

2026

Warunki ubezpieczenia

Senior Whole Health of New York NHC

(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

Obowiązuje od 1 stycznia do 31 grudnia 2026 r.

1 stycznia – 31 grudnia 2026 r.

Warunki ubezpieczenia na rok 2026:

Świadczenia i usługi zdrowotne oraz ubezpieczenie leków w ramach Medicare dla Państwa planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Dokument ten zawiera szczegółowy opis ubezpieczenia oraz refundacji leków w ramach Medicare w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2026 r. **Jest to ważny dokument prawny. Należy go przechowywać w bezpiecznym miejscu.**

W dokumencie tym wyjaśniono świadczenia i prawa ubezpieczonych. Dokument ten pozwoli zrozumieć następujące kwestie:

- składka w ramach planu i udział w kosztach
- nasze świadczenia medyczne i na leki
- jak złożyć skargę w przypadku niezadowolenia z usługi albo leczenia
- jak się z nami skontaktować
- inne zabezpieczenia wymagane na mocy przepisów prawa dotyczących Medicare

W przypadku pytań dotyczących tego dokumentu należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440. (Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Godziny pracy od 1 października do 31 marca: od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego, 7 dni w tygodniu. Od 1 kwietnia do 30 września od poniedziałku do piątku w godzinach od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Połączenie jest bezpłatne.

Ten plan, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest oferowany przez Senior Whole Health of New York, Inc. (Kiedy w niniejszych *Warunkach ubezpieczenia* używane są słowa takie jak „my”, „nas”, „nasze” odnoszą się one do Senior Whole Health of New York, Inc. Słowa „plan” albo „nasz plan” odnoszą się do Senior Whole Health of New York NHC [HMO D-SNP].)

Molina Healthcare to plan C-SNP, D-SNP i HMO oferowany w ramach umowy z programem Medicare. Plany D-SNP zawarły umowę ze stanowym programem Medicaid. Rejestracja zależy od przedłużenia umowy.

Senior Whole Health przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje nikogo ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, płeć, wiek, niepełnosprawność umysłową lub fizyczną, stan zdrowia, korzystanie z opieki zdrowotnej, historię dotyczącą składania roszczeń, historię medyczną, informacje genetyczne, potwierdzenie zdolności do ubezpieczenia, lokalizację geograficzną.

Niniejszy dokument jest dostępny bezpłatnie w języku hiszpańskim, chińskim, arabskim, koreańskim, rosyjskim, włoskim, francuskim, kreolskim francuskim, jidysz, polskim, tagalskim, bengalskim, albańskim, greckim i urdu.

Ten dokument można otrzymać bezpłatnie w innych językach i formatach np. wydrukowany dużą czcionką, w alfabecie Braille’a lub w formacie dźwiękowym. Należy zadzwonić pod numer (833) 671-0440, (TTY: 711). Połączenie jest bezpłatne.

Świadczenia mogą ulec zmianie z dniem 1 stycznia 2027 r.

Receptariusz, sieć aptek lub sieć świadczeniodawców może zmienić się w dowolnym momencie. Zostaną Państwo powiadomieni o wszelkich zmianach, które mogą Państwa dotyczyć, z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem.

Spis treści**Spis treści**

ROZDZIAŁ 1:	Informacje dla nowych członków	4
CZĘŚĆ 1	Są Państwo członkami planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).....	4
CZĘŚĆ 2	Kryteria kwalifikacyjne planu	5
CZĘŚĆ 3	Ważne materiały dotyczące członkostwa	7
CZĘŚĆ 4	Podsumowanie ważnych kosztów	9
CZĘŚĆ 5	Więcej informacji o miesięcznej składce w ramach planu	13
CZĘŚĆ 6	Dbanie o aktualność danych dotyczących członkostwa w planie	14
CZĘŚĆ 7	Jak inne ubezpieczenia współdziałają z naszym planem.....	15
ROZDZIAŁ 2:	Numery telefonów i źródła informacji	17
CZĘŚĆ 1	Dane kontaktowe Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	17
CZĘŚĆ 2	Uzyskiwanie pomocy w ramach Medicare	20
CZĘŚĆ 3	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	21
CZĘŚĆ 4	Organizacja Poprawy Jakości (QIO)	22
CZĘŚĆ 5	Urząd Ubezpieczeń Społecznych	22
CZĘŚĆ 6	Medicaid	23
CZĘŚĆ 7	Programy pomocy w płaceniu za leki na receptę	26
CZĘŚĆ 8	Urząd Emerytur Kolejowych (Railroad Retirement Board, RRB)	29
CZĘŚĆ 9	Jeśli posiadają Państwo ubezpieczenie grupowe albo inne ubezpieczenie zdrowotne zapewnione przez pracodawcę	30
ROZDZIAŁ 3:	Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem	31
CZĘŚĆ 1	Jak uzyskać opiekę medyczną i inne usługi w ramach naszego planu	31
CZĘŚĆ 2	Obowiązek uzyskiwania opieki medycznej i innych usług od świadczeniodawców należących do sieci planu	33
CZĘŚĆ 3	Jak korzystać z usług w nagłych przypadkach, w przypadku klęski żywiołowej albo gdy opieka jest pilnie potrzebna	37
CZĘŚĆ 4	Co zrobić, jeśli zostaną Państwo obciążeni bezpośrednio pełnym kosztem usług objętych ubezpieczeniem?	39
CZĘŚĆ 5	Usługi medyczne podczas udziału w badaniu klinicznym.....	40
CZĘŚĆ 6	Zasady uzyskiwania opieki w religijnej niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej.....	41
CZĘŚĆ 7	Zasady dotyczące własności trwałego sprzętu medycznego	42
ROZDZIAŁ 4:	Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)	44
CZĘŚĆ 1	Informacje dotyczące usług objętych ubezpieczeniem	44
CZĘŚĆ 2	W Tabeli świadczeń medycznych przedstawiono świadczenia medyczne i koszty	45

Spis treści

CZĘŚĆ 3	Usługi objęte ubezpieczeniem poza planem Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	94
CZĘŚĆ 4	Usługi, które nie są pokrywane przez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ANI Medicaid	94
ROZDZIAŁ 5:	Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan.....	98
CZĘŚĆ 1	Podstawowe zasady ubezpieczenia leków przez plan w ramach Części D	98
CZĘŚĆ 2	Recepty należy realizować w należących do sieci aptekach stacjonarnych albo wysyłkowych	99
CZĘŚĆ 3	Leki muszą znajdować się w Wykazie leków obowiązującym w ramach planu	101
CZĘŚĆ 4	Leki objęte ograniczeniami w ubezpieczeniu	103
CZĘŚĆ 5	Co zrobić, gdy któryś lek nie jest objęty ubezpieczeniem zgodnie z Państwa oczekiwaniami	104
CZĘŚĆ 6	Wykaz leków może ulec zmianie w ciągu roku	107
CZĘŚĆ 7	Rodzaje leków, których nie pokrywamy	109
CZĘŚĆ 8	Jak zrealizować receptę.....	110
CZĘŚĆ 9	Ubezpieczenie leków w ramach Części D w szczególnych okolicznościach	110
CZĘŚĆ 10	Programy dotyczące bezpieczeństwa i prawidłowego przyjmowania leków	112
ROZDZIAŁ 6:	Ile płać Państwo za leki w ramach Części D	114
CZĘŚĆ 1	Ile płać Państwo za leki w ramach Części D	114
CZĘŚĆ 2	Etapy płatności za leki w przypadku członków planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	116
CZĘŚĆ 3	Zestawienie Świadczeń w ramach Części D wyjaśnia, na którym etapie płatności się Państwo znajdują	116
CZĘŚĆ 4	Etap udziału własnego.....	118
CZĘŚĆ 5	Etap początkowego ubezpieczenia	118
CZĘŚĆ 6	Etap ubezpieczenia kosztów skrajnych.....	123
CZĘŚĆ 7	Ile płać Państwo za szczepionki w ramach Części D.....	123
ROZDZIAŁ 7:	Jak zwrócić się do nas, abyśmy zapłacili naszą część rachunku za usługi medyczne albo leki objęte ubezpieczeniem	126
CZĘŚĆ 1	Sytuacje, w których powinni Państwo zwrócić się do nas o pokrycie naszej części rachunku za usługi albo leki objęte ubezpieczeniem	126
CZĘŚĆ 2	Jak zwrócić się do nas o zwrot kosztów albo zapłacenie otrzymanego rachunku	128
CZĘŚĆ 3	Rozpatrzymy Państwa wnioski o płatność pozytywnie albo negatywnie	129
ROZDZIAŁ 8:	Prawa i obowiązki członka.....	130
CZĘŚĆ 1	Nasz plan musi respektować Państwa prawa i wrażliwość kulturową	130
CZĘŚĆ 2	Obowiązki członka naszego planu	149

Spis treści

ROZDZIAŁ 9:	Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)	151
CZĘŚĆ 1	Jak zgłosić problem albo wątpliwości	151
CZĘŚĆ 2	Gdzie można uzyskać dodatkowe informacje i spersonalizowaną pomoc.....	151
CZĘŚĆ 3	Informacje dotyczące skarg i odwołań w ramach Medicare i Medicaid	152
CZĘŚĆ 4	Który proces należy zastosować w przypadku problemu	152
CZĘŚĆ 5	Poradnik dotyczący decyzji w sprawie pokrycia kosztów i odwołań	153
CZĘŚĆ 6	Opieka medyczna: Jak złożyć wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów lub odwołanie.....	156
CZĘŚĆ 7	Leki w ramach Części D: Jak złożyć wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów lub odwołanie	168
CZĘŚĆ 8	W jaki sposób zwrócić się do nas o objęcie ubezpieczeniem dłuższego pobytu w szpitalu, gdy sądzą Państwo, że lekarz wypisuje Państwa przedwcześnie.....	177
CZĘŚĆ 9	W jaki sposób zwrócić się do nas o dalsze pokrywanie kosztów określonych usług medycznych, jeżeli Państwa zdaniem pokrycie ich kosztów kończy się za wcześnie.....	181
CZĘŚĆ 10	Odwołanie 3., 4., i 5. stopnia.....	184
CZĘŚĆ 11	Jak złożyć skargę dotyczącą jakości opieki, czasów oczekiwania, obsługi klienta albo innych kwestii	187
ROZDZIAŁ 10:	Zakończenie członkostwa w planie	191
CZĘŚĆ 1	Zakończenie Państwa członkostwa w naszym planie	191
CZĘŚĆ 2	Kiedy mogą Państwo zakończyć członkostwo w naszym planie?	191
CZĘŚĆ 3	Jak zakończyć członkostwo w naszym planie	194
CZĘŚĆ 4	Aż do zakończenia członkostwa w planie należy nadal uzyskiwać artykuły medyczne, usługi medyczne i leki za pośrednictwem naszego planu	195
CZĘŚĆ 5	W określonych sytuacjach plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) musi zakończyć członkostwo w planie	196
ROZDZIAŁ 11:	Powiadomienia prawne	198
CZĘŚĆ 1	Informacja o prawie właściwym.....	198
CZĘŚĆ 2	Informacja o braku dyskryminacji.....	198
CZĘŚĆ 3	Powiadomienie o prawach subrogacji drugiego płatnika Medicare	198
ROZDZIAŁ 12:	Definicje.....	199

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

ROZDZIAŁ 1:

Informacje dla nowych członków

CZĘŚĆ 1 Są Państwo członkami planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Część 1.1 Są Państwo zarejestrowani w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), który jest planem Medicare dla osób o specjalnych potrzebach

Są Państwo objęci ubezpieczeniem w ramach Medicare oraz Medicaid:

- **Medicare** to federalny program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób w wieku od 65 lat, dla niektórych osób z niepełnosprawnościami w wieku poniżej 65 lat oraz dla osób ze schyłkową niewydolnością nerek.
- **Medicaid** to wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej osobom o ograniczonych dochodach i zasobach. Zakres ubezpieczenia Medicaid różni się w zależności od stanu i rodzaju posiadanego ubezpieczenia Medicaid. Niektóre osoby korzystające z Medicaid otrzymują pomoc w opłaceniu składek na Medicare i innych kosztów. W przypadku innych osób ubezpieczeniem objęte są również dodatkowe usługi i leki, które nie są pokrywane przez Medicare.

Zdecydowali się Państwo korzystać z opieki zdrowotnej w ramach Medicare oraz ubezpieczenia leków za pośrednictwem naszego planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Nasz plan obejmuje wszystkie usługi w ramach Części A i Części B. Natomiast udział w kosztach i dostęp do świadczeniodawców w tym planie są inne niż w planie Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest specjalistycznym planem Medicare Advantage (Plan Medicare dla osób o specjalnych potrzebach), co oznacza, że jego świadczenia są przeznaczone dla osób o specjalnych potrzebach w zakresie opieki zdrowotnej. Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest przeznaczony dla osób korzystających z Medicare, które są również uprawnione do uzyskania pomocy z Medicaid.

W ramach Medicaid otrzymują Państwo pomoc w pokryciu udziału w kosztach Medicare Part A i Part B (udział własny, współpłatność i współubezpieczenie), dlatego możliwe, że nie będą Państwo ponosić kosztów usług w ramach Medicare. Medicaid zapewnia również inne świadczenia, pokrywając koszty usług opieki zdrowotnej, które zazwyczaj nie są objęte ubezpieczeniem Medicare. Otrzymają Państwo również możliwość udziału w programie Extra Help w ramach Medicare w celu pokrycia kosztów leków wydawanych w ramach Medicare. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pomoże Państwu w zarządzaniu wszystkimi świadczeniami, tak aby mogli Państwo otrzymać usługi zdrowotne i pomoc w płatnościach, do których są Państwo uprawnieni.

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jest prowadzony przez prywatną firmę. Podobnie jak wszystkie plany Medicare Advantage, ten plan Medicare dla osób o specjalnych potrzebach został zatwierdzony przez Medicare. Plan jest oferowany w ramach umowy z programem New York Medicaid w celu skoordynowania przysługujących Państwu świadczeń w ramach Medicaid. Z przyjemnością zapewnimy Państwu ubezpieczenie Medicare, w tym ubezpieczenie leków.

Część 1.2 Informacje prawne dotyczące *Warunków ubezpieczenia*

Dokument *Warunki ubezpieczenia* stanowi część naszej umowy z Państwem i opisuje, w jaki sposób Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) zapewnia Państwu opiekę. Inne części umowy to formularz zapisu, Wykaz leków objętych ubezpieczeniem (receptariusz) oraz wszelkie powiadomienia, jakie Państwo otrzymują od nas w sprawie zmian zakresu ubezpieczenia albo warunków mających wpływ na ubezpieczenie. Takie powiadomienia bywają określane jako „aneksy” lub „poprawki”.

Umowa obowiązuje w miesiącach, w których są Państwo zapisani do planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), w okresie od 1 stycznia 2026 r. do 31 grudnia 2026 r.

Medicare pozwala nam na wprowadzanie zmian w oferowanych planach w każdym roku kalendarzowym. Oznacza to, że po 31 grudnia 2026 r. możemy wprowadzić zmiany w kosztach i świadczeniach planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Po 31 grudnia 2026 r. możemy również zaprzestać oferowania planu w Państwa obszarze usług.

Medicare (Centra Usług Medicare i Medicaid) musi zatwierdzić Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) co roku. Mogą Państwo co roku kontynuować korzystanie z ubezpieczenia Medicare jako członkowie naszego planu, o ile zdecydujemy się w dalszym ciągu oferować plan, a Medicare ponownie go zatwierdzi.

CZĘŚĆ 2 Kryteria kwalifikacyjne planu

Część 2.1 Kryteria kwalifikacyjne

Są Państwo uprawnieni do udziału w naszym planie, jeśli spełniają Państwo wszystkie poniższe warunki:

- Posiadają Państwo ubezpieczenie w ramach Medicare Part A i Medicare Part B
- Zamieszkują nasz geograficzny obszar usług (w części 2.3 poniżej opisano nasz obszar usług). Osoby przebywające w więzieniu nie są uważane za mieszkające na obszarze usług, nawet jeśli fizycznie się na nim znajdują.
- Są Państwo obywatelami Stanów Zjednoczonych albo przebywają legalnie na terenie Stanów Zjednoczonych
- Spełniają Państwo specjalne kryteria kwalifikacyjne opisane poniżej.

Specjalne kryteria kwalifikacyjne określone dla naszego planu

Nasz plan został opracowany tak, aby spełniać potrzeby osób, które korzystają z określonych świadczeń Medicaid. (Medicaid to wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej osobom o ograniczonych dochodach i zasobach.) Do planu mogą zapisać się wyłącznie osoby, które kwalifikują się zarówno do Medicare, jak i do pełnych świadczeń Medicaid.

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

Uwaga: Osoby, które przestaną spełniać kryteria kwalifikacyjne, ale można racjonalnie oczekiwać, że odzyskają takie uprawnienia w ciągu 6 miesięcy, nadal kwalifikują się do członkostwa w planie. Informacje na temat zakresu ubezpieczenia i udziału w kosztach w okresie uznanej ciągłości uprawnień znajdują się w Części 2.1 w Rozdziale 4.

Część 2.2 Medicaid

Medicaid to wspólny program federalny i stanowy, pomagający pokryć koszty opieki medycznej oraz opieki długoterminowej dla niektórych osób o ograniczonych dochodach i zasobach. Każdy stan decyduje o tym, co jest uznawane za dochody i zasoby, kto spełnia kryteria kwalifikacyjne, jakie usługi są objęte ubezpieczeniem i jaki jest ich koszt. Stany mogą również decydować o sposobie prowadzenia programu, o ile przestrzegają wytycznych federalnych.

Ponadto Medicaid oferuje programy pomocy w opłacaniu kosztów Medicare, takich jak składki Medicare. Te programy oszczędnościowe Medicare co roku pomagają zaoszczędzić pieniądze osobom o ograniczonych dochodach i zasobach:

- **Osoby podwójnie uprawnione do pełnych świadczeń (FBDE):** Osoba uprawniona do Medicare, nie spełniająca kryteriów określonych dla QMB+ lub SLMB+ w zakresie dochodów lub posiadanych zasobów, ale kwalifikująca się do pełnego ubezpieczenia w Medicaid kategorycznie (categorically) lub ze względu na przynależność do grup opcjonalnego ubezpieczenia w oparciu o status osoby potrzebującej opieki ze względów medycznych, specjalne poziomy dochodów dla osób przebywających w instytucji lub zwolnienia dotyczące usług domowych i środowiskowych.
- **Uprawniony beneficjent Medicare (QMB+):** Pomaga opłacać składki na Medicare Part A i Part B oraz inne udziały w kosztach (takie jak udział własny, współubezpieczenie i współpłatność). Osoby te kwalifikują się również do pełnych świadczeń Medicaid.

Część 2.3 Obszar usług planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Plan Senior Whole Health of New York NHC jest dostępny wyłącznie dla osób, które zamieszkują na obszarze usług planu. Aby pozostać członkiem naszego planu, należy nadal mieszkać na obszarze usług planu.

Nasz obszar usług obejmuje następujące powiaty w stanie Nowy Jork: Bronx; Kings; Nassau; New York; Orange; Queens; Richmond; Rockland; Westchester

Osoby, które planują przeprowadzkę do innego stanu powinny się również skontaktować z biurem Medicaid w swoim stanie i zapytać, w jaki sposób przeprowadzka wpłynie na ich świadczenia Medicaid. Numery telefonu do Medicaid podano w części 6 w Rozdziale 2 tego dokumentu.

Osoby, które wyprowadzą się z obszaru usług, nie mogą nadal być członkami planu. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby sprawdzić, czy nasz plan jest również dostępny w tym nowym obszarze. Po przeprowadzce będzie Państwa obowiązywać specjalny okres rejestracji, w którym będą Państwo mogli przejść do planu Original Medicare albo przystąpić do planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia leków Medicare w Państwa nowej lokalizacji.

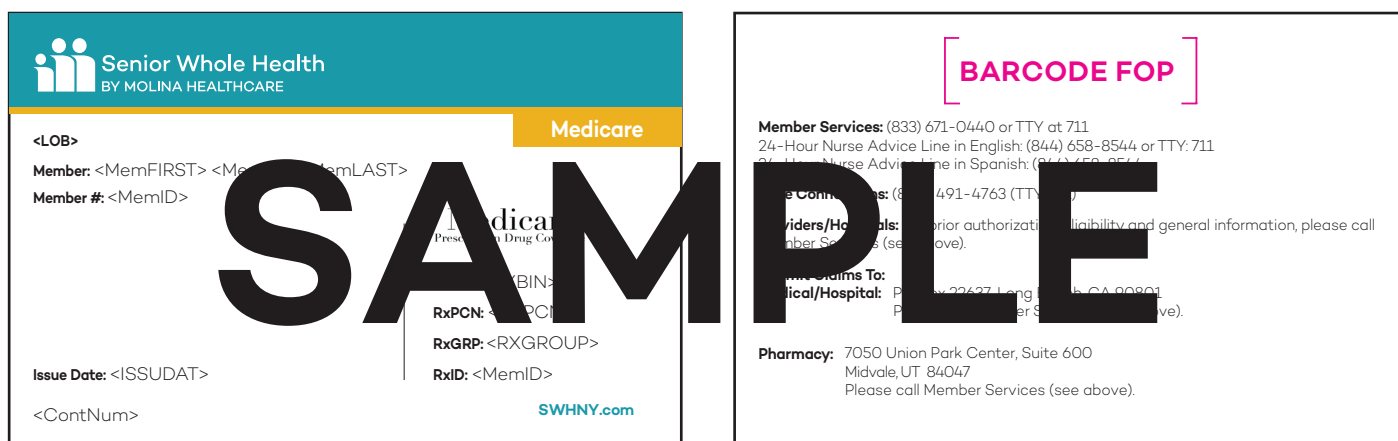
W przypadku przeprowadzki albo zmiany adresu korespondencyjnego ważne jest również, aby skontaktować się z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych. Należy zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych pod numer 1-800-772-1213 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-800-325-0778).

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków**Część 2.4 Obywatelstwo Stanów Zjednoczonych albo legalny pobyt**

Osoba objęta planem ubezpieczenia zdrowotnego Medicare musi być obywatelem Stanów Zjednoczonych albo legalnie przebywać na terenie USA. Medicare (Centra Usług Medicare i Medicaid) zawiadomi Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), jeśli nie będą Państwo uprawnieni do pozostania członkiem planu na tej podstawie. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) musi wyrejestrować członków, którzy nie spełniają tego wymogu.

CZĘŚĆ 3 Ważne materiały dotyczące członkostwa**Część 3.1 Karta członkowska naszego planu**

Należy okazywać kartę członkowską podczas korzystania z usług objętych ubezpieczeniem w ramach tego planu i przy zakupie leków na receptę w aptekach należących do sieci. Należy zawsze pamiętać o okazaniu zarówno karty identyfikacyjnej Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), jak i karty identyfikacyjnej Medicaid za każdym razem, gdy zgłaszają się Państwo po opiekę. Świadczeniodawcy należy również okazać swoją kartę Medicaid. Oto przykładowa karta członkowska, podobna do tej, którą otrzyma członek:



Członkom tego planu NIE WOLNO używać czerwonej, białej i niebieskiej karty Medicare do korzystania z usług medycznych objętych ubezpieczeniem. W przypadku użycia karty Medicare zamiast karty członkowskiej Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), członek może być zobowiązany do opłacenia pełnego kosztu usług medycznych. Kartę Medicare należy przechowywać w bezpiecznym miejscu. Mogą Państwo zostać poproszeni o okazanie karty w przypadku konieczności skorzystania z usług szpitalnych, opieki w hospicjum albo udziału w zatwierdzonych przez Medicare badaniach klinicznych.

Jeżeli karta członkowska zostanie uszkodzona, zgubiona albo skradziona, należy niezwłocznie zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), a plan przśle Państwu nową kartę.

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

Część 3.2 Katalog świadczeniodawców/aptek

Katalog świadczeniodawców/aptek SWHNY.com to lista naszych aktualnych świadczeniodawców należących do sieci oraz dostawców trwałego sprzętu medycznego.

Świadczeniodawcy należący do sieci to lekarze i inni specjaliści opieki zdrowotnej, grupy medyczne, dostawcy trwałego sprzętu medycznego, szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej, które zawarły z nami umowę, na mocy której akceptują nasze płatności i udział w kosztach planu jako pełną płatność.

Członkowie planu muszą korzystać z usług świadczeniodawców należących do sieci, aby uzyskać opiekę medyczną i usługi. Jeśli udadzą się Państwo innego świadczeniodawcy bez odpowiedniej zgody, będą Państwo musieli zapłacić pełną kwotę. Jedynymi wyjątkami są nagłe przypadki zagrożenia zdrowia, sytuacje, gdy członek pilnie potrzebuje usług, gdy sieć nie jest dostępna (to znaczy sytuacje, kiedy niemożliwe albo nieuzasadnione jest uzyskanie usług od świadczeniodawców należących do sieci), usługi dializy poza obszarem objętym usługami planu i przypadki, kiedy plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) wyrazi zgodę na skorzystanie z usług świadczeniodawców nienależących do sieci.

Katalog aptek SWHNY.com zawiera listę aptek należących do naszej sieci.

Apteki należące do sieci to apteki, które zgodziły się realizować recepty dla członków naszego planu. W *Katalogu aptek* można znaleźć aptekę należącą do sieci, z której chcą Państwo korzystać. Więcej informacji na temat tego, kiedy mogą Państwo korzystać z aptek, które nie należą do sieci planu, można znaleźć w Części 2.5 Rozdziału 5. Najbardziej aktualna lista świadczeniodawców, aptek i dostawców jest dostępna na naszej stronie internetowej *SWHNY.com*.

Jeśli nie posiadają Państwo *Katalogu świadczeniodawców/aptek*, mogą Państwo zamówić egzemplarz (w wersji elektronicznej albo papierowej) w Dziale Obsługi Członków pod numerem (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Wersja papierowa Katalogu świadczeniodawców zostanie wysłana w ciągu 3 dni roboczych.

Katalog aptek SWHNY.com zawiera listę aptek należących do naszej sieci. **Apteki należące do sieci** to apteki, które zgodziły się realizować recepty dla członków naszego planu. W *Katalogu aptek* można znaleźć aptekę należącą do sieci, z której chcą Państwo korzystać. Więcej informacji na temat tego, kiedy mogą Państwo korzystać z aptek, które nie należą do sieci planu, można znaleźć w Części 2.5 Rozdziału 5.

Część 3.3 Wykaz leków (receptariusz)

W ramach naszego planu obowiązuje *Wykaz leków objętych ubezpieczeniem* (zwany również Wykazem leków albo receptariuszem). Wykaz zawiera informacje o tym, które leki na receptę są objęte ubezpieczeniem jako świadczenie Części D dostępne w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Leki znajdujące się w tym wykazie są wybierane przez plan z pomocą lekarzy i farmaceutów. Wykaz leków musi spełniać wymagania Medicare. Leki, których ceny wynegocjowano w ramach Medicare Drug Price Negotiation Program, zostaną uwzględnione w wykazie leków, chyba że zostały usunięte i zastąpione zgodnie z opisem w Części 6 Rozdziału 5. Wykaz leków Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) został zatwierdzony przez Medicare.

Wykaz leków zawiera również informacje o tym, czy istnieją zasady, które ograniczają refundację danego leku.

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

Przekażemy Państwu egzemplarz Wykazu leków. Aby uzyskać najbardziej kompletne i aktualne informacje o tym, które leki są refundowane, można odwiedzić witrynę internetową planu (SWHNY.com) albo zadzwonić do Działu Obsługi Członków (833) 671-0440 (TTY 711).

CZĘŚĆ 4 Podsumowanie ważnych kosztów

	Koszty ponoszone przez Państwa w 2026 r.
Miesięczna składka w ramach planu* * Państwa składka może być wyższa od tej kwoty. Więcej informacji można znaleźć w Części 4.1.	\$0
Maksymalna kwota kosztów własnych Jest to <u>najwyższa</u> kwota, jaką zapłaci Państwo z własnej kieszeni za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B. (Więcej informacji można znaleźć w Części 1 Rozdziału 4.)	\$9,250 Nie ponoszą Państwo żadnych kosztów własnych do maksymalnej kwoty kosztów własnych za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B.
Wizyty w gabinecie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	\$0 za wizytę Jeśli kwalifikują się Państwo do pomocy w pokryciu udziału w kosztach Medicare w ramach Medicaid, płacą Państwo \$0 za wizytę.
Wizyty w gabinecie specjalisty	\$0 za wizytę Jeśli kwalifikują się Państwo do pomocy w pokryciu udziału w kosztach Medicare w ramach Medicaid, płacą Państwo \$0 za wizytę.
Pobyt w szpitalu	\$0 Jeśli kwalifikują się Państwo do pomocy w pokryciu udziału w kosztach Medicare w ramach Medicaid, płacą Państwo \$0.
Udział własny w ubezpieczeniu leków w ramach Części D (Więcej informacji można znaleźć w Części 4 Rozdziału 6.)	Udział własny wynosi \$615. Jeśli korzystają Państwo z programu Extra Help, ten udział własny nie dotyczy Państwa. Rozdział 6 zawiera dodatkowe informacje dotyczące zakresu ubezpieczenia i ograniczeń.
Ubezpieczenie leków w ramach Części D (Rozdział 6 zawiera szczegółowe informacje między innymi na temat rocznego udziału własnego, etapu początkowego ubezpieczenia oraz etapu ubezpieczenia kosztów skrajnych.)	Współpłatność na etapie początkowego ubezpieczenia: Poziom 1 leków: \$0

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków**Koszty ponoszone przez Państwa w 2026 r.**

Poziom 2 leków: \$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty.

Poziom 3 leków: \$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty.

Poziom 4 leków: \$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty.

Poziom 5 leków: \$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty.

Poziom 6 leków: \$0

Etap ubezpieczenia kosztów skrajnych:

Na tym etapie płatności nie pokrywają Państwo żadnych kosztów związanych z refundowanymi lekami w ramach Części D.

Koszty uczestnika planu mogą obejmować:

- Składkę w ramach planu (Część 4.1)
- Miesięczną składkę na Medicare Part B (Część 4.2)
- Karę za późną rejestrację do Części D (Część 4.3)
- Comiesięczną korektę związaną z dochodami (Część 4.4)
- Kwotę w ramach planu Medicare Prescription Payment (Część 4.5)

Część 4.1 Składka w ramach planu

Członkowie naszego planu płacą miesięczną składkę w ramach planu ubezpieczenia. W roku 2026 r. miesięczna składka w ramach planu *Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP)* wynosi \$17.30.

Informacje o składkach podane w niniejszych Warunkach ubezpieczenia mogą nie dotyczyć osób, które otrzymują już pomoc z jednego z tych programów. Przesłaliśmy oddzielny dokument pt. „*Aneks do warunków ubezpieczenia dla korzystających z programu Extra Help na pokrycie kosztu leków na receptę*” (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs; określaną również mianem „*Low Income Subsidy Rider*” albo „*LIS Rider*”), w którym wyjaśnione są zasady ubezpieczenia leków. Jeśli nie posiadają Państwo tej wkładki, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) i poprosić o *LIS Rider*.

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

W niektórych sytuacjach składka w ramach planu może być niższa.

Program Extra Help pomaga osobom o ograniczonych zasobach płacić za leki. Więcej informacji o tych programach można znaleźć w Części 7 Rozdziału 2. Jeśli kwalifikuje się Państwo do udziału w jednym z tych programów, rejestracja do niego może obniżyć miesięczną składkę w ramach planu ubezpieczenia.

Składki w ramach Medicare Part B i Medicare Part D różnią się w przypadku osób o różnych dochodach. W razie pytań dotyczących tych składek należy przejrzeć swój egzemplarz podręcznika *Medicare & You 2026* i zapoznać się z częścią zatytułowaną *Koszty Medicare w 2026 r.* Można pobrać egzemplarz ze strony Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) albo zamówić egzemplarz drukowany telefonicznie pod numerem 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048.

Część 4.2 Miesięczna składka na Medicare Part B

Wielu członków jest zobowiązanych do opłacania innych składek na Medicare

Oprócz opłacania miesięcznej składki w ramach planu niektórzy członkowie są zobowiązani do opłacania innych składek Medicare. Jak wyjaśniono powyżej w Części 2, aby kwalifikować się do naszego planu, członkowie muszą utrzymać swoje uprawnienia do Medicaid oraz posiadać zarówno Medicare Part A jak i Medicare Part B. W przypadku większości członków planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Medicaid opłaca składki na Część A (jeśli nie kwalifikują się Państwo do tego automatycznie) i składki na Część B.

Aby pozostać uczestnikiem planu, muszą Państwo kontynuować opłacanie składek Medicare, jeżeli nie są one opłacane w ramach Medicaid. Obejmuje to Państwa składkę na Część B. Może również obejmować składkę na Część A, jeśli nie są Państwo uprawnieni do bezskładkowego ubezpieczenia w ramach Części A.

Część 4.3 Kara za późną rejestrację do Części D

Posiadając Państwo podwójne uprawnienie, dlatego w Państwa przypadku kara za późną rejestrację (Late Enrollment Penalty, LEP) nie ma zastosowania, dopóki są Państwo podwójnie uprawnieni, natomiast jeśli utracą Państwo ten status, mogą Państwo ponieść koszty LEP. Kara za późną rejestrację do Części D to dodatkowa składka, którą należy zapłacić w związku z ubezpieczeniem w ramach Części D, jeżeli w jakimkolwiek momencie po upłynięciu wyjściowego okresu rejestracji nastąpił okres co najmniej 63 kolejnych dni, podczas których nie mieli Państwo ubezpieczenia leków w ramach Części D albo innego uznawalnego ubezpieczenia. Kwalifikowalne ubezpieczenie leków na receptę to ubezpieczenie, które spełnia minimalne standardy Medicare, ponieważ oczekuje się, że przeciętnie płaci przynajmniej tyle co standardowe ubezpieczenie leków Medicare. Wysokość kary za późną rejestrację zależy tego, jak długo nie posiadali Państwo ubezpieczenia w ramach Części D albo innego uznawalnego ubezpieczenia leków na receptę. Będą Państwo musieli płacić tę karę tak długo, jak długo będą Państwo objęci ubezpieczeniem w ramach Części D.

Nie muszą Państwo płacić kary za późną rejestrację do Części D w następujących sytuacjach:

- Korzystają Państwo z programu Extra Help Medicare w celu uzyskania pomocy w opłaceniu kosztów leków.
- Nie posiadali Państwo uznawalnego ubezpieczenia przez mniej niż 63 dni z rzędu.

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

- Posiadali Państwo uznawalne ubezpieczenie leków z innego źródła (na przykład od byłego pracodawcy, związku zawodowego, TRICARE albo Administracji ds. Zdrowia Weteranów [VA]). Ubezpieczyciel albo dział kadr poinformują Państwa każdego roku, czy Państwa ubezpieczenie leków stanowi uznawalne ubezpieczenie. Mogą Państwo otrzymać te informacje w piśmie albo biuletynie dotyczącym tego planu. Należy je zachować, ponieważ mogą być potrzebne przy późniejszym zapisie do planu ubezpieczenia leków Medicare.
 - **Uwaga:** Pismo albo powiadomienie musi stwierdzać, że posiadali Państwo uznawalne ubezpieczenie leków na receptę, które refunduje leki na takim samym poziomie, co standardowy plan ubezpieczenia leków Medicare.
 - **Uwaga:** Karty zniżkowe na leki na receptę, darmowe przychodnie oraz witryny internetowe oferujące zniżki na leki nie stanowią uznawalnego ubezpieczenia leków na receptę.

Wysokość kary za późną rejestrację do Części D określa Medicare. Obowiązują następujące zasady:

- Najpierw należy policzyć pełne miesiące spóźnionej rejestracji w planie ubezpieczenia leków Medicare po uzyskaniu uprawnień. Albo też należy policzyć pełne miesiące, w ciągu których nie mieli Państwo uznawalnego ubezpieczenia leków, jeżeli przerwa ta trwała co najmniej 63 dni. Kara wynosi 1% za każdy miesiąc, w którym nie posiadali Państwo uznawalnego ubezpieczenia. Na przykład, jeśli pozostaną Państwo bez ubezpieczenia przez 14 miesięcy, kara wyniesie 14%.
- Następnie Medicare określa kwotę średniej składki miesięcznej w planach ubezpieczenia leków Medicare w całym kraju na podstawie poprzedniego roku (krajowa bazowa składka świadczeniobiorcy). W roku 2025 przeciętna składka wynosiła \$36.78. Kwota ta może ulec zmianie w 2026 roku.
- Aby obliczyć swoją miesięczną karę, należy pomnożyć procent kary przez przeciętną miesięczną składkę, a następnie zaokrąglić do najbliższych 10 centów. W tym przykładzie byłoby to 14% razy 36,78 USD, co równa się 5,15 USD. W zaokrągleniu jest to \$5.20. Kwota ta zostanie dodana **do miesięcznej składki jako kara za późną rejestrację do Części D.**

Należy wiedzieć trzy ważne rzeczy na temat miesięcznej kary za późną rejestrację do Części D:

- **Wysokość kary może się zmieniać co roku**, ponieważ krajowa bazowa składka świadczeniobiorcy może się zmieniać co roku.
- **Karę będzie trzeba płacić** co miesiąc przez cały czas gdy pozostają Państwo członkiem planu oferującego świadczenia na leki w ramach Medicare Part D, nawet po zmianie planu.
- W przypadku osób poniżej 65. roku życia aktualnie zarejestrowanych w Medicare kara za późną rejestrację do Części D zostanie zredukowana do zera po ukończeniu 65 lat. Po ukończeniu 65. roku życia wysokość kary za późną rejestrację do Części D będzie oparta jedynie na liczbie miesięcy, przez które członek nie miał ubezpieczenia od początkowego okresu rejestracji w Medicare.

Mogą Państwo albo Państwa przedstawiciel może zwrócić się do nas o ponowne rozpatrzenie sprawy, w której wydano decyzję o nałożeniu kary za późną rejestrację do Części D, jeżeli się Państwo z nią nie zgadzają. Zasadniczo należy zwrócić się o takie ponowne rozpatrzenie **w ciągu 60 dni** od daty otrzymania pierwszego pisma informującego o karze za późną rejestrację. Jeżeli płacili Państwo karę przed przystąpieniem do naszego planu, mogą nie mieć Państwo kolejnej możliwości żądania ponownego rozpatrzenia kary za późną rejestrację.

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

Część 4.4 Kwota miesięcznej korekty związana z dochodami

W przypadku utraty uprawnień do udziału w tym planie z powodu zmiany dochodów niektórzy członkowie mogą być zobowiązani do uiszczenia dodatkowej opłaty z tytułu planu ubezpieczenia Medicare, określanej jako kwota miesięcznej korekty związana z dochodami dotycząca Części D (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Dodatkowa opłata jest obliczana na podstawie zmodyfikowanego, skorygowanego dochodu brutto zgłoszonego do IRS w deklaracji podatkowej sprzed 2 lat. Jeśli kwota ta jest wyższa od określonej sumy, ubezpieczony zapłaci standardową kwotę składki i dodatkową IRMAA. Więcej informacji dotyczących dodatkowych kwot należnych z tytułu wysokości dochodu można znaleźć na stronie www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Jeżeli wymagana jest dodatkowa IRMAA, pismo w sprawie jej wysokości przyśle Państwu Urząd Ubezpieczeń Społecznych, a nie plan Medicare. Dodatkowa kwota zostanie potrącona z Państwa czeku na świadczenia Urzędu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Emerytur Kolejowych albo Biura ds. Zarządzania Pracownikami, niezależnie od tego, w jaki sposób zazwyczaj opłacają Państwo składki na ubezpieczenie w ramach planu, chyba że Państwa miesięczne świadczenie nie wystarcza na pokrycie dodatkowej należnej kwoty. Jeśli czek na świadczenie nie wystarczy na pokrycie dodatkowej kwoty, otrzymają Państwo rachunek od Medicare.

Muszą Państwo zapłacić dodatkową kwotę IRMAA na rzecz administracji rządowej. Nie można jej opłacić razem z miesięczną składką w ramach planu. Jeśli nie zapłacą Państwo tej dodatkowej kwoty IRMAA, zostaną Państwo wypisani z planu i stracą ubezpieczenie leków na receptę.

Jeśli nie zgadzają się Państwo na płacenie dodatkowej IRMAA, mogą Państwo zwrócić się do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych o ponowne rozpatrzenie decyzji. Informacje na ten temat można uzyskać w Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych pod numerem telefonu 1-800-772-1213 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-800-325-0778).

Część 4.5 Kwota w ramach planu Medicare Prescription Payment

Jeśli uczestniczą Państwo w planie Medicare Prescription Payment, co miesiąc będą Państwo opłacać składkę w ramach planu (jeśli taki Państwo posiadają) i otrzymają Państwo rachunek w ramach planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia leków za leki na receptę (zamiast płacić aptece). Miesięczny rachunek obejmuje kwotę należną za recepty, plus saldo z poprzedniego miesiąca, podzielone przez liczbę miesięcy pozostałych do końca roku. W Części 7 Rozdziału 2 znajduje się więcej informacji na temat planu Medicare Prescription Payment. Jeśli nie zgadzają się Państwo z kwotą naliczoną w ramach tej opcji płatności, mogą Państwo złożyć skargę albo odwołanie, podejmując działania opisane w Rozdziale 9.

CZĘŚĆ 5 Więcej informacji o miesięcznej składce w ramach planu

Część 5.1 Miesięczna składka w ramach planu nie ulegnie zmianie w ciągu roku

Nie wolno nam zmieniać kwoty miesięcznej składki w ramach planu w ciągu roku. Jeśli miesięczna składka w ramach planu na przyszły rok ulegnie zmianie, poinformujemy Państwa o tym we wrześniu, a nowa składka zacznie obowiązywać 1 stycznia.

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

Jeśli w ciągu roku uzyskają albo utracą Państwo uprawnienia do programu Extra Help, część składki w ramach planu, którą Państwo opłacają, może ulec zmianie. Jeśli kwalifikują się Państwo do udziału w programie Extra Help pomagającym w pokryciu kosztów ubezpieczenia leków, program Extra Help pokrywa część miesięcznej składki w ramach planu. Jeśli w ciągu roku utracą Państwo uprawnienia do korzystania z programu Extra Help, będą Państwo musieli zacząć opłacać pełną miesięczną składkę w ramach planu. Więcej informacji o programie Extra Help znajduje się w Części 7 Rozdziału 2.

CZĘŚĆ 6 Dbanie o aktualność danych dotyczących członkostwa w planie

Państwa dokumentacja członkowska zawiera informacje z formularza rejestracyjnego, w tym Państwa adres i numer telefonu. Są tam informacje o konkretnym zakresie ubezpieczenia, w tym dane świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarze, szpitale, farmaceuci i inni świadczeniodawcy należący do sieci naszego planu **korzystają z Państwa dokumentacji członkowskiej, aby wiedzieć, jakie usługi i leki są objęte ubezpieczeniem oraz jakie są kwoty Państwa udziału w kosztach.** Dlatego też bardzo ważne jest dbanie o aktualność takich danych.

Prosimy poinformować nas w przypadku którejkolwiek z tych zmian:

- Zmiany nazwiska, adresu albo numeru telefonu
- Zmiany we wszelkich innych ubezpieczeniach zdrowotnych (np. zapewnianych przez pracodawcę, pracodawcę współmałżonka albo partnera, w ramach odszkodowań pracowniczych albo Medicaid)
- Jakiegokolwiek roszczenia z tytułu odpowiedzialności, takie jak roszczenia z tytułu wypadku samochodowego
- Czy zostali Państwo przyjęci do domu opieki
- Czy korzystają Państwo z opieki w szpitalu albo na oddziale ratunkowym znajdującym się poza obszarem albo nienależącym do sieci
- Zmiana wyznaczonej odpowiedzialnej strony (na przykład opiekuna)
- Czy biorą Państwo udział w badaniu klinicznym (**Uwaga:** Nie ma obowiązku informowania planu o badaniach klinicznych, w których zamierzają Państwo uczestniczyć, ale zachęcamy do tego).

Jeśli którakolwiek z tych informacji ulegnie zmianie, prosimy poinformować nas o tym, dzwoniąc do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Członkowie mogą założyć konto My Senior Whole Health online i poprzez konto zmienić swojego lekarza, zaktualizować informacje kontaktowe, zażądać nowej karty identyfikacyjnej członka, otrzymywać powiadomienia o potrzebnych usługach zdrowotnych lub przeglądać historię korzystania z usług. Na stronie <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> można założyć konto albo uzyskać dostęp do swojego konta My Senior Whole Health.

Ważne jest również, aby skontaktować się z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych w przypadku przeprowadzki albo zmiany adresu korespondencyjnego. Należy zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych pod numer 1-800-772-1213 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-800-325-0778).

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

CZĘŚĆ 7 Jak inne ubezpieczenia współdziałają z naszym planem

Inne ubezpieczenie

Medicare wymaga, abyśmy gromadzili informacje na temat wszelkich innych posiadanych przez Państwa ubezpieczeń medycznych albo ubezpieczeń leków, tak abyśmy mogli skoordynować wszelkie inne posiadane przez Państwa ubezpieczenia z Państwa świadczeniami w ramach naszego planu. Jest to tak zwana **koordynacja świadczeń**.

Raz w roku wyślemy do Państwa pismo, w którym znajduje się lista wszelkich innych posiadanych przez Państwa ubezpieczeń medycznych albo ubezpieczeń leków, o których nam wiadomo. Należy dokładnie przejrzeć te informacje. Jeżeli są poprawne, nic nie trzeba robić. Jeśli informacje są niepoprawne albo jeśli posiadają Państwo inne ubezpieczenie, którego nie wymieniono w piśmie, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Może być konieczne podanie swojego numeru identyfikacyjnego Państwa planu innym ubezpieczycielom (po potwierdzeniu ich tożsamości), aby rachunki były opłacane prawidłowo i na czas.

W przypadku osób posiadających inne ubezpieczenie (np. ubezpieczenie grupowe w miejscu pracy) zasady Medicare określają, czy jako pierwszy płaci nasz plan, czy też inne ubezpieczenie. Plan ubezpieczenia, który płaci jako pierwszy („płatnik główny”) dokonuje płatności do maksymalnej kwoty swojego zakresu ubezpieczenia. Ubezpieczenie, które płaci jako drugie („drugi płatnik”), płaci tylko wtedy, gdy główne ubezpieczenie nie pokryje wszystkich kosztów. Drugi płatnik może nie pokryć wszystkich pozostałych kosztów. Jeżeli członek posiada inne ubezpieczenie, powinien poinformować o tym swojego lekarza, szpital i aptekę.

Następujące reguły odnoszą się do grupowych planów ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianych przez pracodawców lub związki:

- Jeżeli ubezpieczony jest emerytem, Medicare płaci jako pierwsze.
- Jeżeli grupowy plan ubezpieczenia zdrowotnego jest oparty na zatrudnieniu członka planu lub członka jego rodziny, kwestia, kto płaci jako pierwszy, zależy od wieku członka, liczby osób zatrudnionych przez pracodawcę oraz od tego, czy członek posiada Medicare ze względu na wiek, niepełnosprawność lub schyłkową niewydolność nerek (End-stage Renal Disease, ESRD):
 - Jeżeli nie skończyli Państwo jeszcze 65 lat i są osobą z niepełnosprawnością oraz Państwo (albo członek Państwa rodziny) nadal pracuje, grupowy plan ubezpieczenia zdrowotnego płaci jako pierwszy, pod warunkiem, że pracodawca zatrudnia co najmniej 100 pracowników albo jeżeli co najmniej jeden pracodawca w planie skupiającym wielu pracodawców zatrudnia więcej niż 100 pracowników.
 - Jeżeli mają Państwo ponad 65 lat i nadal pracują (albo Państwa współmałżonek albo partner nadal pracuje), grupowy plan ubezpieczenia zdrowotnego płaci jako pierwszy, jeżeli pracodawca zatrudnia co najmniej 20 pracowników albo jeżeli co najmniej jeden pracodawca w planie skupiającym wielu pracodawców zatrudnia więcej niż 20 pracowników.
- Jeżeli ubezpieczony korzysta z Medicare z powodu schyłkowej niewydolności nerek (ESRD), jego grupowy plan ubezpieczenia zdrowotnego zapłaci jako pierwszy przez pierwszych 30 miesięcy po uzyskaniu uprawnień do Medicare.

Poniższe rodzaje ubezpieczeń zwykle płacą jako pierwsze za usługi odnoszące się do ich zakresu świadczeń:

- Ubezpieczenie pokrywające szkody bez ustalania winy (w tym ubezpieczenie komunikacyjne)

Rozdział 1: Informacje dla nowych członków

- Ubezpieczenie od odpowiedzialności (w tym ubezpieczenie komunikacyjne)
- Świadczenia dla osób chorych na pylicę
- Odszkodowania pracownicze

Medicaid i TRICARE nigdy nie płać jako pierwsze za usługi objęte ubezpieczeniem Medicare. Płać oni dopiero po dokonaniu płatności przez Medicare lub grupowe plany ubezpieczenia zdrowotnego pracodawcy.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**ROZDZIAŁ 2:****Numery telefonów i źródła informacji****CZĘŚĆ 1 Dane kontaktowe Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Aby uzyskać pomoc w zakresie roszczeń, rozliczeń albo karty członkowskiej, prosimy o kontakt telefoniczny albo listowny z Działem Obsługi Członków planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Chętnie udzielimy wszelkiej pomocy.

Dział Obsługi Członków – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	(833) 671-0440 Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Godziny pracy od 1 października do 31 marca: od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego, 7 dni w tygodniu. Od 1 kwietnia do 30 września: od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Dział Obsługi Członków pod numerem (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) dysponuje także bezpłatnymi usługami tłumaczy ustnych dla osób niemówiących po angielsku.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostyszających albo z zaburzeniami mowy. Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Godziny pracy od 1 października do 31 marca: od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego, 7 dni w tygodniu. Od 1 kwietnia do 30 września: od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego.
Faks	(310) 507-6186
Adres korespondencyjny	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Strona internetowa	SWHNY.com

Jak złożyć wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów albo odwołanie dotyczące opieki medycznej

Decyzja w sprawie pokrycia kosztów to decyzja, którą podejmujemy w sprawie Państwa świadczeń i zakresu ubezpieczenia albo kwoty, którą zapłacimy za Państwa usługi medyczne albo leki w ramach Części D. Odwołanie jest formalnym sposobem zwrócenia się do nas o ponowne rozpatrzenie i zmianę decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Więcej informacji na temat wniosków o decyzję w sprawie pokrycia kosztów albo odwołań dotyczących Państwa opieki medycznej można znaleźć w Rozdziale 9.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Decyzje w sprawie pokrycia kosztów i odwołania dotyczące opieki medycznej albo leków w ramach Części D – informacje kontaktowe**

Kontakt telefoniczny	(833) 671-0440 Połączenia z tym numerem są bezpłatne. 7 dni w tygodniu od 8 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostępujących lub z zaburzeniami mowy. Połączenia z tym numerem są bezpłatne. 7 dni w tygodniu od 8 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego.
Faks	Zaawansowane badania obrazowe: (877) 731-7218; Przeszczepienia (877) 813-1206; Usługi ambulatoryjne w zakresie świadczeń medycznych/zdrowia behawioralnego (844) 251-1450; Opieka ambulatoryjna (844) 834-2152; Leki na receptę (RX)/Kody Jcodes (866) 290-1309
Adres korespondencyjny	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 Leki na receptę: Attn: Medical Affairs Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
Strona internetowa	SWHNY.com

Jak złożyć skargę dotyczącą opieki medycznej

Członkowie mogą złożyć skargę na nas lub na jednego ze świadczeniodawców lub aptek należących do sieci, w tym skargi na jakość opieki. Ten rodzaj skargi nie obejmuje sporów dotyczących refundacji ani płatności. Więcej informacji na temat składania skarg związanych z opieką medyczną można znaleźć w Rozdziale 9.

Skargi dotyczące opieki medycznej – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	(833) 671-0440 Połączenia z tym numerem są bezpłatne. 7 dni w tygodniu od 8 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego.
-----------------------------	---

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Skargi dotyczące opieki medycznej – informacje kontaktowe**

TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostyszących lub z zaburzeniami mowy. Połączenia z tym numerem są bezpłatne. 7 dni w tygodniu od 8 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego.
Faks	(562) 499-0610
Adres korespondencyjny	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
Strona internetowa	SWHNY.com

Jak zwrócić się do nas o pokrycie kosztów opieki medycznej albo wykupionego leku

Jeśli otrzymali Państwo rachunek albo zapłacili za usługi (np. za rachunek od świadczeniodawcy), za które Państwa zdaniem powinniśmy zapłacić, konieczne może być zwrócenie się do nas o zwrot kosztów albo opłacenie rachunku od świadczeniodawcy. Więcej informacji można znaleźć w Rozdziale 7.

Jeżeli odrzucimy w całości lub w części wnioski o zapłatę, ubezpieczony może się odwołać od takiej decyzji. Więcej informacji można znaleźć w Rozdziale 9.

Wnioski o płatność – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	(833) 671-0440 Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostyszących albo z zaburzeniami mowy. Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego.
Faks	(866) 290-1309
Adres korespondencyjny	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 Leki na receptę: Attn: Medical Affairs Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Wnioski o płatność – informacje kontaktowe**

Strona internetowa	SWHNY.com
---------------------------	--

CZĘŚĆ 2 Uzyskiwanie pomocy w ramach Medicare

Medicare to federalny program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób w wieku od 65 lat, dla niektórych osób poniżej 65. roku życia z niepełnosprawnościami oraz dla osób ze schyłkową niewydolnością nerek (trwała niewydolność nerek wymagająca dializ albo przeszczepu nerki).

Agencją federalną odpowiedzialną za Medicare są Centra Świadczeń Medicare i Medicaid (CMS). Agencja ta zawiera umowy z organizacjami oferującymi plany Medicare Advantage, w tym z nami.

Medicare – informacje kontaktowe

KONTAKT TELEFONICZNY	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.</p> <p>Numer czynny całą dobę, 7 dni w tygodniu.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostępujących albo z zaburzeniami mowy.</p> <p>Połączenia z tym numerem są bezpłatne.</p>
CZAT NA ŻYWO	<p>Czat na żywo jest dostępny pod adresem www.Medicare.gov/talk-to-someone.</p>
ADRES KORESPONDENCYJNY	<p>Mogą Państwo napisać do Medicare na adres PO Box 1270, Lawrence, KS 66044</p>
STRONA INTERNETOWA	<p>www.Medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogą Państwo uzyskać informacje na temat planów ubezpieczenia zdrowotnego i planów ubezpieczenia leków Medicare w Państwa okolicy, w tym na temat ich kosztów i świadczonych usług. • Mogą Państwo znaleźć lekarzy albo innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej i dostawców uczestniczących w programie Medicare. • Mogą Państwo dowiedzieć się, jakie usługi objęte są ubezpieczeniem Medicare, w tym usługi profilaktyczne (takie jak badania przesiewowe, szczepienia oraz coroczne wizyty oceniające ogólny stan zdrowia). • Mogą Państwo uzyskać informacje na temat składania odwołań dotyczących Medicare i formularze. • Mogą Państwo uzyskać informacje na temat jakości opieki zapewnianej przez plany, domy opieki, szpitale, lekarzy, agencje domowej opieki zdrowotnej, ośrodki dializ, ośrodki hospicyjne, ośrodki rehabilitacji szpitalnej i szpitale oferujące opiekę długoterminową. • Mogą Państwo wyszukać przydatne strony internetowe i numery telefonów.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Medicare – informacje kontaktowe**

Za pośrednictwem strony internetowej www.Medicare.gov można także złożyć do Medicare skargi dotyczące planu Senior Whole Health of New York NHC.

Aby złożyć skargę do Medicare należy wejść na stronę www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare poważnie podchodzi do wszystkich skarg i wykorzysta otrzymane informacje do poprawienia jakości programu Medicare.

CZĘŚĆ 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) to program rządowy, w ramach którego w każdym stanie pracują przeszkoleni doradcy zapewniający bezpłatną pomoc, informacje i odpowiedzi na pytania związane z Medicare. W Nowym Jorku, program SHIP nosi nazwę Program informacyjny, doradztwa i pomocy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) to niezależny program stanowy (niepowiązany z żadną firmą ubezpieczeniową ani planem ubezpieczenia zdrowotnego), który otrzymuje środki od rządu federalnego na udzielanie lokalnie osobom posiadającym Medicare bezpłatnych porad dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego.

Doradcy działający w ramach Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) mogą pomóc Państwu zrozumieć prawa przysługujące Państwu w ramach Medicare, złożyć skargę dotyczącą opieki medycznej albo leczenia, a także rozwiązać problemy związane z rachunkami Medicare. Doradcy działający w ramach Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) mogą również pomóc Państwu w przypadku pytań albo problemów związanych z Medicare oraz pomóc zrozumieć, jakie plany Medicare są dla Państwa dostępne do wyboru oraz odpowiedzieć na pytania dotyczące zmiany planów.

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP w stanie New York) – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	(800) 701-0501
Adres korespondencyjny	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
Strona internetowa	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**CZĘŚĆ 4 Organizacja Poprawy Jakości (QIO)**

W każdym stanie jest wyznaczona Organizacja Poprawy Jakości (Quality Improvement Organization, QIO), która obsługuje osoby objęte ubezpieczeniem Medicare. Organizacja Poprawy Jakości w Nowym Jorku to Livanta.

Livanta posiada grupę lekarzy i innych specjalistów opieki zdrowotnej, którzy są opłacani przez Medicare, a których zadaniem jest weryfikacja i podnoszenie jakości opieki udzielanej osobom objętym Medicare. Livanta jest niezależną organizacją. Nie jest powiązana z naszym planem.

Z Livanta należy się skontaktować w następujących sytuacjach:

- Chcą Państwo złożyć skargę dotyczącą jakości otrzymanej opieki. Przykłady problemów związanych z jakością opieki obejmują otrzymanie niewłaściwych leków, niepotrzebne badania albo procedury, albo błędne rozpoznanie.
- Zdaniem ubezpieczonego ubezpieczenie pokrywa zbyt krótki okres pobytu w szpitalu.
- Uważają Państwo, że ubezpieczenie kosztów domowej opieki zdrowotnej, opieki w specjalistycznej placówce opiekuńczej albo usług w kompleksowym ośrodku rehabilitacji ambulatoryjnej (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) kończy się zbyt wcześnie.

Livanta (Organizacja Poprawy Jakości w stanie New York) – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	(866) 815-5440 Od poniedziałku do piątku od 9 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego; w weekendy i święta oraz od 10 a.m. do 4 p.m. czasu lokalnego.
TTY	711: Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostępujących albo z zaburzeniami mowy.
Adres korespondencyjny	Livanta BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Strona internetowa	https://www.livantaqio.cms.gov/

CZĘŚĆ 5 Urząd Ubezpieczeń Społecznych

Urząd Ubezpieczeń Społecznych określa uprawnienia do ubezpieczenia Medicare i obsługuje rejestrację do Medicare.

Urząd Ubezpieczeń Społecznych jest także odpowiedzialny za ustalanie, kto musi płacić dodatkową sumę na ubezpieczenie leków w Części D, ze względu na wyższe dochody. Jeśli otrzymali Państwo pismo z Urzędu Ubezpieczeń Społecznych informujące o konieczności płacenia dodatkowej kwoty i mają Państwo wątpliwości dotyczące jej wysokości, albo jeśli z powodu okoliczności życiowych Państwa dochód się zmniejszył, mogą Państwo zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych i poprosić o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji

W przypadku przeprowadzki albo zmiany adresu korespondencyjnego należy powiadomić o tym Urząd Ubezpieczeń Społecznych.

Urząd Ubezpieczeń Społecznych – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	1-800-772-1213 Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Numer jest dostępny w godzinach od 8 a.m. do 7 p.m., od poniedziałku do piątku. Można skorzystać z automatycznych usług telefonicznych Urzędu Ubezpieczeń Społecznych, aby odsłuchać nagrane informacje i załatwić niektóre sprawy przez całą dobę.
TTY	1-800-325-0778 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostyszących lub z zaburzeniami mowy. Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Numer jest dostępny w godzinach od 8 a.m. do 7 p.m., od poniedziałku do piątku.
Strona internetowa	www.SSA.gov

CZĘŚĆ 6 Medicaid

Medicaid to wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej osobom o ograniczonych dochodach i zasobach. Każdy stan decyduje, co uznaje się za dochód i zasoby, kto jest uprawniony, jakie usługi są objęte ubezpieczeniem i jaki jest koszt usług. Poszczególne stany mogą również decydować o sposobie prowadzenia swoich programów, o ile zachowują zgodność z wytycznymi federalnymi.

Ponadto istnieją programy oferowane przez Medicaid, które pomagają osobom, korzystającym z Medicare, w opłaceniu kosztów Medicare, takich jak składki. „Programy oszczędnościowe Medicare” co roku pomagają zaoszczędzić pieniądze osobom o ograniczonych dochodach i zasobach:

- **Osoby podwójnie uprawnione do pełnych świadczeń (FBDE):** Niektóre osoby mogą kwalifikować się zarówno do ograniczonego pokrycia udziału w kosztach Medicare, jak i do pełnych świadczeń Medicaid.
- **Uprawniony beneficjent Medicare (QMB+):** Pomaga opłacać składki na część A i część B Medicare oraz inne kwoty udziału w kosztach (takie jak wkład własny, współubezpieczenie i współpłatność). Osoby te kwalifikują się również do pełnych świadczeń Medicaid.

Członkami planu mogą zostać wyłącznie osoby jednocześnie zarejestrowane w Medicare i Medicaid oraz spełniające w momencie rejestracji wszystkie inne wymagania kwalifikacyjne planu.

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące pomocy otrzymywanej w ramach Medicaid, prosimy o kontakt z następującymi podmiotami

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Program Medicaid w stanie New York – informacje kontaktowe**

Kontakt telefoniczny	1-800-541-2831 od poniedziałku do piątku w godzinach 8 a.m. – 8 p.m., w soboty w godzinach 9 a.m. – 1 p.m.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostępujących albo z zaburzeniami mowy.
Adres korespondencyjny	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Mogą Państwo napisać do Lokalnego Departamentu Opieki Społecznej (Local Department of Social Services, LDSS). Adres LDSS można znaleźć pod adresem: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm
Strona internetowa	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Osoby zamieszkałe w hrabstwie Nassau mogą kontaktować się z lokalnym Wydziałem Opieki Społecznej.

Wydział Opieki Społecznej hrabstwa Nassau:

Kontakt telefoniczny	(516) 227-7474
Adres korespondencyjny	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
Strona internetowa	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Osoby zamieszkałe w hrabstwie Westchester mogą kontaktować się z lokalnym Wydziałem Opieki Społecznej.

Wydział Opieki Społecznej hrabstwa Westchester:

Kontakt telefoniczny	(914) 995-3333
Adres korespondencyjny	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
Strona internetowa	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) zapewnia pomoc osobom zarejestrowanym w Medicaid w przypadku problemów z usługami albo rozliczeniami. Pracownicy mogą pomóc w złożeniu zażalenia lub odwołania do naszego planu. Ten rzecznik może pomóc osobom zarejestrowanym w naszym planie Health and Recovery Plan (HARP) oraz osobom zarejestrowanym w naszym planie Medicaid Managed Care (MMC), które korzystają z długoterminowych usług i wsparcia.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) – informacje kontaktowe**

Kontakt telefoniczny	1-844-614-8800 od poniedziałku do piątku. w godzinach 9 a.m. – 5 p.m.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostyszących albo z zaburzeniami mowy.
Adres korespondencyjny	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 <i>Adres e-mail: ican@cssny.org</i>
Strona internetowa	www.icannys.org

Community Health Advocates (CHA) pomagają osobom zapisanym do programu Medicaid w rozwiązywaniu problemów z usługami lub rozliczeniami. Pracownicy mogą pomóc w złożeniu zażalenia lub odwołania do naszego planu.

Community Health Advocates (CHA) – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	1-844-614-8800 od poniedziałku do piątku. w godzinach 9 a.m. – 5 p.m.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostyszących albo z zaburzeniami mowy.
Adres korespondencyjny	Community Health Advocates (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 <i>Adres e-mail: cha@cssny.org</i>
Strona internetowa	www.communityhealthadvocates.org

Spółeczny Projekt Dostępu do Świadczeń Zdrowotnych związanych z Uzależnieniami i Zdrowiem Psychicznym (Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project, CHAMP) – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	1-888-614-5400 od poniedziałku do środy. w godzinach 9 a.m. – 7 p.m., od czwartku do piątku. w godzinach 9 a.m. – 4 p.m.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostyszących albo z zaburzeniami mowy.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Spółeczny Projekt Dostępu do Świadczeń Zdrowotnych związanych z Uzależnieniami i Zdrowiem Psychicznym (Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project, CHAMP) – informacje kontaktowe**

Adres korespondencyjny	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 Adres e-mail: ombuds@oasas.ny.gov
Strona internetowa	www.champny.org

Program Rzecznika Praw Obywatelskich ds. Długoterminowej Opieki Stanu Nowy Jork pomaga ludziom uzyskać informacje na temat domów opieki i rozwiązywać problemy pomiędzy domami opieki a ich mieszkańcami lub ich rodzinami.

New York State Long Term Care Ombudsman Program – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	1-855-582-6769 od poniedziałku do piątku. w godzinach 8 a.m. – 4 p.m.
Adres korespondencyjny	2 Empire State Plaza, 5 piętro Albany, NY 12223 Adres e-mail: ombudsman@aging.ny.gov
Strona internetowa	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

CZĘŚĆ 7 Programy pomocy w płaceniu za leki na receptę

Strona Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) zawiera informacje na temat sposobów obniżenia kosztów leków na receptę. Poniższe programy mogą pomóc osobom o ograniczonych dochodach.

Program Extra Help w Medicare

Kwalifikują się Państwo do Medicaid, więc kwalifikują się Państwo do udziału w programie Extra Help od Medicare i korzystają Państwo z niego w celu pokrycia kosztów planu ubezpieczenia leków na receptę. Nie muszą Państwo podejmować żadnych dalszych działań, aby korzystać z programu Extra Help.

W razie pytań dotyczących programu Extra Help prosimy dzwonić pod numer:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048;
- do Biura Ubezpieczeń Społecznych pod numer 1-800-772-1213, w godzinach od 8 a.m. do 7 p.m., od poniedziałku do piątku. Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-800-325-0778; albo
- do Państwa stanowego biura Medicaid (informacje kontaktowe podano w części 6 tego rozdziału).

Jeśli uważają Państwo, że płacą nieprawidłową kwotę za receptę w aptece, nasz plan przewiduje procedurę, która pomoże Państwu uzyskać dowód wskazujący prawidłową kwotę współpłaty. Jeśli posiadają już Państwo dowody wskazujące prawidłową kwotę, możemy pomóc Państwu w udostępnieniu nam tych dowodów.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji

- Procedura najlepszych dostępnych dowodów (Best Available Evidence, BAE) jest dostępna na stronie <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Na podstawie procedury BAE określana jest wysokość zapomogi dla osób o niskich dochodach. Nasz Dział Obsługi Ubezpieczonych i dział apteczny ustalają przypadki, w których zastosowanie ma procedura BAE. W celu ustalenia kwalifikowalności członkowie mogą przysyłać dokumentację BAE do Działu Obsługi Członków na adres podany w Rozdziale 2. Ponadto, w przypadku pytań należy skontaktować się z Działem Obsługi Ubezpieczonych. Dopuszczalne formy dowodów to:
 - Pismo o przyznaniu świadczeń z SSA
 - Orzeczenie o przyznaniu świadczeń
 - Uzupelniający zasiłek z ubezpieczenia społecznego (Supplemental Security Income)

Po otrzymaniu dowodu wskazującego prawidłową wysokość współpłaty zaktualizujemy nasz system, aby mogli Państwo dokonać współpłaty w prawidłowej kwocie przy realizacji kolejnej recepty.

W przypadku nadpłaty współpłaty otrzymają Państwo zwrot pieniędzy w postaci czeku albo uznania na poczet przyszłej współpłaty. Jeśli apteka nie pobrała współpłaty i są Państwo dłużni wobec apteki, możemy dokonać płaty bezpośrednio na rzecz apteki. Jeżeli w imieniu ubezpieczonego płaci stan, możemy zapłacić bezpośrednio stanowi. W przypadku pytań można również zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

Większość naszych członków spełnia kryteria kwalifikacyjne i korzysta już z programu Extra Help od Medicare w celu pokrycia kosztów związanych z planem ubezpieczenia leków na receptę. Co jeżeli są Państwo objęci Extra Help oraz ubezpieczeniem w ramach State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Wiele stanów oferuje pomoc w opłaceniu recept, składek w ramach planów ubezpieczenia leków lub innych kosztów leków. Jeśli są Państwo zarejestrowani w State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP), program Extra Help Medicare płaci jako pierwszy.

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (State Pharmaceutical Assistance Program w stanie New York) – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	(800) 332-3742 Od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego
Adres korespondencyjny	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
Strona internetowa	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Co jeżeli posiadają Państwo Extra Help oraz ubezpieczenie w ramach programu AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) pomaga osobom żyjącym z HIV/AIDS uzyskać dostęp do ratujących życie leków na HIV. Leki w ramach Medicare Part D, które są również ujęte w receptariuszu ADAP, kwalifikują się do pomocy w pokryciu kwot udziału w kosztach w ramach informacji dotyczące programu ADAP w stanie New York.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji

Uwaga: Aby kwalifikować się do programu ADAP działającego w danym stanie, należy spełnić określone kryteria, w tym udowodnić zamieszkanie w stanie i status zakażenia HIV, niskie dochody (według definicji stanu) oraz status nieubezpieczonego albo niedostatecznie ubezpieczonego. W przypadku zmiany planu należy powiadomić lokalnego pracownika ds. rejestracji w ADAP, aby móc nadal otrzymywać pomoc. Aby uzyskać informacje na temat kryteriów kwalifikacyjnych, leków objętych ubezpieczeniem albo sposobu rejestracji w programie, należy zadzwonić pod numer (800) 542-2437 albo 1-844-682-4058.

Stanowe programy pomocy w zakupie środków farmaceutycznych

W wielu stanach funkcjonują stanowe programy State Pharmaceutical Assistance Program, które pomagają w opłaceniu kosztów leków na receptę w oparciu o potrzeby finansowe, wiek, stan zdrowia albo niepełnosprawność. Każdy stan ma inne zasady zapewniania swoim uczestnikom ubezpieczenia leków.

State Pharmaceutical Assistance Program w stanie New York nosi nazwę *EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage)*.

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (State Pharmaceutical Assistance Program w stanie New York) – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	(800) 332-3742 Od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego
Adres korespondencyjny	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
Strona internetowa	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Plan Medicare Prescription Payment

Plan Medicare Prescription Payment to opcja płatności dostępna w połączeniu z Państwa bieżącym ubezpieczeniem leków, która umożliwia zarządzanie ponoszonymi przez Państwa kosztami własnymi za leki objęte ubezpieczeniem w ramach naszego planu poprzez rozłożenie ich na cały **rok kalendarzowy** (od stycznia do grudnia). Z tej opcji płatności może korzystać każdy członek planu ubezpieczenia leków Medicare albo planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicare z ubezpieczeniem leków (np. planu Medicare Advantage z ubezpieczeniem leków). **Ta opcja płatności może pomóc w zarządzaniu wydatkami, ale nie pozwala zaoszczędzić pieniędzy ani obniżyć kosztów leków. Jeśli są Państwo członkami planu Medicare Prescription Payment i nie zmieniają Państwo planu w ramach Części D, Państwa udział zostanie automatycznie przedłużony na rok 2026.** Extra Help Medicare i pomoc w ramach SPAP i ADAP dla osób, które spełniają kryteria kwalifikacyjne, jest bardziej korzystna niż uczestnictwo w Planie Medicare Prescription Payment. Aby dowiedzieć się więcej o tej opcji płatności, należy skontaktować się z Działem Obsługi Członków pod numerem (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) albo odwiedzić stronę www.Medicare.gov.

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Plan Medicare Prescription Payment – informacje kontaktowe**

Kontakt telefoniczny	(833) 671-0440 Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Godziny pracy od 1 października do 31 marca: od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego, 7 dni w tygodniu. Od 1 kwietnia do 30 września: od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Dział Obsługi Członków pod numerem (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) dysponuje także bezpłatnymi usługami tłumaczy ustnych dla osób niemówiących po angielsku.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostyszących albo z zaburzeniami mowy. Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Godziny pracy od 1 października do 31 marca: od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego, 7 dni w tygodniu. Od 1 kwietnia do 30 września: od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego.
Faks	(310) 507-6186
Adres korespondencyjny	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Strona internetowa	SWHNY.com

CZĘŚĆ 8 Urząd Emerytur Kolejowych (Railroad Retirement Board, RRB)

Urząd Emerytur Kolejowych jest niezależną agencją federalną, która zarządza kompleksowymi programami świadczeń dla krajowych pracowników kolei i ich rodzin. Osoby otrzymujące świadczenia Medicare za pośrednictwem Urzędu Emerytur Kolejowych powinny poinformować Urząd o przeprowadzkach albo zmianach adresu do korespondencji. W przypadku pytań dotyczących świadczeń zapewnianych przez Urząd Emerytur Kolejowych prosimy o kontakt z agencją.

Urząd Emerytur Kolejowych (RRB) – informacje kontaktowe

Kontakt telefoniczny	1-877-772-5772 Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Po wybraniu „0” można porozmawiać z przedstawicielem RRB w godzinach od 9 a.m. do 3:30 p.m. w poniedziałki, wtorki, czwartki i piątki oraz od 9 a.m. do 12 p.m. w środy. Po wybraniu „1” można skorzystać z automatycznej infolinii RRB i wysłuchać nagranych informacji przez całą dobę, również w weekendy i w święta.
-----------------------------	---

Rozdział 2: Numery telefonów i źródła informacji**Urząd Emerytur Kolejowych (RRB) – informacje kontaktowe**

TTY	1-312-751-4701 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostępujących albo z zaburzeniami mowy. Połączenia z tym numerem nie są bezpłatne.
Strona internetowa	https://RRB.gov

CZĘŚĆ 9 Jeśli posiadają Państwo ubezpieczenie grupowe albo inne ubezpieczenie zdrowotne zapewnione przez pracodawcę

Jeśli otrzymują Państwo (albo współmałżonek albo partner życiowy otrzymuje) świadczenia od swojego (albo współmałżonka albo partnera życiowego) pracodawcy albo grupy emerytalnej w ramach tego planu, mogą Państwo zadzwonić do administratora świadczeń pracodawcy/związku zawodowego albo do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania. Można zapytać o swoje (albo współmałżonka lub partnera życiowego) świadczenia zdrowotne, składki lub okres rejestracji. (Numery telefonów do Działu Obsługi Ubezpieczonych znajdują się na tylnej okładce tego dokumentu.) W przypadku pytań dotyczących Państwa ubezpieczenia Medicare w ramach tego planu mogą Państwo zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048.

Jeżeli obecnie posiadają Państwo inne ubezpieczenie leków w ramach ubezpieczenia swojego (albo małżonka albo partnera życiowego) zapewnianego przez pracodawcę albo grupę emerytalną, należy się skontaktować z **administratorem świadczeń tej grupy**. Administrator świadczeń może pomóc Państwu w zrozumieniu, w jaki sposób Państwa obecne ubezpieczenie leków będzie działać z naszym planem.

ROZDZIAŁ 3:

Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

CZĘŚĆ 1 Jak uzyskać opiekę medyczną i inne usługi w ramach naszego planu

W tym rozdziale wyjaśniono, co należy wiedzieć o korzystaniu z planu w celu uzyskania opieki medycznej i innych usług objętych ubezpieczeniem. Szczegółowe informacje na temat opieki medycznej i innych usług objętych planem można znaleźć w *Tabeli świadczeń medycznych* w Rozdziale 4.

Część 1.1 Świadczeniodawcy należący do sieci i usługi objęte ubezpieczeniem

- **Świadczeniodawcy** to lekarze i inni specjaliści opieki zdrowotnej posiadający uprawnienia od stanu na świadczenie usług medycznych i opieki zdrowotnej. Termin „świadczeniodawcy” obejmuje również szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej.
- **Świadczeniodawcy należący do sieci** to lekarze i inni specjaliści opieki zdrowotnej, zespoły medyczne, szpitale i inne placówki służby zdrowia, które zawarły z nami umowę, na podstawie której zgodziły się akceptować wnoszone przez nas płatności jako pełną zapłatę. Uzgodniliśmy, że świadczeniodawcy ci będą zapewniać członkom naszego planu usługi objęte ubezpieczeniem. Świadczeniodawcy należący do sieci obciążają nas bezpośrednio za opiekę świadczoną naszym członkom. Jeśli członek korzysta z usług świadczeniodawcy należącego do sieci, nie płaci za usługi objęte ubezpieczeniem.
- **Usługi objęte ubezpieczeniem** obejmują całą opiekę medyczną, usługi opieki zdrowotnej, sprzęt, wyroby medyczne i leki na receptę objęte ubezpieczeniem. Państwa usługi objęte ubezpieczeniem w zakresie opieki medycznej wymieniono w Tabeli świadczeń medycznych w Rozdziale 4. Państwa usługi objęte ubezpieczeniem w zakresie leków na receptę omówiono w Rozdziale 5.

Część 1.2 Podstawowe zasady dotyczące opieki medycznej i innych usług objętych ubezpieczeniem w ramach planu

Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), jako plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare i Medicaid, musi pokrywać wszystkie usługi objęte ubezpieczeniem przez Original Medicare i może zaoferować inne usługi oprócz tych objętych ubezpieczeniem przez Original Medicare.

Zasadniczo, plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) obejmie ubezpieczeniem opiekę medyczną, jeśli:

- **Opieka zapewniana Państwu jest uwzględniona w Tabeli świadczeń medycznych planu** w Rozdziale 4.

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

- **Uzyskana opieka jest uznawana za niezbędną ze względów medycznych.** Opieka konieczna ze względów medycznych oznacza usługi, materiały, sprzęt lub leki potrzebne do zapobiegania, zdiagnozowania lub leczenia schorzenia medycznego i spełnia przyjęte standardy praktyki medycznej.
- **Mają Państwo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) należącego do sieci, który zapewnia Państwu opiekę i nadzoruje ją.** Członkowie naszego planu muszą wybrać PCP należącego do sieci (więcej informacji na ten temat podano w Części 2.1).
 - W większości przypadków plan musi udzielić wcześniejszej zgody (wystawić skierowanie) na skorzystanie z usług innych świadczeniodawców należących do sieci planu, takich jak specjaliści, szpitale, specjalistyczne placówki opiekuńcze czy agencje świadczące usługi z zakresu domowej **opieki** zdrowotnej. Więcej informacji można znaleźć w Części 2.3.
 - W przypadku opieki w nagłych przypadkach albo pilnie potrzebnych usług nie potrzebują Państwo skierowania **od** PCP. Aby dowiedzieć się więcej o innych rodzajach opieki, z których mogą Państwo skorzystać bez wcześniejszej zgody PCP, należy zapoznać się z Częścią 2.2.
- **Muszą Państwo otrzymać opiekę od świadczeniodawcy należącego do sieci** (patrz Część 2). W większości przypadków opieka zapewniana przez świadczeniodawcę nienależącego do sieci (świadczeniodawcę, który nie należy do sieci planu) nie zostanie objęta ubezpieczeniem. Oznacza to, że muszą Państwo zapłacić świadczeniodawcy pełną kwotę za świadczone usługi. *Oto 3 wyjątki:*
 - Plan pokrywa opiekę w nagłych przypadkach albo pilnie potrzebne usługi zapewniane przez świadczeniodawcę spoza sieci. Więcej informacji na ten temat oraz opis usług świadczonych w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia i pilnie potrzebnych usług można znaleźć w Części 3.
 - Jeśli potrzebują Państwo opieki medycznej, którą zgodnie z wymogami Medicare musi refundować nasz plan, ale w naszej sieci nie ma specjalistów, którzy świadczą taką opiekę, mogą Państwo uzyskać taką opiekę od świadczeniodawcy spoza sieci przy takim samym udziale w kosztach, jaki zwykle obowiązuje w sieci. W takim przypadku wymagana jest wcześniejsza zgoda. W celu uzyskania pomocy należy skontaktować się z Działem Obsługi Ubezpieczonych. W takiej sytuacji plan pokryje koszty usług, a Państwo nie będą musieli ponosić żadnych kosztów. Informacje o tym, w jaki sposób uzyskać zgodę na skorzystanie z usług lekarza spoza sieci, znajdują się w Części 2.4.
 - Plan obejmuje usługi dializy nerkowej w placówce dializ certyfikowanej przez Medicare, gdy tymczasowo przebywają Państwo poza obszarem usług planu albo gdy świadczeniodawca realizujący tę usługę jest tymczasowo niedostępny albo nieosiągalny. Udział w kosztach, który ponoszą Państwo w ramach planu za dializy, nie może nigdy przekroczyć udziału w kosztach w ramach planu Original Medicare. Jeśli znajdują się Państwo poza obszarem usług planem i korzystają Państwo z dializy u świadczeniodawcy spoza sieci planu, Państwa udział w kosztach nie może przekroczyć udziału w kosztach, który ponoszą Państwo w sieci. Jeśli jednak Państwa zwykły świadczeniodawca należący do sieci zapewniający usługi dializy jest tymczasowo niedostępny i zdecydują się Państwo skorzystać z usług świadczeniodawcy nienależącego do sieci planu na obszarze usług, udział w kosztach dializy może być wyższy.

CZĘŚĆ 2 Obowiązek uzyskiwania opieki medycznej i innych usług od świadczeniodawców należących do sieci planu

Część 2.1 Muszą Państwo wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), który będzie świadczył i nadzorował opiekę medyczną zapewnianą Państwu

Kim jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i jaką opiekę zapewnia członkom?

Członkowie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) muszą wybrać świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej (primary care provider, PCP). PCP to licencjonowany świadczeniodawca, który spełnia wymagania stanowe i przeszedł szkolenie w zakresie udzielania podstawowej opieki medycznej.

PCP jest lekarzem medycyny rodzinnej, internistą, geriatrą, lekarzem zajmującym się opieką zdrowotną dla dorosłych lub lekarzem rodzinnym bądź pielęgniarzką geriatryczną w stanie Nowy Jork. PCP będzie zapewniał członkowi regularną lub podstawową opiekę. Będzie również koordynował pozostałe usługi objęte ubezpieczeniem, zapewniane członkom planu. Obejmuje to badania RTG, badania laboratoryjne, terapie, opiekę zapewnianą przez specjalistów, przyjęcia do szpitala i dalszą opiekę. „Koordynacja” usług obejmuje również kontakty lub konsultacje z innymi świadczeniodawcami planu odnośnie opieki nad członkiem. W określonych przypadkach, PCP musi również uzyskać od planu wcześniejszą zgodę (wcześniejsze zatwierdzenie). W tabeli świadczeń w Rozdziale 4 można sprawdzić, które usługi wymagają wcześniejszej zgody od planu. PCP członka skontaktuje się z Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) w celu uzyskania koniecznej autoryzacji. W związku z tym, że PCP będzie zapewniał lub koordynował opiekę medyczną nad członkiem, członek powinien zadbać o przestanie do gabinetu PCP całej swojej wcześniejszej dokumentacji medycznej.

Jak wybrać PCP

W chwili zapisu do planu członek zostanie poproszony o wybranie PCP. Dotychczasowy PCP członka może już należeć do sieci planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). W chwili ubiegania się o członkostwo w planie, sprawdzimy, czy PCP członka należy do naszego planu. Jeśli okaże się, że lekarz członka nie należy do Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), trzeba będzie wybrać nowego świadczeniodawcę z naszej sieci i jak najszybciej umówić się do niego na wizytę.

W chwili zapisu do Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), członek może wybrać PCP z Katalogu świadczeniodawców i aptek. Najbardziej aktualny wykaz świadczeniodawców dostępny jest na naszej stronie internetowej, a świadczeniodawcę można znaleźć korzystając z narzędzia wyszukiwania Znajdź świadczeniodawcę. Można również skontaktować się z Działem Obsługi Ubezpieczonych, dzwoniąc pod bezpłatny numer podany na odwrocie tego informatora. Razem z członkiem przejrzymy nazwiska PCP przyjmujących w jego okolicy, zapytamy o innych lekarzy członka i o szpitale, z których korzysta. Członek zostanie poproszony o wpisanie nazwiska swojego PCP na wniosku o rejestrację w planie. PCP można zmienić w dowolnym momencie.

Jak zmienić swojego PCP

Wybranego PCP można zmienić z dowolnego powodu w dowolnym momencie. PCP może również zrezygnować z udziału w sieci świadczeniodawców naszego planu i w takiej sytuacji trzeba będzie wybrać nowego PCP.

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) wdrożył politykę ciągłości opieki (Continuity-of-Care, COC), która umożliwi ciągły dostęp do niezakontraktowanych świadczeniodawców w następujących sytuacjach:

Nowi członkowie mogą kontynuować leczenie przez maksymalnie 90 dni:

- Jeśli w momencie rejestracji są poddawani aktywnemu leczeniu przez niezakontraktowanych świadczeniodawców.
- Jeśli posiadają Państwo aktualnie sprzęt trwały sprzęt medyczny (DME) – plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) zapewni ciągły dostęp do potrzebnego sprzętu DME i napraw u niezakontraktowanych świadczeniodawców.
- Kobietom w ciąży zostanie zapewniona ciągła opieka do zakończenia świadczenia usług poporodowych albo przez dłuższy okres, jeśli będzie to konieczne w celu bezpiecznego przeniesienia do innego świadczeniodawcy.

Dotychczasowi członkowie mogą uzyskać ciągłą opiekę przez maksymalnie rok w zakresie bieżących usług po rozwiązaniu umowy między planem Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) a swoim świadczeniodawcą albo placówką, z poniższymi zastrzeżeniami:

- Usługi są częścią świadczeń udzielanych członkowi;
- Umowa ze świadczeniodawcą nie została rozwiązana z powodu problemów z jakością opieki;
- Świadczeniodawca musi wyrazić zgodę na kontynuowanie opieki nad członkiem;
- Świadczeniodawca zobowiązał się do zaakceptowania stawek wymaganych przepisami.

Pracownicy planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) będą współpracować z niezakontraktowanym świadczeniodawcą w celu włączenia go do sieci planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) jako zakontraktowanego świadczeniodawcę albo będą współpracować z Państwem i świadczeniodawcą w celu przeniesienia opieki do świadczeniodawcy należącego do sieci w ciągu 90-dniowego okresu ciągłości opieki. Ciągłość opieki zostanie zapewniona w zakresie świadczeń udzielanych członkowi.

Odstępstwa od polityki:

1. Pracownicy planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mogą przedłużyć ten 90-dniowy okres o tyle, o ile będzie to konieczne, aby zaspokoić Państwa ewentualne nietypowe potrzeby.
2. Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nie zatwierdzi dalszej opieki przez świadczeniodawcę nienależącego do sieci, jeśli:
 - Członek wymaga jedynie monitorowania choroby przewlekłej;
 - Rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą wynika z kontroli zawodowej z powodu niekompetencji lub niewłaściwego postępowania, a dobrostan członka może być zagrożony;

Część 2.2 Opieka medyczna i inne usługi, z których mogą Państwo skorzystać bez skierowania od PCP

Wymienione niżej usługi są dostępne bez konieczności uzyskania wcześniejszej zgody PCP.

- Standardowa opieka dla kobiet, która obejmuje badania piersi, przesiewowe mammografie (prześwietlenia piersi), badania cytologiczne i badania ginekologiczne

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

- Szczepionki przeciw grypie, szczepionki przeciw COVID-19, szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i szczepionki przeciw zapaleniu płuc
- Opieka w nagłych przypadkach, zarówno zapewniana przez świadczeniodawców należący do sieci, jak i tych nienależących do sieci.
- Pilnie potrzebne usługi objęte planem to usługi, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej (ale nie stanowią sytuacji nagłej), jeśli tymczasowo znajdują się Państwo poza obszarem usług naszego planu albo jeśli uzyskanie takiej usługi od świadczeniodawców należących do sieci jest nieuzasadnione ze względu na czas, miejsce i okoliczności. Przykładami pilnie potrzebnych usług są nieprzewidziane choroby i urazy albo nieoczekiwane zaostrzenia istniejących schorzeń. Niezbędne z medycznego punktu widzenia rutynowe wizyty u świadczeniodawcy (takie jak coroczne badania kontrolne) nie są uważane za pilnie potrzebne, nawet jeśli znajdują się Państwo poza obszarem usług w ramach planu albo sieć planu jest tymczasowo niedostępna.
- Usługi dializy nerkowej wykonywane w placówce dializ certyfikowanej przez Medicare, gdy tymczasowo przebywają Państwo poza obszarem usług planu. Jeżeli będzie taka możliwość, przed opuszczeniem obszaru usług należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), abyśmy mogli zorganizować dializacyjne leczenie podtrzymujące na ten czas.

Część 2.3 Jak uzyskać opiekę od specjalistów i innych świadczeniodawców należących do sieci

Specjalista to lekarz, który świadczy usługi opieki zdrowotnej w zakresie określonych chorób lub części ciała. Istnieje wiele rodzajów specjalistów. Na przykład:

- Onkolodzy leczą pacjentów chorych na raka.
- Kardiolodzy leczą pacjentów z dolegliwościami serca.
- Ortopedzi leczą pacjentów z określonymi problemami związanymi z kośćmi, stawami i mięśniami.

PCP odpowiada za koordynację usług, w tym za kierowanie członków do specjalistów i innych świadczeniodawców należących do sieci. Wizyty w gabinecie specjalisty z sieci nie wymagają uzyskania wcześniejszej zgody. Jeśli członek potrzebuje zabiegu lub usługi, na które potrzebna jest wcześniejsza zgoda, PCP członka lub specjalista skontaktuje się z nami w celu uzyskania koniecznej wcześniejszej zgody. Usługi wymagające wcześniejszej zgody planu wymieniono w Części 2.1 Rozdziału 4 tego dokumentu. Przykładowe usługi wymagające wcześniejszej zgody planu obejmują planowaną (inną niż w nagłym przypadku) opiekę szpitalną, przyjęcia do specjalistycznej placówki opiekuńczej i domową opiekę zdrowotną.

W sprawie opieki potrzebnej poza normalnymi godzinami pracy należy skontaktować się ze swoim PCP. Jego dane kontaktowe podane są na karcie identyfikacyjnej członka planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). W nagłym przypadku zagrożenia zdrowia należy natychmiast zgłosić się do lekarza. Więcej informacji podano w Części 3 (Jak uzyskać usługi objęte ubezpieczeniem w stanie nagłego zagrożenia zdrowia albo kiedy potrzeba jest pilna pomoc).

Kiedy specjalista albo inny świadczeniodawca należący do sieci przestanie przyjmować w ramach planu

W ciągu roku możemy wprowadzać zmiany w zakresie szpitali, lekarzy i specjalistów (świadczeniodawców) należących do sieci planu. Jeśli lekarz albo specjalista opuści plan, przystępują Państwu następujące prawa i zabezpieczenia:

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

- Chociaż nasza sieć świadczeniodawców może ulegać zmianie w ciągu roku, Medicare wymaga, abyśmy zapewnili Państwu nieprzerwany dostęp do wykwalifikowanych lekarzy i specjalistów.
- Powiadomimy Państwa, że Państwa świadczeniodawca przestaje przyjmować w ramach planu, aby mieli Państwo czas na wybranie nowego świadczeniodawcy.
 - Jeśli świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej albo świadczeniodawca opieki w zakresie zdrowia behawioralnego opuści nasz plan, powiadomimy o tym Państwa, jeśli odbywali Państwo wizyty u tego świadczeniodawcy w ciągu ostatnich 3 lat.
 - Jeśli którykolwiek z innych świadczeniodawców opuści nasz plan, powiadomimy Państwa, jeśli są Państwo przypisani do tego świadczeniodawcy, obecnie korzystają Państwo z jego usług albo odwiedzili go Państwo w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
- Pomożemy Państwu wybrać nowego wykwalifikowanego świadczeniodawcę należącego do sieci w celu kontynuowania opieki.
- Jeżeli są Państwo w trakcie leczenia prowadzonego przez aktualnego świadczeniodawcę, mają Państwo prawo żądać, aby niezbędne ze względów medycznych leczenie było kontynuowane. Wspólnie z Państwem zadbamy o to, aby opieka mogła być kontynuowana.
- Przekażemy Państwu informacje na temat dostępnych okresów rejestracji oraz opcji zmiany planów.
- Gdy świadczeniodawca należący do sieci albo świadczenie są niedostępni albo nieodpowiedni w celu zaspokojenia Państwa potrzeb medycznych, zapewnimy wszelkie niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia objęte ubezpieczeniem poza naszą siecią świadczeniodawców, ale przy udziale w kosztach w ramach sieci. Może być wymagana wcześniejsza zgoda.
- Jeśli dowiedzą się Państwo, że Państwa lekarz albo specjalista opuszcza plan, należy skontaktować się z nami, abyśmy mogli pomóc w znalezieniu nowego świadczeniodawcy, który będzie zarządzał zapewnianą Państwu opieką.
- Jeśli uważają Państwo, że nie zapewnił Państwu wykwalifikowanego świadczeniodawcy, który zastąpiłby poprzedniego świadczeniodawcę albo że Państwa opieka nie jest odpowiednio zarządzana, mają Państwo prawo złożyć skargę dotyczącą jakości opieki do QIO, skargę dotyczącą jakości opieki do planu albo obie te skargi (patrz Rozdział 9).

Część 2.4 Jak otrzymać opiekę od świadczeniodawców spoza sieci

Jeśli ubezpieczony potrzebuje specjalistycznej opieki medycznej, którą zgodnie z wymaganiami Medicare lub Medicaid nasz plan musi pokryć, a w naszej sieci nie ma świadczeniodawców, którzy mogliby zapewnić taką opiekę, ubezpieczony może uzyskać ją u świadczeniodawcy nienależącego do sieci. Dotyczy to usług świadczeniodawcy, który ma wyjątkowe kwalifikacje do świadczenia określonej usługi potrzebnej ubezpieczonemu, a także usług zapewnianych w specjalistycznym ośrodku lub centrum doskonałości (np. usługi związane ze schyłkową niewydolnością nerek). Nie obowiązują żadne dodatkowe ograniczenia świadczeń, które mają zastosowanie poza naszą siecią albo obszarem usług.

Przed uzyskaniem opieki u świadczeniodawców nienależących do sieci, ubezpieczony lub jego PCP musi skontaktować się z planem, aby uzyskać wcześniejszą zgodę. W celu uzyskania pomocy można zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych. Jeśli plan udzieli wcześniejszej zgody na uzyskanie opieki od świadczeniodawcy nienależącego do sieci, pokryje takie usługi na zasadach, jakie obowiązują w przypadku usług otrzymywanych od świadczeniodawcy należącego do sieci.

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

Przed wizytą u świadczeniodawcy nienależącego do sieci należy koniecznie uzyskać wcześniejszą zgodę od planu. Jeśli plan nie wyda wcześniej zgody na usługi, może nie objąć ich ubezpieczeniem. Jeśli świadczeniodawca zaleci ubezpieczonemu kontynuację opieki w swoim gabinecie, ubezpieczony powinien najpierw sprawdzić, czy zgoda planu obejmuje więcej niż jedną wizytę u świadczeniodawcy nienależącego do sieci.

Uwaga: mają Państwo prawo do korzystania z usług świadczeniodawców nienależących do sieci w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia albo w przypadku pilnie potrzebnych usług. Ponadto plany muszą obejmować usługi dializacyjne dla uczestników ze schyłkową niewydolnością nerek (ESRD), którzy wyjechali poza obszar usług *naszego* planu i *nie są* w stanie uzyskać dostępu do należących do sieci świadczeniodawców udzielających takich świadczeń.

CZĘŚĆ 3 Jak korzystać z usług w nagłych przypadkach, w przypadku klęski żywiołowej albo gdy opieka jest pilnie potrzebna

Część 3.1 Opieka w nagłych przypadkach medycznych

Nagły przypadek medyczny ma miejsce wtedy, gdy Państwo albo inna działająca rozsądnie niebędąca fachowcem i posiadająca przeciętną znajomość zagadnień zdrowia i medycyny, uważa, że mają Państwo objawy wymagające natychmiastowej pomocy medycznej, aby zapobiec utracie życia (a w przypadku ciężarnej kobiety, utracie nienarodzonego dziecka), utracie kończyny albo funkcji kończyny, albo utracie albo poważnemu upośledzeniu funkcji ciała. Objawy medyczne mogą obejmować chorobę, uraz, ostry ból albo schorzenie, który się szybko pogarsza.

W nagłym przypadku medycznym należy:

- **Należy jak najszybciej uzyskać pomoc.** Zadzwoń na 911 albo udaj się na najbliższy oddział ratunkowy lub do szpitala. W razie potrzeby wezwać karetkę. Nie ma obowiązku uzyskania zgody albo skierowania od swojego PCP. Nie muszą Państwo korzystać z usług lekarza należącego do sieci. Mogą Państwo skorzystać z opieki medycznej w nagłych przypadkach w ramach planu w dowolnym miejscu w Stanach Zjednoczonych albo na terytoriach należących do Stanów Zjednoczonych oraz u dowolnego świadczeniodawcy posiadającego odpowiednie uprawnienia stanowe, nawet jeśli nie należy on do naszej sieci.
- **Należy jak najszybciej upewnić się, że nasz plan został poinformowany o Państwa nagłej sytuacji medycznej.** Musimy być informowani o udzieleniu pomocy w nagłych przypadkach. Członek lub inna osoba powinna, zwykle w ciągu 48 godzin, poinformować plan o tym, że członek skorzystał z pomocy w nagłych przypadkach. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod *numer telefonu w dni i godziny jego pracy albo wyjaśnić, gdzie można znaleźć ten numer* (np. na odwrocie karty członkowskiej *naszego* planu).

Usługi objęte ubezpieczeniem w nagłym przypadku medycznym

Plan pokrywa transport karetką w sytuacji, gdy dostanie się na oddział ratunkowy w inny sposób mogłoby zagrażać zdrowiu ubezpieczonego. Pokrywamy również usługi medyczne udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia.

Lekarze udzielający Państwu opieki w nagłych przypadkach zdecydują, kiedy Państwa stan będzie stabilny, a nagły przypadek medyczny dobiegnie końca.

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

Po zakończeniu nagłego przypadku mają Państwo prawo do dalszej opieki, aby upewniono się, że Państwa stan jest nadal stabilny. Lekarze będą kontynuować leczenie do czasu skontaktowania się z nami i ustalenia planów dodatkowej opieki. Dalsza opieka będzie refundowana przez nasz plan.

W sytuacji gdy korzystają Państwo z opieki w nagłych przypadkach u świadczeniodawców spoza sieci, postaramy się, aby opiekę przejęli świadczeniodawcy należący do sieci, gdy tylko Państwa schorzenie i okoliczności na to pozwolą.

Co się stanie, jeżeli okaże się, że nie był to nagły przypadek medyczny?

Czasami trudno jest zdecydować, czy członek jest w stanie nagłego przypadku medycznego. Na przykład mogą Państwo udać się po opiekę w nagłych przypadkach – myśląc, że Państwa zdrowie jest poważnie zagrożone – a lekarz może stwierdzić, że nie był to nagły przypadek medyczny. Jeśli okaże się, że nie był to nagły przypadek, pokryjemy koszty opieki, o ile mogli Państwo w sposób uzasadniony sądzić, że Państwa zdrowie było w poważnym niebezpieczeństwie.

Jednak po tym, jak lekarz stwierdzi, że nie był to nagły przypadek, pokryjemy koszty dodatkowej opieki *tylko* wtedy, gdy uzyskają ją Państwo w jeden z następujących 2 sposobów:

- Ubezpieczony skorzysta z dodatkowej opieki u świadczeniodawcy należącego do sieci.
- Dodatkowa opieka zostanie uznana za pilnie potrzebne usługi, a Państwo będą przestrzegać zasad dotyczących uzyskania pilnej opieki.

Część 3.2 Uzyskanie opieki w sytuacji, gdy potrzebna jest pilna pomoc

Usługa, która wymaga natychmiastowej pomocy medycznej (ale nie stanowi sytuacji nagłej), jest pilnie potrzebną usługą, jeśli tymczasowo znajdują się Państwo poza obszarem usług naszego planu albo jeśli uzyskanie takiej usługi od świadczeniodawców należących do sieci jest nieuzasadnione ze względu na czas, miejsce i okoliczności. Przykładami pilnie potrzebnych usług są nieprzewidziane choroby i urazy albo nieoczekiwane zaostrzenia istniejących schorzeń. Jednakże niezbędne z medycznego punktu widzenia rutynowe wizyty u świadczeniodawcy, takie jak coroczne badania kontrolne, nie są uważane za pilnie potrzebne, nawet jeśli znajdują się Państwo poza obszarem usług w ramach planu albo sieć planu jest tymczasowo niedostępna.

W sytuacji gdy świadczeniodawcy należący do sieci są czasowo niedostępni, opiekę pilną można uzyskać w dowolnym ośrodku pomocy doraźnej. W dowolnym momencie mogą Państwo również zadzwonić na Infolinię porad pielęgniarskich pod numer (844) 658-8544. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711.

Plan obejmuje ubezpieczeniem ogólnoswiatowe usługi opieki w nagłych przypadkach świadczone poza Stanami Zjednoczonymi w następujących okolicznościach:

- W każdym roku kalendarzowym członkom przysługuje limit w wysokości \$10,000 na pokrycie kosztów opieki w nagłych przypadkach na całym świecie, który można wykorzystać na opiekę w nagłych przypadkach i opiekę po ustabilizowaniu się stanu zdrowia.
- Świadczenie ogranicza się do usług, które zostałyby sklasyfikowane jako opieka w nagłych przypadkach, gdyby były udzielane w Stanach Zjednoczonych.

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

- Jeśli otrzymasz pomoc w nagłych przypadkach poza Stanami Zjednoczonymi i będziesz potrzebować opieki szpitalnej po ustabilizowaniu stanu zdrowia, musisz wrócić do szpitala należącego do sieci, aby Twoja opieka była nadal objęta ubezpieczeniem LUB musisz uzyskać autoryzację planu na opiekę szpitalną w szpitalu nienależącym do sieci. Koszt ponoszony przez ubezpieczonego to udział w kosztach, jaki zapłaciłby w szpitalu należącego do sieci. Obowiązuje kwota maksymalna planu.
- Konieczne może być opłacenie usług z własnej kieszeni i złożenie wniosku o zwrot kosztów.
- Plan nie pokrywa zagranicznych podatków i opłat (w tym między innymi za przewalutowanie i opłaty za transakcje). Ubezpieczenie nie pokrywa transportu do Stanów Zjednoczonych z innego kraju.
- Nie jest również pokrywana rutynowa opieka ani zabiegi z wcześniej wyznaczonym terminem lub planowane.

W przypadku wątpliwości, czy plan pokryje określone usługi, przed skorzystaniem z nich członek ma prawo zwrócić się do planu z takim pytaniem. Członek ma prawo przedstawić swoje pytania w formie pisemnej. Jeśli plan stwierdzi, że nie pokryje kosztów usług, członek ma prawo odwołać się od decyzji planu o odmowie pokrycia lub zwrotu kosztów opieki.

Część 3.3 Uzyskanie opieki podczas klęski żywiołowej

Jeśli gubernator stanu, Sekretarz ds. Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych albo Prezydent Stanów Zjednoczonych ogłosi stan klęski żywiołowej albo stan zagrożenia na danym obszarze geograficznym, są Państwo nadal uprawnieni do uzyskania opieki w ramach planu.

Informacje na temat tego, jak uzyskać niezbędną opiekę w przypadku klęski żywiołowej, znajdują się na stronie SWHNY.com.

W przypadku klęski żywiołowej, jeśli nie mogą Państwo skorzystać z usług świadczeniodawcy należącego do sieci, plan zezwoli na uzyskanie opieki od świadczeniodawców spoza sieci na warunkach udziału w kosztach takich jak w przypadku usług świadczonych w ramach sieci. W przypadku klęski żywiołowej, jeśli nie mogą Państwo skorzystać z apteki należącej do sieci, mogą Państwo otrzymać leki na receptę w aptece spoza sieci. Patrz Część 2.5 Rozdziału 5.

CZĘŚĆ 4 Co zrobić, jeśli zostaną Państwo obciążeni bezpośrednio pełnym kosztem usług objętych ubezpieczeniem?

Jeśli zapłacili Państwo za usługi objęte ubezpieczeniem albo jeśli otrzymali Państwo rachunek za usługi medyczne objęte ubezpieczeniem, mogą Państwo zwrócić się *do nas* o pokrycie naszej części kosztów *usług objętych ubezpieczeniem*. Informacje o tym, co należy zrobić, można znaleźć w Rozdziale 7.

Część 4.1 Jeśli usługi nie są objęte naszym planem

Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) obejmuje wszystkie usługi niezbędne ze względów medycznych wyszczególnione w Tabeli świadczeń medycznych w Rozdziale 4. Jeśli skorzystają Państwo z usług nieobjętych naszym planem albo skorzystają Państwo z usług poza siecią bez zgody, mają Państwo obowiązek pokryć pełen koszt usług.

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

W przypadku usług objętych ubezpieczeniem, do których odnosi się limit świadczeń, ponoszą Państwo również pełny koszt usług, z których korzystają po wykorzystaniu świadczenia dla danego rodzaju usługi objętej ubezpieczeniem. Koszty usług opłacane po wykorzystaniu limitu świadczeń, nie są wliczane do kwoty maksymalnych wydatków własnych ubezpieczonego.

CZĘŚĆ 5 Usługi medyczne podczas udziału w badaniu klinicznym

Część 5.1 Czym jest naukowe badanie kliniczne

Naukowe badanie kliniczne (nazywane również *badaniem klinicznym*) pozwala lekarzom i naukowcom na testowanie nowych rodzajów opieki medycznej, na przykład pozwala ocenić skuteczność nowego leku przeciwnowotworowego. Określone badania kliniczne są zatwierdzone przez Medicare. Naukowe badania kliniczne zatwierdzone przez Medicare zazwyczaj wymagają udziału ochotników. W trakcie udziału w badaniu klinicznym mogą Państwo być nadal zarejestrowani w naszym planie i korzystać z pozostałej opieki (opieki niezwiązanej z badaniem) w ramach naszego planu.

Po tym, jak Medicare zatwierdzi badanie, a członek wyrazi zainteresowanie udziałem w nim, przedstawiciel zespołu prowadzącego badanie skontaktuje się z członkiem, aby bardziej szczegółowo wyjaśnić jego charakter i sprawdzić, czy członek spełnia wymagania określone przez badaczy prowadzących badanie. Można w nim uczestniczyć, o ile spełnia się jego wymagania *oraz* pod warunkiem pełnego zrozumienia i akceptacji konsekwencji udziału w badaniu.

Jeśli biorą Państwo udział w badaniu zatwierdzonym przez Medicare, większość kosztów usług objętych ubezpieczeniem, które są Państwu udzielane w ramach badania, będzie opłacana w ramach planu Original Medicare. Jeśli poinformują nas Państwo, że biorą Państwo udział w zakwalifikowanym badaniu klinicznym, będą Państwo odpowiedzialni jedynie za udział w kosztach usług świadczonych w ramach tego badania w naszej sieci. Jeśli zapłacili Państwo więcej, na przykład jeśli zapłacili Państwo już kwotę udziału w kosztach Original Medicare, zwrócimy Państwu różnicę między zapłaconą kwotą a udziałem w kosztach sieci. Będą Państwo musieli przedstawić dokumentację, aby wykazać, ile Państwo zapłacili.

Aby uczestniczyć w zatwierdzonym przez Medicare naukowym badaniu klinicznym, nie muszą Państwo informować nas ani uzyskać naszej zgody ani zgody świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (PCP). Świadczeniodawcy udzielający opieki w ramach naukowego badania klinicznego nie muszą należeć do sieci naszego planu. (Nie dotyczy to świadczeń objętych ubezpieczeniem, które wymagają przeprowadzenia badania klinicznego albo badania rejestrowego w celu oceny korzyści, w tym określonych świadczeń wymagających pokrycia z wypracowaniem dowodów [NCD-CED] i wyłączenia dotyczącego wyrobów eksperymentalnych [investigational device exemption, IDE]. Świadczenia te mogą również podlegać konieczności uzyskania wcześniejszej zgody i innym zasadom planu.)

Chociaż nie muszą Państwo uzyskać zgody naszego planu na udział w badaniu klinicznym, zachęcamy do powiadomienia nas z wyprzedzeniem, gdy zdecydują się Państwo wziąć udział w badaniach klinicznych kwalifikujących się do Medicare.

Jeżeli uczestniczą Państwo w badaniu niezatwierdzonym przez Medicare, *będą Państwo musieli ponieść wszystkie koszty uczestnictwa w nim.*

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

Część 5.2 Kto płaci za usługi w przypadku uczestnictwa w badaniu klinicznym

Po zapisaniu się do udziału w badaniu klinicznym zatwierdzonym przez Medicare, Original Medicare pokrywa koszty standardowych zabiegów i usług uzyskiwanych w ramach badania, w tym następujących pozycji:

- Pobyt i wyżywienie w czasie pobytu w szpitalu, za które zapłaciłby Medicare, nawet w przypadku, gdyby Państwo nie uczestniczyli w badaniu.
- Operacja albo inny zabieg medyczny wykonywany w ramach badania naukowego.
- Leczenie działań niepożądanych i powikłań wynikających z nowego leczenia.

W czasie udziału w badaniu klinicznym **ani Medicare, ani plan nie będą płacić za następujące usługi:**

- Ogólnie rzecz biorąc, Medicare nie zapłaci za nowy artykuł albo usługę ocenianą podczas badania, chyba że Medicare pokryłaby koszty takiego artykułu albo usługi, nawet gdyby Państwo nie uczestniczyli w badaniu.
- Artykuły albo usługi zapewniane wyłącznie w celu gromadzenia danych i niewykorzystywane bezpośrednio w opiece zdrowotnej nad Państwem. Na przykład, Medicare nie zapłaci za comiesięczną tomografię komputerową wykonaną w ramach badania, jeśli Państwa stan zdrowia normalnie wymagałby tylko jednej tomografii komputerowej.
- Artykuły i usługi zapewniane bezpłatnie przez sponsorów badań wszystkim uczestnikom badań.

Więcej informacji na temat przystąpienia do badania klinicznego

Więcej informacji na temat przystąpienia do badania klinicznego można znaleźć w publikacji Medicare *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare i badania kliniczne), dostępnej pod adresem www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. Można również zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048.

CZĘŚĆ 6 Zasady uzyskiwania opieki w religijnej niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej

Część 6.1 Religijna niemedyczna instytucja opieki zdrowotnej

Religijna niemedyczna instytucja opieki zdrowotnej to placówka zapewniająca opiekę w przypadku schorzeń, które zwykle są leczone w szpitalu lub w specjalistycznej placówce opiekuńczej. Jeśli uzyskanie opieki w szpitalu albo specjalistycznej placówce opiekuńczej jest sprzeczne z przekonaniami religijnymi członka, zamiast tego pokryjemy koszty opieki w religijnej niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej. Świadczenie to przysługuje wyłącznie w przypadku świadczeń szpitalnych w ramach Części A (niemedyczne usługi opieki zdrowotnej).

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

Część 6.2 Uzyskiwanie opieki w religijnej niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej

Warunkiem uzyskania opieki w religijnej niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej jest podpisanie przez Państwa dokumentu o charakterze prawnym, w który stwierdza się, że Państwo zgodnie ze swoim sumieniem nie zgadzają się na **leczenie o charakterze dobrowolnym (non-excepted)**.

- **Opieka medyczna albo leczenie o charakterze dobrowolnym** to taka opieka medyczna albo leczenie, *które nie jest przymusowe ani wymagane przez przepisy prawa federalnego, stanowego ani miejscowego.*
- **Przymusowe (excepted) leczenie** to opieka medyczna albo leczenie, *które nie są dobrowolne albo są wymagane na mocy przepisów prawa federalnego, stanowego albo miejscowego.*

Warunkiem objęcia ubezpieczeniem opieki zapewnianej w religijnej, niemedycznej instytucji opieki zdrowotnej jest spełnienie następujących warunków:

- Placówka zapewniająca opiekę musi być certyfikowana przez Medicare.
- Nasz plan obejmuje tylko *niereligijne* aspekty opieki.
- Jeśli korzystają Państwo z usług w placówce zapewnianych przez taką instytucję, obowiązują następujące warunki
 - Musi Państwo cierpieć na schorzenie, które umożliwiłoby Państwu skorzystanie z objętych ubezpieczeniem usług opieki szpitalnej albo opieki w specjalistycznej placówce opiekuńczej.
 - – *oraz* – trzeba z góry uzyskać zgodę planu przed przyjęciem do placówki, w przeciwnym wypadku pobyt w niej nie zostanie zrefundowany.
 - Obowiązują limity dotyczące *refundacji opieki szpitalnej* objętej Medicare

Ponadto, aby lepiej zrozumieć wszystkie opcje ubezpieczenia i zapoznać się z bardziej szczegółowymi informacjami na temat usług objętych ubezpieczeniem przez Medicaid, należy skontaktować się z Działem Obsługi Członków albo ze stanowym biurem Medicaid (informacje kontaktowe podano w Części 6 Rozdziału 2).

CZĘŚĆ 7 Zasady dotyczące własności trwałego sprzętu medycznego

Część 7.1 Nie będą Państwo właścicielem trwałego sprzętu medycznego po dokonaniu określonej liczby płatności w ramach planu

Do trwałego sprzętu medycznego (DME) zalicza się artykuły takie jak sprzęt i materiały do podawania tlenu, wózki inwalidzkie, balkoniki, zasilane systemy materacy, kule, materiały dla diabetyków, generatory mowy, pompy infuzyjne, nebulizatory i łóżka szpitalne zamawiane przez świadczeniodawcę do użytku domowego przez członka. Określony sprzęt DME, taki jak protezy, jest zawsze własnością członka. Inne rodzaje sprzętu DME trzeba wypożyczać.

W ramach Original Medicare osoby, które wypożyczają określone rodzaje sprzętu DME, zostają ich właścicielami po dokonaniu dopłat za sprzęt za trzynastcie miesięcy. Jednak członkowie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) zazwyczaj **nie stają się** właścicielami wypożyczonego sprzętu DME, bez względu na liczbę współpłatności wniesionych za dany artykuł w okresie członkostwa w planie. Nie nabędą Państwo prawa własności, nawet jeśli dokonali Państwo do 12 kolejnych płatności za sprzęt DME

Rozdział 3: Korzystanie z planu w przypadku usług medycznych i innych usług objętych ubezpieczeniem

w ramach Original Medicare przed przystąpieniem do naszego planu. W pewnych ograniczonych okolicznościach przeniesiemy na Państwa własność sprzętu DME. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby uzyskać więcej informacji.

Co się stanie z dokonanymi płatnościami za trwałe sprzęt medyczny, jeśli członek przejdzie do Original Medicare?

Jeśli nie nabyli Państwo własności sprzętu DME będąc członkiem naszego planu, będą Państwo musieli dokonać 13 nowych kolejnych wpłat po przejściu do Original Medicare, aby stać się właścicielem sprzętu DME. Płatności dokonane przez podczas rejestracji w naszym planie nie są wliczane do tych 13 płatności.

Przykład 1: Członek dokonał 12 lub mniej kolejnych płatności za dany produkt w Original Medicare, a następnie przystąpił do naszego planu. Płatności dokonane w ramach Original Medicare nie są wliczane. Będą Państwo musieli dokonać 13 płatności w ramach naszego planu przed nabyciem przedmiotu na własność.

Przykład 2: Członek dokonał 12 lub mniej kolejnych płatności za dany produkt w Original Medicare, a następnie przystąpił do naszego planu. Nie nabył własności sprzętu, będąc członkiem naszego planu. Następnie wrócił do Original Medicare. Po ponownym przystąpieniu do Original Medicare będzie musiał dokonać 13 kolejnych, nowych płatności, aby zostać właścicielem sprzętu. Wszelkie dokonane już płatności (na rzecz naszego planu albo na rzecz Original Medicare) nie są wliczane.

Część 7.2 Zasady dotyczące sprzętu do podawania tlenu, materiałów i konserwacji

W przypadku członków kwalifikujących się do objęcia ubezpieczeniem Medicare sprzętu do podawania tlenu, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pokryje:

- Wypożyczenie sprzętu do podawania tlenu
- Dostawę tlenu i tlen
- Rurki i akcesoria potrzebne do dostarczenia tlenu i jego podania
- Konserwacja i naprawy sprzętu do podawania tlenu

Jeśli opuszczą Państwo plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) albo nie będą Państwo już wymagać sprzętu do podawania tlenu ze względów medycznych, sprzęt do podawania tlenu należy zwrócić.

Co się stanie, jeśli zrezygnują Państwo z naszego planu i powrócą do Original Medicare?

Original Medicare wymaga od dostawcy tlenu świadczenia usług przez 5 lat. Przez pierwsze 36 miesięcy wynajmują Państwo sprzęt. Przez pozostałe 24 miesiące dostawca zapewnia sprzęt i konserwację (nadal muszą Państwo pokrywać współpłatność za tlen). Po 5 latach mogą Państwo pozostać w tej samej firmie albo przejść do innej. W tym momencie 5-letni cykl rozpoczyna się od nowa, nawet jeśli pozostają Państwo w tej samej firmie, co wymaga ponownego uiszczenia współpłatności przez pierwsze 36 miesięcy. Jeśli dołączą Państwo do naszego planu albo z niego zrezygnują, 5-letni cykl rozpoczyna się od nowa.

ROZDZIAŁ 4:

Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

CZĘŚĆ 1 Informacje dotyczące usług objętych ubezpieczeniem

W Tabeli świadczeń medycznych wyszczególniono usługi objęte ubezpieczeniem dla członków planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ta część zawiera również informacje na temat usług medycznych, które nie są objęte ubezpieczeniem; wyjaśniono w niej również ograniczenia dotyczące niektórych usług.

Część 1.1 Nie ponoszą Państwo żadnych kosztów usług objętych ubezpieczeniem

Ponieważ otrzymują Państwo pomoc od Medicaid, nie płacą Państwo nic za usługi objęte ubezpieczeniem, o ile przestrzegają Państwo zasad planu dotyczących uzyskania opieki. (Więcej informacji na temat zasad planu dotyczących uzyskiwania opieki podano w Rozdziale 3.)

Część 1.2 Ile wynosi maksymalna Państwa płatność za usługi medyczne objęte ubezpieczeniem w ramach Medicare Part A i Part B?

Uwaga: Ponieważ nasi członkowie otrzymują również pomoc z Medicaid, bardzo niewielu z nich osiąga tę maksymalną kwotę kosztów własnych. Nie ponoszą Państwo żadnych kosztów własnych do maksymalnej kwoty kosztów własnych za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B.

W planach Medicare Advantage obowiązuje limit kwoty, jaką muszą Państwo zapłacić w ramach kosztów własnych każdego roku za usługi medyczne, które są objęte ubezpieczeniem w ramach Medicare Part A i Part B. Limit ten nazywany jest maksymalną kwotą kosztów własnych (maximum out-of-pocket, MOOP) za usługi medyczne. **W roku kalendarzowym 2026 kwota MOOP wynosi \$9,250.**

Kwoty płacone za usługi objęte ubezpieczeniem wliczają się do maksymalnej kwoty wydatków własnych. Wydatki na opłacanie składek w ramach planu oraz na leki w ramach Części D nie są wliczane do maksymalnej kwoty kosztów własnych. Ponadto opłaty za niektóre usługi nie zaliczają się do tej maksymalnej kwoty kosztów własnych. W tabeli świadczeń medycznych usługi te są oznaczone gwiazdką (*). Po osiągnięciu maksymalnej kwoty kosztów własnych wynoszącej \$9,250 do końca roku nie muszą Państwo ponosić żadnych kosztów własnych za usługi objęte ubezpieczeniem w Części A i B. Muszą Państwo jednak nadal opłacać składkę na Medicare Part B (chyba że składka jest opłacana przez Medicaid albo inną stronę trzecią).

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

CZĘŚĆ 2 W Tabeli świadczeń medycznych przedstawiono świadczenia medyczne i koszty

W Tabeli świadczeń medycznych znajdującej się na kolejnych stronach wymieniono usługi objęte ubezpieczeniem przez plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (informacje na temat ubezpieczenia leków w ramach Części D znajdują się w Rozdziale 5). Usługi wymienione w Tabeli świadczeń medycznych są objęte ubezpieczeniem tylko wtedy, gdy spełnione są następujące warunki:

- Państwa usługi objęte ubezpieczeniem Medicare muszą być świadczone zgodnie z wytycznymi dotyczącymi zakresu ubezpieczenia Medicare.
- Usługi (w tym opieka medyczna, usługi, materiały, sprzęt i leki w ramach Części B) *muszą* być konieczne ze względów medycznych. Usługi niezbędne ze względów medycznych to usługi, materiały lub leki potrzebne do zapobiegania, zdiagnozowania lub leczenia schorzenia medycznego i spełniające przyjęte standardy praktyki medycznej.
- W przypadku nowych zapisanych osób skoordynowany plan opieki MA musi zapewniać co najmniej 90-dniowy okres przejściowy, podczas którego nowy plan MA może nie wymagać wcześniejszej zgody na jakikolwiek aktywny przebieg leczenia, nawet jeśli przebieg leczenia dotyczył usługi, która została rozpoczęta u świadczeniodawcy nienależącego do sieci.
- Otrzymują Państwo opiekę od świadczeniodawcy należącego do sieci. W większości przypadków opieka udzielona przez świadczeniodawcę nienależącego do sieci nie będzie objęta ubezpieczeniem, chyba że jest to pomoc nagła albo opieka pilna, bądź plan albo świadczeniodawca należący do sieci wystawił skierowanie. Oznacza to, że muszą Państwo zapłacić świadczeniodawcy pełną kwotę za usługi świadczone poza siecią.
- Mają Państwo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), który zapewnia Państwu opiekę i nadzoruje ją.
- Niektóre z usług wymienionych w Tabeli świadczeń medycznych są objęte ubezpieczeniem *tylko* wtedy, gdy Państwa lekarz albo inny świadczeniodawca należący do sieci uzyska od nas wcześniejsze zatwierdzenie (nazywane czasami wcześniejszą zgodą). Usługi objęte ubezpieczeniem, które wymagają uzyskania wcześniejszej zgody są oznaczone w Tabeli świadczeń medycznych **tłustym drukiem**.
- Jeśli Twój skoordynowany plan opieki zapewnia zatwierdzenie wniosku o wcześniejszą zgodę na przebieg leczenia, zgoda musi być ważna tak długo, jak jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia i konieczne, aby uniknąć zakłóceń w opiece zgodnie z obowiązującymi kryteriami objęcia opieką, Twoją historią medyczną i zaleceniem lekarza.

Inne ważne kwestie na temat ubezpieczenia:

- Są Państwo objęci ubezpieczeniem w ramach Medicare oraz Medicaid. Medicare pokrywa opiekę zdrowotną i leki na receptę. Medicaid pokrywa udział członka w kosztach usług Medicare, w tym za usługi szpitalne dla pacjentów hospitalizowanych i usługi szpitalne dla pacjentów ambulatoryjnych. Medicaid obejmuje również świadczenia, których Medicare nie pokrywa, takie jak usługi planowania rodziny, opieka długoterminowa, leki dostępne bez recepty, usługi opieki domowej i środowiskowej albo inne usługi zapewniane tylko przez Medicaid.

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

- Podobnie jak wszystkie plany Medicare, nasz plan obejmuje ubezpieczeniem wszystkie usługi pokrywane przez Original Medicare. (Aby uzyskać więcej informacji na temat zakresu ubezpieczenia i kosztów Original Medicare, proszę zapoznać się z publikacją *Medicare & You 2026*. Można się z nią zapoznać online na stronie www.Medicare.gov albo uzyskać egzemplarz, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048.)
- Wszystkie usługi profilaktyczne objęte ubezpieczeniem Original Medicare, za które Państwo nie płaci, w naszym planie są również objęte ubezpieczeniem i zapewniane Państwu bezpłatnie.
- Jeśli Medicare w 2026 roku doda pokrycie dla nowych usług, zarówno Medicare, jak i nasz plan będą obejmować te usługi.
- Jako, że członkowie planu otrzymują pomoc od Medicaid nie płacą za usługi objęte ubezpieczeniem, o ile przestrzegają obowiązujących w planie zasad dotyczących uzyskiwania opieki. Oznacza to, że nie będą musieli ponosić udziału w kosztach usług objętych ubezpieczeniem (brak dopłat lub udziałów własnych). Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) koordynuje dla swoich członków usługi objęte ubezpieczeniem Medicare oraz usługi Medicaid, ponieważ są one pokrywane przez nasz plan. Podane poniżej informacje o świadczeniach obejmują usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Medicare i Medicaid.
- W sześciomiesięcznym (180 dni) okresie uznanej ciągłości uprawnień w ramach naszego planu będziemy nadal zapewniać wszystkie świadczenia Medicare objęte planem Medicare Advantage. Jednak w tym okresie *nie* będziemy kontynuować pokrywania świadczeń Medicaid, które są zawarte w obowiązującym planie Medicaid, ani nie zapłacimy składek na Medicare albo udziału w kosztach, za które stan byłby odpowiedzialny, gdyby nie utracili Państwo uprawnień do Medicaid. Kwota opłacana przez Państwa z tytułu usług objętych ubezpieczeniem Medicare może w tym okresie wzrosnąć.

Jeżeli spełniają Państwo kryteria kwalifikacyjne do uzyskania od Medicare pomocy z opłacaniem kwot udziału w kosztach w ramach Medicaid, nie płacą Państwo nic za usługi wymienione w Tabeli świadczeń medycznych, o ile spełniają Państwo wymogi dotyczące zakresu ubezpieczenia opisane powyżej.

Ważne informacje o świadczeniach dla członków z chorobami przewlekłymi

- Osoby z rozpoznaniem spełniających kryteria kwalifikacyjne chorób przewlekłych i spełniające określone kryteria mogą kwalifikować się do specjalnych świadczeń uzupełniających dla osób z chorobami przewlekłymi.
 - Przewlekłe zaburzenia związane z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (SUD)
 - Zaburzenia autoimmunologiczne
 - Nowotwór
 - Zaburzenia układu krążenia
 - Przewlekła niewydolność serca
 - Demencja
 - Cukrzyca
 - Nadwaga, otyłość i zespół metaboliczny
 - Przewlekła choroba przewodu pokarmowego
 - Przewlekła choroba nerek (CKD)
 - Ciężkie zaburzenia hematologiczne

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

- HIV/AIDS
- Przewlekłe choroby płuc
- Przewlekłe i upośledzające funkcjonowanie choroby psychiczne
- Zaburzenie neurologiczne
- Udar
- Stan po przeszczepieniu narządu
- Niedobór odporności i zaburzenia immunosupresyjne
- Schorzenia związane z zaburzeniami funkcji poznawczych
- Schorzenia powodujące trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej
- Przewlekłe schorzenia upośledzające wzrok, słuch (głuchota), smak, dotyk i węch
- Schorzenia, które wymagają ciągłych usług terapeutycznych w celu utrzymania lub zachowania sprawności funkcjonalnej

Plan pomoże członkom w uzyskaniu dostępu do takich świadczeń. W celu złożenia wniosku o takie świadczenia lub uzyskania dodatkowych informacji można zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych lub do koordynatora opieki.


Uwaga: Ubiegając się o to świadczenie upoważniają Państwo przedstawiciele Senior Whole Health of New York NHC do kontaktowania się z Państwem telefonicznie, pocztą albo innymi metodami komunikacji wyraźnie określonymi w Państwa wniosku.

- Dalsze szczegóły można znaleźć w części *Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób z chorobami przewlekłymi* w Tabeli świadczeń medycznych poniżej.
- Członkowie powinni skontaktować się z nami, aby dowiedzieć się dokładnie, do jakich świadczeń mogą być uprawnieni.



Ikona jabłka w Tabeli świadczeń Medicare oznacza usługi profilaktyczne.

Tabela świadczeń medycznych

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Badanie przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej</p> <p>Jednorazowe przesiewowe badanie USG dla osób z grupy ryzyka. Plan pokrywa koszty tego badania przesiewowego tylko wtedy, gdy występują u Państwa określone czynniki ryzyka i jeśli otrzymają Państwo skierowanie na nie od lekarza, asystenta lekarza, dyplomowanej pielęgniarki albo pielęgniarki klinicznej.</p>	<p>Członkowie kwalifikujący się do tego profilaktycznego badania przesiewowego nie płacą współubezpieczenia, współpłatności ani wkładu własnego.</p>




Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
<p>Akupunktura na przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <p>Do 12 wizyt w ciągu 90 dni jest objętych ubezpieczeniem w następujących okolicznościach:</p> <p>Dla celów tego świadczenia przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa definiuje się jako:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trwający 12 tygodni albo dłużej; • nieswoisty, to znaczy nie ma możliwości do zidentyfikowania przyczyny ogólnoustrojowej (np. nie jest związany z chorobą przerzutową, zapalną, zakaźną itp.); • niezwiązany z operacją; oraz • niezwiązany z ciążą. <p>W przypadku pacjentów, u których nastąpi poprawa, plan pokryje 8 dodatkowych sesji. Nie można wykonać więcej niż 20 zabiegów akupunktury rocznie.</p> <p>Leczenie należy przerwać, jeśli pacjent nie wykazuje poprawy lub następuje regresja.</p> <p>Wymagania dotyczące świadczeniodawcy:</p> <p>Lekarze (zgodnie z definicją podaną w 1861(r)(1) Ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Ustawa)) mogą wykonywać zabiegi akupunktury zgodnie z obowiązującymi wymaganiami stanowymi.</p> <p>Asystenci lekarzy (physician assistant, PA), pielęgniarki (nurse practitioners, NP)/pielęgniarki kliniczne (clinical nurse specialists, CNS) (jak określono w 1861[aa] [5] Ustawy) i personel pomocniczy mogą wykonywać zabiegi akupunktury, jeśli spełniają wszystkie obowiązujące wymagania stanowe i posiadają:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tytuł magistra albo doktora w dziedzinie akupunktury albo medycyny Wschodu uzyskany w szkole akredytowanej przez Komisję Akredytacyjną ds. Akupunktury i Medycyny Wschodu (ACAOM) oraz, • aktualne, pełne, aktywne i nieograniczone prawo wykonywania zawodu dotyczące praktykowania akupunktury w stanie, terytorium albo wspólnocie (tj. Puerto Rico) Stanów Zjednoczonych albo District of Columbia. <p>Personel pomocniczy wykonujący akupunkturę musi znajdować się pod odpowiednim nadzorem lekarza, PA albo NP/CNS wymaganym przez nasze przepisy w 42 CFR §§ 410.26 i 410.27.</p>	<p>Za objęte ubezpieczeniem Medicare usługi akupunktury nie obowiązuje współubezpieczenie ani współpłatność.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>




Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
<p>Usługi akupunktury (świadczenia uzupełniające)*</p> <p>Plan pokrywa maksymalnie 30 niezbędnych ze względów medycznych wizyt związanych z usługami akupunktury w roku kalendarzowym.</p> <p>Uzupełniające usługi akupunktury są objęte ubezpieczeniem, jeśli zostaną uznane za akceptowany medycznie standard opieki w związku z następującymi dolegliwościami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ból głowy; ból w stawie biodrowym albo kolanowym związany z chorobą zwyrodnieniową stawów (osteoarthritis, OA); albo przewlekły i niereagujący na standardową opiekę medyczną ból w stawie innej kończyny; zespoły bólowe obejmujące stawy i powiazaną tkankę miękką; ból mięśniowo-szkieletowy szyi i pleców; nudności związane z chemioterapią; nudności po operacji; i nudności związane z ciążą • Pokrywane zabiegi akupunktury nie obejmują usług leczenia astmy lub uzależnienia (w tym bez ograniczeń rzucenia palenia) 	<p>Nie ma współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego za te usługi.</p>
<p>Usługi pogotowia ratunkowego</p> <p>Objęte ubezpieczeniem usługi transportu karetką, w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia i w sytuacjach niebędących stanem nagłego zagrożenia, obejmują transport samolotem, śmigłowcem i transport naziemny do najbliższej odpowiedniej placówki, która może zapewnić opiekę, gdy są one zapewniane.</p> <p>członkowi, którego schorzenie powoduje, że inne środki transportu mogłyby zagrozić jego zdrowiu albo jeśli uzyskano zgodę od planu. Jeśli objęte ubezpieczeniem usługi transportu karetką nie dotyczą nagłego przypadku medycznego, należy udokumentować, że stan członka jest taki, że inne środki transportu mogłyby zagrozić jego zdrowiu i że transport karetką jest konieczny z medycznego punktu widzenia.</p>	<p>W przypadku usług przewozu karetką objętych ubezpieczeniem Medicare nie obowiązuje współubezpieczenie ani współpłatność.</p> <p>Wcześniejsza zgoda jest wymagana tylko w przypadku transportu karetką w sytuacjach innych niż nagłe.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Coroczna wizyta oceniająca ogólny stan zdrowia</p> <p>Jeśli korzystają Państwo z Części B dłużej niż 12 miesięcy, mogą Państwo skorzystać z corocznej wizyty oceniającej ogólny stan zdrowia w celu opracowania albo aktualizacji spersonalizowanego planu profilaktyki w oparciu o Państwa obecny stan zdrowia i czynniki ryzyka. Usługa ta jest objęta ubezpieczeniem raz na 12 miesięcy.</p> <p>Uwaga: Pierwsza coroczna wizyta oceniająca ogólny stan zdrowia nie może odbyć się w ciągu 12 miesięcy od wizyty profilaktycznej „Witamy w Medicare”. Jednak odbycie wizyty „Witamy w Medicare” nie jest warunkiem objęcia ubezpieczeniem corocznych wizyt oceniających ogólny stan zdrowia po upływie 12 miesięcy od rozpoczęcia korzystania z Części B.</p>	<p>Za coroczną wizytę oceniającą ogólny stan zdrowia nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>
	<p>Pomiar gęstości kości</p> <p>W przypadku uprawnionych osób (zazwyczaj chodzi o osoby, u których występuje ryzyko utraty masy kostnej albo osteoporozy) następujące usługi są refundowane co 24 miesiące albo częściej, jeżeli jest to niezbędne ze względów medycznych: badania gęstości kości, badania wykrywające utratę gęstości kości albo ustalające jakość tkanki kostnej, łącznie z interpretacją lekarską wyników.</p>	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare usługi pomiaru gęstości kości nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>
	<p>Badania przesiewowe w kierunku nowotworu piersi (mammografia)*</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jedno początkowe badanie mammograficzne dla kobiet w wieku od 35 do 39 lat • jedno przesiewowe badanie mammograficzne co 12 miesięcy dla kobiet w wieku 40 lat i starszych • kliniczne badanie piersi raz na 24 miesiące <p>Mammografia przesiewowa pozwala na wczesne wykrycie raka piersi. Po zebraniu wywiadu na temat raka piersi i dopóki nie wystąpią objawy raka piersi, regularne badania mammograficzne są traktowane jako badania diagnostyczne i są objęte ubezpieczeniem i znajdują się w części tabeli zatytułowanej “Testy diagnostyczne, usługi terapeutyczne i środki zapewniane w warunkach ambulatoryjnych”. Coroczna mammografia przesiewowa nie jest dostępna dla uczestników, u których występują objawy raka piersi.</p>	<p>Za przesiewowe badania mammograficzne objęte ubezpieczeniem nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Usługi rehabilitacji kardiologicznej</p> <p>Kompleksowe programy rehabilitacji kardiologicznej obejmujące ćwiczenia, edukację i poradnictwo, są objęte ubezpieczeniem dla członków spełniających określone warunki i na zlecenie lekarza.</p> <p>Nasz plan obejmuje również programy intensywnej rehabilitacji kardiologicznej, które są zazwyczaj bardziej wymagające albo intensywniejsze niż programy rehabilitacji kardiologicznej.</p>	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Wizyta w celu obniżenia ryzyka chorób układu krążenia (leczenie choroby układu krążenia)*</p> <p>Plan obejmuje ubezpieczeniem jedną wizytę w roku u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, poświęconą obniżeniu ryzyka wystąpienia choroby serca. Podczas wizyty, lekarz może omówić stosowanie aspiryny (jeśli będzie to właściwe), zmierzyć ciśnienie krwi i udzielić wskazówek na temat zdrowego odżywiania.</p>	<p>Za profilaktyczne świadczenie intensywnej terapii behawioralną w zakresie chorób układu krążenia nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>
	<p>Badania przesiewowe pod kątem chorób układu sercowo-naczyniowego</p> <p>Badania krwi w celu wykrycia chorób układu krążenia (albo nieprawidłowości związanych z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia) raz na 5 lat (60 miesięcy).</p>	<p>Za badania w kierunku chorób układu krążenia objęte ubezpieczeniem raz na 5 lat, nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>
	<p>Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy i pochwy</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie kobiety: Badania cytologiczne i ginekologiczne są pokrywane co 24 miesiące • Kobiety z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy albo pochwy albo w wieku rozrodczym i z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat: jedno badanie cytologiczne co 12 miesięcy 	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare badania cytologiczne i ginekologiczne nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>
	<p>Usługi chiropraktyczne (objęte ubezpieczeniem Medicare)</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapię manualną kręgosłupa wykonywaną w celu skorygowania podwichnięcia 	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Usługi z zakresu kontrolowania i leczenia przewlekłego bólu</p> <p>Objęte ubezpieczeniem miesięczne usługi dla osób cierpiących na przewlekły ból (utrzymujący się albo nawracający ból trwający dłużej niż 3 miesiące). Usługi mogą obejmować ocenę bólu, zarządzanie lekami oraz koordynację i planowanie opieki.</p>	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>
	<p>Badanie przesiewowe w kierunku nowotworu jelita grubego*</p> <p>Ubezpieczenie obejmuje następujące badania przesiewowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku kolonoskopii nie obowiązuje ograniczenie co do minimalnego ani maksymalnego wieku, badanie jest pokrywane raz na 120 miesięcy (10 lat) u pacjentów, którzy nie są w grupie wysokiego ryzyka, albo 48 miesięcy po poprzedniej sigmoidoskopii u pacjentów, którzy nie są w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, oraz raz na 24 miesiące u pacjentów, którzy są w grupie wysokiego ryzyka po poprzedniej kolonoskopii przesiewowej. • Kolonografia metodą tomografii komputerowej u pacjentów w wieku 45 lat i starszych, którzy nie należą do grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, jest objęta ubezpieczeniem, jeśli upłynęło co najmniej 59 miesięcy od miesiąca, w którym wykonano ostatnią przesiewową kolonografię metodą tomografii komputerowej, albo 47 miesięcy od miesiąca, w którym wykonano ostatnią przesiewową sigmoidoskopię albo przesiewową kolonoskopię. W przypadku pacjentów z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego płatność może zostać dokonana za przesiewową kolonografię metodą tomografii komputerowej wykonaną po upływie co najmniej 23 miesięcy od miesiąca, w którym wykonano ostatnią przesiewową kolonografię metodą tomografii komputerowej albo ostatnią przesiewową kolonoskopię. • Sigmoidoskopia u pacjentów w wieku 45 lat i starszych. Raz na 120 miesięcy w przypadku pacjentów niebędących w grupie wysokiego ryzyka po wykonaniu kolonoskopii przesiewowej. Raz na 48 miesięcy u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka od ostatniej sigmoidoskopii albo kolonografii metodą tomografii komputerowej. • Badania przesiewowe na krew utajoną w kale u pacjentów w wieku 45 lat i starszych. Raz na 12 miesięcy. 	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare badania przesiewowe w kierunku nowotworu jelita grubego nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego. Jeśli lekarz znajdzie i usunie polipa lub inną tkankę podczas kolonoskopii lub elastycznej sigmoidoskopii, badanie przesiewowe staje się badaniem diagnostycznym.</p> <p>Udział własny w Części B nie ma zastosowania.</p> <p>W przypadku wykrycia nieprawidłowości podczas badania przesiewowego i podjęcia działań przez świadczeniodawcę w tym czasie, dodatkowe usługi (biopsja lub inna interwencja) są następnie uważane za badanie diagnostyczne.</p>



Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Badanie przesiewowe w kierunku nowotworu jelita grubego* (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wielokierunkowe badanie DNA izolowanego z kału u pacjentów w wieku od 45 do 85 lat, którzy nie spełniają kryteriów wysokiego ryzyka. Raz na 3 lata. • Badania biomarkerów we krwi dla pacjentów w wieku od 45 do 85 lat niespełniających kryteriów wysokiego ryzyka. Raz na 3 lata. • Badania przesiewowe w kierunku nowotworu jelita grubego obejmują kolejną kolonoskopię przesiewową po uzyskaniu dodatniego wyniku nieinwazyjnego badania przesiewowego z kału w kierunku raka jelita grubego objętego ubezpieczeniem przez Medicare. • Badania przesiewowe w kierunku nowotworu jelita grubego obejmują planową przesiewową sigmoidoskopię albo przesiewową kolonoskopię, która obejmuje usunięcie tkanki albo innego materiału, albo inną procedurę wykonaną w związku z, w wyniku i w trakcie tej samej wizyty klinicznej, co badanie przesiewowe. 	
<p>Usługi stomatologiczne (objęte ubezpieczeniem Medicare)</p> <p>Ogólnie rzecz biorąc, profilaktyczne usługi stomatologiczne (takie jak czyszczenie, rutynowe badania stomatologiczne i prześwietlenia stomatologiczne) nie są objęte ubezpieczeniem Original Medicare. Jednakże Medicare płaci za usługi stomatologiczne w ograniczonych przypadkach, w szczególności gdy usługa ta jest integralną częścią konkretnego leczenia podstawowego schorzenia danej osoby. Jest to na przykład rekonstrukcja szczęki po złamaniu albo urazie, ekstrakcje zębów wykonywane w ramach przygotowań do radioterapii nowotworów obejmujących szczękę albo badania jamy ustnej poprzedzające przeszczepienie narządu.</p> <p>*Nie jest to gwarancja objęcia ubezpieczeniem.</p> <p>*Określone zabiegi wymagają wcześniejszej zgody. Stomatolog przedłoży dokumentację, na przykład zdjęcia RTG oraz opis, aby uzasadnić, że zabieg jest niezbędny ze względów medycznych i spełnia przyjęte wytyczne kliniczne.</p>	<p>Członkowie kwalifikujący się do takich usług nie płacą współubezpieczenia, współpłatności ani wkładu własnego.</p> <p>W przypadku kompleksowych usług stomatologicznych może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Usługi stomatologiczne (świadczenia uzupełniające)*</p> <p>Nawiązaliśmy współpracę ze świadczeniodawcą, aby zapewnić kompleksową ochronę stomatologiczną, która jest zgodna z usługami oferowanymi przez New York State Medicaid. Usługi będą objęte ubezpieczeniem, gdy zostaną otrzymane od powiązanego świadczeniodawcy za pośrednictwem naszej sieci świadczeniodawców.</p> <p>Świadczenia stomatologiczne obejmują diagnostykę, profilaktykę, usługi naprawcze, endodoncję, periodontologię, protetykę (usuwalną), protetykę (stałą), protetykę szczękowo-twarzową, usługi implantacyjne, chirurgię jamy ustnej i szczękowo-twarzową oraz uzupełniające usługi ogólne.</p> <p>Aby uzyskać pełny wykaz usług, należy odwiedzić stronę www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm i wybrać opcję Updated Fee Schedule (Zaktualizowany wykaz opłat)</p> <p>Kody wymienione w powyższym linku do harmonogramu świadczeń mogą być aktualizowane przez American Dental Association (Ada) w ciągu roku. Jeśli masz pytania dotyczące kodu ADA w stomatologii, należy zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych. Jego numer telefonu znajduje się na odwrocie karty identyfikacyjnej członka planu. Niektóre usługi stomatologiczne mogą wymagać wcześniejszej zgody i muszą być niezbędne z medycznego punktu widzenia. Świadczeniodawca uzyska ewentualne wymagane przez plan zgody w Państwa imieniu.</p> <p>Uwaga: Powyższy zakres ubezpieczenia dotyczy uzupełniającego świadczenia stomatologicznego w ramach Medicare. Świadczeniem stomatologicznym New York Medicaid również zarządza Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących tego świadczenia Medicaid należy skontaktować się z Planem.</p>	<p>Nie ma współubezpieczenia ani współpłaty.</p> <p>Nie wszystkie zabiegi stomatologiczne zalecane przez stomatologa mogą być objęte ubezpieczeniem. Powinni Państwo zapytać dentystę, za co zapłaci plan, a za co będą Państwo musieli zapłacić z własnej kieszeni.</p> <p>Członek może być zobowiązany do pokrycia kosztów usługi nieobjętej ubezpieczeniem lub jeśli przekroczy maksymalną kwotę świadczenia. Mogą obowiązywać ograniczenia i wyłączenia.</p>
	<p>Badania przesiewowe w kierunku depresji</p> <p>Plan pokrywa jedno badanie przesiewowe w kierunku depresji w roku. Badanie przesiewowe musi zostać przeprowadzone w placówce podstawowej opieki zdrowotnej, która może zapewnić dalsze leczenie lub wystawić skierowanie.</p>	<p>Za coroczną wizytę przesiewową w kierunku depresji nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłata ani wkład własny.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Badania przesiewowe pod kątem cukrzycy</p> <p>Refundujemy to badane przesiewowe (które obejmuje pomiar stężenia glukozy na czczo) w przypadku osób z następującymi czynnikami ryzyka: wysokie ciśnienie tętnicze (nadciśnienie), nieprawidłowy poziom cholesterolu i trójglicerydów w wywiadzie (dyslipidemia), otyłość, wysoki poziom cukru (glukozy) we krwi w wywiadzie. Badania mogą także podlegać ubezpieczeniu, jeżeli obecne są inne czynniki, np. nadwaga i cukrzyca w rodzinie.</p> <p>Mogą Państwo kwalifikować się do maksymalnie 2 badań przesiewowych w kierunku cukrzycy co 12 miesięcy od daty ostatniego badania przesiewowego w kierunku cukrzycy.</p>	<p>Badania przesiewowe w kierunku cukrzycy objęte ubezpieczeniem Medicare nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>
	<p>Szkolenie w zakresie samodzielnego kontrolowania cukrzycy, usługi i materiały stosowane w cukrzycy</p> <p>Wszystkie osoby z cukrzycą (przyjmujące insulinę albo nie). Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wyroby do monitorowania poziomu glukozy we krwi: glukometr do mierzenia glukozy we krwi, testy paskowe do mierzenia poziomu glukozy we krwi, uchwyty do lancetów i lancety oraz roztwory do kontroli glukozy sprawdzające dokładność testów paskowych i glukometrów. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Glukometry <ul style="list-style-type: none"> ◦ Objęte ubezpieczeniem, jeśli zlecone przez lekarza do stosowania w domu. ◦ Glukometry preferowanej marki nie wymagają wcześniejszej zgody. ◦ Paski do glukometru <ul style="list-style-type: none"> ◦ Paski do glukometru preferowanej marki nie wymagają wcześniejszej zgody. ◦ Może obowiązywać ograniczenie do 30-dniowego zapasu przy jednym zakupie. ◦ Preferowanym producentem materiałów dla diabetyków jest True Metrix. Aby uzyskać więcej informacji, należy zapoznać się z receptariuszem planu albo zadzwonić do Działu Obsługi Członków. 	<p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, współpłatności ani wkładu własnego.</p> <p>Materiały są pokrywane, jeśli zostały zlecone na receptę i jest ona realizowana w detalicznej aptece należącej do sieci lub w ramach programu apteki wysyłkowej.</p> <p>Informacje o usługach lekarskich w zakresie badania wzroku pod kątem retinopatii cukrzycowej albo badania przesiewowego w kierunku jaskry podano w części „Opieka okulistyczna” w tej tabeli.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Szkolenie w zakresie samodzielnego kontrolowania cukrzycy, usługi i materiały stosowane w cukrzycy</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Roztwory kontrolne z glukozą do sprawdzania, czy paski i glukometr działają poprawnie. ◦ Osoby chore na cukrzycę i z poważnym zespołem stopy cukrzycowej: Jedna para leczniczych butów na miarę (w tym wkładki dostarczane z butami) na rok kalendarzowy i dwie dodatkowe pary wkładek albo jedna para butów głębokich i trzy pary wkładek (nie licząc dostarczanych z butami wkładek standardowych). Ubezpieczenie obejmuje dopasowanie. • Szkolenie w zakresie samodzielnego kontrolowania cukrzycy jest objęte ubezpieczeniem pod pewnymi warunkami. • Usługi dla diabetyków objęte ubezpieczeniem Medicare obejmują: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Coroczne badania okulistyczne i badania jaskry ◦ Badania stóp ◦ Usługi w zakresie medycznej terapii żywieniowej (MNT) 	<p>Osoby chore na cukrzycę i wymagające badania stóp powinny zapoznać się z częścią „Usługi podiatryczne” w tej tabeli.</p> <p>Osoby chore na cukrzycę i wymagające usług w zakresie żywienia medycznego (MNT), powinny zapoznać się z częścią „Żywienie medyczne” w tej tabeli.</p> <p>Materiały, obuwie i wkładki do butów dla diabetyków mogą wymagać wcześniejszej zgody.</p> <p>Wcześniejsza zgoda nie jest wymagana w przypadku preferowanych producentów.</p> <p>Objęte ubezpieczeniem Medicare szkolenie z samodzielnego kontrolowania cukrzycy nie wymaga wcześniejszej zgody.</p>


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
<p>Trwały sprzęt medyczny (DME) oraz powiązane materiały (Definicję trwałego sprzętu medycznego podano w Rozdziale 12, a także Rozdziale 3)</p> <p>Przedmioty objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi: wózki inwalidzkie, kule, zasilane systemy materacy, materiały dla diabetyków, łóżka szpitalne zamawiane przez świadczeniodawcę do użytku domowego, pompy infuzyjne, generatory mowy, sprzęt do podawania tlenu, nebulizatory i balkoniki.</p> <p>Pokrywamy każdy niezbędny ze względów medycznych trwały sprzęt medyczny (DME) pokrywany przez Original Medicare. Jeśli nasz dostawca w Państwa okolicy nie posiada w ofercie określonej marki albo producenta, mogą Państwo zapytać go, czy może zamówić ją dla Państwa na specjalne zamówienie. Najbardziej aktualna lista dostawców jest dostępna na naszej stronie internetowej SWHNY.com.</p> <p>Zasadniczo plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pokrywa każdy objęty ubezpieczeniem Original Medicare sprzęt DME marek i producentów znajdujących się na liście. Nie będziemy pokrywać kosztów sprzętu innych marek i producentów, chyba że lekarz albo inny świadczeniodawca poinformuje nas, że dana marka jest odpowiednia do Państwa potrzeb medycznych. W przypadku nowych członków planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) korzystających ze sprzętu DME marki, która nie znajduje się na liście, będziemy nadal pokrywać koszty tej marki przez okres maksymalnie 90 dni. W tym czasie powinni Państwo ustalić ze swoim lekarzem, jaka marka będzie dla Państwa odpowiednia ze względów medycznych po upływie tych 90 dni. (Jeśli nie zgadzają się Państwo ze swoim lekarzem, można poprosić go o skierowanie do innego świadczeniodawcy w celu zasięgnięcia drugiej opinii.)</p> <p>Jeżeli Państwo (albo jego świadczeniodawca) nie zgadzają się z decyzją planu w sprawie pokrycia kosztów, Państwo albo Państwa świadczeniodawca może wnieść odwołanie. Możesz również złożyć odwołanie, jeśli nie zgadzasz się z decyzją świadczeniodawcy dotyczącą tego, który produkt lub marka są odpowiednie dla Twojego schorzenia. (Więcej informacji na temat odwołań można znaleźć w Rozdziale 9).</p>	<p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, współpłatności ani wkładu własnego.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
<p>Opieka w nagłych przypadkach</p> <p>Opieka w nagłych przypadkach odnosi się do usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapewnianych przez świadczeniodawcę z uprawnieniami do świadczenia usług w nagłych przypadkach oraz • potrzebnych do oceny lub ustabilizowania nagłego schorzenia. <p>Nagły przypadek medyczny ma miejsce wtedy, gdy Państwo albo inna działająca rozsądnie niebędąca fachowcem i posiadająca przeciętną znajomość zagadnień zdrowia i medycyny, uważa, że mają Państwo objawy wymagające natychmiastowej pomocy medycznej, aby zapobiec utracie życia (a w przypadku ciężarnej kobiety, utracie nienarodzonego dziecka), utracie kończyny albo funkcji kończyny. Objawy medyczne mogą obejmować chorobę, uraz, ostry ból albo schorzenie, który się szybko pogarsza.</p> <p>Udział w kosztach niezbędnej opieki w nagłych przypadkach świadczonej poza siecią jest taki sam, jak w przypadku takiej opieki świadczonej w sieci.</p> <p>Opieka w nagłych przypadkach poza Stanami Zjednoczonymi (USA) może zostać objęta ubezpieczeniem w ramach ogólnoswiatowego świadczenia opieki w nagłych przypadkach. W każdym roku kalendarzowym członkom przysługuje ogólnoswiatowe świadczenie opieki w nagłym przypadku w wysokości do \$10,000 na pokrycie opieki w nagłych przypadkach i opieki po ustabilizowaniu się stanu zdrowia. Więcej informacji podano w części tabeli zatytułowanej „Ogólnoswiatowe świadczenie opieki w nagłych przypadkach“.</p>	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Po przyjęciu do szpitala pokryją Państwo udział w kosztach zgodnie z informacjami podanymi w części „Opieka szpitalna” w tej tabeli.</p> <p>Udział Państwa w kosztach jest taki sam w przypadku usług w nagłym przypadku zapewnianych w sieci, jak i poza siecią.</p> <p>Jeśli otrzymają Państwo opiekę w nagłych przypadkach w szpitalu nienależącym do sieci i będą Państwo potrzebowali opieki szpitalnej po ustabilizowaniu stanu nagłego, muszą Państwo zostać przeniesieni do szpitala należącego do sieci, aby Państwa opieka była nadal objęta ubezpieczeniem, <i>ALBO</i> muszą Państwo uzyskać zgodę planu na opiekę szpitalną w szpitalu nienależącym do sieci, a ponoszony przez Państwa koszt będzie równy najwyższemu udziałowi w kosztach, jaki ponieśliby Państwo w szpitalu należącem do sieci.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Program fitness (świadczenia uzupełniające)*</p> <p>Członkowie mogą korzystać z członkostwa w klubie fitness w klubach uczestniczących w programie. Osoby, które nie są w stanie korzystać z klubu fitness lub wolą również ćwiczyć w domu, mogą wybrać zestaw do fitnessu w domu. Dzięki zestawowi będą mogli zadbać o aktywność fizyczną w zaciszu własnego domu. Opcje Home Fitness obejmują wybór monitora aktywności fizycznej, zestawów do ćwiczeń siłowych lub do jogi.</p> <p>Osoby, które zdecydują się ćwiczyć w klubie fitness, mogą wejść na stronę internetową i wybrać uczestniczącą placówkę lub udać się bezpośrednio do klubu fitness uczestniczącego w programie. Uczestniczące kluby i sieci klubów fitness mogą się różnić w zależności od lokalizacji i mogą ulegać zmianom. Zestawy mogą ulec zmianie.</p>	<p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, współpłatności ani wkładu własnego.</p> <p>Przed rozpoczęciem lub zmianą rodzaju ćwiczeń zawsze należy najpierw porozmawiać ze swoim lekarzem.</p>
	<p>Programy edukacyjne dotyczące zdrowia i dobrego samopoczucia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan oferuje programy pomocne w kontrolowaniu zdiagnozowanych schorzeń zdrowotnych. Programy obejmują kontrolowanie astmy • Kontrolowanie depresji • Kontrolowanie cukrzycy • Kontrolowanie nadciśnienia • Kontrolowanie chorób układu krążenia (cardiovascular disease, CVD) • Kontrolowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) <p>Dostępne są materiały edukacyjne i porady w zakresie opieki. Możemy również pomóc we współpracy ze świadczeniodawcą.</p> <p>Rejestracja w programach zarządzania zdrowiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W oparciu o dane dotyczące roszczeń medycznych lub farmaceutycznych, członek jest automatycznie rejestrowany w programie(-ach), który najlepiej spełnia jego potrzeby. • Można również zapisać się za pośrednictwem swojego świadczeniodawcy albo samemu zgłaszając się do programu. <p>Obowiązują określone wymagania co do rejestracji.</p> <p>Wyrejestrowanie się z programów zarządzania zdrowiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udział w programach jest dobrowolny i w każdej chwili można się z nich wyrejestrować. 	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Programy edukacyjne dotyczące zdrowia i dobrego samopoczucia (ciąg dalszy)</p> <p>Aby uzyskać więcej informacji albo zapisać się w dowolnym z powyższych programów, należy zadzwonić do naszego Działu Zarządzania Zdrowiem (Health Management Department) pod numer (866) 891-2320 (TTY: 711), od poniedziałku do piątku, od 8:00 do 20:00 (czasu wschodniego).</p> <p>Programy prozdrowotne</p> <p>W planie dostępne są również inne programy, których celem jest wzbogacanie zdrowia i stylu życia członków. Są to między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program wspomagający rzucenie palenia. • Program kontroli wagi. <p>Informacje lub materiały dotyczące rzucenia palenia lub kontrolowania wagi można uzyskać pod numerem (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), od poniedziałku do piątku, od 8:00 do 20:00 (czasu wschodniego).</p> <p>Infolinia porad pielęgniarskich</p> <p>W przypadku problemów zdrowotnych wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej, pytań na temat schorzeń lub chęci uzyskania ogólnych informacji na temat dostępnych zasobów w zakresie zdrowia, zachęcamy do skorzystania z infolinii porad pielęgniarskich, czynnej przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.</p> <p>Dyplomowana pielęgniarka pomoże zdecydować, czy w danym stanie wystarczy opieka w domu, czy też trzeba się zgłosić po pomoc lekarską.</p> <p>Bezpłatny numer telefonu Infolinii porad pielęgniarskich to: (844) 658-8544, (TTY/TDD: 711)</p> <p>Na infolinię można zadzwonić w każdej chwili w ciągu dnia lub w nocy, aby porozmawiać z dyplomowaną pielęgniarką na temat chorób lub urazów.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie jest wymagane skierowanie ani wcześniejsza zgoda. <p>Usługa nie jest skierowana do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowia. W nagłym przypadku należy natychmiast dzwonić pod numer 911.</p>	

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Karta Healthy You</p> <p>Karta Healthy You w ramach planu obejmuje łączony dodatek w wysokości \$285 miesięcznie na wybrane świadczenia uzupełniające w ramach planu, takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leki dostępne bez recepty (OTC) • Aparaty słuchowe OTC • Żywność i produkty* • Transport do dowolnego miejsca związanego ze zdrowiem • Transport w celach niemedycznych • Media <p>Przedpłacona karta debetowa nie jest kartą kredytową. Nie można zamienić jej na gotówkę ani pożyczać innym osobom. Kartą nie można płacić za zabiegi kosmetyczne. Środki są przesyłane na kartę co miesiąc. Pod koniec każdego miesiąca wszelkie niewykorzystane przydzielone pieniądze nie zostaną przeniesione na następny miesiąc lub następny rok planu. W przypadku rezygnacji z planu, przydzielone i niewykorzystane środki wracają do planu w dniu wyrejestrowania się z niego.</p> <p>Więcej informacji o tym, jak można zakwalifikować się do świadczenia zapewniającego żywność i produkty rolne w ramach specjalnych świadczeń uzupełniających dla osób z chorobami przewlekłymi (Special Supplemental Benefits for Chronic Illnesses Food and Produce), można uzyskać dzwoniąc do Działu Obsługi Członków Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Dodatki SSBCI dostępne są wyłącznie dla członków z kwalifikującą się chorobą przewlekłą, którzy przedstawiają zgodę lekarza w połączeniu z orzeczeniem wydanym w ramach procedury zarządzania przypadkami w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób przewlekle chorych”.</p>	<p>Członkowie korzystający z karty Healthy You nie płacą współubezpieczenia, współpłaty ani wkładu własnego.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Usługi słuchowe</p> <p>Diagnostyczna ocena słuchu i równowagi przeprowadzona przez świadczeniodawcę w celu ustalenia, czy wymagają Państwo leczenia, jest objęta ubezpieczeniem jako opieka ambulatoryjna, jeśli jest świadczona przez lekarza, audiologa albo innego wykwalifikowanego świadczeniodawcę.</p> <p>Pokrywane w ramach Medicare diagnostyczne badania słuchu i równowagi pozwalają zdecydować, czy wymagają Państwo leczenia.</p> <p>Badanie opiera się wyłącznie na potrzebie medycznej, takiej jak utrata słuchu spowodowana chorobą, urazem lub operacją.</p> <p>Usługi związane ze słuchem (świadczenia uzupełniające)*</p> <p>Oprócz usług związanych ze słuchem pokrywanych przez Medicare mogą Państwo poddać się rutynowemu badaniu słuchu raz w roku kalendarzowym. Po rutynowym teście słuchu możesz zostać wyposażony w aparat słuchowy. Należącego do sieci świadczeniodawcę usług związanych ze słuchem w swojej okolicy można:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zadzwoić do Działu Obsługi Ubezpieczonych lub 2. Wyszukać go online przy użyciu naszego narzędzia wyszukiwania online świadczeniodawców uzupełniających usług związanych ze słuchem, dostępnego na stronie MolinaHealthcare.com/Medicare. <p>Dopasowanie/ocenę aparatów słuchowych można przeprowadzić jednokrotnie w roku kalendarzowym.</p> <p>Jeśli zostaną Państwo poinformowani, że potrzebują aparatów słuchowych, mogą Państwo otrzymać od zatwierdzonego przez plan świadczeniodawcy maksymalnie 2 wybrane aparaty słuchowe co 2 lata na oboje uszu łącznie.</p>	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Badanie przesiewowe pod kątem wirusa HIV</p> <p>W przypadku osób, które proszą o wykonanie testu przesiewowego w kierunku HIV albo które są narażone na zwiększone ryzyko zakażenia wirusem HIV, pokrywamy następujące koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jedno badanie przesiewowe co 12 miesięcy. <p>W przypadku kobiet w ciąży pokrywamy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do 3 badań przesiewowych podczas ciąży. 	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare profilaktyczne badania przesiewowe w kierunku HIV nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Usługi agencji domowej opieki zdrowotnej</p> <p>Zanim skorzystają Państwo z usług domowej opieki zdrowotnej lekarz musi potwierdzić, że takie usługi są konieczne i zlecić usługi domowej opieki zdrowotnej świadczone przez agencję domowej opieki zdrowotnej. Członek musi być osobą niewychodzącą z domu, to znaczy że opuszczenie domu wymaga od niego bardzo dużego wysiłku.</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wspecjalizowane usługi pielęgniarskie i pracowników domowej opieki zdrowotnej w niepełnym wymiarze godzin albo okresowe (aby podlegać ubezpieczeniu, łączny czas wyspecjalizowanych usług pielęgniarskich i pracowników domowej opieki zdrowotnej nie może przekraczać 8 godzin dziennie i 35 godzin tygodniowo) • Fizjoterapia, terapia mowy i terapia zajęciowa • Usługi medyczne i społeczne • Sprzęt i materiały medyczne 	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Wlew podawany w domu pacjenta</p> <p>Wlew podawany w domu pacjenta obejmuje dożylny albo podskórny podawanie leków albo substancji biologicznych pacjentowi w domu. Do podania terapii infuzyjnej w domu potrzebny jest lek (na przykład leki przeciwwirusowe, immunoglobulina), sprzęt (na przykład pompa) i materiały (na przykład rurki i cewniki).</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usługi specjalistyczne, w tym usługi pielęgniarskie, udzielane zgodnie z planem opieki • Szkolenia i edukacja pacjenta nieobjęte ubezpieczeniem w ramach świadczenia trwałego sprzętu medycznego. • Monitorowanie zdalne. • Usługi monitorowania domowej terapii infuzyjnej i leków podawanych we wlewie w domu pacjenta świadczone przez wykwalifikowanego świadczeniodawcę domowej terapii infuzyjnej. 	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Opieka hospicjum</p> <p>Kwalifikują się Państwo do świadczenia hospicyjnego, jeśli Państwa lekarz i dyrektor medyczny hospicjum wystawili Państwu ostateczne rokowanie potwierdzające, że Państwa choroba jest terminalna i jeśli Państwa choroba będzie miała normalny przebieg, pozostanie Państwu 6 miesięcy albo mniej życia. Mogą Państwo skorzystać z dowolnego programu hospicyjnego certyfikowanego przez Medicare. Plan jest zobowiązany pomóc w znalezieniu programów hospicyjnych certyfikowanych przez Medicare w obszarze usług planu, w tym tych, których jesteście właścicielem, kontrolujemy albo mamy w nich udział finansowy. Lekarz hospicjum może być świadczeniodawcą należącym do sieci albo świadczeniodawcą nienależącym do sieci.</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leki pozwalające kontrolować objawy choroby i łagodzące ból • Krótkoterminowa opieka wytchnieniowa • Opieka domowa <p>Po przyjęciu do hospicjum mają Państwo prawo do pozostania w naszym planie; jeśli pozostaną Państwo w naszym planie, muszą Państwo nadal opłacać składki w ramach planu.</p> <p><u>W odniesieniu do usług hospicjum i wszelkich usług objętych ubezpieczeniem w ramach Medicare Part A albo Part B, które są związane z Państwa chorobą terminalną:</u> Original Medicare (a nie nasz plan) zapłaci podmiotowi świadczącemu usługi hospicjum oraz usługi świadczone w ramach Części A i Części B związane z chorobą terminalną. Podczas udziału w programie hospicyjnym, świadczeniodawca usług hospicyjnych wystawi rachunek Original Medicare za usługi, za które płaci Original Medicare. Zostaną Państwo obciążeni udziałem w kosztach Original Medicare.</p> <p><u>W przypadku usług objętych ubezpieczeniem w ramach Medicare Part A albo Part B, które nie są związane z chorobą terminalną:</u> W przypadku usług objętych ubezpieczeniem w ramach Medicare Part A albo Part B, które nie są doraźne ani pilne i które nie są związane z chorobą terminalną, kwota jaką muszą Państwo zapłacić zależy od tego, czy skorzystają Państwo z usług świadczeniodawcy należącego do sieci naszego planu i postępują Państwo zgodnie z zasadami planu (np. w przypadku konieczności uzyskania wcześniejszej zgody).</p>	<p>Po zapisaniu się do certyfikowanego przez Medicare programu hospicyjnego, usługi hospicyjne i usługi w ramach Części A i Części B związane z chorobą terminalną są opłacane przez Original Medicare, a nie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Opieka hospicyjna (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeśli usługi objęte ubezpieczeniem zapewnia świadczeniodawca należący do sieci i przestrzegają Państwo zasad planu dotyczących korzystania z usług, płacą Państwo tylko udział w kosztach obowiązujący w planie za usługi w sieci • Jeśli usługi objęte ubezpieczeniem zapewnia świadczeniodawca nienależący do sieci, płacą Państwo udział w kosztach obowiązujący w Original Medicare <p><u>W przypadku usług, które są objęte ubezpieczeniem przez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ale nie są objęte ubezpieczeniem przez Medicare Part A ani Part B:</u> Senior Whole Health of New York NHC będzie nadal pokrywać koszty usług objętych ubezpieczeniem przez plan, które nie są pokrywane w ramach Części A ani B, bez względu na to, czy są związane z rozpoznaniem choroby terminalnej. Płacą Państwo obowiązujący w planie udział w kosztach takich usług.</p> <p><u>Za leki, które mogą być objęte świadczeniem w ramach Części D planu:</u> Jeśli leki te nie są związane z Państwa stanem terminalnym w hospicjum, pokrywają Państwo udział w kosztach. Jeśli są one związane z Państwa stanem terminalnym w hospicjum, pokrywają Państwo udział w kosztach Original Medicare. Leki nigdy nie są pokrywane jednocześnie przez hospicjum, jak i przez nasz plan. Więcej informacji można znaleźć w Części 9.4 Rozdziału 5).</p> <p>Uwaga: Jeżeli potrzebna jest opieka inna niż hospicyjna (opieka niezwiązana z chorobą terminalną), należy skontaktować się z nami w celu zorganizowania tych usług.</p> <p>Nasz plan pokrywa konsultacyjne usługi hospicyjne (tylko jednorazowo) dla osób nieuleczalnie chorych, które nie wybrały świadczeń hospicyjnych.</p>	

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Szczepienia</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem Medicare Part B obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Szczepionki przeciwko zapaleniu płuc • Szczepienia (szczepionki) przeciwko grypie, raz w każdym sezonie grypowym jesienią i zimą, z dodatkowymi szczepieniami (szczepionkami) przeciwko grypie, jeśli jest to konieczne z medycznego punktu widzenia • Szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B dla osób z grupy wysokiego albo średniego ryzyka zachorowania na WZW typu B • Szczepionkę przeciw COVID-19 • Inne szczepionki dla osób z grupy ryzyka, które spełniają kryteria refundacji Medicare Part B <p>Zakres ubezpieczenia obejmuje również większość innych szczepionek dla dorosłych w ramach naszego świadczenia na leki w ramach Części D. Więcej informacji można znaleźć w Części 8 Rozdziału 6.</p>	<p>Szczepienia przeciw zapaleniu płuc, grypie, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz COVID-19 nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>
	<p>Opieka szpitalna</p> <p>Obejmuje to usługi krótkoterminowego pobytu w szpitalu, rehabilitację szpitalną, usługi długoterminowego pobytu w szpitalu i inne rodzaje usług związanych z pobytym w szpitalu. Opieka szpitalna zaczyna się w dniu formalnego przyjęcia do szpitala na zlecenie lekarza. Dzień przed wypisaniem ze szpitala jest ostatnim dniem pobytu w szpitalu.</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala dwuosobowa (albo jednoosobowa, jeżeli jest to niezbędne ze względów medycznych) • Posiłki, w tym diety specjalne • Regularne usługi pielęgniarskie • Koszty pobytu na oddziale specjalnym (np. intensywnej opieki czy intensywnej nadzoru kardiologicznego) • Leki i środki farmaceutyczne • Badania laboratoryjne • Prześwietlenia RTG i inne usługi radiologiczne • Niezbędne materiały chirurgiczne i medyczne • Korzystanie ze sprzętu, np. wózka inwalidzkiego • Koszty pobytu na sali operacyjnej i pooperacyjnej 	<p>Płacą Państwo \$0 za dni 1–90 pobytu w szpitalu w danym okresie świadczeń.</p> <p>Plan pokrywa 60 „dni rezerwy do końca życia”. Są to „dodatkowe” dni pokrywane przez plan. Jeśli pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 90 dni w okresie świadczeń, można wykorzystać te dodatkowe 60 dni, ubezpieczenie szpitalne będzie ograniczone do 90 dni na okres świadczeń.</p> <p>Dodatkowe usługi mogą być pokrywane zgodnie ze świadczeniami i wytycznymi Medicaid.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Opieka szpitalna (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fizjoterapia, terapia zajęciowa i logopedyczna • Usługi stacjonarne dla osób z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych • W pewnych okolicznościach refundowane są następujące rodzaje przeszczepów: rogowki, nerki, nerki i trzustki, serca, wątroby, płuca, serca/płuca, szpiku kostnego, komórek macierzystych i jelit/przeszczepy wielonarządowe. W przypadku konieczności wykonania przeszczepienia ośrodek zatwierdzony przez Medicare zapozna się z Państwa przypadkiem i zdecyduje, czy są Państwo odpowiednim kandydatem do przeszczepu. Przeszczepienie może zostać wykonane w placówce lokalnej lub poza obszarem usług. Jeśli nasze świadczenia transplantacyjne w ramach sieci są udzielane poza środowiskowym schematem opieki, mogą Państwo zdecydować się na przeszczep miejscowy, o ile miejscowi świadczeniodawcy należący do sieci są skłonni zaakceptować stawkę Original Medicare. Jeśli Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) świadczy usługi transplantacji w placówce znajdującej się poza systemem transplantologicznym w Państwa środowisku i zdecydują się Państwo na przeszczepienie w takim odległym ośrodku, zorganizujemy albo opłacimy odpowiednie zakwaterowanie i koszty transportu dla Państwa i osoby towarzyszącej. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) <i>szczegółowe informacje</i> w związku z leczeniem transplantacyjnym, z maksymalnym dziennym limitem do \$150 dziennie. Ponadto można ubiegać się o zwrot kosztów za przebieg w wysokości odpowiadającej standardowym stawkom za przebieg dla podatników opisanym przez Urząd Skarbowy (IRS), które są korygowane i publikowane publicznie. Maksymalna kwota do zapłaty za wszystkie podróże, zakwaterowanie, posiłki i zwrot kosztów przejazdu wynosi pięć tysięcy dolarów (\$5,000) za przeszczep zgodnie z wytycznymi planu. 	<p>Jeżeli osoba objęta planem zostanie przyjęta do szpitala poza siecią z powodu nagłego przypadku po ustabilizowaniu stanu, Państwa udział w kosztach wyniesie tyle samo co w szpitalu należącym do sieci.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>



Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Opieka szpitalna (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krew – w tym przechowywanie i podawanie. Pokrycie kosztów krwi pełnej i koncentratu krwinek czerwonych rozpoczyna się dopiero od drugiego litra krwi podawanej Państwu. Muszą Państwo zapłacić za pierwsze 1,5 litra krwi, które otrzymają w danym roku kalendarzowym, albo mogą otrzymać krew oddaną przez samego siebie albo innego dawcę. Wszystkie pozostałe składniki krwi są objęte ubezpieczeniem od pierwszego podanego litra. • Usługi lekarza <p>Uwaga: Pacjenci hospitalizowani to pacjenci ze skierowaniem od lekarza, zlecającym formalne przyjęcie do szpitala. Nawet w przypadku pozostania w szpitalu na noc, pacjenci nadal mogą być uznawani za pacjentów ambulatoryjnych. W razie wątpliwości, czy jest się pacjentem ambulatoryjnym czy hospitalizowanym, należy zwrócić się o wyjaśnienie do personelu szpitala.</p> <p>Więcej informacji na ten temat można znaleźć w ulotce Medicare <i>Medicare Hospital Benefits</i>. Ulotkę można znaleźć pod adresem www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf albo otrzymać, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048. Numer ten jest dostępny 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.</p>	
<p>Usługi szpitalne w szpitalu psychiatrycznym</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem uwzględniają usługi opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego, które wymagają pobytu w szpitalu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Można z nich skorzystać z szpitalu ogólnym lub w szpitalu psychiatrycznym, który zajmuje się wyłącznie osobami z zaburzeniami zdrowia psychicznego. • W przypadku pobytu w szpitalu psychiatrycznym (zamiast w ogólnym), Medicare płaci tylko za maksymalnie 190 dni pobytu w szpitalu psychiatrycznym (pacjent hospitalizowany), w ciągu całego życia. • W przypadku wykorzystania części 190-dniowego dożywotniego limitu przed przystąpieniem do naszego planu, liczba objętych ubezpieczeniem dożywotnim dni pobytu w szpitalu jest pomniejszana o liczbę dni pobytu w szpitalu psychiatrycznym w związku z leczeniem w zakresie opieki psychiatrycznej, pokrytych wcześniej w ramach ubezpieczenia Medicare. 	<p>Płacą Państwo \$0 za dni 1–90 pobytu w szpitalu w danym okresie świadczeń.</p> <p>Plan pokrywa również 60 „dni rezerwy do końca życia”. Są do „dodatkowe” dni pokrywane przez plan. Jeśli pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 90 dni w okresie świadczeń, można wykorzystać te dodatkowe dni. Jednak po wykorzystaniu tych dodatkowych 60 dni ubezpieczenie szpitalne będzie ograniczone do 90 dni na okres świadczeń.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Usługi szpitalne w szpitalu psychiatrycznym (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limit 190 dni nie ma zastosowania do usług w zakresie zdrowia psychicznego udzielanych na oddziale psychiatrycznym szpitala ogólnego. • Nie ma ograniczeń co do liczby okresów świadczeń w przypadku korzystania z opieki psychiatrycznej w szpitalu ogólnym. W przypadku opieki w szpitalu psychiatrycznym można również wykorzystać wiele okresów świadczeń, ale dożywotni limit wynosi 190 dni. • Medicaid pokrywa pobyty w szpitalu po wykorzystaniu limitu 190 dni. Nie obowiązuje ograniczenie co do liczby okresów świadczeń ani limit dożywotni. • Członek musi korzystać z usług zakontraktowanych świadczeniodawców usług w zakresie zdrowia behawioralnego. Aby uzyskać wykaz świadczeniodawców usług w zakresie zdrowia behawioralnego należących do sieci, należy skontaktować się z Działem Obsługi Członków. <p>Medicare nie pokrywa następujących usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Prywatna opieka pielęgniarska ◦ telefon lub telewizor w sali <p>Prywatny pokój (chyba że jest uzasadnione medycznie)</p>	<p>Jeżeli osoba objęta planem zostanie przyjęta do szpitala poza siecią z powodu nagłego przypadku po ustabilizowaniu stanu, Państwa udział w kosztach wyniesie tyle samo co w szpitalu należącym do sieci.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p> <p>Z wyjątkiem nagłych przypadków, lekarz członka musi poinformować plan o planowanym przyjęciu do szpitala.</p>
	<p>Hospitalizacja: Usługi objęte ubezpieczeniem otrzymywane w szpitalu albo SNF w czasie pobytu w szpitalu nieobjętego ubezpieczeniem</p> <p>W przypadku wykorzystania limitu świadczeń szpitalnych albo gdy pobyt w szpitalu nie jest uzasadniony ani niezbędny, plan nie pokryje takiego pobytu. W niektórych przypadkach plan pokryje określone usługi otrzymywane podczas pobytu w szpitalu albo specjalistycznej placówce opiekuńczej (skilled nursing facility, SNF). Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usługi lekarza • Badania diagnostyczne (np. badania laboratoryjne) • Badania RTG, terapia z zastosowaniem radu i izotopów, w tym materiały i usługi technika • Opatrunki chirurgiczne 	<p>Za takie świadczenia nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Hospitalizacja: Usługi objęte ubezpieczeniem otrzymywane w szpitalu albo SNF w czasie pobytu w szpitalu nieobjętego ubezpieczeniem (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Szyny, opatrunki gipsowe i inne wyroby do stabilizacji złamań i zwichnięć • Protezy i urządzenia ortopedyczne (poza stomatologicznymi), które zastępują w całości lub części narząd wewnętrzny (w tym przyległą tkankę) lub zastępują, całkowicie lub częściowo, funkcję trwale niedziałającego lub upośledzonego narządu wewnętrznego, w tym wymiana lub naprawa takich urządzeń. • Ortezy nóg, ramion, pleców i szyi; trzpienie oraz sztuczne nogi, ramiona i oczy, w tym regulacja, naprawy i wymiany konieczne z powodu złamania, zużycia, utraty albo zmiany stanu fizycznego pacjenta <p>Fizjoterapia, terapia mowy i terapia zajęciowa</p>	
	<p>Żywnienie medyczne</p> <p>Świadczenie przeznaczone dla osób z cukrzycą, chorobą nerek (ale nie dializowanych), lub po przeszczepieniu nerki na zlecenie lekarza.</p> <p>Pokrywamy 3 godziny indywidualnych usług poradnictwa w pierwszym roku korzystania z żywienia medycznego w ramach Medicare (obejmuje to nasz plan, każdy inny plan Medicare Advantage albo Original Medicare), a następnie 2 godziny każdego roku. Jeżeli Państwa stan, leczenie albo rozpoznanie ulegnie zmianie, mogą Państwo uzyskać więcej godzin leczenia na zlecenie lekarza. Lekarz musi przepisać te usługi i odnawiać zlecenie co roku, jeżeli leczenie jest potrzebne w kolejnym roku kalendarzowym.</p>	<p>Członkowie kwalifikujący się do usług żywienia medycznego pokrywanych przez Medicare nie płacą współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>
	<p>Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>Usługi zapewniane w ramach MDPP będą pokrywane w przypadku kwalifikujących się osób we wszystkich planach ubezpieczenia zdrowotnego Medicare.</p> <p>MDPP to ustrukturyzowana interwencja w zakresie zmiany zachowań zdrowotnych, która zapewnia praktyczne szkolenie w zakresie długoterminowej zmiany diety, zwiększonej aktywności fizycznej i strategii rozwiązywania problemów w celu przezwyciężenia wyzwań związanych z utrzymaniem niższej wagi i zdrowego stylu życia.</p>	<p>Za świadczenie MDPP nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Leki w ramach Medicare Part B</p> <p>Leki te są objęte ubezpieczeniem w ramach Części B Original Medicare. W przypadku członków naszego planu leki te są objęte ubezpieczeniem przez nasz plan. Leki objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leki, które zazwyczaj nie są podawane samodzielnie przez pacjenta i są podawane w postaci wstrzyknięć albo wlewów w gabinecie lekarskim, przychodni szpitalnej albo ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym • Insulina zapewniana jako artykuł w ramach trwałego sprzętu medycznego (np. pompa insulinowa niezbędna ze względów medycznych) • Inne zatwierdzone przez plan leki przyjmowane przy użyciu trwałego sprzętu medycznego (np. nebulizatora) • Lek na chorobę Alzheimer, Leqembi® (nazwa generyczna lecanemab), który jest podawany dożylnie. Oprócz kosztów leków, mogą Państwo potrzebować dodatkowych badań obrazowych i badań diagnostycznych przed lub w trakcie leczenia, które mogą zwiększyć Państwa całkowite koszty. Proszę porozmawiać z lekarzem o tym, jakie badania obrazowe i badania diagnostyczne mogą być potrzebne w ramach leczenia. • Wstrzykiwane samodzielnie czynniki krzepnięcia krwi u pacjentów z hemofilią • Przeszczep/Leki immunosupresyjne: Medicare obejmuje farmakoterapię przeszczepów, jeśli Medicare zapłacił za przeszczep narządu. Musisz mieć część A w momencie objętego nią przeszczepu i część B w momencie otrzymania leków immunosupresyjnych. Ubezpieczenie leków w ramach Medicare Part D obejmuje leki immunosupresyjne, jeśli Część B ich nie pokrywa • Leki do wstrzykiwań przeciw osteoporozie w przypadku osoby, która nie jest w stanie opuścić miejsca zamieszkania, miała złamanie kości, które wg zaświadczenia lekarskiego było związane z osteoporozą pomenopauzalną, i nie może samodzielnie przyjmować leku • Niektóre antygeny: Medicare pokrywa antygeny, jeśli lekarz je przygotowuje, a odpowiednio przeszkolona osoba (którą możesz być Ty, pacjent) poda je pod odpowiednim nadzorem. 	<p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, współpłaty ani wkładu własnego.</p> <p>Leki w ramach Części B mogą podlegać terapii stopniowej.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
<p>Leki w ramach Medicare Part B (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niektóre doustne leki przeciwnowotworowe: Medicare obejmuje niektóre doustne leki przeciwnowotworowe przyjmowane doustnie, jeśli ten sam lek jest dostępny w postaci do wstrzykiwań lub lek jest prolekiem (doustną postacią leku, który po spożyciu rozpada się na tę samą substancję czynną znajdującą się w leku do wstrzykiwań) leku do wstrzykiwań. W miarę jak nowe doustne leki przeciwnowotworowe stają się dostępne, część B może je obejmować. Jeśli Część B ich nie pokrywa, Część D je pokrywa. • Doustne leki przeciwwymiotne: Medicare obejmuje doustne leki przeciwwymiotne stosowane jako część chemioterapii przeciwnowotworowej, jeśli są podawane przed, w czasie albo w ciągu 48 godzin od chemioterapii albo są stosowane jako pełny zamiennik terapeutyczny dożylnego leku przeciwwymiotnego • Niektóre leki doustne na schyłkową niewydolność nerek (ESRD) objęte ubezpieczeniem Medicare Part B • Leki kalcymimetyczne oraz wiążące fosforany w ramach systemu płatności ESRD, w tym dożylny lek Parsabiv® i doustny lek Sensipar® • Określone leki do dializy domowej, w tym: heparyna, odtrutka przeciw heparynie, jeżeli jest niezbędna ze względów medycznych oraz miejscowe środki znieczulające • Czynniki stymulujące erytropoezę: Medicare obejmuje erytropoetynę we wstrzyknięciach, jeśli cierpi Państwo na schyłkową niewydolność nerek (ESRD) albo potrzebują Państwo tego leku do leczenia niedokrwistości związanej z pewnymi innymi schorzeniami (takich jak Retacrit®, Aranesp®) • Podawana dożylnie immunoglobulina do domowego leczenia pierwotnego upośledzenia odporności. • Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe (żywnienie dożylnie i przez zgłąbnik) <p>W niektórych przypadkach nasz plan wymaga, aby najpierw wypróbować określone leki stosowane w leczeniu danym schorzeniu, zanim zrefunduje inny lek stosowany w leczeniu tej dolegliwości. Na przykład, jeżeli lek A i lek B leczą dane schorzenie, a lek A kosztuje mniej niż lek B, plan może wymagać, aby najpierw wypróbować lek A. Jeżeli lek A nie będzie dla Państwa odpowiedni, plan pokryje lek B. Więcej informacji na temat sposobu określania, czy konieczna jest terapia stopniowa, można znaleźć na stronie SWHNY.com.</p>	

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Leki w ramach Medicare Part B (ciąg dalszy)</p> <p>Pokrywamy również koszty niektórych szczepionek w ramach Części B i większości szczepionek dla dorosłych w ramach naszego świadczenia obejmującego leki w ramach Części D.</p> <p>W Rozdziale 5 wyjaśniono świadczenie refundacji leków w Części D, w tym zasady, jakich należy przestrzegać, aby leki na receptę zostały objęte ubezpieczeniem. W Rozdziale 6 wyjaśniono Państwa opłaty za leki otrzymywane w ramach Części D za pośrednictwem naszego planu.</p>	
	<p>Badania kontrolne pod kątem otyłości i leczenie prowadzące do trwałego spadku wagi</p> <p>W przypadku osób o wskaźniku masy ciała wynoszącym 30 lub wyższym, plan pokrywa intensywne usługi poradnictwa wspomagające odchudzanie. Usługi są pokrywane, jeśli są zapewniane w placówce podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie mogą być koordynowane z kompleksowym planem profilaktycznym. Więcej informacji można uzyskać u swojego lekarza lub innego pracownika podstawowej opieki zdrowotnej.</p>	<p>Za profilaktyczne badanie przesiewowe pod kątem otyłości i terapię nie obowiązują współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>
	<p>Usługi programu leczenia uzależnienia od opioidów</p> <p>Członkowie naszego planu z uzależnieniem od opioidów (opioid use disorder, OUD) mogą skorzystać z refundacji usług leczenia OUD w ramach Opioid Treatment Program (OTP), która obejmuje następujące usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zatwierdzone przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) leki o właściwościach agonistycznych i antagonistycznych stosowane w leczeniu wspomaganym farmakologicznie (medication-assisted treatment, MAT) • Wydawanie i podawanie leków MAT (jeśli dotyczy) • Poradnictwo związane z używaniem substancji psychoaktywnych • Terapia indywidualna i grupowa • Badanie toksykologiczne • Czynności związane z przyjęciem • Okresowe oceny 	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare ambulatoryjne usługi programu leczenia uzależnienia od opioidów nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p> <p>Ambulatoryjne usługi programu leczenia zaburzeń używania opioidów objęte ubezpieczeniem Medicare nie wymagają wcześniejszej zgody, chyba że wymagają Państwo leków stosowanych w leczeniu zaburzeń używania opioidów.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Testy diagnostyczne, usługi terapeutyczne i środki zapewniane w warunkach ambulatoryjnych</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Badania RTG • Radioterapia (radem i izotopami), w tym materiały technika • Środki chirurgiczne, na przykład opatrunki • Szyny, opatrunki gipsowe i inne wyroby do stabilizacji złamań i zwichnięć • Badania laboratoryjne • Krew – w tym przechowywanie i podawanie. Pokrycie kosztów krwi pełnej i koncentratu krwinek czerwonych rozpoczyna się dopiero od drugiego litra krwi podawanej Państwu – muszą Państwo zapłacić za pierwsze 1,5 litra które otrzymają w danym roku kalendarzowym, albo mogą otrzymać krew oddaną przez samego siebie albo innego dawcę. Wszystkie pozostałe składniki krwi są objęte ubezpieczeniem od pierwszego podanego litra • Inne ambulatoryjne badania diagnostyczne – badania diagnostyczne inne niż radiologiczne, takie jak EKG, EEG, badania czynnościowe płuc, badania snu i testy wysiłkowe • Diagnostyczne badania radiologiczne (złożone i niezłożone), takie jak specjalistyczne badania obrazowe, TK (CT), SPECT, PET, MRI, MRA, badania medycyny nuklearnej, ultrasonograficzne, mammografia diagnostyczna i interwencyjne zabiegi radiologiczne (mielogram, cystografia, angiogram i badania z użyciem barytu) • Ambulatoryjne badania laboratoryjne i badania RTG nie wymagają zgody. 	<p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, współpłaty ani wkładu własnego.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Ambulatoryjne usługi obserwacyjne świadczone w szpitalu</p> <p>Usługi obserwacyjne to świadczone w szpitalu usługi ambulatoryjne, które pomogą zdecydować, czy członek musi zostać przyjęty do szpitala lub czy może pójść do domu.</p> <p>Ambulatoryjne usługi obserwacyjne świadczone w szpitalu są pokrywane tylko wtedy, gdy spełniają kryteria Medicare i są uważane za uzasadnione i niezbędne. Usługi obserwacyjne są pokrywane tylko wtedy, gdy są zlecone przez lekarza albo inną osobę upoważnioną na mocy stanowych przepisów o uprawnieniach zawodowych i regulaminu pracowników szpitala, do przyjmowania pacjentów do szpitala albo zlecenia testów w warunkach ambulatoryjnych.</p> <p>Uwaga: O ile świadczeniodawca nie wydał skierowania do przyjęcia pacjenta do szpitala, pacjent jest pacjentem ambulatoryjnym i płaci kwoty udziału w kosztach obowiązujące za ambulatoryjne usługi szpitalne. Nawet w przypadku pozostania w szpitalu na noc, pacjenci nadal mogą być uznawani za pacjentów ambulatoryjnych. W razie wątpliwości, czy jest się pacjentem hospitalizowanym, należy zwrócić się o wyjaśnienie do personelu szpitala.</p> <p>Więcej informacji na ten temat można znaleźć w ulotce Medicare <i>Medicare Hospital Benefits</i>. Ulotkę można znaleźć pod adresem www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf albo otrzymać, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048. Połączenia z tymi numerami są bezpłatne, dostępne przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.</p>	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
<p>Ambulatoryjne usługi szpitalne</p> <p>Plan pokrywa usługi niezbędne ze względów medycznych udzielone w poradni przyszpitalnej w celu diagnozy albo leczenia choroby albo urazu.</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usługi na oddziale ratunkowym albo w przychodni, na przykład obserwacja albo ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne • Badania laboratoryjne i diagnostyczne, za które szpital wystawia rachunek • Opieka psychiatryczna, w tym w programie częściowej hospitalizacji, jeżeli lekarz potwierdzi, że w przeciwnym wypadku potrzebne byłoby leczenie szpitalne • Prześwietlenia RTG i inne usługi radiologiczne, za które szpital wystawia rachunek 	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Ambulatoryjne usługi szpitalne są pokrywane w ramach innych świadczeń wymienionych w tej tabeli. Zobacz te i inne świadczenia, gdy opieka jest świadczona w szpitalu ambulatoryjnym:</p> <p>„Opieka w nagłych przypadkach”</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>ambulatoryjne usługi szpitalne (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiały medyczne, takie jak szyny i opatrunki gipsowe • Określone leki i leki biologiczne, których pacjent nie może sobie sam podać <p>Uwaga: O ile świadczeniodawca nie wydał skierowania do przyjęcia pacjenta do szpitala, pacjent jest pacjentem ambulatoryjnym i płaci kwoty udziału w kosztach obowiązujące za ambulatoryjne usługi szpitalne. Nawet w przypadku pozostania w szpitalu na noc, pacjenci nadal mogą być uznawani za pacjentów ambulatoryjnych. W razie wątpliwości, czy jest się pacjentem hospitalizowanym, należy zwrócić się o wyjaśnienie do personelu szpitala.</p> <p>Więcej informacji można znaleźć w ulotce informacyjnej Medicare zatytułowanej <i>Czy jesteś pacjentem szpitalnym stacjonarnym czy ambulatoryjnym? Jeśli masz Medicare – zapytaj!</i> Ulotkę można znaleźć w Internecie na stronie https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf albo otrzymać, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 1-877-486-2048. Połączenia z tymi numerami są bezpłatne, dostępne przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.</p>	<p>„Ogólnoświatowe ubezpieczenie w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia/w pilnych przypadkach” „Testy diagnostyczne” usługi terapeutyczne i środki zapewniane w warunkach ambulatoryjnych” „Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne, w tym świadczenia udzielane w przychodniach przyszpitalnych i ambulatoryjnych ośrodkach chirurgicznych” „Hospitalizacja częściowa”</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Ambulatoryjna opieka psychiatryczna</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <p>Usługi w zakresie zdrowia psychicznego udzielane przez licencjonowanego przez stan psychiatrę albo lekarza, psychologa klinicznego, klinicznego pracownika socjalnego, pielęgniarkę kliniczną, licencjonowanego doradcę zawodowego (Food and Drug Administration, LPC), licencjonowanego terapeutę małżeńskiego i rodzinnego (licensed marriage and family therapist, LMFT), pielęgniarkę (NP), asystenta lekarza (PA) albo innego uprawnionego przez Medicare specjalistę w zakresie zdrowia psychicznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami stanowymi.</p> <p>W ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej ubezpieczeniem objęte są następujące usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jedno badanie przesiewowe w kierunku depresji w roku kalendarzowym. Badanie przesiewowe musi zostać przeprowadzone w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej albo w placówce podstawowej opieki zdrowotnej, która może zapewnić dalsze leczenie i skierowania. 	<p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, współpłaty ani wkładu własnego.</p> <p>Informacje o corocznym badaniu przesiewowym w kierunku depresji podano w części tabeli zatytułowanej „Badania przesiewowe w kierunku depresji”.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Ambulatoryjna opieka psychiatryczna (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoterapia indywidualna i grupowa u lekarzy lub określonych uprawnionych specjalistów upoważnionych w świetle przepisów stanowych, obowiązujących w miejscu świadczenia usług. • Poradnictwo rodzinne, jeśli głównym celem jest pomoc w leczeniu. • Badania w celu sprawdzenia, czy członek otrzymuje potrzebne usługi i czy obecne leczenie jest skuteczne. • Ocena psychiatryczna. • Zarządzanie farmakoterapią. 	<p>Jeśli to leczenie psychiatryczne w warunkach ambulatoryjnych pokrywane przez Medicare jest potrzebne, proszę zapoznać się z częścią tabeli zatytułowaną „Częściowa hospitalizacja”.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Usługi rehabilitacji ambulatoryjnej</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują: fizjoterapię, terapię zajęciową i terapię logopedyczną.</p> <p>Ambulatoryjne usługi rehabilitacyjne są świadczone w różnych placówkach ambulatoryjnych, takich jak ambulatoria przyszpitalne, gabinety niezależnych terapeutów oraz kompleksowe ambulatoryjne ośrodki rehabilitacyjne (CORF).</p>	<p>Świadczenie to nie wymaga opłacania współubezpieczenia ani współpłaty.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Usługi ambulatoryjne w zakresie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatoryjne usługi leczenia uzależnień pokrywane przez Medicare. • Ponadto, Medicaid pokrywa wizyty terapii indywidualnej i grupowej. Członek musi być w stanie samodzielnie zgłosić się na jedną ocenę u świadczeniodawcy należącego do sieci w okresie dwunastu (12) miesięcy. <p>Członkowie muszą korzystać z usług świadczeniodawców Senior Whole Health w zakresie zdrowia behawioralnego.</p> <p>W celu uzyskania dalszych informacji należy skontaktować się z Działem Obsługi Ubezpieczonych.</p>	<p>Świadczenie to nie wymaga opłacania współubezpieczenia ani współpłaty.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne, w tym usługi świadczone w przychodniach przyszpitalnych i ambulatoryjnych ośrodkach chirurgicznych</p> <p>Uwaga: W przypadku planowanego zabiegu chirurgicznego w szpitalu należy zapytać świadczeniodawcę, czy będzie to zabieg ambulatoryjny, czy też pacjent zostanie przyjęty do szpitala. O ile świadczeniodawca nie wydał skierowania do przyjęcia pacjenta do szpitala, pacjent jest pacjentem ambulatoryjnym i płaci kwoty udziału w kosztach obowiązujące za ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne. Nawet w przypadku pozostania w szpitalu na noc, pacjenci nadal mogą być uznawani za pacjentów ambulatoryjnych.</p>	<p>Świadczenie to nie wymaga opłacania współubezpieczenia ani współpłaty.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Produkty dostępne bez recepty (over-the-counter, OTC) (uzupełniające)*</p> <p>Członkowie otrzymują co miesiąc na swoją kartę Healthy You łączony dodatek w wysokości \$285, który mogą wydać na zatwierdzone przez plan artykuły, produkty i leki OTC. Ten miesięczny dodatek jest łączony z dodatkiem na żywność i produkty rolne (SSBCI)*, transport do miejsc zatwierdzonych przez plan, aparaty słuchowe OTC, usługi transportu w przypadkach innych niż nagłe (SSBCI)* oraz media (SSBCI)*. Można wykorzystać ten dodatek na artykuły OTC, żywność i produkty rolne (SSBCI)*, transport do miejsc zatwierdzonych przez plan, aparaty słuchowe OTC, usługi transportu w przypadkach innych niż nagłe (uzupełniające) albo na pomoc w opłaceniu rachunków za media (energia elektryczna, gaz ziemny, i woda). W przypadku niewykorzystania całości miesięcznego dodatku pozostałe środki tracą ważność i nie zostaną przeniesione na kolejny miesiąc.</p> <p>Ubezpieczeniem objęte są artykuły zdrowotne i pielęgnacyjne sprzedawane bez recepty (OTC), takie jak witaminy, filtry przeciwsłoneczne, środki przeciwbólowe, leki na kaszel i przeziębienie oraz bandaże.</p> <p>Można zamówić:</p> <p>Online – na stronie NationsOTC.com/Molina</p> <p>Telefonicznie – pod numerem 877-208-9243 można porozmawiać z doradcą</p> <p>ds. doświadczeń członków NationsOTC (TTY 711) 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, 365 dni w roku.</p> <p>Pocztą – należy wypełnić i odesłać formularz zamówienia znajdujący się w katalogu produktów.</p>	<p>Członkowie korzystający z karty Healthy You nie płacą współubezpieczenia, współpłaty ani udziału własnego.</p> <p>Możesz ponieść koszty, jeśli przekroczysz swój maksymalny miesięczny limit.</p> <p>Mogą obowiązywać ograniczenia i wyłączenia.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
<p>Produkty dostępne bez recepty (OTC) (uzupełniające)* (ciąg dalszy)</p> <p>Poprzez uczestniczące placówki detaliczne.</p> <p>Pełną listę artykułów OTC zatwierdzonych przez plan można znaleźć w Katalogu produktów OTC na rok 2026, a więcej informacji można uzyskać, kontaktując się telefonicznie z personelem ds. wsparcia w zakresie artykułów OTC. Znajdziesz ważne informacje (wytyczne dotyczące zamówień) w Katalogu Produktów OTC na rok 2026.</p> <p>Aby uzyskać więcej informacji, należy skontaktować się z Działem Obsługi Ubezpieczonych.</p> <p>*Kryteria kwalifikacyjne dotyczące chorób przewlekłych</p>	
<p>Usługi częściowej hospitalizacji i intensywnej opieki ambulatoryjnej</p> <p><i>Częściowa hospitalizacja</i> jest to ustrukturyzowany program aktywnego leczenia psychiatrycznego świadczonego w ramach ambulatoryjnej opieki szpitalnej albo przez lokalny ośrodek zdrowia psychicznego, który jest bardziej intensywny niż opieka otrzymywana w gabinecie lekarza, terapeuty, licencjonowanego terapeuty małżeńskiego i rodzinnego (LMFT) albo licencjonowanego doradcy zawodowego i stanowi alternatywę dla hospitalizacji stacjonarnej.</p> <p><i>Intensywna opieka ambulatoryjna</i> jest to ustrukturyzowany program aktywnej terapii behawioralnej (psychicznej) świadczonej w szpitalnym oddziale ambulatoryjnym, społecznym ośrodku zdrowia psychicznego, federalnie kwalifikowanym ośrodku zdrowia albo wiejskiej klinice zdrowia, który jest bardziej intensywny niż opieka otrzymywana w gabinecie lekarza, terapeuty, licencjonowanego terapeuty małżeńskiego i rodzinnego (LMFT) albo licencjonowanego doradcy zawodowego, ale mniej intensywny niż częściowa hospitalizacja.</p>	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare usługi częściowej hospitalizacji nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Usługi lekarzy/świadczeniodawców, w tym wizyty w gabinecie lekarskim</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niezbędna ze względów medycznych opieka medyczna albo usługi chirurgiczne świadczone w gabinecie lekarskim, certyfikowanym ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym, ambulatorium przyszpitalnym albo w innym miejscu. Może być wymagana wcześniejsza zgoda. • Konsultacje, diagnozy i leczenie przez specjalistę. • Podstawowe badania słuchu i równowagi wykonywane przez lekarza podstawowej opieki (PCP), jeżeli zostały zlecone przez lekarza, aby ustalić, czy potrzebne jest leczenie • Niektóre usługi telezdrowia, w tym usługi podstawowej opieki zdrowotnej. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mogą Państwo skorzystać z tych usług podczas wizyty osobistej albo za pośrednictwem teleporady. Jeśli zdecyduje się skorzystać z teleporady musi wybrać świadczeniodawcę należącego do sieci, który oferuje taką usługę. Jeśli zdecyduje się skorzystać z teleporady musi wybrać świadczeniodawcę należącego do sieci, który oferuje taką usługę. Świadczeniodawcę należącego do sieci można znaleźć na stronie SWHNY.com. ◦ Wirtualne wizyty to wizyty lekarskie organizowane poza placówkami medycznymi przez wirtualnych świadczeniodawców korzystających z technologii internetowych oraz przesyłania dźwięku/obrazu na żywo. ◦ Uwaga: Nie wszystkie schorzenia mogą być konsultowane podczas wizyt wirtualnych. Lekarz przeprowadzający wirtualną wizytę ustali, czy konieczna jest osobista wizyta lekarska w celu podjęcia leczenia. • Teleporady w związku z comiesięcznymi wizytami w związku ze schyłkową niewydolnością nerek, dla członków korzystających z dializy w domu, odbywające się w ośrodku dializy w szpitalu albo w szpitalu zapewniającym krytyczny dostęp, w stacji dializ albo w domu członka. Może być wymagana wcześniejsza zgoda. • Teleporady w celu zdiagnozowania, oceny, leczenia objawów udaru, niezależnie od lokalizacji członka. Wymagana może być wcześniejsza zgoda. 	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Usługi lekarzy/świadczeniodawców, w tym wizyty w gabinecie lekarskim (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teleporady dla członków z zaburzeniem używania substancji psychoaktywnych albo współwystępującym zaburzeniem zdrowia psychicznego, niezależnie od ich lokalizacji. Może być wymagana wcześniejsza zgoda. • Usługi telezdrowotne w celu diagnozy, oceny i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego, jeśli: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Odbyli Państwo wizytę osobistą w ciągu 6 miesięcy przed pierwszą teleporadą ◦ W trakcie korzystania z teleporad odbywają Państwo wizyty osobiste co 12 miesięcy ◦ W określonych okolicznościach możliwe jest odstępnie od powyższych warunków. • Teleporady w związku ze zdrowiem psychicznym zapewniane przez wiejskie ośrodki zdrowia (Rural Health Clinics) i zarejestrowane federalnie ośrodki zdrowia (Federally Qualified Health Center). • Konsultacje wirtualne (na przykład przez telefon albo czat wideo) z lekarzem trwające 5–10 minut, jeśli: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nie są Państwo nowymi pacjentami oraz ◦ konsultacja nie jest związana z wizytą w gabinecie, która odbyła się w ciągu ostatnich 7 dni oraz ◦ konsultacja nie skutkuje wizytą w gabinecie w ciągu 24 godzin albo w najbliższym dostępnym terminie • Ocena nagrań wideo lub obrazów przestanych przez Państwa do lekarza oraz interpretacja i działania następcze podjęte przez lekarza w ciągu 24 godzin jeśli: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nie są Państwo nowymi pacjentami oraz ◦ Wizyta kontrolna nie jest związana z wizytą w gabinecie realizowaną w ciągu ostatnich 7 dni oraz ◦ Ocena nie prowadzi do odbycia wizyty w gabinecie w ciągu 24 godzin albo w najbliższym dostępnym terminie • Konsultacje lekarza z innymi lekarzami przez telefon, internet lub elektroniczną dokumentację zdrowotną. • Druga opinia <i>innego świadczeniodawcy należącego do sieci</i> przed zabiegiem chirurgicznym 	



Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Usługi lekarzy/świadczeniodawców, w tym wizyty w gabinecie lekarskim (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> Niestandardowa opieka stomatologiczna (usługi objęte ubezpieczeniem ograniczają się do chirurgii szczękowej i przyszcękowej, nastawiania złamań kości szczękowych albo twarzowych, ekstrakcji zębów w celu przygotowania szczęki do radioterapii w przypadku choroby nowotworowej albo usług, które zostałyby pokryte, gdyby były świadczone przez lekarza). Może być wymagana wcześniejsza zgoda. Usługi monitorowania w gabinecie lekarza albo ambulatorium szpitalnym w przypadku pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe, np. Coumadin, heparynę albo warfarynę. 	
	<p>Usługi podiatryczne (objęte ubezpieczeniem Medicare)</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnoza i leczenie medyczne albo chirurgiczne urazów i chorób stóp (takich jak palec młotkowaty albo ostroga piętowa) Rutynowa pielęgnacja stóp dla członków z określonymi schorzeniami medycznymi wpływającymi na kończyny dolne. 	<p>Świadczenie to nie wymaga opłacania współubezpieczenia ani współpłaty.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Profilaktyka przedekspozycyjna (pre-exposure prophylaxis, PrEP) w celu zapobiegania zakażeniu wirusem HIV</p> <p>Jeśli nie są Państwo nosicielami wirusa HIV, ale lekarz albo świadczeniodawca opieki zdrowotnej stwierdzi, że są Państwo narażeni na zwiększone ryzyko zakażenia wirusem HIV, pokryjemy koszty leków stosowanych w profilaktyce przedekspozycyjnej (PrEP) i powiązanych usług.</p> <p>Jeśli się Państwo kwalifikują, usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dopuszczony przez FDA do obrotu lek stosowany w PrEP w postaci doustnej albo do wstrzykiwań. Jeśli otrzymują Państwo lek do wstrzykiwań, pokrywamy również opłatę za wstrzyknięcie leku. Do 8 indywidualnych sesji poradnictwa (w tym ocena ryzyka zakażenia wirusem HIV, obniżanie ryzyka zakażenia wirusem HIV i przestrzeganie zaleceń dotyczących stosowania leków) co 12 miesięcy. Do 8 badań przesiewowych w kierunku zakażenia wirusem HIV co 12 miesięcy. <p>Jednorazowe badanie przesiewowe w kierunku zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B.</p>	<p>Świadczenie PrEP nie wymaga pokrycia współubezpieczenia, współpłaty ani udziału własnego.</p>


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Badania przesiewowe w kierunku nowotworu prostaty</p> <p>W przypadku mężczyzn w wieku 50 lat i starszych, następujące usługi są refundowane raz na 12 miesięcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palpacyjne badanie przez odbył • Badanie w kierunku swoistego antygenu sterczowego (PSA) 	<p>Za coroczne badanie PSA nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>
	<p>Wyroby protetyczne i ortozy oraz związane z nimi zaopatrzenie</p> <p>Urządzenia (poza dentystycznymi) zastępujące cały lub część narządu/ części ciała lub jego funkcję. Obejmuje to, między innymi, testowanie, dopasowywanie albo szkolenie w zakresie korzystania z wyrobów protetycznych i ortez; a także: worki stomijne i materiały bezpośrednio związane z opieką nad stomią, rozruszniki serca, ortozy, protezy obuwia, sztuczne kończyny oraz protezy piersi (w tym biustonosz chirurgiczny po mastektomii). W tym niektóre materiały związane z wyrobami protetycznymi i ortezami oraz naprawa lub wymiana tych wyrobów i ortez. Obejmuje to także pewien zakres refundacji po usunięciu albo operacji zaćmy – więcej szczegółów można znaleźć w punkcie <i>Opieka okulistyka</i> w dalszej części tabeli.</p>	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Usługi rehabilitacji pulmonologicznej</p> <p>Kompleksowe programy rehabilitacji układu oddechowego są objęte ubezpieczeniem dla członków z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) o nasileniu od umiarkowanego do bardzo ciężkiego, którzy mają skierowanie na rehabilitację układu oddechowego od lekarza zajmującego się przewlekłą chorobą układu oddechowego.</p>	<p>Świadczenie to nie wymaga opłacania współubezpieczenia ani współpłatności.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>
	<p>Badania przesiewowe i doradztwo mające na celu ograniczenie nadużywania alkoholu</p> <p>Plan pokrywa jedno badanie przesiewowe w kierunku nadużywania alkoholu dla osób dorosłych (w tym kobiet w ciąży), nadużywających, ale nie uzależnionych od alkoholu.</p> <p>Jeśli stwierdzono u Państwa nadużywanie alkoholu, mogą Państwo skorzystać z maksymalnie 4 krótkich, indywidualnych sesji poradnictwa w roku (pod warunkiem, że są Państwo świadomi i przytomni w trakcie konsultacji), prowadzonych przez wykwalifikowanego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej albo innego świadczeniodawcę w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej.</p>	<p>Korzystanie z objętych ubezpieczeniem Medicare świadczeń profilaktycznych w postaci badań przesiewowych oraz poradnictwa dotyczącego ograniczenia nadużywania alkoholu nie wymaga pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Badania przesiewowe w kierunku nowotworu płuca z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>W przypadku osób spełniających kryteria kwalifikacyjne badanie LDCT jest pokrywane co 12 miesięcy.</p> <p>Kwalifikujący się członkowie to osoby w wieku od 50 do 77 lat, bez objawów raka płuca, z co najmniej 20 „paczko latami” w wywiadzie dotyczącym palenia i palące obecnie albo które rzuciły palenie w ciągu ostatnich 15 lat, które otrzymały skierowanie na LDCT podczas wizyty doradczej obejmującej badanie przesiewowe w kierunku nowotworu płuca i wspólne podejmowanie decyzji, spełniającej kryteria Medicare określone dla takiej wizyty i zapewnianej przez lekarza albo wykwalifikowanego świadczeniodawcę innego niż lekarz.</p> <p><i>W przypadku badań przesiewowych w kierunku raka płuc metodą LDCT po wstępnym badaniu przesiewowym LDCT: członkowie muszą otrzymać skierowanie na badanie przesiewowe w kierunku raka płuc metodą LDCT, które może okazać się podczas odpowiedniej wizyty u lekarza albo wykwalifikowanego pracownika służby zdrowia niebędącego lekarzem. Jeśli lekarz albo wykwalifikowany świadczeniodawca inny niż lekarz zdecyduje o przeprowadzeniu wizyty doradczej obejmującej badanie przesiewowe w kierunku nowotworu płuca i wspólne podejmowanie decyzji przy kolejnych badaniach przesiewowych w kierunku nowotworu płuca za pomocą LDCT, wizyta musi spełniać kryteria Medicare określone dla takich wizyt.</i></p>	<p>Wizyta z konsultacją i wspólnym podejmowaniem decyzji w odniesieniu do LDCT objęta ubezpieczeniem Medicare nie wymaga pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>
	<p>Badania przesiewowe w kierunku zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C</p> <p>Pokrywamy koszty jednego badania przesiewowego w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C, jeśli zleci je lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo inny wykwalifikowany świadczeniodawca opieki zdrowotnej i spełniają Państwo jeden z następujących warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Są Państwo w grupie wysokiego ryzyka, ponieważ stosują albo stosowali Państwo narkotyki we wstrzyknięciach. • Zostali Państwo poddani przetoczeniu krwi przed 1992 rokiem. • Urodzili się Państwo w latach 1945–1965. <p>Jeśli urodzili się Państwo w latach 1945–1965 i nie są Państwo zaliczani do grupy wysokiego ryzyka, zapłacimy za jednorazowe badanie przesiewowe. Jeśli znajdują się Państwo w grupie wysokiego ryzyka (na przykład nadal stosowali Państwo narkotyki we wstrzyknięciach od czasu uzyskania poprzedniego ujemnego wyniku badania przesiewowego w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C), pokrywamy koszty corocznych badań przesiewowych.</p>	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare badania przesiewowe w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu C nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Badania przesiewowe pod kątem chorób przenoszonych drogą płciową (sexually transmitted infection, STI) i poradnictwo w zakresie profilaktyki takich chorób</p> <p>Plan pokryje badania przesiewowe w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową w kierunku chlamydii, rzeżączki, syfilisu i zapalenia wątroby typu B. Badania te są pokrywane w przypadku kobiet w ciąży i określonych osób z podwyższonym ryzykiem zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową, jeśli badania zostaną zlecone przez świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej. Badania są pokrywane raz na 12 miesięcy albo na określonych etapach ciąży.</p> <p>Refundujemy także maksymalnie dwie 20–30-minutowe indywidualne, intensywne sesje konsultacji behawioralnych w roku dla aktywnych seksualnie osób dorosłych narażonych na podwyższone ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową (STI). Sesje doradcze są pokrywane wyłącznie jako usługa profilaktyczna, jeśli są zapewniane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i odbywają się w placówce podstawowej opieki zdrowotnej, np. w gabinecie lekarskim.</p>	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare badania przesiewowe pod kątem chorób przenoszonych drogą płciową (STI) i poradnictwo w ramach świadczenia profilaktycznego nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>
	<p>Usługi leczenia choroby nerek</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usługi edukacyjne w zakresie choroby nerek, które pomogą członkom w pielęgnacji i podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących opieki. W przypadku członków z IV stadium przewlekłej niewydolności nerek i posiadających skierowanie od swojego lekarza, pokryjemy do 6 sesji edukacji w zakresie choroby nerek w ciągu całego życia • Dializy w warunkach ambulatoryjnych (w tym dializy w czasie tymczasowej nieobecności na obszarze usług planu, jak wyjaśniono w Rozdziale 3, albo kiedy świadczeniodawca zapewniający taką usługę jest czasowo niedostępny) • Dializy w szpitalu (u pacjenta hospitalizowanego w celu udzielenia specjalnej opieki) • Szkolenie w zakresie samodzielnej dializy (obejmuje szkolenie dla Państwa i osób pomagających Państwu w zabiegach dializy domowej) • Sprzęt i środki do dializy domowej • Niektóre domowe usługi pomocnicze (np. w razie potrzeby, wizyty osób po odpowiednim szkoleniu w celu sprawdzenia dializy domowej, udzielenia doraźnej pomocy, sprawdzenia sprzętu do dializy i doptywu wody) 	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p> <p>Dializy w szpitalu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Opieka szpitalna“. <p>Sprzęt i materiały do dializ domowych</p> <ul style="list-style-type: none"> • Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Trwały sprzęt medyczny i powiązane materiały“.

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Usługi leczenia choroby nerek (ciąg dalszy)</p> <p>Niektóre leki do dializ są objęte ubezpieczeniem w ramach Medicare Part B. Informacje na temat ubezpieczenia leków w ramach Części B można znaleźć w punkcie Leki w ramach Medicare Part B w tej tabeli.</p>	<p>Usługi wsparcia w domu</p> <ul style="list-style-type: none"> Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Opieka agencji domowej opieki zdrowotnej”. <p>Leki do dializy zapewniane w ramach Medicare Part B</p> <ul style="list-style-type: none"> Więcej informacji można znaleźć w części tabeli zatytułowanej „Leki na receptę w ramach Medicare Part B”.
	<p>Opieka w specjalistycznej placówce opiekuńczej (SNF)</p> <p>(Definicja „opieki w specjalistycznej placówce opiekuńczej” znajduje się w Rozdziale 12. Wyspecjalizowane placówki opiekuńcze są czasami określane w skrócie jako SNF (ang. skilled nursing facility).</p> <p>Te usługi objęte ubezpieczeniem obejmują w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pokój dwuosobowy (lub jednoosobowy, jeżeli jest to medycznie uzasadnione) Posiłki, w tym diety specjalne Wyspecjalizowane usługi pielęgniarskie Fizjoterapia, terapia zajęciowa i logopedyczna Leki podawane Państwu w ramach planu opieki (obejmuje to substancje naturalnie występujące w organizmie, takie jak czynniki krzepnięcia krwi) Krew – w tym przechowywanie i podawanie. Pokrycie kosztów krwi pełnej i koncentratu krwinek czerwonych rozpoczyna się dopiero od drugiego litra krwi podawanej Państwu – muszą Państwo zapłacić za pierwsze 1,5 litra które otrzymają w danym roku kalendarzowym, albo mogą otrzymać krew oddaną przez samego siebie albo innego dawcę. Wszystkie pozostałe składniki krwi są objęte ubezpieczeniem od pierwszego podanego litra. 	<p>Świadczenie to nie wymaga opłacania współubezpieczenia ani współpłatności.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p> <p>Z wyjątkiem nagłych przypadków, lekarz członka musi poinformować plan o planowanym przyjęciu do ośrodka SNF. Nie jest wymagany wcześniejszy pobyt w szpitalu.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Opieka w specjalistycznej placówce opiekuńczej (SNF) (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiały medyczne i chirurgiczne zwykle zapewniane przez ośrodki SNF • Badania laboratoryjne zwykle zapewniane przez ośrodki SNF • Prześwietlenia RTG i inne usługi radiologiczne zwykle zapewniane przez ośrodki SNF • Korzystanie ze sprzętu zwykle zapewnianego przez ośrodki SNF, takiego jak wózki inwalidzkie • Usługi lekarzy/świadczeniodawców <p>Ogólnie rzecz biorąc, korzystają Państwo z opieki SNF w placówkach należących do sieci. W pewnych okolicznościach wymienionych poniżej można pokryć udział w kosztach za pobyt w placówce nienależącej do sieci, jeżeli zgodzi się ona na kwoty płacone przez plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dom opieki lub placówka środowiskowa dla seniorów ze stałą opieką, w której pacjent mieszkał przed przyjęciem do szpitala (o ile zapewnia opiekę w specjalistycznej placówce opiekuńczej) • Ośrodek SNF, w którym mieszka współmałżonek lub partner życiowy w chwili wypisania członka ze szpitala 	
	<p>Zaprzestanie palenia i używania tytoniu (pomoc psychologiczna w celu zaprzestania palenia lub używania tytoniu)</p> <p>Poradnictwo w zakresie rzucania palenia i używania wyrobów tytoniowych jest dostępne dla pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych, którzy spełniają następujące kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • używają wyrobów tytoniowych, niezależnie od tego, czy występują u nich objawy choroby związanej z używaniem wyrobów tytoniowych • podczas sesji poradnictwa są świadomi i przytomni • poradnictwo prowadzi wykwalifikowany lekarz albo inny świadczeniodawca uznawany przez Medicare <p>Pokrywamy 2 próby rzucenia palenia rocznie (każda próba może obejmować maksymalnie 4 sesje o średniej albo dużej intensywności, przy czym pacjent może skorzystać z maksymalnie 8 sesji rocznie.)</p>	<p>Objęte ubezpieczeniem Medicare świadczenia profilaktyczne dotyczące zaprzestania tytoniu i używania tytoniu nie wymagają pokrycia współubezpieczenia, współpłatności ani udziału własnego.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Usługi w zakresie rzucenia palenia i używania tytoniu (świadczenia uzupełniające)*</p> <p>Osoby, które chcą rzucić palenie, powinny porozmawiać ze swoim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub zadzwonić do naszego działu edukacji zdrowotnej.</p> <p>Oprócz pokrycia kosztów oferowanego w ramach pokrywanego przez Medicare świadczenia w zakresie rzucenia palenia i używania tytoniu, plan pokrywa 8 dodatkowych usług poradnictwa w każdym roku kalendarzowym, aby pomóc Państwu rzucić palenie albo używanie wyrobów tytoniowych.</p> <p>Muszą Państwo najpierw wykorzystać całe świadczenie w zakresie rzucenia używania tytoniu pokrywane przez Medicare, zanim plan zapłaci za to świadczenie.</p>	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłatność ani wkład własny.</p>
	<p>Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób z chorobami przewlekłymi</p> <p>Osoby z rozpoznaniem podanych poniżej chorób przewlekłych i spełniające określone kryteria, mogą kwalifikować się do specjalnych świadczeń uzupełniających dla osób z chorobami przewlekłymi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia autoimmunologiczne • Zaburzenia układu krążenia • Przewlekła niewydolność serca • Demencja • Cukrzyca • Przewlekłe choroby płuc • Przewlekła choroba nerek (CKD) • Przewlekłe zaburzenia związane z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (SUD) • Nowotwór • Nadwaga, otyłość i zespół metaboliczny • Przewlekła choroba przewodu pokarmowego • Ciężkie zaburzenia hematologiczne • HIV/AIDS • Przewlekłe i upośledzające funkcjonowanie choroby psychiczne • Zaburzenie neurologiczne • Udar • Stan po przeszczepieniu narządu • Niedobór odporności i zaburzenia immunosupresyjne 	<p>W przypadku korzystania z karty Healthy You nie obowiązuje współubezpieczenie ani współpłatność.</p> <p>Może być konieczny udział w programie zarządzania opieką. Członkowie muszą również uzyskać zgodę lekarza na badania w przypadku braku historycznych informacji medycznych.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
<p>Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób z chorobami przewlekłymi (ciąg dalszy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schorzenia związane z zaburzeniami funkcji poznawczych • Schorzenia powodujące trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej • Przewlekłe schorzenia upośledzające wzrok, słuch (głuchota), smak, dotyk i węch • Schorzenia, które wymagają ciągłych usług terapeutycznych w celu utrzymania lub zachowania sprawności funkcjonalnej <p>Plan pomoże członkom w uzyskaniu dostępu do takich świadczeń. W celu złożenia wniosku o takie świadczenia lub uzyskania dodatkowych informacji można zadzwonić do Działu Obsługi Ubezpieczonych lub do koordynatora opieki.</p> <p>Uwaga: Ubiegając się o to świadczenie upoważniają Państwo przedstawiciele Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do kontaktowania się z Państwem telefonicznie, pocztą albo innymi metodami komunikacji wyraźnie określonymi w Państwa wniosku.</p> <p>Po wydaniu zgody przedpłacona karta Healthy You zostanie automatycznie zasilona kwotą łączonego dodatku wynoszącą \$285 na miesiąc, którą można wykorzystać na świadczenia SSBCI. Niewykorzystane środki na koniec każdego miesiąca nie będą przenoszone na następny miesiąc.</p> <p>Żywność i produkty*</p> <p>Beneficjenci z chorobami przewlekłymi wymienionymi powyżej kwalifikują również się do otrzymania świadczenia na żywność i produkty rolne w ramach karty Healthy You. Karta Healthy You zostanie automatycznie zasilona kwotą maksymalnie \$285 miesięcznie łącznie na artykuły dostępne bez recepty (OTC), aparaty słuchowe OTC, transport do zatwierdzonych przez plan miejsc związanych z opieką zdrowotną, transport w celach niemedycznych oraz media* (energia elektryczna i gaz ziemny, woda).</p> <p>Dodatek na karcie Healthy You można wykorzystać na zakup różnych markowych i generycznych zdrowych produktów żywnościowych w pobliskim lokalnym sklepie uczestniczącym w programie albo online z dostawą do domu bez ponoszenia dodatkowych kosztów pod adresem SWHMA.com.</p> <p>Niewykorzystane środki na koniec każdego miesiąca nie będą przenoszone na następny miesiąc.</p>	


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
<p>Specjalne świadczenia uzupełniające dla osób z chorobami przewlekłymi (ciąg dalszy)</p> <p>Transport w celach niemedycechnych</p> <p>Za pomocą karty Healthy You można kupować przejazdy w celach niemedycechnych do zatwierdzonych miejsc, takich jak centra fitness, banki żywności, sklepy spożywcze, apteki w celu zakupu artykułów OTC, miejsca realizacji praktyk religijnych i ośrodki dla seniorów. Więcej informacji można znaleźć w części dotyczącej przedpłaconej karty debetowej Healthy You.</p> <p>Media*</p> <p>Członkowie muszą poddać się ocenie w celu ustalenia, czy kwalifikują się do pomocy w zakresie mediów (energia elektryczna, gaz ziemny i woda) w ramach świadczenia.</p> <p>Karta Healthy You zostanie automatycznie zasilona kwotą maksymalnie \$285 miesięcznie łącznie na artykuły dostępne bez recepty (OTC), aparaty słuchowe OTC, żywność i produkty rolne*, transport do zatwierdzonych przez plan miejsc związanych z opieką zdrowotną oraz transport w celach niemedycechnych.</p> <p>*Kryteria kwalifikacyjne dotyczące chorób przewlekłych</p>	
<p>Nadzorowana terapia ruchowa (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>Terapia SET jest objęta ubezpieczeniem dla członków z objawową chorobą tętnic obwodowych (peripheral artery disease, PAD).</p> <p>Refundujemy do 36 sesji w okresie 12 tygodni, jeśli spełnione są wymagania programu SET.</p> <p>Program SET musi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Składać się z 30–60-minutowych sesji, obejmujących lecznicze ćwiczenia dla pacjentów z chorobą tętnic obwodowych i chromaniem • Być prowadzony w warunkach ambulatoryjnych przy szpitalu lub w gabinecie lekarza • Być zapewniany przez wykwalifikowany personel pomocniczy, przeszkolony w zakresie terapii ruchowej w PAD, który zagwarantuje, że korzyści będą przewyższały szkody • Odbywać się pod bezpośrednim nadzorem lekarza, asystenta lekarza albo pielęgniarki, wyszkolonych zarówno w podstawowych jak i zaawansowanych zabiegach ratunkowych <p>Ubezpieczenie może objąć w ramach programu SET więcej niż 36 sesji w ciągu 12 tygodni, a członek może skorzystać z dodatkowych 36 sesji w dłuższym okresie czasu, jeśli świadczeniodawca opieki zdrowotnej uzna, że jest to niezbędne ze względów medycznych.</p>	<p>Świadczenie to nie wymaga opłacania współubezpieczenia ani współpłatności przez członków spełniających odnośne kryteria kwalifikacyjne.</p> <p>Może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>


Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Transport w przypadkach innych niż nagłe (świadczenia uzupełniające)</p> <p>Członkowie otrzymują co miesiąc na swoją kartę Healthy You łączony dodatek w wysokości \$285, który mogą wydać wedle własnego uznania na transport do lokalizacji związanej z opieką zdrowotną. Kwota ta nie odpowiada ustalonej liczbie „przejazdów”, ale może zostać wykorzystana na zakup usług transportowych w sytuacjach innych niż nagłe do limitu świadczenia. Kwota ta jest łączona z miesięcznym dodatkiem na artykuły dostępne bez recepty (OTC), aparaty słuchowe OTC, żywność i produkty rolne*, transport do zatwierdzonych przez plan miejsc związanych z opieką zdrowotną oraz media. Jeśli nie wykorzystasz całej kwoty miesięcznego świadczenia, pozostałe saldo straci ważność i nie zostanie przeniesione na następny miesiąc.</p> <p>Karty przedpłaconej Healthy You można używać do opłacania przejazdów w aplikacjach do zamawiania przejazdów, taksówek albo innych środków transportu w sytuacjach innych niż nagłe, na przykład biletów autobusowych, kart kolejowych albo innych środków transportu publicznego. Zachęcamy członków do zmaksymalizowania liczby przejazdów dostępnych w ramach tego limitu. W przypadku często wybieranych miejsc docelowych, takich jak ośrodki dializ albo ośrodki fizjoterapii, przed rezerwacją przejazdu za pośrednictwem aplikacji do zamawiania przejazdów albo firm świadczących usługi transportu osobowego należy skontaktować się bezpośrednio z placówką, aby sprawdzić, czy dostępny jest bardziej ekonomiczny transport.</p>	<p>Nie ma współubezpieczenia ani współpłaty za te usługi, jeśli korzystasz ze swojej karty Healthy You</p> <p>Możesz być odpowiedzialny za koszty, jeśli przekroczysz swój maksymalny roczny limit.</p> <p>Mogą obowiązywać ograniczenia i wyłączenia. Osoby wymagające opieki w nagłych przypadkach powinny zadzwonić na 911 i wezwać karetkę.</p> <p>Odwołaj się do „Usług ambulatoryjnych” w tej tabeli, aby dowiedzieć się więcej o transporcie w nagłych wypadkach.</p>
	*Kryteria kwalifikacyjne dotyczące chorób przewlekłych	
	<p>Pilnie potrzebne usługi</p> <p>Usługa objęta planem wymagająca natychmiastowej pomocy medycznej, która nie stanowi sytuacji nagłej, jest pilnie potrzebną usługą, jeśli tymczasowo znajdują się Państwo poza obszarem usług naszego planu albo, nawet jeśli znajdują się Państwo na obszarze usług naszego planu, uzyskanie takiej usługi od świadczeniodawców należących do sieci jest nieuzasadnione ze względu na czas, miejsce i okoliczności. Plan musi pokrywać pilnie potrzebne usługi i obciążać Państwa jedynie udziałem w kosztach w sieci. Przykładami pilnie potrzebnych usług są nieprzewidziane choroby i urazy albo nieoczekiwane zaostrzenia istniejących schorzeń. Niezbędne z medycznego punktu widzenia rutynowe wizyty u świadczeniodawcy (takie jak coroczne badania kontrolne) nie są uważane za pilnie potrzebne, nawet jeśli znajdują się Państwo poza obszarem usług w ramach planu albo sieć planu jest tymczasowo niedostępna.</p>	<p>Za takie usługi nie obowiązuje współubezpieczenie, współpłata ani wkład własny.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płacą
	<p>Opieka okulistyczna (objęta ubezpieczeniem Medicare)</p> <p>Usługi objęte ubezpieczeniem obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulatoryjne usługi lekarza w celu zdiagnozowania i leczenia chorób i urazów oczu, w tym leczenie zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem. Original Medicare nie pokrywa rutynowych badań wzroku (refrakcja oka) potrzebnych do dobrania okularów/szkieł kontaktowych. W przypadku osób, u których występuje wysokie ryzyko jaskry, pokrywamy koszty jednego badania przesiewowego w ciągu roku. Osoby z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na jaskrę to między innymi: osoby z jaskrą w wywiadzie rodzinnym, osoby z cukrzycą, Afroamerykanie w wieku od 50 lat oraz Latynosi w wieku od 65 lat. W przypadku osób z cukrzycą, ubezpieczenie obejmuje badanie przesiewowe w kierunku retinopatii cukrzycowej raz w roku. Jedna para okularów lub soczewek kontaktowych po każdej operacji zaćmy, która obejmuje założenie soczewki wewnątrzgałkowej. W przypadku 2 oddzielnych zabiegów usunięcia zaćmy nie można zarezerwować świadczenia po pierwszej operacji i nabyć 2 par okularów po drugiej operacji. <p>Opieka okulistyczna (dodatkowa)</p> <ul style="list-style-type: none"> Jedno rutynowe badanie wzroku co roku Okulary/szkła kontaktowe, limit do \$350 w roku <p>Usługi objęte ubezpieczeniem Medicaid to m. in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usługi optometrystów, okulistów i farmaceutów okulistycznych, w tym okulary, niezbędne ze względów medycznych szkła kontaktowe i soczewki poliwęglanowe, protezy oczu (standardowe albo indywidualnie dopasowane), pomoce i usługi dla osób niedowidzących. Ubezpieczenie obejmuje naprawę lub wymianę części. <p>Badania w celu diagnostyki i leczenia wad wzroku lub chorób oczu. Badania refrakcji mogą być wykonywane tylko co dwa lata, chyba że są niezbędne ze względów medycznych. Członek musi korzystać z usług świadczeniodawcy należącego do sieci. Wykaz świadczeniodawców można sprawdzić w Katalogu świadczeniodawców i aptek lub dzwoniąc do Działu Obsługi Ubezpieczonych.</p>	<p>Członkowie kwalifikujący się do tego świadczenia nie ponoszą żadnych kosztów współubezpieczenia ani współpłaty.</p> <p>W przypadku artykułów okulistycznych może być wymagana wcześniejsza zgoda.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	<p>Wizyta profilaktyczna „Witamy w Medicare”</p> <p>Plan obejmuje jednorazową wizytę profilaktyczną <i>Witamy w Medicare</i>. Podczas wizyty oceniany jest ogólny stan Państwa zdrowia, otrzymują Państwo również informacje i porady o potrzebnych usługach profilaktycznych (w tym o określonych badaniach przesiewowych i szczepieniach), a w razie potrzeby skierowania do innych lekarzy.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ważny: Refundujemy wizytę profilaktyczną „<i>Witamy w Medicare</i>” jedynie w pierwszych 12 miesiącach od przystąpienia do ubezpieczenia Medicare Part B. Umawiając się na wizytę należy poinformować gabinet lekarski, że chodzi o wizytę profilaktyczną „<i>Witamy w Medicare</i>”. 	<p>Skorzystanie z wizyty profilaktycznej <i>Witamy w Medicare</i> nie wymaga pokrycia współubezpieczenia, współpłaty ani udziału własnego.</p>
	<p>Ogólnoswiatowe ubezpieczenie w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia (świadczenia uzupełniające)*</p> <p>Ubezpieczenie oferuje, jako dodatkowe świadczenie, do \$10,000 w każdym roku kalendarzowym na opiekę w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia na całym świecie poza Stanami Zjednoczonymi (USA).</p> <p>Świadczenie ogranicza się do usług, które zostałyby sklasyfikowane jako opieka w nagłych przypadkach, gdyby były udzielane w Stanach Zjednoczonych. Ogólnoswiatowe świadczenie obejmuje opiekę w nagłych przypadkach i opiekę po ustabilizowaniu się stanu zdrowia.</p> <p>Prosimy, aby w takich przypadkach ubezpieczony lub jego opiekun skontaktowali się telefonicznie z planem. Plan postara się, aby opiekę przejęli świadczeniodawcy należący do sieci, gdy tylko schorzenie członka i okoliczności na to pozwolą.</p> <p>Ubezpieczenie nie pokrywa transportu do Stanów Zjednoczonych z innego kraju. Rutynowa opieka i wcześniej zaplanowane albo planowe zabiegi nie są objęte ubezpieczeniem.</p> <p>Plan nie pokrywa zagranicznych podatków i opłat (w tym między innymi za przewalutowanie i opłaty za transakcje).</p> <p>USA oznacza 50 stanów, Dystrykt Kolumbia, Portoryko, Wyspy Dziewicze, Guam, wyspy Mariany Północne i Samoa Amerykańskie.</p>	<p>Świadczenie nie wymaga opłacania współubezpieczenia, współpłaty ani wkładu własnego.</p> <p>Jeśli otrzymają Państwo opiekę w nagłych przypadkach poza Stanami Zjednoczonymi i będą potrzebować opieki szpitalnej po ustabilizowaniu stanu zdrowia, muszą Państwo wrócić do szpitala należącego do sieci, aby Państwa opieka była nadal objęta ubezpieczeniem ALBO muszą Państwo uzyskać autoryzację planu na opiekę szpitalną w szpitalu nienależącym do sieci.</p> <p>Ponoszony przez Państwa koszt to udział w kosztach, jaki zapłaciłoby Państwo w szpitalu należącym do sieci. Obowiązuje kwota maksymalna planu.</p>

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

	Usługa objęta ubezpieczeniem	Ile Państwo płaci
	Ogólnoświatowe ubezpieczenie w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia (świadczenia uzupełniające)* (ciąg dalszy)	<p>Konieczne może być złożenie wniosku o zwrot kosztów opieki w nagłym przypadku zagrożenia zdrowia/pilnej opieki otrzymanej poza USA.</p> <p>Do świadczenia zastosowanie ma kwota maksymalna planu, wynosząca \$10,000 w każdym roku kalendarzowym.</p>

CZĘŚĆ 3 Usługi objęte ubezpieczeniem poza planem Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Poniższe usługi nie są objęte ubezpieczeniem przez Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP), ale są dostępne za pośrednictwem Medicaid:

- Zapewniane poza siecią planu usługi planowania rodziny w ramach przepisów o bezpośrednim dostępie,
- Świadczenia apteczne Medicaid zgodnie z prawem stanowym (wybrane kategorie leków wyłączone ze świadczenia Medicare Part D),
- Programy leczenia podtrzymującego metadonem,
- Usługi rehabilitacji zapewniane osobom mieszkającym w licencjonowanych przez OMH (Urząd zdrowia psychicznego) domach środowiskowych (Community Residences, CR) i uczestniczącym w programach leczenia rodzinnego,
- Usługi świadczone przez Urząd ds. osób z niepełnosprawnościami rozwojowymi,
- Program Medicaid dotyczący kompleksowego zarządzania przypadkami,
- Bezpośrednio nadzorowane leczenie (directly observed therapy, DOT) gruźlicy.

CZĘŚĆ 4 Usługi, które nie są pokrywane przez Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ANI Medicaid

W tej części omówiono usługi, które są wyłączone z ubezpieczenia.

W poniższej tabeli opisano niektóre usługi i produkty, które nie są objęte ubezpieczeniem przez plan ani Medicaid w żadnych okolicznościach albo są objęte ubezpieczeniem Medicaid tylko w określonych okolicznościach.

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Korzystając z wyłączonej usługi (nie pokrywanej przez plan), członek musi sam za nie zapłacić, z wyjątkiem wymienionych poniżej szczególnych warunków. Nawet jeśli otrzymają Państwo wyłączone usługi w placówce pogotowia ratunkowego, wyłączone usługi nadal nie są objęte ubezpieczeniem i nasz plan za nie nie zapłaci. Jedynym wyjątkiem jest sytuacja, w której członek złoży odwołanie od decyzji o nieobjęciu usługi ubezpieczeniem i zostanie podjęta decyzja, że jest to usługa medyczna, za którą plan powinien być zapłacony lub którą powinien być pokryć ze względu na szczególną sytuację członka. (Aby uzyskać informacje na temat odwoływania się od podjętej przez nas decyzji o niepokryciu kosztów usługi medycznej, proszę przejść do Części 6.3 Rozdziału 9 w tym dokumencie)

Usługi niepokrywane przez Medicare Pokrywane tylko w określonych okolicznościach

Akupunktura	Dostępna dla osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka kręgosłupa w określonych okolicznościach
Operacja lub zabiegi kosmetyczne	Pokrywane w przypadkach przypadkowego urazu albo w celu poprawy funkcjonowania zniekształconej części ciała Pokrywane na każdym etapie rekonstrukcji piersi po mastektomii, a także w przypadku zabiegu na piersi niedotkniętej mastektomią w celu uzyskania symetrycznego wyglądu
Usługi opiekuńcze Usługi opiekuńcze oznaczają opiekę osobistą nad osobą, która nie wymaga stałej uwagi przeszkolonego personelu medycznego albo paramedycznego, na przykład pomoc w czynnościach życia codziennego, takich jak kąpiel albo ubieranie się	Niepokrywane w żadnych okolicznościach
Zabiegi medyczne i chirurgiczne, sprzęt i leki o charakterze eksperymentalnym Zabiegi i artykuły eksperymentalne to takie, które według Original Medicare nie są powszechnie akceptowane przez środowisko medyczne	Mogą być pokrywane przez Original Medicare w ramach badania klinicznego zatwierdzonego przez Medicare albo przez nasz plan (Więcej informacji na temat badań klinicznych można znaleźć w Części 5 w Rozdziale 3.)
Opłaty pobierane za opiekę przez Państwa najbliższych krewnych albo członków Państwa gospodarstwa domowego	Niepokrywane w żadnych okolicznościach

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)

Usługi niepokrywane przez Medicare Pokrywane tylko w określonych okolicznościach	
Opieka pielęgniarska w pełnym wymiarze czasu w Państwa domu	Niepokrywane w żadnych okolicznościach
Dostawa posiłków do domu	Niepokrywane w żadnych okolicznościach
Usługi pomocy domowej obejmujące podstawową pomoc w gospodarstwie domowym, taką jak proste sprzątanie albo przygotowywanie lekkich posiłków.	Niepokrywane w żadnych okolicznościach
Usługi medycyny naturalnej (stosowanie naturalnych lub alternatywnych metod leczenia)	Niepokrywane w żadnych okolicznościach
Buty ortopedyczne lub inne artykuły do stóp	Buty będące elementem stabilizatora nogi i uwzględnione w koszcie stabilizatora. Buty ortopedyczne albo lecznicze dla osób z zespołem stopy cukrzycowej. Buty ortopedyczne mogą być pokrywane przez Medicaid
Przedmioty osobiste w pokoju szpitalnym albo w specjalistycznej placówce opiekuńczej, takie jak telefon albo telewizor	Niepokrywane w żadnych okolicznościach
Pokój jednoosobowy w szpitalu	Pokrywany tylko w przypadkach, gdy jest to niezbędne ze względów medycznych
Zabiegi w celu odwrócenia sterylizacji albo środki antykoncepcyjne dostępne bez recepty	Niepokrywane w żadnych okolicznościach
Regularna opieka chiropraktyka	Terapia manualna kręgosłupa wykonywana w celu skorygowania podwichnięcia jest pokrywana
Regularna opieka stomatologiczna, np. czyszczenie, wypełnienia albo protezy	Niepokrywane w żadnych okolicznościach Więcej informacji można znaleźć w Tabeli świadczeń medycznych.

Rozdział 4: Tabela świadczeń medycznych (co jest objęte ubezpieczeniem)**Usługi niepokrywane przez Medicare Pokrywane tylko w określonych okolicznościach**

Rutynowe badania okulistyczne, okulary, keratotomia radialna, operacja LASIK i inne pomoce dla osób słabowidzących	Niepokrywane w żadnych okolicznościach Więcej informacji można znaleźć w Tabeli świadczeń medycznych.
Rutynowa pielęgnacja stóp	Ograniczone pokrycie kosztów zapewniane zgodnie z wytycznymi Medicare (np. w przypadku osób z cukrzycą) Więcej informacji można znaleźć w Tabeli świadczeń medycznych.
Rutynowe badania słuchu, aparaty słuchowe albo badania w celu dopasowania aparatu słuchowego	Medicaid obejmował badania i egzaminy, oceny aparatów słuchowych i recepty (konieczne z medycznego punktu widzenia). Więcej informacji można znaleźć w Tabeli świadczeń medycznych.
Usługi, które zgodnie z normami Original Medicare są uważane za nieuzasadnione i niekonieczne.	Niepokrywane w żadnych okolicznościach

ROZDZIAŁ 5:

Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

W jaki sposób mogą Państwo uzyskać informacje na temat kosztów leków?

Kwalifikują się Państwo do Medicaid, więc kwalifikują się Państwo do udziału w programie Extra Help od Medicare i korzystają Państwo z niego w celu pokrycia kosztów planu ubezpieczenia leków na receptę. Ponieważ korzystają Państwo z programu Extra Help, **niektóre zawarte w tych Warunkach ubezpieczenia informacje na temat kosztów leków na receptę w ramach Części D nie mają do Państwa zastosowania**. Przesłaliśmy oddzielną wkładkę pt. „*Aneks do warunków ubezpieczenia dla korzystających z programu Extra Help na pokrycie kosztu leków na receptę*” (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs; określaną również mianem „*Low Income Subsidy Rider*” albo „*LIS Rider*”), w której wyjaśnione są zasady ubezpieczenia leków. Jeśli nie posiadają Państwo tej wkładki, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) i poprosić o *LIS Rider*. (Numery telefonów do Działu Obsługi Członków znajdują się na tylnej okładce tego dokumentu.)

CZĘŚĆ 1 Podstawowe zasady ubezpieczenia leków przez plan w ramach Części D

Informacje na temat świadczeń lekowych w ramach Medicare Part B i hospicyjnych świadczeń lekowych można znaleźć w Tabeli świadczeń medycznych w Rozdziale 4.

Oprócz leków pokrywanych przez Medicare, niektóre leki na receptę są pokrywane w ramach świadczeń Medicaid.

Więcej informacji na temat ubezpieczenia leków w ramach Medicaid można uzyskać kontaktując się ze stanowym biurem Medicaid (dane kontaktowe podano w części 6 w Rozdziale 2).

Plan co do zasady pokryje koszty leków, o ile będą Państwo przestrzegać tych podstawowych zasad:

- Świadczeniodawca (lekarz, dentysta albo inna osoba wystawiająca receptę) musi wystawić receptę, która jest ważna w świetle obowiązujących przepisów stanowych.
- Osoba wystawiająca receptę nie może znajdować się na listach wykluczonych świadczeniodawców Medicare.
- Zasadniczo muszą Państwo skorzystać z apteki należącej do sieci, aby zrealizować receptę (patrz Część 2). Mogą Państwo zrealizować receptę w aptece wysyłkowej naszego planu.
- Lek musi znajdować się w Wykazie leków naszego planu (patrz Część 3).
- Lek musi być stosowany w medycznie akceptowanym wskazaniu. „Medycznie akceptowane wskazanie” to zastosowanie leku dopuszczone przez FDA albo poparte określonymi materiałami źródłowymi. (Więcej informacji na temat medycznie akceptowanych wskazań znajduje się w Części 3.)
- Zanim zgodzimy się pokryć koszty leku, może być konieczne uzyskanie zatwierdzenia przez plan w oparciu o określone kryteria. (Więcej informacji można znaleźć w Części 4)

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

CZĘŚĆ 2 Recepty należy realizować w należących do sieci aptekach stacjonarnych albo wysyłkowych

W większości przypadków recepty są objęte ubezpieczeniem *tylko* wówczas, gdy są realizowane w jednej z aptek należących do sieci. (W Części 2.5 można się dowiedzieć, kiedy refundujemy recepty zrealizowane w aptekach nienależących do sieci.)

Apteka należąca do sieci to apteka, która zawarła umowę z planem na dostarczanie leków objętych ubezpieczeniem. Termin „leki objęte ubezpieczeniem” oznacza wszystkie leki w ramach Części D, które znajdują się w Wykazie leków planu.

Część 2.1 Apteki należące do sieci**Jak znaleźć w swojej okolicy aptekę należącą do sieci**

Aby znaleźć aptekę należącą do sieci, mogą Państwo zajrzeć do *Katalogu świadczeniodawców/aptek*, odwiedzić naszą stronę internetową (SWHNY.com) lub zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

Członkowie mogą korzystać z usług dowolnej apteki należącej do sieci.

Jeśli apteka, z której Państwo korzystają, opuści sieć

Jeśli apteka, z której Państwo korzystają, opuści sieć planu, będą Państwo musieli znaleźć nową aptekę należącą do sieci. Aby znaleźć inną aptekę w swojej okolicy, mogą Państwo uzyskać pomoc od Działu Obsługi Członków pod numerem (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) albo skorzystać z *Katalogu świadczeniodawców/aptek*. Informacje można znaleźć również na naszej stronie internetowej pod adresem SWHNY.com.

Apteki specjalistyczne

Niektóre recepty muszą być realizowane w aptece specjalistycznej. Do takich aptek należą:

- Apteki dostarczające leki do terapii infuzyjnej w warunkach domowych.
- Apteki dostarczające leki dla osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej (ang. long-term care facility, LTC). Zwykle takie placówki (na przykład domy opieki) mają swoje własne apteki. W przypadku trudności z uzyskaniem leków w ramach części D w placówce LTC należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).
- Apteki obsługujące Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (nie dostępne w Puerto Rico). Z wyjątkiem nagłych przypadków, dostęp do takich aptek w ramach naszej sieci mają tylko rdzenni mieszkańcy Ameryki i Alaski.
- Apteki, które wydają leki objęte nałożonymi przez FDA ograniczeniami zezwalającymi na ich sprzedaż tylko w określonym miejscu albo które wymagają specjalnej obsługi, koordynacji świadczeniodawcy albo edukacji w zakresie ich stosowania. Aby znaleźć aptekę specjalistyczną, należy zapoznać się z *Katalogiem świadczeniodawców/aptek* SWHNY.com albo zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

Część 2.2 Apteki wysyłkowe planu

W przypadku niektórych rodzajów leków można skorzystać z należącej do sieci planu apteki wysyłkowej. Ogólnie rzecz biorąc, leki objęte sprzedażą wysyłkową to takie leki, które pacjent przyjmuje regularnie na schorzenia przewlekłe czy długoterminowe. Leki, które nie są dostępne w ramach sprzedaży wysyłkowej planu, są oznaczone jako „NM” („no mail order”, brak możliwości realizacji wysyłkowej) w naszym Wykazie leków.

Apteki wysyłkowe planu umożliwiają Państwu zamówienie **zapasu leków na okres do 100 dni**.

Aby otrzymać formularze zamówienia i informacje na temat realizacji recept pocztą należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków albo odwiedzić naszą stronę internetową pod adresem SWHNY.com.

Zazwyczaj zamówienie z apteki wysyłkowej zostanie dostarczone do Państwa w ciągu maksymalnie 14 dni. W przypadku, gdy lek jest pilnie potrzebny lub w przypadku opóźnienia w realizacji recepty, prosimy o kontakt telefoniczny z Działem Obsługi Ubezpieczonych, aby dowiedzieć się, jak uzyskać tymczasowy zapas leku.

Nowe recepty przekazywane do apteki bezpośrednio z gabinetu lekarskiego.

Po otrzymaniu recepty od świadczeniodawcy opieki zdrowotnej apteka skontaktuje się z Państwem, aby sprawdzić, czy chcą Państwo zrealizować receptę natychmiast czy w późniejszym terminie. Muszą Państwo koniecznie odpowiedzieć na każde zapytanie ze strony apteki i poinformować, czy chcą Państwo, aby apteka wysłała nowy lek, opóźniła realizację recepty, czy też wstrzymała jej realizację.

Uzupełnienie zapasu leku na receptę realizowaną w aptece wysyłkowej. Mogą Państwo zapisać się do programu automatycznego uzupełniania zapasu leku, aby powtórzyć receptę. W ramach tego programu zaczniemy realizować uzupełnienie zapasu leku automatycznie, gdy z naszej dokumentacji będzie wynikać, że powinny kończyć się Państwa zapasy leku. Przed każdym kolejnym uzupełnieniem zapasu leku apteka skontaktuje się z Państwem, aby sprawdzić, czy potrzebują Państwo więcej leku, i będą Państwo mogli anulować planowe uzupełnienie zapasu leku, jeśli będą jeszcze mieli wystarczający zapas leku albo jeśli zmienili Państwo lek.

Jeśli nie zdecydują się Państwo korzystać z naszego programu automatycznego uzupełniania leków, ale nadal chcą, aby apteka wysyłkowa wysłała lek, należy skontaktować się z apteką 14 dni przed wyczerpaniem się bieżącego zapasu leku. Dzięki temu zamówienie zostanie wysłane do Państwa na czas.

Aby zrezygnować z naszego programu, który automatycznie przygotowuje uzupełnienie zapasu leku, proszę skontaktować się z Działem Obsługi Członków albo wejść na naszą stronę SWHNY.com.

Jeśli otrzymają Państwo pocztą automatyczne uzupełnienie zapasu, którego Państwo nie chcą, mogą Państwo kwalifikować się do zwrotu pieniędzy.

Część 2.3 Jak uzyskać zapas leków na dłuższy okres

Plan oferuje dwa sposoby uzyskania długoterminowego zapasu leków (zwanego również rozszerzonym zapasem leków) przyjmowanych długotrwale z Wykazu leków naszego planu. (Leki przyjmowane długotrwale to takie, które pacjent przyjmuje regularnie na schorzenia przewlekłe czy długoterminowe.)

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

1. Niektóre apteki detaliczne w naszej sieci pozwalają na wykupienie długoterminowego zapasu leków podtrzymujących. W *Katalogu świadczeniodawców/aptek SWHNY.com* zaznaczono, które apteki należące do naszej sieci mogą wydać leki przyjmowane długotrwale w ilościach wystarczających na dłuższy okres. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby uzyskać więcej informacji na temat tego, jak to zrobić
2. Leki przyjmowane długotrwale można również uzyskać za pośrednictwem naszego programu aptek wysyłkowych. Więcej informacji można znaleźć w Części 2.3.

Część 2.4 Korzystanie z apteki nienależącej do sieci planu

Zasadniczo refundujemy leki wykupione w aptece spoza sieci *tylko* wówczas, gdy nie są Państwo w stanie skorzystać z apteki należącej do sieci. Posiadamy również apteki należące do sieci poza naszym obszarem usług, gdzie członkowie naszego planu mogą realizować recepty. **Najpierw należy skontaktować się z Działem Obsługi Członków pod numerem (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711)**, aby sprawdzić, czy w okolicy znajduje się apteka należąca do sieci.

Refundujemy leki na receptę kupowane w aptekach nienależących do sieci tylko w następujących okolicznościach:

- Recepta dotyczy pilnie potrzebnej opieki
- Recepty dotyczą opieki związanej z nagłym przypadkiem medycznym
- Refundacja będzie ograniczona do zapasu na 31 dni, chyba że recepta będzie wystawiona na krótszy okres.

Jeśli muszą Państwo skorzystać ze świadczeń w aptece nienależącej do sieci, zazwyczaj będą Państwo musieli uiścić pełną opłatę (a nie swój standardowy udział w kosztach) w momencie realizacji recepty. Mogą Państwo zwrócić się do nas o zwrot przypadającej na nas części kosztów. (Informacje dotyczące tego, jak zwrócić się do planu o zwrot poniesionych kosztów, można znaleźć w Części 2 Rozdziału 7.) Mogą Państwo mieć obowiązek zapłaty różnicy pomiędzy kwotą, jaką zapłacą za lek w aptece spoza sieci a kosztem, jaki pokrylibyśmy w aptece należącej do sieci.

CZĘŚĆ 3 Leki muszą znajdować się w Wykazie leków obowiązującym w ramach planu

Część 3.1 Wykaz leków informuje, które leki z Części D są objęte ubezpieczeniem

W ramach planu obowiązuje *Wykaz leków objętych ubezpieczeniem* (Spis leków). W niniejszych *Warunkach ubezpieczenia* **lista ta w skrócie nazywana jest Wykazem leków**.

Leki znajdujące się w tym wykazie są wybierane przez nasz plan z pomocą lekarzy i farmaceutów. Wykaz spełnia wymagania Medicare i został zatwierdzony przez Medicare.

Wykaz leków zawiera tylko leki pokrywane w ramach Medicare Part D. Oprócz leków pokrywanych przez Medicare, niektóre leki na receptę są pokrywane w ramach świadczeń Medicaid. Więcej informacji na temat ubezpieczenia leków w ramach Medicaid można uzyskać kontaktując się ze stanowym biurem Medicaid (dane kontaktowe podano w części 6 w Rozdziale 2).

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

Zasadniczo pokryjemy koszty leku znajdującego się w Wykazie leków planu, o ile przestrzegają Państwo innych zasad pokrycia kosztów wyjaśnionych w tym rozdziale, a lek jest stosowany w medycznie akceptowanym wskazaniu. Medycznie akceptowane wskazanie to zastosowanie leku, które jest:

- Dopuszczone przez FDA w przypadku diagnozy albo schorzenia, w ramach którego lek jest przepisywany, albo
- Wspierane przez określone źródła, takie jak American Hospital Formulary Service Drug Information i system informacji Micromedex DRUGDEX.

Wykaz leków obejmuje leki markowe, leki generyczne i produkty biologiczne (które mogą obejmować leki biopodobne).

Lek markowy to lek na receptę sprzedawany pod nazwą handlową należącą do producenta leku. Produkty biologiczne to leki, które są bardziej złożone niż typowe leki. W Wykazie leków, kiedy mówimy o lekach, może to oznaczać lek lub produkt biologiczny.

Lek generyczny to lek na receptę, który zawiera te same aktywne składniki co lek markowy. Produkty biologiczne mają alternatywy nazywane lekami biopodobnymi. Ogólnie rzecz biorąc, leki generyczne i biopodobne działają tak samo dobrze jak leki markowe lub oryginalne produkty biologiczne i zazwyczaj kosztują mniej. Dostępne są generyczne zamienniki dla wielu leków markowych oraz biopodobne alternatywy dla niektórych oryginalnych produktów biologicznych. Niektóre leki biopodobne są wymiennymi lekami biopodobnymi i, w zależności od prawa stanowego, mogą zastąpić oryginalny produkt biologiczny w aptece bez konieczności uzyskania nowej recepty, podobnie jak leki generyczne mogą zastępować leki markowe.

Definicje rodzajów leków, które mogą się znaleźć w Wykazie leków, zamieszczono w Rozdziale 12.

Leki dostępne bez recepty

Plan pokrywa również określone leki dostępne bez recepty. Niektóre leki dostępne bez recepty są tańsze niż leki na receptę, a są równie skuteczne. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby uzyskać więcej informacji.

Leki, których nie ma w Wykazie leków

Nasz plan nie obejmuje wszystkich leków na receptę.

- W niektórych przypadkach prawo nie zezwala żadnemu planowi refundacji leków Medicare na pokrycie niektórych rodzajów leków. (Więcej informacji można znaleźć w Części 7.)
- W innych przypadkach zdecydowaliśmy się nie umieszczać danego leku w Wykazie leków.
- W niektórych przypadkach mogą Państwo uzyskać lek, który nie znajduje się w Wykazie leków. (Więcej informacji można znaleźć w Rozdziale 9.)

Część 3.2 Leki znajdujące się w Wykazie leków dzielą się na 6 (sześć) poziomów udziału w kosztach

Każdy lek znajdujący się w Wykazie leków planu należy do jednego z sześciu (6) poziomów udziału w kosztach. Zasadniczo im wyższy poziom, tym wyższy koszt leku Państwo ponoszą:

- Poziom 1 – Preferowane leki generyczne
- Poziom 2 – Leki generyczne

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

- Poziom 3 – Preferowane leki markowe
- Poziom 4 – Leki niepreferowane
- Poziom 5 – Leki specjalistyczne
- Poziom 6 – Leki z wyboru

Aby dowiedzieć się, do której kategorii udziału w kosztach należy dany lek, należy sprawdzić go w Wykazie leków planu. Kwota, którą płaci się za leki na każdym poziomie udziału w kosztach, jest przedstawiona w Rozdziale 6.

Część 3.3 Jak sprawdzić, czy dany lek jest w Wykazie leków

Aby sprawdzić, czy dany lek znajduje się w naszym Wykazie leków, mają Państwo następujące możliwości:

- Sprawdzić w najnowszym Wykazie leków, który udostępniamy w formacie elektronicznym.
- Odwiedzić stronę internetową planu (SWHNY.com). Wykaz leków na stronie internetowej jest zawsze najbardziej aktualny.
- Zadzwoń do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby dowiedzieć się, czy dany lek znajduje się w Wykazie leków planu albo poprosić o kopię wykazu.
- Skorzystać z narzędzia do wyszukiwania informacji o świadczeniach w czasie rzeczywistym (na stronie Caremark.com albo dzwoniąc do Działu Obsługi Członków). Dzięki temu narzędziu mogą Państwo wyszukać leki w Wykazie leków, aby zobaczyć szacunkową kwotę, jaką Państwo zapłacą oraz czy istnieją alternatywne leki w Wykazie leków, które mogą leczyć tę samą chorobę. Mogą Państwo również zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

CZĘŚĆ 4 Leki objęte ograniczeniami w ubezpieczeniu

Część 4.1 Dlaczego niektóre leki są objęte ograniczeniami

W przypadku niektórych leków na receptę obowiązują specjalne zasady ograniczające to, w jaki sposób i kiedy plan je refunduje. Zostały one opracowane przez zespół lekarzy i farmaceutów, aby zachęcić członków i świadczeniodawców do korzystania z leków w jak najbardziej efektywny sposób. Aby dowiedzieć się, czy którekolwiek z tych ograniczeń ma zastosowanie do leku, który Państwo przyjmują lub chcą przyjmować, proszę sprawdzić Wykaz leków.

Jeśli bezpieczny, tańszy lek będzie działał równie dobrze z medycznego punktu widzenia, jak lek droższy, zasady planu mają na celu zachęcenie Państwa i Państwa świadczeniodawcy do skorzystania z tej tańszej opcji.

Proszę zauważyć, że czasami określony lek może pojawić się kilka razy w naszym Wykazie leków. Wynika to z faktu, że te same leki mogą różnić się wielkością dawki, ilością albo postacią leku przepisanej przez Państwa świadczeniodawcę opieki zdrowotnej, a do różnych wersji leku mogą mieć zastosowanie różne restrykcje albo udział w kosztach (na przykład 10 mg versus 100 mg; jedna dawka dziennie versus dwie dawki dziennie; tabletki versus płyn).

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

Część 4.2 Rodzaje ograniczeń

Ograniczenie dotyczące danego leku zwykle oznacza, że Państwo albo Państwa świadczeniodawca muszą podjąć dodatkowe działania, abyśmy objęli lek refundacją. Aby dowiedzieć się, jakie działania mogą podjąć Państwo albo Państwa świadczeniodawca w celu uzyskania refundacji danego leku, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). **W celu uzyskania zniesienia ograniczenia w konkretnym przypadku muszą Państwo skorzystać z procedury decyzji w sprawie pokrycia kosztów i zawnioskować do nas o odstępstwo.** Możemy, ale nie musimy wyrazić zgody na zniesienie ograniczenia w danym przypadku. (Patrz Rozdział 9.)

Uzyskiwanie wcześniejszego zatwierdzenia w ramach planu

W przypadku określonych leków Państwo albo Państwa świadczeniodawca muszą uzyskać zatwierdzenie w ramach planu w oparciu o określone kryteria, zanim zgodzimy się objąć lek refundacją. Nazywa się to **wcześniejszą zgodą**. Ma to na celu zapewnienie bezpieczeństwa stosowania leku i wsparcie w zakresie odpowiedniego stosowania określonych leków. W przypadku nieuzyskania takiej zgody lek może nie zostać objęty planem. Kryteria dotyczące wcześniejszej zgody w ramach naszego planu można uzyskać, dzwoniąc do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) albo na naszej stronie internetowej SWHNY.com.

Wypróbowanie innego leku

Ten wymóg ma na celu zachęcenie Państwa do wypróbowania mniej kosztownych, ale zwykle równie skutecznych leków przed objęciem danego leku refundacją. Przykładowo, jeśli lek A i lek B stosuje się w leczeniu tego samego schorzenia, ale lek A jest tańszy, plan może wymagać od Państwa wypróbowania najpierw leku A. Jeżeli lek A nie będzie dla Państwa odpowiedni, wówczas plan zrefunduje lek B. Ten wymóg uprzedniego wypróbowania innego leku nazywa się **terapią stopniową**. Kryteria dotyczące terapii stopniowej w ramach naszego planu można uzyskać, dzwoniąc do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) albo na naszej stronie internetowej SWHNY.com.

Ograniczenie ilościowe

W przypadku określonych leków wprowadzamy ograniczenie dotyczące ilości leku, jaką członek może każdorazowo uzyskać przy realizacji recepty. Przykładowo, jeśli w przypadku danego leku standardowo uznaje się, że bezpieczne jest przyjmowanie jednej tabletki dziennie, możemy ograniczyć refundację recepty do nie więcej niż jednej tabletki dziennie.

CZĘŚĆ 5 Co zrobić, gdy któryś lek nie jest objęty ubezpieczeniem zgodnie z Państwa oczekiwaniami

Zdarzają się sytuacje, w których przyjmowanego przez Państwa leku na receptę albo leku, który zdaniem Państwa i świadczeniodawcy powinni Państwo przyjmować, nie ma w naszym Wykazie leków, bądź jest on objęty ograniczeniami. Na przykład:

- Lek może w ogóle nie podlegać refundacji. Albo generyczna wersja leku jest objęta ubezpieczeniem, ale wersja markowa, którą chcą Państwo przyjmować, nie jest objęta ubezpieczeniem.
- Lek jest objęty ubezpieczeniem, ale istnieją dodatkowe zasady albo ograniczenia dotyczące objęcia tego leku ubezpieczeniem.

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

Jeśli Państwa lek znajduje się na poziomie udziału w kosztach, który sprawia, że koszty są wyższe niż powinny być Państwa zdaniem, proszę przejść do Części 5.1, aby dowiedzieć się, co mogą Państwo zrobić.

Jeśli Państwa lek nie znajduje się w Wykazie leków albo jest objęty ograniczeniami, poniżej przedstawiamy dostępne możliwości:

- Istnieje możliwość uzyskania tymczasowego zapasu leku.
- Członek może zmienić lek na inny.
- Można złożyć wniosek o wyjątek i poprosić plan o objęcie leku ubezpieczeniem albo usunięcie ograniczeń dotyczących leku.

Istnieje możliwość otrzymania tymczasowego zapasu leku

W pewnych okolicznościach plan musi zapewnić tymczasowy zapas leku, który już Państwo przyjmują. Ten tymczasowy zapas daje Państwu czas na rozmowę ze świadczeniodawcą na temat zmiany.

Aby kwalifikować się do uzyskania tymczasowego zapasu, przyjmowany przez Państwa lek **nie może już znajdować się w Wykazie leków w ramach planu ALBO musi obecnie być w jakiś sposób ograniczony.**

- **W przypadku nowych członków** plan będzie pokrywał tymczasowy zapas leku w ciągu pierwszych **90 dni** członkostwa w planie.
- **Zrefundujemy tymczasowy zapas leku w ciągu pierwszych 90 dni roku kalendarzowego**, jeżeli byli Państwo członkami planu w poprzednim roku.
- Tymczasowy zapas leku wystarczy maksymalnie na 31 dni. Jeżeli recepta jest wystawiona na mniejszą liczbę dni, zezwolimy na wielokrotną realizację recepty tak, aby zapewnić zapas leku na maksymalnie 31 dni. Recepta musi zostać zrealizowana w aptece należącej do sieci. (Należy pamiętać, że apteka w placówce opieki długoterminowej może dostarczać leki w mniejszych ilościach, aby zapobiec marnotrawstwu.)
- **W przypadku członków, którzy są objęci planem dłużej niż 90 dni i przebywają w placówce długoterminowej opieki oraz pilnie potrzebują zapasu leku:** Zrefundujemy awaryjny zapas konkretnego leku jednorazowo na 31 dni, jeżeli recepta jest wystawiona na krótszy okres. Jest to dodatkowa ilość leku, oprócz wyżej wspomnianego zapasu tymczasowego.
- W przypadku nowych rezydentów placówki LTC zarejestrowanych w naszym planie od ponad 90 dni, którzy potrzebują leku, którego nie ma w receptariuszu albo który podlega innym ograniczeniom, takim jak terapia stopniowa albo limity ilościowe (limity dawki), plan pokryje tymczasowy zapas leku w nagłym przypadku na 31 dni (chyba że recepta jest wystawiona na krótszy okres), podczas gdy będą Państwo ubiegać się o wyjątek od receptariusza. Wyjątki są dostępne w sytuacjach, kiedy następuje zmiana w poziomie zapewnianej członkowi opieki, która wymaga również przejścia z jednej placówki lub ośrodka do innego. W takiej sytuacji, członek będzie kwalifikował się do wyjątku w zakresie tymczasowej, jednorazowej realizacji recepty, nawet jeśli należy do planu dłużej niż 90 dni. Należy zauważyć, że nasza polityka przejściowa dotyczy tylko tych leków, które należą do Części D i są kupowane w aptece należącej do sieci. Polityka przejściowa nie ma zastosowania do zakupu leku spoza Części D ani zakupu leku poza siecią, chyba że kwalifikują się Państwo do dostępu poza siecią.

W przypadku pytań dotyczących tymczasowego zapasu proszę zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

W okresie korzystania z tymczasowego zapasu leku należy porozmawiać ze świadczeniodawcą, aby zdecydować, co zrobić, kiedy tymczasowy zapas się wyczerpie. Mają Państwo 2 opcje:

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

Opcja 1. Można zmienić lek na inny

Należy zapytać świadczeniodawcę, czy dostępny jest inny lek refundowany przez plan, który może być równie skuteczny. Można zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby poprosić o wykaz leków objętych ubezpieczeniem, które leczą to samo schorzenie. Lista ta może pomóc świadczeniodawcy w znalezieniu leku objętego ubezpieczeniem, który może być dla Państwa odpowiedni.

Opcja 2. Można poprosić o odstępstwo

Państwo i Państwa świadczeniodawca mogą zwrócić się do planu o zastosowanie odstępstwa i objęcie leku ubezpieczeniem w sposób, w jaki chcieliby Państwo, aby był on objęty ubezpieczeniem.

Świadczeniodawca może pomóc w złożeniu odpowiedniego wniosku o odstępstwo, jeżeli stwierdzi, że istnieją powody medyczne uzasadniające taki wniosek. Na przykład mogą Państwo poprosić plan o objęcie ubezpieczeniem leku, nawet jeśli nie znajduje się on w Wykazie leków planu. Mogą Państwo również poprosić plan o udzielenie odstępstwa i objęcie leku ubezpieczeniem bez ograniczeń.

Jeśli w kolejnym roku lek, który przyjmuje obecny członek planu, zostanie usunięty z receptariusza albo w jakiś sposób ograniczony, plan poinformuje członka o wszelkich zmianach przed nowym rokiem. Mogą Państwo złożyć wniosek o udzielenie odstępstwa do przyszłego roku, a my udzielimy Państwu odpowiedzi w ciągu 72 godzin od otrzymania Państwa wniosku (albo oświadczenia osoby wystawiającej receptę popierającego ten wniosek). Jeśli wniosek zostanie rozpatrzony pozytywnie, plan wyda zgodę na refundację leku, zanim zmiana wejdzie w życie.

Jeśli Państwo i Państwa świadczeniodawca chcą poprosić o odstępstwo, w Części 7.4 Rozdziału 8 opisano, co należy zrobić. Wyjaśniono tam procedury i terminy, które zostały ustalone przez Medicare, aby zapewnić, że Państwa wniosek zostanie rozpatrzony szybko i sprawiedliwie.

Część 5.1 Co zrobić, jeżeli Państwa zdaniem lek należy do zbyt wysokiej kategorii udziału w kosztach

Oto co można zrobić, jeżeli zdaniem ubezpieczonego lek należy do zbyt wysokiej kategorii udziału w kosztach:

Można zmienić lek na inny

Jeżeli zdaniem ubezpieczonego lek należy do zbyt wysokiej kategorii udziału w kosztach, należy porozmawiać ze swoim świadczeniodawcą. W innej kategorii udziału w kosztach może być dostępny inny lek, który może być równie skuteczny. Można zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby poprosić o wykaz leków objętych ubezpieczeniem, które leczą to samo schorzenie. Lista ta może pomóc świadczeniodawcy w znalezieniu leku objętego ubezpieczeniem, który może być dla Państwa odpowiedni.

Można poprosić o odstępstwo

Państwo i Państwa świadczeniodawca mogą zwrócić się do planu o zastosowanie odstępstwa od kategorii udziału w kosztach, aby zapłacili Państwo mniej za lek. Świadczeniodawca może pomóc w złożeniu odpowiedniego wniosku o odstępstwo od zasady, jeżeli stwierdzi, że istnieją powody medyczne uzasadniające taki wniosek.

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

Jeśli Państwo i Państwa świadczeniodawca chcą poprosić o odstępstwo, w Części 7 Rozdziału 9 opisano, co należy zrobić. Wyjaśniono tam procedury i terminy, które zostały ustalone przez Medicare, aby zapewnić, że Państwa wniosek zostanie rozpatrzony szybko i sprawiedliwie.

Do tego rodzaju wyjątków nie kwalifikują się leki na poziomie 5 – leki specjalistyczne. W przypadku leków na tym poziomie nie obniżamy kwoty udziału w kosztach.

CZĘŚĆ 6 Wykaz leków może ulec zmianie w ciągu roku

Większość zmian w ubezpieczeniu leków ma miejsce na początku każdego roku (1 stycznia). Jednak w ciągu roku plan może wprowadzić pewne zmiany w Wykazie leków. Na przykład plan może:

- **Dodać albo usunąć leki z Wykazu leków.**
- **Dodać albo usunąć ograniczenia w pokryciu kosztów leku.**
- **Zastąpić lek markowy jego wersją generyczną.**
- **Zastąpić oryginalny produkt biologiczny zamienną wersją biopodobną produktu biologicznego.**

Aby wprowadzić zmiany w Wykazie leków stosowanym przez nasz plan, musimy postępować zgodnie z wymaganiami Medicare.

Informacje o zmianach w ubezpieczeniu leków

Informacje o zmianach wprowadzanych w Wykazie leków zamieścimy na naszej stronie internetowej. Regularnie aktualizujemy również nasz internetowy Wykaz leków. Czasami otrzymają Państwo bezpośrednie powiadomienie o wprowadzeniu zmian dotyczących przyjmowanego przez Państwa leku.

Zmiany w ubezpieczeniu leków dotyczące Państwa w bieżącym roku planu

- **Dodawanie nowych leków do Wykazu leków i natychmiastowe usuwanie albo wprowadzanie zmian w podobnym leku w Wykazie leków.**
 - Możemy natychmiast usunąć podobny lek z Wykazu leków, przenieść podobny lek do innego poziomu udziału w kosztach, dodać nowe ograniczenia albo jedno i drugie. Nowa wersja leku będzie na tym samym lub niższym poziomie udziału w kosztach i będzie objęta tymi samymi lub mniejszymi ograniczeniami.
 - Wprowadzimy te natychmiastowe zmiany wyłącznie w przypadku dodania nowej wersji generycznej leku markowego albo dodania pewnych nowych wersji biopodobnych oryginalnego produktu biologicznego, który już znajdował się w Wykazie leków.
 - Możemy wprowadzić te zmiany natychmiast i poinformować Państwa później, nawet jeśli przyjmują Państwo lek, który usuwamy albo do którego wprowadzamy zmiany. Jeśli przyjmują Państwo podobny lek w momencie dokonywania przez nas zmiany, otrzymają Państwo szczegółowe powiadomienie o wprowadzonych zmianach.
- **Dodawanie leków do Wykazu leków i usuwanie albo wprowadzanie zmian w podobnych lekach w Wykazie leków z wyprzedzeniem.**
 - Dodając nową wersję leku do Wykazu leków, możemy usunąć podobny lek z Wykazu leków, przenieść go do innego poziomu udziału w kosztach, dodać nowe ograniczenia albo jedno i drugie. Wprowadzona wersja leku będzie na tym samym albo niższym poziomie udziału w kosztach i będzie objęta tymi samymi albo mniejszymi ograniczeniami.

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

- Wprowadzimy te zmiany wyłącznie w przypadku dodania nowej wersji generycznej leku markowego albo dodania pewnych nowych wersji biopodobnych oryginalnego produktu biologicznego, który już znajdował się w Wykazie leków.
- Poinformujemy Państwa co najmniej 30 dni przed wprowadzeniem tych zmian albo poinformujemy Państwa o zmianie i pokryjemy koszt 31-dniowego zapasu przyjmowanej przez Państwa wersji leku.
- **Usuwanie niebezpiecznych leków i innych leków zawartych w Wykazie leków, które zostały wycofane z obrotu.**
 - Czasami lek może zostać uznany za niebezpieczny lub wycofany z rynku z innego powodu. W takich przypadkach możemy niezwłocznie usunąć lek z Wykazu leków. Jeśli przyjmują Państwo ten lek, poinformujemy Państwa o tym po wprowadzeniu zmiany.
- **Inne zmiany w lekach w Wykazie leków.**
 - Plan może w ciągu roku wprowadzać inne zmiany dotyczące leków przyjmowanych przez członków. Zmiany możemy wprowadzić też w oparciu o oznakowanie FDA dotyczące bezpieczeństwa leku albo nowe kliniczne wytyczne uznawane przez Medicare.
 - Poinformujemy Państwa co najmniej 30 dni przed wprowadzeniem tych zmian albo poinformujemy Państwa o zmianie i pokryjemy koszt dodatkowego 31-dniowego zapasu przyjmowanego przez Państwa leku.

Jeśli wprowadzimy którąkolwiek z tych zmian w odniesieniu do któregokolwiek z przyjmowanych przez Państwa leków, proszę porozmawiać z osobą wystawiającą receptę o możliwościach, które byłyby dla Państwa najlepsze, w tym o zmianie na inny lek w celu leczenia Państwa schorzenia albo o złożeniu wniosku o decyzję w sprawie pokrycia kosztów w celu spełnienia wszelkich nowych ograniczeń dotyczących przyjmowanego przez Państwa leku. Państwo lub osoba wystawiająca receptę mogą zwrócić się do nas z wnioskiem o odstępstwo w celu dalszego objęcia ubezpieczeniem leku lub wersji leku, którą Państwo przyjmowali. Więcej informacji na temat składania wniosków o decyzję w sprawie pokrycia kosztów, w tym o odstępstwo, zamieszczono w Rozdziale 9.

Zmiany w Wykazie leków, które nie dotyczą Państwa w bieżącym roku planu

Możemy wprowadzić pewne zmiany w Wykazie leków, które nie zostały opisane powyżej. W takich przypadkach zmiana nie będzie Państwa dotyczyć, jeśli przyjmują Państw lek w momencie wprowadzenia zmiany; jednakże zmiany te będą prawdopodobnie dotyczyć Państwa od 1 stycznia następnego roku objętego planem, jeśli pozostaną Państwo w tym samym planie.

Zasadniczo, w bieżącym roku planu nie będą miały zastosowania następujące zmiany:

- Przeniesienie leku na wyższy poziom udziału w kosztach.
- Plan wprowadzi nowe ograniczenie dotyczące stosowania leku przyjmowanego przez członka.
- Usunięcie Państwa leku z Wykazu leków.

W przypadku osób, którzy już taki lek przyjmują, powyższe zmiany (chyba że są rezultatem wycofania ze sprzedaży, zastąpienia leku markowego lekiem generycznym albo inną sytuacją, opisaną w części powyżej) nie będą miały wpływu na korzystanie z leku ani na wysokość udziału w kosztach przed 1 stycznia następnego roku.

Nie poinformujemy Państwa o tego typu zmianach bezpośrednio w bieżącym roku planu. Powinni Państwo zapoznać się z Wykazem leków na kolejny rok obowiązywania planu (gdy wykaz będzie dostępny podczas otwartego okresu rejestracji), aby sprawdzić, czy nastąpiły jakiegokolwiek zmiany w przyjmowanych lekach, które będą miały wpływ na Państwa w kolejnym roku obowiązywania planu.

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

CZĘŚĆ 7 Rodzaje leków, których nie pokrywamy

Niektóre rodzaje leków na receptę są wyłączone. Oznacza to, że Medicare nie płaci za takie leki.

Jeśli złożą Państwo odwołanie i okaże się, że żądany lek nie jest wyłączony w ramach Części D, zapłacimy za niego albo pokryjemy jego koszty. (Aby uzyskać informacje na temat odwoływania się od decyzji, proszę przejść do Rozdziału 9) Jeśli lek wyłączony przez nasz plan jest również wyłączony przez Medicaid, muszą Państwo zapłacić za niego samodzielnie.

Oto 3 ogólne zasady dotyczące leków, których plany ubezpieczenia leków Medicare nie pokryją w ramach Części D:

- Ubezpieczenie leków przez nasz plan w ramach Części D nie może obejmować leku, który byłby zrefundowany w ramach Medicare Part A albo Part B.
- Nasz plan nie może obejmować leku zakupionego poza Stanami Zjednoczonymi albo ich terytoriami.
- Nasz plan nie może pokryć kosztów stosowania leku *poza zatwierdzonymi wskazaniami*, jeśli stosowanie to nie jest poparte określonymi źródłami, takimi jak American Hospital Formulary Service Drug Information i Micromedex DRUGDEX Information System. Stosowanie *poza zatwierdzonymi wskazaniami* to każde zastosowanie leku inne niż wskazane w ulotce leku zatwierdzonej przez FDA.

Ponadto, zgodnie z prawem, wymienione niżej kategorie leków nie są refundowane przez Medicare. Jednak niektóre z tych leków mogą być dla Państwa refundowane w ramach ubezpieczenia leków Medicaid. Aby uzyskać więcej informacji na temat ubezpieczenia leków w programie Medicaid, należy skontaktować się z Działem Obsługi Ubezpieczonych lub stanowym biurem Medicaid (informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2, Części 6).

- Leki sprzedawane bez recepty (określane również jako leki OTC [over-the-counter])
 - Leki stosowane do wspomagania płodności
 - Leki stosowane na kaszel lub objawy przeziębienia
 - Leki stosowane do celów kosmetycznych lub na porost włosów
 - Witaminy i produkty mineralne, oprócz witamin dla kobiet w ciąży i preparatów fluorowych
 - Leki stosowane w leczeniu zaburzeń seksualnych lub wzdrodu
 - Leki stosowane w leczeniu anoreksji, spadku lub zwiększenia wagi
 - Leki podawane w ramach opieki ambulatoryjnej, w przypadku których producent wymaga, aby powiązane badania diagnostyczne albo świadczenia monitorowania były nabywane wyłącznie od producenta jako warunek sprzedaży

Jeśli korzystają Państwo z programu Extra Help w celu opłacania recept, program Extra Help nie pokryje kosztów leków, które normalnie nie są objęte ubezpieczeniem. Jeżeli mają Państwo ubezpieczenie leków przez Medicaid, stanowy program Medicaid może refundować niektóre leki na receptę, które standardowo nie są objęte planem ubezpieczenia leków Medicare. Proszę skontaktować się ze swoim stanowym programem Medicaid, aby ustalić, jakie ubezpieczenie leków może być dla Państwa dostępne. (Numery telefonów i informacje kontaktowe Medicaid można znaleźć w Części 6 Rozdziału 2.)

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

CZĘŚĆ 8 Jak zrealizować receptę

Realizując receptę w wybranej aptece należącej do sieci, należy podać informacje dotyczące członkostwa w planie, które znajdują się na karcie członkowskiej. Apteka należąca do sieci automatycznie obciąży plan przypadającym na niego udziałem w kosztach leku. Będą Państwo musieli zapłacić w aptecę swój udział w kosztach przy odbiorze leku.

Jeśli nie mają Państwo przy sobie danych członkowskich, Państwo albo apteka mogą zadzwonić do planu, aby uzyskać te informacje, albo mogą Państwo poprosić aptekę o wyszukanie informacji o rejestracji w planie.

Jeżeli apteka nie może uzyskać potrzebnych informacji, **mogą Państwo być zmuszeni pokryć pełny koszt leków przy ich odbiorze**. Można następnie **zwrócić się do nas o refundację** przypadającej na nas części kosztów. Informacje dotyczące tego, jak zwrócić się do planu o refundację, można znaleźć w Części 2 Rozdziału 7.

CZĘŚĆ 9 Ubezpieczenie leków w ramach Części D w szczególnych okolicznościach

Część 9.1 W szpitalu albo specjalistycznej placówce opiekuńczej podczas pobytu objętego planem

Jeśli zostaną Państwo przyjęci do szpitala albo specjalistycznej placówki opiekuńczej na pobyt objęty planem, zasadniczo pokryjemy koszty Państwa leków na receptę podczas Państwa pobytu. Po wypisaniu Państwa ze szpitala albo specjalistycznej placówki opiekuńczej plan będzie pokrywał leki na receptę, jeśli będą one spełniały zasady refundacji opisane w tym Rozdziale.

Część 9.2 W przypadku osób przebywających w placówce opieki długoterminowej (long-term care, LTC)

Zazwyczaj placówka opieki długoterminowej (LTC, np. dom opieki) posiada własną aptekę albo korzysta z apteki, która dostarcza leki dla wszystkich jej mieszkańców. Osoby przebywające w placówce LTC mogą otrzymywać leki na receptę z apteki w placówce albo z apteki, z której korzysta placówka, o ile należy ona do sieci planu.

W *Katalogu świadczeniodawców/aptek* SWHNY.com można sprawdzić, czy apteka w placówce LTC albo apteka, z której korzysta placówka, należy do sieci planu. Jeśli tak nie jest, bądź jeśli potrzebują Państwo więcej informacji albo pomocy, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Osobom przebywającym w placówce LTC plan musi zapewnić możliwość rutynowego otrzymywania świadczeń w ramach Części D za pośrednictwem sieci aptek LTC.

Jeśli są Państwo rezydentami w placówce LTC i potrzebują Państwo leku, który nie znajduje się w naszym Wykazie leków albo jest w jakiś sposób ograniczony, proszę zapoznać się z informacjami na temat uzyskania tymczasowego albo awaryjnego zapasu leku w Części 5.

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

Część 9.3 Jeśli otrzymują Państwo również ubezpieczenie leków od pracodawcy albo w ramach grupowego planu emerytalnego

Jeżeli obecnie posiadają Państwo inne ubezpieczenie leków w ramach ubezpieczenia swojego (albo małżonka albo partnera życiowego) zapewnianego przez pracodawcę albo grupę emerytalną, należy się skontaktować z **administratorem świadczeń tej grupy**. Osoba ta może pomóc Państwu zrozumieć, w jaki sposób Państwa obecne ubezpieczenie leków będzie współpracować z naszym planem.

Ogólnie, jeżeli posiadają Państwo grupowe ubezpieczenie pracownicze albo emerytalne, zapewniane przez nas ubezpieczenie leków będzie miało charakter *uzupełniający* w stosunku do ubezpieczenia grupowego. Oznacza to, że Państwa ubezpieczenie grupowe opłaca należności w pierwszej kolejności.

Specjalna notatka dotycząca uznawalnej ochrony:

Każdego roku pracodawca albo grupa programu emerytalnego powinna przestać Państwu powiadomienie informujące o tym, czy Państwa ubezpieczenie leków na następny rok kalendarzowy jest uznawalne.

Jeżeli ubezpieczenie w ramach planu ubezpieczenia grupowego jest „uznawalne”, oznacza to, że w ramach planu zapewniane jest ubezpieczenie leków, które przeciętnie pokryje koszty przynajmniej w takiej wysokości co w ramach standardowego ubezpieczenia leków Medicare.

Należy zachować wszelkie powiadomienia o uznawalnym ubezpieczeniu, ponieważ mogą być one potrzebne później, aby wykazać, że utrzymywali Państwo uznawalne ubezpieczenie. Jeśli nie otrzymali Państwo powiadomienia o uznawalnej ochronie ubezpieczeniowej, należy poprosić o kopię od administratora świadczeń pracodawcy albo programu emerytalnego, pracodawcy albo związku zawodowego.

Część 9.4 Podczas pobytu w hospicjum certyfikowanym przez Medicare

Hospicjum i nasz plan nie sfinansują tego samego leku w tym samym czasie. Jeśli przebywają Państwo w hospicjum Medicare i potrzebują określonych leków (np. leków przeciwwymiotnych, środków przeczyszczających, leków przeciwbólowych albo przeciwłękowych), które nie są pokrywane przez hospicjum, ponieważ nie są powiązane z Państwa chorobą terminalną i powiązanymi schorzeniami, zanim plan będzie mógł pokryć koszt takich leków musi najpierw otrzymać powiadomienie od osoby wystawiającej receptę albo świadczeniodawcy z hospicjum, z informacją że lek nie jest związany z Państwa chorobą. Aby zapobiec opóźnieniom w otrzymywaniu tych leków, które powinny być objęte naszym planem, proszę poprosić swojego świadczeniodawcę hospicyjnego albo osobę wystawiającą receptę o powiadomienie przed zrealizowaniem recepty.

Z chwilą anulowania wyboru hospicjum lub wypisania z niego, plan powinien pokrywać leki członka w sposób opisany w tym dokumencie. Aby zapobiec opóźnieniom w wydawaniu leku przez aptekę z chwilą zakończenia świadczeń hospicyjnych Medicare, ubezpieczony powinien przedstawić w aptecce dokumentację potwierdzającą anulowanie wyboru lub wypisanie z hospicjum.

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

CZĘŚĆ 10 Programy dotyczące bezpieczeństwa i prawidłowego przyjmowania leków

Plan przeprowadza przegląd stosowanych leków, aby zapewnić członkom bezpieczną i odpowiednią opiekę.

Taki przegląd odbywa się przy realizacji każdej recepty. Plan kontroluje również regularnie swoją dokumentację. Podczas tej weryfikacji szukamy potencjalnych problemów, takich jak:

- Możliwe błędy w podawaniu leków
- Leki, które mogą nie być konieczne, ponieważ przyjmują Państwo inny podobny lek w celu leczenia tego samego schorzenia
- Leki, które mogą nie być bezpieczne lub odpowiednie ze względu na wiek lub płeć pacjenta
- Kombinacje leków, które mogą być szkodliwe, gdy są przyjmowane jednocześnie
- Recepty na leki zawierające składniki, na które są Państwo uczuleni
- Możliwe błędy w ilości (dawce) przyjmowanego przez Państwa leku
- Niebezpieczne ilości przeciwbólowych leków opioidowych

Jeśli zauważymy potencjalny problem w stosowaniu przez Państwa leków, będziemy współpracować z Państwa świadczeniodawcą w celu rozwiązania tego problemu.

Część 10.1 Drug Management Program (DMP) pomaga członkom bezpiecznie stosować leki opioidowe

Plan posiada program, którego celem jest pomóc członkom bezpiecznie używać przepisanych im leków opioidowych i innych często nadużywanych leków. Jest to Program zarządzania lekami (Drug Management Program, DMP). Jeżeli otrzymują Państwo leki opioidowe od różnych przepisujących je lekarzy albo z różnych aptek, albo jeśli przedawkowali Państwo niedawno opioidy, możemy skontaktować się z lekarzami przepisującymi Państwu leki, aby upewnić się, że stosowanie tych leków jest odpowiednie i niezbędne ze względów medycznych. Współpracując z osobą wystawiającymi Państwu recepty, jeśli uznamy, że stosowanie przez Państwa opioidów lub benzodiazepin wydawanych na receptę może nie być bezpieczne, możemy ograniczyć sposób, w jaki mogą Państwo otrzymywać te leki. W przypadku osób zapisanych przez plan do programu DMP, mogą obowiązywać następujące ograniczenia:

- Wymóg realizowania wszystkich recept na leki opioidowe albo benzodiazepiny w określonych aptekach
- Wymóg uzyskiwania wszystkich recept na leki opioidowe albo benzodiazepiny od określonych osób przepisujących
- Ograniczenie ilości refundowanych leków opioidowych albo benzodiazepin

Jeśli planujemy ograniczyć sposób, w jaki mogą Państwo otrzymywać te leki albo ich ilość, wyślemy Państwu pismo z wyprzedzeniem. W piśmie tym poinformujemy Państwa, czy ograniczymy dla Państwa pokrycie kosztów tych leków albo czy będą Państwo zobowiązani do uzyskania recept na te leki wyłącznie od określonej osoby wystawiającej receptę albo apteki. Będą Państwo mieli możliwość poinformowania nas, ze świadczeń których osób wystawiających receptę albo aptek wolą Państwo korzystać oraz podać wszelkie inne informacje, które Państwa zdaniem są dla nas ważne. Jeśli po otrzymaniu od Państwa odpowiedzi zdecydujemy się ograniczyć Państwa zakres ubezpieczenia dotyczący tych leków, wyślemy Państwu kolejne pismo potwierdzające to ograniczenie. Jeśli członek uważa, że plan popełnił błąd lub nie zgadza się z decyzją lub ograniczeniem planu, członek lub osoba przepisująca lek mają prawo do odwołania. Jeśli złożą

Rozdział 5: Korzystanie z refundacji leków w ramach Części D przez plan

Państwo odwołanie, zapoznamy się z Państwa sprawą i wydamy nową decyzję. Jeśli odrzucimy dowolną część wniosku związaną z ograniczeniami dostępu do leków, automatycznie prześlemy sprawę do niezależnego podmiotu weryfikującego spoza planu. Informacje jak złożyć odwołanie znajdują się w Rozdziale 9.

Nie zostaną Państwo zapisani do DMP, jeżeli występują u Państwa określone schorzenia, takie jak ból związany z nowotworem albo anemia sierpowata, jak również jeżeli otrzymują Państwo opiekę hospicyjną, paliatywną, opiekę u schyłku życia albo przebywają w placówce opieki długoterminowej.

Część 10.2 Program zarządzania leczeniem farmakologicznym (Medication Therapy Management, MTM) pomagający członkom bezpiecznie korzystać z leków

Plan prowadzi program, który może pomóc członkom ze złożonymi potrzebami zdrowotnymi. Jest to program zarządzania farmakoterapią (Medication Therapy Management, MTM). Udział w nim jest dobrowolny i bezpłatny. Program został opracowany przez zespół farmaceutów i lekarzy, a jego celem jest zapewnić członkom jak najwięcej korzyści z przyjmowanych leków.

Niektórzy członkowie, którzy cierpią na pewne choroby przewlekłe i przyjmują leki, które przekraczają określoną kwotę kosztów leków albo są w DMP, aby uzyskać pomoc w bezpiecznym stosowaniu opioidów, mogą być w stanie uzyskać świadczenia za pośrednictwem programu MTM. Farmaceuta lub inny pracownik opieki zdrowotnej kompleksowo omówi z kwalifikującym się członkiem wszystkie przyjmowane przez niego leki. W czasie przeglądu leków członek może porozmawiać o lekach, swoich kosztach i o wszelkich problemach lub wątpliwościach dotyczących leków na receptę i sprzedawanych bez recepty. Członek otrzyma pisemne podsumowanie z listą zalecanych działań, obejmującą kroki, które należy podjąć, aby uzyskać jak najlepsze wyniki leczenia. Otrzyma również listę leków, na której znajdują się wszystkie przyjmowane leki, ich dawka, informacje o tym kiedy i dlaczego je przyjmuje. Ponadto członkowie programu MTM otrzymają informacje na temat bezpiecznej utylizacji leków na receptę, które są substancjami kontrolowanymi.

Warto porozmawiać ze swoim lekarzem o liście zalecanych działań i liście leków. Na wizytę lub inną rozmowę z lekarzem, farmaceutą i innym świadczeniodawcą opieki zdrowotnej należy przynieść swoje podsumowanie. Proszę również mieć przy sobie aktualną listę leków (np. wraz z dowodem tożsamości) na wypadek wizyty w szpitalu albo na pogotowiu.

Jeśli mamy program, który odpowiada Państwa potrzebom, automatycznie zapiszemy Państwa do niego i prześlemy odnośne informacje. Jeśli zdecydują się Państwo zrezygnować z udziału, proszę nas o tym powiadomić, a wycofamy Państwa z programu. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby uzyskać więcej informacji.

Rozdział 6: Ile płać Państwo za leki w ramach Części D

ROZDZIAŁ 6:**Ile płać Państwo za leki w ramach Części D****CZĘŚĆ 1 Ile płać Państwo za leki w ramach Części D**

Dla uproszczenia w tym rozdziale używamy określenia „lek” w znaczeniu leku na receptę w ramach Części D. Nie wszystkie leki są objęte ubezpieczeniem w ramach Części D. Niektóre leki są wyłączone z ubezpieczenia w ramach Części D przez przepisy prawa. Niektóre leki wyłączone z ubezpieczenia w ramach Części D są pokrywane w ramach Medicare Part A albo Part B.

Aby zrozumieć informacje dotyczące płatności, należy wiedzieć, jakie leki są objęte ubezpieczeniem, gdzie należy realizować recepty i jakich zasad należy przestrzegać, uzyskując leki objęte ubezpieczeniem. Te zasady wyjaśniono w Rozdziale 5. Gdy korzystają Państwo z narzędzia do wyszukiwania informacji o świadczeniach w czasie rzeczywistym w celu sprawdzenia ubezpieczenia leków (SWHNY.com), wyświetlany koszt odzwierciedla szacunkowe koszty własne, które mają Państwo pokryć. Informacje podawane w narzędziu do wyszukiwania informacji o świadczeniach w czasie rzeczywistym można również uzyskać, dzwoniąc do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

W jaki sposób mogą Państwo uzyskać informacje na temat kosztów leków, jeśli korzystają Państwo z programu Extra Help w celu pokrycia kosztów leków na receptę w ramach Części D?

Kwalifikują się Państwo do Medicaid, więc kwalifikują się Państwo do udziału w programie Extra Help od Medicare i korzystają Państwo z niego w celu pokrycia kosztów planu ubezpieczenia leków na receptę. Ponieważ korzystają Państwo z programu Extra Help, **niektóre** zawarte w tych *Warunkach ubezpieczenia* **informacje na temat kosztów leków na receptę w ramach Części D mogą nie mieć do Państwa zastosowania**. Przestaliśmy oddzielną wkładkę pt. „*Aneks do warunków ubezpieczenia dla korzystających z programu Extra Help na pokrycie kosztu leków na receptę*” (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs; określaną również mianem „*Low Income Subsidy Rider*” albo „*LIS Rider*”), w której wyjaśnione są zasady ubezpieczenia leków. Jeśli nie posiadają Państwo tej wkładki, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) i poprosić o *LIS Rider*.

Część 1.1 Rodzaje kosztów własnych, których poniesienie może być konieczne w odniesieniu do leków objętych ubezpieczeniem

Istnieją 3 rodzaje kosztów własnych, które trzeba ewentualnie ponieść za leki objęte ubezpieczeniem w ramach Części D:

- „**Udział własny**” to kwota, którą trzeba zapłacić, zanim plan zacznie opłacać swój udział w kosztach refundowanych leków.
- „**Współpłatność**” oznacza, że płać Państwo stałą kwotę za każdym razem, gdy realizują receptę.
- „**Współubezpieczenie**” to procent całkowitego kosztu opłacanego za każdym razem, gdy realizują Państwo receptę.

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D

Część 1.2 W jaki sposób Medicare oblicza koszty własne

W ramach Medicare obowiązują zasady dotyczące tego, co się zalicza do kosztów własnych, a co nie. Oto zasady, których musimy przestrzegać w celu śledzenia wydatków własnych członka.

Te płatności są wliczane do kosztów własnych

Koszty własne **obejmują** wymienione poniżej opłaty (pod warunkiem, że dotyczą one leków objętych ubezpieczeniem w ramach Części D, a Państwo przestrzegali zasad dotyczących ubezpieczenia leków, które wyjaśniono w Rozdziale 5):

- Kwota płatności za leki na każdym z poniższych etapów płatności za leki:
 - Etap udziału własnego
 - Etap początkowego ubezpieczenia
- Wszelkie płatności dokonane przez Państwa w danym roku kalendarzowym w czasie uczestnictwa w innym planie ubezpieczenia leków Medicare przed przystąpieniem do naszego planu
- Uwzględnia ona wszelkie płatności za Państwa leki dokonane przez członków rodziny albo przyjaciół
- Wszelkie płatności z tytułu Państwa leków dokonane w ramach programu Extra Help Medicare, planów ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianych przez pracodawcę albo związek zawodowy, Indian Health Service, programów pomocy w zakupie leków na AIDS, programów State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP) i przez większość organizacji charytatywnych

Przejdźcie do etapu ubezpieczenia kosztów skrajnych:

Gdy wydadzą Państwo (albo osoby które płacą za Państwa) łącznie \$2,100 na koszty własne w roku kalendarzowym, następuje przejście z etapu początkowego ubezpieczenia do etapu ubezpieczenia kosztów skrajnych.

Te płatności nie są wliczane do kosztów własnych

Koszty własne **nie obejmują** żadnego z poniższych rodzajów opłat:

- Leki zakupione poza terenem Stanów Zjednoczonych i ich terytoriów
- Leki, które nie są objęte naszym planem
- Leki zakupione w aptece nienależącej do sieci, które nie spełniają wymogów planu dotyczących pokrycia poza siecią
- Leki spoza Części D, w tym leki na receptę pokrywane w ramach Części A albo Części B oraz inne leki wyłączone z zakresu ubezpieczenia Medicare
- Leki na receptę objęte ubezpieczeniem w ramach Części A albo Części B
- Płatności za leki, które są objęte naszym dodatkowym ubezpieczeniem, ale standardowo nie są objęte planem ubezpieczenia leków Medicare
- Płatności za leki, które standardowo nie są objęte planem ubezpieczenia leków Medicare
- Płatności za leki dokonane przez określone plany ubezpieczeniowe oraz przez programy rządowe, takie jak TRICARE i Administracja ds. Zdrowia Weteranów (VA)

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D

- Płatności za leki dokonane przez podmiot zewnętrzny zobowiązany prawnie do pokrycia kosztów leków na receptę (np. odszkodowanie pracownicze)
- Płatności dokonywane przez producentów leków w ramach programu Manufacturer Discount Program

Przypomnienie: Jeśli jakakolwiek inna organizacja podobna do wymienionych powyżej opłaci w całości albo w części koszty własne Państwa leków, są Państwo zobowiązani powiadomić o tym plan, dzwoniąc do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

Śledzenie łącznych kosztów własnych

- Otrzymywane przez Państwa Zestawienie świadczeń w ramach Części D (Explanation of Benefits, EOB) zawiera aktualną sumę poniesionych przez Państwa kosztów własnych. Po osiągnięciu kwoty \$2,100 EOB w ramach Części D zawiera informację o tym, że opuścili Państwo etap początkowego ubezpieczenia i przeszli do etapu ubezpieczenia kosztów skrajnych.
- **Proszę upewnić się, że mamy potrzebne informacje.** Informacje o tym, co można zrobić, aby zapewnić, że nasza dokumentacja dotycząca wydatków poniesionych przez Państwa jest kompletna i aktualna, można znaleźć w Części 3.1.

CZĘŚĆ 2 Etapy płatności za leki w przypadku członków planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Ubezpieczenie leków w ramach planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) przewiduje **3 etapy płatności za leki**. Kwota płatności zależy od etapu płatności, na jakim znajdują się Państwo w momencie realizacji albo ponownej realizacji recepty. W tym rozdziale wyjaśniono szczegółowo każdy etap. Etapy to:

- **Etap 1: Etap rocznego udziału własnego**
- **Etap 2: Etap początkowego ubezpieczenia**
- **Etap 3: Etap ubezpieczenia kosztów skrajnych**

CZĘŚĆ 3 Zestawienie Świadczeń w ramach Części D wyjaśnia, na którym etapie płatności się Państwo znajdują

- Nasz plan śledzi koszty Państwa leków na receptę oraz płatności dokonywane podczas realizacji recept w aptece. W ten sposób możemy poinformować Państwa o przejściu z jednego etapu płatności za leki do kolejnego. Śledzimy 2 rodzaje kosztów:
- **Koszty własne:** jest to kwota, jaką Państwo zapłacili. Obejmują one dokonane przez Państwa płatności za leki objęte ubezpieczeniem w ramach Części D, wszelkie płatności za leki dokonane przez rodzinę albo przyjaciół oraz wszelkie płatności dokonane za leki w ramach Extra Help Medicare, planów ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianych przez pracodawcę albo związek zawodowy, Indian Health Service, programów pomocy w zakupie leków na AIDS, przez organizacje charytatywne i w ramach większości stanowych programów State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP).

Rozdział 6: Ile płać Państwo za leki w ramach Części D

- **Łączne koszty leków:** Jest to suma wszystkich płatności dokonanych za leki objęte ubezpieczeniem w ramach Części D. Obejmuje ona kwoty zapłacone przez nasz plan, kwoty zapłacone przez Państwa i kwoty zapłacone przez programy albo organizacje za leki objęte ubezpieczeniem w ramach Części D.

Jeśli w poprzednim miesiącu zrealizowali Państwo jedną albo więcej recept w ramach planu, wyślemy Państwu EOB w ramach Części D. Zestawienie EOB w Części D zawiera:

- **Informacje za dany miesiąc.** W sprawozdaniu znajdują się szczegóły opłat za recepty zrealizowane w ubiegłym miesiącu. Pokazuje ono całkowity koszt leków, kwotę zapłaconą przez plan oraz kwotę zapłaconą przez Państwa i inne osoby w Państwa imieniu.
- **Kwoty łączne za rok bieżący od 1 stycznia.** Pokazane są tu łączne koszty leków i łączne płatności za leki od początku roku.
- **Informacje o cenach leków.** Jest tu podana całkowita cena leku oraz informacje o wzroście ceny od pierwszej realizacji recepty dla każdego wniosku z tytułu recepty w tej samej ilości.
- **Dostępne tańsze alternatywne leki na receptę.** Pokazane są tu informacje o innych dostępnych lekach z niższym udziałem w kosztach dla każdego wniosku o receptę, jeśli dotyczy.

Część 3.1 Proszę dbać o aktualność przechowywanych przez plan informacji o swoich płatnościach za leki

W celu śledzenia kosztów leków i wydatków członków na leki, korzystamy z informacji dostarczanych przez apteki. Członkowie mogą pomóc planowi zapewnić poprawność i aktualność takich informacji:

- **Realizując receptę należy za każdym razem okazać swoją kartę członkowską.** Pomaga nam to zagwarantować, że wiemy o wszystkich realizowanych przez Państwa receptach i płatnościach.
- **Proszę upewnić się, że mamy potrzebne informacje.** Może się zdarzyć, że członek będzie musiał zapłacić pełny koszt leku na receptę. W takich przypadkach nie otrzymamy automatycznie informacji potrzebnych do śledzenia Państwa kosztów własnych. Aby pomóc nam w śledzeniu kosztów własnych, prosimy przekazać nam kopie paragonów. Oto **przykłady** sytuacji, w których powinni Państwo przekazać nam kopie paragonów za leki:
 - W przypadku zakupu leku objętego ubezpieczeniem w aptecę należącej do sieci po specjalnej cenie albo przy użyciu karty rabatowej, która nie jest częścią świadczenia w ramach naszego planu.
 - Po uiszczeniu współpłatności za leki dostarczane w ramach programu pomocy dla pacjentów oferowanego przez producenta leku.
 - Za każdym razem, gdy zakupili Państwo leki objęte ubezpieczeniem w aptekach nienależących do sieci albo zapłacili Państwo pełną cenę za lek objęty ubezpieczeniem w szczególnych okolicznościach.

Po otrzymaniu rachunku za lek objęty ubezpieczeniem można zwrócić się do naszego planu, aby pokrył swoją część kosztów leku. Instrukcje na ten temat podano w Części 2 Rozdziału 7.

- **Proszę przestać nam informację o płatnościach dokonanych na Państwa rzecz przez inne osoby.** Płatności dokonywane przez niektóre inne osoby i organizacje również wliczają się do Państwa kosztów własnych. Na przykład opłaty dokonane przez State Pharmaceutical Assistance Program, program pomocy w zakupie leków na AIDS (ADAP), Indian Health Service i przez organizacje charytatywne zaliczają się do kosztów własnych. Należy przechowywać dowody takich opłat i przysyłać je do planu, tak aby można było śledzić koszty poniesione przez członka.

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D

- **Proszę sprawdzić pisemne sprawozdanie, który Państwu prześlemy.** Po otrzymaniu EOB w ramach Części D należy je przejrzeć, aby upewnić się, że informacje są kompletne i poprawne. Jeśli uważają Państwo, że czegoś brakuje albo mają pytania, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer TTY 711). Członkowie planu mogą uzyskać dostęp do swojego EOB online pod adresem Caremark.com. Prosimy przechowywać te zestawienia.

CZĘŚĆ 4 Etap udziału własnego

Ponieważ większość naszych członków korzysta z programu Extra Help w zakresie kosztów leków na receptę, etap udziału własnego nie ma zastosowania do większości członków. Jeśli korzystają Państwo z programu Extra Help, ten etap płatności nie dotyczy Państwa.

Jeśli nie korzystają Państwo z programu Extra Help, etap udziału własnego jest pierwszym etapem płatności za Państwa ubezpieczenie leków. Wkraczają Państwo w ten etap, gdy wykupują receptę po raz pierwszy w roku. Na tym etapie płatności **muszą Państwo pokrywać pełen koszt swoich leków**, aż do osiągnięcia wysokości kwoty udziału własnego, wynoszącej w 2026 r. \$615. Udział własny nie obejmuje objętych ubezpieczeniem preparatów insulinowych i większości szczepionek dla dorosłych w ramach Części D, w tym szczepionek przeciwko półpaścowi, tężcowi i szczepień dla podróżnych. Pokryją Państwo roczny udział własny w wysokości \$615 za leki z poziomów 2–5. **Muszą Państwo płacić pełne koszty leków z poziomów 2–5 w wysokości \$615** aż do osiągnięcia wysokości kwoty udziału własnego określonej przez plan. W przypadku wszystkich innych leków nie będą Państwo musieli opłacać udziału własnego. **Całkowity koszt** jest zwykle niższy niż standardowa pełna cena leku, ponieważ nasz plan wynegocjował niższe ceny większości leków w aptekach należących do sieci. W przypadku leków, których ceny wynegocjowano w ramach Medicare Drug Price Negotiation Program, pełny koszt nie może przekraczać maksymalnej uczciwej ceny i opłat za wydanie leku.

Po zapłaceniu kwoty \$615 za leki z poziomów 2–5 opuszczają Państwo etap udziału własnego i przechodzą do etapu początkowego ubezpieczenia.

CZĘŚĆ 5 Etap początkowego ubezpieczenia

Część 5.1 Opłata za lek zależy od leku i miejsca realizacji recepty

Podczas etapu początkowego ubezpieczenia nasz plan pokrywa przypadającą na niego część kosztów leków objętych ubezpieczeniem, a Państwo płacą swoją część (kwotę dopłaty *albo* współubezpieczenia). Udział w kosztach będzie różnić się w zależności od leku i miejsca realizacji recepty.

Plan obejmuje sześć (6) poziomów udziału w kosztach

Każdy lek znajdujący się w Wykazie leków planu należy do jednego z sześciu (6) poziomów udziału w kosztach. Zasadniczo im wyższa kategoria udziału w kosztach, tym wyższy koszt leku Państwo ponoszą:

- *Poziom 1 – Preferowane leki generyczne*
- *Poziom 2 – Leki generyczne*
- *Poziom 3 – Preferowane leki markowe*

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D

- *Poziom 4 – Leki niepreferowane*
- *Poziom 5 – Leki specjalistyczne*
- *Poziom 6 – Leki z wyboru*

Aby dowiedzieć się, do której kategorii udziału w kosztach należy dany lek, należy sprawdzić go w Wykazie leków planu.

Wybór apteki

Opłata za lek zależy od tego, czy członek uzyskuje lek w:

- Aptecę detaliczną należącej do sieci
- Aptecę nienależącej do sieci naszego planu. Refundujemy leki na receptę kupowane w aptekach nienależących do sieci tylko w ograniczonych sytuacjach. Informacje o tym, kiedy refundujemy leki na receptę kupowane w aptecę nienależącej do sieci, podano w Części 2.5 Rozdziału 5.
- Aptekę wysyłkową naszego planu.

Więcej informacji o możliwościach wyboru aptek i realizacji recept znajduje się w Rozdziale 5 oraz w *Katalogu aptek* planu.

Część 5.2 Koszt miesięcznego zaopatrzenia w lek objęty ubezpieczeniem

Na etapie początkowego ubezpieczenia Państwa część kosztów leku objętego ubezpieczeniem będzie pokrywana w formie współpłaty lub współubezpieczenia.

Czasami koszt leku jest niższy niż Państwa współpłata. W takich przypadkach płacą Państwo niższą cenę za lek zamiast współpłaty.

Koszt miesięcznego zaopatrzenia w lek objęty ubezpieczeniem w ramach Części D

Poziom	Standardowy udział w kosztach w sprzedaży detalicznej w sieci (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach w sprzedaży wysyłkowej (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach w warunkach opieki długoterminowej (LTC) (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach poza siecią (Refundacja jest ograniczona do pewnych sytuacji; szczegółowe informacje znajdują się w Rozdziale 5.) (zapas na maksymalnie 31 dni)
Udział w kosztach na poziomie 1 (Preferowane leki generyczne)	\$0 współpłaty	\$0 współpłaty	\$0 współpłaty	\$0 współpłaty

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D

Poziom	Standardowy udział w kosztach w sprzedaży detalicznej w sieci (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach w sprzedaży wysyłkowej (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach w warunkach opieki długoterminowej (LTC) (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach poza siecią (Refundacja jest ograniczona do pewnych sytuacji; szczegółowe informacje znajdują się w Rozdziale 5.) (zapas na maksymalnie 31 dni)
Udział w kosztach na poziomie 2 (Leki generyczne)	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty
Udział w kosztach na poziomie 3 (Preferowane leki markowe)	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D

Poziom	Standardowy udział w kosztach w sprzedaży detalicznej w sieci (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach w sprzedaży wysyłkowej (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach w warunkach opieki długoterminowej (LTC) (zapas na maksymalnie 31 dni)	Udział w kosztach poza siecią (Refundacja jest ograniczona do pewnych sytuacji; szczegółowe informacje znajdują się w Rozdziale 5.) (zapas na maksymalnie 31 dni)
Udział w kosztach na poziomie 4 (Leki niepreferowane)	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty
Udział w kosztach na poziomie 5 (Leki specjalistyczne)	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłaty za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłaty za wszystkie inne leki na podstawie recepty
Udział w kosztach na poziomie 6 (Leki z wyboru)	\$0 współpłaty	\$0 współpłaty	\$0 współpłaty	\$0 współpłaty

Więcej informacji na temat udziału w kosztach szczepionek w ramach Części D można znaleźć w Części 8.

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D**Część 5.3 Jeśli lekarz przepisze zapas na okres krótszy niż pełny miesiąc, może nie być konieczne pokrycie kosztu zapasu na pełny miesiąc**

Kwota, którą Państwo płacą za lek na receptę, pokrywa zazwyczaj zapas na pełny miesiąc. Może się zdarzyć, że Państwo albo lekarz zdecydują, że powinni Państwo uzyskać zapas leku na mniej niż miesiąc (na przykład gdy Państwo wypróbują lek po raz pierwszy). Mogą Państwo również poprosić lekarza o przepisanie, a farmaceutę o wydanie zapasu leków na okres krótszy niż pełny miesiąc, jeżeli dzięki temu łatwiej będzie Państwu zaplanować daty uzupełnienia zapasu leku.

Jeśli otrzymają Państwo zapas określonych leków na okres krótszy niż pełny miesiąc, nie będą musieli pokryć kosztu zapasu na pełny miesiąc.

- Jeżeli mają Państwo obowiązek pokryć kwotę współubezpieczenia, płacą Państwo *procent* całkowitego kosztu leku. Współubezpieczenie jest oparte na całkowitym koszcie leku, zatem koszt poniesiony przez członka będzie niższy, ponieważ całkowity koszt leku będzie niższy.
- Jeżeli mają Państwo obowiązek wnieść współpłatność za lek, jej kwota odpowiada liczbie dni, na jaką otrzymano zapas leku – nie jest naliczana za cały miesiąc. Obliczymy kwotę, jaką Państwo płacą za lek dziennie (dzienna stawka udziału w kosztach) i pomnożymy ją przez liczbę dni, na jaką Państwo otrzymują lek.

Część 5.4 Koszt długoterminowego (maksymalnie 100 dni) zaopatrzenia w lek objęty ubezpieczeniem w ramach Części D

W przypadku niektórych leków można uzyskać długoterminową podaż (zwaną również przedłużoną podażą). Zapas długoterminowy to zapas na okres maksymalnie *100 dni*.

Koszt długoterminowego zaopatrzenia w lek objęty ubezpieczeniem w ramach Części D

Poziom	Standardowy udział w kosztach w sprzedaży detalicznej (w sieci) (zapas na maksymalnie 100 dni)	Udział w kosztach w sprzedaży wysyłkowej (zapas na maksymalnie 100 dni)
Udział w kosztach na poziomie 1 (Preferowane leki generyczne)	\$0 współpłatności	\$0 współpłatności
Udział w kosztach na poziomie 2 (Leki generyczne)	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłatności za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłatności za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłatności za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłatności za wszystkie inne leki na podstawie recepty
Udział w kosztach na poziomie 3 (Preferowane leki markowe)	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłatności za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłatności za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłatności za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłatności za wszystkie inne leki na podstawie recepty

Rozdział 6: Ile płać Państwo za leki w ramach Części D

Poziom	Standardowy udział w kosztach w sprzedaży detalicznej (w sieci) (zapas na maksymalnie 100 dni)	Udział w kosztach w sprzedaży wysyłkowej (zapas na maksymalnie 100 dni)
Udział w kosztach na poziomie 4 (Leki niepreferowane)	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłatności za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłatności za wszystkie inne leki na podstawie recepty	\$0, \$1.60 lub \$5.10 współpłatności za leki generyczne (w tym markowe traktowane jak generyczne) \$0, \$4.90 lub \$12.65 współpłatności za wszystkie inne leki na podstawie recepty
Udział w kosztach na poziomie 5 (Leki specjalistyczne)	Zapas długoterminowy nie jest dostępny w przypadku leków z poziomu 5 (piątego).	Zapas długoterminowy nie jest dostępny w przypadku leków z poziomu 5 (piątego).
Udział w kosztach na poziomie 6 (Leki z wyboru)	\$0 współpłatności	\$0 współpłatności

Część 5.5 Etap początkowego ubezpieczenia trwa, dopóki suma kosztów własnych za dany rok nie osiągnie kwoty \$2,100

Etap początkowego ubezpieczenia trwa, dopóki suma kosztów własnych nie osiągnie kwoty \$2,100. Następnie przechodzą Państwo do etapu ubezpieczenia kosztów skrajnych.

Wysłane przez nas *EOB* w ramach Części D pomagają śledzić, jaką kwotę na leki od początku roku wydali Państwo, a ile zapłacił plan oraz osoby trzecie w Państwa imieniu. Nie wszyscy członkowie osiągną limit kosztów własnych wynoszący \$2,100 w ciągu roku.

Jeżeli osiągną Państwo tę kwotę, zawiadomimy Państwa o tym. Informacje o tym, w jaki sposób Medicare oblicza koszty własne, podano w Rozdziale 1.3.

CZĘŚĆ 6 Etap ubezpieczenia kosztów skrajnych

Na etapie ubezpieczenia kosztów skrajnych nie płać Państwo nic za leki objęte ubezpieczeniem w ramach Części D. Kwalifikują się Państwo do etapu ubezpieczenia kosztów skrajnych, gdy Państwa koszty własne osiągną granicę \$2,100 w roku kalendarzowym. Gdy znajdą się Państwo na etapie ubezpieczenia kosztów skrajnych, pozostaną Państwo na tym etapie płatności do końca roku kalendarzowego.

Na tym etapie płatności nie pokrywają Państwo żadnych kosztów związanych z refundowanymi lekami w ramach Części D.

CZĘŚĆ 7 Ile płać Państwo za szczepionki w ramach Części D

Ważna informacja o opłatach za szczepionki – Niektóre szczepionki są uznawane za świadczenia medyczne i są pokrywane w ramach Części B. Inne szczepionki są uznawane za leki w ramach Części D. Szczepionki te wymieniono w Wykazie leków planu. Nasz plan refunduje większość szczepionek w ramach

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D

Części D dla dorosłych bez żadnych kosztów dla członków w wieku 19 lat i starszych. Aby uzyskać szczegółowe informacje na temat ubezpieczenia i udziału w kosztach konkretnych szczepionek, należy zapoznać się z Wykazem leków planu albo zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

Pokrycie szczepionek w ramach Części D jest podzielone na dwie części:

- Część pierwsza obejmuje koszt **samej szczepionki**.
- Druga część obejmuje koszt **wykonania szczepienia**. (Jest to czasami określane jako podanie szczepionki).

Koszty szczepionki w ramach Części D ponoszone przez Państwa zależą od trzech czynników:

1. Od tego, czy szczepionka jest zalecana dla dorosłych przez organizację o nazwie Komitet Doradczy ds. Praktyk w zakresie Szczepień (ACIP).

- Większość szczepień dla dorosłych w ramach Części D jest zalecana przez ACIP i jest bezpłatna.

2. Gdzie kupić szczepionkę.

- Sama szczepionka może zostać wydana przez aptekę albo zapewniona przez gabinet lekarski.

3. Kto podaje szczepionkę.

- Farmaceuta albo inny świadczeniodawca może podać szczepionkę w aptece. Może ona także zostać podana przez świadczeniodawcę w gabinecie lekarskim.

Opłata ponoszona w momencie otrzymania szczepionki w ramach Części D może się różnić w zależności od okoliczności i **etapu płatności za lek**, na którym się Państwo znajdują.

- W momencie otrzymania szczepionki może być konieczne pokrycie całkowitego kosztu samej szczepionki i kosztu podania szczepionki przez świadczeniodawcę. Po otrzymaniu rachunku za refundowany lek, można zwrócić się do planu, aby pokrył swoją część kosztów leku. W przypadku większości szczepionek dla dorosłych w ramach Części D oznacza to, że otrzymają Państwo zwrot całości poniesionych kosztów.
- W innych przypadkach, gdy otrzymują Państwo szczepionkę, płacą Państwo tylko swoją część kosztów w ramach świadczenia w Części D. W przypadku większości szczepionek dla dorosłych w ramach Części D nie płacą Państwo nic.

Poniżej przedstawiono 3 przykładowe sposoby otrzymania szczepionki w ramach Części D.

Sytuacja 1: Szczepionka w ramach Części D jest podawana w aptecce należącej do sieci. (Dostępność tej opcji zależy od miejsca zamieszkania. W niektórych stanach aptekom nie wolno wykonywać określonych szczepień.)

- W przypadku większości szczepionek dla dorosłych w ramach Części D nie płacą Państwo nic.
- W przypadku innych szczepionek w ramach Części D zapłacą Państwo aptecce kwotę współubezpieczenia ALBO współpłatności za samą szczepionkę, co obejmuje koszt podania szczepionki.
- Plan pokryje pozostałą część kosztów.

Sytuacja 2: Szczepionka w ramach Części D jest podawana w gabinecie lekarskim.

- W momencie otrzymania szczepionki może być konieczne pokrycie całkowitego kosztu samej szczepionki i kosztu jej podania przez świadczeniodawcę.

Rozdział 6: Ile płacą Państwo za leki w ramach Części D

- Można się następnie zwrócić do planu o pokrycie przypadającej na plan części kosztów w ramach procedury opisanej w Rozdziale 7.
- W przypadku większości szczepionek dla dorosłych w ramach Części D otrzymają Państwo zwrot całej zapłaconej kwoty. W przypadku innych szczepionek w ramach Części D otrzymają Państwo zwrot zapłaconej kwoty pomniejszonej o ewentualną kwotę współubezpieczenia ALBO współpłaty za szczepionkę (w tym za jej podanie) i pomniejszonej o ewentualną różnicę między kwotą pobraną przez lekarza a kwotą, którą zwykle płacimy. (Jeśli korzystają Państwo z programu Extra Help, zwrócimy Państwu tę różnicę).

Sytuacja 3: Kupują Państwo szczepionkę w ramach Części D w aptece należącej do sieci, a następnie zastrzyk zostaje wykonany w gabinecie lekarskim.

- W przypadku większości szczepionek dla dorosłych w ramach Części D nie zapłacą Państwo nic za samą szczepionkę.
- W przypadku innych szczepionek w ramach Części D zapłacą Państwo aptece kwotę współubezpieczenia ALBO współpłaty za samą szczepionkę.
- Gdy szczepionkę podaje lekarz, może być konieczne pokrycie całkowitego kosztu tej usługi.
- Można się następnie zwrócić do naszego planu o pokrycie przypadającej na plan części kosztów w ramach procedury opisanej w Rozdziale 7.
- W przypadku większości szczepionek dla dorosłych w ramach Części D otrzymają Państwo zwrot całej zapłaconej kwoty. W przypadku innych szczepionek w ramach Części D otrzymają Państwo zwrot zapłaconej kwoty pomniejszonej o ewentualną kwotę współubezpieczenia za podanie szczepionki i pomniejszonej o ewentualną różnicę między kwotą pobraną przez lekarza a kwotą, którą zwykle płacimy. (Jeśli korzystają Państwo z programu Extra Help, zwrócimy Państwu tę różnicę.)

Rozdział 7: Jak zwrócić się do nas, abyśmy zapłacili naszą część rachunku za usługi medyczne albo leki objęte ubezpieczeniem

ROZDZIAŁ 7:**Jak zwrócić się do nas, abyśmy zapłacili naszą część rachunku za usługi medyczne albo leki objęte ubezpieczeniem****CZĘŚĆ 1 Sytuacje, w których powinni Państwo zwrócić się do nas o pokrycie naszej części rachunku za usługi albo leki objęte ubezpieczeniem**

Świadczeniodawcy należący do sieci za usługi i leki objęte ubezpieczeniem obciążają rachunkami bezpośrednio plan. Jeśli otrzymają Państwo rachunek na pełen koszt opieki medycznej albo otrzymanych leków, należy przestać nam ten rachunek, abyśmy mogli go opłacić. Gdy prześlą nam Państwo rachunek, sprawdzimy go i zdecydujemy, czy usługi i leki powinny zostać zrefundowane. Jeśli zdecydujemy, że zostaną zrefundowane, zapłacimy bezpośrednio świadczeniodawcy.

Jeśli zapłacili już Państwo za objętą naszym planem usługę albo artykuł w ramach Medicare, mogą Państwo zwrócić się do naszego planu o zwrot kosztów (zwrot kosztów jest często nazywany **refundacją**). Mają Państwo prawo do otrzymania zwrotu kosztów od naszego planu za każdym razem, gdy zapłacili Państwo więcej niż swój udział w kosztach za usługi medyczne albo leki, które są objęte naszym planem. Mogą obowiązywać pewne terminy, których należy dotrzymać, aby otrzymać zwrot. Proszę zapoznać się z Częścią 2 tego rozdziału. Gdy prześlą Państwo do nas opłacony już rachunek, sprawdzimy go i zdecydujemy, czy te usługi albo leki powinny zostać zrefundowane. Jeśli zdecydujemy o przyznaniu refundacji, zwrócimy Państwu koszty usług albo leków.

Mogą nastąpić sytuacje, gdy otrzymają Państwo rachunek od świadczeniodawcy na pełen koszt otrzymanej opieki medycznej albo na więcej niż Państwa udział w kosztach. Na początku należy spróbować rozwiązać kwestię takiego rachunku ze świadczeniodawcą. Jeśli to nie zadziała, proszę przestać nam rachunek zamiast go płacić. Sprawdzimy rachunek i zdecydujemy, czy usługi te powinny zostać zrefundowane. Jeśli zdecydujemy, że zostaną zrefundowane, zapłacimy bezpośrednio świadczeniodawcy. Jeśli zdecydujemy się nie płacić, powiadomimy o tym świadczeniodawcę. Członek nigdy nie powinien płacić wyższego udziału w kosztach niż dozwolony przez plan. Jeśli ten świadczeniodawca zawarł umowę z planem, członek nadal ma prawo do otrzymania leczenia.

Przykłady sytuacji, w których może być konieczne zwrócenie się do naszego planu o zwrot pieniędzy albo opłacenie otrzymanego rachunku:

1. Gdy otrzymali Państwo nagłą albo pilnie potrzebną opiekę medyczną od świadczeniodawcy, który nie znajduje się w sieci naszego planu

Mogą Państwo skorzystać z nagłych albo pilnie potrzebnych usług u dowolnego świadczeniodawcy, niezależnie od tego, czy należy on do naszej sieci. W takiej sytuacji należy poprosić świadczeniodawcę o obciążenie rachunkiem planu.

Rozdział 7: Jak zwrócić się do nas, abyśmy zapłacili naszą część rachunku za usługi medyczne albo leki objęte ubezpieczeniem

- Jeśli zapłacą Państwo całą kwotę samodzielnie w momencie skorzystania z opieki, należy zwrócić się do nas o zwrot przypadającej na nas części kosztów. Proszę przestać nam rachunek wraz z dokumentacją wszelkich dokonanych płatności.
- Mogą Państwo otrzymać rachunek od świadczeniodawcy z żądaniem płatności, która Państwa zdaniem nie jest należna. Proszę przestać nam ten rachunek wraz z dokumentacją wszelkich dokonanych już płatności.
 - Jeśli świadczeniodawcy należne są jakiegokolwiek kwoty, zapłacimy mu bezpośrednio.
 - Jeżeli zapłacili już Państwo więcej niż swój udział w kosztach usługi, stwierdzimy, ile jesteście winni i zwrócimy Państwu nasz udział w kosztach.

2. Gdy świadczeniodawca należący do sieci wysyła Państwu rachunek, którego Państwa zdaniem nie powinni Państwo zapłacić

Świadczeniodawcy należący do sieci powinni zawsze wystawiać rachunki bezpośrednio na plan. Czasami jednak popełniają błędy i zwracają się do Państwa o zapłacenie za usługi ALBO o zapłacenie kwoty większej niż udział w kosztach.

- Gdy członek korzysta z usług objętych ubezpieczeniem, musi zapłacić jedynie kwotę swojego udziału w kosztach. Nie zezwalamy świadczeniodawcom na naliczanie osobnych dodatkowych opłat, które nazywamy naliczaniem opłat niepodlegających refundacji. Ochrona ta (polegająca na tym, że nigdy nie zapłacą Państwo więcej niż wynosi kwota udziału w kosztach) ma zastosowanie nawet wtedy, gdy płacimy świadczeniodawcy mniej niż świadczeniodawca żąda za usługę, a nawet gdy dojdzie do sporu i nie zapłacimy pewnych opłat naliczonych przez świadczeniodawcę. Nie zezwalamy świadczeniodawcom na obciążanie członków za usługi objęte ubezpieczeniem. Płacimy bezpośrednio świadczeniodawcom i zabezpieczamy Państwa przed naliczaniem jakichkolwiek opłat. Dzieje się tak nawet wtedy, gdy płacimy świadczeniodawcy mniej niż świadczeniodawca żąda za usługę. Za każdym razem, gdy otrzymają Państwo rachunek od świadczeniodawcy należącego do sieci, który opiewa na wyższą kwotę niż Państwa zdaniem powinni Państwo zapłacić, proszę przestać nam rachunek. Skontaktujemy się bezpośrednio ze świadczeniodawcą i rozwiążemy problem z rozliczeniem.
- Jeśli zapłacili Państwo już rachunek świadczeniodawcy należącemu do sieci, ale uważają Państwo, że kwota była zawyżona, proszę przestać nam rachunek wraz z dokumentacją wszelkich dokonanych płatności. Powinni Państwo zwrócić się do planu o zwrot wydatków poniesionych na usługi objęte ubezpieczeniem ALBO różnicy pomiędzy zapłaconą kwotą a kwotą należną w ramach planu.

3. Jeśli zostali Państwo zapisani do naszego planu z mocą wsteczną

Czasami rejestracja danej osoby w planie jest dokonywana z mocą wsteczną. (Oznacza to, że minął już pierwszy dzień zapisania do planu. Data zapisania do planu może nawet przypadać w poprzednim roku).

Jeśli przystąpili Państwo do naszego planu ze wsteczną datą i zapłacili z własnej kieszeni za usługi albo leki objęte ubezpieczeniem po dacie zapisu, mogą Państwo zwrócić się do nas o zwrot kwoty naszego udziału w kosztach. Będą Państwo musieli przedłożyć dokumenty, takie jak paragony i rachunki, abyśmy mogli zająć się zwrotem kosztów.

4. Gdy realizują Państwo receptę w aptece nienależącej do sieci

Jeśli członek realizuje receptę w aptece nienależącej do sieci, apteka może nie być w stanie wysłać roszczenia bezpośrednio do planu. W takim przypadku będą Państwo musieli pokryć pełny koszt recepty.

Rozdział 7: Jak zwrócić się do nas, abyśmy zapłacili naszą część rachunku za usługi medyczne albo leki objęte ubezpieczeniem

Należy zachować pokwitowanie i przestać nam jego kopie przy składaniu wniosku o zwrot przypadającej na nas części kosztów. Należy pamiętać, że koszty ponoszone w aptekach nienależących do sieci są pokrywane tylko w ograniczonych okolicznościach. Więcej informacji na temat tych okoliczności można znaleźć w Części 2.5 Rozdziału 5. Możemy nie zwrócić Państwu różnicy między kwotą zapłaconą przez Państwa za lek w aptecce nienależącej do sieci a kwotą, którą zapłacilibyśmy w aptecce należącej do sieci.

5. Jeżeli pokrywają Państwo całkowity koszt recepty, ponieważ nie mieli Państwo przy sobie swojej karty członkowskiej naszego planu

Jeśli nie mają Państwo przy sobie karty członkowskiej, mogą Państwo poprosić aptekę, aby zadzwoniła do planu albo wyszukała informacje o rejestracji w planie. Jeżeli apteka nie będzie mogła natychmiast uzyskać takich informacji, mogą być Państwo zmuszeni do zapłacenia pełnego kosztu recepty.

Należy zachować pokwitowanie i przestać nam jego kopie przy składaniu wniosku o zwrot przypadającej na nas części kosztów. Możemy nie zwrócić Państwu pełnej zapłaconej kwoty, jeśli zapłacona przez Państwa cena gotówkowa jest wyższa niż wynegocjowana przez nas cena recepty.

6. Kiedy płacą Państwo pełny koszt za receptę w innych sytuacjach

Mogą Państwo zapłacić pełny koszt recepty, ponieważ okaże się, że lek z jakiegoś powodu nie jest objęty ubezpieczeniem.

- Lek może na przykład nie figurować w Wykazie leków planu albo podlegać wymogom albo ograniczeniom, o których Państwo nie wiedzieli albo nie sądzili, że powinny Państwa dotyczyć. Jeżeli członek zdecyduje się natychmiast uzyskać lek, może być zmuszony do zapłacenia za niego pełnej ceny.
- Należy zachować pokwitowanie i wystać kopię do planu wraz z wnioskiem o zwrot kosztów. W niektórych sytuacjach możemy potrzebować więcej informacji od Państwa lekarza, aby zwrócić nasz udział w kosztach leku. Możemy nie zwrócić Państwu pełnej zapłaconej kwoty, jeśli zapłacona przez Państwa cena gotówkowa jest wyższa niż wynegocjowana przez nas cena recepty.

Gdy prześlą nam Państwo wniosek o płatność, przeanalizujemy Państwa wniosek i zdecydujemy, czy dana usługa albo lek powinny zostać objęte ubezpieczeniem. Nazywa się to podjęciem **decyzji w sprawie pokrycia kosztów**. Jeśli uznamy, że należy usługę albo lek objąć ubezpieczeniem, zapłacimy przypadającą na nas część kosztów. Jeśli wniosek o refundację zostanie odrzucony, członek może odwołać się od takiej decyzji. Rozdział 9 zawiera informacje o tym, jak złożyć odwołanie.

CZĘŚĆ 2 Jak zwrócić się do nas o zwrot kosztów albo zapłacenie otrzymanego rachunku

Mogą Państwo zażądać od nas zwrotu kosztów, przesyłając nam stosowny wniosek na piśmie. Jeśli wysyłają Państwo wniosek na piśmie, proszę przestać rachunek i dokumentację wszelkich dokonanych płatności. Warto zrobić kopię rachunku i pokwitowań do zachowania w swojej dokumentacji. **Roszczenie należy przekazać do planu w ciągu jednego (1) roku kalendarzowego** od daty otrzymania usługi lub produktu albo w ciągu 36 miesięcy od daty otrzymania leku.

Aby upewnić się, że przekazują nam Państwo wszystkie informacje potrzebne do podjęcia decyzji, mogą Państwo wypełnić nasz formularz wniosku o wypłatę.

- Nie muszą Państwo korzystać z formularza, ale pomoże nam to szybciej przetworzyć informacje.

Rozdział 7: Jak zwrócić się do nas, abyśmy zapłacili naszą część rachunku za usługi medyczne albo leki objęte ubezpieczeniem

- Proszę pobrać kopię formularza z naszej strony internetowej (SWHNY.com) albo proszę zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) i poprosić o formularz.

Wniosek o zapłatę wraz z rachunkami i pokwitowaniami opłat należy przysłać pocztą na adres:

Zwrot kosztów za usługi medyczne:

Senior Whole Health of New York
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
albo faksem pod numer (310) 507-6186

Zwrot kosztów za leki na receptę:

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

CZĘŚĆ 3 Rozpatrzymy Państwa wniosek o płatność pozytywnie albo negatywnie

Jeśli po otrzymaniu wniosku o zapłatę potrzebne będą dodatkowe informacje, poinformujemy Państwa o tym. W przeciwnym razie rozpatrzymy Państwa wniosek i podejmiemy decyzję w sprawie pokrycia kosztów.

- Jeśli uznamy, że opieka medyczna albo lek są objęte ubezpieczeniem, a Państwo przestrzegali wszystkich zasad, zapłacimy przypadającą na nas część kosztów za usługę albo lek. Jeśli zapłacili Państwo już za usługę albo lek, prześlemy Państwu pocztą zwrot przypadającej na nas części kosztów. Jeśli zapłacili Państwo pełny koszt leku, mogą Państwo nie otrzymać zwrotu pełnej zapłaconej kwoty (na przykład, jeśli nabyli Państwo lek w aptece nienależącej do sieci albo jeśli cena gotówkowa zapłacona za lek jest wyższa niż nasza wynegocjowana cena). Jeśli nie zapłacili Państwo jeszcze za usługę albo lek, wyślemy płatność bezpośrednio do świadczeniodawcy.
- Jeżeli uznamy, że opieka medyczna albo lek nie są objęte ubezpieczeniem, albo że nie przestrzegali Państwo zasad, nie zapłacimy naszego udziału w kosztach opieki albo leku. Wyślemy Państwu pismo wyjaśniające powody, dla których nie wysyłamy płatności oraz Państwa prawa do odwołania się od tej decyzji.

Część 3.1 Jeśli poinformujemy Państwa, że nie zapłacimy za całość albo część opieki medycznej albo leku, mogą Państwo złożyć odwołanie

Jeśli uważają Państwo, że popełniliśmy błąd odrzucając Państwa wniosek o wypłatę albo wyliczając kwotę, którą wypłacamy, mogą Państwo złożyć odwołanie. Jeśli składają Państwo odwołanie, oznacza to, że proszą nas Państwo o zmianę decyzji, którą podjęliśmy, odrzucając Państwa wniosek o płatność. Proces odwoławczy jest formalnym postępowaniem administracyjnym, w którym obowiązują szczegółowe procedury i ważne nieprzekraczalne terminy. Szczegółowe wyjaśnienie dotyczące składania odwołania znajduje się w Rozdziale 9.

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka**ROZDZIAŁ 8:****Prawa i obowiązki członka****CZĘŚĆ 1 Nasz plan musi respektować Państwa prawa i wrażliwość kulturową****Część 1.1 Musimy udzielić informacji w sposób, który będzie dla Państwa odpowiedni i zgodny z Państwa wrażliwością kulturową (w języku innym niż angielski, alfabetem Braille'a, wydrukowane dużą czcionką albo w innych alternatywnych formatach itd.)**

Nasz plan musi zagwarantować, że wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i pozakliniczne, będą świadczone w sposób uwzględniający różnice kulturowe i będą dostępne dla wszystkich osób zapisanych, w tym osób ze słabą znajomością języka angielskiego, ograniczoną umiejętnością czytania, niedosłyszających albo osób o zróżnicowanym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Przykładami sposobów spełnienia tych wymagań dotyczących dostępności przez nasz plan są m.in. zapewnienie usług tłumacza, usług tłumacza ustnego, teletypów albo połączeń TTY (telefon tekstowy albo telefon z teletypem).

Plan oferuje usługi tłumaczy, którzy bezpłatnie pomagają członkom niemówiącym po angielsku, w uzyskiwaniu odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby możemy również bezpłatnie przekazać Państwu informacje w wersji audio, alfabetem Braille'a, dużym drukiem albo w innych alternatywnych formatach. Plan jest zobowiązany do przekazywania informacji o świadczeniach w formacie dostępnym i odpowiednim dla Państwa. Aby uzyskać od nas informacje w dogodny dla siebie sposób, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

Naszym celem jest zapewnienie kobietom zapisanym na studia możliwości bezpośredniego dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet w ramach sieci, który świadczy usługi rutynowej i profilaktycznej opieki zdrowotnej dla kobiet.

Jeśli świadczeniodawcy należący do sieci planu z danej specjalizacji nie są dostępni, obowiązkiem planu jest zlokalizowanie świadczeniodawców spoza sieci, którzy zapewnią Państwu niezbędną opiekę. W takim przypadku zapłać Państwo tylko obowiązujący w sieci udział w kosztach. Jeśli znajdą się Państwo w sytuacji, w której w sieci planu nie ma specjalistów, którzy byliby w stanie wykonać usługę, której Państwo potrzebują, proszę zadzwonić do planu w celu uzyskania informacji, gdzie można uzyskać tę usługę przy udziale w kosztach w sieci.

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek problemy z uzyskaniem informacji od naszego planu w formacie, który jest dla Państwa dostępny i odpowiedni, uzyskaniem dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet albo znalezieniem specjalisty należącego do sieci, prosimy zadzwonić, aby złożyć zażalenie do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 od poniedziałku do piątku w godzinach od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer 711. Można również złożyć skargę do Medicare dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) albo bezpośrednio do Office for Civil Rights pod numer 1-800-368-1019 albo TTY 1-800-537-7697.

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

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka**seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòm, elatriye.)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

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

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

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

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

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

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

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

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

Seksyon 1.1	Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking titik, o ibang kahaliling mga format, atbp.)
--------------------	---

Kinakailangan ang plano mo para matiyak na ang lahat ng mga serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng mga nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kakayahan sa pagbasa, kawalan ng kakayahan sa

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng isang plano ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

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

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

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

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

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

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

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

আমাদরে প্ল্যানটির মহলিা তালকিাভুক্তদরে, মহলিাদরে রুটনি ও প্রতরিেধিমূলক স্বাস্থ্যসবো পরিসিবোগুলোর জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহলিা স্বাস্থ্য বশিয়েজ্ঞরে সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

কোনো বিশেষভাবে জন্য প্ল্যানের নটেওয়ার্কের সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ার্কের বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদরে খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ার্ক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানের নটেওয়ার্কের এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ার্ক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরিষেবাটি পতে কীভাবে যত্ন হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্ল্যানের কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান বিয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুরুর স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত 8টার মধ্যে সদস্য পরিষেবা অভ্যোগ 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 অভ্যোগ দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সন্নিহিত রাইটস অফিসে অভ্যোগ দায়ের করতে পারেন।

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

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

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

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

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

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

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

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

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

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

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

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

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

Część 1.2 Musimy zapewnić Państwu dostęp do objętych ubezpieczeniem usług i leków w odpowiednim terminie

Mają Państwo prawo wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) w sieci planu, który udzieli i zorganizuje usługi objęte ubezpieczeniem. Mają również prawo do wizyty u specjalisty ds. zdrowia kobiet (np. ginekologa) bez konieczności uzyskania skierowania.

Mają Państwo prawo umówić wizytę i skorzystać z usług objętych ubezpieczeniem realizowanych przez świadczeniodawców należących do sieci *w możliwym do przyjęcia terminie*. Obejmuje to prawo do uzyskania terminowych usług od specjalistów, wtedy gdy są potrzebne. Członkom przysługuje również prawo do realizowania i powtarzania recept w dowolnej aptece należącej do sieci planu bez większych opóźnień.

Jeśli uważają Państwo, że nie otrzymują Państwo opieki medycznej albo leków z Części D w możliwym do przyjęcia terminie, w rozdziale 9 opisano, co mogą Państwo zrobić.

Część 1.3 Plan musi chronić prywatność osobistych informacji zdrowotnych członków

Przepisy federalne i stanowe chronią poufność dokumentacji medycznej i osobistych informacji zdrowotnych. Właśnie tych przepisów przestrzegamy, aby chronić Twoje osobiste informacje zdrowotne.

- Państwa osobiste informacje zdrowotne obejmują **dane osobowe** przekazane nam podczas rejestracji w tym planie, a także Państwa dokumentację medyczną oraz inne informacje medyczne i zdrowotne.
- Użytkownik ma prawa związane z jego informacjami oraz prawo do kontrolowania sposobu wykorzystywania jego informacji zdrowotnych. Przekazujemy Państwu pisemne powiadomienie, zwane *Informacją na temat zasad ochrony prywatności*, które informuje o tych prawach i wyjaśnia, w jaki sposób chronimy prywatność Państwa informacji zdrowotnych.

Jak chronimy prywatność informacji zdrowotnych użytkowników?

- Dbamy o to, aby nieupoważnione osoby nie przeglądały ani nie zmieniały Twoich danych.

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

- Z wyjątkiem okoliczności wymienionych poniżej, jeśli zamierzamy przekazać Państwu informacje zdrowotne komukolwiek, kto nie zapewnia Państwu opieki albo nie płaci za Państwa opiekę, *musimy najpierw uzyskać pisemną zgodę od Państwa albo osoby, której Państwo udzielili prawnego upoważnienia do podejmowania decyzji za Państwa.*
- Istnieją pewne wyjątki, które nie wymagają od nas uprzedniego uzyskania Państwa pisemnej zgody. Wyjątki te są dozwolone lub wymagane przez prawo.
 - Jesteśmy zobowiązani do udostępniania informacji zdrowotnych agencjom rządowym, które sprawdzają jakość opieki.
 - Ponieważ są Państwo członkami naszego planu za pośrednictwem Medicare, jesteśmy zobowiązani do przekazania Medicare Państwa informacji zdrowotnych, w tym informacji o Państwa lekach na receptę z Części D. Jeśli Medicare udostępni Państwa dane do celów badawczych albo innych, zostanie to zrobione zgodnie z federalnymi ustawami i przepisami; zazwyczaj wymaga to, aby informacje, które jednoznacznie Państwa identyfikują, nie były udostępniane.

Mogą Państwo sprawdzić informacje w swoich rejestrach i dowiedzieć się, jak zostały one udostępnione innym osobom

Mają Państwo prawo do wglądu w swoją dokumentację medyczną w ramach planu i uzyskania jej kopii. Mamy prawo pobrać od Państwa opłatę za wykonanie kopii. Użytkownik ma również prawo poprosić nas o uzupełnienie lub poprawienie jego dokumentacji medycznej. Jeśli Państwo nas o to poproszą, będziemy współpracować z Państwa świadczeniodawcą opieki zdrowotnej w celu podjęcia decyzji, czy zmiany powinny zostać wprowadzone.

Mają Państwo prawo wiedzieć, jakie informacje o Państwa zdrowiu zostały udostępnione innym dla wszelkich celów innych niż standardowe.

W razie pytań albo wątpliwości dotyczących ochrony prywatności osobistych informacji zdrowotnych, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków.

INFORMACJA NA TEMAT ZASAD OCHRONY PRYWATNOŚCI

W TEJ INFORMACJI OPISANO, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE MEDYCZNE NA PAŃSTWA TEMAT MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE ORAZ W JAKI SPOSÓB MOGĄ PAŃSTWO UZYSKAĆ DOSTĘP DO TYCH INFORMACJI. PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z INFORMACJAMI.

Niniejsza Informacja opisuje praktyki w zakresie ochrony prywatności w związku z planami ubezpieczenia zdrowotnego Molina Healthcare (zwanymi dalej „Molina”, „my” albo „nasz”). Wykorzystujemy i udostępniamy chronione informacje zdrowotne („PHI”) na Państwa temat w celu zapewnienia Państwu świadczeń zdrowotnych jako członkom Molina. Wykorzystujemy i udostępniamy Państwa PHI w celu zapewniania leczenia, obsługi płatności i prowadzenia działalności związanej z opieką zdrowotną. Ponadto wykorzystujemy i udostępniamy Państwa PHI z innych przyczyn, dozwolonych i wymaganych przez przepisy prawa. Mamy obowiązek chronić prywatność informacji zdrowotnych użytkownika i przestrzegać warunków tej polityki. Data wejścia w życie tej polityki to 01 stycznia 2026 r.

PHI to informacje zdrowotne obejmujące Państwa imię i nazwisko, numer członka albo inne identyfikatory, które są wykorzystywane albo udostępniane przez nas. PHI obejmują informacje zdrowotne dotyczące zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i informacje biometryczne (takie jak sonogram).

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

Dlaczego wykorzystujemy lub udostępniamy Państwa PHI?

Wykorzystujemy albo udostępniamy Państwa PHI, aby oferować Państwu świadczenia zdrowotne. Państwa PHI są wykorzystywane lub udostępniane w celu zapewniania leczenia, obsługi płatności i prowadzenia działalności związanej z opieką zdrowotną.

W celu leczenia

Możemy wykorzystywać albo udostępniać Państwa PHI, aby świadczyć albo organizować opiekę medyczną. Leczenie to obejmuje również skierowania do lekarzy i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Informacje o stanie zdrowia użytkownika możemy na przykład udostępnić specjalistom. Pomoże mu to w omówieniu leczenia z lekarzem opieki podstawowej.

Na potrzeby płatności

Możemy wykorzystywać albo udostępniać PHI na potrzeby podejmowania decyzji dotyczących płatności. Może to dotyczyć roszczeń, zgody na leczenie i decyzji dotyczące potrzeb medycznych. Na rachunku mogą znajdować się imię i nazwisko pacjenta, informacje zdrowotne, sposób leczenia oraz przekazane i podane wyroby medyczne. Możemy na przykład poinformować lekarza, że pacjent korzysta z naszych świadczeń. Poinformujemy również lekarza o wysokości rachunku, który zapłacimy.

Na potrzeby działalności związanej z opieką zdrowotną

Możemy wykorzystywać lub udostępniać Państwa PHI w celu prowadzenia naszych planów ubezpieczenia zdrowotnego. Na przykład możemy wykorzystać informacje z roszczenia, aby poinformować użytkownika o programie zdrowotnym, który może mu pomóc. Możemy również wykorzystywać lub udostępniać Państwa PHI w celu rozwiązywania Państwa problemów. PHI użytkownika mogą być również wykorzystywane do zapewnienia prawidłowej wypłaty roszczeń.

Działalność związana z opieką zdrowotną wiąże się z wieloma codziennymi potrzebami biznesowymi.

To między innymi:

- Poprawianie jakości;
- Działania w ramach programów zdrowotnych mające na celu pomoc członkom z określonymi schorzeniami (takimi jak astma);
- Przeprowadzenie lub zorganizowanie konsultacji medycznej;
- Usługi prawne, w tym programy wykrywania i ścigania oszustw i nadużyć;
- Działania pomagające nam przestrzegać prawa;
- Zaspokajanie potrzeb członków, w tym rozpatrywanie skarg i zażaleń.

Będziemy udostępniać Państwa PHI innym spółkom („**partnerom biznesowym**”) wykonującym różne czynności w ramach naszych planów ubezpieczenia zdrowotnego. Możemy również wykorzystywać PHI użytkownika do wysyłania mu przypomnień o wizytach. Możemy wykorzystywać Państwa PHI, aby udzielać Państwu informacji na temat innych metod leczenia albo innych świadczeń i usług zdrowotnych.

Kiedy możemy wykorzystywać albo udostępniać Państwa PHI bez Państwa pisemnego zatwierdzenia (zgody)?

Poza zapewnieniem leczenia, obsługą płatności i prowadzeniem działalności związanej z opieką zdrowotną prawo zezwala lub wymaga, aby Molina wykorzystywała i udostępniała PHI użytkownika do kilku innych celów, w tym do następujących:

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

Zgodnie z wymogami przepisów prawa

Będziemy wykorzystywać lub udostępniać informacje o użytkowniku zgodnie z wymogami prawa. Udostępnimy PHI użytkownika, gdy będzie to wymagane przez Sekretarza w wydziale Department of Health and Human Services (HHS). Może to mieć miejsce w razie sprawy sądowej, innej kontroli prawnej lub gdy jest to wymagane do celów egzekwowania prawa.

Zdrowie publiczne

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane na potrzeby działań związanych ze zdrowiem publicznym. Może to obejmować pomoc agencjom zdrowia publicznego w zapobieganiu chorobom lub ich kontrolowaniu.

Nadzór opieki zdrowotnej

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane agencjom rządowym. Mogą one potrzebować Państwa PHI do przeprowadzenia audytów.

Badania

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane do celów badawczych w określonych przypadkach, na przykład po zatwierdzeniu przez komisję ds. prywatności lub instytucjonalną komisję rewizyjną.

Postępowania prawne albo administracyjne

PHI użytkownika mogą być wykorzystywane lub udostępniane na potrzeby postępowań prawnych np. w odpowiedzi na nakaz sądowy.

Organy porządkowe

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane policji w celach związanych z egzekwowaniem prawa, takich jak pomoc w znalezieniu podejrzanego, świadka lub zaginionej osoby.

Zdrowie i bezpieczeństwo

Państwa PHI mogą być udostępniane w celu zapobiegania poważnemu i bezpośredniemu zagrożeniu dla zdrowia lub bezpieczeństwa osoby lub społeczeństwa.

Działania organów państwowych

PHI użytkownika mogą być udostępniane administracji publicznej w związku ze specjalnymi funkcjami. Przykładem byłaby ochrona Prezydenta.

Ofiary nadużyć, zaniedbania czy przemocy domowej

Państwa PHI mogą być udostępniane organom prawnym, jeśli uznamy, że jakaś osoba jest ofiarą nadużyć lub zaniedbań.

Odszkodowania dla pracowników

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane w celu przestrzegania przepisów dotyczących odszkodowań pracowniczych.

Pozostałe przypadki ujawnienia

PHI użytkownika mogą być udostępniane przedsiębiorcom pogrzebowym lub koronerom, aby pomóc im w wykonywaniu ich pracy.

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

Dodatkowe ograniczenia dotyczące wykorzystania i ujawniania.

Niektóre przepisy federalne i stanowe mogą wymagać stosowania specjalnych środków ochrony prywatności, które ograniczają wykorzystywanie i ujawnianie określonych rodzajów informacji zdrowotnych. Takie przepisy mogą chronić następujące rodzaje informacji: informacje o zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, informacje biometryczne, informacje o maltretowaniu albo zaniedbywaniu dzieci czy osób dorosłych, w tym o napaściach seksualnych, informacje o chorobach zakaźnych, informacje genetyczne, informacje o HIV/AIDS, zdrowiu psychicznym, informacje o małych dzieciach, receptach, zdrowiu reprodukcyjnym i chorobach przenoszonych drogą płciową. Będziemy przestrzegać bardziej rygorystycznych przepisów prawa, jeśli będą one nas obowiązywać.

Informacje dotyczące zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD). Zgodnie z prawem federalnym nasz program nie jest programem leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych („Program SUD”), jednak możemy otrzymywać od Programu SUD informacje na Państwa temat. Nie możemy ujawniać informacji dotyczących SUD do na potrzeby postępowań cywilnych, karnych, administracyjnych ani legislacyjnych prowadzonych przeciwko Państwu, chyba że posiadamy (i) Państwa pisemną zgodę albo (ii) nakaz sądowy wraz z wezwaniem do stawienia się w sądzie albo inny wymóg prawny nakazujący nam ujawnienie takich informacji, wydany po otrzymaniu przez nas i Państwa powiadomienia i możliwości złożenia wyjaśnień.

Kiedy potrzebujemy Państwa pisemnego upoważnienia (zgody) na wykorzystanie lub udostępnienie Państwa PHI?

Potrzebujemy Państwa pisemnego upoważnienia do wykorzystywania albo udostępniania Państwa PHI w celach innych niż wymienione w tej Informacji. Potrzebujemy upoważnienia przed ujawnieniem Państwa PHI w następujących przypadkach: (1) większość zastosowań i udostępnień notatek z psychoterapii; (2) zastosowania i udostępnienia w celach marketingowych; oraz (3) zastosowania i udostępnienia, które obejmują sprzedaż PHI. Mogą Państwo anulować udzieloną nam pisemną zgodę. Jego rezygnacja nie będzie miała zastosowania do działań już podjętych przez nas ze względu na zgodę, której już nam kiedyś udzielił.

Jakie prawa przysługują Państwu w związku Państwa informacjami o Państwa stanie zdrowia?

Są one następujące:

Żądanie ograniczenia wykorzystania bądź ujawniania PHI (udostępniania Państwa PHI)

Można zwrócić się do nas o nieudostępnianie Państwa PHI w celach zapewnienia leczenia, obsługi płatności czy prowadzenia działalności związanej z opieką zdrowotną. Mogą Państwo również zażądać od nas nieudostępniania Państwa PHI rodzinie, przyjaciołom lub innym wskazanym przez Państwa osobom zaangażowanym w Państwa opiekę zdrowotną. Nie jesteśmy jednak zobowiązani do zaakceptowania takiego żądania. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza.

Żądanie przekazania PHI z zachowaniem poufności

Mogą Państwo zwrócić się do Molina o przekazanie Państwu Państwa PHI w określony sposób albo w określonym miejscu w celu zapewnienia ochrony prywatności Państwa PHI. Spełnimy uzasadnione żądania, jeśli poinformują nas Państwo, że udostępnienie całości lub części tych PHI mogłoby zagrozić Państwa życiu. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza.

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

Przeglądanie i kopiowanie swoich PHI

Użytkownik ma prawo do wglądu w kopię przechowywanych przez nas PHI i do otrzymania takiej kopii. Może to obejmować dokumentację wykorzystywaną do podejmowania decyzji w sprawie pokrycia kosztów, roszczeń i innych decyzji dotyczących Państwa jako naszych członków. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza. Za kopiowanie i wysyłanie dokumentacji możemy pobierać opłatę w uzasadnionej wysokości. W niektórych przypadkach możemy odrzucić wniosek. Ważna uwaga: Nie mamy pełnych kopii dokumentacji medycznej. Jeśli użytkownik chce przejrzeć, uzyskać kopię lub zmienić swoją dokumentację medyczną, powinien skontaktować się z lekarzem lub kliniką.

Zmiana Państwa PHI

Mogą Państwo poprosić o poprawienie (zmianę) swoich PHI. Dotyczy to tylko prowadzonej przez nas Państwa dokumentacji uczestnika. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza. Mogą Państwo złożyć pismo, w którym mogą odwołać się od naszej decyzji o odrzuceniu żądania.

Otrzymywanie sprawozdania o ujawnieniach PHI (udostępnianiu Państwa PHI)

Użytkownik może poprosić o przekazanie listy określonych podmiotów, którym udostępniliśmy PHI użytkownika przez sześć lat poprzedzających datę złożenia wniosku. Lista nie będzie obejmować następujących przypadków udostępniania PHI:

- do celów zapewniania leczenia, obsługi płatności lub prowadzenia działalności związanej z opieką zdrowotną;
- wnioskodawcy w związku z jego PHI;
- za Państwa zgodą;
- w wyniku innego wykorzystania czy ujawnienia dozwolonego bądź wymaganego przepisami prawa;
- jeśli PHI są ujawnione w interesie bezpieczeństwa narodowego albo do celów wywiadowczych; albo
- w ramach ograniczonego zbioru danych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Jeśli użytkownik poprosi o taką listę więcej niż raz w okresie 12 miesięcy, za każdą listę naliczymy stosowną opłatę. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza.

Mogą Państwo złożyć dowolne z żądań wymienionych powyżej lub otrzymać papierową kopię tej Informacji. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod bezpłatny numer telefonu podany na odwrocie karty identyfikacyjnej, dostępny 7 dni w tygodniu w godzinach od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Użytkownicy TTY/TDD mogą dzwonić pod numer 711.

Co mogą Państwo zrobić, jeśli Państwa prawa nie są chronione?

Jeśli uważają Państwo, że Państwa prawa do ochrony prywatności zostały naruszone, mogą Państwo składać skargi do nas i do Department of Health and Human Services. Nie podejmiemy żadnych działań przeciwko Państwu w związku ze złożeniem przez Państwa skargi. Opieka i świadczenia się nie zmienią.

Skargę można złożyć w następujący sposób:

Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod bezpłatny numer telefonu podany na odwrocie karty identyfikacyjnej, dostępny 7 dni w tygodniu w godzinach od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Użytkownicy TTY/TDD mogą dzwonić pod numer 711. Albo zapisać do nas na adres:

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

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

Skargę można złożyć do sekretarza U.S. Department of Health and Human Services na adres:

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 (FAKS)

Do czego jesteśmy zobowiązani?

Jesteśmy zobowiązani do:

- Ochrony prywatności Państwa PHI;
- Udzielania Państwu pisemnych informacji, np. o naszych obowiązkach i praktykach w zakresie ochrony prywatności dotyczących Państwa PHI;
- Powiadamiania Państwa na piśmie w razie ewentualnego naruszenia Państwa niezabezpieczonych PHI;
- Niewykorzystywania i nieujawniania Państwa informacji genetycznych do celów oceny ryzyka;
- Przestrzegania postanowień niniejszej Informacji.

Niniejsza Informacja może podlegać zmianom

Zastrzegamy sobie prawo do wprowadzania w dowolnym momencie zmian w swoich praktykach związanych z informacjami oraz postanowieniach niniejszej Informacji. W takim przypadku nowe postanowienia i praktyki będą obowiązywały wobec wszystkich PHI w naszym posiadaniu. W przypadku wprowadzenia jakichkolwiek istotnych zmian zamieścimy zmienioną Informację w swojej witrynie internetowej i wyślemy zmienioną Informację albo informacje dotyczące istotnych zmian oraz możliwości uzyskania zmienionej Informacji w naszej kolejnej rocznej wiadomości do osób będących wówczas członkami. Niniejsza Informacja jest dostępna na naszej stronie internetowej pod adresem www.molinahealthcare.com.

Informacje kontaktowe

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących niniejszej Informacji prosimy o kontakt z nami.

Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod bezpłatny numer telefonu podany na odwrocie karty identyfikacyjnej, dostępny 7 dni w tygodniu w godzinach od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Użytkownicy TTY/TDD mogą dzwonić pod numer 711. Albo pisać na adres Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Niniejszy dokument można otrzymać bezpłatnie w innych formatach, np. w alfabecie Braille'a, wydruku wielkoformatowym czy jako nagranie audio. Należy zadzwonić pod numer (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, czynny 7 dni w tygodniu, od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Połączenie jest bezpłatne.

Część 1.4 Musimy udzielić Państwu informacji na temat planu, świadczeniodawców w sieci oraz usług objętych ubezpieczeniem

Członkowie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mają prawo do uzyskania od nas różnego rodzaju informacji.

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

Jeśli chcą Państwo uzyskać którekolwiek z poniższych informacji, proszę zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711):

- **Informacje na temat naszego planu.** Obejmuje to na przykład informacje o kondycji finansowej planu.
- **Informacje o świadczeniodawcach i aptekach należących do sieci.** Członkowie mają prawo do uzyskania informacji o kwalifikacjach świadczeniodawców i aptek należących do naszej sieci oraz o sposobie wynagradzania świadczeniodawców z sieci.
- **Informacje na temat zakresu ubezpieczenia oraz zasad, których trzeba przestrzegać korzystając z ubezpieczenia.** W Rozdziałach 3 i 4 podano informacje dotyczące usług medycznych. Rozdziały 5 i 6 zawierają szczegółowe informacje na temat ubezpieczenia leków w ramach Części D.
- **Informacje o tym, dlaczego coś nie jest objęte ubezpieczeniem i co można z tym zrobić.** Rozdział 9 informuje, jak zwrócić się o pisemne wyjaśnienie, dlaczego dana usługa medyczna albo lek z Części D nie są objęte ubezpieczeniem albo czy zakres ubezpieczenia jest ograniczony. W Rozdziale 9 podano również informacje, jak zwrócić się do planu o zmianę wydanej decyzji, czyli jak złożyć odwołanie.

Część 1.5 Mają Państwo prawo znać dostępne dla Państwa możliwości leczenia i uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki

Masz prawo do uzyskania pełnych informacji od swoich lekarzy i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy muszą *w zrozumiały dla Państwa sposób* wyjaśnić Państwa stan zdrowia oraz możliwości leczenia.

Członek ma również prawo w pełni uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Aby pomóc pacjentowi w podejmowaniu wspólnie z lekarzem decyzji o tym, jakie leczenie jest dla niego najlepsze, przysługują mu następujące prawa:

- **Znać wszystkie dostępne możliwości.** Mają Państwo prawo do uzyskania informacji o wszystkich opcjach leczenia, które są zalecane w przypadku Państwa schorzenia, bez względu na to, ile kosztują i czy są objęte naszym planem. Obejmuje to również informowanie o programach oferowanych przez nasz plan, aby pomóc członkom w zarządzaniu leczeniem farmakologicznym i bezpiecznym stosowaniu leków.
- **Znać ryzyko.** Członek ma prawo do uzyskania informacji o wszystkich zagrożeniach związanych z opieką. Musi zostać wcześniej poinformowany, czy proponowana opieka medyczna lub leczenie stanowi część eksperymentu naukowego. Ma prawo nie zgodzić się na leczenie o charakterze terapii eksperymentalnym.
- **Prawo do odmowy.** Mają Państwo prawo odmówić poddania się dowolnej zalecanej terapii. Obejmuje to prawo do opuszczenia szpitala lub innej placówki medycznej, nawet jeżeli lekarz doradza, aby w niej pozostać. Członek ma również prawo zaprzestać przyjmowania leków. Jeśli jednak odmówią Państwo leczenia albo przestaną przyjmować leki, przyjmują Państwo pełną odpowiedzialność za konsekwencje takiego postępowania dla swojego organizmu.

Mają Państwo prawo do wydania instrukcji co do postępowania w sytuacji, gdy nie będą Państwo mogli samodzielnie podejmować decyzji medycznych

Czasami z powodu wypadku lub ciężkiej choroby tracimy zdolność samodzielnego podejmowania decyzji o opiece zdrowotnej. Mają Państwo prawo powiedzieć, co chcieliby Państwo, aby się stało, gdyby znaleźli się Państwo w takiej sytuacji. Oznacza to, że *na własne życzenie* można:

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

- Wypełnić formularz, aby udzielić **innej osobie prawnego pełnomocnictwa do podejmowania decyzji medycznych w swoim imieniu** w przypadku, gdy samodzielnie ich podjęcie nie będzie możliwe.
- **Udzielić lekarzom pisemnych instrukcji**, jak ma wyglądać opieka medyczna w sytuacji, gdy sami nie będą Państwo mogli podejmować decyzji.

Dokumenty prawne, w których można z wyprzedzeniem podać instrukcje co do postępowania w takich sytuacjach, są nazywane **oświadczeniami woli**. Przykładowe oświadczenia woli to **testament życia (living will)** i **pełnomocnictwo w sprawach opieki zdrowotnej (power of attorney for health care)**.

Jak przygotować oświadczenie woli, w którym będą podane instrukcje:

- **Uzyskać formularz.** Formularz, na którym można sporządzić oświadczenie woli, można uzyskać od prawnika, pracownika socjalnego albo kupić w niektórych sklepach z materiałami biurowymi. Można go również otrzymać od organizacji udzielających informacji na temat Medicare. Można również zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby poprosić o formularze.
- **Wypełnić formularz i podpisać go.** Niezależnie od tego skąd pochodzi formularz, należy pamiętać, że dokument ma moc prawną. Powinni Państwo rozważyć skorzystanie z pomocy prawnika w jego przygotowaniu.
- **Przekazać kopie formularza odpowiednim osobom.** Kopię formularza należy przekazać swojemu lekarzowi oraz osobie wskazanej na formularzu jako uprawnionej do podejmowania decyzji w Państwa imieniu, w sytuacji Państwo nie będą mogli sami ich podejmować. Kopie można również przekazać przyjaciołom albo członkom rodziny. Swoją kopię przechowuj w domu.

Jeżeli mają Państwo zaplanowane przyjęcie do szpitala i podpisali oświadczenie woli, **należy zabrać ze sobą jego egzemplarz do szpitala.**

- Szpital zapyta, czy podpisali Państwo formularz oświadczenia woli i czy mają go Państwo przy sobie.
- Jeżeli nie podpisali Państwo formularza oświadczenia woli, szpital udostępni formularz i zapyta, czy chcą Państwo go podpisać.

Wypełnienie oświadczenia woli jest dobrowolne (dotyczy to również decyzji, czy chcą Państwo go podpisać podczas pobytu w szpitalu). Zgodnie z prawem nikt nie może odmówić Państwu opieki ani dyskryminować Państwa ze względu na to, czy podpisali Państwo oświadczenie woli.

Jeśli Państwa instrukcje nie będą przestrzegane

Jeśli podpisali Państwo oświadczenie woli i uważają, że lekarz albo szpital nie wykonał zawartych w nim instrukcji, mogą Państwo złożyć skargę, dzwoniąc na infolinię ds. skarg Departamentu Zdrowia stanu New York pod numer 1-866-334-9866 (TTY: 711).

Część 1.6 Mają Państwo prawo do składania skarg i zwracania się do nas o ponowne rozpatrzenie podjętych przez nas decyzji

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek problemy, wątpliwości albo skargi i muszą Państwo złożyć wniosek o pokrycie kosztów albo złożyć odwołanie, w Rozdziale 9 niniejszego dokumentu opisano, co mogą Państwo zrobić. Niezależnie od decyzji – czy będzie to wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów, wniesienie odwołania czy złożenie skargi – **jesteśmy zobowiązani do uczciwego postępowania.**

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

Część 1.7 Jeżeli uważają Państwo, że zostali potraktowani niesprawiedliwie albo że Państwa prawa nie są respektowane

Jeżeli uważają Państwo, że zostali potraktowani niesprawiedliwie albo że Państwa prawa zostały naruszone ze względu na rasę, niepełnosprawność, wyznanie, płeć, stan zdrowia, pochodzenie etniczne, przekonania, wiek albo narodowość, należy zadzwonić do **Office for Civil Rights** przy Department of Health and Human Services pod numer 1-800-368-1019 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-800-537-7697) albo do lokalnego Office for Civil Rights.

Jeżeli uważają Państwo, że zostali potraktowani niesprawiedliwie albo że Państwa prawa zostały naruszone *i nie* dotyczy to dyskryminacji, można uzyskać pomoc w rozwiązaniu problemu w następujących miejscach:

- **Zadzwoń do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711)**
- **Zadzwoń do lokalnego programu SHIP** pod numer SHIP. Informacje kontaktowe można znaleźć w Części 3 Rozdziału 2.
- **Zadzwoń do Medicare** pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048)

Część 1.8 Jak uzyskać więcej informacji na temat przysługujących Państwu praw

Więcej informacji na temat przysługujących Państwu praw można uzyskać w następujących miejscach:

- **Zadzwoń do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711)**
- **Zadzwoń do lokalnego programu SHIP** pod numer (800) 701-0501
- **Skontaktować się z Medicare**
 - Odwiedzić stronę www.Medicare.gov i zapoznać się z publikacją *Medicare Rights & Protections* (Prawa i ochrona w ramach Medicare) (dostępna pod adresem: Medicare Rights & Protections [Prawa i ochrona w ramach Medicare])
 - Zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048)

CZĘŚĆ 2 Obowiązki członka naszego planu

Poniżej wyliczone są czynności, które członek planu powinien wykonać. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby uzyskać więcej informacji.

- **Proszę zapoznać się z usługami objętymi ubezpieczeniem i zasadami, których należy przestrzegać, aby z nich skorzystać.** Niniejsze Warunki ubezpieczenia zawierają informacje na temat tego, co jest objęte ubezpieczeniem oraz jakich zasad należy przestrzegać, aby uzyskać usługi objęte ubezpieczeniem.
 - Rozdziały 3 i 4 zawierają szczegółowe informacje na temat usług medycznych.
 - Rozdziały 5 i 6 zawierają szczegółowe informacje na temat ubezpieczenia leków w ramach Części D.

Rozdział 8: Prawa i obowiązki członka

- **Jeśli oprócz naszego planu mają Państwo inne ubezpieczenie zdrowotne albo ubezpieczenie leków, należy powiadomić o tym plan.** W rozdziale 1 dowiedzą się Państwo o koordynowaniu tych świadczeń.
- **Należy poinformować swojego lekarza i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej o członkostwie w naszym planie.** Korzystając z opieki medycznej albo kupując leki w ramach Części D, należy okazywać swoją kartę członkowską planu.
- **Należy udzielać lekarzom i innym świadczeniodawcom informacji, zadawać pytania i udzielać dodatkowych wyjaśnień, aby uzyskać jak najlepszą opiekę.**
 - Aby uzyskać jak najlepszą opiekę, należy poinformować lekarzy i innych świadczeniodawców o swoich problemach zdrowotnych. Należy postępować zgodnie z planami leczenia i instrukcjami uzgodnionymi z lekarzami.
 - Proszę upewnić się, że lekarze wiedzą o wszystkich przyjmowanych przez Państwa lekach, w tym lekach dostępnych bez recepty, witaminach i suplementach.
 - Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania, należy je zadać i uzyskać zrozumiętą odpowiedź.
- **Należy być uprzejmym.** Oczekujemy, że wszyscy nasi członkowie będą szanować prawa innych pacjentów. Oczekujemy również, że będą zachowywać się w sposób, który pomoże w sprawnym funkcjonowaniu gabinetu lekarskiego, szpitali i innych biur.
- **Należy sponać swoje długi.** Członek planu ma obowiązek dokonywać następujących płatności:
 - Żeby pozostać Państwem planu, należy kontynuować opłacanie składek Medicare.
 - Jeżeli ubezpieczony musi płacić dodatkową kwotę na Część D ze względu na wyższe dochody (zgłoszone w ostatnim zeznaniu podatkowym), aby pozostać członkiem planu musi nadal opłacać tę dodatkową kwotę bezpośrednio na rzecz rządu.
- **Jeżeli przeprowadzają się Państwo w ramach obszaru usług,** musimy również o tym wiedzieć, abyśmy mogli aktualizować naszą ewidencję członkowską i dane adresowe oraz wiedzieć, jak się z Państwem skontaktować.
- **Jeśli przeprowadzą się Państwo poza obszar usług planu, nie mogą Państwo pozostać członkiem naszego planu.**
- **O przeprowadzce należy zawiadomić Urząd Ubezpieczeń Społecznych (albo Urząd Emerytur Kolejowych).**

ROZDZIAŁ 9:

Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

CZĘŚĆ 1 Jak zgłosić problem albo wątpliwości

W tym rozdziale wyjaśniono procedury postępowania w przypadku problemów i wątpliwości. Proces, z jakiego należy skorzystać w celu rozwiązania problemu, zależy od rodzaju problemu:

- W przypadku niektórych problemów należy wykorzystać **procedurę decyzji w sprawie pokrycia kosztów i odwołania**.
- W przypadku innych problemów należy skorzystać z **procedury składania skarg** (określanych również jako zażalenia).

Część 1.1 Pojęcia prawne

W tym rozdziale wyjaśnione zostały pojęcia prawne dotyczące niektórych zasad, procedur, a także odnoszące się do nieprzekraczalnych terminów. Sformułowania te są dla wielu osób nowe. Dla ułatwienia, w tym rozdziale używamy bardziej zrozumiałych słów zamiast niektórych pojęć prawnych.

Niemniej jednak, czasami znajomość prawidłowych pojęć prawnych jest ważna. Aby pomóc Państwu dowiedzieć się, jakich pojęć należy użyć w celu uzyskania właściwej pomocy albo informacji, zamieszczamy te pojęcia prawne, gdy podajemy szczegółowe informacje dotyczące postępowania w określonych sytuacjach.

CZĘŚĆ 2 Gdzie można uzyskać dodatkowe informacje i spersonalizowaną pomoc

Jesteśmy zawsze do Państwa dyspozycji. Nawet jeśli złożą Państwo skargę dotyczącą tego, jak Państwa traktujemy, jesteśmy zobowiązani do uszanowania Państwa prawa do złożenia skargi. Należy zawsze dzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby uzyskać pomoc. Jednak w niektórych sytuacjach mogą Państwo potrzebować pomocy albo wskazówek od kogoś, kto nie jest z nami związany. Dwie organizacje, które mogą udzielić Państwu pomocy, to:

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Każdy stan ma swój własny rządowy program, w którym pracują przeszkoleni doradcy. Nie jest powiązany z nami ani z żadnym towarzystwem ubezpieczeniowym ani planem ubezpieczenia zdrowotnego. Doradcy zatrudnieni w programie mogą pomóc zrozumieć, z której procedury należy skorzystać, aby rozwiązać swój problem. Mogą oni również odpowiedzieć na Państwa pytania, udzielić dodatkowych informacji i zaoferować wskazówki, co należy zrobić.

Usługi doradców SHIP są bezpłatne. Informacje kontaktowe SHIP można znaleźć w Części 3 Rozdziału 2.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Medicare

W celu uzyskania pomocy można również skontaktować się z Medicare:

- Można zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu. Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048.
- Można odwiedzić stronę www.Medicare.gov

Pomoc i informacje można uzyskać od Medicaid

- Można zadzwonić na infolinię Medicaid pod numer 1-800-541-2831 (TTY: 711) od poniedziałku do piątku w godzinach 8 a.m. – 8 p.m., w soboty w godzinach 9 a.m. – 1 p.m.
- Mogą Państwo napisać do Lokalnego Departamentu Opieki Społecznej (Local Department of Social Services, LDSS). Adres LDSS można znaleźć pod adresem: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
- Można również odwiedzić stronę internetową Medicaid w stanie New York: www.health.ny.gov/health_care/medicaid

CZĘŚĆ 3 Informacje dotyczące skarg i odwołań w ramach Medicare i Medicaid

Posiadają Państwo ubezpieczenie Medicare i korzystają z pomocy Medicaid. Informacje zawarte w tym rozdziale dotyczą **wszystkich** świadczeń Medicare i Medicaid. Określa się to jako „zintegrowany proces”, ponieważ łączy on, czyli integruje, procesy Medicare i Medicaid.

Zdarza się również, że procesy Medicare i Medicaid nie są połączone. W takich sytuacjach korzystają Państwo z procesu Medicare w odniesieniu do świadczenia objętego ubezpieczeniem Medicare i procesu Medicaid w odniesieniu do świadczenia objętego ubezpieczeniem Medicaid. Sytuacje te wyjaśniono w **Części 6.4**.

CZĘŚĆ 4 Który proces należy zastosować w przypadku problemu

Jeśli mają Państwo problem albo wątpliwość, należy przeczytać te części tego rozdziału, które odnoszą się do Państwa sytuacji. Poniższe informacje pomogą Państwu znaleźć właściwą część tego rozdziału w przypadku problemów albo skarg dotyczących **świadczeń objętych ubezpieczeniem Medicare albo Medicaid**.

Czy problem lub wątpliwości dotyczą świadczeń lub refundacji?

Obejmuje to problemy związane z tym, czy opieka medyczna (artykuły medyczne, usługi lub leki w ramach Części B) są objęte ubezpieczeniem, czy nie, w jaki sposób są objęte ubezpieczeniem oraz problemy związane z płatnościami za opiekę medyczną.

Tak.

Proszę zapoznać się z **Częścią 5 „Poradnik dotyczący decyzji w sprawie pokrycia kosztów i odwołań”**.

Nie.

Proszę zapoznać się z **Częścią 11 Jak złożyć skargę dotyczącą jakości opieki, czasów oczekiwania, obsługi klienta albo innych wątpliwości**.

Decyzje w sprawie pokrycia kosztów i odwołania

CZĘŚĆ 5 Poradnik dotyczący decyzji w sprawie pokrycia kosztów i odwołań

Decyzje w sprawie pokrycia kosztów i odwołania pozwalają rozwiązać problemy związane ze świadczeniami oraz objęciem ubezpieczeniem opieki medycznej (usług, artykułów i leków w ramach Części B, w tym płatności). Dla uproszczenia na ogół określamy artykuły medyczne, usługi i leki na receptę w ramach Medicare Part B jako **opiekę medyczną**. Korzystają Państwo z procesu podejmowania decyzji w sprawie pokrycia kosztów i odwołań w kwestiach takich jak to, czy coś jest objęte ubezpieczeniem, czy nie, oraz sposób, w jaki coś jest objęte ubezpieczeniem.

Wnioskowanie o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów przed uzyskaniem usług

Jeśli chcą Państwo wiedzieć, czy pokryjemy koszty opieki medycznej, zanim ją Państwo otrzymają, mogą Państwo poprosić nas o podjęcie decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Decyzja w sprawie pokrycia kosztów to decyzja, którą podejmujemy w sprawie Państwa świadczeń i pokrycia kosztów albo kwoty, którą zapłacimy za Państwa opiekę medyczną. Na przykład, jeśli lekarz z sieci planu skieruje Państwa do specjalisty spoza sieci, takie skierowanie zostanie uznane za korzystną decyzję w sprawie pokrycia kosztów, chyba że Państwo albo lekarz z sieci mogą wykazać, że otrzymali Państwo standardowe powiadomienie o odmowie przyjęcia do takiego specjalisty albo Warunki ubezpieczenia wyraźnie wskazują, że usługa, do jakiej Państwa skierowano, nie jest objęta ubezpieczeniem pod żadnym warunkiem. Państwo albo Państwa lekarz mogą również skontaktować się z nami i poprosić o podjęcie decyzji w sprawie pokrycia kosztów, jeśli Państwa lekarz nie jest pewien, czy pokryjemy koszty danej usługi medycznej albo odmawia zapewnienia opieki medycznej, która Państwa zdaniem jest Państwu potrzebna.

W ograniczonych okolicznościach, wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów może zostać oddalony i oznacza to, że plan nie rozpatrzy wniosku. Przykłady sytuacji, w których wniosek **zostanie** odrzucony, obejmują sytuację, gdy wniosek jest niekompletny, gdy ktoś składa wniosek w Państwa imieniu, ale nie jest do tego prawnie upoważniony albo gdy proszą Państwo o wycofanie wniosku. Jeśli odrzucimy wniosek o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów, wyślemy powiadomienie wyjaśniające, dlaczego wniosek został odrzucony i jak zwrócić się o ponowne rozpatrzenie.

Podejmujemy decyzję w sprawie pokrycia kosztów za każdym razem, gdy decydujemy, co jest objęte ubezpieczeniem i ile zapłacimy. W niektórych przypadkach możemy zdecydować, że opieka medyczna nie podlega refundacji, albo że nie jest już refundowana przez Medicare w przypadku danego członka. Jeśli członek nie zgadza się z taką decyzją w sprawie pokrycia kosztów, może złożyć odwołanie.

Odwołanie od decyzji

Jeśli podejmiemy decyzję w sprawie pokrycia kosztów przed albo po otrzymaniu świadczenia, a Państwo nie będą z niej zadowoleni, mogą Państwo **odwołać się** od tej decyzji. Odwołanie jest formalnym sposobem zwrócenia się do nas o ponowne rozpatrzenie i zmianę podjętej przez nas decyzji w sprawie pokrycia kosztów. W pewnych okolicznościach, które omówimy później, można złożyć wniosek o „**odwołanie w trybie przyspieszonym**” od decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Odwołanie jest rozpatrywane przez innych weryfikatorów niż ci, którzy podjęli pierwotną decyzję.

Złożenie odwołania po raz pierwszy nazywa się odwołaniem pierwszego stopnia. W ramach takiego odwołania dokonujemy weryfikacji podjętej przez nas decyzji w sprawie pokrycia kosztów, aby sprawdzić, czy właściwie przestrzegaliśmy zasad. Po zakończeniu weryfikacji prześlemy Państwu naszą decyzję.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

W ograniczonych okolicznościach wnioski o odwołanie 1. stopnia zostaną odrzucone, co oznacza, że nie rozpatrzymy wniosku. Wniosek zostanie oddalony na przykład w sytuacji, gdy będzie niekompletny, jeśli zostanie złożony w imieniu członka przez osobę, która nie jest do tego upoważniona lub jeśli członek zwróci się o wycofanie wniosku. Jeśli odrzucimy wniosek o odwołanie 1. stopnia, wyślemy powiadomienie wyjaśniające, dlaczego wniosek został odrzucony i jak poprosić o ponowne rozpatrzenie.

W przypadku odrzucenia przez nas w całości albo w części Państwa odwołania 1. stopnia dotyczącego opieki medycznej zostanie ono automatycznie skierowane na ścieżkę odwoławczą 2. stopnia. Odwołanie 2. stopnia rozpatrywane jest przez niezależną organizację odwoławczą, która nie jest z nami powiązana.

- Nie trzeba nic robić, aby rozpocząć odwołanie 2. stopnia. Regulamin Medicare wymaga, abyśmy automatycznie wysłali Państwa odwołanie dotyczące opieki medycznej na stopień 2., jeśli nie zgadzamy się w pełni z Państwa odwołaniem na stopniu 1.
- Aby uzyskać więcej informacji na temat odwołań 2. stopnia dotyczących opieki medycznej, proszę zapoznać się z **Częścią 6.4** tego rozdziału.
- Odwołania dotyczące Części D omówiono szerzej w Części 7 niniejszego rozdziału.

Jeżeli będą Państwo niezadowoleni z decyzji podjętej w ramach odwołania 2. stopnia, mogą Państwo się odwoływać do szeregu kolejnych instancji odwoławczych (w tym rozdziale wyjaśniono proces odwoławczy 3., 4. i 5. stopnia).

Część 5.1 Pomoc przy zwracaniu się o decyzję w sprawie pokrycia kosztów albo składaniu odwołania

Poniżej przedstawiamy źródła pomocy, z których można skorzystać składając wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów lub odwołanie od decyzji:

- **Zadzwoń do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711)**
- Mogą Państwo **uzyskać bezpłatną pomoc** w ramach State Health Insurance Assistance Program
- **Lekarz albo inny pracownik służby zdrowia może złożyć wniosek w Państwa imieniu.** Jeśli Państwa lekarz pomaga w odwołaniu na poziomie innym niż poziom 2, będzie musiał zostać wyznaczony jako Państwa przedstawiciel. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) i poprosić o formularz „Wyznaczenie przedstawiciela”. (Formularz jest również dostępny pod adresem www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
 - W przypadku opieki medycznej Państwa lekarz albo inny pracownik służby zdrowia może złożyć wniosek o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów albo odwołanie 1. stopnia w Państwa imieniu. Jeśli Państwa odwołanie zostanie odrzucone na stopniu 1., zostanie ono automatycznie przekazane na stopień 2.
 - Jeśli lekarz albo inny pracownik służby zdrowia poprosi o kontynuowanie w trakcie procesu odwołania świadczenia usługi albo dostarczania artykułu, które już Państwo otrzymują, **może** być konieczne wskazanie lekarza albo innej osoby wystawiającej receptę jako Państwa przedstawiciela, który będzie występować w Państwa imieniu.
 - W przypadku leków w ramach Części D lekarz albo inna osoba wystawiająca receptę może złożyć wniosek o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów albo odwołanie 1. stopnia w Państwa imieniu. Jeśli Państwa odwołanie 1. stopnia zostanie odrzucone, Państwa lekarz albo osoba wystawiająca receptę może złożyć wniosek o odwołanie 2. stopnia.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- **Mogą Państwo zwrócić się do osoby trzeciej o działanie w Państwa imieniu.** Mogą Państwo wskazać inną osobę, która będzie występować w Państwa imieniu jako „przedstawiciel” w celu złożenia wniosku o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów albo złożenia odwołania.

Jeśli chcą Państwo, aby Państwa przedstawicielem był znajomy, krewny albo inna osoba, proszę zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) i poprosić o formularz „Wyznaczenie przedstawiciela”. (Formularz jest również dostępny pod adresem www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Na tym formularzu mogą Państwo udzielić tej osobie pełnomocnictwa do występowania w Państwa imieniu. Formularz musi zostać podpisany przez Państwa oraz przez osobę, która ma występować w Państwa imieniu. Kopię podpisanego formularza należy przekazać do planu.

Możemy przyjąć wniosek o odwołanie od przedstawiciela bez tego formularza, lecz nie możemy rozpocząć ani zakończyć rozpatrywania odwołania, dopóki nie otrzymamy formularza. Jeśli nie otrzymamy formularza przed upływem wyznaczonego przez nas terminu na podjęcie decyzji w sprawie odwołania, Państwa wniosek o odwołanie zostanie odrzucony. W takim przypadku wyślemy do Państwa pisemne powiadomienie wyjaśniające przysługujące Państwu prawo do zwrócenia się do niezależnej organizacji odwoławczej o weryfikację naszej decyzji o odrzuceniu Państwa odwołania.

- **Mają Państwo także prawo wynająć prawnika.** Można się zwrócić do swojego prawnika, znaleźć prawnika w lokalnej radzie adwokackiej albo w inny sposób uzyskać rekomendację. Istnieją także grupy udzielające osobom uprawnionym bezpłatnych porad prawnych. **Nie ma jednak obowiązku korzystania z usług prawnika**, aby zwrócić się do planu o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów albo odwołać się od decyzji.

Część 5.2 Zasady i terminy obowiązujące w różnych sytuacjach

Istnieją 4 różne sytuacje, które wiążą się z decyzjami w sprawie pokrycia kosztów i odwołaniami. W każdej z tych sytuacji obowiązują odmienne zasady i terminy, dlatego szczegółowe informacje o każdej z nich podano w osobnych częściach:

- **Część 6:** „Opieka medyczna: Jak złożyć wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów lub odwołanie”
- **Część 7:** „Leki w ramach Części D: Jak złożyć wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów lub odwołanie”
- **Część 8:** „W jaki sposób zwrócić się do nas o objęcie ubezpieczeniem dłuższego pobytu w szpitalu, gdy sądzą Państwo, że lekarz wypisuje Państwa przedwcześnie”
- **Część 9:** „W jaki sposób zwrócić się do nas o przedłużenie pewnych usług medycznych, jeżeli Państwa zdaniem pokrycie ich kosztów kończy się przedwcześnie” (Odnosi się jedynie do następujących świadczeń: domowa opieka zdrowotna, opieka w specjalistycznej placówce opiekuńczej albo usługi w kompleksowym ośrodku rehabilitacji ambulatoryjnej [CORF])

Jeśli nie są Państwo pewni, które informacje Państwa dotyczą, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Mogą Państwo również uzyskać pomoc albo informacje od programu SHIP.

CZĘŚĆ 6 Opieka medyczna: Jak złożyć wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów lub odwołanie

Część 6.1 Co należy zrobić, jeśli mają Państwo problemy z uzyskaniem pokrycia kosztów opieki medycznej albo jeśli chcą Państwo, abyśmy zwrócili Państwu koszty opieki

Państwa świadczenia w zakresie opieki medycznej opisano w Rozdziale 4 w Tabeli świadczeń medycznych. W niektórych przypadkach do wniosków o leki w ramach Części B mają zastosowanie inne zasady. W takich przypadkach wyjaśnimy, w jaki sposób zasady dotyczące leków w ramach Części B różnią się od zasad dotyczących artykułów i usług medycznych.

W tej części opisano, co można zrobić, jeśli znajdują się Państwo w jednej z 5 poniższych sytuacji:

1. Nie otrzymują Państwo konkretnej opieki medycznej i uważają Państwo, że nasz plan obejmuje tę opiekę. **Należy zwrócić się o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Część 6.2.**
2. Nasz plan nie wyda zgody na opiekę medyczną, którą chce zapewnić Państwu lekarz albo inny pracownik służby zdrowia, a Państwo uważają, że nasz plan obejmuje tę opiekę. **Należy zwrócić się o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Część 6.2.**
3. Otrzymali Państwo opiekę medyczną, którą Państwa zdaniem powinien obejmować nasz plan, ale powiedzieliśmy, że nie pokryjemy kosztów tej opieki. **Należy złożyć odwołanie. Część 6.3.**
4. Otrzymali Państwo i zapłacili za opiekę medyczną, którą Państwa zdaniem powinien obejmować nasz plan, i chcą Państwo zwrócić się do naszego planu o zwrot kosztów tej opieki. **Należy przestać nam rachunek. Część 6.5.**
5. Poinformowano Państwa, że pokrycie kosztów konkretnej opieki medycznej, z której Państwo korzystali (którą wcześniej zatwierdził), zostanie ograniczone albo wstrzymana, a Państwo uważają, że ograniczenie albo wstrzymanie tej opieki może zaszkodzić Państwa zdrowiu. **Należy złożyć odwołanie. Część 6.3.**

Uwaga: Jeżeli wstrzymane pokrycie kosztów dotyczy opieki szpitalnej, domowej opieki zdrowotnej, opieki w specjalistycznej placówce opiekuńczej albo usług w kompleksowym ośrodku rehabilitacji ambulatoryjnej (CORF), należy zapoznać się z częściami 8 i 9. Tego rodzaju opieka podlega innym regułom.

Część 6.2 Jak składać wnioski o decyzję w sprawie pokrycia kosztów

Pojęcia prawne:

Kiedy decyzja w sprawie pokrycia kosztów dotyczy opieki medycznej, nazywa się „**rozstrzygnięciem wewnątrzorganizacyjnym**”.

Przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów nazywa się „**orzeczeniem w trybie przyspieszonym**”.

Krok 1: Członek powinien zdecydować, czy potrzebuje standardowej czy przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Standardowa decyzja w sprawie pokrycia kosztów jest zwykle wydawana w ciągu 7 dni kalendarzowych w przypadku artykułów albo usług medycznych podlegających zasadom dotyczącym wcześniejszej zgody, 14 dni kalendarzowych w przypadku wszystkich innych artykułów i usług medycznych albo 72 godzin w przypadku leków w ramach Części B. „Przyspieszona decyzja w sprawie pokrycia kosztów” jest zazwyczaj wydawana w ciągu 72 godzin w przypadku usług medycznych i 24 godzin w przypadku leków w ramach Części B.

- Można uzyskać przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów *tylko* wtedy, gdy standardowe terminy mogłyby spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu albo znacząco ograniczyć Państwa zdolność do funkcjonowania.
- **Jeśli lekarz poinformuje nas, że Państwa stan zdrowia wymaga wydania „przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów”, automatycznie zgodzimy się wydać przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów.**
- **Jeżeli zwracają się Państwo o przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów samodzielnie, bez poparcia ze strony lekarza, plan zadecyduje, czy Państwa stan zdrowia wymaga wydania przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów.** Jeśli nie zatwierdzimy przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów, wyślemy Państwu pismo, które:
 - Wyjaśnia, że będziemy stosować standardowe terminy.
 - Wyjaśnia, że jeśli Państwa lekarz poprosi o przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów, automatycznie wydamy Państwu przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów.
 - Wyjaśnia, że mogą Państwo złożyć pilną skargę w sprawie naszej decyzji o wydaniu standardowej decyzji w sprawie pokrycia kosztów zamiast przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów, o którą Państwo wnioskowali.

Krok 2: Członek powinien zwrócić się do planu o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów lub przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów.

- Najpierw powinien skontaktować się z planem telefonicznie, napisać lub przefaksować wniosek o wydanie zgody lub pokrycie kosztów potrzebnej opieki medycznej. Może to zrobić sam ubezpieczony, jego lekarz lub przedstawiciel. Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2.

Krok 3: Plan rozpatruje wniosek o refundację opieki medycznej i informuje członka o swojej decyzji.

W przypadku standardowych decyzji w sprawie pokrycia kosztów stosujemy standardowe terminy.

Oznacza to, że udzielimy odpowiedzi w ciągu 7 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku w sprawie artykułu medycznego albo usługi medycznej, które podlegają zasadom dotyczącym wcześniejszej zgody. Jeśli żądany artykuł medyczny albo usługa medyczna nie podlega zasadom dotyczącym wcześniejszej zgody, udzielimy odpowiedzi w ciągu 14 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, udzielimy odpowiedzi w ciągu 72 godzin od otrzymania wniosku.

- Jeśli **jednak** zażądamy Państwo więcej czasu albo będziemy potrzebować dodatkowych informacji, które mogą przemawiać na Państwa korzyść, **możemy odpowiedzieć na wniosek w terminie dłuższym o 14 dni kalendarzowych**, o ile dotyczy on artykułu albo usługi medycznej. Jeśli zajmie nam to dodatkowe dni, poinformujemy Państwa o tym na piśmie. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, nie będziemy mogli przedłużyć terminu wydania decyzji.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Jeżeli uważają Państwo, że *nie* powinniśmy przedłużać procesu wydawania decyzji, mogą Państwo złożyć tak zwaną „pilną skargę”. Przekażemy Państwu odpowiedź na Państwa skargę niezwłocznie po podjęciu decyzji. (Procedura składania skargi jest odmienna od procedury ubiegania się o decyzje w sprawie pokrycia kosztów i odwołania. Informacje na temat skarg można znaleźć w Części 11.)

W przypadku przyspieszonych decyzji w sprawie pokrycia kosztów stosujemy przyspieszone postępowanie.

Przyspieszona decyzja w sprawie pokrycia kosztów oznacza, że udzielimy odpowiedzi w ciągu 72 godzin w przypadku wniosków o artykuły albo usługi medyczne. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, udzielimy odpowiedzi w ciągu 24 godzin.

- **Jednakże** jeśli poproszą Państwo o więcej czasu albo jeśli my będziemy potrzebować go więcej, aby decyzja była bardziej korzystna dla Państwa, **proces ten może potrwać do 14 dodatkowych dni kalendarzowych**. Jeśli zajmie nam to dodatkowe dni, poinformujemy Państwa o tym na piśmie. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, nie będziemy mogli przedłużyć terminu wydania decyzji.
- Jeżeli uważają Państwo, że *nie* powinniśmy przedłużać procesu wydawania decyzji, mogą Państwo złożyć tak zwaną „pilną skargę”. (Informacje na temat skarg można znaleźć w Części 11.) O podjętej decyzji niezwłocznie powiadomimy telefonicznie.
- **Jeżeli wniosek zostanie odrzucony w całości albo w części**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy.

Krok 4: Członek może się odwołać od decyzji odmownej dotyczącej refundacji opieki medycznej.

- Jeżeli plan odrzuci wniosek członka, ma on prawo zwrócić się do planu o ponowne rozpatrzenie wniosku – w drodze odwołania. Oznacza to, że członek ponownie zwraca się do planu o refundację opieki medycznej. Złożenie odwołania oznacza rozpoczęcie procesu odwoławczego 1. stopnia.

Część 6.3 Jak złożyć odwołanie 1. stopnia

Pojęcia prawne:

Odwołanie do planu od decyzji w sprawie pokrycia kosztów dotyczącej opieki medycznej jest nazywane **ponownym rozpatrzeniem sprawy** przez plan.

Odwołanie w trybie przyspieszonym nazywa się również „**przyspieszonym ponownym rozpatrzeniem sprawy**”.

Krok 1: Członek powinien zdecydować, czy potrzebuje „standardowego odwołania” czy „odwołania w trybie przyspieszonym”.

Odwołanie standardowe jest zwykle rozpatrywane w ciągu 30 dni kalendarzowych albo 7 dni kalendarzowych w przypadku leków w ramach Części B. Odwołanie w trybie przyspieszonym jest zazwyczaj rozpatrywane w ciągu 72 godzin.

- Jeśli odwołują się Państwo od podjętej przez nas decyzji w sprawie pokrycia kosztów opieki, Państwo lub Państwa lekarz będą musieli zdecydować, czy potrzebują Państwo „odwołania w trybie przyspieszonym”. Jeśli lekarz poinformuje nas, że Państwa stan zdrowia wymaga odwołania w trybie przyspieszonym, rozpatrzemy Państwa odwołanie w trybie przyspieszonym.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Wymogi dotyczące uzyskania odwołanie w trybie przyspieszonym są takie same jak te dotyczące uzyskania przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów opisane w Części 6.2.

Krok 2: Proszę zwrócić się do naszego planu o odwołanie albo odwołanie w trybie przyspieszonym

- **Jeśli wnioskują Państwo o standardowe odwołanie, proszę złożyć standardowe odwołanie na piśmie.** Odwołanie można również złożyć telefonicznie. Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2.
- **Wniosek o rozpatrzenie odwołania w trybie przyspieszonym można złożyć na piśmie albo telefonicznie.** Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2.
- **Odwołanie trzeba złożyć w ciągu 65 dni kalendarzowych** od daty na pisemnym powiadomieniu, które wystaliśmy, aby poinformować o naszej odpowiedzi dotyczącej decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Jeśli członek nie dotrzymał tego terminu i istniał ku temu uzasadniony powód, składając odwołanie należy wyjaśnić przyczynę spóźnienia. Plan może zapewnić członkowi więcej czasu na złożenie odwołania. Przykłady ważnego powodu mogą obejmować poważną chorobę, która uniemożliwiła Państwu skontaktowanie się z nami albo przekazanie przez nas błędnych albo niekompletnych informacji w sprawie terminu złożenia odwołania.
- **Mogą Państwo poprosić o bezpłatną kopię informacji dotyczących Państwa decyzji medycznej. Członek i jego lekarz mogą przekazać dodatkowe informacje uzasadniające odwołania.**

Jeśli poinformowaliśmy Państwa o zamiarze wstrzymania albo ograniczenia refundacji usług albo artykułów, które już Państwo otrzymywali, mogą Państwo być w stanie zachować te usługi albo artykuły w czasie rozpatrywania odwołania.

- Jeśli podjęliśmy decyzję o zmianie albo wstrzymaniu pokrycia kosztów usługi albo artykułu, które obecnie Państwo otrzymują, wyślemy do Państwa powiadomienie przed podjęciem proponowanych działań.
- Osoby, które nie zgodzą się z taką decyzją, mogą złożyć odwołanie pierwszego stopnia. Będziemy nadal pokrywać koszty usługi albo artykułu, jeśli złożą Państwo odwołanie 1. stopnia w ciągu 10 dni kalendarzowych od daty stempla pocztowego na naszym piśmie albo przed planowaną datą wejścia w życie działania, w zależności od tego, która z tych dat jest późniejsza.
- W przypadku dotrzymania tego terminu, w czasie trwania odwołania pierwszego stopnia członek będzie mógł nadal korzystać z usługi lub artykułu bez żadnych zmian. Będą Państwo również nadal otrzymywać wszystkie inne usługi albo artykuły (które nie są przedmiotem odwołania) bez zmian.

Krok 3: Plan rozpatruje odwołanie i udziela członkowi odpowiedzi. Plan rozpatruje odwołanie i udziela członkowi odpowiedzi.

- Rozpatrując odwołanie plan uważnie analizuje wszystkie informacje. Sprawdza, czy decyzja odmowna została wydana zgodnie ze wszystkimi zasadami.
- W razie potrzeby zbierzemy więcej informacji i możemy skontaktować się z Państwem albo Państwa lekarzem.

Terminy odwołania w trybie przyspieszonym

- W przypadku odwołań w trybie przyspieszonym musimy udzielić odpowiedzi **w ciągu 72 godzin po otrzymaniu odwołania**. Udzielimy Państwu odpowiedzi wcześniej, jeśli będzie tego wymagał Państwa stan zdrowia.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Jeśli zażądamy Państwo więcej czasu albo będziemy potrzebować dodatkowych informacji, które mogą przemawiać na Państwa korzyść, **możemy odpowiedzieć na wniosek w terminie dłuższym o 14 dni kalendarzowych**, o ile dotyczy on artykułu albo usługi medycznej. Jeśli zajmie nam to dodatkowe dni, poinformujemy Państwa o tym na piśmie. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, nie będziemy mogli przedłużyć terminu.
- Jeżeli nie udzielimy odpowiedzi w ciągu 72 godzin (albo do końca przedłużonego terminu, jeżeli przedłużymy go o dodatkowe dni), mamy obowiązek automatycznie przekazać Państwa wniosek na 2. stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą. Część 6.4 wyjaśnia proces odwołania drugiego stopnia.
- **Jeżeli wniosek zostanie uwzględniony w całości albo w części**, musimy zatwierdzić dokonanie pokrycia kosztów, na które wyraziliśmy zgodę, w ciągu 72 godzin po otrzymaniu odwołania.
- **Jeżeli odwołanie zostanie odrzucone w całości albo w części**, prześlemy Państwu naszą decyzję na piśmie i automatycznie odeślemy odwołanie do niezależnej organizacji odwoławczej, aby rozpocząć stopień 2. procedury rozpatrywania odwołań. Niezależna organizacja odwoławcza powiadomi Państwa na piśmie o otrzymaniu odwołania.

Terminy rozpatrywania standardowego odwołania

- W przypadku odwołań standardowych musimy udzielić odpowiedzi **w ciągu 30 dni kalendarzowych** po otrzymaniu odwołania. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, którego Państwo jeszcze nie otrzymali, udzielimy odpowiedzi **w ciągu 7 dni kalendarzowych** od otrzymania odwołania. Podejmiemy decyzję wcześniej, jeśli będzie tego wymagał Państwa stan zdrowia.
 - Jeśli jednak zażądamy Państwo więcej czasu albo będziemy potrzebować dodatkowych informacji, które mogą przemawiać na Państwa korzyść, **możemy odpowiedzieć na wniosek w terminie dłuższym o 14 dni kalendarzowych**, o ile dotyczy on artykułu albo usługi medycznej. Jeśli zajmie nam to dodatkowe dni, poinformujemy Państwa o tym na piśmie. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, nie będziemy mogli przedłużyć terminu wydania decyzji.
 - Jeżeli uważają Państwo, że *nie* powinniśmy przedłużać procesu wydawania decyzji, mogą Państwo złożyć tak zwaną „pilną skargę”. Po złożeniu pilnej skargi udzielimy Państwu odpowiedzi w ciągu 24 godzin. (Więcej informacji na temat składania skarg, w tym skarg pilnych, zawiera **Część 11.**)
 - Jeśli nie udzielimy Państwu odpowiedzi w wyznaczonym terminie (albo do końca przedłużonego okresu), skierujemy Państwa wniosek do procedury odwołania 2. stopnia, w ramach której niezależna organizacja odwoławcza rozpatrzy odwołanie. Część 6.4 wyjaśnia proces odwołania drugiego stopnia.
- **Jeżeli wniosek zostanie uwzględniony w całości albo w części**, musimy zatwierdzić refundację albo udzielić świadczenia w ciągu **30 dni kalendarzowych** albo **7 dni kalendarzowych** w przypadku wniosku o lek w ramach Części B.
- **Jeśli nasz plan odrzuci odwołanie w części albo w całości, przystępują Państwu dodatkowe prawa do odwołania.**
- Jeśli odrzucimy część albo całość Państwa wniosku, wyślemy do Państwa pismo.
 - Jeśli Państwa problem dotyczy objęcia ubezpieczeniem usługi albo artykułu w ramach Medicare, w piśmie wyjaśnimy, że przekazaliśmy Państwa sprawę do niezależnej organizacji odwoławczej w celu rozpatrzenia odwołania 2. stopnia.
 - Jeśli Państwa problem dotyczy objęcia ubezpieczeniem usługi albo artykułu w ramach Medicaid, w piśmie wyjaśnimy, jak samodzielnie złożyć odwołanie 2. stopnia.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**W części 6.4 wyjaśniono proces odwoławczy 2. stopnia****Pojęcie prawne:**

Niezależna organizacja odwoławcza nazywana jest oficjalnie „**niezależnym podmiotem odwoławczym**”. Jest ona czasami określana skrótem **IRE** (Independent Review Entity).

Niezależna organizacja odwoławcza jest niezależną organizacją zatrudnianą przez Medicare. Nie jest ona związana z nami i nie jest organem rządowym. Organizacja ta decyduje, czy decyzje podjęte przez plan są prawidłowe lub czy trzeba je zmienić. Działania organizacji są nadzorowane przez Medicare.

- Jeśli Państwa problem dotyczy usługi albo artykułu, które zazwyczaj są **objęte ubezpieczeniem przez Medicare**, automatycznie skierujemy Państwa sprawę do procesu odwoławczego 2. stopnia gdy tylko rozpatrywanie odwołania 1. stopnia zostanie zakończone.
- Jeśli Państwa problem dotyczy usługi albo artykułu, które zazwyczaj są **objęte ubezpieczeniem przez Medicaid**, mogą Państwo samodzielnie złożyć odwołanie 2. stopnia. Pismo będzie zawierać informacje o tym, jak to zrobić. Informacje znajdują się również poniżej.
- Jeśli Państwa problem dotyczy usługi albo artykułu, które mogą być **objęte ubezpieczeniem zarówno przez Medicare, jak i przez Medicaid**, odwołanie 2. stopnia zostanie złożone automatycznie do niezależnej organizacji odwoławczej. Mogą Państwo również zwrócić się do władz stanowych z wnioskiem o wszczęcie bezstronnego postępowania administracyjnego.

Jeśli członek zakwalifikował się do kontynuacji świadczeń podczas odwołania pierwszego stopnia, jego świadczenia w zakresie usługi, artykułu lub leku, którego dotyczy odwołanie, mogą być również kontynuowane podczas procedury drugiego stopnia. Proszę przejść na stronę 138, aby uzyskać informacje na temat dalszego korzystania ze świadczeń podczas rozpatrywania odwołań 1. stopnia.

- Jeśli Państwa problem dotyczy usługi, która zazwyczaj jest objęta ubezpieczeniem tylko przez Medicare, świadczenie w zakresie tej usługi nie będzie kontynuowane podczas procesu odwoławczego 2. stopnia przez niezależną organizację odwoławczą.
- Jeśli Państwa problem dotyczy usługi, która zazwyczaj jest objęta ubezpieczeniem przez Medicaid, świadczenia w zakresie tej usługi będą kontynuowane, jeśli złożą Państwo odwołanie 2. stopnia w ciągu 10 dni kalendarzowych od otrzymania pisma z decyzją naszego planu.

Jeśli Państwa problem dotyczy usługi albo artykułu, które zazwyczaj są objęte ubezpieczeniem przez Medicare:**Krok 1: Niezależna organizacja odwoławcza dokonuje przeglądu odwołania.**

- Prześliśmy tej organizacji informacje o Państwa odwołaniu. Informacje te nazywane są **aktami sprawy**. **Mają Państwo prawo poprosić nas o kopię akt Państwa sprawy.**
- Członek ma prawo udzielić niezależnej organizacji odwoławczej dodatkowych informacji na poparcie odwołania.
- Weryfikatorzy niezależnej organizacji odwoławczej uważnie rozpatrzą wszystkie informacje związane z odwołaniem.

Jeśli złożyli Państwo odwołanie w trybie przyspieszonym stopnia 1., również odwołanie stopnia 2. będzie w trybie przyspieszonym.

- W przypadku odwołania w trybie przyspieszonym niezależna organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie 2. stopnia **w ciągu 72 godzin** od otrzymania wniosku z odwołaniem.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- W przypadku wniosków o artykuły albo usługi medyczne i gdy niezależna organizacja odwoławcza będzie potrzebować dodatkowych informacji, które mogą przemawiać na Państwa korzyść, proces ten może potrwać **do 14 dni kalendarzowych** więcej. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, niezależna organizacja odwoławcza nie będzie mogła przedłużyć terminu wydania decyzji.

Jeśli złożyli Państwo standardowe odwołanie stopnia 1., również odwołanie stopnia 2. będzie standardowym odwołaniem.

- W przypadku odwołania standardowego, jeżeli Państwa wniosek dotyczy artykułów albo usług medycznych, niezależna organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie 2. stopnia **w ciągu 30 dni kalendarzowych** po jego otrzymaniu. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, niezależna organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie 2. stopnia **w ciągu 7 dni kalendarzowych** po jego otrzymaniu.
- W przypadku wniosków o artykuły albo usługi medyczne i gdy niezależna organizacja odwoławcza będzie potrzebować dodatkowych informacji, które mogą przemawiać na Państwa korzyść, proces ten może potrwać **do 14 dni kalendarzowych** więcej. Jeżeli wniosek dotyczy leku w ramach Części B, niezależna organizacja odwoławcza nie będzie mogła przedłużyć terminu wydania decyzji.

Krok 2: Niezależna organizacja odwoławcza udziela odpowiedzi.

Niezależna organizacja odwoławcza poinformuje Państwa o swojej decyzji na piśmie i wyjaśni jej powody.

- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza zatwierdzi wniosek o artykuł medyczny albo usługę medyczną w całości albo w części**, musimy zatwierdzić refundację opieki medycznej w ciągu **72 godzin** albo zapewnić usługę w ciągu 14 dni kalendarzowych od otrzymania decyzji od niezależnej organizacji odwoławczej **w przypadku wniosków standardowych**. W przypadku **wniosków w trybie przyspieszonym** mamy **72 godziny** od daty otrzymania decyzji od niezależnej organizacji odwoławczej.
- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza zatwierdzi wniosek o lek w ramach Części B w całości albo w części**, musimy zatwierdzić albo przekazać lek w ramach Części B w ciągu **72 godzin** od otrzymania decyzji od niezależnej organizacji odwoławczej w przypadku **wniosków w trybie standardowym**. W przypadku **wniosków w trybie przyspieszonym** mamy **24 godziny** od daty otrzymania decyzji od niezależnej organizacji odwoławczej.
- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza odrzuci odwołanie w całości albo w części**, oznacza to, że zgadza się ono z naszym planem, że wniosek o pokrycie kosztów opieki medycznej (albo jego część) nie powinien zostać zatwierdzony. (Nazywa się to **utrzymaniem decyzji w mocy** albo **odrzuconiem odwołania**.) W takim przypadku niezależna organizacja odwoławcza wyśle do Państwa pismo:
 - Z wyjaśnieniem swojej decyzji.
 - Informujące o prawie do odwołania 3. stopnia, jeśli wyrażona w dolarach wartość opieki medycznej spełnia określone minimum. W pisemnym powiadomieniu otrzymanym od niezależnej organizacji odwoławczej zostanie podana kwota w dolarach, którą należy wnieść, aby kontynuować proces odwoławczy.
 - Wyjaśniające, jak złożyć odwołanie 3. stopnia.
- Jeśli Państwa odwołanie 2. stopnia zostanie odrzucone i spełniają Państwo wymagania do kontynuowania procesu odwoławczego, muszą Państwo zdecydować, czy chcą Państwo przejść na poziom 3 i złożyć trzecie odwołanie. Szczegółowe informacje na ten temat podano w pisemnym powiadomieniu wystanym po zakończeniu odwołania drugiego stopnia.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Odwołaniem trzeciego stopnia zajmuje się sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem. **Część 10** w tym rozdziale wyjaśnia procesy odwoławcze na poziomie 3, 4 i 5.

Jeśli Państwa problem dotyczy usługi albo artykułu, które zazwyczaj są objęte ubezpieczeniem przez Medicaid:**Krok 1: Należy zwrócić się do władz stanowych z wnioskiem o wszczęcie bezstronnego postępowania administracyjnego.**

- 2 stopniem procesu odwoławczego w przypadku usług zazwyczaj objętych ubezpieczeniem Medicaid jest bezstronne postępowanie administracyjne prowadzone przez władze stanowe. Wniosek o wszczęcie bezstronnego postępowania administracyjnego należy złożyć na piśmie albo telefonicznie w ciągu 60 dni kalendarzowych od daty wystąpienia przez nas pisma z decyzją w sprawie odwołania 1. stopnia. Pismo, które Państwo od nas otrzymają, będzie zawierać informacje o tym, gdzie należy złożyć wniosek o wszczęcie postępowania.
- Telefonicznie: 1-800-342-3334 (TTY: należy zadzwonić pod numer 711 i poprosić operatora o połączenie z numerem 1-877-502-6155)
- Faksem: 518-473-6735
- Przez Internet: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Poczta: NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

- Osobiście: Dla mieszkańców innych miast niż Nowy Jork:

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

- Dla mieszkańców Nowego Jorku:

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

Po złożeniu przez Państwa wniosku o wszczęcie bezstronnego postępowania administracyjnego stan prześle zawiadomienie o terminie i miejscu postępowania. Podczas postępowania zostaną Państwo poproszeni o wyjaśnienie, dlaczego Państwa zdaniem ta decyzja jest błędna. Urzędnik prowadzący postępowanie wysłucha zarówno Państwa, jak i planu, i zdecyduje, czy nasza decyzja była błędna. Jeśli władze stanowe odrzucą Państwa wniosek o wszczęcie bezstronnego postępowania administracyjnego w trybie przyspieszonym, skontaktują się z Państwem telefonicznie i wyślą do Państwa pismo. Jeśli Państwa wniosek o wszczęcie bezstronnego postępowania administracyjnego w trybie przyspieszonym zostanie odrzucony, władze stanowe przeprowadzą bezstronne postępowanie administracyjne w ciągu 90 dni.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Jeśli władze stanowe zatwierdzą Państwa wniosek o wszczęcie bezstronnego postępowania administracyjnego w trybie przyspieszonym, skontaktują się z Państwem telefonicznie, aby podać godzinę i termin postępowania. Wszystkie bezstronne postępowania administracyjne w trybie przyspieszonym będą odbywać się telefonicznie.

Przygotowanie do postępowania:

- **Przed postępowaniem prześlemy Państwu kopię „pakietu dowodowego”.** Są to informacje, które wykorzystaliśmy do podjęcia decyzji dotyczącej świadczonych Państwu usług. Przekażemy te informacje urzędnikowi prowadzącemu postępowanie, aby wyjaśnić naszą decyzję. Jeśli nie będzie wystarczająco dużo czasu, aby wystać go do Ciebie, przyniesiemy kopię pakietu dowodowego na rozprawę w Twoim imieniu. Jeśli pakiet dowodowy nie dotrze do tygodnia przed rozprawą, można zadzwonić pod numer 1-800 MCO-PLAN i poprosić o niego.
- **Mają Państwo prawo wglądu do akt sprawy i innych dokumentów.** Akta Państwa sprawy zawierają Państwa dokumentację zdrowotną i mogą zawierać więcej informacji na temat tego, dlaczego usługa opieki zdrowotnej została zmieniona albo nie została zatwierdzona. Mogą Państwo również wnioskować o wgląd w wytyczne i wszelkie inne dokumenty, na podstawie których podjęliśmy tę decyzję. Aby uzyskać wgląd w akta swojej sprawy i inne dokumenty albo poprosić o bezpłatną kopię, można zadzwonić pod numer 1-800 MCO-PLAN. Kopie zostaną wysłane do Państwa tylko wtedy, gdy Państwo tego zażądataj.
- **Mają Państwo prawo przyprowadzić ze sobą osobę, która pomoże podczas postępowania,** np. prawnika, przyjaciela, krewnego albo inną osobę. Podczas postępowania Państwo albo ta osoba mogą przekazać urzędnikowi prowadzącemu postępowanie informacje na piśmie albo po prostu powiedzieć, dlaczego decyzja była błędna. Mogą Państwo również przyprowadzić osoby, które wypowiedzą się na Państwa korzyść. Państwo albo te osoby mogą również zadawać pytania innym osobom obecnym podczas postępowania.
- **Mają Państwo prawo do przedłożenia dokumentów na poparcie swojej sprawy.** Proszę przynieść kopie wszelkich dokumentów, które Państwa zdaniem mogą pomóc w sprawie, takich jak zaświadczenia lekarskie, rachunki za opiekę zdrowotną i paragony. Pomocne może być przyniesienie na postępowanie kopii zawiadomienia i wszystkich dołączonych do niego stron.
- **Mogą Państwo być w stanie uzyskać pomoc prawną,** dzwoniąc do lokalnego Stowarzyszenia Pomocy Prawnej albo towarzystwa adwokatów. Aby znaleźć prawnika, można poszukać w książce telefonicznej w sekcji „Prawnicy” albo odwiedzić stronę www.LawhelpNY.org. W mieście New York należy dzwonić pod numer 311.

Odwołanie zewnętrzne

Przystępują Państwu inne prawa do odwołania, jeśli stwierdziliśmy, że usługa, o którą Państwo wnioskowali:

1. nie była konieczna z medycznego punktu widzenia;
2. miała charakter eksperymentalny albo badawczy;
3. nie różniła się od opieki, którą mogą Państwo uzyskać w ramach sieci planu; albo
4. jest dostępna u świadczeniodawcy należącego do sieci, który ma szkolenie i doświadczenie odpowiednie do spełnienia Państwa potrzeb.

W przypadku tego rodzaju decyzji mogą Państwo zwrócić się do stanu New York (NYS) o niezależne odwołanie zewnętrzne. Nazywa się to odwołaniem zewnętrznym, ponieważ decyzję podejmują weryfikatorzy, którzy nie pracują dla planu Senior Whole Health of New York NHC ani NYS. Weryfikatorzy to wykwalifikowane osoby zatwierdzone przez NYS. Usługa musi być objęta pakietem świadczeń planu lub

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

być leczeniem eksperymentalnym, badaniem klinicznym albo leczeniem rzadkiej choroby. Nie musisz płacić za Zewnętrzne Odwołanie.

Na złożenie wniosku o odwołanie zewnętrzne mają Państwo 4 miesiące od daty wystania przez nas pisma z decyzją w sprawie odwołania 1. stopnia. Jeśli Państwo i plan Senior Whole Health of New York NHC uzgodnili pominięcie procesu odwoławczego planu, muszą Państwo złożyć wniosek o odwołanie zewnętrzne w ciągu **4 miesięcy** od daty uzgodnienia.

Aby zwrócić się o odwołanie zewnętrzne członek powinien wypełnić wniosek i wysłać go do Departamentu Usług Finansowych (Department of Financial Services). Jeśli potrzebują Państwo pomocy w złożeniu wniosku o odwołanie zewnętrzne, mogą Państwo zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej członka. Zarówno członek, jak i jego lekarze będą musieli udzielić informacji o problemie zdrowotnym członka. We wniosku o odwołanie zewnętrzne podano, jakie informacje będą potrzebne.

Oto kilka sposobów na uzyskanie wniosku o odwołanie zewnętrzne:

- Można zadzwonić do Departamentu Usług Finansowych pod numer 1-800-400-8882
- Można odwiedzić stronę internetową Departamentu Usług Finansowych pod adresem www.dfs.ny.gov.
- Można skontaktować się z nami pod numerem (833) 671-0440

Twoja Odwołania zewnętrzne zostanie rozpatrzona w ciągu 30 dni. Może być potrzebny dodatkowy czas (do pięciu dni roboczych), jeśli recenzent Skargi Zewnętrznej poprosi o więcej informacji. Państwo i plan Senior Whole Health of New York NHC zostaną poinformowani o ostatecznej decyzji w ciągu dwóch dni po jej podjęciu.

Możesz uzyskać szybszą decyzję, jeśli:

- Państwa lekarz stwierdzi, że opóźnienie może poważnie zaszkodzić Państwa zdrowiu; albo
- przebywają Państwo w szpitalu po wizycie na oddziale ratunkowym, a opieka szpitalna została odrzucona przez plan.

Określa się to jako przyspieszone odwołanie zewnętrzne. W przypadku przyspieszonego odwołania zewnętrznego weryfikator wyda decyzję w ciągu 72 godzin lub w krótszym czasie.

Jeśli poprosili Państwo o leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w szpitalu na co najmniej 24 godziny przed planowanym opuszczeniem szpitala, będziemy nadal pokrywać koszty pobytu, jeśli:

- złożą Państwo wniosek o odwołanie 1. stopnia w trybie przyspieszonym w ciągu 24 godzin ORAZ
- poprosisz o przyspieszone zewnętrzne odwołanie w tym samym czasie.

Będziemy nadal opłacać twoje leczenie, aż do momentu podjęcia decyzji w sprawie twoich odwołań. Podejmiemy decyzję w sprawie Państwa odwołania 1. stopnia w trybie przyspieszonym w ciągu 24 godzin. Przyspieszone zewnętrzne odwołanie zostanie rozpatrzone w ciągu 72 godzin.

Zewnętrzny recenzent apelacyjny poinformuje ciebie i plan o decyzji od razu przez telefon lub faksem. Później zostanie wysłany list informujący o decyzji.

Możesz wystąpić o przeprowadzenie sprawiedliwej rozprawy lub o wydanie formularza Odwołania zewnętrznego, bądź o jedno i drugie. Jeśli poproszą Państwo zarówno o przeprowadzenie bezstronnego postępowania administracyjnego, jak i o wydanie formularza Odwołania zewnętrznego, znaczenie będzie miała decyzja urzędnika przeprowadzającego rozprawę”.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

W Części 10.2 „Dodatkowe odwołania dotyczące Medicaid” MMCP nie powinien uwzględniać dodatkowych sformułowań, w którym EOC nakazuje MMCP wstawienie opisu procedur oraz instrukcji dotyczących składania dodatkowych odwołań do władz stanowych.

w Części 11.4 Można również wnieść skargę do Medicare i Medicaid:

1. MMCP: należy dodać „i Medicaid” w tytule tej części.
2. MMCP obsługujący program MAP powinien uwzględnić następujące informacje kontaktowe agencji Medicaid na potrzeby składania skarg:

Mają Państwo również prawo skontaktować się w sprawie swojej skargi z Departamentem Zdrowia Stanu New York.

Kontakt z Departamentem Zdrowia:

- Telefon: 1-866-712-7197
- Adres korespondencyjny: 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

Mają Państwo również prawo skontaktować się w sprawie swojej skargi z Departamentem Zdrowia Stanu New York. Kontakt z Departamentem Zdrowia:

- Telefon: 1-800-206-8125
- Adres korespondencyjny: New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
E-mail: managedcarecomplaint@health.ny.gov

Krok 2: Biuro Bezstronnych Postępowań Administracyjnych udzieli Państwu odpowiedzi.

Biuro Bezstronnych Postępowań Administracyjnych przekaże Państwu swoją decyzję na piśmie i wyjaśni jej powody.

- **Jeżeli Biuro Bezstronnych Postępowań Administracyjnych zatwierdzi wniosek o artykuł medyczny albo usługę medyczną w całości albo w części**, musimy zatwierdzić refundację albo zapewnić usługę albo artykuł w ciągu 72 godzin od otrzymania decyzji od Biura Bezstronnych Postępowań Administracyjnych.
- **Jeżeli Biuro Bezstronnych Postępowań Administracyjnych odrzuci odwołanie w całości albo w części**, oznacza to, że zgadza się ono z naszym planem, że wniosek o pokrycie kosztów opieki medycznej (albo jego część) nie powinien zostać zatwierdzony. (Nazywa się to **utrzymaniem decyzji w mocy** albo **odrzuceniem odwołania**.)

Jeśli decyzja jest odmowna w odniesieniu do całości albo części złożonego wniosku, można złożyć kolejne odwołanie.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Jeśli decyzja niezależnej organizacji odwoławczej albo Biura Bezstronnych Postępowań Administracyjnych jest odmowna w odniesieniu do całości albo części Państwa wniosku, przysługują Państwu **dodatkowe prawa do odwołania**.

Pismo, które otrzymają Państwo z Biura Bezstronnych Postępowań Administracyjnych, będzie zawierać opis możliwości wnoszenia dalszego odwołania.

Więcej informacji na temat Państwa praw do odwołania po odwołaniu 2. stopnia znajduje się w Części 10.

Część 6.5 Wniosek do planu o zwrot kosztów otrzymanego rachunku za opiekę medyczną

Nie możemy bezpośrednio zwracać Państwu kosztów usług albo artykułów objętych ubezpieczeniem Medicaid. Jeśli członek otrzyma rachunek za usługi i artykuły objęte ubezpieczeniem Medicaid, należy przestać go do nas. **Nie należy płacić rachunku samodzielnie.** Skontaktujemy się bezpośrednio ze świadczeniodawcą i rozwiążemy problem. Jeśli jednak zapłaci Państwo rachunek, mogą otrzymać zwrot kosztów od tego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, jeśli przestrzegali Państwo zasad dotyczących korzystania z usług albo uzyskiwania artykułów.

Zwrócenie się do planu o zwrot poniesionych kosztów oznacza zwrócenie się o decyzję w sprawie pokrycia kosztów.

Jeśli wysyłają Państwo do planu dokumentację z żądaniem zwrotu poniesionych kosztów, zwracają się Państwo z prośbą o decyzję w sprawie pokrycia kosztów. Zanim plan podejmie decyzję, sprawdzi, czy opłacona opieka medyczna jest objęta ubezpieczeniem. Sprawdzimy także, czy przestrzegali Państwo zasad korzystania z objętej ubezpieczeniem opieki medycznej.

Jeśli chcą Państwo, abyśmy zwrócili Państwu koszty usługi albo przedmiotu objętego **Medicare** albo proszą Państwo, abyśmy zapłacili świadczeniodawcy opieki zdrowotnej za usługę albo artykuł objęty Medicaid, za które Państwo zapłacili, zwracają się Państwo do nas o podjęcie decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Sprawdzimy, czy opłacona przez Państwa opieka medyczna jest usługą objętą ubezpieczeniem. Sprawdzimy także, czy przestrzegali Państwo wszystkich zasad korzystania z objętej ubezpieczeniem opieki medycznej.

- **Jeśli zgodzimy się na Państwa wniosek:** Jeżeli opieka medyczna jest objęta ubezpieczeniem Medicare, wyślemy zwrot poniesionych kosztów w ciągu 60 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku.
 - Jeśli opieka w ramach Medicaid, za którą zapłacili Państwo świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, jest objęta ubezpieczeniem i uważają Państwo, że to plan powinien zapłacić świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, prześlemy świadczeniodawcy opieki zdrowotnej płatność w ciągu 60 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku.
 - Wówczas będą musieli się Państwo skontaktować ze świadczeniodawcą opieki zdrowotnej w celu uzyskania zwrotu kosztów. Jeśli nie zapłacili Państwo za opiekę medyczną, wyślemy płatność bezpośrednio do świadczeniodawcy opieki zdrowotnej.
- **Jeśli odrzucimy Państwa wniosek:** Jeżeli opieka medyczna nie jest usługą objętą ubezpieczeniem albo jeśli nie przestrzegali Państwo wszystkich zasad, plan nie wyśle płatności. Zamiast tego wyślemy Państwu pismo informujące o tym, że nie zapłacimy za opiekę medyczną, wraz z uzasadnieniem.

Jeżeli nie zgodzą się Państwo z naszą decyzją odmowną, **mogą Państwo złożyć odwołanie**. Jeśli składają Państwo odwołanie, oznacza to, że proszą nas Państwo o zmianę decyzji w sprawie pokrycia kosztów, którą podjęliśmy, odrzucając Państwa wniosek o płatność.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Aby złożyć takie odwołanie, proszę postępować zgodnie z procesem odwoławczym opisanym w Części 6.3. W przypadku odwołań dotyczących zwrotu kosztów proszę zwrócić uwagę na następujące kwestie:

- Musimy udzielić odpowiedzi w ciągu 30 dni kalendarzowych po otrzymaniu odwołania.
- Jeśli niezależna organizacja odwoławcza zdecyduje, że powinniśmy zapłacić, musimy przestać Państwu albo świadczeniodawcy płać w ciągu 30 dni kalendarzowych. Jeśli Państwa odwołanie zostanie uznane na dowolnym etapie procesu odwoławczego po stopniu 2., musimy wystąpić Państwu albo świadczeniodawcy opieki zdrowotnej żądaną płatność w ciągu 60 dni kalendarzowych.

CZĘŚĆ 7 Leki w ramach Części D: Jak złożyć wniosek o decyzję w sprawie pokrycia kosztów lub odwołanie

Część 7.1 W tej części opisano, co należy zrobić, gdy powstają problemy z otrzymaniem leku w ramach Części D albo aby zażądać od nas zwrotu naszej części kosztów leku w ramach Części D

Świadczenia członków planu obejmują refundację wielu leków na receptę. Lek musi być wykorzystywany zgodnie z medycznie akceptowanym wskazaniem, żeby można go było zrefundować. (Więcej informacji na temat medycznie uzasadnionych wskazań znajduje się w rozdziale 5.) Aby uzyskać szczegółowe informacje na temat leków z Części D, zasad, ograniczeń i kosztów, proszę zapoznać się z Rozdziałem 5 oraz 6. **Ta część dotyczy tylko leków w ramach Części D.** Aby zachować prostotę, dalej w tej części mówimy ogólnie o *leku*, zamiast za każdym razem powtarzać *objęty ubezpieczeniem lek na receptę podawany ambulatoryjnie* albo *lek w ramach Części D*. Używamy również pojęcia Wykaz leków zamiast *Wykaz leków objętych ubezpieczeniem* czy receptariusz.

- Jeśli nie wiedz Państwo, czy dany lek jest objęty ubezpieczeniem albo czy spełniają Państwo określone zasady, mogą Państwo nas o to zapytać. Niektóre leki wymagają zatwierdzenia przez nas, zanim pokryjemy ich koszty.
- Jeżeli apteka stwierdzi, że recepta nie może zostać zrealizowana w przedłożonej postaci, wyda pisemne powiadomienie wyjaśniające, w jaki sposób należy skontaktować się z nami, aby zażądać decyzji w sprawie pokrycia kosztów.

Decyzje w sprawie pokrycia kosztów i odwołania dotyczące Części D

Pojęcie prawne:

Wstępna decyzja w sprawie pokrycia kosztów w sprawie leków w ramach Części D jest określana jako „**decyzja w sprawie pokrycia kosztów**”.

Decyzja w sprawie pokrycia kosztów to decyzja, jaką plan podejmuje w sprawie świadczeń i refundacji albo kwoty, jaką plan zapłaci za leki. W tej części opisano, co można zrobić, jeśli znajdą się Państwo w jednej z poniższych sytuacji:

- Wniosek o pokrycie kosztów leku w ramach Części D, który nie znajduje się w Wykazie leków planu. **Można poprosić o odstępstwo. Część 7.2.**

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Wniosek o odstępstwo od ograniczenia dotyczącego ubezpieczenia leków w ramach planu (takich jak limity ilości leku, który mogą Państwo otrzymać, wcześniejsza zgoda albo wymóg wypróbowania najpierw innego leku). **Można poprosić o odstępstwo. Część 7.2.**
- Członek zwraca się o wstępne zatwierdzenie leku. **Należy zwrócić się o wydanie decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Część 7.4.**
- Członek zwraca się o zapłatę za już kupiony lek na receptę. **Można poprosić nas o zwrot pieniędzy. Część 7.4.**

Jeśli nie zgadzają się Państwo z podjętą przez nas decyzją w sprawie pokrycia kosztów, mogą Państwo odwołać się od naszej decyzji.

W tej części dowiedzą się Państwo zarówno o tym, jak wnioskować o decyzje w sprawie pokrycia kosztów, jak i o tym, jak złożyć wniosek o odwołanie.

Część 7.2 Wnioskowanie o wyjątek

Pojęcia prawne:

Wniosek o refundację leku, który nie znajduje się w Wykazie leków, określa się jako wniosek o „**wyjątek od receptariusza**”.

Wniosek o usunięcie ograniczenia refundacji leku określa się jako wniosek o „**wyjątek od receptariusza**”.

Wniosek o zapłatę niższej ceny za lek niepreferowany określa jako wniosek o „**wyjątek od poziomu udziału w kosztach**”.

Jeżeli lek nie jest objęty ubezpieczeniem w sposób pożądaný przez Państwa, można zwrócić się do planu o „**wyjątek**”. Odstępstwo to rodzaj decyzji w sprawie pokrycia kosztów.

Aby plan mógł rozpatrzyć wniosek o odstępstwo, lekarz lub inna osoba przepisująca lek będzie musiała wyjaśnić dlaczego ze względów medycznych niezbędne jest zatwierdzenie wniosku o odstępstwo. Podajemy 3 przykłady szczególnego potraktowania, o które lekarz albo inna osoba wystawiająca receptę może się do nas zwrócić:

- 1. Refundacja leku w ramach Części D, którego nie ma w naszym Wykazie leków.** Jeżeli zgodzimy się zrefundować lek, którego nie ma w Wykazie leków, będą Państwo musieli zapłacić swój udział w kosztach tak jak za lek z poziomu 5 – *Leki specjalistyczne*. Nie mogą Państwo wnioskować o wyjątek od kwoty udziału w kosztach, którą muszą Państwo zapłacić za lek.
- 2. Usunięcie ograniczenia dotyczącego leku objętego ubezpieczeniem.** Rozdział 5 opisuje dodatkowe zasady albo ograniczenia, które mają zastosowanie do niektórych leków z naszego Wykazu leków. Jeśli zgodzimy się zrobić wyjątek i znieść ograniczenie, mogą Państwo wnioskować o wyjątek od kwoty współpłaty albo współubezpieczenia, którą muszą Państwo zapłacić za lek.
- 3. Zmiana refundacji leku na niższą kategorię udziału w kosztach.** Każdy lek znajdujący się w Wykazie leków należy do jednego z sześciu (6) poziomów udziału w kosztach. Zasadniczo im niższy numer poziomu udziału w kosztach, tym mniejszą płacą Państwo jako swój udział w kosztach leku.
 - Jeżeli w naszym Wykazie leków znajdują się alternatywne leki na to samo schorzenie, w niższej kategorii niż przyjmowany obecnie lek, mogą Państwo poprosić nas o refundację obecnego leku na poziomie udziału w kosztach dotyczącym leków alternatywnych.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Jeżeli przyjmowany lek jest lekiem markowym, mogą nas Państwo poprosić o refundację leku na poziomie udziału w kosztach odpowiadającym najniższej kategorii zawierającej alternatywne leki markowe stosowane w leczeniu tego schorzenia.
- Jeżeli przyjmowany lek jest lekiem generycznym, mogą nas Państwo poprosić o refundację leku na poziomie udziału w kosztach odpowiadającym najniższej kategorii zawierającej alternatywne leki markowe albo generyczne stosowane w leczeniu tego schorzenia.
- Nie można wnioskować o zmianę poziomu udziału w kosztach dla żadnego leku z *poziomu 5 – Leki specjalistyczne*.
- Jeżeli zatwierdzimy wniosek o wyjątek od poziomu udziału w kosztach i istnieje przynajmniej jeden lek zamienny z niższego poziomu udziału w kosztach, którego nie mogą Państwo przyjmować, zazwyczaj płać Państwo najniższą kwotę.

Część 7.3 Ważne kwestie, które należy wiedzieć o wnioskach o udzielenie odstępstwa**Lekarz musi poinformować plan o względach medycznych**

Lekarz albo inna osoba wystawiająca receptę musi złożyć oświadczenie wyjaśniające medyczne powody wnioskowania o wyjątek. Dołączenie do wniosku o odstępstwo takich informacji od lekarza lub innej osoby zlecającej lek, pozwoli przyspieszyć wydanie decyzji.

Zazwyczaj nasz Wykaz leków zawiera więcej niż jeden lek do leczenia danego schorzenia. Te różne możliwości nazywane są lekami **alternatywnymi**. Jeżeli lek zamienny byłby równie skuteczny, jak lek, o który Państwo wnioskują i nie powodowałby więcej skutków ubocznych ani innych problemów zdrowotnych, zazwyczaj nie zatwierdzimy wniosku o wyjątek. Jeśli wnioskują Państwo o wyjątek od poziomu udziału w kosztach, zazwyczaj nie zatwierdzimy wniosku o wyjątek, chyba że wszystkie alternatywne leki z niższych poziomów udziału w kosztach będą mniej skuteczne w Państwa przypadku, bądź mogą powodować działania niepożądane albo inne szkody.

Wniosek może zostać rozpatrzony pozytywnie lub odmownie.

- Jeśli zatwierdzimy Państwa wniosek o odstępstwo, nasza zgoda jest zazwyczaj ważna do końca roku obowiązywania planu. Obowiązuje on dopóki lekarz przepisuje lek oraz lek nadal bezpiecznie i skutecznie leczy dolegliwość pacjenta.
- Jeżeli wniosek zostanie odrzucony, można zwrócić o zmianę decyzji składając odwołanie.

Część 7.4 Jak składać wnioski o decyzję w sprawie pokrycia kosztów, w tym o wyjątek**Pojęcie prawne:**

Decyzja wydana w trybie przyspieszonym nazywa się „**przyspieszoną decyzją w sprawie pokrycia kosztów**”.

Krok 1: Członek powinien zdecydować, czy potrzebuje standardowej czy przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Standardowe decyzje w sprawie pokrycia kosztów są podejmowane w ciągu **72 godzin** od otrzymania przez nas oświadczenia Państwa lekarza. **Przyspieszone decyzje w sprawie pokrycia kosztów** są podejmowane w ciągu **24 godzin** od otrzymania przez nas oświadczenia Państwa lekarza.

Jeśli Państwa stan zdrowia tego wymaga, należy zwrócić się do nas o przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów. Aby uzyskać przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów, muszą Państwo spełnić 2 wymagania:

- Muszą Państwo wnioskować o lek, którego jeszcze Państwo nie otrzymali. (Nie mogą Państwo poprosić o przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów refundacji leku, który już Państwo zakupili.)
- Standardowe terminy mogłyby spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu albo znacząco ograniczyć Państwa zdolność do funkcjonowania.
- **Jeśli lekarz albo inna osoba wystawiająca receptę poinformuje nas, że Państwa stan zdrowia wymaga wydania „przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów”, automatycznie zgodzimy się wydać przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów.**
- **Jeżeli zwracają się Państwo o przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów samodzielnie (bez poparcia ze strony lekarza albo innej osoby wystawiającej receptę), zadecydujemy, czy Państwa stan zdrowia wymaga wydania przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów.** Jeśli nie zatwierdzimy przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów, wyślemy Państwu pismo, które:
 - Wyjaśnia, że będziemy stosować standardowe terminy.
 - Wyjaśnia, że jeśli Państwa lekarz albo inna osoba wystawiająca receptę poprosi o przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów, automatycznie wydamy Państwu przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów.
 - Informuje, że mogą Państwo złożyć pilną skargę w sprawie naszej decyzji o wydaniu standardowej decyzji w sprawie pokrycia kosztów zamiast przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów, o którą Państwo wnioskowali. Odpowiemy na Państwa skargę w ciągu 24 godzin od jej otrzymania.

Krok 2: Należy zwrócić się o standardową decyzję w sprawie pokrycia kosztów albo przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów.

Najpierw należy skontaktować się z planem telefonicznie, napisać albo przestać faksem wniosek o wydanie zgody albo pokrycie kosztów potrzebnej opieki medycznej. Procedurę decyzji w sprawie pokrycia kosztów można również rozpocząć na stronie internetowej planu. Musimy przyjmować wszelkie pisemne wnioski, w tym wniosek złożony na formularzu CMS „Wzór wniosku o decyzję w sprawie pokrycia kosztów” (Model Coverage Determination Request Form), który jest dostępny na naszej stronie internetowej SWHNY.com. Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2. Aby pomóc nam w rozpatrzeniu Państwa wniosku, należy podać swoje imię i nazwisko, informacje kontaktowe oraz informacje wskazujące odrzucone roszczenie, którego dotyczy odwołanie.

Może to zrobić sam ubezpieczony, jego lekarz (lub inna osoba przepisująca lek) lub przedstawiciel. Można również wynająć w tym celu prawnika. W części 4 tego rozdziału wyjaśniono, w jaki sposób członek może upoważnić pisemnie inną osobę do występowania w jego imieniu.

- **We wniosku o wyjątek należy podać uzasadnienie**, wyjaśniające medyczne powody ubiegania się o wyjątek. Lekarz lub inna osoba przepisująca lek może wysłać do planu takie oświadczenie pocztą albo faksem, lub może przekazać uzasadnienie telefonicznie, a następnie, w razie konieczności potwierdzić je wysyłając pocztą lub faksem pisemne oświadczenie.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Krok 3: Rozpatrujemy Państwa wniosek i udzielamy odpowiedzi.***Terminy podejmowania przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów***

- Musimy zazwyczaj udzielić odpowiedzi **w ciągu 24 godzin** po otrzymaniu wniosku.
 - W przypadku wyjątków udzielimy Państwu odpowiedzi w ciągu 24 godzin od otrzymania oświadczenia potwierdzającego od lekarza. Udzielimy Państwu odpowiedzi wcześniej, jeśli będzie tego wymagał Państwa stan zdrowia.
 - Jeżeli nie wydamy decyzji w tym terminie, mamy obowiązek przekazać Państwa wniosek na 2. stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą.
- **Jeżeli wniosek zostanie uwzględniony w całości albo w części**, musimy dokonać pokrycia kosztów, na które wyraziliśmy zgodę, w ciągu 24 godzin po otrzymaniu wniosku albo oświadczenia potwierdzającego od lekarza.
- **Jeżeli wniosek zostanie odrzucony w całości albo w części**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy. Poinformujemy Państwa także, jak można złożyć odwołanie.

Terminy w przypadku standardowej decyzji w sprawie pokrycia kosztów leku, którego jeszcze Państwo nie otrzymali

- Musimy udzielić odpowiedzi **w ciągu 72 godzin** po otrzymaniu wniosku.
 - W przypadku wyjątków udzielimy Państwu odpowiedzi w ciągu 72 godzin od otrzymania oświadczenia potwierdzającego od lekarza. Udzielimy Państwu odpowiedzi wcześniej, jeśli będzie tego wymagał Państwa stan zdrowia.
 - Jeżeli nie wydamy decyzji w tym terminie, mamy obowiązek przekazać Państwa wniosek na 2. stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą.
- **Jeżeli wniosek zostanie uwzględniony w całości albo w części**, musimy **dokonać pokrycia kosztów**, na które wyraziliśmy zgodę, **w ciągu 72 godzin** po otrzymaniu wniosku albo oświadczenia potwierdzającego od lekarza.
- **Jeżeli wniosek zostanie odrzucony w całości albo w części**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy. Poinformujemy Państwa także, jak można złożyć odwołanie.

Terminy dotyczące standardowej decyzji w sprawie pokrycia kosztów płatności za lek, który już Państwo kupili

- Musimy udzielić odpowiedzi **w ciągu 14 dni kalendarzowych** po otrzymaniu wniosku.
 - Jeżeli nie wydamy decyzji w tym terminie, mamy obowiązek przekazać Państwa wniosek na 2. stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą.
- **Jeżeli wniosek zostanie uwzględniony w całości albo w części**, musimy wypłacić Państwu należne kwoty w ciągu 14 dni kalendarzowych po otrzymaniu wniosku.
- **Jeżeli wniosek zostanie odrzucony w całości albo w części**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy. Poinformujemy Państwa także, jak można złożyć odwołanie.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**Krok 4: Jeśli odrzucimy Twój wniosek o pokrycie kosztów, możesz się odwołać.**

- Jeżeli plan odrzuci wniosek członka, ma on prawo zwrócić się do planu o ponowne rozpatrzenie wniosku – w drodze odwołania. Oznacza to, że członek ponownie zwraca się do planu o ubezpieczenie leków. Złożenie odwołania oznacza rozpoczęcie procesu odwoławczego 1. stopnia.

Część 7.5 Jak złożyć odwołanie 1. stopnia**Pojęcia prawne:**

Odwołanie do planu od decyzji w sprawie ubezpieczenia leków w ramach Części D **jest nazywane ponownym rozpatrzeniem sprawy** przez plan.

Odwołanie „w trybie przyspieszonym” nazywa się „**przyspieszonym ponownym rozstrzygnięciem sprawy**”.

Krok 1: Członek powinien zdecydować, czy potrzebuje „standardowego odwołania” czy „odwołania w trybie przyspieszonym”.

Standardowe odwołanie jest zazwyczaj rozpatrywane w ciągu 7 dni kalendarzowych. Odwołanie w trybie przyspieszonym jest zazwyczaj rozpatrywane w ciągu 72 godzin. Jeśli Państwa stan zdrowia tego wymaga, proszę wnioskować o odwołanie w trybie przyspieszonym.

- Jeśli odwołują się Państwo od decyzji podjętej przez nas w sprawie leku, którego Państwo jeszcze nie otrzymali, będą Państwo musieli wraz z lekarzem albo inną osobą wystawiającą receptę zdecydować, czy potrzebują Państwo odwołania w trybie przyspieszonym.
- Wymogi dotyczące uzyskania odwołanie w trybie przyspieszonym są takie same jak te dotyczące uzyskania przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów opisane w Części 7.4.

Krok 2: Państwo, Państwa przedstawiciel, lekarz albo inna osoba wystawiająca receptę muszą skontaktować się z nami i złożyć odwołanie 1. stopnia. Jeżeli Państwa stan zdrowia tego wymaga, należy zawnioskować o rozpatrzenie odwołania w trybie przyspieszonym.

- **W przypadku standardowych odwołań należy złożyć pisemny wniosek albo zadzwonić do nas.** Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2.
- **W przypadku odwołań w trybie przyspieszonym proszę złożyć odwołanie na piśmie albo zadzwonić do nas pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej członka.** Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2.
- **Musimy przyjmować wszelkie pisemne wnioski**, w tym wniosek złożony na formularzu CMS „Wzór wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy”, który jest dostępny na naszej stronie internetowej SWHNY.com. Aby pomóc nam w rozpatrzeniu Państwa wniosku, należy podać swoje imię i nazwisko, informacje kontaktowe oraz informacje dotyczące roszczenia.
- **Odwołanie trzeba złożyć w ciągu 65 dni kalendarzowych** od daty na pisemnym powiadomieniu, które wystaliśmy, aby poinformować o naszej odpowiedzi dotyczącej decyzji w sprawie pokrycia kosztów. Jeśli członek nie dotrzymał tego terminu i istniał ku temu uzasadniony powód, składając odwołanie należy wyjaśnić przyczynę spóźnienia. Plan może zapewnić członkowi więcej czasu na złożenie odwołania. Przykłady ważnego powodu mogą obejmować poważną chorobę, która

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

uniemożliwiła Państwu skontaktowanie się z nami albo przekazanie przez nas błędnych albo niekompletnych informacji w sprawie terminu złożenia odwołania.

- **Mogą Państwo poprosić o kopię informacji zawartych w odwołaniu i dodać więcej informacji.** Członek i jego lekarz mogą przekazać dodatkowe informacje uzasadniające odwołania.

Krok 3: Rozpatrujemy odwołanie i udzielamy odpowiedzi.

- Podczas rozpatrywania Państwa odwołania jeszcze raz dokładnie przyjrzymy się wszystkim informacjom dotyczącym Państwa wniosku o pokrycie kosztów. Sprawdzamy, czy decyzja odmowna została wydana zgodnie ze wszystkimi zasadami. Możemy się zwrócić do członka, jego lekarza lub innej osoby przepisującej lek o więcej informacji.

Terminy odwołania w trybie przyspieszonym

- W przypadku odwołań w trybie przyspieszonym musimy udzielić odpowiedzi w ciągu **72 godzin po otrzymaniu odwołania**. Udzielimy Państwu odpowiedzi wcześniej, jeśli będzie tego wymagał Państwa stan zdrowia.
 - Jeżeli nie udzielimy odpowiedzi w ciągu 72 godzin, mamy obowiązek przekazać Państwa wniosek na 2. stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą. **W części 7.6** wyjaśniono proces odwoławczy 2. stopnia.
- **Jeżeli wniosek zostanie uwzględniony w całości albo w części**, musimy dokonać pokrycia kosztów, na które wyraziliśmy zgodę, w ciągu 72 godzin po otrzymaniu odwołania.
- **Jeżeli wniosek zostanie odrzucony w całości albo w części**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy oraz instrukcję składania odwołania od naszej decyzji.

Terminy w przypadku standardowego odwołania dotyczącego leku, którego jeszcze Państwo nie otrzymali

- W przypadku odwołań standardowych musimy udzielić odpowiedzi **w ciągu 7 dni kalendarzowych** po otrzymaniu odwołania. Podejmiemy decyzję wcześniej, jeśli nie otrzymali Państwo jeszcze leku, a Państwa stan zdrowia tego wymaga.
 - Jeżeli nie wydamy decyzji w ciągu 7 dni kalendarzowych, mamy obowiązek przekazać Państwa wniosek na 2. stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą. **W części 7.6** wyjaśniono proces odwoławczy 2. stopnia.
- **Jeżeli wniosek zostanie uwzględniony w całości albo w części**, musimy dokonać pokrycia kosztów, na które wyraziliśmy zgodę, w terminie uzasadnionym Państwa stanem zdrowia, ale nie później niż **7 dni kalendarzowych** po otrzymaniu odwołania.
- **Jeżeli wniosek zostanie odrzucony w całości albo w części**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy oraz instrukcję składania odwołania od naszej decyzji.

Terminy w przypadku standardowego odwołania dotyczącego płatności za lek, który już Państwo kupili

- Musimy udzielić odpowiedzi **w ciągu 14 dni kalendarzowych** po otrzymaniu wniosku.
 - Jeżeli nie wydamy decyzji w tym terminie, mamy obowiązek przekazać Państwa wniosek na 2. stopień procesu odwoławczego, gdzie zostanie rozpatrzony przez niezależną organizację odwoławczą.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- **Jeżeli wniosek zostanie uwzględniony w całości albo w części**, musimy wypłacić Państwu należne kwoty w ciągu 30 dni kalendarzowych po otrzymaniu wniosku.
- **Jeżeli wniosek zostanie odrzucony w całości albo w części**, wyślemy pisemne wyjaśnienie powodów odmowy. Poinformujemy Państwa także, jak można złożyć odwołanie.

Krok 4: Jeśli odrzucimy twoje odwołanie, sam zdecydujesz, czy chcesz kontynuować proces odwoławczy i złożyć kolejne odwołanie.

- Jeśli zdecydują się Państwo złożyć kolejne odwołanie, oznacza to, że Państwa odwołanie przechodzi na 2. stopień procesu odwoławczego.

Pojęcia prawne

Niezależna organizacja odwoławcza nazywana jest oficjalnie „**niezależnym podmiotem odwoławczym**”. Jest ona czasami określana skrótem **IRE**.

Niezależna organizacja odwoławcza jest niezależną organizacją zatrudnianą przez Medicare. Nie jest ona związana z nami i nie jest organem rządowym. Organizacja ta decyduje, czy decyzje podjęte przez plan są prawidłowe lub czy trzeba je zmienić. Działania organizacji są nadzorowane przez Medicare.

Krok 1: Członek (jego przedstawiciel, lekarz lub inna osoba przepisująca lek) musi skontaktować się z niezależną organizacją odwoławczą i poprosić o ponowne rozpatrzenie (weryfikację) swojej sprawy.

- Jeżeli odrzucimy Państwa odwołanie 1. stopnia, pisemne powiadomienie, które Państwu wyślemy, będzie zawierało **instrukcje dotyczące tego, jak złożyć odwołanie 2. stopnia** do niezależnej organizacji odwoławczej. Instrukcje te wskazują, kto może złożyć odwołanie 2. stopnia, jakich terminów należy przestrzegać i jak skontaktować się z niezależną organizacją odwoławczą.
- **Odwołanie trzeba złożyć w ciągu 65 dni kalendarzowych** od daty na pisemnym powiadomieniu.
- Jeśli nie zakończymy weryfikacji Państwa sprawy w odpowiednim terminie albo podejmiemy niekorzystną decyzję dotyczącą określenia **ryzyka** w ramach naszego programu zarządzania lekami, automatycznie prześlemy Państwa wniosek do IRE.
- Prześlemy tej organizacji informacje o Państwa odwołaniu. Informacje te nazywane są **aktami sprawy**. **Mają Państwo prawo poprosić nas o kopię akt Państwa sprawy.**
- Członek ma prawo udzielić niezależnej organizacji odwoławczej dodatkowych informacji na poparcie odwołania.

Krok 2: Niezależna organizacja odwoławcza dokonuje przeglądu odwołania.

Weryfikatorzy niezależnej organizacji odwoławczej uważnie rozpatrzą wszystkie informacje związane z odwołaniem.

Terminy odwołania w trybie przyspieszonym

- Jeśli Państwa stan zdrowia tego wymaga, proszę zawnieść do niezależnej organizacji odwoławczej o odwołanie w trybie przyspieszonym.
- Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza zgodzi się na rozpatrywanie odwołania w trybie przyspieszonym, musi udzielić odpowiedzi na odwołanie 2. stopnia **w ciągu 72 godzin** od otrzymania wniosku odwoławczego.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**Terminy standardowego odwołania**

- W przypadku standardowych odwołań niezależna organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie 2. stopnia **w ciągu 7 dni kalendarzowych** od otrzymania odwołania, jeśli dotyczy ono leku, którego Państwo jeszcze nie otrzymali. Jeżeli wniosek dotyczy zwrotu kosztów już zakupionego leku, niezależna organizacja odwoławcza musi udzielić odpowiedzi na odwołanie 2. stopnia **w ciągu 14 dni kalendarzowych** od jego otrzymania.

Krok 3: Niezależna organizacja odwoławcza udziela odpowiedzi.**W przypadku odwołań w trybie przyspieszonym:**

- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza wyda pozytywną opinię co do całości albo części Państwa wniosku**, musimy przyznać ubezpieczenie leków zatwierdzone przez niezależną organizację odwoławczą **w ciągu 24 godzin** od otrzymania jej decyzji.

W przypadku odwołań w trybie standardowym:

- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza wyda pozytywną opinię co do całości albo części Państwa wniosku o pokrycie kosztów**, musimy przyznać ubezpieczenie leków zatwierdzone przez niezależną organizację odwoławczą **w ciągu 72 godzin** od otrzymania jej decyzji.
- **Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza wyda pozytywną opinię co do całości albo części wniosku o zwrot kosztów leku wykupionego już przez Państwa**, musimy **wystać płatność w ciągu 30 dni kalendarzowych** od otrzymania decyzji niezależnej organizacji odwoławczej.

Co jeśli niezależna organizacja odwoławcza odrzuci odwołanie?

Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza odrzuci odwołanie w całości albo w części, oznacza to, że zgadza się ona z naszą decyzją o odrzuceniu wniosku (albo jego części). (Nazywa się to **utrzymaniem decyzji w mocy** albo **odrzuceniem odwołania**.) W takim przypadku niezależna organizacja odwoławcza wyśle do Państwa pismo:

- Z wyjaśnieniem swojej decyzji.
- Informujące o prawie do odwołania 3. stopnia, jeśli wyrażona w dolarach wartość ubezpieczenia leków, o które Państwo wnioskują, spełnia określone minimum. Jeśli wyrażona w dolarach wartość ubezpieczenia leków, o które Państwo wnioskują, jest zbyt niska, nie mogą Państwo złożyć kolejnego odwołania, a decyzja 2. stopnia jest ostateczna.
- Informujące o wyrażonej w dolarach wartości, która musi być przedmiotem sporu, aby kontynuować proces odwoławczy.

Krok 4: Jeśli przypadek spełnia takie wymagania, członek decyduje, czy chce odwoływać się dalej.

- Istnieją trzy dodatkowe stopnie procesu odwoławczego powyżej 2. stopnia (w sumie pięć stopni odwołań). Szczegółowe informacje o odwołaniu trzeciego stopnia podano w pisemnym powiadomieniu wystanym po wydaniu decyzji w sprawie odwołania drugiego stopnia.
- Odwołaniem trzeciego stopnia zajmuje się sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem. **Część 10** zawiera więcej informacji na temat procesów odwoławczych na poziomie 3, 4 i 5.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**CZĘŚĆ 8 W jaki sposób zwrócić się do nas o objęcie ubezpieczeniem dłuższego pobytu w szpitalu, gdy sądzą Państwo, że lekarz wypisuje Państwa przedwcześnie**

Po przyjęciu do szpitala mają Państwo prawo do uzyskania wszystkich objętych ubezpieczeniem usług szpitalnych, które są niezbędne do zdiagnozowania i leczenia Państwa choroby albo urazu.

Podczas pobytu w szpitalu lekarz i personel szpitalny będą współpracowali z pacjentem, aby przygotować go do wypisania ze szpitala. Pomogą Państwu zorganizować opiekę, której mogą Państwo potrzebować po wyjściu ze szpitala.

- Dzień opuszczenia szpitala nazywa się „**datą wypisu**”.
- Po podjęciu decyzji o dacie wypisu, lekarz lub personel szpitala poinformuje o tym pacjenta.
- Jeśli uważają Państwo, że są wypisywani ze szpitala przedwcześnie, mogą Państwo zwrócić z wnioskiem o przedłużenie pobytu w szpitalu, a Państwa wniosek zostanie rozpatrzony.

Część 8.1 Podczas pobytu w szpitalu otrzymają Państwo pisemne powiadomienie od Medicare informujące o Państwa uprawnieniach

W ciągu 2 dni kalendarzowych od przyjęcia do szpitala otrzymają Państwo pisemne powiadomienie zatytułowane *Ważna wiadomość od Medicare na temat Państwa praw*. Powiadomienie jest przekazywane każdej osobie korzystającej z Medicare.

W razie nieotrzymania powiadomienia w szpitalu (na przykład od pracownika socjalnego albo pielęgniarki), należy poprosić dowolnego pracownika szpitala o jego egzemplarz. Jeśli potrzebują Państwo pomocy, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) albo pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048).

1. Należy uważnie przeczytać powiadomienie, a w razie wątpliwości poprosić o wyjaśnienie.**Zawiera ono następujące informacje:**

- Państwa prawo do otrzymywania usług objętych ubezpieczeniem Medicare podczas i po pobycie w szpitalu, zgodnie z zaleceniami lekarza. Obejmuje to prawo do informacji, jakie to są usługi, kto za nie zapłaci i gdzie można je uzyskać.
- Prawie do uczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących pobytu w szpitalu.
- Prawie do informacji o tym, gdzie należy zgłaszać wszelkie problemy dotyczące jakości opieki szpitalnej.
- Prawo do **zażądania natychmiastowej weryfikacji** decyzji o wypisaniu ze szpitala, jeśli uważają Państwo, że zostali wypisani ze szpitala zbyt wcześnie. Jest to formalny, prawny sposób wnioskowania o opóźnienie daty wypisu, abyśmy mogli pokryć koszty opieki szpitalnej przez dłuższy czas.

2. Zostaną Państwo poproszeni o podpisanie pisemnego powiadomienia, aby wykazać, że otrzymali Państwo je i rozumieją Państwo przysługujące Państwu prawa.

- Członek lub osoba występująca w jego imieniu zostanie poproszony o podpisanie powiadomienia.
- Podpisanie dokumentu potwierdza **jedynie** otrzymanie informacji o przysługujących prawach. Powiadomienie nie zawiera daty Państwa wypisu. Podpisanie powiadomienia **nie oznacza** zgody na datę wypisu.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

3. Należy zachować egzemplarz tego powiadomienia, aby w razie potrzeby móc skorzystać z podanych w nim informacji o składaniu odwołania (albo zgłaszaniu wątpliwości związanych z jakością opieki).

- Jeśli podpiszą Państwo powiadomienie więcej niż 2 dni kalendarzowe przed datą wypisu, otrzymają Państwo kolejną kopię przed planowanym wypisem.
- Aby zapoznać się z kopią tego powiadomienia z wyprzedzeniem, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) albo pod numer 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048. Mogą Państwo również zapoznać się z powiadomieniem online pod adresem www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Część 8.2 Jak złożyć odwołanie 1. stopnia, aby zmienić datę wypisu ze szpitala

Aby poprosić nas o pokrycie kosztów usługi szpitalnych przez dłuższy czas, należy skorzystać z procesu odwoławczego, aby złożyć taki wniosek. Przed rozpoczęciem procedury odwołania należy zrozumieć, co trzeba zrobić i jakie obowiązują terminy.

- **Należy przestrzegać procedury**
- **Należy przestrzegać terminów**
- **W razie potrzeby należy zwrócić się o pomoc.** W przypadku pytań można również zadzwonić do Działu Obsługi Członków (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Mogą Państwo też zadzwonić do State Health Insurance Assistance Program (SHIP), aby uzyskać pomoc dostosowaną do indywidualnych potrzeb. Informacje kontaktowe SHIP można znaleźć w Części 3 Rozdziału 2.

Odwołania 1. stopnia rozpatruje Organizacja Poprawy Jakości. Sprawdza, czy planowana data wypisu jest uzasadniona ze względów medycznych.

Organizacja Poprawy Jakości to grupa lekarzy i innych specjalistów opieki zdrowotnej, którzy są opłacani przez rząd federalny, a których zadaniem jest weryfikacja i podnoszenie jakości opieki udzielanej osobom objętym Medicare. Obejmuje to również weryfikację daty wypisu ze szpitala osób korzystających z Medicare. Ci eksperci nie są częścią naszego planu.

Krok 1: Należy skontaktować się z Organizacją Poprawy Jakości właściwą dla danego stanu i poprosić o niezwłoczną weryfikację terminu wypisania ze szpitala. Należy działać szybko.

Jak można skontaktować się z tą organizacją?

- Otrzymane pisemne powiadomienie pt. *Ważna wiadomość od Medicare na temat Państwa praw* wyjaśnia, jak to zrobić. Nazwę, adres i numer telefonu Organizacji Poprawy Jakości w poszczególnych stanach podano w Rozdziale 2.

Należy działać szybko:

- Aby złożyć odwołanie, należy skontaktować się z Organizacją Poprawy Jakości **przed** opuszczeniem szpitala i **nie później niż o północy w dniu wypisu**.
 - **Jeżeli dotrzymają Państwo tego terminu**, mogą pozostać w szpitalu **po** planowanej dacie wypisu **nie płacąc za to**, w oczekiwaniu na decyzję Organizacji Poprawy Jakości.
 - **Jeżeli nie dotrzymają Państwo tego terminu, należy skontaktować się z nami.** Jeżeli zdecydują się Państwo zostać w szpitalu po planowanej dacie wypisu, *może być konieczne pokrycie wszystkich kosztów* opieki szpitalnej po planowanej dacie wypisu.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Po złożeniu przez Państwa wniosku o natychmiastową weryfikację wypisu ze szpitala Organizacja Poprawy Jakości skontaktuje się z nami. Do południa następnego dnia po skontaktowaniu się z nami prześlemy Państwu **Szczegółowe powiadomienie o wypisie**. W powiadomieniu podana będzie planowana data wypisu i szczegółowe wyjaśnienie powodów, dla których lekarz, szpital i plan uważają, że członek powinien (że jest to uzasadnione ze względów medycznych) opuścić szpital w tym dniu.

Wzór **Szczegółowego powiadomienia o wypisie** można uzyskać, dzwoniąc do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) albo pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048.) Można też zobaczyć przykładowy tekst powiadomienia w Internecie na stronie www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Krok 2: Organizacja Poprawy Jakości przeprowadza niezależną weryfikację sprawy.

- Specjaliści w zakresie opieki zdrowotnej w Organizacji Poprawy Jakości („weryfikatorzy”) zapytają członka (lub jego przedstawiciela), dlaczego uważa, że usługi powinny być nadal refundowane. Nie muszą Państwo przygotowywać niczego na piśmie, ale mogą Państwo to zrobić.
- Weryfikatorzy zapoznają się również z Państwa informacjami medycznymi, porozmawiają z Państwa lekarzem i przeanalizują informacje przekazane im przez nas i przez szpital.
- Do południa dnia następującego po dniu, w którym weryfikatorzy poinformowali nas o Państwa odwołaniu, otrzymają Państwo od nas pisemne powiadomienie z planowaną datą wypisu. Powiadomienie wyjaśnia również szczegółowo powody, dla których lekarz, szpital i plan uważają, że członek powinien (że jest to uzasadnione ze względów medycznych) opuścić szpital w tym dniu.

Krok 3: Organizacja Poprawy Jakości udzieli odpowiedzi na odwołanie w ciągu jednej doby od otrzymania wszystkich potrzebnych informacji.**Co w przypadku decyzji pozytywnej?**

- Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza rozpatrzy odwołanie pozytywnie, **musimy nadal pokrywać koszty usług związanych z pobytem w szpitalu przez okres niezbędny ze względów medycznych**.
- Będą Państwo nadal musieli pokrywać swój udział w kosztach (udziały własne albo dopłaty, o ile mają zastosowanie). Ponadto, mogą obowiązywać pewne ograniczenia refundowanych usług szpitalnych.

Co w przypadku decyzji odmownej?

- Odrzucenie odwołania przez niezależną organizację odwoławczą oznacza, że jej zdaniem planowana data wypisu jest medycznie uzasadniona. W takim przypadku **pokrycie kosztów usług związanych z pobytem w szpitalu przez plan ustanie** w południe następnego dnia **po** tym, gdy Organizacja Poprawy Jakości udzieli Państwu odpowiedzi na odwołanie.
- Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza odrzuci Państwa odwołanie, a Państwo zdecydują się pozostać w szpitalu, **mogą Państwo musieć pokryć pełne koszty** udzielanej opieki szpitalnej od południa następnego dnia po tym, gdy Organizacja Poprawy Jakości udzieli odpowiedzi na odwołanie.

Krok 4: Jeśli odpowiedź na Twoje odwołanie na poziomie 1 brzmi „nie”, możesz podjąć decyzję, czy chcesz złożyć kolejne odwołanie.

- Jeżeli Organizacja Poprawy Jakości odrzuci Państwa odwołanie, **a** Państwo pozostaną w szpitalu po planowanej dacie wypisu, mogą Państwo złożyć kolejne odwołanie. Złożenie kolejnego odwołania oznacza rozpoczęcie procesu odwoławczego 2. stopnia.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Część 8.3 Jak złożyć odwołanie 2. stopnia, aby zmienić datę wypisu ze szpitala

W ramach odwołania 2. stopnia proszą Państwo Organizację Poprawy Jakości o ponowne rozpatrzenie jej decyzji dotyczącej pierwszego odwołania. Jeżeli Organizacja Poprawy Jakości odrzuci odwołanie drugiego stopnia, członek może być zobowiązany do opłacenia pełnego kosztu pobytu w szpitalu po planowanej dacie wypisu.

Krok 1: Członek powinien ponownie zwrócić się do Organizacji Poprawy Jakości o ponowne rozpatrzenie sprawy.

- Wniosek o ponowne rozpatrzenie trzeba złożyć **w ciągu 60 dni kalendarzowych** od dnia, w którym Organizacja Poprawy Jakości odrzuciła odwołanie 1. stopnia. O ponowne rozpatrzenie sprawy w tej procedurze można się zwrócić tylko wtedy, gdy pozostaną Państwo w szpitalu po dniu, w którym pokrycie kosztów opieki dobiegło końca.

Krok 2: Organizacja Poprawy Jakości po raz drugi rozpatruje sytuację członka.

- Organizacja Poprawy Jakości jeszcze raz dokładnie przyjrzy się wszystkim informacjom związanym z Państwa odwołaniem.

Krok 3: W ciągu 14 dni kalendarzowych od otrzymania wniosku o odwołanie 2. stopnia weryfikatorzy podejmą decyzję w sprawie odwołania i poinformują Państwa o niej.***Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza wyda pozytywną opinię:***

- **Musimy zwrócić Państwu** przypadający na nas udział w kosztach opieki szpitalnej udzielonej Państwu począwszy od południa następnego dnia po odmownym rozpatrzeniu pierwszego odwołania przez Organizację Poprawy Jakości. **Musimy nadal zapewniać pokrycie kosztów opieki szpitalnej dopóki jest niezbędna ze względów medycznych.**
- Członek musi nadal płacić swój udział w kosztach, mogą również obowiązywać ograniczenia refundacji.

Jeżeli niezależna organizacja odwoławcza wyda negatywną opinię:

- Oznacza to, że zgadza się ona z decyzją podjętą przy rozpatrywaniu odwołania 1. stopnia.
- Otrzymane powiadomienie poinformuje Państwa na piśmie, co mogą Państwo zrobić, jeśli chcą Państwo kontynuować proces weryfikacji.

Krok 4: Jeżeli odpowiedź będzie odmowna, muszą Państwo zdecydować, czy złożyć odwołanie 3. stopnia.

- Istnieją trzy dodatkowe stopnie procesu odwoławczego powyżej 2. stopnia (w sumie pięć stopni odwołań). Szczegółowe informacje o odwołaniu 3. stopnia podano w pisemnym powiadomieniu wysłanym po wydaniu decyzji w sprawie odwołania 2. stopnia.
- Odwołaniem trzeciego stopnia zajmuje się sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem. W **Części 10** tego rozdziału znajduje się więcej informacji na temat procesu odwoławczego 3., 4. i 5. stopnia.

CZĘŚĆ 9 W jaki sposób zwrócić się do nas o dalsze pokrywanie kosztów określonych usług medycznych, jeżeli Państwa zdaniem pokrycie ich kosztów kończy się za wcześnie

Jeśli korzystają Państwo z objętych ubezpieczeniem **usług domowej opieki zdrowotnej, ośrodka wyspecjalizowanej opieki pielęgniarskiej albo opieki rehabilitacyjnej (kompleksowy ośrodek rehabilitacji ambulatoryjnej)**, mają Państwo prawo do korzystania z tego rodzaju opieki tak długo, jak długo jest ona potrzebna do zdiagnozowania i leczenia Państwa choroby albo urazu.

Kiedy zdecydujemy, że nadszedł czas, aby zaprzestać pokrywania kosztów któregoś z 3 rodzajów opieki nad Państwem, jesteśmy zobowiązani poinformować Państwa o tym z wyprzedzeniem. Gdy pokrycie tego rodzaju opieki dobiega końca, *plan przestanie opłacać Państwa opiekę*.

Jeżeli uważają Państwo, że przedwcześnie zaprzestajemy pokrycia kosztów świadczonej opieki, **mogą Państwo złożyć odwołanie od tej decyzji**. W tej części opisano, jak złożyć odwołanie.

Część 9.1 Poinformujemy Państwa z wyprzedzeniem o zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej

Pojęcie prawne:

Powiadomienie o odmowie pokrycia kosztów przez Medicare. Informuje ono, w jaki sposób mogą Państwo złożyć wniosek o **odwołanie w trybie przyspieszonym**. Zwrócenie się o odwołanie w trybie przyspieszonym to formalny, zgodny z prawem sposób zażądania zmiany decyzji w sprawie pokrycia kosztów planu dotyczącej terminu zakończenia opieki.

- 1. Otrzymają Państwo pisemne powiadomienie** na co najmniej 2 dni kalendarzowe przed tym, jak nasz plan przestanie pokrywać koszty Państwa opieki. Powiadomienie:
 - Podaje datę zaprzestania pokrywania kosztów Państwa opieki.
 - Wyjaśnia, jak zwrócić się o „odwołanie w trybie przyspieszonym” w sprawie pokrywania opieki przez dłuższy okres.
- 2. Państwo albo osoba działająca w Państwa imieniu zostanie poproszona o podpisanie pisemnego powiadomienia, aby potwierdzić, że je Państwo otrzymali.** Podpisanie dokumentu potwierdza *jedynie* otrzymanie informacji o tym, kiedy refundacja ustanie. **Podpisanie go nie oznacza, że zgadzają się Państwo z decyzją planu o zaprzestaniu świadczenia opieki.**

Część 9.2 Jak złożyć odwołanie 1. stopnia, aby plan refundował opiekę przez dłuższy okres

Osoby, które chcą zwrócić się o refundację opieki przez dłuższy okres, będą musiały skorzystać z procesu odwoławczego. Przed rozpoczęciem procedury odwołania należy zrozumieć, co trzeba zrobić i jakie obowiązują terminy.

- **Należy przestrzegać procedury**
- **Należy przestrzegać terminów**

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- **W razie potrzeby należy zwrócić się o pomoc.** W przypadku pytań można również zadzwonić do Działu Obsługi Członków (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Mogą Państwo też zadzwonić do State Health Insurance Assistance Program (SHIP), aby uzyskać pomoc dostosowaną do indywidualnych potrzeb. Informacje kontaktowe SHIP można znaleźć w Części 3 Rozdziału 2.

Odwołania 1. stopnia rozpatruje Organizacja Poprawy Jakości. Decyduje, czy data zakończenia refundacji opieki jest uzasadniona ze względów medycznych.

Organizacja Poprawy Jakości to grupa lekarzy i innych specjalistów ochrony zdrowia, którzy są opłacani przez rząd federalny, a których zadaniem jest weryfikacja i podnoszenie jakości opieki udzielanej osobom objętym Medicare. Obejmuje to weryfikację decyzji planu dotyczących terminu zakończenia refundacji określonych rodzajów opieki medycznej. Ci eksperci nie są częścią naszego planu.

Krok 1: Złożenie odwołania 1. stopnia – należy zwrócić się do Organizacji Poprawy Jakości i złożyć wniosek o rozpatrzenie odwołania w trybie przyspieszonym. Należy działać szybko.

Jak można skontaktować się z tą organizacją?

- Otrzymane przez Państwo pisemne powiadomienie (*Powiadomienie o odmowie pokrycia kosztów przez Medicare*) informuje, jak skontaktować się z tą organizacją. Nazwę, adres i numer telefonu Organizacji Poprawy Jakości w poszczególnych stanach podano w Rozdziale 2.

Należy działać szybko:

- Aby rozpocząć procedurę odwoławczą, należy skontaktować się z Organizacją Poprawy Jakości **do południa dnia poprzedzającego datę wejścia w życie** podaną na Powiadomieniu o odmowie pokrycia kosztów przez Medicare.
- Jeśli nie dotrzymają Państwo terminu i nadal chcą Państwo złożyć odwołanie, nadal przysługują Państwu prawa do odwołania. Należy skontaktować się z Organizacją Poprawy Jakości.

Krok 2: Organizacja Poprawy Jakości przeprowadza niezależną weryfikację sprawy.

Pojęcie prawne:

Szczegółowe wyjaśnienie odmowy pokrycia kosztów. Powiadomienie zawierające szczegółowe informacje na temat powodów zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.

Co dzieje się podczas tej weryfikacji?

- Specjaliści w zakresie opieki zdrowotnej w Organizacji Poprawy Jakości („weryfikatorzy”) zapytają Państwa albo Państwa przedstawiciela, dlaczego uważają Państwo, że pokrycie kosztów usług powinno być kontynuowane. Nie muszą Państwo przygotowywać niczego na piśmie, ale mogą Państwo to zrobić.
- Niezależna organizacja odwoławcza zapozna się również z Państwa informacjami medycznymi, porozmawia z Państwa lekarzem i przeanalizuje informacje przekazane przez nasz plan.
- Do końca dnia, w którym weryfikatorzy poinformowali nas o Państwa odwołaniu, otrzymają Państwo od nas **Szczegółowe wyjaśnienie odmowy pokrycia kosztów**, które szczegółowo wyjaśnia powody zakończenia pokrycia kosztów świadczonych Państwu usług.

Krok 3: Weryfikatorzy zakomunikują swoją decyzję w ciągu doby po uzyskaniu wszelkich potrzebnych informacji.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**Co w przypadku pozytywnej decyzji weryfikatorów?**

- Jeżeli weryfikatorzy rozpatrzą odwołanie *pozytywnie*, **musimy nadal pokrywać koszty usług przez okres niezbędny ze względów medycznych.**
- Będą Państwo nadal musieli pokrywać swój udział w kosztach (udziały własne albo dopłaty, o ile mają zastosowanie). Mogą obowiązywać pewne ograniczenia usług objętych ubezpieczeniem.

Co się stanie, jeśli weryfikatorzy odrzucą odwołanie?

- Jeżeli weryfikatorzy *odrzucą* odwołanie, **objęcie ubezpieczeniem ustanie w zapowiedzianym przez nas dniu.**
- Jeżeli postanowią Państwo nadal korzystać z domowej opieki zdrowotnej, opieki w specjalistycznej placówce opiekuńczej albo usług w kompleksowym ośrodku rehabilitacji ambulatoryjnej (CORF) **po** terminie zakończenia refundacji, wówczas **będą Państwo musieli sami pokryć całość kosztów** opieki.

Krok 4: Jeśli odpowiedź na Twoje odwołanie na poziomie 1 brzmi „nie”, możesz podjąć decyzję, czy chcesz złożyć kolejne odwołanie.

- Jeżeli weryfikatorzy odrzucą odwołanie 1. stopnia, a Państwo postanowią nadal uzyskiwać opiekę po ustaniu pokrycia jej kosztów, będą Państwo mogli złożyć odwołanie 2. stopnia.

Część 9.3 Jak złożyć odwołanie 2. stopnia, aby plan refundował opiekę przez dłuższy okres

Podczas odwołania drugiego stopnia, członek zwraca się do Organizacji Poprawy Jakości o ponowne przeanalizowanie jej decyzji w sprawie pierwszego odwołania. Jeżeli Organizacja Poprawy Jakości odrzuci odwołanie 2. stopnia, mogą Państwo być zmuszeni ponieść pełny koszt domowej opieki zdrowotnej, opieki w specjalistycznej placówce opiekuńczej albo usług w kompleksowym ośrodku rehabilitacji ambulatoryjnej (CORF) uzyskanych **po** zapowiedzianym przez nas ustaniu pokrycia kosztów.

Krok 1: Członek powinien ponownie zwrócić się do Organizacji Poprawy Jakości o ponowne rozpatrzenie sprawy.

- Należy złożyć taki wniosek **w ciągu 60 dni kalendarzowych** od dnia, w którym Organizacja Poprawy Jakości odrzuciła odwołanie 1. stopnia. Mogą Państwo poprosić o taką weryfikację tylko wtedy, gdy nadal uzyskują Państwo opiekę po dacie wygaśnięcia Państwa ubezpieczenia opieki.

Krok 2: Organizacja Poprawy Jakości po raz drugi rozpatruje sytuację członka.

- Organizacja Poprawy Jakości jeszcze raz dokładnie przyjrzy się wszystkim informacjom związanym z Państwa odwołaniem.

Krok 3: W ciągu 14 dni kalendarzowych od wptynięcia odwołania weryfikatorzy zadecydują, jak rozpatrzyć odwołanie i poinformują Państwa o decyzji.**Co się stanie, jeśli niezależna organizacja odwoławcza przychyli się do odwołania?**

- **Musimy zwrócić Państwu** przypadający na nas udział w kosztach opieki udzielonej po zapowiedzianym przez nas dniu ustania pokrycia kosztów. **Musimy nadal pokrywać koszty opieki**, dopóki jest ona niezbędna ze względów medycznych.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Członek musi nadal płacić swój udział w kosztach, mogą również obowiązywać ograniczenia refundacji.

Co się stanie, jeśli niezależna organizacja odwoławcza odrzuci odwołanie?

- Oznacza to, że organizacja zgadza się z decyzją podjętą w ramach odwołania pierwszego stopnia.
- Otrzymane powiadomienie poinformuje Państwa na piśmie, co mogą Państwo zrobić, jeśli chcą Państwo kontynuować proces weryfikacji. Będzie ono zawierać szczegółowe wyjaśnienie, w jaki sposób odwołać się do kolejnej instancji, w której sprawą zajmie się sędzia sądu administracyjnego albo prawnik będący orzecznikiem.

Krok 4: Jeżeli odpowiedź będzie odmowna, będą Państwo musieli zdecydować, czy chcą odwoływać się dalej.

- Istnieją 3 dodatkowe stopnie procesu odwoławczego powyżej 2. stopnia, w sumie 5 stopni odwołań. Szczegółowe informacje o odwołaniu 3. stopnia podano w pisemnym powiadomieniu wystanym po wydaniu decyzji w sprawie odwołania 2. stopnia.
- Odwołaniem trzeciego stopnia zajmuje się sędzia sądu administracyjnego lub prawnik będący orzecznikiem. **Część 10** w tym rozdziale wyjaśnia bardziej szczegółowo procedury odwołania na poziomie 3, 4 i 5.

CZĘŚĆ 10 Odwołanie 3., 4., i 5. stopnia

Część 10.1 Odwołania 3., 4., i 5. stopnia dotyczące wniosków o usługi medyczne

Ta część może być odpowiednia dla osób, które złożyły odwołanie 1. oraz 2. stopnia i obydwa odwołania zostały odrzucone.

Jeżeli wyrażona w dolarach wartość przedmiotu albo usługi medycznej będącej przedmiotem odwołania spełnia pewne minimalne kryteria, mogą Państwo składać odwołania kolejnego stopnia. Jeśli wartość wyrażona w dolarach jest niższa niż poziom minimalny, nie mogą Państwo dalej się odwoływać. Pisemna odpowiedź, którą otrzymają Państwo na odwołanie 2. stopnia, wyjaśni, jak złożyć odwołanie 3. stopnia.

W większości sytuacji dotyczących odwołań 3 najwyższe stopnie polegają mniej więcej na tym samym, co 2 pierwsze stopnie. Oto, kto zajmuje się rozpatrzeniem Państwa odwołania na każdym z tych poziomów.

Odwołanie 3. stopnia

Sędzia sądu administracyjnego albo prawnik będący orzecznikiem, który pracuje dla rządu federalnego rozpatrzy odwołanie i udzieli odpowiedzi.

- **Jeżeli sędzia sądu administracyjnego albo prawnik będący orzecznikiem uzna odwołanie, proces odwoławczy może, lecz nie musi się zakończyć.** W przeciwieństwie do decyzji w ramach odwołania 2. stopnia, mamy prawo odwołać się od decyzji 3. stopnia, która jest dla Państwa korzystna. Jeśli zdecydujemy się odwołać, sprawa zostanie skierowana do procedury odwołania 4. stopnia.
 - Jeżeli się *nie* odwołamy od tej decyzji, musimy wyrazić zgodę na udzielenie opieki medycznej albo udzielić jej w ciągu 60 dni kalendarzowych od otrzymania orzeczenia sędziego sądu administracyjnego albo decyzji prawnika będącego orzecznikiem.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Jeśli zdecydujemy się odwołać od decyzji, prześlemy Państwu kopię wniosku o odwołanie 4. stopnia wraz z wszelkimi załączonymi dokumentami. Możemy poczekać na decyzję w sprawie odwołania czwartego stopnia, zanim zatwierdzimy lub zapewnimy opiekę medyczną będącą przedmiotem sporu.
- **Jeżeli sędzia sądu administracyjnego albo prawnik będący orzecznikiem uzna odwołanie, proces odwoławczy może, lecz nie musi się zakończyć.**
 - Jeśli zdecydują się Państwo zaakceptować decyzję o odrzuceniu odwołania, proces odwoławczy zostanie zakończony.
 - Jeśli nie chcą Państwo zaakceptować decyzji, mogą Państwo przejść do kolejnego etapu procesu weryfikacji. Członek otrzyma powiadomienie wyjaśniające, jak złożyć odwołanie czwartego stopnia.

Odwołanie 4. stopnia

Rada Odwoławcza Medicare rozpatrzy odwołanie i udzieli odpowiedzi. Rada jest częścią rządu federalnego.

- **Jeżeli odwołanie zostanie uznane albo jeżeli Rada odrzuci nas wniosek o ponowne rozpatrzenie przychylniej decyzji w ramach odwołania 3. stopnia, proces odwoławczy może, ale nie musi się na tym zakończyć.** W przeciwieństwie do decyzji na poziomie drugim, mamy prawo do odwołania się od decyzji na poziomie czwartym, która jest dla Państwa korzystna. Podejmiemy decyzję, czy odwołać się od tej decyzji do poziomu 5.
 - Jeżeli się *nie* odwołamy od tej decyzji, musimy wyrazić zgodę na udzielenie opieki medycznej albo udzielić jej w ciągu 60 dni kalendarzowych od otrzymania decyzji Rady.
 - Jeśli zdecydujemy się odwołać od decyzji, poinformujemy Państwa o tym na piśmie.
- **Jeżeli odpowiedź będzie odmowna albo jeżeli Rada odmówi ponownego rozpatrzenia, proces odwoławczy może, lecz nie musi się zakończyć.**
 - Jeżeli członek przyjmie odmowną decyzję w sprawie swojego odwołania, proces odwoławczy na tym się kończy.
 - Jeśli nie chcą Państwo zaakceptować decyzji, mogą Państwo przejść do kolejnego etapu procesu weryfikacji. Jeżeli Rada odrzuci odwołanie, otrzymają Państwo powiadomienie informujące, czy zgodnie z zasadami mogą Państwo skorzystać z odwołania 5. stopnia i jak przebiega procedura odwołania 5. stopnia.

Odwołanie 5. stopnia

Odwołanie rozpatrzy sędzia w **Federalnym Sądzie Okręgowym**.

- Sędzia przeanalizuje wszystkie informacje i podejmie decyzję o *pozytywnym* albo *negatywnym* rozpatrzeniu Państwa wniosku. Jest to ostateczna odpowiedź. Po rozpatrzeniu odwołania przez Federalny Sąd Okręgowy nie ma możliwości dalszego odwołania.

Część 10.2 Dodatkowe odwołania dotyczące Medicaid

Jeżeli odwołanie dotyczy usług lub artykułów zazwyczaj objętych ubezpieczeniem przez Medicaid, członkom przysługują również inne prawa do odwołania. W piśmie otrzymanym z biura ds. bezstronnego postępowania administracyjnego zostaną Państwo poinformowani, co należy zrobić, jeśli chcą Państwo kontynuować proces odwoławczy.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)**Część 10.3 Odwołania 3., 4., i 5. stopnia dotyczące wniosków o leki w ramach Części D**

Ta część może być odpowiednia dla osób, które złożyły odwołanie 1. oraz 2. stopnia i obydwa odwołania zostały odrzucone.

Jeżeli wartość leku będącego przedmiotem odwołania spełnia pewne minimalne kryteria, mogą Państwo składać odwołania kolejnego stopnia. Jeśli kwota wyrażona w dolarach jest niższa, nie mogą Państwo dalej się odwoływać. Pisemna odpowiedź, którą otrzymają Państwo na odwołanie 2. stopnia, wyjaśni, z kim należy się skontaktować i co należy zrobić, aby złożyć wniosek o odwołanie 3. stopnia.

W większości sytuacji dotyczących odwołań 3 najwyższe stopnie polegają mniej więcej na tym samym, co 2 pierwsze stopnie. Oto, kto zajmuje się rozpatrzeniem Państwa odwołania na każdym z tych poziomów.

Odwołanie 3. stopnia

Sędzia sądu administracyjnego albo prawnik będący orzecznikiem, który pracuje dla rządu federalnego rozpatrzy odwołanie i udzieli odpowiedzi.

- **W przypadku decyzji pozytywnej proces odwoławczy dobiegł końca.** Musimy **zezwolić na ubezpieczenie leku** zatwierdzone przez sędziego sądu administracyjnego albo prawnika będącego orzecznikiem albo udzielić go **w ciągu 72 godzin (24 godzin w przypadku odwołań w trybie przyspieszonym) albo dokonać płatności w ciągu 30 dni kalendarzowych** od otrzymania decyzji.
- **Jeżeli sędzia sądu administracyjnego albo prawnik będący orzecznikiem uzna odwołanie, proces odwoławczy może, lecz nie musi się zakończyć.**
 - Jeżeli członek przyjmie odmowną decyzję w sprawie swojego odwołania, proces odwoławczy na tym się kończy.
 - Jeśli nie chcą Państwo zaakceptować decyzji, mogą Państwo przejść do kolejnego etapu procesu weryfikacji. Członek otrzyma powiadomienie wyjaśniające, jak złożyć odwołanie czwartego stopnia.

Odwołanie 4. stopnia

Rada Odwoławcza Medicare rozpatrzy odwołanie i udzieli odpowiedzi. Rada jest częścią rządu federalnego.

- **W przypadku decyzji pozytywnej proces odwoławczy dobiegł końca.** Musimy **zezwolić na ubezpieczenie leków** zatwierdzone przez Radę albo udzielić go **w ciągu 72 godzin (24 godzin w przypadku odwołań w trybie przyspieszonym) albo dokonać płatności w ciągu 30 dni kalendarzowych** od otrzymania decyzji.
- **Jeżeli odpowiedź będzie odmowna albo jeżeli Rada odmówi ponownego rozpatrzenia, proces odwoławczy może, lecz nie musi się zakończyć.**
 - Jeśli zdecydują się Państwo zaakceptować decyzję o odrzuceniu odwołania, proces odwoławczy zostanie zakończony.
 - Jeśli nie chcą Państwo zaakceptować decyzji, mogą Państwo przejść do kolejnego etapu procesu weryfikacji. Jeżeli Rada odrzuci odwołanie, otrzymają Państwo powiadomienie informujące, czy zgodnie z zasadami mogą Państwo skorzystać z odwołania 5. stopnia i jak przebiega procedura odwołania 5. stopnia.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Odwołanie 5. stopnia

Odwołanie rozpatrzy sędzia w **Federalnym Sądzie Okręgowym**.

- Sędzia przeanalizuje wszystkie informacje i podejmie decyzję o pozytywnym albo negatywnym rozpatrzeniu Państwa wniosku. Jest to ostateczna odpowiedź. Po rozpatrzeniu odwołania przez Federalny Sąd Okręgowy nie ma możliwości dalszego odwołania.

Składanie skargi

CZĘŚĆ 11 Jak złożyć skargę dotyczącą jakości opieki, czasów oczekiwania, obsługi klienta albo innych kwestii

Część 11.1 Jakiego rodzaju problemów są rozpatrywane w ramach procedury skarg

Procedura skarg służy do rozwiązywania *tylko* określonego rodzaju problemów. Obejmuje to problemy związane z jakością opieki, czasem oczekiwania i obsługą klienta. Poniżej przedstawiono przykłady problemów rozpatrywanych w procedurze skarg.

Dolegliwość:	Przykład
Jakość zapewnianej opieki medycznej	<ul style="list-style-type: none"> • Czy jakość otrzymywanej opieki (w tym opieki szpitalnej) nie jest satysfakcjonująca?
Poszanowanie Państwa prywatności	<ul style="list-style-type: none"> • Prawo do ochrony prywatności nie zostało uszanowane lub udostępniono informacje poufne członka planu.
Brak szacunku, słaba obsługa klienta albo inne negatywne zachowania	<ul style="list-style-type: none"> • Członek został potraktowany niegrzecznie lub lekceważąco. • Są Państwo niezadowolony z Działu Obsługi Ubezpieczonych? • Czy czują się Państwo zachęcany do opuszczenia planu?
Czas oczekiwania	<ul style="list-style-type: none"> • Członek ma trudności z umówieniem się na wizytę lub termin jest zbyt odległy. • Członek musiał zbyt długo czekać na lekarza, farmaceutę lub innego specjalistę. Albo na pracownika Działu Obsługi Członków albo innych pracowników planu? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Na przykład, zbyt długie oczekiwanie na obsługę telefoniczną, w poczekalni lub w gabinecie lub na receptę.
Czystość	<ul style="list-style-type: none"> • Członek jest niezadowolony z czystości lub stanu fizycznego przychodni, szpitala czy gabinetu lekarskiego.
Informacje, które Państwo od nas otrzymują	<ul style="list-style-type: none"> • Plan nie przekazał wymaganego powiadomienia. • Pisemne informacje są trudne do zrozumienia.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Dolegliwość:	Przykład
<p>Terminowość (Skargi tego rodzaju dotyczą terminowości naszych działań związanych z decyzjami w sprawie pokrycia kosztów i odwołaniami od nich)</p>	<p>Jeśli wnioskowali Państwo o decyzję w sprawie pokrycia kosztów albo złożyli Państwo odwołanie i uważają Państwo, że nie odpowiadamy wystarczająco szybko, mogą Państwo złożyć skargę na naszą opieszałość. Oto przykłady:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poprosili Państwo o <i>przyspieszoną decyzję w sprawie pokrycia kosztów</i> albo <i>odwołanie w trybie przyspieszonym</i>, a my odrzuciliśmy ten wniosek; mogą Państwo złożyć skargę. • Uważają Państwo, że nie dotrzymujemy terminów decyzji w sprawie pokrycia kosztów albo odwołań; mogą Państwo złożyć skargę. • Uważają Państwo, że nie dotrzymujemy terminów pokrycia albo zwrotu kosztów niektórych zatwierdzonych artykułów albo usług medycznych bądź leków; mogą Państwo złożyć skargę. • Jeśli członek uważa, że plan nie dotrzymał wymaganych terminów przekazania sprawy do niezależnej organizacji odwoławczej, może złożyć skargę.

Część 11.2 W jaki sposób złożyć skargę**Pojęcia prawne:**

„Skarga” jest również nazywana „zażaleniem”.

„Złożenie skargi” jest nazywane „wniesieniem zażalenia”.

„Korzystanie z procesu składania skarg” jest również nazywane „korzystaniem z procesu wnoszenia zażaleń”.

„Pilna skarga” jest nazywana „przyspieszonym zażaleniem”.

Krok 1: Należy niezwłocznie skontaktować się z nami – telefonicznie lub listownie.

- **Zwykle pierwszym krokiem jest kontakt telefoniczny z Działem Obsługi Członków pod numerem (833) 671-0440** użytkownicy TTY dzwonią pod numer **711**. Jeśli jest coś jeszcze do zrobienia, Dział Obsługi Członków poinformuje Państwa o tym.
- **Jeżeli nie chcą Państwo do nas zadzwonić (albo już to Państwo zrobili i nie są zadowoleni), mogą Państwo spisać swoją skargę i wystać ją do nas.** Jeśli złożą Państwo skargę na piśmie, odpowiemy na nią na piśmie.
- Plan postara się rozwiązać skargę przez telefon. Jeśli członek planu poprosi o odpowiedź pisemną, złoży pisemne zażalenie lub skarga dotyczy jakości opieki, plan odpowie na piśmie. Jeżeli skargi nie uda się rozwiązać przez telefon, należy skorzystać z formalnej procedury rozpatrywania skarg. Procedura ta nazywana jest Procedurą rozpatrywania zażaleń członków.

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

- Członek lub jego upoważniony przedstawiciel, jest uprawniony do złożenia zażalenia w trybie przyspieszonym, w sytuacji gdy Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) wydłuży termin wydania rozstrzygnięcia urzędowego lub decyzji w ramach ponownego rozpatrzenia sprawy, lub odrzuci wniosek o przyspieszenie rozstrzygnięcia urzędowego lub ponownego rozpatrzenia sprawy. (Plan nie może wydłużyć terminu wydawania decyzji w sprawie pokrycia kosztów lub rozpatrywania odwołania dotyczącego leku z Części B lub Części D.) Plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) odpowie na zażalenia w trybie przyspieszonym w ciągu (24) godzin od ich otrzymania.
- Plan musi odpowiedzieć na zażalenie tak szybko, jak tego wymaga dana sprawa, z uwzględnieniem stanu zdrowia członka, jednak nie później niż 30 dni po otrzymaniu skargi. Plan może wydłużyć ramy czasowe o okres do 14 dni, jeżeli członek zwróci się o wydłużenie albo jeżeli plan uzasadni potrzebę uzyskania dodatkowych informacji, a zwłoka leży w najlepszym interesie ubezpieczonego.
- **Niezależnie od tego, czy kontaktują się Państwo telefonicznie czy na piśmie, powinni Państwo natychmiast zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440** użytkownicy TTY dzwonią pod numer **711**. Skargę można złożyć w dowolnym czasie po wystąpieniu problemu, którego ona dotyczy.

Krok 2: Plan rozpatrujemy skargę i udziela odpowiedzi.

- **W miarę możliwości udzielimy odpowiedzi niezwłocznie.** W przypadku skarg składanych przez telefon, plan może być w stanie udzielić odpowiedzi już w trakcie rozmowy telefonicznej.
- **Na większość skarg odpowiadamy w ciągu 30 dni kalendarzowych.** Jeżeli plan będzie potrzebował więcej informacji, a opóźnienie będzie leżało w najlepszym interesie członka albo jeżeli członek zażąda więcej czasu, plan może odpowiedzieć na skargę w czasie dłuższym o 14 dni kalendarzowych (łącznie 44 dni kalendarzowe). Jeśli zdecydujemy się wykorzystać te dodatkowe dni, poinformujemy Państwa o tym na piśmie.
- **W przypadku skarg związanych z odmownym rozpatrzeniem przyspieszonej decyzji w sprawie pokrycia kosztów albo odwołania w trybie przyspieszonym, automatycznie potraktujemy taką skargę jako pilną.** Pilna skarga oznacza, że udzielimy na nią **odpowiedzi w ciągu 24 godzin**.
- **Jeżeli nie zgadzamy się ze skargą w całości albo w części, albo jeżeli nie przyjmujemy odpowiedzialności za problem, którego skarga dotyczy, w skierowanej do Państwa odpowiedzi wskażemy powody, którymi się kierowaliśmy.**

Część 11.3 Składanie skargi na jakość opieki do Organizacji Poprawy Jakości

Składając skargę na **jakość opieki** można skorzystać z 2 dodatkowych opcji:

- **Mogą Państwo złożyć skargę bezpośrednio do Organizacji Poprawy Jakości.** Organizacja Poprawy Jakości to grupa praktykujących lekarzy i innych ekspertów służby zdrowia opłacanych przez władze federalne, która zajmuje się sprawdzaniem i ulepszaniem poziomu opieki udzielanej pacjentom Medicare. Informacje kontaktowe podano w Rozdziale 2.

albo

- **Mogą Państwo złożyć skargę zarówno do Organizacji Poprawy Jakości, jak i do nas w tym samym czasie.**

Rozdział 9: Jak zgłosić problem albo skargę (decyzje w sprawie pokrycia kosztów, odwołania, skargi)

Część 11.4 Można również wnieść skargę do Medicare i Medicaid

Skargę na Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) można złożyć bezpośrednio do Medicare. Aby złożyć skargę do Medicare należy wejść na stronę www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Można również zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY/TDD dzwonią pod numer 1-877-486-2048.

Rozdział 10: Zakończenie członkostwa w planie

ROZDZIAŁ 10:

Zakończenie członkostwa w planie

CZĘŚĆ 1 **Zakończenie Państwa członkostwa w naszym planie**

Zakończenie członkostwa w planie Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) może mieć charakter **dobrowolny** (wybór Państwa) albo **przymusowy** (nie z własnego wyboru):

- Można wystąpić z planu na podstawie własnej decyzji o odejściu. Części 2 i 3 zawierają informacje na temat dobrowolnego zakończenia członkostwa.
- Istnieją również ograniczone sytuacje, w których jesteśmy zobowiązani do zakończenia Państwa członkostwa. W Części 5 opisano sytuacje, w których plan musi zakończyć członkostwo.

Jeśli wystąpią Państwo z naszego planu, nasz plan musi nadal zapewniać Państwu opiekę medyczną i leki na receptę, a Państwo będą nadal opłacać swój udział w kosztach do czasu zakończenia członkostwa.

CZĘŚĆ 2 **Kiedy mogą Państwo zakończyć członkostwo w naszym planie?**

Część 2.1 **Mogą Państwo być w stanie zakończyć członkostwo, ponieważ posiadają Państwo Medicare i Medicaid**

- Większość osób posiadających Medicare może zakończyć swoje członkostwo tylko w określonych okresach w roku. Ponieważ posiadają Państwo ubezpieczenie Medicaid, mogą Państwo zakończyć członkostwo w naszym planie w dowolnym miesiącu w roku, wybierając jedną z następujących możliwości w ramach Medicare:
 - Original Medicare z oddzielnym planem ubezpieczenia leków na receptę Medicare,
 - Original Medicare *bez* przystąpienia do oddzielnego planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare (jeśli wybiorą Państwo tę opcję i otrzymują Państwo Extra Help, Medicare może włączyć Państwa do planu ubezpieczenia leków, chyba że wycofali się Państwo z automatycznego włączenia) albo
 - Jeśli kwalifikują się Państwo, do zintegrowanego planu D-SNP, który zapewnia Państwu Medicare i większość lub wszystkie usługi i świadczenia Medicaid w ramach jednego planu.

Uwaga: Jeżeli wypiszą się Państwo z ubezpieczenia leków Medicare, nie będą już otrzymywać Extra Help i nie przystąpią do żadnego uznawalnego planu ubezpieczenia leków przez okres przynajmniej 63 kolejnych dni, mogą Państwo narazić się na konieczność płacenia kary za późną rejestrację do Części D, jeżeli później uzyskają ubezpieczenie leków Medicare.

- Aby uzyskać informacje na temat opcji planów Medicaid, należy zadzwonić do stanowego biura Medicaid pod numer (833) 671-0440.
- Inne opcje planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicare są dostępne w **Otwartym okresie rejestracji**. W Części 2.2 można znaleźć więcej informacji na temat otwartego okresu rejestracji.

Rozdział 10: Zakończenie członkostwa w planie

- **Członkostwo zazwyczaj kończy się pierwszego dnia kolejnego miesiąca po otrzymaniu przez plan wniosku o zmianę planu.** Rejestracja w nowym planie również zacznie obowiązywać w tym dniu.

Część 2.2 Członkostwo można zakończyć w otwartym okresie rejestracji

Członkostwo można zakończyć w **otwartym okresie rejestracji** w każdym roku. W tym czasie warto przeanalizować swoje ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie leków oraz zdecydować o ubezpieczeniu na przyszły rok.

- **Otwarty okres rejestracji trwa od 15 października do 7 grudnia.**
- **Można zachować dotychczasowe ubezpieczenie albo wprowadzić zmiany w ubezpieczeniu na nadchodzący rok.** Osoby, które zdecydują się przejść do nowego planu, mogą wybrać dowolny spośród następujących planów:
 - Inny plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare obejmujący ubezpieczenie leków albo nieobejmujący go.
 - Original Medicare z oddzielnym planem ubezpieczenia leków Medicare.
 - Original Medicare bez oddzielnego planu ubezpieczenia leków Medicare.
 - Jeśli kwalifikują się Państwo, do zintegrowanego planu D-SNP, który zapewnia Państwu Medicare i większość lub wszystkie usługi i świadczenia Medicaid w ramach jednego planu.

Otrzymują Państwo Extra Help od Medicare na opłacenie kosztów leków na receptę: Jeżeli przeniosą się Państwo do Original Medicare bez przystąpienia do oddzielnego planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare, wtedy Medicare może włączyć Państwa do planu ubezpieczenia leków, chyba że zrezygnowali Państwo z automatycznego włączenia.

Uwaga: Jeżeli wypiszą się Państwo z ubezpieczenia leków Medicare, nie będą już otrzymywać Extra Help i nie przystąpią do żadnego uznawalnego planu ubezpieczenia leków przez okres przynajmniej 63 kolejnych dni, mogą Państwo narazić się na konieczność płacenia kary za późną rejestrację do Części D, jeżeli później uzyskają ubezpieczenie leków Medicare.

- **Członkostwo w naszym planie zakończy się** z chwilą rozpoczęcia obowiązywania ubezpieczenia w ramach nowego planu, to znaczy w dniu 1 stycznia.

Część 2.3 Członkostwo można zakończyć w otwartym okresie rejestracji Medicare Advantage

Podczas **otwartego okresu rejestracji Medicare Advantage** w każdym roku można dokonać *jednej* zmiany w ubezpieczeniu zdrowotnym.

- **Otwarty okres rejestracji Medicare Advantage** trwa od 1 stycznia do 31 marca, a także obejmuje nowych świadczeniobiorców Medicare, którzy są zapisani do planu MA, od miesiąca uzyskania uprawnień do Części A i Części B do ostatniego dnia trzeciego miesiąca uzyskania uprawnień.
- **Podczas otwartego okresu rejestracji Medicare Advantage** mogą Państwo:
 - Przejść na inny plan Medicare Advantage z opcją ubezpieczenia leków albo bez tej opcji.
 - Wypisać się z naszego planu i korzystać z ubezpieczenia Original Medicare. Osoby, które w tym okresie przejdą do Original Medicare, mogą również w tym samym czasie przystąpić do oddzielnego planu ubezpieczenia leków Medicare.

Rozdział 10: Zakończenie członkostwa w planie

- **Członkostwo zakończy się** pierwszego dnia kolejnego miesiąca po zapisaniu się do innego planu Medicare Advantage albo otrzymaniu przez plan wniosku o przejście do Original Medicare. Jeśli zdecydują się Państwo również zapisać do planu ubezpieczenia leków Medicare, Państwa członkostwo w planie rozpocznie się pierwszego dnia miesiąca po otrzymaniu przez plan ubezpieczenia leków Państwa wniosku o rejestrację.

Część 2.4 W pewnych sytuacjach mogą Państwo zakończyć członkostwo w specjalnym okresie rejestracji

W pewnych sytuacjach członkostwo w planie można zakończyć w innym czasie. Ten okres nazywa się **specjalnym okresem rejestracji**.

Podczas specjalnego okresu rejestracji członkostwo można zakończyć w następujących przypadkach. Są to tylko przykładowe sytuacje. Pełną listę można uzyskać, kontaktując się z planem, dzwoniąc do Medicare albo odwiedzając stronę www.Medicare.gov.

- Zazwyczaj w przypadku przeprowadzki
- W przypadku posiadania New York Medicaid
- Jeśli kwalifikują się Państwo do korzystania z programu Extra Help w celu pokrycia kosztów ubezpieczenia leków Medicare
- W przypadku naruszenia przez nas umowy z Państwem
- Jeśli korzystają Państwo z opieki w placówce, takiej jak dom opieki albo szpitalna placówka opieki długoterminowej (LTC)
- Jeżeli członek zapisze się do Programu kompleksowej opieki nad osobami starszymi (Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Uwaga:** Osoby uczestniczące w programie zarządzania lekami mogą być uprawnione do skorzystania tylko z określonych specjalnych okresów rejestracji. W części 10 Rozdziału 5 znajduje się więcej informacji o programach zarządzania lekami.
- **Uwaga:** W części 2.1 dowiedzą się Państwo więcej o specjalnym okresie rejestracji dla osób z Medicaid.

Czas trwania okresów zapisów różni się w zależności od Państwa sytuacji.

Aby sprawdzić swoje uprawnienia do specjalnego okresu rejestracji, należy zadzwonić do Medicare pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048. Osoby uprawnione do zakończenia członkostwa z powodu szczególnej sytuacji, mogą zmienić zarówno swoje ubezpieczenie zdrowotne Medicare, jak i ubezpieczenie leków. Mogą one wybrać:

- Inny plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare obejmujący ubezpieczenie leków albo nieobejmujący go,
- Original Medicare z oddzielnym planem ubezpieczenia leków Medicare,
- Original Medicare bez oddzielnego planu ubezpieczenia leków Medicare.
- Jeśli kwalifikują się Państwo, do zintegrowanego planu D-SNP, który zapewnia Państwu Medicare i większość lub wszystkie usługi i świadczenia Medicaid w ramach jednego planu.

Rozdział 10: Zakończenie członkostwa w planie

Uwaga: Jeżeli wypiszą się Państwo z ubezpieczenia leków Medicare, nie będą już otrzymywać Extra Help i nie przystąpią do żadnego uznawalnego planu ubezpieczenia leków przez okres przynajmniej 63 kolejnych dni, mogą Państwo narazić się na konieczność płacenia kary za późną rejestrację do Części D, jeżeli później uzyskają ubezpieczenie leków Medicare.

Jeśli korzystają Państwo z programu Extra Help Medicare w celu opłacania kosztów leków objętych ubezpieczeniem: Jeżeli przeniosą się Państwo do Original Medicare bez przystąpienia do oddzielnego planu ubezpieczenia leków Medicare, wtedy Medicare może włączyć Państwa do planu ubezpieczenia leków, chyba że zrezygnowali Państwo z automatycznego włączenia.

Członkostwo zazwyczaj kończy się pierwszego dnia miesiąca po Państwa wniosku o zmianę planu.

Uwaga: W Częściach 2.1 i 2.2 dowiedzą się Państwo więcej o specjalnym okresie rejestracji dla osób korzystających z Medicaid i Extra Help.

Część 2.5 Więcej informacji na temat terminu zakończenia członkostwa

W przypadku pytań dotyczących zakończenia członkostwa w planie można:

- **Zadzwoń do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).**
- Zapoznać się z informacjami w publikacji *Medicare & You 2026*.
- Zadzwoń do **Medicare** pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048).

CZĘŚĆ 3 Jak zakończyć członkostwo w naszym planie

W poniższej tabeli wyjaśniono, w jaki sposób można zakończyć członkostwo w naszym planie.

Jeśli chcą Państwo zmienić nasz plan na:	Co należy zrobić:
Inny plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Zapisać się do nowego planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicare. • Zostaną Państwo automatycznie wyrejestrowani z planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) w momencie rozpoczęcia ochrony w ramach nowego planu.
Original Medicare z oddzielnym planem ubezpieczenia leków Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Zapisać się do nowego planu ubezpieczenia leków Medicare. • Zostaną Państwo automatycznie wyrejestrowani z planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) w momencie rozpoczęcia ochrony w ramach nowego planu ubezpieczenia leków.

Rozdział 10: Zakończenie członkostwa w planie

Jeśli chcą Państwo zmienić nasz plan na:	Co należy zrobić:
Original Medicare <i>bez</i> oddzielnego planu ubezpieczenia leków Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Wystać do nas pisemny wniosek o wyrejestrowanie. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby uzyskać więcej informacji na temat tego, jak to zrobić. • Można również zadzwonić do Medicare pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) i poprosić o wyrejestrowanie. Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048. • Zostaną Państwo wyrejestrowani z planu Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) w momencie rozpoczęcia ochrony w ramach Original Medicare.

Uwaga: Jeżeli wypiszą się Państwo z ubezpieczenia leków Medicare, nie będą już otrzymywać Extra Help i nie przystąpią do żadnego uznawalnego planu ubezpieczenia leków przez okres przynajmniej 63 kolejnych dni, mogą Państwo narazić się na konieczność płacenia kary za późną rejestrację do Części D, jeżeli później uzyskają ubezpieczenie leków Medicare.

W przypadku pytań dotyczących świadczeń Medicaid należy skontaktować się z New York Medicaid pod numerem (800) 505-5678, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 albo Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, od poniedziałku do piątku w godzinach 8:30 a.m. – 8 p.m., w soboty w godzinach 10 a.m. – 6 p.m. Należy zapytać, w jaki sposób przystąpienie do innego planu albo powrót do Original Medicare wpływa na ubezpieczenie Medicaid.

CZĘŚĆ 4 Aż do zakończenia członkostwa w planie należy nadal uzyskiwać artykuły medyczne, usługi medyczne i leki za pośrednictwem naszego planu

Do czasu zakończenia członkostwa w Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) i rozpoczęcia nowego ubezpieczenia Medicare należy nadal otrzymywać artykuły medyczne, usługi i leki na receptę za pośrednictwem naszego planu.

- **Po opiekę medyczną należy w dalszym ciągu zgłaszać się do świadczeniodawców należących do sieci.**
- **Recepty należy w dalszym ciągu realizować w aptekach należących do sieci.**
- **W przypadku osób, które w dniu zakończenia członkostwa są hospitalizowane, plan będzie pokrywał ich pobyt w szpitalu do czasu wypisania** (nawet jeśli zostaną wypisane po wejściu w życie nowego ubezpieczenia zdrowotnego).

Rozdział 10: Zakończenie członkostwa w planie**CZĘŚĆ 5 W określonych sytuacjach plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) musi zakończyć członkostwo w planie****Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) musi zakończyć Państwa członkostwo w planie w następujących sytuacjach:**

- Jeśli nie posiadają Państwo już ubezpieczenia w ramach Medicare Part A i Part B.
- Jeśli nie kwalifikują się Państwo już do udziału w Medicaid. Zgodnie z informacjami podanymi w Części 2.1 Rozdziału 1 nasz plan jest przeznaczony dla osób, które kwalifikują się zarówno do Medicare, jak i Medicaid. Jeżeli Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) stwierdzi, że nie spełniają już Państwo *specjalnych* kryteriów kwalifikacyjnych, otrzymają Państwo powiadomienie na piśmie, w którym podany będzie powód Państwa ewentualnego wyłączenia z planu. Następnie członek będzie miał 6 miesięcy (180 dni) od daty podanej na powiadomieniu, aby zażądać ponownego rozpatrzenia swoich uprawnień do członkostwa w planie.
- Jeśli wyprowadzą się Państwo z naszego obszaru usług.
- Jeśli przebywają Państwo poza obszarem usług przez okres dłuższy niż 6 miesięcy.
 - W przypadku przeprowadzki albo długiej podróży proszę zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711), aby dowiedzieć się, czy miejsce, do którego się Państwo przeprowadzają albo podróżują, znajduje się na obszarze objętym naszym planem.
- Jeśli zostaną Państwo osadzeni w więzieniu.
- Jeśli nie są Państwo już obywatelami Stanów Zjednoczonych albo nie przebywają legalnie na terenie Stanów Zjednoczonych.
- Jeśli skłamią Państwo albo zatają informacje na temat innego posiadanego ubezpieczenia, które zapewnia ubezpieczenie leków.
- Jeśli celowo podadzą nam Państwo nieprawidłowe informacje podczas rejestracji w naszym planie, a informacje te wpłyną na Państwa uprawnienia do korzystania z naszego planu. (Nie możemy zmusić Państwa do opuszczenia naszego planu z tego powodu, chyba że wcześniej uzyskamy zgodę Medicare.)
- Jeśli stale zachowują się Państwo w sposób, który zakłóca i utrudnia nam zapewnienie opieki medycznej Państwu i innym członkom naszego planu. (Nie możemy zmusić Państwa do opuszczenia naszego planu z tego powodu, chyba że wcześniej uzyskamy zgodę Medicare.)
- Członek pozwala innej osobie korzystać ze swojej karty członkowskiej w celu uzyskania opieki medycznej. (Nie możemy zmusić Państwa do opuszczenia naszego planu z tego powodu, chyba że wcześniej uzyskamy zgodę Medicare.)
 - Przypadki osób, które zostaną usunięte z planu z tego powodu, mogą zostać przekazane przez Medicare do zbadania przez inspektora generalnego.
- Jeśli są Państwo zobowiązani do zapłaty dodatkowej kwoty z tytułu Części D ze względu na swoje dochody, a Państwo jej nie zapłacą, Medicare wyrejestruje Państwa z naszego planu.

Jeśli mają Państwo pytania albo chcą uzyskać więcej informacji na temat tego, kiedy możemy zakończyć Państwa członkostwo, należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711).

Rozdział 10: Zakończenie członkostwa w planie

Część 5.1 Nie możemy zażądać, aby ktokolwiek opuścił plan z jakichkolwiek względów zdrowotnych

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nie ma prawa żądać od członków rezygnacji z planu ze względów zdrowotnych.

Co należy zrobić w takiej sytuacji?

Osoby, które uważają, że zostały poproszone o zrezygnowanie z członkostwa w planie ze względów zdrowotnych, powinny zadzwonić do Medicare pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Użytkownicy TTY dzwonią pod numer 1-877-486-2048.

Część 5.2 Mają Państwo prawo do złożenia skargi, jeśli zakończymy Państwa członkostwo w naszym planie

Jeżeli plan zakończy członkostwo ubezpieczonego w planie, musi zawiadomić go na piśmie o przyczynach. Musi również wyjaśnić, w jaki sposób można złożyć zażalenie lub skargę na decyzję planu o zakończeniu członkostwa.

Rozdział 11: Powiadomienia prawne

ROZDZIAŁ 11:

Powiadomienia prawne

CZĘŚĆ 1 Informacja o prawie właściwym

Podstawowym prawem mającym zastosowanie do niniejszych Warunków ubezpieczenia jest Tytuł XVIII Ustawy o ubezpieczeniach społecznych oraz przepisy uchwalone na mocy Ustawy o ubezpieczeniach społecznych przez Centra Usług Medicare i Medicaid (CMS). Ponadto mogą mieć zastosowanie inne przepisy federalne oraz, w pewnych okolicznościach, przepisy stanu, w którym Państwo mieszkają. Może to mieć wpływ na Państwa prawa i obowiązki, nawet jeśli przepisy te nie zostały uwzględnione albo wyjaśnione w niniejszym dokumencie.

CZĘŚĆ 2 Informacja o braku dyskryminacji

Nie dyskryminujemy ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, kolor skóry, wyznanie, płeć, wiek, niepełnosprawność psychiczną albo fizyczną, stan zdrowia, historię w zakresie roszczeń, historię choroby, informacje genetyczne, dowód podlegania ubezpieczeniu czy położenie geograficzne w obszarze usług. Wszystkie organizacje, które udostępniają plany Medicare Advantage, takie jak nasz plan, muszą przestrzegać federalnych przepisów przeciwko dyskryminacji, w tym tytułu VI Ustawy o prawach obywatelskich z 1964 r., Ustawy o rehabilitacji z 1973 r., Ustawy o zakazie dyskryminacji ze względu na wiek z 1975 r., Ustawy o niepełnosprawnych Amerykanach, części 1557 Ustawy o przystępnej cenie opieki, wszystkich innych przepisów, które mają zastosowanie do organizacji, które otrzymują fundusze federalne, oraz wszelkich innych przepisów i zasad, które mają zastosowanie z jakiegokolwiek innego powodu.

Aby uzyskać więcej informacji albo zgłosić obawy dotyczące dyskryminacji albo niesprawiedliwego traktowania, należy zadzwonić do **Office for Civil Rights** przy Department of Health and Human Services pod numer 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) albo do lokalnego Office for Civil Rights. Mogą Państwo również zapoznać się z informacjami Office for Civil Rights przy Department of Health and Human Services pod adresem www.HHS.gov/ocr/index.html.

Osoby z niepełnosprawnościami potrzebujące pomocy w uzyskaniu dostępu do opieki powinny zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod numer (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711). Skargi, takie jak problemy z dostępem dla wózków inwalidzkich, należy również kierować do Działu Obsługi Ubezpieczonych.

CZĘŚĆ 3 Powiadomienie o prawach subrogacji drugiego płatnika Medicare

Mamy prawo i obowiązek pobierania opłat za objęte ubezpieczeniem Medicare świadczenia, w przypadku których Medicare nie jest głównym płatnikiem. Zgodnie z przepisami CMS w tytule 42 CFR, ustępy 422.108 i 423.462, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), jako organizacja Medicare Advantage, będzie korzystać z tych samych praw do odzyskiwania należności, z jakich korzysta Minister na mocy przepisów CMS w podczęściach od B do D części 411 tytułu 42 CFR, a zasady ustanowione w tym ustępie zastępują wszelkie przepisy stanowe.

Rozdział 12: Definicje

ROZDZIAŁ 12: Definicje

Ambulatoryjny ośrodek chirurgiczny – ambulatoryjny ośrodek chirurgiczny to podmiot działający wyłącznie w celu świadczenia ambulatoryjnych usług chirurgicznych pacjentom niewymagającym hospitalizacji, których przewidywany pobyt w ośrodku nie przekracza 24 godzin.

Odwołanie – Odwołanie to środek, z którego mogą Państwo skorzystać, jeśli nie zgadzają się z naszą decyzją o odrzuceniu wniosku o refundację usług opieki zdrowotnej albo leków na receptę bądź płatność za zapewnione już usługi albo leki. Odwołanie można również złożyć w przypadku, gdy nie zgadzają się Państwo z naszą decyzją o zakończeniu świadczenia dotychczas otrzymywanych usług.

Okres świadczeń – sposób, w jaki plan i Original Medicare mierzą korzystanie przez Państwa z usług szpitalnych i w specjalistycznej placówce opiekuńczej (SNF). Okres świadczeń zaczyna się w dniu przyjęcia do szpitala lub specjalistycznej placówki opiekuńczej. Okres świadczeń kończy się, gdy nie otrzymałeś żadnej opieki szpitalnej (lub wykwalifikowanej opieki w SNF) przez 60 dni z rzędu. W przypadku przyjęcia do szpitala lub specjalistycznej placówki opiekuńczej po zakończeniu jednego okresu świadczeń, rozpoczyna się nowy okres świadczeń. Nie ma limitu liczby okresów świadczeń.

Produkt biologiczny – lek na receptę, który jest wytwarzany z naturalnych i żywych źródeł, takich jak komórki zwierzęce, komórki roślinne, bakterie albo drożdże. Produkty biologiczne są bardziej złożone niż inne leki i nie można ich dokładnie skopiować, dlatego ich alternatywne formy nazywane są lekami biopodobnymi. (patrz definicje „**Oryginalny produkt biologiczny**” oraz „**Produkt biopodobny**”).

Produkt biopodobny – produkt biologiczny, który jest bardzo podobny, ale nie identyczny z oryginalnym produktem biologicznym. Produkty biopodobne są tak samo bezpieczne i skuteczne jak oryginalny produkt biologiczny. Niektórymi produktami biopodobnymi można zastąpić oryginalny produkt biologiczny w aptece bez konieczności uzyskania nowej recepty (patrz „**Zamienny produkt biopodobny**”).

Lek markowy – lek wydawany na receptę, wytwarzany i sprzedawany przez firmę farmaceutyczną, która go wynalazła i wdrożyła do produkcji. Leki markowe zawierają takie same składniki czynne, co ich wersje generyczne. Jednak leki generyczne są wytwarzane i sprzedawane przez innych producentów i zwykle są dostępne dopiero po wygaśnięciu patentu na lek markowy.

Etap ubezpieczenia kosztów skrajnych – etap świadczeń lekowych w ramach Części D, który rozpoczyna się, gdy Państwo (albo inne uprawnione osoby w Państwa imieniu) zapłacili kwotę \$2,100 za leki refundowane w ramach Części D w roku ubezpieczeniowym.

Centra Usług Medicare i Medicaid (CMS) – Agencja federalna, która zarządza programem Medicare.

Współubezpieczenie – kwota, wyrażona w procentach (na przykład 20%), którą mogą być Państwo zmuszeni zapłacić jako swój udział w kosztach usług albo leków na receptę.

Skarga – formalne określenie złożenia skargi **to wniesienie zażalenia**. Procedura skarg służy do rozwiązywania tylko określonego rodzaju problemów. Obejmuje to problemy związane z jakością opieki, czasem oczekiwania i obsługą klienta. Obejmuje to również skargi, jeśli nasz plan nie przestrzega terminów procesu odwoławczego.

Rozdział 12: Definicje

Kompleksowy ośrodek rehabilitacji ambulatoryjnej (CORF) — placówka zapewniająca głównie usługi rehabilitacyjne po chorobie albo urazie, w tym fizjoterapię, usługi socjalne albo psychologiczne, terapię oddechową, terapię zajęciową, terapię logopedyczną oraz usługi oceny środowiska domowego.

Współpłatność – kwota, którą mogą być Państwo zmuszeni zapłacić jako swój udział w kosztach usług albo materiałów medycznych, takich jak wizyta u lekarza, wizyta w przychodni przyszpitalnej czy lek na receptę. Dopłata stanowi określoną kwotę (np. \$10), a nie procent.

Udział w kosztach – udział w kosztach to kwota, jaką członek musi zapłacić za zapewnianą usługę albo lek. Udział w kosztach obejmuje dowolne kombinacje następujących 3 rodzajów płatności: (1) udziały własne, jakich plan może wymagać zanim zrefunduje usługi lub leki; (2) stałe dopłaty, których plan wymaga w chwili zapewniania określonej usługi lub leku; lub (3) kwota współubezpieczenia, stanowiąca procent całej kwoty zapłaconej za usługę lub lek, której plan wymaga w chwili otrzymania określonej usługi lub leku.

Poziom udziału w kosztach – każdy lek umieszczony w wykazie leków objętych ubezpieczeniem należy do jednego z 6 (sześciu) poziomów udziału w kosztach. Zasadniczo im wyższa kategoria udziału w kosztach, tym wyższy koszt leku Państwo ponoszą.

Decyzja w sprawie pokrycia kosztów – decyzja dotycząca tego, czy przepisany lek jest refundowany przez plan oraz czy i ile muszą Państwo zapłacić za receptę. Ogólnie rzecz biorąc, jeśli przyniosą Państwo receptę do apteki, a apteka powie Państwu, że recepta nie jest objęta Państwa planem, nie jest to decyzja w sprawie pokrycia kosztów. Muszą Państwo zadzwonić albo napisać do naszego planu, aby poprosić o formalną decyzję w sprawie pokrycia kosztów. Rozstrzygnięcia refundacyjne są w tym dokumencie określane jako decyzje w sprawie pokrycia kosztów.

Leki objęte ubezpieczeniem – to pojęcie obejmuje wszystkie leki refundowane przez nasz plan.

Usługi objęte ubezpieczeniem – to pojęcie obejmuje wszystkie usługi opieki zdrowotnej i materiały refundowane przez plan.

Uznawalne ubezpieczenie leków na receptę – ubezpieczenie leków na receptę (na przykład opłacane przez pracodawcę albo związek zawodowy), które przeciętnie pokryje koszty przynajmniej w takiej wysokości co w ramach standardowego ubezpieczenia leków na receptę Medicare. Osoby posiadające tego rodzaju ubezpieczenie w chwili, gdy nabywają uprawnienia do Medicare mogą zwykle zachować je nie płacąc kary, jeżeli postanowią zapisać się później do planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare.

Usługi opiekuńcze – Usługi opiekuńcze to opieka osobista świadczona w domu opieki, hospicjum albo innej placówce, w sytuacji gdy pacjent nie wymaga wykwalifikowanej opieki medycznej ani wykwalifikowanej opieki pielęgniarskiej. Usługi opiekuńcze, zapewniane przez osoby bez profesjonalnych umiejętności albo szkolenia, obejmują pomoc w czynnościach życia codziennego, takich jak kąpiel, ubieranie się, jedzenie, kładzenie się/siadanie albo wstawanie z łóżka albo krzesła, poruszanie się i korzystanie z łazienki. Mogą również obejmować elementy opieki zdrowotnej, jaką większość osób jest w stanie wykonać samodzielnie, na przykład zakraplanie kropli do oczu. Medicare nie płaci za usługi opiekuńcze.

Dzienna stawka udziału w kosztach – dzienna stawka udziału w kosztach może mieć zastosowanie w przypadku, gdy lekarz przepisze zapas określonych leków na okres krótszy niż pełny miesiąc, a Państwo mają obowiązek opłacenia dopłaty. Dzienna stawka udziału w kosztach to kwota dopłaty podzielona przez liczbę dni w miesięcznym zapasie leków. Spójrzmy na przykład: Jeśli dopłata za zapas leku na jeden miesiąc wynosi \$30, a zapas na jeden miesiąc to zapas na 30 dni, wówczas „dzienna stawka udziału w kosztach” wynosi \$1 dziennie.

Rozdział 12: Definicje

Wypisanie się albo **Wyrejestrowanie z planu** – proces zakończenia członkostwa w planie.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – rodzaj planu, który obejmuje osoby uprawnione zarówno do Medicare (Tytuł XVIII Ustawy o ubezpieczeniach społecznych), jak i pomocy medycznej z planu stanowego w ramach Medicaid (Tytuł XIX). Stany pokrywają część albo całość kosztów programu Medicare, w zależności od konkretnego stanu i kwalifikowalności danej osoby.

Osoba podwójnie uprawniona – osoba, która kwalifikuje się do ubezpieczenia Medicare i Medicaid.

Trwały sprzęt medyczny (DME) – określony sprzęt medyczny zamawiany przez lekarza ze względów medycznych. Są to między innymi balkoniki (chodziki), wózki inwalidzkie, kule, zasilane systemy materacy, materiały dla diabetyków, pompy infuzyjne, generatory mowy, sprzęt do podawania tlenu, nebulizatory lub łóżka szpitalne zamawiane przez lekarza do użytku w domu.

Nagły przypadek – Nagły przypadek medyczny ma miejsce wtedy, gdy Państwo albo inna działająca rozsądnie niebędąca fachowcem i posiadająca przeciętną znajomość zagadnień zdrowia i medycyny, uważa, że mają Państwo objawy wymagające natychmiastowej pomocy medycznej, aby zapobiec utracie życia (a w przypadku ciężarnej kobiety, utracie nienarodzonego dziecka), utracie kończyny albo funkcji kończyny, albo utracie albo poważnemu upośledzeniu funkcji ciała. Objawy medyczne mogą obejmować chorobę, uraz, ostry ból albo schorzenie, który się szybko pogarsza.

Opieka w nagłych przypadkach – usługi objęte ubezpieczeniem i: 1) zapewniane przez świadczeniodawcę z uprawnieniami do świadczenia usług w nagłych przypadkach; oraz 2) potrzebne do leczenia, oceny albo ustabilizowania nagłego schorzenia.

Warunki ubezpieczenia (EOC) i ujawnianie informacji – ten dokument wraz z formularzem zapisu i innymi załącznikami, aneksami i innymi wybranymi dodatkowymi opcjami ubezpieczenia, który wyjaśnia zakres ubezpieczenia, obowiązki planu oraz prawa i obowiązki członków planu.

Odstępstwo – rodzaj decyzji w sprawie pokrycia kosztów, która, o ile zostanie wydana, pozwala uzyskać lek, który nie figuruje w spisie leków planu (wyjątek od spisu leków) albo uzyskać lek niepreferowany przy niższym udziale w kosztach (wyjątek od poziomu udziału w kosztach). Mogą Państwo również wnioskować o wyjątek, jeśli nasz plan wymaga, aby wypróbowali Państwo inny lek przed otrzymaniem leku, o który Państwo wnioskują, jeśli nasz plan wymaga wcześniejszej zgody na lek i chcą Państwo, abyśmy odstąpili od ograniczenia kryteriów albo jeśli nasz plan ogranicza ilość albo dawkę leku, o który Państwo wnioskują (wyjątek od receptariusza).

Extra Help – Program Medicare mający na celu pomóc osobom o ograniczonych dochodach i zasobach w pokryciu kosztów programu leków na receptę Medicare, takich jak składki, wkład własny i współubezpieczenie.

Lek generyczny – lek na receptę dopuszczony do obrotu przez FDA jako zawierający tę samą substancję czynną, co lek markowy. Lek generyczny działa tak samo jak lek markowy, lecz zwykle jest tańszy.

Domowa opieka zdrowotna – Osoba świadcząca usługi niewymagające umiejętności dyplomowanej pielęgniarki albo terapeuty, np. pomoc w higienie osobistej (np. pomoc przy kąpielach, korzystaniu z toalety, ubieraniu się, czy wykonywaniu zaleconych ćwiczeń).

Hospicjum – świadczenie zapewniające specjalne leczenie dla członka, który został pod względem medycznym uznany za nieuleczalnie chorego, co oznacza, że jego oczekiwana długość życia wynosi 6 miesięcy albo mniej. Nasz plan ma obowiązek dostarczyć Państwu listę hospicjów w Państwa obszarze geograficznym. Jeśli zdecydują się Państwo na hospicjum i nadal będą Państwo opłacać składki, nadal będą

Rozdział 12: Definicje

Państwo członkiem naszego planu. Nadal będą Państwo mogli uzyskać wszystkie usługi niezbędne ze względu na medyczne, a także świadczenia uzupełniające oferowane przez plan.

Hospitalizacja – pobyt w szpitalu po formalnym przyjęciu do szpitala albo ośrodka wyspecjalizowanej opieki medycznej. Nawet w przypadku pozostania w szpitalu na noc, pacjenci nadal mogą być uznawani za pacjentów ambulatoryjnych.

Kwota miesięcznej korekty związana z dochodami (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – jeżeli Państwa zmodyfikowany, skorygowany dochód brutto zgłoszony w zeznaniu podatkowym IRS sprzed 2 lat wynosi więcej niż określona kwota, zapłacą Państwo standardową składkę oraz dodatkową kwotę miesięcznej korekty związaną z dochodami, tzw. IRMAA. IRMAA to dodatkowa opłata doliczana do składki. Sytuacja ta dotyczy mniej niż 5% osób korzystających z Medicare, tak więc większość członków nie będzie płacić wyższej składki.

Etap początkowego ubezpieczenia – jest to etap przed osiągnięciem progu kosztów własnych na dany rok.

Początkowy okres rejestracji – okres, w którym nabywają Państwo po raz pierwszy uprawnień do Medicare i mogą się zapisać do Medicare Part A i Part B. W przypadku osób uprawnionych do Medicare w chwili ukończenia 65 lat, początkowy okres rejestracji to 7-miesięczny okres, który zaczyna się na 3 miesiące przed miesiącem 65. urodzin, obejmuje miesiąc 65. urodzin i kończy się 3 miesiące po miesiącu 65. urodzin.

Zintegrowany D-SNP – D-SNP, który obejmuje Medicare i większość albo wszystkie usługi Medicaid w ramach jednego planu ubezpieczenia zdrowotnego dla niektórych grup osób kwalifikujących się zarówno do Medicare, jak i Medicaid. Osoby te są również określane jako podwójnie uprawnione osoby o pełnych uprawnieniach do świadczeń.

Zażalenie złożone – rodzaj skargi na plan, świadczeniodawców albo apteki, w tym skargi na jakość zapewnianej opieki. Nie obejmuje to sporów dotyczących zakresu ubezpieczenia albo płatności.

Zamienny produkt biopodobny – produkt biopodobny, który może być stosowany jako zamiennik oryginalnego produktu biopodobnego w aptece bez konieczności wystawiania nowej recepty, ponieważ spełnia dodatkowe wymagania związane z możliwością automatycznej zamiany. Automatyczna zamiana w aptece podlega prawu stanowemu.

Wykaz leków objętych ubezpieczeniem (Wykaz leków albo Spis leków) – spis leków na receptę objętych ubezpieczeniem przez nasz plan.

Dotacje dla osób o niskim przychodzie (LIS) – patrz „Extra Help”.

Manufacturer Discount Program – program, w ramach którego producenci leków płacą część pełnego kosztu uwzględnionego w planie za refundowane leki markowe i leki biologiczne w ramach Części D. Zniżki opierają się na umowach między rządem federalnym a producentami leków.

Maksymalna kwota wydatków własnych – Maksymalna kwota, jaką w roku kalendarzowym płacą Państwo z własnej kieszeni za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B. Kwoty płacone przez Państwa za składki w ramach planu, składki na Medicare Part A i Part B oraz leki na receptę nie wliczają się do maksymalnej kwoty kosztów własnych. Osoby kwalifikujące się do pomocy Medicaid w udziale w kosztach za usługi Medicare nie odpowiadają za opłacenie żadnych kosztów własnych na poczet maksymalnej kwoty wydatków własnych za usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Części A i Części B. (**Uwaga:** Ponieważ nasi członkowie otrzymują również pomoc z Medicaid, bardzo niewielu z nich osiąga tę maksymalną kwotę kosztów własnych.)

Rozdział 12: Definicje

Medicaid (albo Medical Assistance) – wspólny program federalny i stanowy pomagający pokryć koszty opieki medycznej osobom o niskich dochodach i ograniczonych środkach materialnych. Programy Medicaid różnią się w zależności od stanu, jednak w przypadku osób kwalifikujących się zarówno do Medicare jak i Medicaid, większość kosztów opieki zdrowotnej jest objęta ubezpieczeniem.

Medycznie uzasadnione wskazanie – zastosowanie leku dopuszczone przez FDA albo wspierane przez określone źródła, takie jak American Hospital Formulary Service Drug Information i system informacji Micromedex DRUGDEX.

Niezbędne ze względów medycznych – usługi, środki albo leki potrzebne do zapobiegania, zdiagnozowania albo leczenia schorzenia medycznego i spełniające przyjęte standardy praktyki medycznej.

Medicare – federalny program ubezpieczeń zdrowotnych dla osób w wieku od 65 lat, dla niektórych osób z określonymi niepełnosprawnościami w wieku poniżej 65 lat oraz dla osób ze schyłkową niewydolnością nerek (zwykle z przewlekłą niewydolnością nerek wymagającą dializy albo przeszczepienia nerki).

Otwarty okres rejestracji Medicare Advantage – okres od 1 stycznia do 31 marca, w którym członkowie planu Medicare Advantage mogą anulować rejestrację w planie i przejść do innego planu Medicare Advantage albo uzyskać ubezpieczenie w ramach Original Medicare. Osoby, które zdecydują się w tym czasie przejść do Original Medicare, mogą również w tym samym czasie przystąpić do oddzielnego planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare. Otwarty okres rejestracji Medicare Advantage jest również dostępny przez 3 miesiące po tym, jak dana osoba po raz pierwszy zakwalifikuje się do Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA) – czasami nazywany Medicare Part C. Plan oferowany przez prywatną firmę w ramach kontraktu z Medicare na udzielanie członkom wszystkich świadczeń Medicare Part A i Part B. Plan Medicare Advantage może być (i) planem HMO, (ii) planem PPO, (iii) planem Private Fee-for-Service (PFFS) lub (iv) planem Medicare Medical Savings Account (MSA). Oprócz wymienionych wyżej opcji planów, plan Medicare Advantage HMO lub PPO może również być planem dla osób ze specjalnymi potrzebami (SNP). W większości przypadków plany Medicare Advantage oferują również plan Medicare Część D (ubezpieczenie leków na receptę). Plany te określane są jako plany **Medicare Advantage z ubezpieczeniem leków na receptę**.

Usługi objęte ubezpieczeniem przez Medicare – usługi objęte ubezpieczeniem (inaczej pokrywane albo refundowane) przez Medicare Part A i Part B. Wszystkie plany ubezpieczenia zdrowotnego Medicare muszą pokrywać usługi objęte ubezpieczeniem Medicare Part A i Part B. Termin usługi objęte ubezpieczeniem Medicare nie obejmuje dodatkowych świadczeń takich jak usługi okulistyczne, stomatologiczne albo związane ze słuchem, które mogą być oferowane przez plan Medicare Advantage.

Plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare – plan ubezpieczenia zdrowotnego Medicare oferowany przez prywatną spółkę, która zawarła umowę z Medicare na udzielanie świadczeń w Części A i B osobom korzystającym z Medicare i zapisanym do naszego planu. Termin ten obejmuje wszystkie plany Medicare Advantage Plan, Medicare Cost Plan, Special Needs Plan, Demonstration/Pilot Program oraz Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Ubezpieczenie leków na receptę Medicare (Medicare Part D) – ubezpieczenie, które pomaga w opłatach za stosowane w warunkach ambulatoryjnych leki na receptę, szczepionki, produkty biologiczne oraz niektóre środki niepokrywane przez Medicare Part A albo Part B.

Polisa Medigap (Uzupełniające ubezpieczenie Medicare) – uzupełniające ubezpieczenie Medicare sprzedawane przez prywatne firmy ubezpieczeniowe, aby wypełnić „luki” w ubezpieczeniu Original Medicare. Polisy Medigap działają tylko łącznie z Original Medicare. (Plan Medicare Advantage nie jest polisą Medigap.)

Rozdział 12: Definicje

Członek (członek planu) — osoba posiadająca ubezpieczenie Medicare, której przysługują usługi objęte ubezpieczeniem i która zapisała się do naszego planu oraz której zapis został potwierdzony przez Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Dział Obsługi Członków – dział naszego planu odpowiedzialny za udzielanie członkom informacji na temat członkostwa, świadczeń, zażaleń i odwołań.

Apteka należąca do sieci – apteka, która zawarła umowę z planem, w której członkowie planu mogą realizować świadczenia związane z lekami na receptę. W większości przypadków recepty są objęte ubezpieczeniem tylko wówczas, gdy są realizowane w jednej z aptek należących do sieci.

Świadczeniodawca należący do sieci – świadczeniodawca to ogólny termin obejmujący lekarzy, innych specjalistów opieki zdrowotnej, szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej, licencjonowane albo certyfikowane przez Medicare i przez stan do świadczenia usług opieki zdrowotnej. **Świadczeniodawcy należący do sieci** zawarli z planem umowę, w której zgadzają zaakceptować nasze płatności jako pełną zapłatę, a w niektórych przypadkach koordynować i świadczyć usługi objęte ubezpieczeniem na rzecz członków naszego planu. Świadczeniodawcy należący do sieci są również określane jako **świadczeniodawcy planu**.

Rozstrzygnięcie urzędowe – Decyzja podejmowana przez nasz plan dotycząca tego, czy artykuły albo usługi są objęte ubezpieczeniem albo ile trzeba zapłacić za objęte ubezpieczeniem artykuły albo usługi. Rozstrzygnięcia urzędowe są w tym dokumencie nazywane „decyzjami w sprawie pokrycia kosztów”.

Oryginalny produkt biologiczny – produkt biologiczny, który został dopuszczony do obrotu przez FDA i służy jako produkt porównawczy dla producentów wytwarzających wersję biopodobną. Jest on również nazywany produktem porównawczym.

Original Medicare (Traditional Medicare albo „plan opłat za usługi Medicare”) – Original Medicare jest programem rządowym, a nie prywatnym planem ubezpieczenia zdrowotnego takim jak plan Medicare Advantage oraz plany ubezpieczenia leków na receptę. Usługi Medicare zapewniane w ramach Original Medicare są refundowane poprzez płatności na rzecz lekarzy, szpitali i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej, według cennika ustalonego przez Kongres. Członkowie mogą udać się do dowolnego lekarza, szpitala lub innego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, który akceptuje Medicare. Członków obowiązuje udział własny. Medicare płaci swój udział w kwocie zatwierdzonej przez Medicare, a pacjent płaci swoją część. Original Medicare składa się z 2 części: Część A (ubezpieczenie szpitalne) oraz Część B (ubezpieczenie medyczne) i jest dostępne na terenie całych Stanów Zjednoczonych.

Apteka nienależąca do sieci – apteka niezwiązana z naszym planem umową na koordynowanie albo zapewnianie członkom naszego planu leków objętych ubezpieczeniem. Większość leków, które otrzymują Państwo z aptek nienależących do sieci, nie jest objęta naszym planem, chyba że spełnione są określone warunki.

Świadczeniodawca nienależący do sieci albo Placówka nienależąca do sieci – świadczeniodawca albo placówka niezwiązana z naszym planem umową na koordynowanie albo świadczenie członkom planu usług objętych ubezpieczeniem. Świadczeniodawcy spoza sieci to świadczeniodawcy, którzy nie są zatrudnieni, nie są własnością ani nie są prowadzeni przez nasz plan.

Koszty własne – patrz definicja „udziału w kosztach” powyżej. Wymóg, aby członkowie płacili swój udział w kosztach otrzymanych usług lub leków, określa się również jako wymóg „kosztów własnych” członka.

Próg kosztów własnych – maksymalna kwota, jaką płacą Państwo z własnej kieszeni za leki z Części D.

Rozdział 12: Definicje

Plan PACE – Plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly), czyli Program kompleksowej opieki nad osobami starszymi łączy w sobie usługi medyczne, socjalne i długoterminowej opieki i wsparcia (long-term services and supports, LTSS) dla osób osłabionych fizycznie, aby pomóc im jak najdłużej pozostać niezależnymi i żyć w swojej społeczności (zamiast przenosić się do domu opieki). Osoby zarejestrowane w planach PACE otrzymują zarówno świadczenia Medicare, jak i Medicaid za pośrednictwem planu.

Część C – patrz plan Medicare Advantage (MA).

Część D – dobrowolny program refundacji leków na receptę Medicare.

Leki w ramach Części D – leki, które mogą być refundowane w ramach Części D. Możemy, ale nie musimy oferować wszystkich leków objętych Częścią D. Określone kategorie leków zostały wyłączone przez Kongres z refundacji w ramach Części D. Niektóre kategorie leków z Części D muszą być objęte każdym planem.

Kara za późną rejestrację do Części D – kwota dodawana co miesiąc do składki na ubezpieczenie leków Medicare, jeżeli pozostawali Państwo bez uznawalnego ubezpieczenia (to jest takiego, które przeciętnie pokryje koszty przynajmniej w takiej wysokości co w ramach standardowego ubezpieczenia leków na receptę Medicare) przez nieprzerwany okres co najmniej 63 dni albo więcej po tym, jak uzyskali po raz pierwszy uprawnienia do przystąpienia do planu Części D. Jeśli utracą Państwo możliwość korzystania z programu Extra Help, mogą Państwo podlegać karze za późną rejestrację, jeśli przez co najmniej 63 dni z rzędu nie będą Państwo posiadać ubezpieczenia w ramach Części D albo innego uznawalnego ubezpieczenia leków na receptę.

Składka – okresowa płatność na rzecz Medicare, firmy ubezpieczeniowej, albo planu ubezpieczenia zdrowotnego, za ubezpieczenie zdrowotne albo ubezpieczenie leków na receptę.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) to lekarz albo inny świadczeniodawca, do którego pacjent zwraca się najpierw z większością swoich problemów zdrowotnych. W wielu planach ubezpieczeniowych Medicare, zanim będzie można zwrócić się do innego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, najpierw trzeba udać się do świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej.

Wcześniejsza zgoda – uprzednia zgoda na uzyskanie świadczeń albo określonych leków. Usługi objęte ubezpieczeniem, które wymagają uzyskania wcześniejszej zgody są wskazane w Tabeli świadczeń medycznych w Rozdziale 4. Leki objęte ubezpieczeniem, które wymagają wcześniejszej zgody, są oznaczone w spisie leków, a stosowane przez nas kryteria są opublikowane na naszej stronie internetowej.

Protezy i ortezy – wyroby medyczne, w tym między innymi ortezy ramion, pleców i szyi; sztuczne kończyny; sztuczne oczy; oraz urządzenia potrzebne do zastąpienia wewnętrznej części ciała albo funkcji, w tym materiały stomijne oraz materiały do żywienia dojelitowego i pozajelitowego.

Organizacja Poprawy Jakości (QIO) – grupa praktykujących lekarzy i innych ekspertów służby zdrowia opłacanych przez władze federalne, których zadaniem jest weryfikacja i podnoszenie poziomu opieki udzielanej pacjentom Medicare.

Ograniczenia ilościowe – narzędzie zarządzania, którego celem jest ograniczenie stosowania danego leku z powodów jakości, bezpieczeństwa albo poziomów wykorzystania. Ograniczenia mogą dotyczyć ilości leku refundowanego na jedną receptę lub określonego przedziału czasowego.

Narzędzie do wyszukiwania informacji o świadczeniach w czasie rzeczywistym – portal albo aplikacja komputerowa, gdzie uczestnicy planu mogą wyszukać kompletne, dokładne, terminowe, poprawne ze względów klinicznych i właściwe dla uczestnika informacje o receptariuszu i świadczeniach. Obejmuje to kwoty udziału w kosztach, zamiennie leki dostępne w wykazie, które można stosować w leczeniu tego

Rozdział 12: Definicje

samego schorzenia co dany lek oraz ograniczenia w refundacji (wcześniejsza zgoda, terapia stopniowa, limity ilościowe), które dotyczą leków zamiennych.

Usługi rehabilitacyjne – usługi te obejmują rehabilitację w warunkach szpitalnych, fizjoterapię (w warunkach ambulatoryjnych), terapię logopedyczną i terapię zajęciową.

Obszar usług – obszar geograficzny, na którym muszą Państwo mieszkać, aby przystąpić do danego planu ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku planów, które ograniczają wybór lekarzy i szpitali, z których mogą korzystać członkowie, jest to przeważnie obszar, na którym można skorzystać z usług rutynowych (nie dotyczy to nagłych przypadków). Plan musi wyrejestrować Państwa, jeśli na stałe wyprowadzą się Państwo z obszaru usług planu.

Opieka zapewniana w specjalistycznej placówce opiekuńczej (SNF) – Specjalistyczna opieka pielęgniarska i usługi rehabilitacyjne świadczone w sposób ciągły i codziennie w specjalistycznej placówce opiekuńczej. Jest to na przykład fizjoterapia lub zastrzyki dożylnie, które mogą być wykonywane wyłącznie przez pielęgniarkę dyplomowaną lub lekarza.

Plan dla osób o specjalnych potrzebach – Specjalny rodzaj planu Medicare Advantage, który zapewnia bardziej ukierunkowaną opiekę zdrowotną dla określonych grup osób, takich jak osoby posiadające zarówno Medicare, jak i Medicaid, przebywające w domu opieki albo cierpiące na określone schorzenia przewlekłe.

Terapia stopniowa – narzędzie w zakresie wykorzystania leków, które wymaga, aby zanim pokryjemy koszt leku zapisanego początkowo przez lekarza na dane schorzenie, najpierw wypróbować inny lek stosowany w tej samej chorobie.

Dochód uzupełniający z ubezpieczenia społecznego (Supplemental Security Income, SSI) – miesięczne świadczenie wypłacane przez Urząd Ubezpieczeń Społecznych osobom o ograniczonych dochodach i zasobach, które są osobami z niepełnosprawnościami, są niewidome albo mają co najmniej 65 lat. Świadczenia SSI różnią się od świadczeń Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Pilnie potrzebne usługi – usługa objęta planem wymagająca natychmiastowej pomocy medycznej, która nie stanowi sytuacji nagłej, jest pilnie potrzebną usługą, jeśli tymczasowo znajdują się Państwo poza obszarem usług naszego planu albo uzyskanie takiej usługi od świadczeniodawców należących do sieci jest nieuzasadnione ze względu na czas, miejsce i okoliczności. Przykładami pilnie potrzebnych usług są nieprzewidziane choroby i urazy albo nieoczekiwane zaostrzenia istniejących schorzeń. Niezbędne z medycznego punktu widzenia rutynowe wizyty u świadczeniodawcy (takie jak coroczne badania kontrolne) nie są uważane za pilnie potrzebne, nawet jeśli znajdują się Państwo poza obszarem usług w ramach planu albo sieć planu jest tymczasowo niedostępna.

Dodatkowe ważne informacje dotyczące opieki zdrowotnej i zasobów dla członków

- **Powiadomienie o dostępności (NOA) – Usługi pomocy językowej**
- **Informacja na temat zasad ochrony prywatności (NPP)**

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në

numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deutsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби

підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። NID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ધ્યાન દે: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သျှ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကျိၢ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၢ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလက်ဘျုးလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလက်ဘျုးလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၢ် တက့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup.

Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno.

Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ní sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ́ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

INFORMACJA NA TEMAT ZASAD OCHRONY PRYWATNOŚCI

W TEJ INFORMACJI OPISANO, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE MEDYCZNE NA PAŃSTWA TEMAT MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE ORAZ W JAKI SPOSÓB MOGĄ PAŃSTWO UZYSKAĆ DOSTĘP DO TYCH INFORMACJI. PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z INFORMACJAMI.

Niniejsza Informacja opisuje praktyki w zakresie ochrony prywatności w związku z planami ubezpieczenia zdrowotnego Molina Healthcare (zwanymi dalej „Molina”, „my” albo „nasz”). Wykorzystujemy i udostępniamy chronione informacje zdrowotne („PHI”) na Państwa temat w celu zapewnienia Państwu świadczeń zdrowotnych jako członkom Molina. Wykorzystujemy i udostępniamy Państwa PHI w celu zapewniania leczenia, obsługi płatności i prowadzenia działalności związanej z opieką zdrowotną. Ponadto wykorzystujemy i udostępniamy Państwa PHI z innych przyczyn, dozwolonych i wymaganych przez przepisy prawa. Mamy obowiązek chronić prywatność informacji zdrowotnych użytkownika i przestrzegać warunków tej polityki. Data wejścia w życie tej polityki to 01 stycznia 2026 r.

PHI to informacje zdrowotne obejmujące Państwa imię i nazwisko, numer członka albo inne identyfikatory, które są wykorzystywane albo udostępniane przez nas. PHI obejmują informacje zdrowotne dotyczące zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i informacje biometryczne (takie jak sonogram).

Dlaczego wykorzystujemy lub udostępniamy Państwa PHI?

Wykorzystujemy albo udostępniamy Państwa PHI, aby oferować Państwu świadczenia zdrowotne. Państwa PHI są wykorzystywane lub udostępniane w celu zapewniania leczenia, obsługi płatności i prowadzenia działalności związanej z opieką zdrowotną.

W celu leczenia

Możemy wykorzystywać albo udostępniać Państwa PHI, aby świadczyć albo organizować opiekę medyczną. Leczenie to obejmuje również skierowania do lekarzy i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Informacje o stanie zdrowia użytkownika możemy na przykład udostępnić specjalistom. Pomoże mu to w omówieniu leczenia z lekarzem opieki podstawowej.

Na potrzeby płatności

Możemy wykorzystywać albo udostępniać PHI na potrzeby podejmowania decyzji dotyczących płatności. Może to dotyczyć roszczeń, zgody na leczenie i decyzji dotyczące potrzeb medycznych. Na rachunku mogą znajdować się imię i nazwisko pacjenta, informacje zdrowotne, sposób leczenia oraz przekazane i podane wyroby medyczne. Możemy na przykład poinformować lekarza, że pacjent korzysta z naszych świadczeń. Poinformujemy również lekarza o wysokości rachunku, który zapłacimy.

Na potrzeby działalności związanej z opieką zdrowotną

Możemy wykorzystywać lub udostępniać Państwa PHI w celu prowadzenia naszych planów ubezpieczenia zdrowotnego. Na przykład możemy wykorzystać informacje z roszczenia, aby poinformować użytkownika o programie zdrowotnym, który może mu pomóc. Możemy również wykorzystywać lub udostępniać Państwa PHI w celu rozwiązywania Państwa problemów. PHI użytkownika mogą być również wykorzystywane do zapewnienia prawidłowej wypłaty roszczeń.

Obowiązuje od 1 stycznia 2026 r.

Działalność związana z opieką zdrowotną wiąże się z wieloma codziennymi potrzebami biznesowymi. To między innymi:

- Poprawianie jakości;
- Działania w ramach programów zdrowotnych mające na celu pomoc członkom z określonymi schorzeniami (takimi jak astma);
- Przeprowadzenie lub zorganizowanie konsultacji medycznej;
- Usługi prawne, w tym programy wykrywania i ścigania oszustw i nadużyć;
- Działania pomagające nam przestrzegać prawa;
- Zaspokajanie potrzeb członków, w tym rozpatrywanie skarg i zażaleń.

Będziemy udostępniać Państwa PHI innym spółkom („partnerom biznesowym”) wykonującym różne czynności w ramach naszych planów ubezpieczenia zdrowotnego. Możemy również wykorzystywać PHI użytkownika do wysyłania mu przypomnień o wizytach. Możemy wykorzystywać Państwa PHI, aby udzielać Państwu informacji na temat innych metod leczenia albo innych świadczeń i usług zdrowotnych.

Kiedy możemy wykorzystywać albo udostępniać Państwa PHI bez Państwa pisemnego zatwierdzenia (zgody)?

Poza zapewnieniem leczenia, obsługą płatności i prowadzeniem działalności związanej z opieką zdrowotną prawo zezwala lub wymaga, aby Molina wykorzystywała i udostępniała PHI użytkownika do kilku innych celów, w tym do następujących:

Zgodnie z wymogami przepisów prawa

Będziemy wykorzystywać lub udostępniać informacje o użytkowniku zgodnie z wymogami prawa. Udostępnimy PHI użytkownika, gdy będzie to wymagane przez Sekretarza w wydziale Department of Health and Human Services (HHS). Może to mieć miejsce w razie sprawy sądowej, innej kontroli prawnej lub gdy jest to wymagane do celów egzekwowania prawa.

Zdrowie publiczne

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane na potrzeby działań związanych ze zdrowiem publicznym. Może to obejmować pomoc agencjom zdrowia publicznego w zapobieganiu chorobom lub ich kontrolowaniu.

Nadzór opieki zdrowotnej

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane agencjom rządowym. Mogą one potrzebować Państwa PHI do przeprowadzenia audytów.

Badania

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane do celów badawczych w określonych przypadkach, na przykład po zatwierdzeniu przez komisję ds. prywatności lub instytucjonalną komisję rewizyjną.

Postępowania prawne albo administracyjne

PHI użytkownika mogą być wykorzystywane lub udostępniane na potrzeby postępowań prawnych np. w odpowiedzi na nakaz sądowy.

Organy porządkowe

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane policji w celach związanych z egzekwowaniem prawa, takich jak pomoc w znalezieniu podejrzanego, świadka lub zaginionej osoby.

Zdrowie i bezpieczeństwo

Państwa PHI mogą być udostępniane w celu zapobiegania poważnemu i bezpośredniemu zagrożeniu dla zdrowia lub bezpieczeństwa osoby lub społeczeństwa.

Działania organów państwowych

PHI użytkownika mogą być udostępniane administracji publicznej w związku ze specjalnymi funkcjami. Przykładem byłaby ochrona Prezydenta.

Ofiary nadużyć, zaniedbania czy przemocy domowej

Państwa PHI mogą być udostępniane organom prawnym, jeśli uznamy, że jakaś osoba jest ofiarą nadużyć lub zaniedbań.

Odszkodowania dla pracowników

Państwa PHI mogą być wykorzystywane lub udostępniane w celu przestrzegania przepisów dotyczących odszkodowań pracowniczych.

Pozostałe przypadki ujawnienia

PHI użytkownika mogą być udostępniane przedsiębiorcom pogrzebowym lub koronerom, aby pomóc im w wykonywaniu ich pracy.

Dodatkowe ograniczenia dotyczące wykorzystania i ujawniania

Niektóre przepisy federalne i stanowe mogą wymagać stosowania specjalnych środków ochrony prywatności, które ograniczają wykorzystywanie i ujawnianie określonych rodzajów informacji zdrowotnych. Takie przepisy mogą chronić następujące rodzaje informacji: informacje o zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, informacje biometryczne, informacje o maltretowaniu albo zaniedbywaniu dzieci czy osób dorosłych, w tym o napaściach seksualnych, informacje o chorobach zakaźnych, informacje genetyczne, informacje o HIV/AIDS, zdrowiu psychicznym, informacje o małoletnich, receptach, zdrowiu reprodukcyjnym i chorobach przenoszonych drogą płciową. Będziemy przestrzegać bardziej rygorystycznych przepisów prawa, jeśli będą one nas obowiązywać.

Informacje dotyczące zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD)

Zgodnie z prawem federalnym nasz program nie jest programem leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych („Program SUD”), jednak możemy otrzymywać od Programu SUD informacje na Państwa temat. Nie możemy ujawniać informacji dotyczących SUD do na potrzeby postępowań cywilnych, karnych, administracyjnych ani legislacyjnych prowadzonych przeciwko Państwa, chyba że posiadamy (i) Państwa pisemną zgodę albo (ii) nakaz sądowy wraz z wezwaniem do stawienia się w sądzie albo inny wymóg prawny nakazujący nam ujawnienie takich informacji, wydany po otrzymaniu przez nas i Państwa powiadomienia i możliwości złożenia wyjaśnień.

Kiedy potrzebujemy Państwa pisemnego upoważnienia (zgody) na wykorzystanie lub udostępnienie Państwa PHI?

Potrzebujemy Państwa pisemnego upoważnienia do wykorzystywania albo udostępniania Państwa PHI w celach innych niż wymienione w tej Informacji. Potrzebujemy upoważnienia przed ujawnieniem Państwa PHI w następujących przypadkach: (1) większość zastosowań

Obowiązuje od 1 stycznia 2026 r.

i udostępnień notatek z psychoterapii; (2) zastosowania i udostępnienia w celach marketingowych; oraz (3) zastosowania i udostępnienia, które obejmują sprzedaż PHI. Mogą Państwo anulować udzieloną nam pisemną zgodę. Jego rezygnacja nie będzie miała zastosowania do działań już podjętych przez nas ze względu na zgodę, której już nam kiedyś udzielił.

Jakie prawa przysługują Państwu w związku Państwa informacjami o Państwa stanie zdrowia?

Są one następujące:

- **Żądanie ograniczenia wykorzystania bądź ujawniania PHI (udostępniania Państwa PHI)**
Można zwrócić się do nas o nieudostępnianie Państwa PHI w celach zapewnienia leczenia, obsługi płatności czy prowadzenia działalności związanej z opieką zdrowotną. Mogą Państwo również zażądać od nas nieudostępniania Państwa PHI rodzinie, przyjaciołom lub innym wskazanym przez Państwa osobom zaangażowanym w Państwa opiekę zdrowotną. Nie jesteśmy jednak zobowiązani do zaakceptowania takiego żądania. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza.
- **Żądanie przekazania PHI z zachowaniem poufności**
Mogą Państwo zwrócić się do Molina o przekazanie Państwu Państwa PHI w określony sposób albo w określonym miejscu w celu zapewnienia ochrony prywatności Państwa PHI. Spełnimy uzasadnione żądania, jeśli poinformują nas Państwo, że udostępnienie całości lub części tych PHI mogłoby zagrozić Państwa życiu. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza.
- **Przeglądanie i kopiowanie swoich PHI**
Użytkownik ma prawo do wglądu w kopię przechowywanych przez nas PHI i do otrzymania takiej kopii. Może to obejmować dokumentację wykorzystywaną do podejmowania decyzji w sprawie pokrycia kosztów, roszczeń i innych decyzji dotyczących Państwa jako naszych członków. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza. Za kopiowanie i wysyłanie dokumentacji możemy pobierać opłatę w uzasadnionej wysokości. W niektórych przypadkach możemy odrzucić wniosek. ***Ważna uwaga: Nie mamy pełnych kopii dokumentacji medycznej. Jeśli użytkownik chce przejrzeć, uzyskać kopię lub zmienić swoją dokumentację medyczną, powinien skontaktować się z lekarzem lub kliniką.***
- **Zmiana Państwa PHI**
Mogą Państwo poprosić o poprawienie (zmianę) swoich PHI. Dotyczy to tylko prowadzonej przez nas Państwa dokumentacji uczestnika. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza. Mogą Państwo złożyć pismo, w którym mogą odwołać się od naszej decyzji o odrzuceniu żądania.
- **Otrzymywanie sprawozdania o ujawnieniach PHI (udostępnianiu Państwa PHI)**
Użytkownik może poprosić o przekazanie listy określonych podmiotów, którym udostępniliśmy PHI użytkownika przez sześć lat poprzedzających datę złożenia wniosku. Lista nie będzie obejmować następujących przypadków udostępniania PHI:
 - do celów zapewniania leczenia, obsługi płatności lub prowadzenia działalności związanej z opieką zdrowotną;
 - wnioskodawcy w związku z jego PHI;
 - za Państwa zgodą;

- w wyniku innego wykorzystania czy ujawnienia dozwolonego bądź wymaganego przepisami prawa;
- jeśli PHI są ujawnione w interesie bezpieczeństwa narodowego albo do celów wywiadowczych; albo
- w ramach ograniczonego zbioru danych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Pobierzemy uzasadnioną opłatę za każdą listę, jeśli będą się Państwo zwracać o przekazanie list częściej niż raz na 12 miesięcy. Żądanie należy złożyć na piśmie. Mogą Państwo złożyć żądanie, korzystając z naszego formularza.

Mogą Państwo złożyć dowolne z żądań wymienionych powyżej lub otrzymać papierową kopię tej Informacji. Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod bezpłatny numer telefonu podany na odwrocie karty identyfikacyjnej, dostępny 7 dni w tygodniu w godzinach od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Użytkownicy TTY/TDD mogą dzwonić pod numer 711.

Co mogą Państwo zrobić, jeśli Państwa prawa nie są chronione?

Jeśli uważają Państwo, że Państwa prawa do ochrony prywatności zostały naruszone, mogą Państwo składać skargi do nas i do Department of Health and Human Services. Nie podejmiemy żadnych działań przeciwko Państwu w związku ze złożeniem przez Państwa skargi. Opieka i świadczenia się nie zmienią.

Skargę można złożyć w następujący sposób:

Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod bezpłatny numer telefonu podany na odwrocie karty identyfikacyjnej, dostępny 7 dni w tygodniu w godzinach od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Użytkownicy TTY/TDD mogą dzwonić pod numer 711. Albo zapisać do nas na adres:

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

Skargę można złożyć do sekretarza U.S. Department of Health and Human Services na adres:

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 (FAKS)

Do czego jesteśmy zobowiązani?

Jesteśmy zobowiązani do:

- Ochrony prywatności Państwa PHI;
- Udzielania Państwu pisemnych informacji, np. o naszych obowiązkach i praktykach w zakresie ochrony prywatności dotyczących Państwa PHI;
- Powiadamiania Państwa na piśmie w razie ewentualnego naruszenia Państwa niezabezpieczonych PHI;
- Niewykorzystywania i nieujawniania Państwa informacji genetycznych do celów oceny ryzyka;
- Przestrzegania postanowień niniejszej Informacji.

Niniejsza Informacja może podlegać zmianom

Zastrzegamy sobie prawo do wprowadzania w dowolnym momencie zmian w swoich praktykach związanych z informacjami oraz postanowieniach niniejszej Informacji. W takim przypadku nowe postanowienia i praktyki będą obowiązywały wobec wszystkich PHI w naszym posiadaniu. W przypadku wprowadzenia jakichkolwiek istotnych zmian zamieścimy zmienioną Informację w swojej witrynie internetowej i wyślemy zmienioną Informację albo informacje dotyczące istotnych zmian oraz możliwości uzyskania zmienionej Informacji w naszej kolejnej rocznej wiadomości do osób będących wówczas członkami. Niniejsza Informacja jest dostępna na naszej stronie internetowej pod adresem MolinaHealthcare.com.

Informacje kontaktowe

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących niniejszej Informacji prosimy o kontakt z nami.

Należy zadzwonić do Działu Obsługi Członków pod bezpłatny numer telefonu podany na odwrocie karty identyfikacyjnej, dostępny 7 dni w tygodniu w godzinach od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Użytkownicy TTY/TDD mogą dzwonić pod numer 711. Albo pisać na adres Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Niniejszy dokument można otrzymać bezpłatnie w innych formatach, np. w alfabecie Braille'a, wydruku wielkoformatowym czy jako nagranie audio. Należy zadzwonić pod numer (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, czynny 7 dni w tygodniu, od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Połączenie jest bezpłatne.

Dział Obsługi Członków planu Senior Whole Health of New York NHC

Metoda	Dział Obsługi Członków – informacje kontaktowe
KONTAKT TELEFONICZNY	(833) 671-0440 Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Godziny pracy od 1 października do 31 marca: od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego, 7 dni w tygodniu. Od 1 kwietnia do 30 września: od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego. Dział Obsługi Członków pod numerem (833) 671-0440 (użytkownicy TTY dzwonią pod numer 711) dysponuje także bezpłatnymi usługami tłumaczy ustnych dla osób niemówiących po angielsku.
TTY	711 Połączenia z tym numerem wymagają specjalnego sprzętu telefonicznego i jest to numer tylko dla osób niedostępujących lub z zaburzeniami mowy. Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Godziny pracy od 1 października do 31 marca: od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego, 7 dni w tygodniu. Od 1 kwietnia do 30 września: od poniedziałku do piątku od 8 a.m. do 8 p.m. czasu lokalnego.
FAKS	(310) 507-6186
ADRES KORESPONDENCYJNY	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
STRONA INTERNETOWA	SWHNY.com

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (**SHIP** w stanie New York) to program stanowy, który otrzymuje środki od rządu federalnego na udzielanie lokalnie osobom posiadającym Medicare bezpłatnych porad dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego.

Metoda	Informacje kontaktowe
KONTAKT TELEFONICZNY	(800) 701-0501 Od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:30 a.m. do 5 p.m. czasu lokalnego.
ADRES KORESPONDENCYJNY	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
STRONA INTERNETOWA	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Oświadczenie na mocy przepisów Ustawy PRA

Zgodnie z ustawą o ograniczaniu dokumentacji z 1995 r. nikt nie ma obowiązku reagować na próby gromadzenia informacji, jeżeli nie są one oznaczone właściwym numerem kontrolnym OMB. Ważny numer kontrolny OMB dla tego dokumentu to 0938-1051. W razie jakichkolwiek uwag albo sugestii dotyczących udoskonalenia niniejszego formularza prosimy o kontakt pisemny pod adresem: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.