettre expliquant les raisons pour lesquelles nous n'envoyons pas le paiement et les droits dont vous disposez pour faire appel de cette décision.

Section 3.1 Si nous vous informons que nous ne paierons pas tout ou partie des soins médicaux ou des médicaments, vous pouvez introduire un recours

Si vous pensez que nous avons commis une erreur en refusant votre demande de paiement ou en fixant le montant que nous payons, vous pouvez faire appel. Si vous faites appel, cela signifie que vous nous demandez de modifier la décision que nous avons prise lorsque nous avons rejeté votre demande de remboursement. La procédure d'appel est un processus formel qui comporte des procédures détaillées et des délais importants. Pour plus d'informations sur les modalités pour faire appel, consultez le Chapitre 9.

CHAPITRE 8 :

Vos droits et responsabilités

SECTION 1 Notre régime doit honorer vos droits et vos sensibilités culturelles

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

Notre 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. Notre régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des téléimprimeurs ou une connexion TTY (téléphone textuel ou téléimprimeur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

Notre régime dispose de services d'interprétation gratuits pour répondre aux questions des adhérents non anglophones. Nous pouvons également vous fournir gratuitement de la documentation en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats si nécessaire. Nous sommes tenus de vous fournir des informations sur les prestations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins. Pour obtenir des informations dans un format qui vous convient, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

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 services de soins de santé de routine et préventifs.

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

Si vous avez des difficultés à obtenir des informations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins, à consulter un spécialiste de la santé des femmes ou à trouver un spécialiste du réseau, veuillez déposer un grief auprès des Services aux adhérents en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY sont priés d'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 (Bureau des droits civils) au 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités**Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)**

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

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

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

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 بتسوية 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 بتسوية 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.

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

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.).

Vаш 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

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

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

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

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

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

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

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

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des téléimprimeurs ou une connexion TTY (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 convient, veuillez appeler les Services aux adhérents.

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.

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

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 adhérents en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (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 (Bureau des droits civils) au 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

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

Plan w lan dwe garanti tout sèvis yo, kit sèvis klinik ak sèvis ki pa sèvis klinik yo, pou li bay yo yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo (asire yo), ki gen ladann moun ki pa pale Anglè byen, moun ki pa ka li byen, moun ki gen difikilte pou tandè, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzans pou 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 fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

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

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

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon doleyans nan Sèvis pou Manm yo, deepi ou rele nimewo, (833)6710440, Lendi-Vandredi, 8a.m - 8p.m. lè lokal. . Itilizatè TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. 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.

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

אייער פֿ.לא.ן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וּלז, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט לייענען סקילז, געהער וּמפּ אַ סיק, אַ דער יענע מיט פּאַ רשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ וּנדז. ביישפּילן פּון ווי אַ פֿ.לא.ן קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פּאַדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פּון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפּ רייטערז אַ דער TTY (טעקסט טעלעפּאָן אַ דער טעלעטייפּ רייטער טעלעפּאָן) פֿאַ רבינדונג.

אונדזער פֿ.לא.ן האט פריי יבערזעצער סערוויסעס פאראנען צו ענטפֿערן פֿאַראגעס פּון ניט-ענגליש בייטןעט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַ דער אנדערע אַלטערנאַטיוו

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

פֿאַרמאַ טירונגען און קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פארלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פֿון דעם פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַר אַ סיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

אונדזער פֿלאַן איז פארלאנגט צו געבן ווייבלעך ענראַ וואָס די אַפֿציע פֿון דירעקט אַקסעס צו אַ פֿרויען געזונט ספֿעציאַליסט אין די נעץ פֿאַר פֿרויען רופן 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 אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿאַר אַ, אייך וועט בלויז באַזאַלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וואָס זענען קיין ספֿעשאַלאַס אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאָרמאַציע אויף וואָס צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפֿליקט צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט 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 אַפֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט 1-800-368-1019 (Office for Civil Rights) 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.

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités**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 tagasalín, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

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

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

Kung hindi handang magamit ang mga provider sa network ng plano para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangan na pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang hatian sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plano para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang 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 করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহ্মিলে, 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 তালকিতুকতদের জন্য অ্যাকসেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নিশ্চিত 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 বধিনের মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

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

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

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 বিশেষত্বের 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 শুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার অর্থ পমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিসেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্লানের নটেওয়ারক্রে এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর 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 শক্রবার স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাতরা 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 সভিলি 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 kostos brenda rrjetit. Nëse përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

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

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

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

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

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

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

اگر آپ کو ہمارے منصوبے میں موجود اپنے لیے قابل رسائی اور موزوں فارمیٹ میں معلومات حاصل کرنے میں کسی مشکل کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، تو براہ کرم مقامی وقت کے مطابق، پیر-جمعہ، صبح 8 بجے - رات 8 بجے تک، (833) 671-0440 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۔

Section 1.2 Nous devons veiller à ce que vous ayez accès en temps voulu aux services et médicaments couverts

Vous avez le droit de choisir un prestataire de soins primaires (« PCP ») dans le réseau de notre régime pour vous fournir et organiser vos services couverts. Vous avez également le droit de consulter un spécialiste de la santé des femmes (tel qu'un gynécologue) sans recommandation.

Vous avez le droit d'obtenir des rendez-vous et des services couverts par le réseau de prestataires de notre régime *dans un délai raisonnable*. Cela inclut le droit d'obtenir des services de spécialistes en temps voulu lorsque vous avez besoin de ces soins. Vous avez également le droit de vous faites délivrer ou renouveler vos ordonnances dans l'une des pharmacies de notre réseau dans des délais raisonnables.

Si vous pensez que vous ne recevez pas vos soins médicaux ou les médicaments relevant de la Partie D dans un délai raisonnable, le Chapitre 9 vous indique ce que vous pouvez faire.

Section 1.3 Nous devons protéger la confidentialité de vos renseignements sur la santé personnels

Les lois fédérales et nationales protègent la confidentialité de vos dossiers médicaux et de vos renseignements sur la santé personnels. Nous protégeons vos renseignements sur la santé personnels comme l'exigent ces lois.

- Ces informations comprennent les **renseignements sur la santé personnels** que vous nous avez communiqués lors de votre affiliation à ce régime, ainsi que vos dossiers médicaux et d'autres informations médicales et de santé.

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

- Vous avez des droits concernant vos renseignements et le contrôle de l'utilisation de vos renseignements sur la santé. Nous vous remettons un avis par écrit, appelé *Avis sur les pratiques de confidentialité*, qui vous informe de ces droits et vous explique comment nous protégeons la confidentialité de vos renseignements sur la santé.

Comment protégeons-nous la confidentialité de vos renseignements sur la santé ?

- Nous veillons à ce que les personnes non autorisées ne puissent pas consulter ou modifier vos dossiers.
- Sauf dans les cas mentionnés ci-dessous, si nous avons l'intention de communiquer vos renseignements sur la santé à une personne qui ne vous soigne pas ou qui ne paie pas pour vos soins, *nous devons d'abord obtenir votre autorisation écrite ou celle d'une personne à qui vous avez donné le pouvoir légal de prendre des décisions en votre nom.*
- Certaines exceptions ne nous obligent pas à obtenir votre autorisation par écrit au préalable. Ces exceptions sont autorisées ou exigées par la loi.
 - Nous sommes tenus de communiquer des renseignements sur la santé à des organismes gouvernementaux qui contrôlent la qualité des soins.
 - Étant donné que vous êtes affilié(e) à notre régime par l'intermédiaire de Medicare, nous sommes tenus de communiquer à Medicare vos renseignements sur la santé, y compris les renseignements concernant vos médicaments sur ordonnance relevant de la Partie D. Si Medicare communique vos renseignements à des fins de recherche ou pour toute autre utilisation, cela se fera conformément aux lois et réglementations fédérales ; en général, cela exige que les renseignements qui vous identifient de manière unique ne soient pas partagés.

Vous pouvez consulter les renseignements figurant dans vos dossiers et savoir comment ils ont été partagés avec d'autres personnes

Vous avez le droit de consulter vos dossiers médicaux détenus par notre régime et d'en obtenir une copie. Nous sommes autorisés à vous facturer des frais pour les copies. Vous avez également le droit de nous demander d'apporter des ajouts ou des corrections à vos dossiers médicaux. Si vous nous demandez de le faire, nous collaborerons avec votre prestataire de soins de santé pour décider si lesdites modifications doivent être apportées.

Vous avez le droit de savoir comment vos renseignements sur la santé ont été partagés avec d'autres personnes à des fins qui ne sont pas habituelles.

Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant la confidentialité de vos renseignements sur la santé personnels, appelez les Services aux adhérents.

AVIS SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

CET AVIS DÉCRIT COMMENT LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉS ET DIVULGUÉS ET COMMENT VOUS POUVEZ AVOIR ACCÈS À CES RENSEIGNEMENTS. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT.

Le présent Avis décrit les pratiques en matière de protection de la vie privée des régimes de soins de santé affiliés à Molina Healthcare (désignés ci-après par les termes « Molina », « nous » ou « nos »). Nous utilisons et partageons des renseignements sur la santé protégés (« PHI ») vous concernant afin de vous fournir des prestations de santé en tant qu'adhérent(e) de Molina. Nous utilisons et partageons vos PHI pour effectuer le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé. Nous utilisons et partageons également vos PHI à d'autres fins, dans la mesure où la loi l'autorise et l'exige. Nous avons le devoir de préserver la confidentialité

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

de vos renseignements sur la santé et de respecter les conditions du présent Avis. La date d'entrée en vigueur du présent Avis est le 1^{er} janvier, 2026.

Les **PHI** sont des renseignements sur la santé qui comprennent votre nom, votre numéro d'adhérent ou d'autres identifiants, et qui sont utilisés ou partagés par nous. Les PHI comprennent les renseignements sur la santé relatifs aux troubles liés à l'usage de substances ainsi que les informations biométriques (comme une empreinte vocale).

Pourquoi utilisons-nous ou partageons-nous vos PHI ?

Nous utilisons ou partageons vos PHI pour vous fournir des prestations de soins de santé. Vos PHI sont également utilisés ou partagés à des fins de traitement, de paiement et d'opérations de soins de santé.

Pour le traitement

Nous pouvons utiliser ou partager vos PHI pour vous fournir des soins médicaux ou les organiser. Ce traitement comprend également les échanges entre vos médecins ou d'autres prestataires de soins de santé. Par exemple, nous pouvons partager des données sur votre état de santé avec un spécialiste. Cela permet au spécialiste de parler de votre traitement avec votre médecin.

Pour le paiement

Nous pouvons utiliser ou partager des PHI pour prendre des décisions en matière de remboursement. Il peut s'agir de demandes de remboursement, d'approbations de traitement et de décisions concernant les besoins médicaux. Votre nom, votre état de santé, votre traitement et les fournitures données peuvent figurer sur la facture. Par exemple, nous pouvons faire savoir à un médecin que vous bénéficiez de nos prestations. Nous lui indiquerons également le montant de la facture que nous paierons.

Pour les opérations de soins de santé

Nous pouvons utiliser ou partager des PHI vous concernant pour gérer notre/nos régime(s) de soins de santé. Par exemple, nous pouvons utiliser les informations contenues dans votre demande de remboursement pour vous informer d'un programme de santé qui pourrait vous aider. Nous pouvons également utiliser ou partager vos PHI pour résoudre vos problèmes. Vos PHI peuvent également être utilisés pour s'assurer que les demandes de remboursement sont payées correctement.

Les opérations de soins de santé impliquent de nombreux besoins opérationnels quotidiens. Cela comprend notamment les éléments suivants :

- l'amélioration de la qualité ;
- les actions menées dans le cadre de programmes de santé pour aider les adhérents souffrant de certaines affections (comme l'asthme) ;
- la réalisation ou l'organisation d'un examen médical ;
- des services juridiques, y compris des programmes de détection et de poursuite des fraudes et des abus ;
- des actions visant à nous aider à respecter les lois ;
- répondre aux besoins des adhérents, y compris résoudre les plaintes et les griefs.

Nous partagerons vos PHI avec d'autres sociétés (« **associés commerciaux** ») qui effectuent différents types d'activités pour notre/nos régime(s) de soins de santé. Nous pouvons également utiliser vos PHI pour vous rappeler vos rendez-vous. Nous pouvons utiliser vos PHI pour vous donner des informations sur d'autres traitements ou d'autres prestations et services liés à la santé.

Quand peut-on utiliser ou partager vos PHI sans obtenir votre autorisation (approbation) par écrit ?

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

Outre le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé, la loi autorise ou exige que Molina utilise et partage vos PHI à plusieurs autres fins, notamment les suivantes :

Exigences légales

Nous utiliserons ou partagerons les informations vous concernant comme l'exige la loi. Nous partagerons vos PHI lorsque le secrétaire du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, « HHS ») l'exigera. Cela peut être dans le cadre d'une procédure judiciaire ou d'un autre examen juridique, ou à des fins d'application de la loi.

Santé publique

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés dans le cadre d'activités de santé publique. Il peut s'agir d'aider les organismes de santé publique à prévenir ou à lutter contre les maladies.

Surveillance des soins de santé

Vos PHI peuvent être utilisés par des agences gouvernementales ou partagés avec celles-ci. Elles peuvent avoir besoin de vos PHI pour des audits.

Recherche

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés à des fins de recherche dans certains cas, par exemple en cas d'approbation par un comité de protection de la vie privée ou des personnes.

Procédures judiciaires ou administratives

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés dans le cadre d'une procédure judiciaire, par exemple en réponse à une décision de justice.

Application de la loi

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés à la police à des fins d'application de la loi, par exemple pour aider à trouver un suspect, un témoin ou une personne disparue.

Santé et sécurité

Vos PHI peuvent être partagés afin de prévenir une menace grave et imminente pour la santé ou la sécurité publique/d'une personne.

Fonctions gouvernementales

Vos PHI peuvent être partagés au gouvernement pour des fonctions spéciales. Un exemple serait de protéger le Président.

Victimes d'abus, de négligence ou de violence domestique

Vos PHI peuvent être partagés avec les autorités légales si nous pensons qu'une personne est victime d'abus ou de négligence.

Indemnisations des accidentés du travail

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés dans le cadre du respect des lois sur l'indemnisation des accidentés du travail.

Autres divulgations

Vos PHI peuvent être partagés à des entreprises de pompes funèbres ou à des médecins légistes pour les aider à faire leur travail.

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

Restrictions supplémentaires relatives à l'utilisation et à la divulgation.

Certaines lois fédérales et nationales peuvent exiger des protections spéciales de la vie privée qui limitent l'utilisation et la divulgation de certains types de renseignements sur la santé. Ces lois peuvent protéger les types de renseignements suivants : troubles liés à la consommation d'alcool et de substances, informations biométriques, maltraitance ou négligence infligée aux enfants ou aux adultes (y compris les agressions sexuelles), maladies transmissibles, informations génétiques, VIH/SIDA, santé mentale, informations relatives aux mineurs, ordonnances, santé reproductive et maladies sexuellement transmissibles. Nous respecterons la loi la plus stricte, dans les cas où elle s'applique à nous.

Informations sur les troubles liés à l'usage de substances (« SUD »). Bien que nous ne soyons pas un programme de traitement des troubles liés à l'usage de substances en vertu de la loi fédérale (un « programme de traitement des SUD »), nous pouvons recevoir des informations vous concernant d'un programme de traitement des SUD. Nous ne pouvons pas divulguer les informations relatives aux SUD pour une utilisation dans une procédure civile, pénale, administrative ou législative à votre rencontre, sauf si nous disposons de (i) votre consentement écrit, ou (ii) d'une ordonnance du tribunal accompagnée d'une citation à comparaître ou d'une autre exigence légale imposant la divulgation, émise après que vous et nous avons reçu un avis et avons eu la possibilité d'être entendus.

Quand avons-nous besoin de votre autorisation (approbation) par écrit pour utiliser ou partager vos PHI ?

Nous avons besoin de votre autorisation par écrit pour utiliser ou partager vos PHI à des fins autres que celles énumérées dans le présent Avis. Nous avons besoin de votre autorisation avant de divulguer vos PHI dans les cas suivants : (1) la plupart des utilisations et divulgations de notes de psychothérapie ; (2) les utilisations et divulgations à des fins de marketing ; et (3) les utilisations et divulgations qui impliquent la vente de PHI. Vous pouvez annuler une autorisation écrite que vous nous avez accordée. Votre annulation ne s'appliquera pas aux actions déjà entreprises de notre part en raison de cette autorisation que vous nous avez déjà donnée.

Quels sont vos droits concernant les renseignements sur la santé ?

Vous avez le droit de :

Demander des restrictions à l'utilisation ou à la divulgation des PHI (partage de vos PHI)

Vous pouvez nous demander de ne pas partager vos PHI dans le cadre d'un traitement, d'un paiement ou d'opérations de soins de santé. Vous pouvez également nous demander de ne pas partager vos PHI avec votre famille, avec vos amis ou avec d'autres personnes de votre choix qui sont impliquées dans vos soins de santé. Toutefois, nous ne sommes pas tenus d'accéder à votre demande. Vous devez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

Demander la communication confidentielle de PHI

Vous pouvez demander à Molina de vous fournir vos PHI d'une certaine manière ou à un certain endroit afin de préserver la confidentialité de vos PHI. Nous donnerons suite aux demandes raisonnables, si vous nous expliquez comment la communication de la totalité ou d'une partie de ces PHI pourrait mettre votre vie en danger. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

Consulter et copier vos PHI

Vous avez le droit de consulter et d'obtenir une copie des PHI que nous détenons à votre sujet. Il peut s'agir de dossiers utilisés pour prendre des décisions en matière de couverture, de demandes de remboursement et d'autres décisions en tant qu'adhérent(e). Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

utiliser notre formulaire pour introduire votre demande. Nous pouvons vous facturer des frais raisonnables de copie et d'envoi des dossiers. Dans certains cas, nous pouvons refuser la demande. Remarque importante : Nous ne disposons pas de copies complètes de vos dossiers médicaux. Si vous souhaitez consulter, obtenir une copie ou modifier vos dossiers médicaux, veuillez contacter votre médecin ou votre clinique.

Modifier vos PHI

Vous pouvez nous demander de modifier (changer) vos PHI. Cela ne concerne que les dossiers que nous conservons à votre sujet à titre d'adhérent(e). Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande. Vous pouvez déposer une lettre de contestation si nous refusons votre demande.

Recevoir un compte rendu des divulgations de PHI (partage de vos PHI)

Vous pouvez nous demander de vous fournir une liste de certaines parties avec lesquelles nous avons partagé vos PHI au cours des six années précédant la date de votre demande. La liste ne comprendra pas les PHI partagés dans les cas suivants :

- dans le cadre d'un traitement médical, de remboursements et pour les opérations de soins de santé ;
- à des personnes au sujet de leurs propres PHI ;
- communication effectuée avec votre autorisation ;
- dans le cadre d'une utilisation ou d'une divulgation par ailleurs autorisée ou requise en vertu de la législation en vigueur ;
- les PHI divulgués dans l'intérêt de la sécurité nationale ou à des fins de renseignement ; ou
- dans le cadre d'un ensemble limité de données conformément à la législation en vigueur.

Nous facturerons des frais raisonnables pour chaque liste si vous demandez cette liste plus d'une fois au cours d'une période de 12 mois. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

Vous pouvez faire l'une des demandes énumérées ci-dessus ou obtenir une copie papier du présent avis. Veuillez appeler notre département des Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d'appeler le 711.

Que pouvez-vous faire si vos droits n'ont pas été protégés ?

Vous pouvez déposer une plainte auprès de nous et du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) si vous estimez que vos droits à la vie privée ont été violés. Nous ne prendrons aucune mesure à votre encontre pour avoir déposé une plainte. Vos soins et prestations ne seront en aucun cas modifiés.

Vous pouvez déposer une plainte en nous contactant à l'adresse suivante :

Appelez les Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d'appeler le 711. Ou écrivez-nous à l'adresse suivante :

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

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

Vous pouvez déposer une plainte auprès du Secrétaire du U.S. Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis) à l'adresse suivante :

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)

Quelles sont nos obligations ?

Nous sommes tenus de :

- préserver la confidentialité de vos PHI ;
- vous fournir des informations écrites, comme les présentes, sur nos obligations et nos pratiques en matière de protection de la vie privée concernant vos PHI ;
- vous fournir un avis en cas de violation de vos PHI non sécurisés ;
- ne pas utiliser ni divulguer vos données génétiques à des fins de souscription ;
- respecter les conditions du présent Avis.

Cet Avis est susceptible d'être modifié

Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques en matière d'informations ainsi que les dispositions du présent Avis à tout moment. Le cas échéant, les nouvelles conditions et pratiques s'appliqueront alors à tous les PHI que nous conservons. Si nous apportons des modifications importantes, nous publierons l'Avis révisé sur notre site Web et enverrons l'Avis révisé, ou les informations sur les modifications importantes et sur la manière d'obtenir l'Avis révisé, dans notre prochain envoi annuel à nos adhérents alors couverts par notre régime. Le présent Avis est disponible sur notre site Web à l'adresse www.molinahealthcare.com.

Informations de contact

Pour toute question concernant le présent Avis, veuillez nous contacter.

Appelez notre département des Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d'appeler le 711. Ou écrivez à l'adresse suivante : Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Vous pouvez obtenir ce document gratuitement dans d'autres formats, par exemple en gros caractères, en braille ou en version audio. Appelez le (855) 882-3901, TTY/TDD : 711, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). L'appel est gratuit.

Section 1.4 Nous devons vous fournir des informations sur notre régime, notre réseau de prestataires et vos services couverts

En tant qu'adhérent(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), vous avez le droit d'obtenir plusieurs types d'informations de notre part.

Si vous souhaitez obtenir l'un des types d'informations suivants, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) :

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

- **Informations sur notre régime.** Il peut s'agir, par exemple, d'informations sur la situation financière de notre régime.
- **Informations sur les prestataires et les pharmacies de notre réseau.** Vous avez le droit d'obtenir des informations sur les qualifications des prestataires et des pharmacies de notre réseau et sur la manière dont nous rémunérons les prestataires de notre réseau.
- **Informations sur votre couverture et les règles que vous devez respecter lorsque vous utilisez votre couverture.** Les Chapitres 3 et 4 fournissent des informations sur les services médicaux. Les Chapitres 5 et 6 fournissent des informations sur la couverture des médicaments relevant de la Partie D.
- **Informations sur les raisons pour lesquelles un service n'est pas couvert et sur ce que vous pouvez faire à ce sujet.** Le Chapitre 9 vous explique comment demander une explication écrite sur les raisons pour lesquelles un service médical ou un médicament relevant de la Partie D n'est pas couvert ou si votre couverture est restreinte. Le Chapitre 9 vous explique également comment nous demander de modifier une décision, à savoir faire appel.

Section 1.5 Vous avez le droit de connaître vos options de traitement et de participer aux décisions concernant vos soins

Vous avez le droit d'obtenir des informations complètes de la part de vos médecins et autres prestataires de soins de santé. Ces derniers doivent vous expliquer votre état de santé et vos choix de traitement *d'une manière que vous pouvez comprendre*.

Vous avez également le droit de participer pleinement aux décisions concernant vos soins de santé. Pour vous aider à prendre des décisions avec vos médecins sur le traitement qui vous convient le mieux, vos droits sont notamment les suivants :

- **Connaître tous les choix qui s'offrent à vous.** Vous avez le droit d'être informé(e) de toutes les options de traitement recommandées pour votre maladie, quel qu'en soit le coût et qu'elles soient ou non couvertes par notre régime. Vous avez également le droit d'être informé(e) des programmes proposés par notre régime pour aider les adhérents à gérer leurs médicaments et à les utiliser en toute sécurité.
- **Connaître les risques.** Vous avez le droit d'être informé(e) de tous les risques liés à vos soins. Vous devez être informé(e) à l'avance si un soin ou un traitement médical proposé s'inscrit dans le cadre d'une expérience de recherche. Vous avez toujours le choix de refuser tout traitement expérimental.
- **Le droit de dire « non ».** Vous avez le droit de refuser tout traitement recommandé. Cela inclut le droit de quitter un hôpital ou un autre établissement médical, même si votre médecin vous conseille de ne pas le faire. Vous avez également le droit d'arrêter de prendre vos médicaments. Si vous refusez un traitement ou si vous arrêtez de prendre des médicaments, vous acceptez l'entière responsabilité des conséquences qui peuvent en résulter pour votre corps.

Vous avez le droit de donner des instructions sur ce qui doit être fait si vous n'êtes pas en mesure de prendre des décisions médicales pour vous-même

Il arrive que des personnes soient incapables de prendre elles-mêmes des décisions en matière de soins de santé à la suite d'un accident ou d'une maladie grave. Vous avez le droit de préciser vos souhaits si vous vous trouvez dans cette situation. Ainsi, *si vous le souhaitez*, vous pouvez :

- remplir un formulaire écrit pour donner **à quelqu'un l'autorité légale de prendre des décisions médicales à votre place** si vous n'êtes plus en mesure de le faire vous-même.

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

- **donner à vos médecins des instructions écrites** sur la manière dont vous souhaitez qu'ils gèrent vos soins médicaux si vous n'êtes plus en mesure de prendre des décisions vous-même.

Les documents juridiques que vous pouvez utiliser pour donner des instructions à l'avance dans ces situations sont appelés « **directives anticipées** ». Les documents tels qu'un « **testament de vie** » et une « **procuration pour les soins de santé** » sont des exemples de directives anticipées.

Comment prévoir des directives anticipées pour donner des instructions :

- **Procurez-vous un formulaire.** Vous pouvez obtenir un formulaire de directives anticipées auprès de votre avocat, d'une assistante sociale ou de certains magasins de fournitures de bureau. Vous pouvez parfois obtenir des formulaires de directives anticipées auprès d'organisations qui fournissent des informations sur Medicare. Vous pouvez également appeler les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour demander les formulaires.
- **Remplissez le formulaire et signez-le.** Peu importe où vous obtenez ce formulaire, il s'agit d'un document juridique. Envisagez de demander à un avocat de vous aider à le préparer.
- **Remettez des copies du formulaire aux personnes appropriées.** Remettez une copie du formulaire à votre médecin et à la personne que vous nommez sur le formulaire et qui est autorisée à prendre des décisions à votre place si vous n'êtes pas en mesure de le faire. Vous pouvez également en remettre une copie à des amis proches ou à des membres de votre famille. Conservez une copie à la maison.

Si vous savez à l'avance que vous allez être hospitalisé(e) et que vous avez signé des directives anticipées, **apportez-en une copie à l'hôpital.**

- L'hôpital demandera si vous avez signé un formulaire de directives anticipées et si vous l'avez sur vous.
- Si vous n'avez pas signé de formulaire de directives anticipées, l'hôpital dispose de formulaires et vous demandera si vous souhaitez en signer un.

C'est à vous de décider si vous voulez prévoir des directives anticipées (y compris si vous voulez en signer en cas d'hospitalisation). Conformément à la loi, personne ne peut vous refuser des soins ou vous discriminer en raison du fait que vous avez ou non signé des directives anticipées.

Si vos instructions ne sont pas suivies

Si vous signez des directives anticipées et que vous pensez qu'un médecin ou un hôpital n'a pas suivi les instructions qu'elle contenait, vous pouvez déposer une plainte via la ligne téléphonique dédiée à l'introduction de plaintes du Department of Health (Département de la santé) de l'État de New York au 1-866-334-9866 (TTY 711).

Section 1.6 Vous avez le droit de déposer des plaintes et de nous demander de reconsidérer les décisions que nous avons prises

Si vous avez des problèmes, des préoccupations ou des plaintes et que vous devez demander une couverture ou introduire un recours, le Chapitre 9 du présent document indique la marche à suivre. Quoi que vous fassiez, que vous demandiez une décision de couverture, que vous introduisiez un recours ou que vous déposiez une plainte, **nous sommes tenus de vous traiter équitablement.**

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

Section 1.7 Si vous pensez être traité(e) injustement ou que vos droits ne sont pas respectés

Si vous pensez avoir été traité(e) injustement ou que vos droits n'ont pas été respectés en raison de votre race, de votre handicap, de votre religion, de votre sexe, de votre état de santé, de votre origine ethnique, de vos croyances, de votre âge ou de votre origine nationale, appelez l'**Office for Civil Rights** (Bureau des droits civils) du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) au 1-800-368-1019 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-800-537-7697) ou appelez l'Office for Civil Rights de votre région.

Si vous pensez avoir été traité(e) injustement ou que vos droits n'ont pas été respectés, *et qu'il ne s'agit pas* de discrimination, vous pouvez obtenir de l'aide pour résoudre le problème que vous rencontrez auprès des organismes suivants :

- **Appelez les Services aux adhérents de notre régime au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711)**
- **Appelez votre SHIP local** au SHIP. Ses informations de contact sont disponibles à la Section 3 du Chapitre 2.
- **Appelez Medicare** au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048)

Section 1.8 Comment obtenir plus d'informations sur vos droits

Obtenez de plus amples informations sur vos droits auprès des organismes suivants :

- **Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711)**
- **Appelez votre SHIP local** au (800) 701-0501
- **Contactez Medicare**
 - Rendez-vous sur le site Web www.Medicare.gov pour lire la publication *Medicare Rights & Protections* (disponible sur : Medicare Rights & Protections [Droits et protections relatifs à Medicare])
 - Appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048)

SECTION 2 Vos responsabilités en tant qu'adhérent(e) de notre régime

Vous trouverez ci-dessous la liste des choses à faire en tant qu'adhérent(e) de notre régime. Pour toute question, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

- **Familiarisez-vous avec les services couverts et les règles à suivre pour obtenir ces services.** Utilisez cette Preuve de couverture pour savoir ce qui est couvert et les règles que vous devez suivre pour obtenir des services couverts.
 - Les Chapitres 3 et 4 donnent des détails sur les services médicaux.
 - Les Chapitres 5 et 6 donnent des détails sur la couverture des médicaments relevant de la Partie D.

Chapitre 8 : Vos droits et responsabilités

- **Si vous bénéficiez de toute autre couverture santé ou couverture des médicaments en plus de notre régime, vous êtes tenu(e) de nous en informer.** Le Chapitre 1 vous explique comment coordonner ces prestations.
- **Dites à votre médecin et aux autres prestataires de soins de santé que vous êtes affilié(e) à notre régime.** Montrez votre carte d'adhérent à notre régime chaque fois que vous recevez des soins médicaux ou des médicaments relevant de la Partie D.
- **Aidez vos médecins et autres prestataires à vous aider en leur donnant des informations, en leur posant des questions et en assurant le suivi de vos soins.**
 - Pour bénéficier des meilleurs soins, informez vos médecins et autres prestataires de soins de vos problèmes de santé. Suivez les plans de traitement et les instructions convenus entre vous et vos médecins.
 - Assurez-vous que vos médecins connaissent tous les médicaments que vous prenez, y compris les médicaments en vente libre, les vitamines et les compléments alimentaires.
 - Si vous avez des questions, assurez-vous de les poser et d'obtenir une réponse que vous pouvez comprendre.
- **Soyez prévenant(e).** Nous attendons de nos adhérents qu'ils respectent les droits des autres patients. Nous vous demandons également d'agir de manière à contribuer au bon fonctionnement du cabinet de votre médecin, des hôpitaux et des autres services.
- **Payez votre dû.** En tant qu'adhérent(e) du régime, vous êtes responsable des paiements suivants :
 - Vous devez continuer à payer vos primes Medicare pour rester adhérent(e) de notre régime.
 - Si vous êtes tenu(e) de payer le supplément pour la Partie D parce que votre revenu est plus élevé (tel qu'indiqué sur votre dernière déclaration d'impôts), vous devez continuer à payer le montant supplémentaire directement à l'État pour rester affilié(e) au régime.
- **Si vous déménagez à l'intérieur de la zone de service de notre régime, vous devez nous le signaler** afin que nous puissions mettre à jour votre dossier d'affiliation et savoir comment vous contacter.
- **Si vous déménagez en dehors de la zone de service de notre régime, vous ne pouvez pas rester affilié(e) à notre régime.**
- **Si vous déménagez, informez-en la Sécurité sociale (ou le Railroad Retirement Board [Comité de retraite des employés du chemin de fer]).**

CHAPITRE 9 :

Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

SECTION 1 Que faire en cas de problème ou de préoccupation

Ce chapitre explique les processus de traitement des problèmes et des préoccupations. Le processus que vous utilisez pour traiter votre problème dépend du type de problème que vous rencontrez :

- Pour certains problèmes, vous devez recourir au **processus applicable aux décisions de couverture et recours**.
- Pour d'autres problèmes, vous devez utiliser le **processus de dépôt de plaintes** (également appelées « griefs »).

Section 1.1 Termes juridiques

Il existe des termes juridiques pour certaines des règles, procédures et types de délais expliqués dans ce chapitre. La plupart des personnes ne sont pas familiarisées avec ces termes. Pour en faciliter la compréhension, nous avons remplacé dans ce chapitre certains termes juridiques par des termes d'emplois plus courants.

Toutefois, il est parfois important de connaître les termes juridiques exacts. Pour vous aider à savoir quels termes employer afin d'obtenir l'aide et les informations appropriées, **nous** incluons ces termes juridiques lorsque nous donnons des détails sur le traitement de certaines situations.

SECTION 2 Où obtenir plus d'informations et une aide personnalisée

Nous sommes toujours là pour vous aider. Même si vous avez une plainte à formuler concernant le traitement que nous vous avons réservé, nous sommes tenus d'honorer votre droit de déposer une plainte. Vous devez toujours appeler les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour obtenir de l'aide. Dans certaines situations, vous pouvez aussi avoir besoin de l'aide ou des conseils d'une personne qui ne nous est pas rattachée. Deux organismes peuvent vous aider :

State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État, « SHIP »)

Chaque État dispose d'un programme gouvernemental doté de conseillers qualifiés. Ce programme ne nous est pas rattaché, ni à une compagnie d'assurance ou un régime de soins de santé. Les conseillers de ce programme peuvent vous aider à comprendre la procédure à suivre pour régler un problème que vous rencontrez. Ils peuvent également répondre à vos questions, vous donner plus d'informations et vous orienter sur la marche à suivre.

Les services des conseillers du SHIP sont gratuits. Les informations de contact du SHIP sont disponibles à la Section 3 du Chapitre 2.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Medicare

Vous pouvez aussi contacter Medicare pour obtenir de l'aide :

- Appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.
- Consultez le site Web www.Medicare.gov

Vous pouvez obtenir de l'aide et des informations auprès de Medicaid

- Vous pouvez appeler la ligne d'assistance de Medicaid au 1-800-541-2831 (TTY : 711) du lundi au vendredi de 8 a.m. à 8 p.m. et le samedi de 9 a.m. à 1 p.m.
- Vous pouvez écrire à votre Département local des services sociaux (« LDSS », de l'anglais *Local Department of Social Services*). Trouvez l'adresse de votre LDSS sur : www.health.ny.gov/health_care/medicaid/lds
- Vous pouvez également consulter le site Web de New York Medicaid : www.health.ny.gov/health_care/medicaid

SECTION 3 Comprendre les plaintes et les recours concernant Medicare et Medicaid

Vous bénéficiez de Medicare et d'une aide de Medicaid. Les informations contenues dans ce chapitre s'appliquent à **toutes** vos prestations de Medicare et de Medicaid. Cette procédure est appelée « procédure intégrée » car elle combine, ou intègre, les procédures de Medicare et de Medicaid.

Parfois, les procédures de Medicare et de Medicaid ne sont pas combinées. Dans ce cas, utilisez une procédure de Medicare pour une prestation couverte par Medicare et une procédure de Medicaid pour une prestation couverte par Medicaid. Ces situations sont expliquées à **la Section 6.4**.

SECTION 4 Quelle est la procédure à suivre en fonction de votre problème

Si vous avez un problème ou une préoccupation, lisez les parties de ce chapitre qui s'appliquent à votre situation. Les informations ci-dessous vous aideront à trouver la bonne section de ce chapitre pour les problèmes ou les plaintes concernant les **prestations couvertes par Medicare ou Medicaid**.

Votre problème ou votre préoccupation concerne-t-ils vos prestations ou votre couverture ?

Cela inclut les problèmes concernant la couverture ou non des soins médicaux (articles médicaux, services et/ou médicaments relevant de la Partie B), la manière dont ils sont couverts et les problèmes liés au paiement des soins médicaux.

Oui.

Consultez la **Section 5** intitulée « **Guide sur les décisions de couverture et recours** ».

Non.

Consultez la **Section 11** intitulée « **Comment déposer une plainte concernant la qualité des soins, les temps d'attente, le service clientèle ou d'autres aspects** ».

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Décisions de couverture et recours

SECTION 5 Guide sur les décisions de couverture et recours

Les décisions de couverture et recours traitent des problèmes liés à vos prestations et à la couverture de vos soins médicaux (services, articles et médicaments relevant de la Partie B, y compris le paiement). Par souci de simplicité, nous désignons généralement les articles médicaux, les services et les médicaments relevant de Medicare Part B par l'expression « **soins médicaux** ». Il s'agit de la procédure de décision de couverture et d'appel à laquelle vous avez recours pour savoir si quelque chose est couvert ou non et de quelle manière.

Demander une décision de couverture avant de recevoir des services

Si vous voulez savoir si nous couvrirons un soin médical avant que vous ne le receviez, vous pouvez nous demander de prendre une décision de couverture pour vous. Une décision de couverture est une décision que nous prenons concernant vos prestations et votre couverture ou le montant que nous paierons pour vos soins médicaux. Par exemple, si le médecin du réseau de notre régime vous oriente vers un spécialiste qui ne fait pas partie du réseau, cette orientation est considérée comme une décision de couverture favorable, sauf si vous ou votre médecin du réseau pouvez prouver que vous avez obtenu un avis de refus standard pour ce spécialiste, ou si la Preuve de couverture indique clairement que le service vers lequel vous avez été orienté(e) n'est jamais couvert, quelles que soient les conditions. Vous ou votre médecin pouvez également nous contacter et demander une décision de couverture si votre médecin n'est pas sûr que nous prendrons en charge un service médical particulier ou s'il refuse de vous fournir des soins médicaux dont vous pensez avoir besoin.

Dans des circonstances limitées, une demande de décision de couverture sera rejetée, ce qui signifie que nous ne l'examinerons pas. Par exemple, une demande **sera** rejetée si elle est incomplète, si quelqu'un la présente en votre nom, mais n'est pas légalement autorisé à le faire ou si vous demandez à ce qu'elle soit retirée. Si nous rejetons une demande de décision de couverture, nous enverrons un avis expliquant pourquoi la demande a été rejetée et comment demander un réexamen du rejet.

Nous prenons une décision de couverture chaque fois que nous décidons de ce qui est couvert pour vous et du montant que nous payons. Dans certains cas, nous pouvons décider que des soins médicaux ne sont pas ou plus couverts pour vous. Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision de couverture, vous pouvez faire appel.

Introduire un recours

Si nous prenons une décision de couverture, que ce soit avant ou après avoir reçu une prestation, et que vous n'êtes pas satisfait(e), vous pouvez **faire appel** de la décision. Un recours est un moyen formel de nous demander de revoir et de modifier une décision de couverture que nous avons prise. Dans certaines circonstances, vous pouvez demander un **recours rapide** ou accéléré d'une décision de couverture. Votre recours est traité par des examinateurs différents de ceux qui ont pris la décision initiale.

Lorsque vous faites appel d'une décision pour la première fois, il s'agit d'un recours de Niveau 1. Dans le cadre de ce recours, nous réexaminons la décision de couverture que nous avons prise afin de vérifier si nous avons bien respecté les règles. Une fois l'examen terminé, nous vous communiquons notre décision.

Dans des circonstances limitées, une demande de recours de Niveau 1 sera rejetée, ce qui signifie que nous n'examinerons pas la demande. Par exemple, une demande peut être rejetée si elle est incomplète, si quelqu'un la présente en votre nom, mais n'est pas légalement autorisé à le faire ou si vous demandez à ce qu'elle soit

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

retirée. Si nous rejetons une demande de recours de Niveau 1, nous enverrons un avis expliquant pourquoi la demande a été rejetée et comment demander un réexamen du rejet.

Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre recours de Niveau 1 pour des soins médicaux, votre recours passera automatiquement au Niveau 2. Le recours de Niveau 2 est mené par un organisme d'examen indépendant qui ne nous est pas rattaché.

- Vous n'avez rien à faire pour lancer une procédure d'appel de Niveau 2. Les règles de Medicare stipulent que nous devons automatiquement transférer votre recours concernant des soins médicaux au Niveau 2 si nous ne sommes pas complètement d'accord avec votre recours de Niveau 1.
- Pour plus d'informations sur les recours de Niveau 2 concernant des soins médicaux, consultez la **Section 6.4** de ce chapitre.
- Les recours portant sur des éléments relevant de la Partie D sont abordés à la Section 7 de ce chapitre.

Si vous n'êtes pas satisfait(e) de la décision prise dans le cadre du recours de Niveau 2, vous pourrez peut-être passer par d'autres niveaux de recours (ce chapitre explique les procédures d'appel de Niveau 3, 4 et 5).

Section 5.1 Obtenir de l'aide pour demander une décision de couverture ou introduire un recours

Voici les ressources à votre disposition si vous décidez de demander tout type de décision de couverture ou de faire appel d'une décision :

- **Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711)**
 - **Obtenez une assistance gratuite** auprès de votre State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État).
 - **Votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé peut faire une demande pour vous.** Si votre médecin intervient dans le cadre d'un recours au-delà du Niveau 2, il doit être désigné comme votre représentant. Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) et demandez le formulaire « *Appointment of Representative* » (désignation d'un représentant). (Ce formulaire est également disponible à l'adresse www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
 - Pour les soins médicaux, votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé peut demander une décision de couverture ou un recours de Niveau 1 en votre nom. Si votre recours est rejeté au Niveau 1, il sera automatiquement transmis au Niveau 2.
 - Si votre médecin ou autre prestataire de soins de santé demande le maintien du bénéfice d'un service ou d'un article dont vous bénéficiez déjà soit pendant l'étude de votre recours, vous **devrez** peut-être désigner votre médecin ou autre prescripteur en tant que représentant pour agir en votre nom.
 - Pour les médicaments relevant de la Partie D, votre médecin ou autre prescripteur peut demander une décision de couverture ou un recours de Niveau 1 en votre nom. Si votre recours de Niveau 1 est refusé, votre médecin ou prescripteur peut demander un recours de Niveau 2.
- **Vous pouvez demander à quelqu'un d'agir en votre nom.** Vous pouvez désigner une autre personne pour agir en votre nom en tant que représentant pour demander une décision de couverture ou introduire un recours.

Si vous souhaitez qu'un ami, un membre de votre famille ou une autre personne soit votre représentant, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) et

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

demandez le formulaire « *Appointment of Representative* » (désignation d'un représentant). (Ce formulaire est également disponible à l'adresse www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Ce formulaire donne à cette personne l'autorisation d'agir en votre nom. Il doit être signé par vous et par la personne que vous souhaitez voir agir en votre nom. Vous devez nous remettre une copie du formulaire signé.

Nous pouvons accepter une demande de recours d'un représentant sans le formulaire, mais nous ne pouvons pas commencer ou terminer notre examen tant que nous ne l'avons pas reçu. Si nous ne recevons pas le formulaire avant l'échéance de notre délai pour prendre une décision quant à votre recours, votre demande de recours sera rejetée. Dans ce cas, nous vous enverrons un avis par écrit expliquant votre droit de demander à l'organisme d'examen indépendant de réexaminer notre décision de rejeter votre recours.

- **Vous avez également le droit d'engager un avocat.** Vous pouvez contacter votre propre avocat ou obtenir le nom d'un avocat auprès du barreau de votre région ou d'un autre service d'orientation. Il existe également des groupes qui vous fourniront des services juridiques gratuits si vous remplissez les conditions requises. Toutefois, **vous n'êtes pas tenu(e) d'engager un avocat** pour demander tout type de décision de couverture ou pour faire appel d'une décision.

Section 5.2 Règles et délais pour les différentes situations

Il existe 4 situations différentes qui impliquent des décisions de couverture et recours. Chaque situation est soumise à des règles et à des délais différents, nous détaillons chacune d'entre elles :

- **Section 6 :** « soins médicaux : comment demander une décision de couverture ou introduire un recours »
- **Section 7 :** « médicaments relevant de la Partie D : comment demander une décision de couverture ou introduire un recours »
- **Section 8 :** « comment demander la couverture d'un séjour à l'hôpital plus long si vous estimez que la date prévue de votre sortie est prématurée »
- **Section 9 :** « comment nous demander de continuer à couvrir certains services médicaux si vous pensez que votre couverture prend fin trop tôt » (ne s'applique qu'aux services suivants : soins de santé à domicile, soins en établissement de soins infirmiers qualifiés et services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet [« CORF »])

Si vous n'êtes pas sûr(e) des informations qui vous concernent, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Vous pouvez également obtenir de l'aide ou des informations auprès de votre SHIP.

SECTION 6 Soins médicaux : comment demander une décision de couverture ou faire appel

Section 6.1 Que faire si vous avez des difficultés à obtenir une couverture pour des soins médicaux ou si vous voulez que nous vous remboursions vos soins

Vos prestations pour les soins médicaux sont décrites au Chapitre 4, dans le Tableau des prestations médicales. Dans certains cas, des médicaments relevant de la Partie B sont soumis à des règles différentes. Dans ces cas, nous expliquerons en quoi les règles relatives aux médicaments relevant de la Partie B sont différentes des règles applicables aux articles et services médicaux.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Cette section indique la marche à suivre si vous vous trouvez dans l'une des 5 situations suivantes :

1. Vous ne recevez pas certains soins médicaux que vous souhaitez et vous pensez que notre régime couvre ces soins. **Demandez une décision de couverture. Section 6.2.**
2. Notre régime n'approuve pas les soins médicaux que votre médecin ou autre prestataire de soins de santé souhaite vous prodiguer et vous pensez que notre régime couvre ces soins. **Demandez une décision de couverture. Section 6.2.**
3. Vous avez reçu des soins médicaux qui, selon vous, devraient être couverts par notre régime, mais nous avons refusé de les couvrir. **Faites appel. Section 6.3.**
4. Vous avez reçu et payé des soins médicaux qui, selon vous, devraient être couverts par notre régime, et vous souhaitez demander à notre régime de vous les rembourser. **Envoyez-nous la facture. Section 6.5.**
5. On vous annonce que la couverture de certains soins médicaux que vous avez reçus et que nous avons précédemment approuvés sera réduite ou supprimée, et vous estimez que la réduction ou la suppression de ces soins pourrait nuire à votre santé. **Faites appel. Section 6.3.**

Remarque : Si la couverture qui sera interrompue concerne des soins hospitaliers, des soins de santé à domicile, des soins en établissement de soins infirmiers qualifiés ou des services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet (« CORF »), consultez les Sections 8 et 9. Des règles particulières s'appliquent à ces types de soins.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)**Section 6.2 Comment demander une décision de couverture****Termes juridiques :**

Une décision de couverture concernant vos soins médicaux est appelée « **détermination de l'organisme** ».

Une **décision rapide de couverture** est appelée « **détermination accélérée** ».

Étape 1 : décidez si vous avez besoin d'une décision de couverture standard ou d'une décision rapide de couverture.

Une décision de couverture standard est généralement prise dans les 7 jours civils lorsque l'article ou le service médical est soumis à nos règles d'autorisation préalable, dans les 14 jours civils pour tous les autres articles et services médicaux ou dans les 72 heures pour les médicaments relevant de la Partie B. Une « décision rapide de couverture » est généralement prise dans les 72 heures pour les services médicaux et dans les 24 heures pour les médicaments relevant de la Partie B.

- Vous ne pouvez obtenir une décision rapide de couverture *que* si le respect des délais normaux risque de *nuire gravement à votre santé ou de compromettre votre capacité à fonctionner*.
- **Si votre médecin nous indique que votre état de santé nécessite une décision rapide de couverture, nous vous accorderons automatiquement une décision rapide de couverture.**
- **Si vous sollicitez une décision rapide de couverture de votre propre chef, sans l'appui de votre médecin, nous déciderons si votre état de santé exige que nous vous accordions une décision rapide de couverture.** Si nous n'approuvons pas une décision rapide de couverture, nous vous enverrons une lettre qui :
 - explique que nous appliquerons les délais standard ;
 - explique que si votre médecin demande une décision rapide de couverture, nous vous accorderons automatiquement une décision rapide de couverture ;
 - vous indique comment déposer une plainte rapide concernant notre décision de vous accorder une décision de couverture standard au lieu de la décision rapide de couverture que vous avez sollicitée.

Étape 2 : demandez à notre régime de prendre une décision de couverture ou une décision rapide de couverture.

- Commencez par contacter notre régime par téléphone, par écrit ou par fax pour nous demander d'autoriser ou de prendre en charge les soins médicaux souhaités. Cette démarche peut être effectuée par vous-même, votre médecin ou votre représentant. Vous trouverez au Chapitre 2 les informations de contact des personnes à contacter.

Étape 3 : nous examinons votre demande de couverture des soins médicaux et vous donnons notre réponse.

Pour les décisions de couverture standard, nous appliquons les délais standard.

Cela signifie que nous vous donnerons une réponse dans les 7 jours civils suivant la réception de votre demande **pour un article ou un service médical soumis à nos règles d'autorisation préalable. Si l'article ou le service médical que vous demandez n'est pas soumis à nos règles d'autorisation préalable, nous**

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

vous donnerons une réponse dans les 14 jours civils suivant la réception de votre demande. Si votre demande concerne un **médicament relevant de la Partie B**, nous vous donnerons une réponse **dans les 72 heures** suivant la réception de votre demande.

- **Toutefois**, si vous demandez plus de temps ou si nous avons besoin de plus d'informations susceptibles d'être dans votre intérêt, **nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours civils supplémentaires** dans le cas d'une demande portant sur un article ou un service médical. Si nous avons besoin de jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit. Nous ne pouvons pas nous permettre de délai supplémentaire pour prendre une décision si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B.
- Si vous estimez que nous *ne devrions pas* prendre de jours supplémentaires, vous pouvez déposer une plainte rapide. Nous vous donnerons une réponse à votre plainte dès que nous aurons pris la décision. (La procédure de dépôt d'une plainte est différente de la procédure de décisions de couverture et recours. Consultez la Section 11 pour plus d'informations sur les plaintes.)

Pour les décisions de couverture rapide, nous appliquons un délai accéléré.

Dans le cas d'une décision rapide de couverture, nous donnons une réponse dans les 72 heures si votre demande porte sur un article ou un service médical. Si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B, nous vous donnerons une réponse dans les 24 heures.

- **Toutefois**, si vous demandez plus de temps ou si nous avons besoin de plus d'informations susceptibles d'être dans votre intérêt, **nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours civils supplémentaires**. Si nous avons besoin de jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit. Nous ne pouvons pas nous permettre de délai supplémentaire pour prendre une décision si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B.
- Si vous estimez que nous ne devrions *pas* prendre de jours supplémentaires, vous pouvez déposer une plainte rapide. (Consultez la Section 11 pour plus d'informations sur les plaintes.) Nous vous appellerons dès que nous aurons pris notre décision.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus.

Étape 4 : si nous donnons une réponse négative à votre demande de couverture des soins médicaux, vous pouvez faire appel.

- Si nous donnons une réponse négative, vous avez le droit de nous demander de reconsidérer cette décision en faisant appel. Cela signifie que vous pouvez faire une nouvelle demande pour obtenir la couverture des soins médicaux que vous souhaitez. Si vous faites appel, cela signifie que vous passez au Niveau 1 de la procédure d'appel.

Section 6.3 Comment introduire un recours de Niveau 1**Termes juridiques :**

Un recours auprès de notre régime concernant une décision relative à la couverture des soins médicaux est appelé « **réexamen** » par le régime.

Un recours rapide est également appelé « **réexamen accéléré** ».

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Étape 1 : décidez si vous devez introduire un recours standard ou un recours rapide.

Un « recours standard » est généralement introduit dans un délai de 30 jours ou de 7 jours civils pour les médicaments relevant de la Partie B. Un recours rapide est généralement introduit dans les 72 heures.

- Si vous faites appel d'une décision que nous avons prise concernant la couverture de soins, vous et/ou votre médecin devrez décider si vous avez besoin d'un recours rapide. Si votre médecin nous dit que votre état de santé nécessite un recours rapide, nous vous accorderons un recours rapide.
- Les conditions pour obtenir un recours rapide sont les mêmes que celles pour obtenir une décision rapide de couverture à la Section 6.2.

Étape 2 : sollicitez un recours ou un recours rapide auprès de notre régime

- **Si vous souhaitez introduire un recours standard, soumettez-le par écrit.** Vous pouvez également faire appel en nous téléphonant. Vous trouverez au Chapitre 2 les informations de contact des personnes à contacter.
- **Si vous souhaitez introduire un recours rapide, introduisez-le par écrit ou appelez-nous.** Vous trouverez au Chapitre 2 les informations de contact des personnes à contacter.
- **Vous devez introduire votre demande de recours dans un délai de 65 jours civils** à compter de la date figurant sur l'avis par écrit que nous vous avons envoyé pour vous communiquer notre réponse sur la décision de couverture. Si vous dépassez ce délai et que vous avez une bonne raison de le faire, expliquez la raison pour laquelle votre recours est tardif au moment où vous le présentez. Nous pouvons vous accorder plus de temps pour faire appel. Parmi les exemples de raisons valables, citons une maladie grave qui vous a empêché(e) de nous contacter ou le fait que nous vous ayons fourni des informations incorrectes ou incomplètes sur la date limite d'introduction d'un recours.
- **Vous pouvez demander une copie gratuite des informations relatives à votre décision médicale. Vous et votre médecin pouvez ajouter d'autres informations à l'appui de votre recours.**

S'il vous a été annoncé que nous allions supprimer ou réduire les services ou les articles dont vous bénéficiez déjà, vous pouvez peut-être conserver ces services ou ces articles pendant que votre recours est en cours.

- Si nous avons décidé de modifier ou d'arrêter la couverture d'un service ou d'un article dont vous bénéficiez actuellement, nous vous enverrons un avis avant de prendre la mesure proposée.
- Si vous n'êtes pas d'accord avec cette mesure, vous pouvez introduire un recours de Niveau 1. Nous continuerons à couvrir le service ou l'article si vous introduisez un recours de Niveau 1 dans les 10 jours civils suivant la date d'oblitération de notre lettre ou avant la date prévue d'entrée en vigueur de la décision, la date la plus tardive étant retenue.
- Si vous respectez ce délai, vous pouvez continuer à bénéficier du service ou de l'article sans changement pendant que votre recours de Niveau 1 est en cours. Vous continuerez également à bénéficier de tous les autres services ou articles (qui ne font pas l'objet de votre recours) sans aucun changement.

Étape 3 : nous examinons votre recours et vous donnons notre réponse.

- Lorsque nous examinons votre recours, nous étudions attentivement toutes les informations. Nous nous assurons de respecter toutes les règles lorsque nous donnons une réponse négative à votre demande.
- Si nécessaire, nous recueillerons davantage d'informations et pourrons prendre contact avec vous ou votre médecin.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Délais pour un recours rapide

- Pour les recours rapides, nous devons vous donner notre réponse **dans les 72 heures suivant la réception de votre recours**. Nous vous donnerons notre réponse plus tôt si votre état de santé l'exige.
 - Si vous demandez plus de temps ou si nous avons besoin de plus d'informations susceptibles de servir vos intérêts, **nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours civils supplémentaires** dans le cas d'une demande portant sur un article ou un service médical. Si nous avons besoin de jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit. Nous ne pouvons pas nous permettre de délai supplémentaire si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B.
 - Si nous ne vous donnons pas de réponse dans les 72 heures (ou à la fin de la période prolongée si nous avons pris des jours supplémentaires pour trancher), nous sommes tenus d'envoyer automatiquement votre demande au Niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant. La Section 6.4 explique la procédure d'appel de Niveau 2.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons autoriser ou fournir la couverture que nous avons acceptée de fournir dans les 72 heures suivant la réception de votre recours.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons notre décision par écrit et transmettrons automatiquement votre recours à un organisme d'examen indépendant en vue d'un recours de Niveau 2. Cet organisme vous informera avoir reçu votre recours par écrit.

Délais pour un recours standard

- Pour les recours standards, nous devons vous donner notre réponse **dans les 30 jours civils** suivant la réception de votre recours. Si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B que vous n'avez pas encore reçu, nous vous donnerons notre réponse **dans les 7 jours civils** suivant la réception de votre recours. Nous vous ferons part de notre décision plus tôt si votre état de santé l'exige.
 - Toutefois, si vous demandez plus de temps ou si nous avons besoin de plus d'informations susceptibles d'être dans votre intérêt, **nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours civils supplémentaires** dans le cas d'une demande portant sur un article ou un service médical. Si nous avons besoin de jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit. Nous ne pouvons pas nous permettre de délai supplémentaire pour prendre une décision si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B.
 - Si vous estimez que nous *ne devrions pas* prendre de jours supplémentaires, vous pouvez déposer une plainte rapide. Lorsque vous déposez une plainte rapide, nous vous donnons une réponse à votre plainte dans les 24 heures. (Pour plus d'informations sur la procédure de dépôt de plainte, y compris pour les plaintes rapides, consultez la **Section 11.**)
 - Si nous ne vous donnons pas de réponse dans le délai imparti (ou à la fin du délai prolongé), votre recours passera au Niveau 2, où un organisme d'examen indépendant examinera le recours. La Section 6.4 explique la procédure d'appel de Niveau 2.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons autoriser ou fournir la couverture dans les **30 jours civils**, ou **dans les 7 jours civils** si votre demande porte sur un médicament relevant de la Partie B.
- **Si notre régime donne une réponse négative à tout ou partie de votre recours, vous disposez de droits supplémentaires en matière de recours.**
- Si nous refusons tout ou partie de votre demande, nous vous enverrons une lettre.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- Si votre problème concerne la couverture d'un service ou d'un article Medicare, la lettre vous informera que nous avons envoyé votre dossier à l'entité d'examen indépendante pour un recours de Niveau 2.
- Si votre problème concerne la couverture d'un service ou d'un article Medicaid, la lettre vous indiquera comment déposer vous-même un recours de Niveau 2.

Section 6.4 La procédure d'appel de Niveau 2

Terme juridique :

Le nom officiel pour « organisme d'examen indépendant » est « **Independent Review Entity** » (**entité d'examen indépendante**). L'organisme est parfois désigné par le sigle « **IRE** ».

L'organisme d'examen indépendant est une organisation indépendante engagée par Medicare. Il ne nous est pas rattaché et n'est pas un organisme gouvernemental. Cet organisme détermine si la décision que nous avons prise est correcte ou si elle doit être modifiée. Medicare supervise son travail.

- Si votre problème concerne un service ou un article qui est généralement **couvert par Medicare**, nous enverrons automatiquement votre dossier au Niveau 2 de la procédure d'appel dès que le recours de Niveau 1 sera terminé.
- Si votre problème concerne un service ou un article généralement **couvert par Medicaid**, vous pouvez introduire vous-même un recours de Niveau 2. La lettre vous indiquera la marche à suivre. Vous trouverez également des informations ci-dessous.
- Si votre problème concerne un service ou un article qui pourrait être **couvert à la fois par Medicare et Medicaid**, vous obtiendrez automatiquement un recours de Niveau 2 auprès de l'organisme d'examen indépendant. Vous pouvez également demander une audience équitable au niveau de l'État.

Si vous avez droit au maintien des prestations lorsque vous avez introduit votre recours de Niveau 1, vos prestations pour le service, l'article ou le médicament faisant l'objet du recours peuvent également être maintenues au cours du Niveau 2. Allez à la page 138 pour obtenir des informations sur le maintien de vos prestations en cas de recours de Niveau 1.

- Si votre problème concerne un service qui est généralement couvert par Medicare uniquement, vos prestations pour ce service ne seront pas maintenues pendant la procédure d'appel de Niveau 2 auprès de l'organisme d'examen indépendant.
- Si votre problème concerne un service qui est généralement couvert par Medicaid, vos prestations pour ce service seront maintenues si vous soumettez un recours de Niveau 2 dans les 10 jours civils suivant la réception de la lettre de décision de notre régime.

Si votre problème concerne un service ou un article, Medicare couvre généralement :

Étape 1 : l'organisme d'examen indépendant examine votre recours.

- Nous enverrons les informations relatives à votre recours à cet organisme. Ces informations sont ce qu'on appelle votre « **dossier** ». **Vous avez le droit de nous demander gratuitement une copie de votre dossier.**
- Vous avez le droit de fournir à l'organisme d'examen indépendant des informations supplémentaires pour étayer votre recours.
- Les examinateurs de l'organisme d'examen indépendant examineront attentivement toutes les informations relatives à votre recours.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Si vous avez bénéficié d'un recours rapide au Niveau 1, vous pourriez également bénéficier d'un recours rapide au Niveau 2.

- Dans le cas d'un recours rapide, l'organisme d'examen indépendant doit vous donner une réponse à votre recours de Niveau 2 **dans les 72 heures** suivant la réception de votre recours.
- Si votre demande concerne un article ou un service médical et que l'organisation d'examen indépendant a besoin de recueillir davantage d'informations susceptibles de vous être utiles, **cela peut prendre jusqu'à 14 jours civils supplémentaires**. L'organisme d'examen indépendant ne peut pas prendre de délai supplémentaire pour prendre une décision si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B.

Si vous avez bénéficié d'un recours standard au Niveau 1, vous bénéficierez également d'un recours standard au Niveau 2.

- Dans le cas d'un recours standard, si votre demande concerne un article ou un service médical, l'organisme d'examen indépendant doit vous donner une réponse à votre recours de Niveau 2 **dans un délai de 30 jours civils** à compter de la date de réception de votre recours. Si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B, l'organisme d'examen indépendant doit vous donner une réponse à votre recours de Niveau 2 **dans un délai de 7 jours civils** à compter de la date de réception de votre recours.
- Si votre demande concerne un article ou un service médical et que l'organisation d'examen indépendant a besoin de recueillir davantage d'informations susceptibles de vous être utiles, **cela peut prendre jusqu'à 14 jours civils supplémentaires**. L'organisme d'examen indépendant ne peut pas prendre de délai supplémentaire pour prendre une décision si votre demande concerne un médicament relevant de la Partie B.

Étape 2 : l'organisme d'examen indépendant vous donne sa réponse.

L'organisme d'examen indépendant vous communiquera sa décision par écrit et vous expliquera les raisons qui l'ont motivée.

- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive à tout ou partie d'une demande concernant un article ou un service médical**, nous devons autoriser la prise en charge des soins médicaux dans les **72 heures** ou fournir le service dans un délai de 14 jours civils suivant la réception de sa décision pour les **demandes standard**. Pour les **demandes accélérées**, nous disposons de **72 heures** à compter de la date à laquelle nous recevons la décision de l'organisme d'examen indépendant.
- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive à tout ou partie d'une demande concernant un médicament relevant de la Partie B**, nous devons autoriser ou fournir ce médicament dans les **72 heures** suivant la réception de sa décision pour les **demandes standard**. Pour les **demandes accélérées**, nous disposons de **24 heures** à compter de la date à laquelle nous recevons la décision de l'organisme d'examen indépendant.
- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse négative à tout ou partie de votre recours**, cela signifie qu'il est d'accord avec la décision de notre régime de rejeter votre demande (ou une partie de votre demande) de couverture des soins médicaux. (C'est ce qu'on appelle « **confirmer la décision** » ou « **rejeter votre recours** ».) Dans ce cas, l'organisme d'examen indépendant vous enverra une lettre :
 - expliquant sa décision.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- vous informant de votre droit à un recours de Niveau 3 si la valeur monétaire de la couverture des soins médicaux atteint un certain minimum. L'avis par écrit que vous recevrez de l'organisme d'examen indépendant vous indiquera le montant (en dollars) que vous devez atteindre pour poursuivre la procédure d'appel.
- vous indiquant comment introduire un recours de Niveau 3.
- Si votre recours de Niveau 2 est rejeté et que vous remplissez les conditions pour poursuivre la procédure d'appel, vous devez décider si vous souhaitez passer au Niveau 3 et introduire un troisième recours. Vous trouverez les détails de cette procédure dans l'avis par écrit que vous recevrez après votre recours de Niveau 2.
 - Le recours de Niveau 3 est d'abord traité par un juge de droit administratif ou un avocat arbitre. La **Section 10** de ce chapitre explique la procédure à suivre pour les recours de Niveau 3, 4 et 5.

Si votre problème concerne un service ou un article, Medicaid couvre généralement :

Étape 1 : demandez une audience équitable au niveau de l'État.

- Le Niveau 2 de la procédure d'appel pour les services généralement couverts par Medicaid est une audience équitable au niveau de l'État. Vous devez demander la tenue d'une audience équitable par écrit ou par téléphone dans les 60 jours civils à compter de la date d'envoi de la lettre de décision concernant votre recours de Niveau 1. La lettre que vous recevrez de notre part vous indiquera où envoyer votre demande d'audience.
- Par téléphone : 1-800-342-3334 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711 et de demander à l'opérateur de composer le 1-877-502-6155)
- Par fax : 518-473-6735
- Par Internet : <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Par courrier : NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings
 Managed Care Hearing Unit
 P.O. Box 22023
 Albany, New York 12201-2023

- En personne : Pour les non-résidents de la ville de New York :

Office of Temporary and Disability Assistance
 Office of Administrative Hearings
 40 North Pearl Street
 Albany, New York 12243

- Pour les résidents de la ville de New York :

Office of Temporary and Disability Assistance
 Office of Administrative Hearings
 5 Beaver Street
 New York, New York 10004

Après avoir soumis votre demande d'audience équitable, l'État vous enverra un avis indiquant la date, l'heure et le lieu de l'audience. Lors de l'audience, il vous sera demandé d'expliquer les raisons pour lesquelles vous pensez que cette décision est erronée. Un agent en charge des audiences vous entendra, ainsi que le régime, puis statuera sur le caractère fondé ou non de notre décision. Si l'État rejette votre demande d'audience équitable accélérée, vous serez contacté(e) par téléphone et recevrez également un courrier. Si votre demande

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

d'audience équitable accélérée est rejetée, l'État traitera votre demande d'audience équitable dans un délai de 90 jours.

Si l'État approuve votre demande d'audience équitable accélérée, la date et l'heure de votre audience vous seront communiquées par téléphone. Toutes les audiences équitables accélérées se tiendront par téléphone.

Pour préparer l'audience :

- **Nous vous enverrons une copie du « dossier de preuves » avant l'audience.** Il s'agit des informations que nous avons utilisées pour prendre notre décision concernant les services que vous avez reçus. Nous communiquerons ces informations à l'agent en charge des audiences afin d'expliquer notre décision. Si nous n'avons pas le temps de vous l'envoyer par courrier postal, nous vous apporterons une copie du dossier de preuves à l'audience. Si vous ne recevez pas votre dossier de preuves la semaine précédant votre audience, vous pouvez appeler le 1-800 MCO-PLAN pour en faire la demande.
- **Vous avez le droit de consulter votre dossier et autres documents.** Votre dossier contient vos dossiers de santé et peut fournir des informations supplémentaires sur les raisons pour lesquelles votre service de soins de santé a été modifié ou refusé. Vous pouvez également demander à consulter les lignes directrices et tout autre document ayant servi pour prendre cette décision. Vous pouvez appeler le 1-800 MCO-PLAN pour demander l'accès à votre dossier et aux autres documents, ou pour en demander une copie gratuite. Des copies ne vous seront envoyées par courrier que si vous en faites la demande.
- **Vous avez le droit d'amener une personne avec vous à l'audience pour vous aider,** comme un avocat, un ami, un membre de votre famille ou toute autre personne. À l'audience, vous ou cette personne pouvez remettre un document écrit à l'agent en charge des audiences, ou simplement expliquer en quoi la décision était erronée. Vous pouvez également amener des personnes pour témoigner en votre faveur. Vous ou cette personne pouvez également poser des questions à d'autres personnes lors de l'audience.
- **Vous avez le droit de soumettre des documents afin d'étayer votre dossier.** Apportez une copie de tous les documents qui, selon vous, permettront d'étayer votre dossier, comme les lettres de votre médecin, les factures de soins de santé et les reçus. Il peut être utile d'apporter à l'audience une copie du présent Avis et de toutes les pages qui l'accompagnent.
- **Vous pouvez peut-être obtenir une assistance juridique** en appelant votre société d'aide juridique locale ou votre groupe de défense.
- Pour trouver un avocat, consultez la rubrique « Avocats » des Pages jaunes ou rendez-vous sur le site Web www.LawhelpNY.org. Si vous êtes à New York, composez le 311.

Recours externe

Vous disposez d'autres droits de recours si nous avons déclaré que le service que vous avez demandé :

1. n'était pas médicalement nécessaire ;
2. était expérimental ou à l'étude ;
3. ne différait pas des soins que vous pouvez obtenir dans le réseau du régime ; ou
4. le service est disponible auprès d'un prestataire participant qui possède la formation et l'expérience nécessaires pour répondre à vos besoins.

Pour ce type de décisions, vous pouvez demander à l'État de New York (« NYS ») un recours externe indépendant. Il s'agit d'un recours externe, car la décision est prise par des examinateurs qui ne travaillent ni pour Senior Whole Health of New York NHC ni pour NYS. Ces examinateurs sont des personnes qualifiées approuvées par NYS. Le service doit faire partie de l'ensemble des prestations du régime ou être un traitement expérimental, un essai clinique ou un traitement pour une maladie rare. Vous n'avez pas à payer pour un recours externe.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Vous disposez d'un délai de 4 mois à compter de la date d'envoi de la lettre de décision concernant votre recours de Niveau 1 pour introduire un recours externe. Si vous et Senior Whole Health of New York NHC avez convenu de ne pas suivre la procédure d'appel de notre régime, vous devez introduire un recours externe dans les **4 mois** suivant la date à laquelle vous avez conclu cet accord.

Pour demander un recours externe, remplissez une demande et envoyez-la au Department of Financial Services. Vous pouvez appeler les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent si vous avez besoin d'aide pour introduire un recours externe. Vous et vos médecins devrez fournir des informations sur votre problème médical. Le formulaire de demande de recours externe précise les informations à fournir.

Voici quelques moyens d'obtenir un formulaire de demande de recours externe :

- En appelant le Department of Financial Services au 1-800-400-8882
- En vous rendant sur le site Web du Department of Financial Services à l'adresse www.dfs.ny.gov
- En nous contactant au (833) 671-0440

Votre recours externe fera l'objet d'une décision dans un délai de 30 jours. Un délai supplémentaire (jusqu'à cinq jours ouvrables) peut être nécessaire si l'examineur du recours externe demande des précisions. Vous et Senior Whole Health of New York NHC serez informés de la décision finale dans les deux jours suivant la décision.

Vous pouvez obtenir une décision plus rapide si :

- votre médecin estime qu'un retard risque de nuire gravement à votre santé ;
ou
- vous êtes hospitalisé(e) à la suite d'une visite aux urgences et les soins hospitaliers sont refusés par votre régime.

Il s'agit alors d'un recours externe accéléré. L'examineur du recours externe prendra une décision dans un délai de 72 heures ou moins.

Si vous avez demandé un traitement des troubles liés à l'usage de substances en milieu hospitalier au moins 24 heures avant de quitter l'hôpital, nous continuerons à prendre en charge votre séjour si :

- vous introduisez un recours accéléré de Niveau 1 dans les 24 heures ; ET
- vous introduisez un recours externe accéléré en même temps.

Nous continuerons à prendre en charge votre séjour jusqu'à ce qu'une décision soit prise concernant vos recours. Nous prendrons une décision concernant votre recours accéléré de Niveau 1 dans les 24 heures. Le recours accéléré externe fera l'objet d'une décision dans les 72 heures.

L'examineur du recours externe vous communiquera immédiatement sa décision, ainsi qu'au régime, par téléphone ou par fax. Plus tard, une lettre vous sera envoyée pour vous informer de la décision.

Vous pouvez solliciter une audience équitable ou tenter un recours externe, ou les deux. Si vous sollicitez à la fois une audience équitable et introduisez un recours externe, c'est la décision de l'agent en charge des audiences équitables qui compte.

Dans la Section 10.2 intitulée « Recours supplémentaires de Medicaid », le MMCP ne doit pas ajouter de texte supplémentaire lorsque l'EOC demande d'insérer une description des procédures et des instructions relatives à l'introduction de recours supplémentaires dans l'État.

Dans la Section 11.4, vous pouvez aussi faire part de votre plainte à Medicare et Medicaid :

1. Le MMCP doit insérer « et Medicaid » dans l'intitulé de cette section.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

2. Le MMCP qui gère le programme MAP doit inclure les informations de contact suivantes de l'agence Medicaid compétente pour le dépôt des plaintes :

Vous avez également le droit de contacter le Département de la Santé de l'État de New York au sujet de votre plainte.

Vous pouvez contacter le Département de la Santé par :

- Téléphone : 1-866-712-7197
- Par courrier : New York State Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
Technical Assistance Center
99 Washington Ave/One Commerce Plaza 16th Fl
Albany, NY 12210
- E-mail : mltctac@health.ny.gov

Vous avez également le droit de contacter le Département de la Santé de l'État de New York au sujet de votre plainte. Vous pouvez contacter le Département de la Santé par :

- Téléphone : 1-800-206-8125
- Par courrier : New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
E-mail : managedcarecomplaint@health.ny.gov

Étape 2 : le Fair Hearing office (Bureau des audiences équitables) vous donne sa réponse.

Le Fair Hearing office (Bureau des audiences équitables) vous communiquera sa décision par écrit et vous expliquera les raisons qui l'ont motivée.

- **Si le Fair Hearing office (Bureau des audiences équitables) donne une réponse positive à tout ou partie d'une demande concernant un service ou un article médical**, nous devons autoriser ou fournir le service ou l'article dans les 72 heures suivant la réception de sa décision.
- **Si le bureau chargé des audiences équitables donne une réponse négative à tout ou partie de votre recours**, il est d'accord avec la décision de notre régime de rejeter votre demande (ou une partie de votre demande) de couverture des soins médicaux. (C'est ce qu'on appelle « **confirmer la décision** » ou « **rejeter votre recours** ».)

En cas de décision négative pour tout ou partie de votre demande, vous pouvez introduire un autre recours.

Si la décision de l'Office of Administrative Hearings (Bureau des audiences administratives) est négative pour tout ou partie de votre demande, vous disposez **d'autres droits d'appel**.

La lettre que vous recevrez de l'Office of Administrative Hearings (Bureau des audiences administratives) vous expliquera cette nouvelle possibilité d'appel.

Pour de plus amples informations sur vos droits de recours au-delà du Niveau 2, consultez la Section 10.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Section 6.5 Si vous nous demandez de vous rembourser une facture que vous avez reçue pour des soins médicaux

Nous ne pouvons pas vous rembourser directement pour un service ou un article pris en charge par Medicaid. Si vous recevez une facture pour des services ou articles couverts par Medicaid, envoyez-nous cette facture. **Ne payez pas la facture vous-même.** Nous contacterons directement le prestataire et résoudrons le problème. Si vous payez la facture, vous pourrez demander un remboursement auprès de ce prestataire de soins de santé, à condition d'avoir respecté les conditions d'obtention du service ou de l'article.

Demander un remboursement, c'est nous demander une décision de couverture.

Si vous nous envoyez les documents de demande de remboursement, vous demandez une décision de couverture. Pour prendre cette décision, nous vérifierons si les soins médicaux que vous avez payés sont pris en charge. Nous vérifierons également si vous avez respecté toutes les règles relatives à l'utilisation de votre couverture pour des soins médicaux.

Si vous souhaitez obtenir le remboursement d'un article ou d'un service **Medicare** ou si vous nous demandez de payer un prestataire de soins de santé pour un article ou un service Medicaid que vous avez payé, vous nous demandez de prendre cette décision de couverture. Nous vérifierons si les soins médicaux que vous avez payés sont des services couverts. Nous vérifierons également si vous avez respecté toutes les règles relatives à l'utilisation de votre couverture pour des soins médicaux.

- **Si nous donnons une réponse positive à votre demande :** si les soins médicaux Medicare sont couverts, nous vous enverrons le paiement du coût dans les 60 jours civils suivant la réception de votre demande.
 - Si les soins Medicaid que vous avez payés à un prestataire de soins de santé sont pris en charge et que vous estimez que nous devrions payer directement ce prestataire, nous lui enverrons le paiement dans les 60 jours civils suivant la réception de votre demande.
 - Vous devrez ensuite contacter votre prestataire de soins de santé pour obtenir votre remboursement. Si vous n'avez pas déjà payé pour les soins médicaux, nous enverrons le paiement directement au prestataire de soins de santé.
- **Si nous donnons une réponse négative à votre demande :** si les soins médicaux ne sont pas couverts ou si vous n'avez pas respecté toutes les règles, nous ne vous enverrons pas le paiement. Nous vous enverrons plutôt une lettre indiquant que nous ne paierons pas les soins médicaux et les raisons de ce refus.

Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision de refus, **vous pouvez introduire un recours.** Si vous introduisez un recours, cela signifie que vous nous demandez de modifier la décision de couverture que nous avons prise lorsque nous avons rejeté votre demande de paiement.

Pour introduire ce recours, suivez la procédure d'appel décrite à la Section 6.3. À noter pour les recours concernant le remboursement :

- Nous devons vous donner notre réponse dans les 30 jours civils suivant la réception de votre recours.
- Si l'organisme d'examen indépendant décide que nous devons payer, nous sommes tenus de vous envoyer ou d'envoyer au prestataire le paiement dans un délai de 30 jours civils. Si la réponse à votre recours est positive à n'importe quel stade de la procédure d'appel après le Niveau 2, nous devons vous envoyer, à vous ou au prestataire de soins de santé, le paiement que vous avez demandé dans un délai de 60 jours civils.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)**SECTION 7 Médicaments relevant de la Partie D : comment demander une décision de couverture ou faire appel****Section 7.1 Cette section vous indique la marche à suivre si vous rencontrez des difficultés pour obtenir un médicament relevant de la Partie D ou si vous souhaitez que nous vous remboursions un médicament relevant de la Partie D**

Vos prestations comprennent la couverture de nombreux médicaments sur ordonnance. Pour être couvert, le médicament doit être utilisé pour une indication médicalement acceptée. (Consultez le Chapitre 5 pour plus d'informations sur l'indication médicalement acceptée.) Pour plus de détails sur les médicaments relevant de la Partie D, les règles, les restrictions et les coûts, consultez les Chapitres 5 et 6. **Cette section concerne uniquement les médicaments relevant de la Partie D.** Par souci de simplicité, nous utilisons généralement le terme « *médicament* » dans le reste de cette section, au lieu de répéter à chaque fois « *médicament sur ordonnance pour patient non hospitalisé couvert* » ou « médicament relevant de la *Partie D* ». Nous utilisons également l'expression « Liste des médicaments » au lieu de « *Liste des médicaments couverts* » ou « Liste des médicaments remboursables ».

- Si vous ne savez pas si un médicament est couvert ou si vous répondez aux règles, vous pouvez nous le demander. Pour certains médicaments, vous devez obtenir notre accord avant qu'ils ne soient couverts.
- Si votre pharmacie vous dit que votre ordonnance est libellée de telle sorte à ne pas pouvoir permettre sa délivrance, elle vous remettra un avis par écrit expliquant comment nous contacter pour demander une décision de couverture.

Décisions de couverture et recours concernant la Partie D**Terme juridique :**

La décision de couverture initiale de vos médicaments relevant de la Partie D est appelée « **détermination de couverture** ».

Une décision de couverture est une décision que nous prenons concernant vos prestations et votre couverture ou le montant que nous paierons pour vos médicaments. Cette section indique la marche à suivre si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- Demander la couverture d'un médicament relevant de la Partie D qui ne figure pas sur la Liste des médicaments de notre régime. **Demander une exception. Section 7.2.**
- Demander la levée d'une restriction sur la couverture d'un médicament par notre régime (telle que la limitation de la quantité du médicament que vous pouvez obtenir, les critères d'autorisation préalable ou la nécessité d'essayer d'abord un autre médicament). **Demander une exception. Section 7.2.**
- Demander l'approbation préalable d'un médicament. **Demandez une décision de couverture. Section 7.4.**
- Payer un médicament sur ordonnance que vous avez déjà acheté. **Nous demander de vous rembourser. Section 7.4.**

Si vous n'êtes pas d'accord avec l'une de nos décisions de couverture, vous pouvez faire appel de notre décision.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Cette section vous explique à la fois la marche à suivre pour demander des décisions de couverture et pour introduire un recours.

Section 7.2 Demander une exception

Termes juridiques :

Demander la couverture d'un médicament qui ne figure pas sur la Liste des médicaments est appelée « **exception à la Liste des médicaments remboursables** ».

Demander la levée d'une restriction de couverture d'un médicament est appelé « **exception à la Liste des médicaments remboursables** ».

Demander à payer un prix inférieur pour un médicament couvert non privilégié est appelé « **exception de niveau** ».

Si un médicament n'est pas couvert comme vous le souhaiteriez, vous pouvez nous demander de faire une **exception**. Une exception est un type de décision de couverture.

Pour que nous prenions en considération votre demande d'exception, votre médecin ou autre prescripteur devra expliquer les raisons médicales pour lesquelles cette exception est nécessaire. Voici 3 exemples d'exceptions que vous ou votre médecin ou autre prescripteur pouvez nous demander d'accorder :

- 1. Couvrir un médicament relevant de la Partie D qui ne figure pas sur notre Liste des médicaments.** Si nous acceptons de couvrir un médicament ne figurant pas sur la Liste des médicaments, vous devrez payer le montant de partage des coûts applicable aux médicaments de Niveau 5 (*médicaments spécialisés*). Vous ne pouvez pas demander une exception au montant de partage des coûts que nous vous demandons de payer pour le médicament.
- 2. Supprimer une restriction pour un médicament couvert.** Le Chapitre 5 décrit les règles ou restrictions supplémentaires qui s'appliquent à certains médicaments de notre Liste des médicaments. Si nous acceptons de faire une exception et de lever une restriction pour vous, vous pouvez demander une exception au montant de la quote-part ou de la coassurance que nous vous demandons de payer pour le médicament.
- 3. Passer la couverture d'un médicament à un niveau inférieur de partage des coûts.** Chaque médicament sur la Liste des médicaments est classé dans l'un des six (6) niveaux de partage des coûts. En général, plus le numéro du niveau de partage des coûts est bas, moins votre part à payer pour le médicament est élevée.
 - Si notre Liste des médicaments contient un/des médicament(s) de substitution pour traiter votre affection médicale qui sont classés dans un niveau de partage des coûts inférieur à celui de votre médicament, vous pouvez nous demander de prendre en charge votre médicament au montant de partage des coûts qui s'applique au(x) médicament(s) alternatif(s).
 - Si le médicament que vous prenez est un médicament de marque, vous pouvez nous demander de prendre en charge votre médicament à raison du montant de partage des coûts applicable au niveau le plus bas contenant des médicaments de marque de substitution pour le traitement de votre affection.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- Si le médicament que vous prenez est un médicament générique, vous pouvez nous demander de prendre en charge votre médicament à raison du montant de partage des coûts applicable au niveau le plus bas contenant des médicaments de marque ou génériques de substitution pour le traitement de votre affection.
- Vous ne pouvez pas nous demander de modifier le niveau de partage des coûts pour un médicament de Niveau 5 (*médicament spécialisé*).
- Si nous approuvons votre demande d'exception de niveau et qu'il existe plus d'un niveau de partage des coûts inférieur contenant des médicaments de substitution que vous ne pouvez pas prendre, vous payez généralement le montant le plus bas.

Section 7.3 Ce qu'il faut savoir sur les demandes d'exceptions

Votre médecin doit nous indiquer les raisons médicales

Votre médecin ou autre prescripteur doit nous remettre une déclaration expliquant les raisons médicales pour lesquelles vous demandez une exception. Pour une décision plus rapide, veuillez joindre ces informations médicales de votre médecin ou autre prescripteur à votre demande d'exception.

Notre Liste des médicaments comprend généralement plus d'un médicament pour traiter une affection particulière. Ces différentes options sont appelées médicaments « **de substitution** ». Si un médicament de substitution est tout aussi efficace que le médicament que vous demandez et n'entraîne pas davantage d'effets secondaires ou d'autres problèmes de santé, nous n'approuverons généralement pas votre demande d'exception. Si vous nous demandez une exception de niveau, nous n'approuverons généralement pas votre demande d'exception, à moins que tous les médicaments de substitution du ou des niveaux de coût inférieurs ne soient pas aussi efficaces pour vous ou ne soient susceptibles de provoquer une réaction indésirable ou une atteinte à votre santé.

Nous pouvons donner une réponse positive ou négative à votre demande

- Si nous approuvons votre demande d'exception, notre approbation est généralement valable jusqu'à la fin de l'année de prise en charge par notre régime. Ceci est vrai tant que votre médecin continue à vous prescrire le médicament et que ce médicament reste sûr et efficace pour le traitement de votre maladie.
- Si nous donnons une réponse négative à votre demande, vous pouvez demander un nouvel examen en faisant appel.

Section 7.4 Comment demander une décision de couverture, y compris une exception

Terme juridique :

Une décision rapide de couverture est appelée « **détermination de couverture accélérée** ».

Étape 1 : décidez si vous avez besoin d'une décision de couverture standard ou d'une décision rapide de couverture.

Les décisions de couverture standard sont prises dans les **72 heures** suivant la réception de la déclaration de votre médecin. **Les décisions de couverture rapide** sont prises dans les **24 heures** suivant la réception de la déclaration de votre médecin.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Si votre état de santé l'exige, demandez-nous une décision rapide de couverture. Pour obtenir une décision rapide de couverture, vous devez remplir 2 conditions :

- Vous devez faire une demande pour un *médicament que vous n'avez pas encore reçu*. (Vous ne pouvez pas solliciter une décision rapide de couverture pour obtenir le remboursement d'un médicament que vous avez déjà acheté.)
- Le respect des délais standard risque de *nuire gravement à votre santé ou à votre capacité à fonctionner*.
- **Si votre médecin ou autre prescripteur nous indique que votre état de santé nécessite une décision rapide de couverture, nous vous accorderons automatiquement une décision rapide de couverture.**
- **Si vous sollicitez une décision rapide de couverture de votre propre chef, sans l'appui de votre médecin ou prescripteur, nous déciderons si votre état de santé exige que nous vous accordions une décision rapide de couverture.** Si nous n'approuvons pas une décision rapide de couverture, nous vous enverrons une lettre qui :
 - explique que nous appliquerons les délais standard ;
 - explique que si votre médecin ou autre prescripteur demande une décision rapide de couverture, nous vous accorderons automatiquement une décision rapide de couverture ;
 - vous indique comment déposer une plainte rapide concernant notre décision de vous accorder une décision de couverture standard au lieu de la décision rapide de couverture que vous avez sollicitée. Nous répondrons à votre plainte dans les 24 heures suivant sa réception.

Étape 2 : demandez une décision de couverture standard ou une décision rapide de couverture.

Commencez par contacter notre régime par téléphone, par écrit ou par fax pour nous demander d'autoriser ou de prendre en charge les soins médicaux souhaités. Vous pouvez également accéder à la procédure de décision de couverture sur notre site Web. Nous sommes tenus d'accepter toute demande écrite, y compris une demande soumise au moyen du formulaire *CMS Model Coverage Determination Request*, disponible sur notre site Web SWHNY.com. Vous trouverez au Chapitre 2 les informations de contact des personnes à contacter. Pour nous aider à traiter votre demande, indiquez votre nom, vos informations de contact et les informations permettant d'identifier la demande refusée faisant l'objet du recours.

Cette démarche peut être effectuée par vous-même, votre médecin (ou autre prescripteur) ou votre représentant. Vous pouvez également demander à un avocat de vous représenter. La Section 4 de ce chapitre explique comment vous pouvez autoriser par écrit une autre personne à agir en votre nom.

- **Si vous demandez une exception, fournissez la déclaration justificative**, c'est-à-dire la raison médicale qui justifie l'exception. Votre médecin ou autre prescripteur peut nous faxer ou nous envoyer la déclaration par courrier. Il peut aussi nous en informer par téléphone et nous faire parvenir par la suite une déclaration écrite par fax ou par courrier, si nécessaire.

Étape 3 : nous examinons votre demande et vous donnons notre réponse.***Délais pour une décision rapide de couverture***

- Nous devons généralement vous donner une réponse **dans les 24 heures** suivant la réception de votre demande.
 - Pour les exceptions, nous vous donnerons notre réponse dans les 24 heures suivant la réception de la déclaration justificative de votre médecin. Nous vous donnerons notre réponse plus tôt si votre état de santé l'exige.
 - Si nous ne respectons pas ce délai, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au Niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons fournir la couverture que nous avons acceptée de fournir dans les 24 heures suivant la réception de votre demande ou de la déclaration justificative du médecin à l'appui de votre demande.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus. Nous vous indiquerons également comment vous pouvez introduire un recours.

Délais pour une décision de couverture standard concernant un médicament que vous n'avez pas encore reçu

- Nous devons vous donner notre réponse **dans les 72 heures** suivant la réception de votre demande.
 - Pour les exceptions, nous vous donnerons notre réponse dans les 72 heures suivant la réception de la déclaration justificative de votre médecin. Nous vous donnerons notre réponse plus tôt si votre état de santé l'exige.
 - Si nous ne respectons pas ce délai, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au Niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons **fournir la couverture** que nous avons acceptée de fournir **dans les 72 heures** suivant la réception de votre demande ou de la déclaration justificative du médecin à l'appui de votre demande.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus. Nous vous indiquerons également comment vous pouvez introduire un recours.

Délais pour une décision de couverture standard concernant le remboursement d'un médicament que vous avez déjà acheté

- Nous devons vous donner notre réponse **dans les 14 jours civils** suivant la réception de votre demande.
 - Si nous ne respectons pas ce délai, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au Niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous sommes également tenus de procéder au remboursement dans un délai de 14 jours civils à compter de la date de réception de votre demande.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus. Nous vous indiquerons également comment vous pouvez introduire un recours.

Étape 4 : si nous donnons une réponse négative à votre demande de couverture, vous avez la possibilité de faire appel.

- Si nous donnons une réponse négative, vous avez le droit de nous demander de reconsidérer cette décision en faisant appel. Cela signifie que vous devez faire une nouvelle demande pour obtenir la couverture des médicaments que vous souhaitez. Si vous introduisez un recours, cela signifie que vous passez au Niveau 1 de la procédure d'appel.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)**Section 7.5 Comment introduire un recours de Niveau 1****Termes juridiques :**

Un recours auprès de notre régime concernant une décision relative à la couverture des médicaments relevant de la Partie D est appelé un « **réexamen** » par le régime.

Un recours rapide est également appelé « **redétermination accélérée** ».

Étape 1 : décidez si vous devez introduire un recours standard ou un recours rapide.

Un recours standard est généralement introduit dans un délai de 7 jours civils. Un recours rapide est généralement introduit dans les 72 heures. Si votre état de santé l'exige, demandez un recours rapide.

- Si vous faites appel d'une décision que nous avons prise concernant un médicament que vous n'avez pas encore reçu, vous et votre médecin ou autre prescripteur devrez décider si vous avez besoin d'un recours rapide.
- Les conditions pour obtenir un recours rapide sont les mêmes que celles pour obtenir une décision rapide de couverture à la Section 7.4.

Étape 2 : vous, votre représentant, votre médecin ou autre prescripteur devez nous contacter et introduire votre recours de Niveau 1. Si votre état de santé exige une réponse rapide, vous devez demander un recours rapide.

- **Pour les recours standards, soumettez une demande écrite ou appelez-nous.** Vous trouverez au Chapitre 2 les informations de contact des personnes à contacter.
- **Pour les recours rapides, soumettez votre recours par écrit ou appelez-nous au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent.** Vous trouverez au Chapitre 2 les informations de contact des personnes à contacter.
- **Nous sommes tenus d'accepter toute demande écrite**, y compris une demande soumise au moyen du formulaire CMS Model Redetermination Request Form, disponible sur notre site Web SWHNY.com. Indiquez votre nom, vos informations de contact et les informations relatives à votre demande afin de nous aider à la traiter.
- **Vous devez introduire votre demande de recours dans un délai de 65 jours civils** à compter de la date figurant sur l'avis par écrit que nous vous avons envoyé pour vous communiquer notre réponse sur la décision de couverture. Si vous dépassez ce délai et que vous avez une bonne raison de le faire, expliquez la raison pour laquelle votre recours est tardif au moment où vous le présentez. Nous pouvons vous accorder plus de temps pour faire appel. Parmi les exemples de raisons valables, citons une maladie grave qui vous a empêché(e) de nous contacter ou le fait que nous vous ayons fourni des informations incorrectes ou incomplètes sur la date limite d'introduction d'un recours.
- **Vous pouvez demander une copie des informations contenues dans votre recours et ajouter des informations supplémentaires.** Vous et votre médecin pouvez ajouter d'autres informations à l'appui de votre recours.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Étape 3 : nous examinons votre recours et vous donnons notre réponse.

- Lors de l'examen de votre recours, nous réexaminons attentivement toutes les informations relatives à votre demande de couverture. Nous nous assurons de respecter toutes les règles lorsque nous donnons une réponse négative à votre demande. Il se peut que nous vous contactions ou que nous contactions votre médecin ou autre prescripteur pour obtenir de plus amples informations.

Délais pour un recours rapide

- Pour les recours rapides, nous devons vous donner notre réponse **dans les 72 heures suivant la réception de votre recours**. Nous vous donnerons notre réponse plus tôt si votre état de santé l'exige.
 - Si nous ne vous donnons pas de réponse dans les 72 heures, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au Niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant. La **Section 7.6** explique la procédure d'appel de Niveau 2.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons vous fournir la couverture que nous avons acceptée de fournir dans les 72 heures suivant la réception de votre recours.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre réponse négative et la manière dont vous pouvez faire appel de notre décision.

Délais pour un « recours standard » concernant un médicament que vous n'avez pas encore reçu

- Pour les recours standards, nous devons vous donner notre réponse **dans les 7 jours civils** suivant la réception de votre recours. Nous vous donnerons notre décision plus tôt si vous n'avez pas encore reçu le médicament et que votre état de santé l'exige.
 - En l'absence de décision dans les 7 jours civils, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au Niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant. La **Section 7.6** explique la procédure d'appel de Niveau 2.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons vous fournir la couverture aussi rapidement que votre état de santé l'exige, mais au plus tard dans les **7 jours civils** suivant la réception de votre recours.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre réponse négative et la manière dont vous pouvez faire appel de notre décision.

Délais pour un recours standard concernant le remboursement d'un médicament que vous avez déjà acheté

- Nous devons vous donner notre réponse **dans les 14 jours civils** suivant la réception de votre demande.
 - Si nous ne respectons pas ce délai, nous sommes tenus d'envoyer votre demande au Niveau 2 de la procédure d'appel, où elle sera examinée par un organisme d'examen indépendant.
- **Si nous donnons une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous sommes également tenus de procéder au remboursement dans un délai de 30 jours civils à compter de la date de réception de votre demande.
- **Si nous donnons une réponse négative à tout ou partie de votre demande**, nous vous enverrons une déclaration écrite expliquant les raisons de notre refus. Nous vous indiquerons également comment vous pouvez introduire un recours.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)**Étape 4 : si nous donnons une réponse négative à votre recours, vous pouvez décider de poursuivre la procédure d'appel et d'introduire un autre recours.**

- Si vous décidez d'introduire un autre recours, votre recours passe au Niveau 2 de la procédure d'appel.

Terme juridique

Le nom officiel pour « organisme d'examen indépendant » est « **Independent Review Entity** » (**entité d'examen indépendante**). L'organisme est parfois désigné par le sigle « **IRE** ».

L'organisme d'examen indépendant est une organisation indépendante engagée par Medicare. Il ne nous est pas rattaché et n'est pas un organisme gouvernemental. Cet organisme détermine si la décision que nous avons prise est correcte ou si elle doit être modifiée. Medicare supervise son travail.

Étape 1 : vous (ou votre représentant ou votre médecin ou autre prescripteur) devez contacter l'organisme d'examen indépendant et demander un examen de votre dossier.

- Si nous donnons une réponse négative à votre recours de Niveau 1, l'avis par écrit que nous vous enverrons contiendra des **instructions sur la manière d'introduire un recours de Niveau 2** auprès de l'organisme d'examen indépendant. Ces instructions indiqueront qui peut introduire ce recours de Niveau 2, quels sont les délais à respecter et comment joindre l'organisme d'examen indépendant.
- **Vous devez introduire votre demande de recours dans un délai de 65 jours civils** à compter de la date figurant sur l'avis par écrit.
- Si nous n'avons pas terminé notre examen dans les délais impartis ou si nous avons pris une décision défavorable concernant la détermination des **personnes à risque** dans le cadre de notre programme de gestion des médicaments, nous transmettrons automatiquement votre demande à l'IRE.
- Nous enverrons les informations relatives à votre recours à cet organisme. Ces informations sont ce qu'on appelle votre « **dossier** ». **Vous avez le droit de nous demander une copie de votre dossier.**
- Vous avez le droit de fournir à l'organisme d'examen indépendant des informations supplémentaires pour étayer votre recours.

Étape 2 : l'organisme d'examen indépendant examine votre recours.

Les examinateurs de l'organisme d'examen indépendant examineront attentivement toutes les informations relatives à votre recours.

Délais pour un recours rapide

- Si votre état de santé l'exige, demandez à l'organisme d'examen indépendant un recours rapide.
- Si l'organisme d'examen indépendant accepte de vous accorder un recours rapide, il doit donner une réponse à votre recours de Niveau 2 **dans les 72 heures** suivant la réception de votre recours.

Délais pour un recours standard

- Pour les recours standards, l'organisme d'examen indépendant doit donner une réponse à votre recours de Niveau 2 **dans les 7 jours civils** suivant la réception de votre recours s'il s'agit d'un médicament que vous n'avez pas encore reçu. Si vous demandez un remboursement pour un médicament que vous avez déjà acheté, l'organisme d'examen indépendant doit donner une réponse à votre recours de Niveau 2 **dans les 14 jours civils** suivant la réception de votre demande.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Étape 3 : l'organisme d'examen indépendant vous donne sa réponse.***Pour les recours rapides :***

- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive à tout ou partie de votre demande**, nous devons fournir la couverture des médicaments approuvée par l'organisme d'examen indépendant **dans les 24 heures** suivant la réception de sa décision.

Pour les recours standards :

- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive à tout ou partie de votre demande de couverture**, nous devons **fournir la couverture des médicaments** approuvée par l'organisme d'examen indépendant **dans les 72 heures** suivant la réception de sa décision.
- **Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive à tout ou partie de votre demande de remboursement** d'un médicament que vous avez déjà acheté, nous sommes tenus de vous **envoyer le paiement dans les 30 jours civils** suivant la réception de sa décision.

Que se passe-t-il si l'organisme d'examen indépendant rejette votre recours ?

Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse négative à tout ou partie de votre recours, cela signifie qu'il est d'accord avec notre décision de ne pas approuver votre demande (ou une partie de votre demande). (C'est ce qu'on appelle « **confirmer la décision** » ou « **rejeter votre recours** ».) Dans ce cas, l'organisme d'examen indépendant vous enverra une lettre :

- expliquant sa décision;
- vous informant de votre droit à un recours de Niveau 3 si la valeur monétaire de la couverture des médicaments que vous demandez atteint un certain minimum. Si la valeur monétaire de la couverture des médicaments que vous demandez est trop faible, vous ne pouvez pas introduire un autre recours et la décision au Niveau 2 est définitive ;
- vous indiquant la valeur monétaire qui doit être contestée pour que la procédure d'appel se poursuive.

Étape 4 : si votre dossier remplit les conditions requises, vous choisissez de poursuivre ou non votre recours.

- La procédure d'appel comporte 3 niveaux supplémentaires après le Niveau 2 (soit un total de 5 niveaux de recours). Si vous souhaitez passer à un recours de Niveau 3, vous trouverez les détails de la procédure dans l'avis par écrit que vous recevrez après la décision de recours de Niveau 2.
- Le recours de Niveau 3 est d'abord traité par un juge de droit administratif ou un avocat arbitre. La **Section 10** vous fournit de plus amples informations sur la procédure d'appel de Niveau 3, 4 et 5.

SECTION 8 Comment demander la couverture d'un séjour à l'hôpital plus long si vous estimez que la date prévue de votre sortie est prématurée

Lorsque vous êtes admis(e) à l'hôpital, vous avez le droit de bénéficier de tous les services hospitaliers couverts nécessaires pour diagnostiquer et traiter votre maladie ou votre blessure.

Pendant votre séjour à l'hôpital, votre médecin et le personnel hospitalier vous aideront à préparer votre sortie de l'hôpital. Ils vous aideront à organiser les soins dont vous pourriez avoir besoin après votre sortie.

- Le jour où vous quittez l'hôpital est appelé votre « **date de sortie** ».
- Lorsque votre date de sortie est fixée, votre médecin ou le personnel de l'hôpital vous en informe.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- Si vous pensez que cette sortie est prématurée, vous pouvez demander la prise en charge d'un séjour à l'hôpital plus long et votre demande sera examinée.

Section 8.1 Pendant votre séjour à l'hôpital, vous recevrez un avis par écrit de la part de Medicare qui vous informera de vos droits

Dans les 2 jours civils suivant votre admission à l'hôpital, vous recevrez un avis par écrit intitulé « *An Important Message from Medicare about Your Rights* » ([Un message important de Medicare concernant vos droits]). Toute personne bénéficiant de Medicare reçoit une copie de cet Avis.

Si personne à l'hôpital ne vous remet l'avis (par exemple, un[e] assistant[e] social ou le personnel infirmier), demandez-le à n'importe quel employé de l'hôpital. Si vous avez besoin d'aide, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048).

1. Lisez attentivement cet Avis et posez des questions si vous ne le comprenez pas. Cet avis vous indique :

- votre droit à recevoir des services couverts par Medicare pendant et après votre séjour à l'hôpital, conformément aux instructions de votre médecin. Cela inclut le droit de savoir quels sont ces services, qui les paiera et où vous pourrez les obtenir.
- votre droit d'être impliqué(e) dans toute décision concernant votre séjour à l'hôpital.
- où faire part de vos préoccupations concernant la qualité des soins hospitaliers.
- Vous avez le droit de **demandeur un examen immédiat** de la décision de sortie si vous estimez que votre sortie de l'hôpital est prématurée. Il s'agit d'un moyen formel et légal de demander un report de votre date de sortie afin que nous couvrions vos soins hospitaliers pendant une période plus longue.

2. Il vous sera demandé de signer l'avis par écrit pour montrer que vous l'avez reçu et que vous comprenez vos droits.

- C'est vous ou une personne agissant en votre nom qui devrez signer l'avis.
- La signature de l'avis indique **seulement** que vous avez reçu les informations sur vos droits. L'avis n'indique pas votre date de sortie prévue. La signature de l'avis **ne signifie pas** que vous acceptez une date de sortie.

3. Conservez votre copie de l'avis afin d'avoir les informations nécessaires pour introduire un recours (ou signaler une préoccupation concernant la qualité des soins) si vous en avez besoin.

- Si vous signez l'avis plus de 2 jours civils avant votre date de sortie, vous recevrez une autre copie avant la date prévue de votre sortie.
- Pour consulter une copie de cet Avis à l'avance, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ou au 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048. Vous pouvez également obtenir l'Avis en ligne à l'adresse www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Section 8.2 Comment introduire un recours de Niveau 1 pour modifier votre date de sortie autorisée de l'hôpital

Pour soumettre une demande de prolongation de la prise en charge des services d'hospitalisation, utilisez la procédure d'appel. Avant de commencer, assurez-vous de bien comprendre les démarches à effectuer et les délais à respecter.

- **Suivez la procédure**
- **Respectez les délais**
- **Demandez de l'aide si vous en avez besoin.** Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711), ou appelez votre State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État, « SHIP ») pour obtenir une aide personnalisée. Les informations de contact du SHIP sont disponibles à la Section 3 du Chapitre 2.

Lors d'un recours de Niveau 1, la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) examine votre recours. Elle vérifie que la date de sortie prévue est adaptée à votre situation sur le plan médical.

La **Quality Improvement Organization** (Organisation pour l'amélioration de la qualité) est un groupe de médecins et d'autres professionnels de santé rémunérés par le gouvernement fédéral pour contrôler et contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes bénéficiant de Medicare. Cela inclut l'examen des dates de sortie des hôpitaux prévues pour les personnes bénéficiant de Medicare. Ces experts ne font pas partie de notre régime.

Étape 1 : contactez la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) de votre État et demandez un examen immédiat de votre sortie d'hôpital. Vous devez agir rapidement.

Comment contacter cet organisme ?

- L'avis par écrit que vous avez reçu (*An Important Message from Medicare about Your Rights* [Un message important de Medicare concernant vos droits]) vous indique comment contacter cet organisme. Vous trouverez également le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) de votre État au Chapitre 2.

Agissez rapidement :

- Pour introduire votre recours, vous devez contacter la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) **avant** de quitter l'hôpital et **au plus tard à minuit le jour de votre sortie**.
 - **Si vous respectez ce délai**, vous pouvez rester à l'hôpital **après** votre date de sortie prévue **sans payer** pendant que vous attendez la décision de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité).
 - **Si vous ne respectez pas ce délai, contactez-nous.** Si vous décidez de rester à l'hôpital après la date prévue de votre sortie, *vous devrez peut-être payer tous les coûts* des soins hospitaliers que vous recevrez après la date prévue de votre sortie.

Lorsque vous demandez un examen immédiat de la date de votre sortie d'hôpital prévue, la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) nous contacte. Avant midi le lendemain du jour où nous avons été contactés, nous vous remettons un **Avis détaillé de sortie**. Cet Avis indique la date prévue

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

de votre sortie et explique en détail les raisons pour lesquelles votre médecin, l'hôpital et nous-mêmes pensons que votre sortie est justifiée (médicalement appropriée) à cette date.

Vous pouvez obtenir un exemplaire de l'**Avis détaillé de sortie** en appelant les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ou au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.) Vous pouvez également obtenir un exemple d'avis en ligne à l'adresse www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Étape 2 : la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) procède à un examen indépendant de votre dossier.

- Les professionnels de santé de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) (les examinateurs) vous demanderont (ou à votre représentant) pourquoi vous estimez que la couverture des services doit être maintenue. Vous n'êtes pas tenu(e) de préparer un document écrit, mais vous pouvez le faire si vous le souhaitez.
- Les examinateurs prendront également connaissance de vos informations médicales, s'entretiendront avec votre médecin et passeront en revue les informations que l'hôpital et nous-mêmes leur avons communiquées.
- Au plus tard à midi le lendemain du jour où les examinateurs nous ont informés de votre recours, vous recevrez un avis par écrit de notre part indiquant la date prévue de votre sortie de l'hôpital. Cet Avis explique également en détail les raisons pour lesquelles votre médecin, l'hôpital et nous-mêmes pensons que votre sortie est justifiée (médicalement appropriée) à cette date.

Étape 3 : la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) vous donnera sa réponse concernant votre recours dans un délai d'un jour ouvrable après avoir reçu toutes les informations nécessaires.***Que se passe-t-il si la réponse est positive ?***

- Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive, **nous devons continuer à vous fournir les services d'hospitalisation couverts tant que ces services sont médicalement nécessaires.**
- Vous devrez continuer à payer votre participation aux coûts (comme les franchises ou les quotes-parts, le cas échéant). En outre, des restrictions peuvent s'appliquer aux services hospitaliers couverts.

Que se passe-t-il en cas de réponse négative ?

- Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse négative, il indique que votre date de sortie prévue est médicalement appropriée. Dans ce cas, **la couverture de vos services d'hospitalisation prendra fin** à midi le **lendemain** du jour où la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) aura donné sa réponse à votre recours.
- Si l'organisme d'examen indépendant rejette votre recours et que vous décidez de rester à l'hôpital, **il se peut que vous deviez payer l'intégralité des soins** hospitaliers reçus après midi le jour suivant la réponse de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) au sujet de votre recours.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Étape 4 : si la réponse à votre recours de Niveau 1 est négative, vous décidez si vous voulez introduire un autre recours.

- Si la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) a rejeté votre recours **et** que vous restez à l'hôpital après la date prévue de votre sortie, vous pouvez introduire un autre recours. Si vous introduisez un autre recours, cela signifie que vous passez au Niveau 2 de la procédure d'appel.

Section 8.3 Comment introduire un recours de Niveau 2 pour modifier votre date de sortie de l'hôpital

Lors d'un recours de Niveau 2, vous demandez à la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) de réexaminer la décision qu'ils ont prise à la suite de votre premier recours. Si la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) rejette votre recours de Niveau 2, il se peut que vous deviez payer l'intégralité du coût de votre séjour après la date prévue de votre sortie d'hôpital.

Étape 1 : contactez à nouveau la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) et demandez un réexamen.

- Vous devez demander ce réexamen **dans les 60 jours civils suivant** la date à laquelle la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) a donné une réponse négative à votre recours de Niveau 1. Vous ne pouvez demander ce réexamen que si vous restez à l'hôpital après la date à laquelle votre couverture pour ces soins a pris fin.

Étape 2 : la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) procède à un second examen de votre situation.

- Les examinateurs de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) réexaminent attentivement toutes les informations relatives à votre recours.

Étape 3 : dans les 14 jours civils suivant la réception de votre demande de recours de Niveau 2, les examinateurs se prononceront sur votre recours et vous feront part de leur décision.***Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive :***

- **Nous devons vous rembourser** notre participation aux coûts des soins hospitaliers que vous avez reçus depuis midi le jour suivant la date à laquelle votre premier recours a été rejeté par la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité). **Nous devons continuer à couvrir vos soins dans le cadre d'une hospitalisation aussi longtemps qu'ils sont médicalement nécessaires.**
- Vous devez continuer à payer votre participation aux coûts et des restrictions de couverture peuvent s'appliquer.

Si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse négative :

- Cela signifie qu'il est d'accord avec la décision prise lors de votre recours de Niveau 1.
- Vous recevrez un avis écrit vous indiquant ce que vous pouvez faire si vous souhaitez poursuivre la procédure d'examen.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Étape 4 : si la réponse est négative, vous devrez décider si vous souhaitez poursuivre votre recours en passant au Niveau 3.

- La procédure d'appel comporte 3 niveaux supplémentaires après le Niveau 2 (soit un total de 5 niveaux de recours). Si vous souhaitez passer à un recours de Niveau 3, vous trouverez les détails de la procédure dans l'avis par écrit que vous recevrez après la décision d'appel de Niveau 2.
- Le recours de Niveau 3 est d'abord traité par un juge de droit administratif ou un avocat arbitre. La **Section 10** vous fournit de plus amples informations sur les Niveaux 3, 4 et 5 de la procédure d'appel.

SECTION 9 Comment nous demander de prolonger la couverture de certains services médicaux si vous pensez que votre couverture prend fin trop tôt ?

Lorsque vous bénéficiez d'une couverture pour des **services de santé à domicile, des soins infirmiers qualifiés ou des soins de réadaptation (établissement de réadaptation ambulatoire complet)**, vous avez le droit de continuer à bénéficier de ce type de soins aussi longtemps qu'ils sont nécessaires pour diagnostiquer et traiter votre maladie ou votre blessure.

Quand nous décidons qu'il est temps de cesser de couvrir l'un de ces 3 types de soins, nous sommes tenus de vous en informer à l'avance. Lorsque la couverture de ces soins prend fin, *nous cesserons de les prendre en charge*.

Si vous pensez que nous mettons fin à la couverture de vos soins trop tôt, **vous pouvez faire appel de notre décision**. Cette section vous explique comment faire appel.

Section 9.1 Nous vous informerons à l'avance de la fin de votre couverture

Terme juridique :

Avis de non-couverture de Medicare. Cet avis vous indique comment demander un **recours accéléré**. Demander un recours accéléré est un moyen formel et légal de demander une modification de notre décision de couverture concernant la date d'arrêt de vos soins.

- 1. Vous recevez un avis écrit** au moins 2 jours civils avant que notre régime ne cesse de couvrir vos soins. L'avis vous indique :
 - la date à laquelle nous cesserons de couvrir vos soins ;
 - la marche à suivre pour demander un recours accéléré afin que nous continuions à couvrir vos soins pendant une période plus longue.
- 2. Il vous sera demandé, à vous ou à une personne agissant en votre nom, de signer l'avis par écrit pour attester de sa réception.** La signature de l'avis indique *seulement* que vous avez reçu les informations relatives à la date à laquelle votre couverture prendra fin. **Le fait de signer cet avis ne signifie pas que vous êtes d'accord** avec la décision de notre régime de mettre fin aux soins.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)**Section 9.2 Comment introduire un recours de Niveau 1 pour que notre régime couvre vos soins pendant une période plus longue**

Si vous souhaitez nous demander de couvrir vos soins pendant une période plus longue, vous devrez recourir à la procédure d'appel pour faire cette demande. Avant de commencer, assurez-vous de bien comprendre les démarches à effectuer et les délais à respecter.

- **Suivez la procédure**
- **Respectez les délais**
- **Demandez de l'aide si vous en avez besoin.** Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711), ou appelez votre State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État, « SHIP ») pour obtenir une aide personnalisée. Les informations de contact du SHIP sont disponibles à la Section 3 du Chapitre 2.

Lors d'un recours de Niveau 1, la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) examine votre recours. Il décide si la date de fin de vos soins est appropriée d'un point de vue médical.

La **Quality Improvement Organization** (Organisation pour l'amélioration de la qualité) est un groupe de médecins et d'autres experts de la santé rémunérés par le gouvernement fédéral pour contrôler et contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes bénéficiant de Medicare. Cela inclut l'examen des décisions du régime concernant le moment où il est temps de cesser de couvrir certains types de soins médicaux. Ces experts ne font pas partie de notre régime.

Étape 1 : introduisez votre recours de Niveau 1 : contactez la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) et demandez un recours accéléré. Vous devez agir rapidement.

Comment contacter cet organisme ?

- L'avis par écrit que vous avez reçu (*Avis de non-couverture de Medicare*) vous indique comment contacter cet organisme. Vous trouverez également le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) de votre État au Chapitre 2.

Agissez rapidement :

- Vous devez contacter la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) pour introduire votre recours **avant midi le jour précédant la date d'entrée en vigueur** figurant sur l'avis de non-couverture de Medicare.
- Si vous ne respectez pas le délai et que vous souhaitez introduire un recours, vous disposez tout de même de droits de recours. Contactez votre Quality Improvement Organization (Organisme pour l'amélioration de la qualité).

Étape 2 : la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) procède à un examen indépendant de votre dossier.

Terme juridique :

Explication détaillée de la non-couverture. Avis qui fournit des détails sur les raisons de la cessation de la couverture.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Que se passe-t-il au cours de cet examen ?

- Les professionnels de santé de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) (les examinateurs) vous demanderont (ou à votre représentant) pourquoi vous estimez que la couverture des services doit être maintenue. Vous n'êtes pas tenu(e) de préparer un document écrit, mais vous pouvez le faire si vous le souhaitez.
- L'organisme d'examen indépendant consultera également vos informations médicales, s'entretiendra avec votre médecin et passera en revue les informations que notre régime lui communique.
- Vous recevez de notre part, avant la fin de la journée au cours de laquelle les examinateurs nous ont informés de votre recours, l'**Explication détaillée de la non-couverture**, qui expose en détail les raisons pour lesquelles nous avons mis fin à la couverture de vos services.

Étape 3 : dans un délai d'un jour complet après avoir obtenu toutes les informations nécessaires, les examinateurs vous feront part de leur décision.

Que se passe-t-il si les examinateurs donnent une réponse positive ?

- Si les examinateurs donnent une réponse *positive* à votre recours, **nous devons continuer à vous fournir le service couvert aussi longtemps qu'il est médicalement nécessaire.**
- Vous devrez continuer à payer votre participation aux coûts (comme les franchises ou les quotes-parts, le cas échéant). Les services couverts peuvent faire l'objet de restrictions.

Que se passe-t-il si les examinateurs donnent une réponse négative ?

- Si les examinateurs donnent une réponse *négative*, **vos soins prendront alors fin à la date que nous vous avons communiquée.**
- Si vous décidez de continuer à recevoir des soins de santé à domicile, des soins en établissement de soins infirmiers qualifiés ou des services dans un centre de réadaptation ambulatoire complet (« CORF ») **après** la date de fin de votre couverture, **vous devrez alors payer vous-même l'intégralité des coûts** de ces soins.

Étape 4 : si la réponse à votre recours de Niveau 1 est négative, vous décidez si vous voulez introduire un autre recours.

- Si les examinateurs donnent une réponse négative à votre recours de Niveau 1 **et** que vous choisissiez de continuer à recevoir des soins après la fin de votre couverture, vous pouvez alors introduire un recours de Niveau 2.

Section 9.3 Comment introduire un recours de Niveau 2 pour que notre régime couvre vos soins pendant une période plus longue

Lors d'un recours de Niveau 2, vous demandez à la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) de réexaminer la décision prise à la suite de votre premier recours. Si la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) rejette votre recours de Niveau 2, il se peut que vous deviez payer la totalité du coût de vos soins de santé à domicile, des soins en établissement de soins infirmiers qualifiés ou des services dans un établissement de réadaptation ambulatoire complet (« CORF ») **après** la date à laquelle nous avons indiqué que votre couverture prendrait fin.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Étape 1 : contactez à nouveau la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) et demandez un réexamen.

- Vous devez demander ce réexamen **dans les 60 jours civils suivant** la date à laquelle la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) a rejeté votre recours de Niveau 1. Vous ne pouvez demander cet examen que si vous avez continué à recevoir des soins après la date à laquelle votre couverture pour ces soins a pris fin.

Étape 2 : la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) procède à un second examen de votre situation.

- Les examinateurs de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) réexaminent attentivement toutes les informations relatives à votre recours.

Étape 3 : dans les 14 jours civils suivant la réception de votre demande d'appel, les examinateurs se prononcent sur votre recours et vous font part de leur décision.***Que se passe-t-il si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse positive ?***

- **Nous devons vous rembourser** notre participation aux coûts des soins que vous avez reçus depuis la date à laquelle nous avons déclaré que votre couverture prendrait fin. **Nous devons continuer à couvrir les soins** aussi longtemps qu'ils sont médicalement nécessaires.
- Vous devez continuer à payer votre participation aux frais et il peut y avoir des limitations de couverture.

Que se passe-t-il si l'organisme d'examen indépendant donne une réponse négative ?

- Cela signifie qu'il est d'accord avec la décision prise lors de votre recours de Niveau 1.
- Vous recevrez un avis écrit vous indiquant ce que vous pouvez faire si vous souhaitez poursuivre la procédure d'examen. Il vous indiquera comment passer au niveau de recours suivant, qui est traité par un juge de droit administratif ou un avocat arbitre.

Étape 4 : si la réponse est négative, vous devrez décider si vous souhaitez poursuivre votre recours.

- Il existe 3 niveaux de recours supplémentaires après le Niveau 2, soit un total de 5 niveaux de recours. Si vous souhaitez passer à un recours de Niveau 3, vous trouverez les détails de la procédure dans l'avis par écrit que vous recevrez après la décision d'appel de Niveau 2.
- Le recours de Niveau 3 est d'abord traité par un juge de droit administratif ou un avocat arbitre. La **Section 10** de ce chapitre vous fournit de plus amples informations sur la procédure d'appel de Niveau 3, 4 et 5.

SECTION 10 Porter votre recours aux Niveaux 3, 4 et 5

Section 10.1 Niveaux d'appel 3, 4 et 5 pour les demandes de services médicaux

Cette section peut vous être utile si vous avez introduit un recours de Niveau 1 et un recours de Niveau 2 et qu'ils ont tous deux été rejetés.

Si la valeur monétaire de l'article ou du service médical faisant l'objet de votre recours atteint certains seuils minimums, vous pourrez envisager d'autres niveaux de recours. En revanche, si la valeur monétaire est inférieure

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

à ce seuil, vous ne pourrez pas poursuivre le recours. La réponse écrite que vous recevrez à votre recours de Niveau 2 vous expliquera comment introduire un recours de Niveau 3.

Pour la plupart des situations impliquant des recours, les 3 derniers niveaux de recours fonctionnent à peu près de la même manière que les 2 premiers niveaux. Voici qui s'occupe de l'examen de votre recours à chacun de ces niveaux.

Recours de Niveau 3

Un **juge de droit administratif** ou un avocat arbitre qui travaille pour le gouvernement fédéral examinera votre recours et vous donnera une réponse.

- **Si le juge administratif ou l'avocat arbitre accepte votre recours, la procédure d'appel peut ou non se terminer.** Contrairement à une décision de Niveau 2, nous avons le droit de faire appel d'une décision de Niveau 3 qui vous est favorable. Si nous décidons de faire appel, cela passera à un recours de Niveau 4.
 - Si nous décidons de ne *pas* faire appel de la décision, nous devons autoriser ou vous fournir les soins médicaux dans les 60 jours civils suivant la réception de la décision du juge administratif ou de l'avocat arbitre.
 - En cas de recours, nous vous enverrons une copie de la demande de recours de Niveau 4 accompagnée des documents pertinents. Nous pourrions attendre la décision de l'appel de Niveau 4 avant d'autoriser ou de fournir les soins médicaux contestés.
- **Si le juge administratif ou l'avocat arbitre refuse votre recours, la procédure d'appel peut ou non se terminer.**
 - Si vous décidez d'accepter la décision de rejet de votre recours, la procédure d'appel est terminée.
 - Si vous ne souhaitez pas accepter la décision, vous pouvez passer à l'étape suivante de la procédure d'examen. L'avis que vous recevrez vous indiquera la marche à suivre pour un recours de Niveau 4.

Recours de Niveau 4

Le **Medicare Appeals Council** (Conseil chargé des recours de Medicare, ci-après le « Conseil ») examinera votre recours et vous donnera une réponse. Le Conseil fait partie du gouvernement fédéral.

- **Si la réponse est positive, ou si le Conseil rejette notre demande d'examen d'une décision de recours de Niveau 3 favorable, la procédure d'appel peut ou non être terminée.** Contrairement à une décision de Niveau 2, nous avons le droit de faire appel d'une décision de Niveau 4 qui vous est favorable. Nous déciderons s'il convient de faire appel de cette décision au Niveau 5.
 - Si nous décidons de *ne pas* faire appel de la décision, nous devons autoriser ou vous fournir les soins médicaux dans les 60 jours civils suivant la réception de la décision du Conseil.
 - Si nous décidons de faire appel de la décision, nous vous en informerons par écrit.
- **Si la réponse est négative ou si le Conseil rejette la demande de réexamen, la procédure d'appel peut être terminée ou non.**
 - Si vous décidez d'accepter cette décision qui rejette votre recours, la procédure d'appel est terminée.
 - Si vous ne souhaitez pas accepter la décision, vous pouvez peut-être passer au niveau suivant de la procédure d'examen. Si le Conseil donne une réponse négative à votre recours, l'avis que vous recevrez vous indiquera si les règles vous permettent de passer à un recours de Niveau 5 et vous précisera la marche à suivre.

Recours de Niveau 5

Un juge de la **Federal District Court** (Cour fédérale de district) examinera votre recours.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- Un juge examinera toutes les informations et décidera de donner une réponse *positive* ou *négative* à votre demande. Il s'agit d'une réponse définitive. Il n'y a plus de niveau d'appel après la Federal District Court.

Section 10.2 Recours supplémentaires concernant Medicaid

Vous disposez également d'autres droits d'appel si votre recours concerne des services ou des produits habituellement couverts par Medicaid. La lettre que vous recevrez du Fair Hearing Office (Bureau des audiences équitables) vous indiquera la marche à suivre si vous souhaitez poursuivre la procédure d'appel.

Section 10.3 Niveaux d'appel 3, 4 et 5 pour les demandes de médicaments relevant de la Partie D

Cette section peut vous être utile si vous avez introduit un recours de Niveau 1 et un recours de Niveau 2 et qu'ils ont tous deux été rejetés.

Si la valeur du médicament faisant l'objet du recours atteint un certain montant, vous pourrez peut-être passer à d'autres niveaux d'appel. Si le montant est inférieur, vous ne pouvez pas aller plus loin dans votre recours. La réponse écrite que vous recevrez à votre recours de Niveau 2 vous expliquera qui contacter et la marche à suivre pour demander un recours de Niveau 3.

Pour la plupart des situations impliquant des recours, les 3 derniers niveaux de recours fonctionnent à peu près de la même manière que les 2 premiers niveaux. Voici qui s'occupe de l'examen de votre recours à chacun de ces niveaux.

Recours de Niveau 3

Un juge de droit administratif ou un avocat arbitre qui travaille pour le gouvernement fédéral examinera votre recours et vous donnera une réponse.

- **Si la réponse est positive, la procédure d'appel est terminée.** Nous devons **autoriser ou fournir la couverture des médicaments** approuvée par le juge de droit administratif ou l'avocat arbitre **dans les 72 heures (24 heures pour les recours accélérés) ou effectuer le paiement au plus tard 30 jours civils** après réception de la décision.
- **Si le juge administratif ou l'avocat arbitre refuse votre recours, la procédure d'appel peut ou non se terminer.**
 - Si vous décidez d'accepter cette décision qui rejette votre recours, la procédure d'appel est terminée.
 - Si vous ne souhaitez pas accepter la décision, vous pouvez passer à l'étape suivante de la procédure d'examen. L'avis que vous recevrez vous indiquera la marche à suivre pour un recours de Niveau 4.

Recours de Niveau 4

Le **Medicare Appeals Council** (Conseil chargé des recours de Medicare, ci-après le « Conseil ») examinera votre recours et vous donnera une réponse. Le Conseil fait partie du gouvernement fédéral.

- **Si la réponse est positive, la procédure d'appel est terminée.** Nous devons **autoriser ou fournir la couverture des médicaments** approuvée par le Conseil **dans les 72 heures (24 heures pour les recours accélérés) ou effectuer le paiement au plus tard 30 jours civils** après réception de la décision.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- **Si la réponse est négative ou si le Conseil rejette la demande de réexamen, la procédure d'appel peut être terminée ou non.**
 - Si vous décidez d'accepter la décision de rejet de votre recours, la procédure d'appel est terminée.
 - Si vous ne souhaitez pas accepter la décision, vous pouvez peut-être passer au niveau suivant de la procédure d'examen. Si le Conseil donne une réponse négative à votre recours, l'avis que vous recevrez vous indiquera si les règles vous permettent de passer à un recours de Niveau 5 et vous précisera la marche à suivre.

Recours de Niveau 5

Un juge de la **Federal District Court (Cour fédérale de district)** examinera votre recours.

- Un juge examinera toutes les informations et décidera de donner une réponse positive ou négative à votre demande. Il s'agit d'une réponse définitive. Il n'y a plus de niveau d'appel après la Federal District Court.

Déposer des plaintes

SECTION 11 Comment déposer une plainte concernant la qualité des soins, les temps d'attente, le service clientèle ou d'autres aspects ?

Section 11.1 Quels sont les types de problèmes traités par la procédure de plainte

La procédure de plainte est utilisée *uniquement* pour certains types de problèmes. Il s'agit notamment des problèmes liés à la qualité des soins, aux délais d'attente et au service clientèle. Voici des exemples des types de problèmes traités par la procédure de plainte.

Plainte	Exemple
Qualité des soins médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous insatisfait(e) de la qualité des soins que vous avez reçus (y compris à l'hôpital) ?
Respect de votre vie privée	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que quelqu'un n'a pas respecté votre droit à la vie privée ou a partagé des informations confidentielles ?
Manque de respect, mauvais service clients ou autres comportements négatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que quelqu'un a été impoli ou irrespectueux avec vous ? • Êtes-vous insatisfait(e) de nos Services aux adhérents ? • Avez-vous l'impression que l'on vous incite à quitter notre régime ?
Délais d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrez-vous des difficultés ou attendez-vous trop longtemps pour obtenir un rendez-vous ? • Les médecins, pharmaciens ou autres professionnels de santé vous ont-ils fait attendre trop longtemps ? Ou est-ce le cas de nos Services aux adhérents ou d'autres membres du personnel de notre régime ?

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

Plainte	Exemple
	<ul style="list-style-type: none"> Il peut s'agir par exemple d'une attente trop longue au téléphone, dans la salle d'attente ou d'examen, ou pour l'obtention d'une ordonnance.
Propreté	<ul style="list-style-type: none"> Vous n'êtes pas satisfait(e) de la propreté ou de l'état d'une clinique, d'un hôpital ou du cabinet d'un médecin ?
Informations que vous avez reçues de notre part	<ul style="list-style-type: none"> N'avez-vous pas reçu un avis obligatoire ? Nos informations écrites sont-elles difficiles à comprendre ?
Rapidité (Ces types de plaintes concernent la rapidité de nos actions en matière de décisions de couverture et recours)	Si vous avez demandé une décision de couverture ou fait appel et que vous pensez que nous ne répondons pas assez rapidement, vous pouvez déposer une plainte concernant la lenteur de nos services. Voici quelques exemples : <ul style="list-style-type: none"> Vous nous avez demandé une <i>décision rapide de couverture</i> ou un <i>recours rapide</i> et nous avons refusé ; vous pouvez déposer une plainte. Vous estimez que nous ne respectons pas les délais pour les décisions de couverture ou les recours ; vous pouvez déposer une plainte. Vous estimez que nous ne respectons pas les délais de couverture ou de remboursement de certains articles ou services médicaux ou médicaments qui ont été approuvés ; vous pouvez déposer une plainte. Vous estimez que nous n'avons pas respecté les délais requis pour la transmission de votre dossier à l'organisme d'examen indépendant ; vous pouvez déposer une plainte.

Section 11.2 Comment déposer une plainte**Termes juridiques :**

Une « **plainte** » est également appelée « **grief** ».

« **Déposer une plainte** » est appelé « **déposer un grief** ».

« **Utiliser la procédure de dépôt de plainte** » est appelé « **utiliser la procédure de dépôt d'un grief** ».

Une « **plainte rapide** » est appelée « **grief accéléré** ».

Étape 1 : veuillez nous contacter rapidement, par téléphone ou par écrit.

- La première étape consiste généralement à appeler les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Si d'autres démarches s'avèrent nécessaires, les Services aux adhérents vous en informeront.

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- **Si vous ne voulez pas appeler (ou si vous avez appelé et que vous n'avez pas obtenu satisfaction), vous pouvez formuler votre plainte par écrit et nous l'envoyer.** Si vous déposez votre plainte par écrit, nous y répondrons par écrit.
- Nous essaierons de résoudre votre problème par téléphone. Si vous demandez une réponse écrite, si vous déposez un grief écrit ou si votre plainte concerne la qualité des soins, nous vous répondrons par écrit. Si nous ne parvenons pas à résoudre votre plainte par téléphone, nous disposons d'une procédure formelle pour examiner vos plaintes. C'est ce que nous appelons la procédure de traitement des plaintes des adhérents.
- Vous, ou votre représentant autorisé, avez le droit de déposer un grief accéléré chaque fois que Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prend un délai supplémentaire pour prendre une détermination de l'organisme ou une décision de réexamen, ou lorsque nous refusons une demande d'accélération d'une détermination de l'organisme ou d'un réexamen. (Nous ne pouvons pas prendre de délai supplémentaire pour prendre une décision de couverture ou pour statuer sur un recours concernant un médicament relevant de la Partie B ou de la Partie D.) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) répondra à ces griefs accélérés dans les (24) heures suivant leur réception.
- Nous devons traiter votre grief aussi rapidement que votre dossier l'exige en fonction de votre état de santé, mais au plus tard dans les 30 jours suivant la réception de votre plainte. Nous pouvons prolonger le délai de 14 jours au maximum si vous le demandez ou si nous avons besoin d'informations supplémentaires et que ce délai est dans votre intérêt.
- **Que ce soit par téléphone ou par écrit, vous devez appeler les Services aux adhérents au (833) 671-0440** (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le **711**) **immédiatement**. Vous pouvez déposer votre plainte à tout moment après avoir rencontré le problème pour lequel vous souhaitez déposer une plainte.

Étape 2 : nous examinons votre plainte et vous donnons une réponse.

- **Dans la mesure du possible, nous vous répondrons immédiatement.** Si vous nous appelez pour nous faire part d'une plainte, il se peut que nous puissions vous donner une réponse lors du même appel téléphonique.
- **La plupart des plaintes sont traitées dans un délai de 30 jours civils.** Si nous avons besoin de plus d'informations et que le délai est dans votre intérêt ou si vous demandez plus de temps, nous pouvons prendre jusqu'à 14 jours civils supplémentaires (44 jours civils au total) pour répondre à votre plainte. Si nous décidons de prendre des jours supplémentaires, nous vous en informerons par écrit.
- **Si vous déposez une plainte parce que nous avons rejeté votre demande de décision rapide de couverture ou de recours rapide, nous vous accorderons automatiquement une plainte rapide.** En cas de plainte rapide, **nous vous répondrons dans les 24 heures.**
- **Si nous ne sommes pas d'accord** avec tout ou partie de votre plainte ou si nous n'assumons pas la responsabilité du problème faisant l'objet de votre plainte, nous vous en donnerons les raisons dans notre réponse.

Section 11.3 Vous pouvez également déposer des plaintes concernant la qualité des soins auprès de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité).

Si votre plainte porte sur la **qualité des soins**, vous disposez de 2 options supplémentaires :

Chapitre 9 : Si vous avez un problème ou une plainte (décisions de couverture, recours, plaintes)

- **Vous pouvez adresser votre plainte directement à la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité).** La Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) est un groupe de médecins praticiens et d'autres experts en soins de santé payés par le gouvernement fédéral pour vérifier et améliorer les soins dispensés aux patients de Medicare. Vous trouverez au Chapitre 2 les informations de contact des personnes à contacter.

Ou

- **Vous pouvez déposer votre plainte à la fois auprès de la Quality Improvement Organization (Organisation pour l'amélioration de la qualité) et auprès de nous.**

Section 11.4 Vous pouvez aussi faire part de votre plainte à Medicare et Medicaid

Vous pouvez déposer une plainte concernant Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) directement auprès de Medicare. Pour déposer une plainte auprès de Medicare, rendez-vous sur le site Web www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Vous pouvez également appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.

Chapitre 10 : Mettre fin à l'affiliation à notre régime

CHAPITRE 10 :

Mettre fin à l'affiliation à notre régime

SECTION 1 Mettre fin à votre affiliation à notre régime

Mettre fin à votre adhésion à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) peut se faire de manière **volontaire** (si vous le décidez) ou **involontaire** (sans votre contrôle) :

- Vous pouvez quitter notre régime parce que vous décidez de le faire. Les Sections 2 et 3 fournissent des informations sur la cessation volontaire de votre adhésion.
- Il existe également de rares cas dans lesquels nous sommes obligés de mettre fin à votre adhésion. La Section 5 vous informe sur les situations dans lesquelles nous devons mettre fin à votre adhésion.

Si vous quittez notre régime, celui-ci doit continuer à vous fournir des soins médicaux et des médicaments sur ordonnance et vous continuerez à payer votre partage des coûts jusqu'à ce que votre adhésion prenne fin.

SECTION 2 Quand pouvez-vous mettre fin à votre affiliation au régime ?

Section 2.1 Vous pouvez peut-être mettre fin à votre affiliation parce que vous bénéficiez de Medicare et de Medicaid

- La plupart des personnes bénéficiant de Medicare ne peuvent mettre fin à leur affiliation qu'à certaines périodes de l'année. Étant donné que vous bénéficiez de Medicaid, vous pouvez mettre fin à votre affiliation à notre régime en choisissant l'une des options Medicare suivantes n'importe quel mois de l'année :
 - Original Medicare *avec* un régime séparé de prise en charge des médicaments sur ordonnance de Medicare ;
 - Original Medicare *sans* régime séparé de prise en charge des médicaments sur ordonnance de Medicare (si vous choisissez cette option et que vous bénéficiez de l'Extra Help, Medicare pourrait vous affilier automatiquement à un régime de prise en charge des médicaments, sauf si vous avez choisi de ne pas être affilié[e] automatiquement) ; ou
 - si vous y êtes éligible, un D-SNP intégré qui regroupe vos prestations Medicare ainsi que la plupart ou la totalité de vos prestations Medicaid en un seul régime.

Remarque : Si vous vous désaffiliez de la couverture des médicaments de Medicare, que vous bénéficiez de l'Extra Help et que vous restez sans couverture des médicaments donnant droit à une indemnisation pendant une période continue de 63 jours ou plus, vous devrez peut-être payer une pénalité pour adhésion tardive à la Partie D si vous adhérez ultérieurement à un régime de médicaments Medicare.

- Appelez le bureau Medicaid de votre État au (833) 671-0440 pour connaître les options de régimes Medicaid qui s'offrent à vous.
- Vous pouvez choisir parmi d'autres options de régimes de soins de santé Medicare pendant la **période d'adhésion ouverte**. La Section 2.2 vous donne plus d'informations sur la période d'adhésion ouverte.

Chapitre 10 : Mettre fin à l'affiliation à notre régime

- **Votre adhésion prendra généralement fin le premier jour du mois suivant la réception de votre demande de changement de régime.** Votre affiliation à votre nouveau régime débutera également ce jour-là.

Section 2.2 Vous pouvez mettre fin à votre adhésion pendant la période d'adhésion ouverte

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion pendant la **période d'adhésion ouverte** chaque année. Pendant cette période, vous pouvez passer en revue votre couverture santé et médicaments et décider de votre couverture pour l'année à venir.

- La **période d'adhésion ouverte** s'étend du **15 octobre au 7 décembre**.
- **Vous pouvez choisir de conserver votre couverture actuelle ou d'y apporter des modifications pour l'année à venir.** Si vous décidez de changer de régime, vous pouvez choisir l'un des types de régimes suivants :
 - Un autre régime de soins de santé Medicare avec ou sans couverture des médicaments ;
 - Original Medicare avec un régime séparé de prise en charge des médicaments de Medicare ;
 - Original Medicare sans régime séparé de prise en charge des médicaments de Medicare ;
 - si vous y êtes éligible, un D-SNP intégré qui regroupe vos prestations Medicare ainsi que la plupart ou la totalité de vos prestations Medicaid en un seul régime.

Vous bénéficiez de l'Extra Help de Medicare pour payer vos médicaments sur ordonnance : si vous passez à Original Medicare et que vous ne vous affiliez pas à un régime séparé de prise en charge des médicaments sur ordonnance de Medicare, Medicare peut vous affilier à un régime pour les médicaments, sauf si vous avez refusé l'affiliation automatique.

Remarque : Si vous vous désaffiliez de la couverture des médicaments de Medicare, que vous bénéficiez de l'Extra Help et que vous restez sans couverture des médicaments donnant droit à une indemnisation pendant 63 jours consécutifs ou plus, vous devrez peut-être payer une pénalité pour adhésion tardive à la Partie D si vous adhérez ultérieurement à un régime de médicaments Medicare.

- **Votre affiliation à notre régime prendra fin** lorsque la couverture de votre nouveau régime débutera le 1^{er} janvier.

Section 2.3 Vous pouvez mettre fin à votre affiliation pendant la période d'adhésion ouverte à Medicare Advantage

Une fois par an, vous pouvez apporter *un* changement à votre couverture santé pendant la **période d'adhésion ouverte à Medicare Advantage**.

- **La période d'adhésion ouverte à Medicare Advantage** s'étend du 1^{er} janvier au 31 mars. De plus, les nouveaux bénéficiaires de Medicare qui sont affiliés à un régime MA peuvent adhérer depuis le mois où ils deviennent éligibles à la Partie A et à la Partie B jusqu'au dernier jour du 3^e mois suivant leur éligibilité.
- **Au cours de la période d'adhésion ouverte à Medicare Advantage**, vous pouvez :
 - passer à un autre régime Medicare Advantage avec ou sans couverture des médicaments ;

Chapitre 10 : Mettre fin à l'affiliation à notre régime

- vous désaffilier de notre régime et obtenir une couverture via Original Medicare. Si vous passez à Original Medicare au cours de cette période, vous pouvez également vous affilier en même temps à un régime séparé de prise en charge des médicaments de Medicare.
- **Votre affiliation prendra fin** le premier jour du mois suivant votre affiliation à un autre régime Medicare Advantage ou la réception de votre demande de passage à Original Medicare. Si vous choisissez également de vous affilier à un régime de prise en charge des médicaments de Medicare, votre affiliation à ce régime débutera le premier jour du mois suivant la réception de votre demande d'adhésion par le régime en question.

Section 2.4 Dans certaines situations, vous pouvez mettre fin à votre affiliation au cours d'une période d'adhésion spéciale

Dans certaines situations, vous pouvez avoir le droit de mettre fin à votre affiliation à d'autres moments de l'année. C'est ce qu'on appelle une **période d'adhésion spéciale**.

Vous pouvez être autorisé(e) à mettre fin à votre affiliation au cours d'une période d'adhésion spéciale si l'une des situations suivantes s'applique à vous. Il ne s'agit là que d'exemples. Pour obtenir la liste complète, vous pouvez contacter notre régime, appeler Medicare ou consulter le site www.Medicare.gov.

- Généralement, lorsque vous déménagez
- Si vous bénéficiez de New York Medicaid
- Si vous êtes éligible à l'Extra Help pour le paiement de votre couverture des médicaments de Medicare
- Si nous ne respectons pas le contrat qui nous lie à vous
- Si vous recevez des soins dans une institution, telle qu'un établissement de soins pour personnes âgées ou un hôpital de soins de longue durée (« LTC »)
- Si vous vous inscrivez au Program of All-inclusive Care for the Elderly (Programme de soins tout compris pour les personnes âgées, « PACE »).
- **Remarque :** Si vous participez à un programme de gestion des médicaments, il se peut que vous ne soyez éligible qu'à certaines périodes d'affiliation spéciales. Le Chapitre 5, Section 10, vous en dit plus sur les programmes de gestion des médicaments.
- **Remarque :** La Section 2.1 vous en dit plus sur la période d'adhésion spéciale pour les personnes bénéficiant de Medicaid.

Les périodes d'affiliation varient en fonction de votre situation.

Pour savoir si vous êtes éligible à une période d'adhésion spéciale, appelez Medicare au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048. Si vous avez le droit de mettre fin à votre adhésion en raison d'une situation particulière, vous pouvez choisir de modifier à la fois votre couverture santé et votre couverture des médicaments de Medicare. Vous pouvez choisir :

- Un autre régime de soins de santé Medicare avec ou sans couverture des médicaments ;
- Original Medicare *avec* un régime séparé de prise en charge des médicaments de Medicare ;
- Original Medicare *sans* régime séparé de prise en charge des médicaments de Medicare ;
- si vous y êtes éligible, un D-SNP intégré qui regroupe vos prestations Medicare ainsi que la plupart ou la totalité de vos prestations Medicaid en un seul régime.

Remarque : Si vous vous désaffiliez de la couverture des médicaments de Medicare, que vous bénéficiez de l'Extra Help et que vous restez sans couverture des médicaments donnant droit à une indemnisation pendant

Chapitre 10 : Mettre fin à l'affiliation à notre régime

63 jours consécutifs ou plus, vous devrez peut-être payer une pénalité pour adhésion tardive à la Partie D si vous adhérez ultérieurement à un régime de médicaments Medicare.

Si vous bénéficiez de l'Extra Help de Medicare pour le paiement de votre couverture des médicaments : si vous passez à Original Medicare et que vous ne vous affiliez pas à un régime séparé de prise en charge des médicaments de Medicare, Medicare peut vous affilier à un régime pour les médicaments, à moins que vous ne choisissiez de ne pas vous affilier automatiquement.

Votre affiliation prendra généralement fin le premier jour du mois suivant votre demande de changement de régime.

Remarque : les Sections 2.1 et 2.2 vous en disent plus sur la période d'adhésion spéciale pour les personnes bénéficiant de Medicaid et de l'Extra Help.

Section 2.5 Obtenir plus d'informations sur les périodes pendant lesquelles vous pouvez mettre fin à votre adhésion

Si vous avez des questions concernant la cessation de votre adhésion, vous pouvez :

- **appeler les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ;**
- consulter les informations dans le guide *Medicare & You 2026* ;
- appelez **Medicare** au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048).

SECTION 3 Comment mettre fin à votre adhésion à notre régime

Le tableau ci-dessous explique comment vous pouvez mettre fin à votre adhésion à notre régime.

Pour passer de notre régime à :	Voici la marche à suivre :
Un autre régime de soins de santé Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Affiliez-vous au nouveau régime de soins de santé Medicare. • Votre affiliation à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sera automatiquement annulée à la date de début de la couverture par votre nouveau régime.
Original Medicare avec un régime séparé de prise en charge des médicaments de Medicare ;	<ul style="list-style-type: none"> • Affiliez-vous au nouveau régime de prise en charge des médicaments de Medicare. • Votre affiliation à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sera automatiquement annulée à la date de début de la couverture par votre nouveau régime de médicaments.

Chapitre 10 : Mettre fin à l'affiliation à notre régime

Pour passer de notre régime à :	Voici la marche à suivre :
Original Medicare <i>sans</i> régime séparé de prise en charge des médicaments de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Pour vous désaffilier, veuillez nous envoyer une demande écrite. Si vous avez besoin de plus d'informations sur la marche à suivre, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). • Vous pouvez également appeler Medicare au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) et demander à être désaffilié(e). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048. • Votre affiliation à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sera annulée à la date de début de votre couverture par Original Medicare.

Remarque : Si vous vous désaffiliez de la couverture des médicaments de Medicare, que vous bénéficiez de l'Extra Help et que vous restez sans couverture des médicaments donnant droit à une indemnisation pendant 63 jours consécutifs ou plus, vous devrez peut-être payer une pénalité pour adhésion tardive à la Partie D si vous adhérez ultérieurement à un régime de médicaments Medicare.

Pour toute question concernant vos prestations Medicaid, appelez New York Medicaid au (800) 505-5678, le Département des services sociaux du comté de Nassau au (516) 227-7474, l'Administration des ressources humaines/le Département des services sociaux du comté de Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond au (718) 557-1399, le Département des services sociaux du comté d'Orange au (845) 291-4000, le Département des services sociaux du comté de Rockland au (845) 364-3040 ou le Département des services sociaux du comté de Westchester au (914) 995-3333, du lundi au vendredi, de 8:30 a.m. à 8 p.m. et le samedi de 10 a.m. à 6 p.m. Renseignez-vous sur les conséquences de l'affiliation à un autre régime ou du retour à Original Medicare sur la façon dont vous bénéficiez de votre couverture Medicaid.

SECTION 4 Tant que votre affiliation n'a pas pris fin, vous devez continuer à vous procurer les articles et services médicaux ainsi que les médicaments par l'intermédiaire de notre régime

Tant que votre adhésion à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) n'est pas terminée et que votre nouvelle couverture Medicare n'a pas commencé, vous devez continuer à recevoir vos articles et services médicaux et vos médicaments sur ordonnance via notre régime.

- **Continuez à consulter les prestataires de notre réseau pour recevoir des soins médicaux.**
- **Continuez à utiliser les pharmacies de notre réseau pour vous faites délivrer vos ordonnances.**
- **Si vous êtes hospitalisé(e) le jour où votre affiliation prend fin, votre séjour à l'hôpital sera couvert par notre régime jusqu'à votre date de sortie prévue de l'hôpital** (même si votre date de sortie prévue de l'hôpital est postérieure au début de votre nouvelle couverture).

Chapitre 10 : Mettre fin à l'affiliation à notre régime

SECTION 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit mettre fin à votre adhésion à notre régime dans certaines situations

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) doit mettre fin à votre affiliation à notre régime si l'une des situations suivantes se produit :

- Si vous n'êtes plus couvert(e) par Medicare Part A et Part B.
- Si vous n'avez plus droit à Medicaid. Comme indiqué au Chapitre 1, Section 2.1, notre régime s'adresse aux personnes éligibles à la fois à Medicare et à Medicaid. Lorsque Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) détermine que vous ne remplissez plus les conditions *spéciales* d'éligibilité, vous recevrez une lettre d'avis indiquant la raison de votre éventuelle désaffiliation. Vous disposerez alors de 6 mois (180 jours) à compter de la date de la lettre pour répondre à la demande de réexamen de votre éligibilité au régime.
- Si vous déménagez hors de notre zone de service.
- Si vous êtes absent(e) de notre zone de service pendant plus de 6 mois.
 - Si vous déménagez ou faites un long voyage, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour savoir si l'endroit où vous déménagez ou voyagez se trouve dans la zone couverte par notre régime.
- Si vous êtes incarcéré(e) (allez en prison).
- Si vous n'êtes plus citoyen(ne) américain(e) ou si vous n'êtes plus en situation régulière aux États-Unis.
- Si vous mentez ou dissimulez des informations concernant une autre assurance dont vous bénéficiez et qui couvre les médicaments.
- Si vous nous donnez intentionnellement des informations incorrectes lors de l'affiliation à notre régime et que ces informations affectent votre éligibilité à notre régime. (Nous ne pouvons pas mettre fin à votre affiliation à notre régime pour cette raison, sauf si nous obtenons d'abord l'autorisation de Medicare.)
- Si vous vous comportez continuellement d'une manière qui perturbe et rend difficile la fourniture de soins médicaux pour vous et d'autres adhérents de notre régime. (Nous ne pouvons pas mettre fin à votre affiliation à notre régime pour cette raison, sauf si nous obtenons d'abord l'autorisation de Medicare.)
- Si vous laissez quelqu'un d'autre utiliser votre carte d'adhérent pour obtenir des soins médicaux. (Nous ne pouvons pas mettre fin à votre affiliation à notre régime pour cette raison, sauf si nous obtenons d'abord l'autorisation de Medicare.)
 - Si nous mettons fin à votre affiliation pour cette raison, Medicare peut demander à l'inspecteur général d'enquêter sur votre cas.
- Si vous êtes tenu(e) de payer le supplément de la Partie D en raison de vos revenus et que vous ne le payez pas, Medicare vous désaffiliera de notre régime.

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur la date à laquelle nous pouvons mettre fin à votre adhésion, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Section 5.1 Nous ne pouvons pas vous demander de quitter notre régime pour un motif lié à la santé

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) n'est pas autorisé à vous demander de quitter notre régime pour une raison liée à la santé.

Chapitre 10 : Mettre fin à l'affiliation à notre régime

Que devez-vous faire si cela se produit ?

Si vous pensez que vous êtes invité(e) à quitter notre régime pour une raison liée à la santé, appelez Medicare au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 1-877-486-2048.

Section 5.2 Vous avez le droit de déposer une plainte si nous mettons fin à votre affiliation à notre régime

Si nous mettons fin à votre adhésion à notre régime, nous devons vous en communiquer les raisons par écrit. Nous devons également vous expliquer comment vous pouvez déposer un grief ou une plainte concernant notre décision de mettre fin à votre adhésion.

Chapitre 11 : Mentions légales

CHAPITRE 11 :

Mentions légales

SECTION 1 Avis sur le droit applicable

La loi principale qui s'applique à ce document de Preuve de couverture est le titre XVIII du Social Security Act (loi sur la Sécurité sociale) et les règlements institués en vertu du Social Security Act par les Centers for Medicare & Medicaid Services (« CMS »). En outre, d'autres lois fédérales peuvent s'appliquer et, dans certaines circonstances, les lois de l'État dans lequel vous vivez. Ces lois peuvent avoir une incidence sur vos droits et responsabilités, même si elles ne sont pas mentionnées ou expliquées dans le présent document.

SECTION 2 Avis sur le principe de non-discrimination

Nous ne pratiquons aucune discrimination fondée sur la race, l'ethnie, l'origine nationale, la couleur, la religion, le sexe, l'âge, l'incapacité mentale ou physique, l'état de santé, la sinistralité, les antécédents médicaux, les informations génétiques, les preuves d'assurabilité ou la situation géographique au sein de la zone de service. Tous les organismes qui proposent des régimes Medicare Advantage, comme notre régime, doivent respecter les lois fédérales contre la discrimination, notamment le titre VI du Civil Rights Act (loi sur les droits civils) de 1964, le Rehabilitation Act (loi sur la réadaptation) de 1973, l'Age Discrimination Act (loi sur la discrimination fondée sur l'âge) de 1975, l'Americans with Disabilities Act (loi relative aux Américains avec un handicap), la section 1557 de l'Affordable Care Act (loi sur les soins abordables), toutes les autres lois qui s'appliquent aux organismes bénéficiant d'un financement fédéral, et toutes les autres lois et règles qui s'appliquent pour toute autre raison.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations ou si vous avez des préoccupations concernant une discrimination ou un traitement injuste, appelez l'**Office for Civil Rights** (Bureau des droits civils) du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) au 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou l'Office for Civil Rights de votre région. Vous pouvez également consulter les informations de l'Office for Civil Rights (Bureau des droits civils) du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) à l'adresse www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si vous avez un handicap et que vous avez besoin d'aide pour accéder aux soins, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). Si vous avez une plainte à formuler, par exemple un problème d'accès pour les personnes en fauteuil roulant, les Services aux adhérents peuvent vous aider.

SECTION 3 Avis sur les droits de subrogation du payeur secondaire de Medicare

Nous avons le droit et la responsabilité de procéder au recouvrement des services couverts par Medicare pour lesquels Medicare n'est pas le payeur principal. Conformément aux règlements CMS (42 CFR, sections 422.108 et 423.462), Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), en tant qu'organisme Medicare Advantage,

Chapitre 11 : Mentions légales

exercera les mêmes droits de recouvrement que le secrétaire en vertu des règlements CMS (sous-parties B à D de la partie 411 du 42 CFR) et les règles établies dans cette section remplacent toutes les lois de l'État.

CHAPITRE 12 :

Définitions

Centre de chirurgie ambulatoire – Un centre de chirurgie ambulatoire est une entité dont l'activité consiste exclusivement à fournir des services de chirurgie ambulatoire à des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation et dont le séjour prévu dans le centre n'excède pas 24 heures.

Recours – Un recours est une démarche que vous entreprenez si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision de refuser une demande de couverture de services de soins de santé ou de médicaments sur ordonnance, ou le paiement de services ou de médicaments que vous avez déjà reçus. Vous pouvez également introduire un recours si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision d'interrompre les services que vous recevez.

Période de prestation – La manière dont notre régime et Original Medicare mesurent votre utilisation des services hospitaliers et des services d'un établissement de soins infirmiers qualifiés (« SNF »). La période de prestation commence le jour où vous entrez à l'hôpital ou dans un établissement de soins infirmiers qualifiés. La période de prestation se termine en l'absence de soins reçus dans le cadre d'une hospitalisation (ou de soins qualifiés dans un SNF) pendant 60 jours d'affilée. Si vous entrez dans un hôpital ou un établissement de soins infirmiers qualifiés après la fin d'une période de prestation, une nouvelle période de prestations commence. Le nombre de périodes de prestation n'est pas limité.

Produit biologique – Médicament sur ordonnance qui est fabriqué à partir de sources naturelles et vivantes telles que des cellules animales, des cellules végétales, des bactéries ou des levures. Les produits biologiques sont plus complexes que les autres médicaments et ne peuvent pas être reproduits à l'identique, c'est pourquoi les variantes sont appelées « biosimilaires ». (Consultez les Sections « **Produit biologique d'origine** » et « **Biosimilaire** »).

Biosimilaire – Un produit biologique très similaire, mais pas identique, au produit biologique d'origine. Les biosimilaires sont tout aussi sûrs et efficaces que les produits biologiques originaux. Certains biosimilaires peuvent être remplacés par le produit biologique d'origine en pharmacie sans nécessiter une nouvelle ordonnance (consultez la Section « **Biosimilaire interchangeable** »).

Médicament de marque – Médicament sur ordonnance qui est fabriqué et vendu par la société pharmaceutique qui a mené les recherches et mis au point le médicament à l'origine. Les médicaments de marque ont la même formule de principe actif que la version générique du médicament. Toutefois, les médicaments génériques sont fabriqués et vendus par d'autres fabricants de médicaments et ne sont généralement disponibles qu'après l'expiration du brevet du médicament de marque.

Palier de couverture pour les frais majeurs – Palier de couverture des médicaments relevant de la Partie D qui commence lorsque vous (ou d'autres parties qualifiées agissant en votre nom) avez dépensé \$2,100 pour des médicaments couverts par la Partie D au cours de l'année visée par le régime.

Centers for Medicare & Medicaid Services (« CMS ») – L'agence fédérale qui gère Medicare.

Coassurance – Montant que vous pouvez être amené(e) à payer, exprimé en pourcentage (par exemple 20%), au titre de votre participation au coût des services ou des médicaments sur ordonnance.

Plainte – Le terme officiel pour désigner le dépôt d'une plainte est le « **dépôt d'un grief** ». La procédure de plainte n'est utilisée que pour certains types de problèmes. Il s'agit notamment des problèmes liés à la qualité

Chapitre 12 : Définitions

des soins, aux délais d'attente et au service clientèle que vous recevez. Elle inclut également les plaintes déposées si notre régime ne respecte pas les délais de la procédure d'appel.

Établissement de réadaptation ambulatoire complet (« CORF ») – Établissement qui fournit principalement des services de réadaptation après une maladie ou une blessure, notamment des services de physiothérapie, des services sociaux ou psychologiques, des services de thérapie respiratoire, d'ergothérapie et d'orthophonie, ainsi que des services d'évaluation de l'environnement à domicile.

Quote-part – Montant que vous pouvez être amené à payer en tant que participation au coût d'un service de santé ou d'une fourniture médicale, comme une consultation chez le médecin, une consultation en ambulatoire à l'hôpital ou un médicament sur ordonnance. La quote-part est un montant fixe (par exemple \$10), plutôt qu'un pourcentage.

Partage des coûts – Le partage des coûts désigne les montants qu'un(e) adhérent(e) doit payer lorsqu'il reçoit des services ou des médicaments. Il comprend toute combinaison des 3 types de paiements suivants : (1) toute franchise qu'un régime peut imposer avant que les services ou les médicaments ne soient couverts ; (2) tout montant fixe de quote-part qu'un régime exige lorsqu'un service ou un médicament spécifique est reçu ; ou (3) tout montant de coassurance, un pourcentage du montant total payé pour un service ou un médicament qu'un régime exige lorsqu'un service ou un médicament spécifique est reçu.

Niveau de partage des coûts – Tous les médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts sont classés dans l'un des six (6) niveaux de partage des coûts. En général, plus le niveau de partage des coûts est élevé, plus la part que vous devrez payer pour le médicament sera importante.

Détermination de couverture – Décision indiquant si un médicament qui vous a été prescrit est couvert par notre régime et le montant, le cas échéant, que vous devez payer pour l'ordonnance. En général, si vous apportez votre ordonnance à la pharmacie et que le pharmacien vous dit qu'elle n'est pas couverte par notre régime, il ne s'agit pas d'une détermination de couverture. Vous devez appeler ou écrire à notre régime pour demander une décision officielle concernant la couverture. Dans le présent document, les déterminations de couverture sont appelées décisions de couverture.

Médicaments couverts – Terme que nous utilisons pour désigner tous les médicaments qui sont couverts par notre régime.

Services couverts – Le terme que nous utilisons pour désigner tous les services de soins de santé et les fournitures de soins qui sont couverts par notre régime.

Couverture des médicaments sur ordonnance donnant droit à une indemnisation – Couverture des médicaments sur ordonnance (par exemple, par un employeur ou un syndicat) qui est censée payer, en moyenne, au moins autant que la couverture standard des médicaments sur ordonnance de Medicare. Les personnes qui bénéficient de ce type de couverture lorsqu'elles deviennent éligibles à Medicare peuvent généralement conserver cette couverture sans payer de pénalité, si elles décident de s'affilier ultérieurement à la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare.

Soins de garde – Les soins de garde sont des soins personnels fournis dans un établissement de soins pour personnes âgées, un centre de soins palliatifs ou un autre établissement lorsque vous n'avez pas besoin de soins médicaux ou de soins infirmiers qualifiés. Les soins de garde, dispensés par des personnes qui n'ont pas de compétences ou de formation professionnelles, comprennent l'aide pour les activités de la vie quotidienne telles que se laver, s'habiller, manger, s'asseoir ou se lever d'un lit ou d'une chaise, se déplacer et utiliser la salle de bains. Il peut également s'agir de soins de santé que la plupart des gens font eux-mêmes, comme l'utilisation de gouttes pour les yeux. Medicare ne prend pas en charge les soins de garde.

Chapitre 12 : Définitions

Taux journalier de partage des coûts – Un taux journalier de partage des coûts peut s'appliquer lorsque votre médecin vous prescrit certains médicaments pour moins d'un mois complet et que vous devez payer une quote-part. Le taux journalier de participation aux coûts correspond au montant de la quote-part divisé par le nombre de jours d'un mois d'approvisionnement. Par exemple : si votre quote-part pour un approvisionnement d'un mois en médicaments est de \$30 et qu'un approvisionnement d'un mois dans votre régime est de 30 jours, alors votre « taux journalier de partage des coûts » est de \$1 par jour.

Se désaffilier ou Désaffiliation – Processus consistant à mettre fin à votre adhésion à notre régime.

Régimes à double éligibilité pour les besoins spéciaux (« D-SNP ») – Les D-SNP affilient les personnes qui ont droit à la fois à Medicare (titre XVIII du Social Security Act [loi sur la Sécurité sociale]) et à l'assistance médicale d'un régime d'État dans le cadre de Medicaid (titre XIX). Les États couvrent certains ou tous les coûts de Medicare, en fonction de l'État et de l'éligibilité de la personne.

Personnes doublement éligibles – Personne qui a droit à une couverture Medicare et Medicaid.

Matériel médical durable (« DME ») – Du matériel médical particulier prescrit par votre médecin pour des raisons médicales. Les exemples incluent les déambulateurs, les fauteuils roulants, les béquilles, les systèmes de matelas motorisés, les fournitures pour diabétiques, les pompes à perfusion, les appareils générateurs de parole, le matériel d'oxygène, les nébuliseurs ou les lits d'hôpitaux commandés par un prestataire pour être utilisés à la maison.

Urgence – Une urgence médicale survient lorsque vous, ou toute autre personne profane prudente ayant une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, estimez que vous présentez des symptômes médicaux qui nécessitent des soins médicaux immédiats pour éviter la mort (et, si vous êtes enceinte, la perte d'un enfant à naître), la perte d'un membre ou la perte de la fonction d'un membre, ou la perte ou l'altération grave d'une fonction corporelle. Les symptômes médicaux peuvent être une maladie, une blessure, une douleur intense ou une affection médicale qui s'aggrave rapidement.

Soins d'urgence – Services couverts qui sont : 1) fournis par un prestataire qualifié pour dispenser des services d'urgence ; et 2) nécessaires au traitement, à l'évaluation ou à la stabilisation d'un état de santé d'urgence.

Preuve de couverture (« EOC ») et informations divulguées – Ce document, ainsi que votre formulaire d'adhésion et toute autre pièce jointe, avenant ou autre couverture optionnelle sélectionnée, explique votre couverture, ce que nous devons faire, vos droits et ce que vous devez faire en tant qu'adhérent de notre régime.

Exception – Type de décision de couverture qui, si elle est approuvée, vous permet d'obtenir un médicament qui ne figure pas sur notre Liste des médicaments remboursables (exception à la Liste des médicaments remboursables), ou d'obtenir un médicament non privilégié à un taux de partage des coûts moins élevé (exception de niveau). Vous pouvez également demander une exception si notre régime exige que vous essayiez un autre médicament avant d'obtenir le médicament désiré, si notre régime nécessite l'obtention d'une autorisation préalable pour un médicament et que vous souhaitez que nous ne tenions pas compte d'une certaine restriction, ou si notre régime limite la quantité ou le dosage du médicament désiré (exception à la Liste des médicaments remboursables).

« Extra Help » (« Aide supplémentaire ») – Programme de Medicare visant à aider les personnes ayant des revenus et des ressources limités à payer les coûts du régime des médicaments sur ordonnance de Medicare, tels que les primes, les franchises et la coassurance.

Médicament générique – Médicament sur ordonnance approuvé par la FDA comme ayant le(s) même(s) ingrédient(s) actif(s) que le médicament de marque. En général, un médicament générique agit de la même manière qu'un médicament de marque et coûte habituellement moins cher.

Chapitre 12 : Définitions

Soins de santé à domicile – Personne qui fournit des services ne nécessitant pas les compétences d'un infirmier ou d'un thérapeute agréé, comme l'aide aux soins personnels (par exemple, prendre un bain, aller aux toilettes, s'habiller ou effectuer les exercices prescrits).

Soins palliatifs – Une prestation qui prévoit un traitement spécial pour un(e) adhérent(e) reconnu(e) médicalement comme étant en phase terminale, c'est-à-dire dont l'espérance de vie est de 6 mois ou moins. Notre régime doit vous fournir une liste de centres de soins palliatifs dans votre région géographique. Si vous choisissez les soins palliatifs et continuez à payer les primes, vous restez adhérent(e) de notre régime. Vous pouvez toujours bénéficier de tous les services médicalement nécessaires ainsi que des prestations supplémentaires que nous offrons.

Séjour à l'hôpital, hospitalisation – Lorsque vous êtes officiellement admis(e) à l'hôpital pour y recevoir des services médicaux spécialisés. Même si vous passez la nuit à l'hôpital, vous pouvez être considéré(e) comme un(e) patient(e) en soins ambulatoires.

Montant d'ajustement mensuel lié au revenu (« IRMAA ») – Si votre revenu brut ajusté modifié, tel que déclaré dans votre déclaration d'impôt à l'IRS d'il y a 2 ans, est supérieur à un certain montant, vous paierez le montant de la prime standard et un montant d'ajustement mensuel lié au revenu, également connu sous le nom d'IRMAA. L'IRMAA est un frais supplémentaire ajouté à votre prime. Comme moins de 5% des bénéficiaires de Medicare sont concernés, la plupart d'entre eux ne paieront pas de prime plus élevée.

Palier de la couverture initiale – Ce palier correspond à la période avant que les frais à votre charge pour l'année n'atteignent le montant seuil.

Période d'adhésion initiale – Période au cours de laquelle vous pouvez adhérer à Medicare Part A et Part B. Si vous êtes éligible à Medicare une fois parce que vous avez atteint l'âge de 65 ans, votre période d'adhésion initiale est la période de 7 mois qui commence 3 mois avant le mois de votre 65^e anniversaire, inclut le mois de votre 65^e anniversaire et se termine 3 mois après le mois de votre 65^e anniversaire.

D-SNP intégrés – Un D-SNP qui prend en charge à la fois les services de Medicare et la plupart ou tous les services de Medicaid sous un seul régime de soins de santé, destiné à certains groupes de personnes éligibles aux deux programmes. Ces personnes sont également connues sous le nom de « personnes à double éligibilité bénéficiant de l'intégralité des prestations ».

Grief intégré – Type de plainte que vous déposez à l'encontre de notre régime, des prestataires ou des pharmacies, y compris une plainte concernant la qualité de vos soins. Cela ne concerne pas les litiges relatifs à la couverture ou au paiement.

Biosimilaire interchangeable – Un biosimilaire qui peut être substitué à un produit biosimilaire d'origine en pharmacie sans nécessiter une nouvelle ordonnance, car il remplit des critères supplémentaires permettant une substitution automatique. La substitution automatique en pharmacie dépend des lois de l'État.

Liste des médicaments couverts (Liste des médicaments remboursables ou Liste des médicaments) – Liste des médicaments sur ordonnance couverts par notre régime.

Low-Income Subsidy (Subvention pour les personnes à faible revenu, « LIS ») – Consultez la section sur l'Extra Help.

Programme de remise des fabricants – Programme selon lequel les fabricants de médicaments contribuent à la prise en charge par notre régime d'une partie du coût total des médicaments de marque et des biologiques relevant de la Partie D. Les remises sont basées sur des accords entre le gouvernement fédéral et les fabricants de médicaments.

Chapitre 12 : Définitions

Montant maximal de contribution – Le montant maximum que vous payez de votre poche au cours de l'année civile pour les services couverts de la Partie A et de la Partie B. Les montants que vous payez pour les primes de notre régime, les primes de Medicare Part A et Part B, ainsi que pour les médicaments sur ordonnance ne sont pas pris en compte dans le calcul du montant maximal de contribution. Si vous êtes éligible à l'aide au partage des coûts de Medicare dans le cadre de Medicaid, vous n'aurez aucuns frais à votre charge à concurrence du montant maximal de contribution pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B. (**Remarque :** Nos adhérents bénéficiant également de l'aide de Medicaid, très peu d'entre eux atteignent ce montant maximal de contribution.)

Medicaid (ou Medical Assistance) – Programme conjoint du gouvernement fédéral et des États qui prend en charge les frais médicaux de certaines personnes ayant de faibles revenus et des ressources limitées. Les programmes Medicaid varient d'un État à l'autre, mais la plupart des frais de santé sont couverts si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier à la fois de Medicare et de Medicaid.

Indication médicalement acceptée – Désigne un usage d'un médicament qui est soit approuvé par la FDA, soit soutenu par des sources fiables comme l'American Hospital Formulary Service Drug Information et le DRUGDEX Information System de Micromedex.

Médicalement nécessaire – Services, fournitures ou médicaments nécessaires à la prévention, au diagnostic ou au traitement de affection médicale et répondant aux normes acceptées de la pratique médicale.

Medicare – Programme fédéral d'assurance maladie destiné aux personnes âgées de 65 ans ou plus, aux personnes de moins de 65 ans présentant certains handicaps et aux personnes atteintes d'insuffisance rénale au stade terminal (généralement celles qui souffrent d'une insuffisance rénale permanente et qui ont besoin d'une dialyse ou d'une greffe de rein).

Période d'adhésion ouverte à Medicare Advantage – Période allant du 1^{er} janvier au 31 mars au cours de laquelle les adhérents d'un régime Medicare Advantage peuvent annuler leur adhésion et passer à un autre régime Medicare Advantage ou obtenir une couverture dans le cadre du régime Original Medicare. Si vous choisissez de passer à Original Medicare au cours de cette période, vous pouvez également vous affilier à un régime séparé de prise en charge des médicaments sur ordonnance de Medicare à ce moment-là. La période d'adhésion ouverte à Medicare Advantage est également disponible pendant une période de 3 mois après qu'une personne devient éligible pour la première fois à Medicare.

Régime Medicare Advantage (« MA ») – (parfois appelé Medicare Part C). Il s'agit d'un régime proposé par une société privée qui passe un contrat avec Medicare pour vous fournir toutes les prestations de Medicare Part A et Part B. Un plan Medicare Advantage peut être i) un HMO, ii) une PPO, iii) un régime privé de paiement à l'acte (« PFFS ») ou iv) un régime de compte d'épargne médicale (« MSA ») de Medicare. Outre le choix de ces types de régimes, un régime HMO ou PPO de Medicare Advantage peut également être un régime Special Needs (« SNP »). Dans la plupart des cas, les régimes Medicare Advantage proposent également Medicare Part D (couverture des médicaments sur ordonnance). Ces régimes sont appelés « **régimes Medicare Advantage avec couverture des médicaments sur ordonnance** ».

Services couverts par Medicare – Services couverts relevant de Medicare Part A et Part B. Tous les régimes de soins de santé Medicare doivent couvrir tous les services couverts par Medicare Part A et Part B. L'expression « Services couverts par Medicare » ne comprend pas les prestations supplémentaires, telles que les prestations de santé visuelles, dentaires ou auditives, qu'un régime Medicare Advantage peut offrir.

Régime de soins de santé Medicare – Régime de soins de santé Medicare proposé par une société privée qui passe un contrat avec Medicare pour fournir des prestations relevant de la Partie A et de la Partie B aux personnes bénéficiant de Medicare qui adhèrent à notre régime. Ce terme englobe tous les régimes Medicare

Chapitre 12 : Définitions

Avantage, les régimes Medicare Cost, les régimes Special Needs, les programmes de démonstration/pilotes et les programmes de soins tout compris pour les personnes âgées (« PACE »).

Couverture des médicaments sur ordonnance (Medicare Part D) – Assurance permettant de payer les médicaments sur ordonnance, les vaccins, les biomédicaments et certaines fournitures destinés aux patients non hospitalisés qui ne sont pas couverts par Medicare Part A ou Part B.

Police Medigap (Assurance complémentaire Medicare) – Assurance complémentaire Medicare vendue par des compagnies d'assurance privées pour combler les lacunes d'Original Medicare. Les polices Medigap ne peuvent être souscrites qu'avec Original Medicare. (Un régime Medicare Advantage n'est pas une police Medigap.)

Adhérent(e) (adhérent[e] de notre régime ou adhérent[e] du régime) – Personne bénéficiant de Medicare pouvant prétendre à des services couverts, qui s'est affiliée à notre régime et dont l'adhésion a été confirmée par les Centers for Medicare & Medicaid Services (« CMS »).

Services aux adhérents – Service de notre régime chargé de répondre à vos questions concernant votre affiliation, vos prestations, vos griefs et vos recours.

Pharmacie du réseau – Pharmacie sous contrat avec notre régime où les adhérents de notre régime peuvent obtenir leurs médicaments sur ordonnance. Dans la plupart des cas, vos ordonnances ne sont couvertes que si elles sont délivrées dans l'une des pharmacies de notre réseau.

Prestataires du réseau – Le terme « prestataire » désigne les médecins, les autres professionnels de santé, les hôpitaux et autres établissements de soins qui sont autorisés ou agréés par Medicare et par l'État pour fournir des services de soins de santé. **Les prestataires du réseau** ont un accord avec notre régime pour accepter notre paiement comme paiement intégral et, dans certains cas, pour coordonner et fournir des services couverts aux adhérents de notre régime. Les prestataires du réseau sont également appelés « **prestataires du régime** ».

Détermination de l'organisme – Décision prise par notre régime pour déterminer si des articles ou des services sont couverts ou combien vous devez payer pour des articles ou des services couverts. Les déterminations de l'organisme sont appelées « décisions de couverture » dans le présent document.

Produit biologique d'origine – Un produit biologique approuvé par la FDA qui sert de référence pour les fabricants souhaitant développer une version biosimilaire. Il est également appelé produit de référence.

Original Medicare (« Medicare traditionnel » ou « Medicare à l'acte ») – Original Medicare est un régime public et non un régime privé de soins de santé comme les régimes Medicare Advantage et les régimes de prise en charge des médicaments sur ordonnance. Dans le cadre d'Original Medicare, les services Medicare sont couverts par le versement aux médecins, aux hôpitaux et aux autres prestataires de soins de santé de montants fixés par le Congrès. Vous pouvez consulter n'importe quel médecin, hôpital ou autre prestataire de soins de santé qui accepte Medicare. Vous devez payer la franchise. Medicare paie sa part du montant approuvé par Medicare, et vous payez votre part. Original Medicare comporte 2 parties : Partie A (assurance hospitalisation) et Partie B (assurance maladie) et est disponible partout aux États-Unis.

Pharmacie hors réseau – Pharmacie qui n'a pas de contrat avec notre régime pour coordonner ou fournir des médicaments couverts aux adhérents de notre régime. La plupart des médicaments obtenus auprès de pharmacies hors réseau ne sont pas couverts par notre régime, à moins que certaines conditions ne s'appliquent.

Prestataire hors réseau ou établissement hors réseau – Prestataire ou établissement qui n'a pas de contrat avec notre régime pour coordonner ou fournir des services couverts aux adhérents de notre régime. Les prestataires hors réseau ne sont pas employés, détenus ou gérés par notre régime.

Chapitre 12 : Définitions

Frais à votre charge – Consultez la définition du partage des coûts ci-dessus. La participation aux coûts exigée d'un(e) adhérent(e) pour payer une partie des services ou des médicaments reçus est également appelée dépenses non remboursées de l'adhérent.

Seuil de frais à votre charge – Montant maximum des frais à votre charge pour les médicaments relevant de la Partie D.

Régime PACE – Le régime PACE (Programme de soins tout compris pour les personnes âgées) combine des services médicaux, sociaux et de longue durée (« LTSS ») pour les personnes fragiles afin de les aider à rester indépendantes et à vivre au sein de leur communauté (au lieu de déménager dans un établissement de soins pour personnes âgées) le plus longtemps possible. Les personnes affiliées aux régimes PACE bénéficient à la fois de leurs prestations Medicare et Medicaid par l'intermédiaire de notre régime.

Partie C – Consultez « régime Medicare Advantage (« MA ») ».

Partie D – Le programme Medicare de remboursement des médicaments sur ordonnance sur une base volontaire.

Médicaments de la Partie D – Médicaments qui peuvent être couverts par la Partie D. Nous pouvons ou non proposer tous les médicaments relevant de la Partie D. Certaines catégories de médicaments ont été exclues de la couverture de la Partie D par le Congrès. Certaines catégories de médicaments de la Partie D doivent être couvertes par tous les régimes.

Pénalité pour adhésion tardive à la Partie D – Montant ajouté à votre prime mensuelle du régime pour la couverture des médicaments Medicare si vous êtes resté(e) 63 jours ou plus d'affilée sans couverture donnant droit à une indemnisation (couverture qui est censée payer, en moyenne, au moins autant que la couverture standard des médicaments de Medicare) après avoir été éligible à un régime relevant de la Partie D. Si vous perdez le bénéfice de l'Extra Help, vous pouvez être soumis(e) à la pénalité pour adhésion tardive si vous restez 63 jours ou plus d'affilée sans couverture de la Partie D ou autre couverture des médicaments donnant droit à une indemnisation.

Prime – Paiement périodique à Medicare, à une compagnie d'assurance ou à un régime de soins de santé pour une couverture santé ou une couverture des médicaments sur ordonnance.

prestataire de soins primaires (« PCP ») – Le médecin ou autre prestataire que vous consultez en premier lieu pour la plupart des problèmes de santé. Dans de nombreux régimes de soins de santé Medicare, vous devez consulter votre prestataire de soins primaires avant de voir tout autre prestataire de soins de santé.

Autorisation préalable – Approbation à l'avance pour obtenir des services ou certains médicaments. Les services couverts nécessitant une autorisation préalable sont indiqués dans le Tableau des prestations médicales au Chapitre 4. De même, les médicaments couverts soumis à autorisation préalable sont signalés dans la Liste des médicaments remboursables. Nos critères sont disponibles sur notre site Web.

Prothèses et orthèses – Dispositifs médicaux comprenant notamment les attelles pour les bras, les corsets, les minerves, les membres artificiels, les yeux artificiels et les dispositifs nécessaires au remplacement d'une partie ou d'une fonction interne du corps, y compris les fournitures pour stomies et les thérapies de nutrition entérale et parentérale.

Quality Improvement Organization (Organisation d'amélioration de la qualité, « QIO ») – Groupe de médecins praticiens et d'autres experts en soins de santé rémunérés par le gouvernement fédéral pour vérifier et améliorer les soins dispensés aux patients de Medicare.

Chapitre 12 : Définitions

Limites de quantité – Outil de gestion conçu pour limiter l'utilisation d'un médicament pour des raisons de qualité, de sécurité ou d'utilisation. Les limites peuvent porter sur la quantité de médicaments que nous couvrons par ordonnance ou pour une période définie.

Real-Time Benefit Tool (Outil de prestations en temps réel) – Portail ou application informatique permettant aux affiliés de consulter des informations complètes, précises, opportunes, cliniquement appropriées et spécifiques à l'affilié sur la liste des médicaments remboursables et les prestations. Cela inclut les montants de participation aux coûts, les médicaments de substitution figurant sur la liste des médicaments remboursables qui peuvent être utilisés pour le même problème de santé qu'un médicament donné et les restrictions de couverture (autorisation préalable, traitement par étapes, limites de quantité) qui s'appliquent aux médicaments de substitution.

Services de réadaptation – Ces services comprennent les soins de réadaptation en milieu hospitalier, la physiothérapie (ambulatoire), l'orthophonie et l'ergothérapie.

Zone de service – Zone géographique dans laquelle vous devez vivre pour adhérer à un régime de soins de santé particulier. Pour les régimes qui limitent les médecins et les hôpitaux que vous pouvez consulter, il s'agit généralement de la zone où vous pouvez obtenir des services de routine (non urgents). Notre régime doit vous désaffilier si vous quittez définitivement la zone de service de notre régime.

Soins en établissement de soins infirmiers qualifiés (« SNF ») – Soins infirmiers qualifiés et services de réadaptation fournis de manière continue et quotidienne dans un établissement de soins infirmiers qualifiés. Il peut s'agir par exemple de physiothérapie ou d'injections intraveineuses qui ne peuvent être effectuées que par un infirmier ou un médecin.

Régime Special Needs (pour besoins spéciaux) – Type particulier de régime Medicare Advantage qui fournit des soins de santé plus ciblés à des groupes spécifiques de personnes, telles que celles qui bénéficient à la fois de Medicare et de Medicaid, qui résident dans un établissement de soins pour personnes âgées ou qui souffrent de certaines affections médicales chroniques.

Traitement par étapes – Outil de gestion de l'utilisation qui exige que vous essayiez d'abord un autre médicament pour traiter votre affection médicale avant que nous ne prenions en charge le médicament que votre médecin vous a prescrit au départ.

Revenu de sécurité additionnel (« SSI ») – Prestation mensuelle versée par la Sécurité sociale aux personnes ayant des revenus et des ressources limités, qui sont en situation de handicap, aveugles ou âgées de 65 ans et plus. Les prestations SSI ne sont pas les mêmes que les prestations de la Sécurité sociale.

Services d'urgence – Un service pris en charge par le régime nécessitant une attention médicale immédiate, mais qui ne constitue pas une urgence est considéré comme un service d'urgence si vous vous trouvez temporairement en dehors de la zone de service de notre régime ou s'il est déraisonnable compte tenu du temps, du lieu ou des circonstances, de le recevoir auprès de prestataires du réseau. Parmi ces services d'urgence, on peut citer des maladies imprévues, des blessures soudaines ou des aggravations inattendues d'affections existantes. Les consultations de routine médicalement nécessaires chez un prestataire (comme les bilans de santé annuels) ne sont pas considérées comme des besoins urgents, même si vous vous trouvez en dehors de la zone de service de notre régime ou si le réseau de notre régime est temporairement indisponible.

**Informations supplémentaires importantes sur les soins
de santé et les ressources pour les adhérents**

- Avis de disponibilité (« NOA ») – Services d'assistance linguistique
- Avis sur les pratiques en matière de protection de la vie privée (« 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者。

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 aksèsib 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. פאַסיקע 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 libreng 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 Deitsch 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を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፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه دهنده 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 ઓફિસવરી 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

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क 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 ឥតគិតថ្លៃក៏មានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သ့ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီၣ်ကျိၣ် အဃိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲနလံာ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပှၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် 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 n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ̀ èdè ọ̀fẹ̀ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ̀ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́fẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbé tó wà ní ẹ̀yìn káàdì idánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக்கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiniłti', t'áá jii'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáál nihá kée' hólq. T'áá ajilii íiyisi át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodoonígíí biniiyé t'áá jíik'eh nihá kée' hólq Member Services béesh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleet ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipéh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

AVIS SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

LE PRÉSENT AVIS DÉCRIT COMMENT LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉS ET DIVULGUÉS ET COMMENT VOUS POUVEZ AVOIR ACCÈS À CES RENSEIGNEMENTS. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT.

Le présent Avis décrit les pratiques en matière de protection de la vie privée des régimes de santé affiliés à Molina Healthcare (désignés ci-après par « **Molina** », « **nous** » ou « **nos** »). Nous utilisons et partageons des renseignements sur la santé protégés (« **PHI** ») vous concernant afin de vous fournir des prestations de santé en tant qu'adhérent(e) de Molina. Nous utilisons et partageons vos PHI pour effectuer le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé. Nous utilisons et partageons également vos PHI à d'autres fins, dans la mesure où la loi l'autorise et l'exige. Nous avons le devoir de préserver la confidentialité de vos renseignements sur la santé et de respecter les conditions du présent Avis. La date d'entrée en vigueur du présent Avis est le 1^{er} janvier, 2026.

Les PHI sont des renseignements sur la santé qui comprennent votre nom, votre numéro d'adhérent ou d'autres identifiants, et qui sont utilisés ou partagés par nous. Les PHI comprennent les renseignements sur la santé relatifs aux troubles liés à l'usage de substances ainsi que les informations biométriques (comme une empreinte vocale).

Pourquoi utilisons-nous ou partageons-nous vos PHI ?

Nous utilisons ou partageons vos PHI pour vous fournir des prestations de soins de santé. Vos PHI sont également utilisés ou partagés à des fins de traitement, de paiement et d'opérations de soins de santé.

Pour le traitement

Nous pouvons utiliser ou partager vos PHI pour vous fournir des soins médicaux ou les organiser. Ce traitement comprend également les échanges entre vos médecins ou d'autres prestataires de soins de santé. Par exemple, nous pouvons partager des données sur votre état de santé avec un spécialiste. Cela permet au spécialiste de parler de votre traitement avec votre médecin.

Pour le paiement

Nous pouvons utiliser ou partager des PHI pour prendre des décisions en matière de paiement. Il peut s'agir de demandes de remboursement, d'approbations de traitement et de décisions concernant les besoins médicaux. Votre nom, votre état de santé, votre traitement et les fournitures données peuvent figurer sur la facture. Par exemple, nous pouvons faire savoir à un médecin que vous bénéficiez de nos prestations. Nous lui indiquerons également le montant de la facture que nous prendrons en charge.

Pour les opérations de soins de santé

Nous pouvons utiliser ou partager des PHI vous concernant pour gérer notre/nos régime(s) de soins de santé. Par exemple, nous pouvons utiliser les informations contenues dans votre demande de remboursement pour vous informer d'un programme de santé qui pourrait vous aider. Nous pouvons également utiliser ou partager vos PHI pour résoudre vos problèmes. Vos PHI peuvent également être utilisés pour s'assurer que les demandes de remboursement sont réglées correctement.

Les opérations de soins de santé impliquent de nombreux besoins opérationnels quotidiens. Cela comprend notamment les éléments suivants :

- l'amélioration de la qualité ;
- les actions menées dans le cadre de programmes de santé pour aider les adhérents souffrant de certaines affections (comme l'asthme) ;
- la réalisation ou l'organisation d'un examen médical ;
- des services juridiques, y compris des programmes de détection et de poursuite des fraudes et des abus ;
- des actions visant à nous aider à respecter les lois ;
- répondre aux besoins des adhérents, y compris résoudre les plaintes et les griefs.

Nous partagerons vos PHI à d'autres sociétés (« **associés commerciaux** ») qui effectuent différents types d'activités pour notre/nos régime(s) de soins de santé. Nous pouvons également utiliser vos PHI pour vous rappeler vos rendez-vous. Nous pouvons utiliser vos PHI pour vous donner des informations sur d'autres traitements ou d'autres prestations et services liés à la santé.

Quand peut-on utiliser ou partager vos PHI sans obtenir votre autorisation (approbation) par écrit ?

Outre le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé, la loi autorise ou exige que Molina utilise et partage vos PHI à plusieurs autres fins, notamment les suivantes :

Exigences légales

Nous utiliserons ou partagerons vos renseignements comme l'exige la loi. Nous partagerons vos PHI lorsque le secrétaire du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, « HHS ») l'exigera. Cela peut être dans le cadre d'une procédure judiciaire ou d'un autre examen juridique, ou à des fins d'application de la loi.

Santé publique

Vos PHI peuvent être utilisés ou communiqués dans le cadre d'activités de santé publique. Il peut s'agir d'aider les organismes de santé publique à prévenir ou à lutter contre les maladies.

Supervision des soins de santé

Vos PHI peuvent être utilisés par des agences gouvernementales ou communiqués à celles-ci. Elles peuvent avoir besoin de vos PHI pour des audits.

Recherche

Vos PHI peuvent être utilisés ou communiqués à des fins de recherche dans certains cas, par exemple en cas d'approbation par un comité de protection de la vie privée ou des personnes.

Procédures judiciaires ou administratives

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés dans le cadre d'une procédure judiciaire, par exemple en réponse à une décision de justice.

Application de la loi

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés à la police à des fins d'application de la loi, par exemple pour aider à trouver un suspect, un témoin ou une personne disparue.

Santé et sécurité

Vos PHI peuvent être partagés afin de prévenir une menace grave et imminente pour la santé ou la sécurité publique/d'une personne.

Fonctions gouvernementales

Vos PHI peuvent être partagés au gouvernement dans le cadre de fonctions spéciales. Par exemple, pour assurer la protection du Président.

Victimes d'abus, de négligence ou de violence domestique

Vos PHI peuvent être partagés avec les autorités légales si nous pensons qu'une personne est victime d'abus ou de négligence.

Indemnisations des accidentés du travail

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés afin de nous conformer aux lois sur l'indemnisation des accidentés du travail.

Autres divulgations

Vos PHI peuvent être partagés à des entreprises de pompes funèbres ou à des médecins légistes afin de les aider à faire leur travail.

Restrictions supplémentaires relatives à l'utilisation et à la divulgation.

Certaines lois fédérales et nationales peuvent exiger des protections spéciales de la vie privée qui limitent l'utilisation et la divulgation de certains types de renseignements sur la santé. Ces lois peuvent protéger les types de renseignements suivants : troubles liés à la consommation d'alcool et de substances, informations biométriques, maltraitance ou négligence infligée aux enfants ou aux adultes (y compris les agressions sexuelles), maladies transmissibles, informations génétiques, VIH/SIDA, santé mentale, informations relatives aux mineurs, ordonnances, santé reproductive et maladies sexuellement transmissibles. Nous respecterons la loi la plus stricte, dans les cas où elle s'applique à nous.

Informations sur les troubles liés à l'usage de substances (« SUD »). Bien que nous ne soyons pas un programme de traitement des troubles liés à l'usage de substances en vertu de la loi fédérale (un « programme de traitement des SUD »), nous pouvons recevoir des informations vous concernant d'un programme de traitement des SUD. Nous ne pouvons pas divulguer les informations relatives aux SUD pour une utilisation dans une procédure civile, pénale, administrative ou législative à votre encontre, sauf si nous disposons de i) votre consentement écrit, ou ii) d'une ordonnance du tribunal accompagnée d'une citation à comparaître ou d'une autre exigence légale imposant la divulgation, émise après que vous et nous avons reçu un avis et avons eu la possibilité d'être entendus.

Quand avons-nous besoin de votre autorisation (approbation) par écrit pour utiliser ou partager vos PHI ?

Nous avons besoin de votre autorisation par écrit pour utiliser ou partager vos PHI à des fins autres que celles énumérées dans le présent Avis. Nous avons besoin de votre autorisation avant de divulguer vos PHI dans les cas suivants : 1) la plupart des utilisations et divulgations de notes de psychothérapie ; 2) les utilisations et divulgations à des fins de marketing ; et 3) les utilisations et divulgations qui impliquent la vente de PHI. Vous pouvez annuler une autorisation écrite que vous nous avez accordée. Votre annulation ne s'appliquera pas aux actions déjà entreprises de notre part en raison de l'autorisation que vous nous avez déjà donnée.

Quels sont vos droits concernant les renseignements sur la santé ?

Vous avez le droit de :

- **Demander des restrictions à l'utilisation ou à la divulgation des PHI (partage de vos PHI)**

Vous pouvez nous demander de ne pas partager vos PHI dans le cadre d'un traitement, d'un paiement ou d'opérations de soins de santé. Vous pouvez également nous demander de ne pas partager vos PHI avec votre famille, avec vos amis ou avec d'autres personnes de votre choix qui sont impliquées dans vos soins de santé. Toutefois, nous ne sommes pas tenus d'accéder à votre demande. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

- **Demander la communication confidentielle de PHI**

Vous pouvez demander à Molina de vous fournir vos PHI d'une certaine manière ou à un certain endroit afin de préserver la confidentialité de vos PHI. Nous donnerons suite aux demandes raisonnables, si vous nous expliquez comment la communication de la totalité ou d'une partie de ces PHI pourrait mettre votre vie en danger. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

- **Consulter et copier vos PHI**

Vous avez le droit de consulter et d'obtenir une copie des PHI que nous détenons à votre sujet. Il peut s'agir de dossiers utilisés pour prendre des décisions en matière de couverture, de demandes de remboursement et d'autres décisions en tant qu'adhérent(e) de Molina. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande. Nous pouvons vous facturer des frais raisonnables de copie et d'envoi des dossiers. Dans certains cas, nous pouvons refuser la demande.

Remarque importante : Nous ne disposons pas de copies complètes de vos dossiers médicaux. Si vous souhaitez consulter, obtenir une copie ou modifier vos dossiers médicaux, veuillez contacter votre médecin ou votre clinique.

- **Modifier vos PHI**

Vous pouvez nous demander de modifier (changer) vos PHI. Cela ne concerne que les dossiers que nous conservons à votre sujet en tant qu'adhérent(e). Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande. Vous pouvez déposer une lettre de contestation si nous refusons votre demande.

- **Recevoir un compte rendu des divulgations de PHI (partage de vos PHI)**

Vous pouvez nous demander de vous fournir une liste de certaines parties avec lesquelles nous avons partagé vos PHI au cours des six années précédant la date de votre demande. La liste ne comprendra pas les PHI partagés comme suit :

- dans le cadre d'un traitement médical, de remboursements et pour les opérations de soins de santé ;
- à des personnes au sujet de leurs propres PHI ;
- communication effectuée avec votre autorisation ;
- dans le cadre d'une utilisation ou d'une divulgation par ailleurs autorisée ou requise en vertu de la législation en vigueur ;
- les PHI divulgués dans l'intérêt de la sécurité nationale ou à des fins de renseignement ; ou
- dans le cadre d'un ensemble limité de données conformément à la législation en vigueur.

Nous facturerons une somme raisonnable pour chaque liste si vous demandez cette liste plus d'une fois au cours d'une période de 12 mois. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

Vous pouvez faire l'une des demandes énumérées ci-dessus ou obtenir une copie papier du présent Avis. Veuillez appeler notre département des Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d'appeler le 711.

Que pouvez-vous faire si vos droits n'ont pas été protégés ?

Vous pouvez déposer une plainte auprès de nous et du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) si vous estimez que vos droits à la vie privée ont été violés. Nous ne prendrons aucune mesure à votre encontre pour avoir déposé une plainte. Vos soins et prestations ne seront en aucun cas modifiés.

Vous pouvez déposer une plainte en nous contactant à l'adresse suivante :

Appelez les Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d'appeler le 711. Ou écrivez-nous à l'adresse suivante :

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

Vous pouvez déposer une plainte auprès du Secretary du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis) à l'adresse suivante :

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)

Quelles sont nos obligations ?

Nous sommes tenus de :

- préserver la confidentialité de vos PHI ;
- vous fournir des informations écrites, comme les présentes, sur nos obligations et nos pratiques en matière de protection de la vie privée concernant vos PHI ;
- vous fournir un avis en cas de violation de vos PHI non sécurisés ;
- ne pas utiliser ni divulguer vos données génétiques à des fins de souscription ;
- respecter les conditions du présent Avis.

Le présent Avis est susceptible d'être modifié

Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques en matière d'informations ainsi que les dispositions du présent Avis à tout moment. Le cas échéant, les nouvelles conditions et pratiques s'appliqueront alors à toutes les PHI que nous conservons. Si nous apportons des modifications

importantes, nous publierons l’Avis révisé sur notre site Web et enverrons l’Avis révisé, ou les informations sur les modifications importantes et sur la manière d’obtenir l’Avis révisé, dans notre prochain envoi annuel à nos adhérents alors couverts par notre régime. Le présent Avis est disponible sur notre site Web à l’adresse www.molinahealthcare.com.

Informations de contact

Pour toute question concernant le présent Avis, veuillez nous contacter.

Appelez notre département des Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d’adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d’appeler le 711. Ou écrivez à l’adresse suivante : Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Vous pouvez obtenir ce document gratuitement dans d’autres formats, par exemple en gros caractères, en braille ou en version audio. Appelez le (855) 882-3901, TTY/TDD : 711, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m.(heure locale). L’appel est gratuit.

Services aux adhérents de Senior Whole Health of New York NHC

Méthode	Services aux adhérents – Informations de contact
PAR TÉLÉPHONE	<p>(833) 671-0440</p> <p>Les appels vers ce numéro sont gratuits. Les heures d'ouverture sont de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 du 1^{er} octobre au 31 mars, et du 1^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale).</p> <p>Les Services aux adhérents, joignables au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711), disposent également de services d'interprétation gratuits pour les personnes ne parlant pas anglais.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Ce numéro nécessite un équipement téléphonique spécial et est réservé aux personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler.</p> <p>Les appels vers ce numéro sont gratuits. Les heures d'ouverture sont de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 du 1^{er} octobre au 31 mars, et du 1^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale).</p>
FAX	(310) 507-6186
PAR ÉCRIT	<p>Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802</p>
SITE WEB	SWHNY.com

Le Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (« HIICAP ») (le **SHIP** de l'État de New York) est un programme de l'État qui reçoit des fonds du gouvernement fédéral pour offrir des conseils gratuits en matière d'assurance maladie aux personnes bénéficiant de Medicare.

Méthode	Informations de contact
PAR TÉLÉPHONE	<p>(800) 701-0501</p> <p>Du lundi au vendredi, de 8:30 a.m. à 5 p.m. (heure locale).</p>
PAR ÉCRIT	<p>New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251</p>
SITE WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Déclaration relative au PRA. Conformément au Paperwork Reduction Act de 1995, personne n'est tenu de répondre à une collecte d'informations si celle-ci n'affiche pas un numéro de contrôle de l'OMB valide. Le numéro de contrôle de l'OMB valide pour cette collecte d'informations est 0938-1051. Si vous avez des commentaires ou des suggestions pour améliorer ce formulaire, écrivez à l'adresse suivante : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.