

2026

Справочник участника плана

Senior Whole Health of New York NHC

(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

Действует с 1 января по 31 декабря 2026 г.

1 января – 31 декабря 2026 г.

Справочник участника плана на 2026 год:

медицинская помощь, обслуживание и покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare для участников плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Здесь приведены подробности страхового покрытия медицинского обслуживания и лекарственных препаратов по программе Medicare, которое план предоставляет с 1 января по 31 декабря 2026 г. **Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

Здесь объясняется, что и как покрывает наш план и какие права есть у участников плана. Этот документ поможет вам понять следующее:

- Каков размер страхового взноса по вашему плану и какова ваша часть софинансирования расходов
- Что относится к покрываемому обслуживанию и покрываемым препаратам
- Как подать жалобу, если вы недовольны обслуживанием или лечением
- Как связаться с нами
- Как еще защищает ваши права закон о программе Medicare

С вопросами, касающимися этого документа, звоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440. (Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711.) Часы работы с 1 октября по 31 марта: с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки бесплатные.

План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) предоставляет компания Senior Whole Health of New York, Inc.. Слова «мы», «нас» и другие формы этого местоимения в этом *Справочнике участника плана* относятся к Senior Whole Health of New York, Inc.. Когда в нем указано «план» или «наш план», это означает Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Molina Healthcare предлагает планы C-SNP, D-SNP и HMO по договору с Medicare. По планам D-SNP также заключен договор с программой Medicaid штата. Регистрация в программе зависит от продления договора.

Senior Whole Health соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признаку расовой, этнической, национальной принадлежности, вероисповедания, гендерной идентичности, пола, возраста, ментальной или физической инвалидности, состояния здоровья, факта получения медицинских услуг, истории страховых требований, истории болезни, генетической информации, доказательств страховой приемлемости, географического положения.

Этот документ доступен бесплатно на испанском, китайском, арабском, корейском, русском, итальянском, французском, французском креольском, польском, тагальском, бенгальском, албанском и греческом языке, а также на идиш и урду.

Этот документ можно бесплатно получить в другом виде, например в переводе на другой язык, в виде аудиозаписи, напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711). Звонки бесплатные.

Особенности покрытия плана могут измениться с 1 января 2027 г.

Наш фармакологический справочник, перечни сетевых аптек и/или поставщиков могут меняться в любое время. Вы будете уведомлены о любых касающихся вас изменениях не менее чем за 30 дней.

Содержание**Содержание**

ГЛАВА 1:	Для новых участников плана	4
РАЗДЕЛ 1	Вы являетесь участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	4
РАЗДЕЛ 2	Требования, которым должны отвечать участники плана	5
РАЗДЕЛ 3	Важные материалы для участников	7
РАЗДЕЛ 4	Обзор основных расходов	9
РАЗДЕЛ 5	Подробнее о ежемесячном страховом взносе по плану	15
РАЗДЕЛ 6	Своевременное сообщение представителям плана о любых изменениях	15
РАЗДЕЛ 7	Как другие страховые планы сотрудничают с нашим?	16
ГЛАВА 2:	Важные телефонные номера и ресурсы	18
РАЗДЕЛ 1	Контакты плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	18
РАЗДЕЛ 2	Получение помощи от Medicare	21
РАЗДЕЛ 3	Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	22
РАЗДЕЛ 4	Организация повышения качества обслуживания (QIO)	23
РАЗДЕЛ 5	Служба социального обеспечения (Social Security)	23
РАЗДЕЛ 6	Medicaid	24
РАЗДЕЛ 7	Программы помощи в оплате рецептурных лекарственных препаратов	27
РАЗДЕЛ 8	Совет по вопросам социального обеспечения железнодорожников (RRB)	30
РАЗДЕЛ 9	Коллективное или другое медицинское страхование от работодателя	31
ГЛАВА 3:	Использование плана для покрытия медицинских и других услуг	32
РАЗДЕЛ 1	Как участник нашего плана может получить медицинские и другие услуги	32
РАЗДЕЛ 2	Обращение к сетевым поставщикам плана за медицинским и другим обслуживанием	34
РАЗДЕЛ 3	Как получить помощь в чрезвычайных ситуациях, при стихийных бедствиях и в экстренных случаях?	38
РАЗДЕЛ 4	Что делать, если вы получили счет на оплату полной стоимости покрываемых услуг?	40
РАЗДЕЛ 5	Медицинские услуги, предоставляемые в рамках клинических исследований	41
РАЗДЕЛ 6	Правила получения помощи в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения	42
РАЗДЕЛ 7	Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования	43
ГЛАВА 4:	Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)	46
РАЗДЕЛ 1	Как разобраться в покрываемых услугах	46
РАЗДЕЛ 2	Таблица покрываемого обслуживания: ваши покрываемые медицинские услуги и расходы	47

Содержание

РАЗДЕЛ 3	Обслуживание, покрываемое помимо предусмотренного планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	98
РАЗДЕЛ 4	Обслуживание, которое план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) <i>ИЛИ</i> программа Medicaid не покрывает	99
ГЛАВА 5:	Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D	102
РАЗДЕЛ 1	Основные правила нашего плана, регулирующие покрытие лекарственных препаратов по условиям Части D	102
РАЗДЕЛ 2	Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или через действующую в нашем плане службу заказа с доставкой по почте	103
РАЗДЕЛ 3	Вхождение лекарств в список лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом	106
РАЗДЕЛ 4	Препараты с ограничениями в покрытии	108
РАЗДЕЛ 5	Что делать, если вы недовольны условиями покрытия необходимого вам препарата?	109
РАЗДЕЛ 6	Возможность изменения списка лекарственных препаратов в течение года	112
РАЗДЕЛ 7	Типы лекарств, которые мы не покрываем	114
РАЗДЕЛ 8	Получение рецепта	115
РАЗДЕЛ 9	Покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D в особых ситуациях	115
РАЗДЕЛ 10	Программы по обеспечению безопасности медикаментозного лечения и совместимости лекарств	117
ГЛАВА 6:	Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D ..	120
РАЗДЕЛ 1	Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые согласно Части D	120
РАЗДЕЛ 2	Этапы оплаты лекарственных препаратов для участников плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	123
РАЗДЕЛ 3	В Разъяснении покрываемых по условиям Части D услуг объясняется, на каком этапе оплаты вы находитесь	123
РАЗДЕЛ 4	Этап не покрываемого страховкой минимума	125
РАЗДЕЛ 5	Этап первоначального страхового покрытия	126
РАЗДЕЛ 6	Страховое покрытие по достижении предела самостоятельных расходов	134
РАЗДЕЛ 7	Ваши расходы на вакцины, покрываемые согласно Части D	134
ГЛАВА 7:	Как попросить, чтобы мы оплатили свою долю счета за покрываемые медицинские услуги или лекарства	136
РАЗДЕЛ 1	Ситуации, в которых следует просить нас оплатить свою долю расходов на покрываемые услуги или лекарства	136
РАЗДЕЛ 2	Как попросить нас возместить ваши расходы или оплатить полученный вами счет	138
РАЗДЕЛ 3	Рассмотрение запроса и принятие решения	139

Содержание

ГЛАВА 8:	Ваши права и обязанности	140
РАЗДЕЛ 1	Уважение прав участников и их культурных особенностей	140
РАЗДЕЛ 2	Ваши обязанности как участника нашего плана страхования	160
ГЛАВА 9:	Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)	162
РАЗДЕЛ 1	Что делать, если у вас возникли проблемы или вопросы	162
РАЗДЕЛ 2	Где можно получить информацию и персональную помощь?	162
РАЗДЕЛ 3	Как подавать претензии и апелляции по программам Medicare и Medicaid	163
РАЗДЕЛ 4	Какой процесс использовать для решения своей проблемы?	163
РАЗДЕЛ 5	Сведения о страховых решениях и апелляциях	164
РАЗДЕЛ 6	Медицинская помощь: как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию	167
РАЗДЕЛ 7	Препараты, покрываемые по программе Часть D. Как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию	180
РАЗДЕЛ 8	Как попросить нас продлить страховое покрытие госпитализации в стационарной больнице, если вас выписывают слишком рано?	189
РАЗДЕЛ 9	Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинских услуг, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано?	193
РАЗДЕЛ 10	Как подать апелляции уровней 3, 4 и 5	197
РАЗДЕЛ 11	Как подавать жалобы на качество обслуживания, помощи, время ожидания и т. д.?	200
ГЛАВА 10:	Выход из страхового плана	204
РАЗДЕЛ 1	Выход из страхового плана	204
РАЗДЕЛ 2	Когда вы можете выйти из нашего страхового плана?	204
РАЗДЕЛ 3	Как прекратить участие в нашем страховом плане	207
РАЗДЕЛ 4	Обязательство пользоваться страховым покрытием медицинских услуг, лекарств и принадлежностей по плану, пока вы остаетесь его участником	209
РАЗДЕЛ 5	Обстоятельства, при которых ваше участие в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) прекратится	209
ГЛАВА 11:	Юридические уведомления	211
РАЗДЕЛ 1	Уведомление о применимом законодательстве	211
РАЗДЕЛ 2	Уведомление о недопустимости дискриминации	211
РАЗДЕЛ 3	Уведомление о праве программы Medicare на суброгацию	212
ГЛАВА 12:	Определения терминов	213

ГЛАВА 1:

Для новых участников плана

РАЗДЕЛ 1 Вы являетесь участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Раздел 1.1 План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) — это план Medicare для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan)

Вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно:

- **Medicare** — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, людей младше 65 лет, имеющих некоторые виды инвалидности, а также людей с терминальной стадией почечной недостаточности (потерей функции почек).
- **Medicaid** — это совместная программа федерального правительства и органов штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами. Покрытие по программе Medicaid различается в зависимости от штата и от того, в какого рода программу Medicaid вы включены. Некоторым людям, включенным в программу Medicaid, она помогает платить страховые взносы по программе Medicare и оплачивать другие расходы. Другие получают покрытие дополнительных услуг и лекарств, не покрываемых по программе Medicare.

Вы решили, что страховое покрытие медицинской помощи и покрытие лекарственных препаратов, которые предоставляются по программам Medicare, вы будете получать по нашему плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Наш план платит за обслуживание, покрываемое по условиям Части А и Части В. Однако размеры совместных расходов и поставщики услуг в данном плане отличаются от тех, которые предлагает программа Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) — это специализированный план, действующий по программе Medicare Advantage. Он предназначен для людей, которым требуется специальное обслуживание (Medicare Special Needs Plan). Участниками плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) могут стать люди, имеющие права на страховку по программам Medicare и Medicaid одновременно.

Поскольку вы получаете помощь от Medicaid в оплате вашей части софинансирования расходов по программам Medicare Part A и Medicare Part B (не покрываемые страховкой минимумы, доплаты и доля стоимости), возможно, вам не придется ничего платить за услуги по программе Medicare. Программа Medicaid также предусматривает другие виды помощи, покрывая медицинские услуги, на которые обычно не распространяется программа Medicare. Вы также будете получать дополнительную помощь Extra Help от Medicare для оплаты расходов на лекарственные препараты по программе Medicare. Представители плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) окажут вам поддержку в организации всех услуг, чтобы вы могли получать медицинское обслуживание и финансовую помощь в полном соответствии с вашими правами.

Глава 1: Для новых участников плана

План страхования Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) предоставляется частной компанией. Подобно всем страховым планам, действующим по программе Medicare Advantage, наш план для людей, которым требуется особое обслуживание (Medicare Special Needs Plan), утвержден программой Medicare. Кроме того, наш план заключил с программой New York Medicaid договор на координацию услуг, покрываемых по программе Medicaid. Мы рады предоставить вам медицинское обслуживание по программе Medicare, включая покрытие лекарственных препаратов.

Раздел 1.2 Юридическая информация о Справочнике участника плана

Этот *Справочник участника плана* — это часть нашего с вами договора. В нем говорится о том, как план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает нужную вам помощь. Этот договор также содержит форму заявки на включение в план, Перечень покрываемых лекарственных препаратов (Фармакологический справочник) и все уведомления, которые вы получаете относительно изменений в страховом покрытии или условиях, влияющих на него. Эти уведомления иногда называются «дополнения» или «изменения».

Этот договор действует в течение всех месяцев, пока вы остаетесь участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) с 1 января 2026 г. до 31 декабря 2026 г.

Программа Medicare разрешает нам вносить изменения в свои страховые планы в каждом календарном году. Это значит, что после 31 декабря 2026 г. мы можем изменить стоимость покрытия и тип / объем услуг, покрываемых планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Мы также можем прекратить предлагать наш план в вашей зоне обслуживания после 31 декабря 2026 г.

В рамках программы Medicare план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) должен утверждаться каждый год Центрами обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services). Участник нашего плана получает страховое покрытие по программе Medicare каждый следующий год, пока мы предлагаем наш план и пока Medicare разрешает его работу.

РАЗДЕЛ 2 Требования, которым должны отвечать участники плана

Раздел 2.1 Требования к участникам

Вы имеете право на участие в нашем плане при условии соответствия всем перечисленным ниже требованиям.

- Вы включены в программы Medicare Part A и Medicare Part B.
- Вы проживаете в нашей географической зоне обслуживания (сведения о нашей зоне обслуживания см. в разделе 2.3). Люди, находящиеся в тюремном заключении, не считаются проживающими в географической зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ее пределах.
- Вы имеете гражданство США или находитесь на территории США на законных основаниях.
- Вы отвечаете особым критериям, которые приведены ниже.

Специальные требования для получения права на участие в нашем плане

Наш план разработан для удовлетворения потребностей людей, получающих определенные покрываемые услуги по программе Medicaid. (Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая оплачивать медицинское обслуживание некоторым

Глава 1: Для новых участников плана

людям с ограниченными доходами и ресурсами.) Чтобы стать участником плана, вы должны быть включены в программу Medicare и в полную программу Medicaid одновременно.

Примечание. Если вы утратите право на участие в плане, но с большой вероятностью сможете его восстановить в течение 6 месяцев, вы все равно сохраните право на участие в плане. В разделе 2.1 главы 4 рассказывается о страховом покрытии и софинансировании расходов в течение периода «условно продленных прав».

Раздел 2.2 Medicaid

Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинскую помощь и длительное обслуживание. Каждый штат самостоятельно решает, что считать доходом и средствами, кто имеет право на участие в программе, какие услуги программа покрывает и сколько участник программы платит за услуги. Кроме того, в рамках федеральных правил штаты могут сами решать, каким образом программа будет работать.

Кроме того, программы Medicaid помогают покрывать расходы по программе Medicare, в том числе страховые взносы. Эти программы называются накопительными программами Medicare (Medicare Savings Programs) и помогают людям с ограниченным доходом и ресурсами экономить деньги каждый год.

- **Полное покрытие для людей, включенных в программы Medicaid и Medicare (Full Benefit Dual Eligible, FBDE).** Для лиц, имеющих право на участие в программе Medicare, которые не отвечают определенным требованиям к доходам и средствам, предъявляемым программой QMB+ или SLMB+, но имеют право на полное покрытие по программе Medicaid. Это определяется статусом или принадлежностью к группам лиц, имеющих право на такое покрытие в случае недостатка средств на медицинскую помощь (Medically Needy); кроме того, предельный уровень дохода меняется в случае людей, проживающих в медицинском учреждении; наконец, существуют альтернативные требования в случае ухода на дому или по месту жительства.
- **Программа для правомочных получателей страхового обеспечения Qualified Medicare Beneficiary (QMB+).** Помогает платить страховые взносы по программам Medicare Part A и Medicare Part B и другие виды софинансирования расходов (безусловная франшиза, доля стоимости, доплаты и т. п.). Кроме того, эти люди тоже имеют право на полное покрытие по программе Medicaid.

Раздел 2.3 Зона обслуживания плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

План Senior Whole Health of New York NHC доступен только для людей, проживающих в зоне обслуживания нашего плана. Чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны продолжать проживать в зоне обслуживания плана.

Наша зона обслуживания охватывает следующие округа штата New York: Bronx; Kings; Nassau; New York; Orange; Queens; Richmond; Rockland; Westchester.

Глава 1: Для новых участников плана

Если вы собираетесь переехать в другой штат, вам следует обратиться в управление программы Medicaid вашего штата и спросить, как этот переезд отразится на страховке по программе Medicaid. Телефоны программы Medicaid см. в разделе 6 главы 2 этого документа.

Если вы переедете за пределы зоны обслуживания нашего плана, то не сможете оставаться его участником. Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711), чтобы узнать, есть ли у нас план в вашем новом районе. После того как вы поменяете место жительства, у вас начнется специальный период регистрации. В это время вы можете перейти в программу Original Medicare или стать участником действующего по программе Medicare плана медицинского обслуживания или плана, покрывающего лекарства, там, куда вы переехали.

Если вы переезжаете или меняете почтовый адрес, обязательно сообщите об этом в Службу социального обеспечения (Social Security). Позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (при использовании TTY набирайте 1-800-325-0778).

Раздел 2.4 Гражданство США и проживание в США на законном основании

Чтобы стать участником плана медицинского страхования Medicare, вы должны иметь гражданство США или находиться на территории США на законных основаниях. Если выяснится, что на этом основании вы не имеете права оставаться участником нашего плана, Medicare (Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid) сообщит об этом в план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Если вы не отвечаете этому требованию, план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) должен исключить вас из числа своих участников.

РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников

Раздел 3.1 Карточка участника плана

Используйте свою карточку участника при получении каких-либо услуг, покрываемых нашим планом страхования, или рецептурных лекарственных препаратов в сетевой аптеке. Не забывайте предъявлять идентификационную карту участника Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) и идентификационную карту участника Medicaid каждый раз, когда обращаетесь за помощью. Кроме того, в этих случаях нужно предъявлять карточку участника программы Medicaid. Вот как выглядит карточка участника:

Глава 1: Для новых участников плана

Пока вы остаетесь участником нашего плана, НЕ используйте свою красно-бело-синюю карточку участника программы Medicare, получая покрываемые медицинские услуги. Если вы используете свою карточку участника программы Medicare вместо карточки участника плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), вам, возможно, придется полностью оплатить полученные медицинские услуги. Храните свою карточку участника программы Medicare в надежном месте. Вас могут попросить, чтобы вы ее предъявили при лечении в больнице, при получении хосписного обслуживания или при участии в клиническом исследовании, утвержденном Medicare (также называемом клиническим испытанием).

Если ваша карточка участника плана повреждена, если вы ее потеряли или у вас ее украли, позвоните в Отдел обслуживания ((833) 671-0440, ТТУ: 711). Мы пришлем вам новую карточку.

Раздел 3.2 Каталог поставщиков услуг и аптек

В *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек SWHNY.com* указаны наши сетевые поставщики, учреждения и продавцы медицинского оборудования длительного пользования.

Сетевые поставщики — это врачи и другие медики, медицинские группы, продавцы медицинского оборудования длительного пользования, больницы и другие медицинские учреждения, у которых есть с нашим планом договор, по которому нашу оплату и вашу часть софинансирования расходов они принимают как полную оплату своих услуг.

За медицинской помощью и обслуживанием вам нужно обращаться к сетевым поставщикам. Если вы обратитесь к другим поставщикам, не получив надлежащее подтверждение, вам придется полностью оплатить полученные услуги. Исключения возможны только в следующих случаях: экстренная помощь или неотложная помощь в ситуациях, когда невозможно обратиться в сетевые учреждения, диализ за пределами нашей зоны обслуживания и случаи, когда план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) разрешил обращаться к внесетевым поставщикам услуг.

В *каталоге аптек SWHNY.com* перечислены наши сетевые аптеки.

Сетевые аптеки — это аптеки, которые согласились выдавать покрываемые лекарственные препараты по рецептам участникам нашего плана. Найти необходимую сетевую аптеку можно в нашем *каталоге аптек*. В разделе 2.5 главы 5 объясняется, в каких случаях можно пользоваться услугами аптеки, которая не входит в сеть нашего плана. Самый последний перечень медиков, учреждений, аптек и поставщиков есть на нашем сайте SWHNY.com.

Глава 1: Для новых участников плана

Если у вас нет *Каталога поставщиков услуг и аптек*, попросите Отдел обслуживания ((833) 671-0440, ТТУ: 711) прислать вам его электронную или бумажную версию. По вашему запросу бумажную версию Каталога поставщиков вам вышлют по почте в течение 3 рабочих дней.

В *каталоге аптек SWHNY.com* перечислены наши сетевые аптеки. **Сетевые аптеки** — это аптеки, которые согласились выдавать покрываемые лекарственные препараты по рецептам участникам нашего плана. Найти необходимую сетевую аптеку можно в нашем *каталоге аптек*. В разделе 2.5 главы 5 объясняется, в каких случаях можно пользоваться услугами аптеки, которая не входит в сеть нашего плана.

Раздел 3.3 Список лекарственных препаратов (*фармакологический справочник*)

У нашего плана есть *Перечень покрываемых лекарственных препаратов* (также называемый *Списком лекарственных препаратов* или *Фармакологическим справочником*). В нем приведены рецептурные лекарственные препараты, которые Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает по условиям Части D. План выбирает препараты для этого списка при участии врачей и фармацевтов. Список лекарственных препаратов должен соответствовать требованиям Medicare. Препараты с согласованными ценами в рамках программы договорных цен на лекарства Medicare Drug Price Negotiation Program будут включены в ваш Список лекарственных препаратов, если они не были удалены и заменены, как описано в разделе 6 главы 5. Программа Medicare утвердила Список лекарственных препаратов, принятый в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Из Списка лекарственных препаратов можно узнать, существуют ли какие-то правила, ограничивающие страховое покрытие нужных вам лекарств.

Мы пришлем вам экземпляр Списка лекарственных препаратов. Самые полные и последние сведения о том, какие лекарства мы покрываем, можно найти на сайте плана (SWHNY.com) или узнать в Отделе обслуживания ((833) 671-0440, ТТУ 711).

РАЗДЕЛ 4 Обзор основных расходов

	Ваши расходы в 2026 году
Ежемесячный страховой взнос* * Страховой взнос может превышать данную сумму. Подробнее см. в разделе 4.1.	\$0
Максимальная сумма ваших личных расходов Это <u>максимальная</u> сумма, которую вам потребуется самостоятельно оплатить за обслуживание, покрываемое по условиям Части А и Части В. (Подробные сведения см. в разделе 1 главы 4.)	\$9,250 Вы не несете какие-либо самостоятельные расходы за покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В.
Визиты для получения первичной медицинской помощи	\$0 за визит

Глава 1: Для новых участников плана

	Ваши расходы в 2026 году
	Если программа Medicaid оплачивает вашу долю в софинансировании расходов по программе Medicare, вы платите \$0 за визит.
Приемы в кабинете специалиста	\$0 за визит Если программа Medicaid оплачивает вашу долю в софинансировании расходов по программе Medicare, вы платите \$0 за визит.
Госпитализация в стационарной больнице	\$0 Если программа Medicaid оплачивает вашу долю в софинансировании расходов по программе Medicare, вы платите \$0.
Не покрываемый страховкой минимум на покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D (Подробные сведения см. в разделе 4 главы 6.)	Ваша безусловная франшиза составляет \$615. Если вы получаете дополнительную помощь Extra Help, эта безусловная франшиза к вам не применяется. В главе 6 содержится дополнительная информация о страховом покрытии и ограничениях.
Покрываемое страховкой покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D (Подробную информацию, в том числе о годовой безусловной франшизе, этапах первоначального страхового покрытия и страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов, см. в главе 6.)	Доплата на этапе первоначального страхового покрытия: Лекарственные препараты уровня 1: \$0 Лекарственные препараты уровня 2: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные). \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие рецептурные лекарственные препараты. Лекарственные препараты уровня 3: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные). \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие рецептурные лекарственные препараты. Лекарственные препараты уровня 4: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные). \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие рецептурные лекарственные препараты. Лекарственные препараты уровня 5: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты,

Глава 1: Для новых участников плана**Ваши расходы в 2026 году**

рассматриваемые как непатентованные). \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие рецептурные лекарственные препараты.

Лекарственные препараты уровня 6: \$0

Этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов:

На этом этапе оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарственные препараты Части D.

Возможные расходы:

- Страховой взнос по плану (раздел 4.1)
- Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare Part B (раздел 4.2)
- Штраф за несвоевременное включение в программу Часть D (раздел 4.3)
- Корректировка ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода (раздел 4.4)
- Сумма Medicare Prescription Payment Plan (раздел 4.5)

Раздел 4.1 Страховой взнос по плану

Будучи участником нашего плана, вы ежемесячно оплачиваете страховой взнос. В течение 2026 года ежемесячный страховой взнос за участие в плане *Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)* составляет \$17.30.

Если вы уже участвуете в одной из таких программ и получаете помощь, **информация о страховых взносах в этом Справочнике участника плана может к вам не относиться**. Мы отправили вам отдельный документ под названием «Дополнение к Справочнику участника плана для лиц, получающих «Дополнительную помощь» (Extra Help) для оплаты рецептурных лекарственных препаратов» (другое название — «Дополнение о субсидии для лиц с низким доходом» или «Дополнение LIS» [LIS Rider]), в котором рассказывается о вашем покрытии лекарственных препаратов. Если у вас нет этого дополнения, обратитесь в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (пользователям TTY следует звонить по номеру 711) и попросите предоставить вам *Дополнение LIS*.

В некоторых случаях страховой взнос по нашему плану может быть уменьшен.

Программа дополнительной помощи Extra Help помогает людям с ограниченными ресурсами оплачивать лекарства. Подробнее об этих программах читайте в разделе 7 главы 2. Если вы соответствуете требованиям, участие в одной из этих программ может снизить ваш ежемесячный взнос по плану.

Страховые взносы по программе Medicare Part B и Part D зависят от уровня дохода участника. Если у вас есть вопросы об этих страховых взносах, просмотрите свой справочник «*Medicare и вы*» (*Medicare & You*) за 2026 год, раздел *Расходы по программе Medicare на 2026 г.* Скачайте копию с веб-сайта Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) или закажите печатный экземпляр по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте номер 1-877-486-2048.

Глава 1: Для новых участников плана

Раздел 4.2 Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare Part B

Многие участники обязаны оплачивать другие страховые взносы программы Medicare

Помимо уплаты ежемесячного страхового взноса по плану, некоторые участники должны уплачивать другие страховые взносы по программе Medicare. В разделе 2 (см. выше) объясняется, что для того чтобы вы смогли стать участником нашего плана, вам нужно быть участником программ Medicaid, а также Medicare Part A и Medicare Part B одновременно. За большинство участников плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) программа Medicaid платит страховые взносы по программе Часть А (если вы не получили на нее право автоматически) и программе Часть В.

Если Medicaid не платит за вас страховые взносы по программе Medicare, то для того чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны платить их сами. Это относится и к страховым взносам по программе Часть В. Возможно, вам также нужно платить страховые взносы по программе Часть А, если вы не имеете права на бесплатное участие в ней.

Раздел 4.3 Штраф за несвоевременное включение согласно Части D

Пока вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно, штраф за несвоевременное включение (LEP) вам платить не нужно, но если вы теряете право на участие в обеих указанных программах, вам, возможно, придется платить такой штраф. Штраф за несвоевременное включение в программу Часть D является дополнительным страховым взносом, который вы обязаны платить за покрытие, предоставляемое по программе Часть D, если после окончания периода первичной регистрации в планах вы в течение не менее 63 дней подряд не имели либо покрытия по программе Часть D, либо другого учитываемого покрытия лекарственных препаратов. «Учитываемое покрытие лекарственных препаратов по рецепту» — это покрытие, которое отвечает минимальным требованиям программы Medicare, то есть в среднем оно не меньше стандартного покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare. Размер штрафа за несвоевременное включение зависит от того, сколько времени у вас не было покрытия лекарственных препаратов по рецепту по программе Часть D или другого учитываемого покрытия лекарств по рецепту. Этот штраф вы будете платить, пока у вас есть покрытие по программе Часть D.

Вам **не нужно** платить штраф за несвоевременное включение по условиям Части D, если:

- Вы получаете дополнительную помощь Extra Help от Medicare для оплаты расходов на лекарственные препараты.
- Учитываемого страхового покрытия у вас не было менее 63 дней подряд.
- У вас было другое учитываемое покрытие лекарственных препаратов, например предоставленное бывшим работодателем, профсоюзом, программой TRICARE или Управлением по медицинскому обслуживанию ветеранов (Veterans Health Administration, VA). Ваш страховщик или отдел кадров каждый год сообщают вам, считается ли ваше покрытие лекарственных препаратов учитываемым. Эти сведения вам могут прислать письмом или в составе информационного бюллетеня вашего плана. Храните эти документы: они могут вам понадобиться в будущем, при включении в план Medicare, покрывающий лекарства.
 - **Примечание.** В полученном вами письме или уведомлении должно быть написано, что у вас учитываемое покрытие лекарств по рецепту, т. е. в рамках которого выплаты за лекарства будут не меньше, чем в стандартном плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.

Глава 1: Для новых участников плана

- **Примечание.** Дисконтные карты для покупки рецептурных препаратов, бесплатные клиники и веб-сайты скидок на лекарства не считаются учитываемым покрытием лекарственных препаратов по рецепту.

Размер штрафа за несвоевременное включение по условиям Части D устанавливает программа Medicare. Вот как это делается:

- Вначале рассчитывается, на сколько полных месяцев вы задержались с регистрацией в плане Medicare, покрывающем лекарства, после того как получили право стать его участником. Или рассчитывается, сколько полных месяцев у вас не было учитываемого покрытия лекарственных препаратов, если перерыв составил не менее 63 дней. За каждый месяц без учитываемого покрытия штраф увеличивается на 1%. Например, если у вас не было покрытия в течение 14 месяцев, штраф составит 14%.
- Затем Medicare определяет, сколько в предшествующем году составлял средний ежемесячный страховой взнос по планам, покрывающим лекарства по программе Medicare (национальный базовый страховой взнос участника). В 2025 г. средний страховой взнос составил \$36.78. Эта сумма может быть изменена в 2026 г.
- Для того чтобы узнать размер штрафа, умножьте процент штрафа на средний страховой взнос за месяц и округлите полученное значение до ближайших 10 центов. В приведенном примере это будет 14% от \$36.78, то есть \$5.15. Округляем и получаем \$5.20. Эта сумма штрафа за несвоевременное включение в программу Часть D будет добавлена **к ежемесячному страховому взносу.**

Ниже указаны три важных пункта по поводу ежемесячного штрафа за несвоевременное включение в Часть D.

- **Штраф может меняться каждый год.** Это связано с ежегодным изменением национального базового страхового взноса.
- **Вы платите штраф все время,** то есть ежемесячно, пока остаетесь участником плана, покрывающего лекарства по программе Medicare Part D. Штраф нужно платить, даже если вы меняете план.
- Если вы **младше** 65 лет и зарегистрированы в программе Medicare, ваш нынешний штраф за несвоевременное включение в программу Часть D будет пересмотрен, когда вам исполнится 65 лет. После того как вам исполнится 65 лет, штраф за несвоевременную регистрацию в программе по условиям Части D будет начисляться только за те месяцы, когда у вас не было страхового покрытия после периода первоначального вступления в программу Medicare.

Если вы не согласны с назначенным вам штрафом за несвоевременное включение в программу Часть D, вы или ваш представитель можете попросить пересмотреть ваше дело. Обычно это нужно сделать **в течение 60 дней** со дня, которым датировано письмо, сообщающее о назначенном вам штрафе за несвоевременную регистрацию. Однако если вы уже платите штраф до включения в наш план, у вас, возможно, не будет другой возможности попросить о пересмотре этого штрафа за несвоевременное включение.

Раздел 4.4 Корректировка ежемесячных взносов на основании уровня дохода

При потере права на участие в этом плане из-за изменения дохода некоторым участникам может потребоваться уплатить дополнительную сумму за план Medicare, называемую корректировкой

Глава 1: Для новых участников плана

ежемесячных взносов на основании уровня дохода (IRMAA) по программе Часть D. Корректировка производится на основании скорректированного общего дохода, указанного в налоговой декларации (IRS) 2 года назад. Если такая корректировка требуется, платить нужно стандартный страховой взнос и дополнительно сумму IRMAA. Подробную информацию о дополнительной сумме, которую вам, возможно, придется заплатить в зависимости от вашего дохода, можно найти по адресу www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Если вам нужно платить дополнительную сумму IRMAA, Служба социального обеспечения (не ваш план, действующий по программе Medicare), пришлет вам письмо, сообщающее о том, сколько вы должны доплатить. Эта дополнительная сумма может удерживаться из чеков, которые вы получаете от Службы социального обеспечения, Совета по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board) или из Управления кадровой службы (Office of Personnel Management), если сумма по такому чеку достаточна для уплаты этой дополнительной суммы. Такие вычеты делаются независимо от того, как вы обычно платите страховые взносы. Если сумм по таким чекам недостаточно для уплаты дополнительной суммы, вы будете получать счета от программы Medicare. **Эту дополнительную сумму IRMAA вы должны платить государству. Ее нельзя платить вместе с ежемесячными страховыми взносами. Если вы не будете платить эту дополнительную сумму IRMAA, вас исключат из нашего плана и вы потеряете страховое покрытие лекарств по рецепту.**

Если вы не согласны платить дополнительную сумму IRMAA, то можете попросить Службу социального обеспечения пересмотреть это решение. С вопросами о том, как это сделать, обращайтесь в Службу социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213 (при использовании ТТУ звоните по номеру 1-800-325-0778).

Раздел 4.5 Сумма оплаты рецептурных лекарственных препаратов по плану Medicare Prescription Payment Plan

Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных лекарственных препаратов Medicare Prescription Payment Plan, каждый месяц вы будете оплачивать страховой взнос по плану (если он у вас есть), а также получать счет на оплату рецептурных лекарственных препаратов от своего плана медицинского обслуживания или плана, покрывающего лекарства (вместо того, чтобы платить аптеке). Ваш ежемесячный счет включает сумму, которую вы должны заплатить за все полученные по рецептам лекарства, а также остаток средств за предыдущий месяц, поделенный на количество месяцев, оставшихся в году. Подробное описание плана оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare Prescription Payment Plan приведено в разделе 7 главы 2. Если вы не согласны с суммой, выставленной вам в рамках этой схемы оплаты, можете подать жалобу или апелляцию согласно процедуре, описанной в главе 9.

Глава 1: Для новых участников плана

РАЗДЕЛ 5 Подробнее о ежемесячном страховом взносе по плану

Раздел 5.1 Невозможность изменения размера ежемесячного страхового взноса в течение года

Мы не имеем права изменять размер ежемесячного страхового взноса по плану в течение года. Если размер ежемесячного страхового взноса по плану изменится в следующем году, мы сообщим вам об этом в сентябре, а изменения вступят в силу 1 января.

Если вы получите право на дополнительную помощь Extra Help или потеряете его в течение года, размер страхового взноса может измениться. Если вы имеете право на дополнительную помощь Extra Help по покрытию расходов на лекарственные препараты, программа Extra Help оплачивает часть ежемесячного страхового взноса по плану. Если вы потеряете право на дополнительную помощь Extra Help в течение года, вам придется начать оплачивать полный ежемесячный взнос по плану. Подробную информацию о программе дополнительной помощи Extra Help см. в разделе 7 главы 2.

РАЗДЕЛ 6 Своевременное сообщение представителям плана о любых изменениях

Документация участника плана включает сведения, взятые из формы заявки на включение в план, в том числе ваши адрес и номер телефона. Здесь указано предоставляемое вам страховое покрытие плана, включая имя вашего основного врача.

Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики услуг, входящие в сеть нашего плана, **могут узнать из вашей документации участника, какие услуги и лекарства покрываются планом и какова ваша доля в софинансировании расходов.** Вот почему очень важно, чтобы вы своевременно сообщали нам об изменениях.

Сообщайте нам обо всех изменениях, а именно:

- Изменения в ваших имени/фамилии, адресе или номере телефона
- Изменения в любом другом медицинском страховании, которое у вас есть (например, от вашего работодателя, работодателя вашего супруга[-и] или сожителя, страхование от несчастного случая на рабочем месте либо Medicaid)
- Любые страховые требования по страхованию ответственности, например в результате автомобильной аварии
- Если вы были приняты в центр сестринского ухода
- Если вы получаете помощь в отделении экстренной помощи или в больнице, расположенной за пределами нашей зоны обслуживания или не входящей в нашу сеть
- Если поменялось отвечающее за вас лицо (например, ухаживающий за вами человек)
- Если вы участвуете в клиническом исследовании (**примечание:** вы не обязаны сообщать нам о клинических исследованиях, в которых собираетесь участвовать, но мы настоятельно рекомендуем вам это делать).

Если указанные выше сведения изменились, сообщите нам об этом: позвоните в наш Отдел обслуживания (833) 671-0440 (TTY: 711). Участник плана может создать свою учетную запись на портале My Senior Whole Health. Это позволяет через Интернет менять своего врача, редактировать контактную информацию, запрашивать новую идентификационную карту, получать напоминания о необходимых вам медицинских

Глава 1: Для новых участников плана

услугах и смотреть историю обслуживания. Для того чтобы создать учетную запись на портале My Senior Whole Health или ею пользоваться, посетите сайт <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY>.

Кроме того, при переезде или изменении почтового адреса обязательно сообщайте об этом в Службу социального обеспечения (Social Security). Позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (при использовании ТТУ набирайте 1-800-325-0778).

РАЗДЕЛ 7 Как другие страховые планы сотрудничают с нашим?

Другие страховые планы

Medicare требует, чтобы мы собирали информацию о любом другом медицинском страховании или покрытии лекарственных препаратов, которое у вас есть, чтобы мы могли координировать другое страховое покрытие с покрытием нашего плана. Это называется **координация покрываемых услуг**.

Раз в год мы присылаем вам письмо с перечнем ваших медицинских страховок и покрытия лекарственных препаратов, о которых нам известно. Внимательно ознакомьтесь с этой информацией. Если приведенные в письме сведения правильные, делать ничего не нужно. Если сведения неправильные или если у вас есть страховка, отсутствующая в списке, позвоните в наш Отдел обслуживания ((833) 671-0440, ТТУ: 711). Вам может понадобиться сообщить другим страховщикам свой идентификационный номер участника нашего плана (после подтверждения их личности), чтобы ваши счета оплачивались правильно и своевременно.

Если у вас есть еще какая-нибудь страховка (например, коллективная страховка, предоставленная работодателем), решение о том, какой план платит первым, принимается на основании правил, установленных программой Medicare. Страховая программа, которая платит первой, называется первичным плательщиком и оплачивает услуги в объеме своей страховой ответственности. Страховая программа, которая платит второй, называется вторичным плательщиком и платит, только если первичный плательщик покрыл не всю сумму. Вторичный плательщик может выплатить не всю оставшуюся сумму. Если у вас есть еще одна страховка, сообщайте об этом врачу, в больнице и в аптеке.

В случае коллективного плана медицинского страхования, предоставленного работодателем или профсоюзом, действуют следующие правила:

- Вы получаете страховку как пенсионер. — Первой платит программа Medicare.
- У вас коллективный план медицинского страхования, предоставленный вашим работодателем или работодателем работающего члена семьи. — Решение о том, какой план платит первым, принимается с учетом вашего возраста, размера компании и того, получили ли вы право на участие в программе Medicare по возрасту, в связи с инвалидностью или потому что у вас терминальная стадия почечной недостаточности (End-Stage Renal Disease, ESRD).
 - Вы лицо с ограниченными возможностями младше 65 лет; кроме того, вы (или член вашей семьи) все еще работаете. — Ваш коллективный план медицинского страхования платит первым, если в компании работодателя заняты не менее 100 человек или если хотя бы у одного работодателя, предоставляющего план совместно с другими работодателями, работает не менее 100 человек.

Глава 1: Для новых участников плана

- Вы старше 65 лет и вы (или ваш[-а] супруг[-а] / сожитель[-ница]) по-прежнему работаете. — Ваш коллективный план медицинского страхования платит первым, если в компании работодателя заняты не менее 20 человек или если хотя бы у одного работодателя, предоставляющего план совместно с другими работодателями, работает не менее 20 человек.
- Вы включены в программу Medicare, потому что у вас терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD). — Ваш коллективный план медицинского страхования платит первым первые 30 месяцев с того дня, когда вы получили право на участие в программе Medicare.

Следующие страховки обычно платят первыми за покрываемые ими услуги:

- Страхование No-fault (компенсация от своей страховой компании независимо от того, по чьей вине произошло событие; также включает страховку на автомобиль).
- Страхование ответственности (включая автомобильное страхование).
- Страхование больных пневмококциозом.
- Компенсация от предприятия за ущерб, причиненный здоровью на рабочем месте.

За услуги, покрываемые программой Medicare, программы Medicaid и TRICARE никогда не платят первыми. Они платят только после Medicare и/или коллективного плана медицинского страхования, предоставленного работодателем.

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы**ГЛАВА 2:****Важные телефонные номера и ресурсы****РАЗДЕЛ 1 Контакты плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

С вопросами о страховых требованиях, счетах или карточке участника плана обращайтесь по телефону или письменно в отдел обслуживания участников плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Мы будем рады вам помочь.

Отдел обслуживания — контактная информация

Телефон	(833) 671-0440 Звонки на этот номер бесплатные. График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Отдел обслуживания (833) 671-0440 (TTY: 711) также предоставляет бесплатные услуги переводчика людям, которые не говорят по-английски.
TTY	711 Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.
Факс	(310) 507-6186
Почта	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Веб-сайт	SWHNY.com

Как получить решение о страховом покрытии или подать апелляцию по поводу медицинского обслуживания

Решение о страховом покрытии — это наше решение о доступных вам услугах, их покрытии и сумме, которую мы оплатим за ваши медицинские услуги либо препараты по условиям Части D. Апелляция — это способ официально обратиться к нам с просьбой пересмотреть или изменить решение о покрытии. Для получения дополнительной информации о том, как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию в отношении медицинского обслуживания или получения лекарственных препаратов по условиям Части D, обратитесь к главе 9.

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы**Страховые решения и апелляции по поводу медицинской помощи или рецептурных лекарственных препаратов, покрываемых по условиям Части D — контактная информация**

Телефон	(833) 671-0440 Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени.
Факс	Высокотехнологичная лучевая диагностика: (877) 731-7218. Трансплантация: (877) 813-1206. Амбулаторное лечение физических нарушений / нарушений психического здоровья: (844) 251-1450. Лечение в стационаре: (844) 834-2152. Рецепты на лекарства (RX) / коды лекарств (J-code): (866) 290-1309.
Почта	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 Рецептурные лекарственные препараты Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
Веб-сайт	SWHNY.com

Как подать жалобу по поводу медицинской помощи

Вы можете подать жалобу на нас или на сетевых поставщиков либо аптеки, в частности на качество полученного вами обслуживания. Обратите внимание, что этот тип жалобы не предназначен для урегулирования споров в отношении покрытия или платежей. Дополнительную информацию о том, как подать жалобу по поводу медицинской помощи, см. в главе 9.

Жалобы на медицинскую помощь: контактная информация

Телефон	(833) 671-0440 Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы**Жалобы на медицинскую помощь: контактная информация**

	Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени.
Факс	(562) 499-0610
Почта	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
Веб-сайт	SWHNY.com

Как попросить нас оплатить счет за уже полученную вами медицинскую помощь или уже полученное лекарство

Если вы получили счет (например, от врача) или сами оплатили помощь, но думаете, что платить должен наш план, можете попросить нас возместить ваши расходы или уплатить по счету. Дополнительную информацию см. в главе 7.

Если вы попросите нас оплатить счет, а мы отклоним какую-либо часть вашей просьбы, вы можете обжаловать наше решение. Дополнительную информацию см. в главе 9.

Запросы на оплату — контактная информация

Телефон	(833) 671-0440 Звонки на этот номер бесплатные. С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.
TTY	711 Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.
Факс	(866) 290-1309
Почта	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 Рецептурные лекарственные препараты Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы**Запросы на оплату — контактная информация****Веб-сайт**

SWHNY.com

РАЗДЕЛ 2 Получение помощи от Medicare

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; людей младше 65 лет, имеющих некоторые виды инвалидности; людей с терминальной стадией почечной недостаточности (необратимая потеря функции почек, при которой требуется проведение диализа или пересадка почки).

За управление программой Medicare отвечает федеральное агентство «Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid» (CMS). У этого агентства заключены договоры с организациями, действующими по программе Medicare Advantage, в том числе с нашим планом.

Medicare — контактная информация**Телефон**

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Звонки на этот номер бесплатные.

Линия работает круглосуточно и без выходных.

TTY

1-877-486-2048

Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.

Звонки на этот номер бесплатные.

Чат в реальном времени

Воспользуйтесь чатом в реальном времени на странице www.Medicare.gov/talk-to-someone.

Почта

Напишите в Medicare по следующему адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Веб-сайтwww.Medicare.gov

- Получите информацию о планах медицинского страхования и покрытия лекарственных препаратов Medicare в вашем регионе, в том числе о том, сколько они стоят и какие услуги предоставляются.
- Найдите врачей, участвующих в программе Medicare, или других поставщиков медицинских услуг.
- Узнайте, что покрывает программа Medicare, включая профилактические услуги (например, скрининги, прививки и вакцины, а также ежегодные профилактические визиты).
- Узнайте, как подать апелляцию в Medicare и где найти бланки.
- Получите информацию о качестве обслуживания, предоставляемого страховыми планами, центрами сестринского ухода, больницами, врачами, агентствами по уходу на дому, центрами диализа, хосписными центрами, стационарными реабилитационными центрами и больницами долгосрочного ухода.

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы**Medicare — контактная информация**

- Ищите адреса полезных сайтов и номера телефонов.

Кроме того, через сайт www.Medicare.gov можно подать жалобу в Medicare на план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Для того чтобы подать жалобу в Medicare онлайн, воспользуйтесь страницей www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare серьезно относится к вашим жалобам. Сообщенные вами сведения используются для повышения качества работы программы.

РАЗДЕЛ 3 Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Программа штата по оказанию помощи со страховым покрытием (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) — это государственная программа, в которой работают опытные консультанты. Она есть в каждом штате и предлагает бесплатную помощь, информацию и ответы на ваши вопросы о программе Medicare. В штате New York программа помощи SHIP называется программой консультирования, информирования и содействия участникам планов медицинского страхования Health Insurance Information, Counseling, and Assistance Program (HIICAP).

Программа помощи HIICAP никак не связана ни с какими страховыми компаниями и планами медицинского страхования. Это независимая программа штата, получающая федеральное финансирование. Ее сотрудники бесплатно консультируют людей, участвующих в программе Medicare, по вопросам медицинского страхования.

Консультанты из программы HIICAP объяснят вам, какие у участника программы помощи HIICAP есть права по программам Medicare, помогут подать жалобу на медицинскую помощь или лечение, окажут содействие в разрешении затруднений с оплатой счетов по программе Medicare. Консультанты из программы помощи HIICAP могут, кроме того, помочь в вопросах, возникших в связи с программой Medicare, помочь выбрать страховой план, действующий по программе Medicare, и ответить на вопросы об изменении плана.

Программа консультирования, информирования и содействия участникам планов медицинского страхования Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (программа SHIP в штате New York) — контактная информация

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

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы**РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания (QIO)**

Назначенная Организация по улучшению качества (QIO) обслуживает участников программы Medicare в каждом штате. В штате New York организация повышения качества обслуживания называется Livanta.

Организация повышения качества обслуживания представляет собой группу врачей и других медиков. Работу этой организации оплачивает программа Medicare. Задача организации состоит в контроле и повышении качества обслуживания участников программы Medicare. Программа Livanta — это независимая организация. Она не связана с нашим планом.

В организацию Livanta обращайтесь в следующих случаях:

- У вас есть жалобы на качество полученного ухода. Примеры проблем с качеством медицинской помощи включают получение неправильного лекарства, ненужные тесты и процедуры или неправильный диагноз.
- Вы считаете, что страховое покрытие госпитализации заканчивается слишком скоро.
- Вы считаете, что страховое покрытие медицинской помощи на дому, обслуживания в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается слишком рано.

Livanta (организация повышения качества обслуживания в штате New York) — контактная информация

Телефон	(866) 815-5440 Линия работает с понедельника по пятницу с 9 а.м. до 5 р.м. по местному времени. На выходных и по праздникам линия работает с 10 а.м. до 4 р.м. по местному времени.
TTY	711. Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Почта	Livanta BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Веб-сайт	https://www.livantaqio.cms.gov/

РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения (Social Security)

Служба социального обеспечения определяет право на участие в программе Medicare и занимается регистрацией в этой программе.

Кроме того, служба социального обеспечения решает, у кого из участников программы Medicare доходы достаточно велики для того, чтобы платить за покрытие лекарственных препаратов по условиям Части D больше обычного. Если вы получили письмо от Службы социального обеспечения с

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы

уведомлением о необходимости уплаты дополнительной суммы и у вас есть вопросы относительно этой суммы, или если ваш доход снизился из-за жизненных обстоятельств, вы можете обратиться в Службу социального обеспечения с просьбой пересмотреть их решение.

Если вы меняете место жительства или почтовый адрес, уведомьте об этом Службу социального обеспечения, чтобы обновить вашу информацию.

Служба социального обеспечения — контактная информация

Телефон	<p>1-800-772-1213</p> <p>Звонки на этот номер бесплатные.</p> <p>Звоните с 8 а.м. до 7 р.м. с понедельника по пятницу.</p> <p>Для получения информации в виде аудиозаписи и по вопросам ведения некоторых дел вы можете воспользоваться автоматизированной телефонной линией Службы социального обеспечения.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.</p> <p>Звонки на этот номер бесплатные.</p> <p>Звоните с 8 а.м. до 7 р.м. с понедельника по пятницу.</p>
Веб-сайт	<p>www.SSA.gov</p>

РАЗДЕЛ 6 Medicaid

Medicaid — это совместная программа федерального правительства и органов штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами. Каждый штат самостоятельно решает, что считать доходом и средствами, кто имеет право на участие в программе, какие виды обслуживания программа покрывает и сколько участник программы платит за обслуживание. Кроме того, в рамках федеральных правил штаты могут сами решать, каким образом программа будет работать.

В рамках Medicaid также действуют некоторые программы, помогающие участникам программы Medicare платить связанные с этой программой расходы, например страховые взносы по программе Medicare. Эти программы финансовой помощи участникам программы Medicare (Medicare Savings Program) помогают людям с ограниченным доходом экономить деньги каждый год:

- **Полное покрытие для людей, включенных в программы Medicaid и Medicare (Full Benefit Dual Eligible, FBDE).** Некоторые участники имеют право как на ограниченное покрытие софинансируемых расходов по программе Medicare, так и на полный набор услуг по программе Medicaid.

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы

- **Программа для правомочных получателей страхового обеспечения Qualified Medicare Beneficiary (QMB+).** Помощь в оплате страховых взносов по Medicare Part A и Part B, а также других видов софинансирования расходов (например, не покрываемых страховкой минимумов, совместного страхования и доплат). Кроме того, эти люди тоже имеют право на полное покрытие по программе Medicaid.

Для того чтобы стать участником нашего плана, вы должны быть включены в программы Medicare и Medicaid одновременно и на момент включения в план отвечать также другим критериям.

Куда можно обратиться с вопросами о помощи, которую оказывает Medicaid:

Программа Medicaid штата New York — контактная информация

Телефон	1-800-541-2831, с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м., в субботу с 9 а.м. до 1 р.м.
TTY	711 Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Почта	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Вы можете написать в местный Департамент социальных служб (LDSS). Найдите адрес вашего LDSS на странице https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm
Веб-сайт	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

В округе Nassau обращайтесь в местный Департамент социальных служб (Department of Social Services).

Nassau County Department of Social Services

Телефон	(516) 227-7474
Почта	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
Веб-сайт	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

В округе Westchester обращайтесь в местный Департамент социальных служб (Department of Social Services).

Westchester County Department of Social Services

Телефон	(914) 995-3333
Почта	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
Веб-сайт	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы

Сеть независимых специалистов по защите прав потребителей *Independent Community Health Advocates (ICAN)* помогает людям, зарегистрированным в программе Medicaid, при возникновении проблем с обслуживанием или оплатой счетов. Сотрудники программы могут помочь вам подать в наш план жалобу или апелляцию. Этот омбудсмен может помочь нашим участникам, которые участвуют в нашем плане Health and Recovery Plan (HARP) и в нашей программе Medicaid Managed Care (MMC) и получают долгосрочные услуги и поддержку.

Сеть независимых специалистов по защите прав потребителей (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) — контактная информация

Телефон	1-844-614-8800, с понедельника по пятницу с 9 а.м. до 5 р.м.
TTY	711 Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Почта	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 Эл. ПОЧТА: ican@cssny.org
Веб-сайт	www.icannys.org

Организация *Community Health Advocates (CHA)* помогает людям, зарегистрированным в программе Medicaid, при возникновении проблем с обслуживанием или оплатой счетов. Сотрудники программы могут помочь вам подать в наш план жалобу или апелляцию.

Community Health Advocates (CHA) — контактная информация

Телефон	1-844-614-8800, с понедельника по пятницу с 9 а.м. до 5 р.м.
TTY	711 Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Почта	<i>Community Health Advocates (CHA)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 Эл. ПОЧТА: cha@cssny.org
Веб-сайт	www.communityhealthadvocates.org

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы**Проект обеспечения доступа населения к наркологической и психиатрической помощи (Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project, CHAMP) — контактная информация**

Телефон	1-888-614-5400, с понедельника по среду с 9 а.м. до 7 р.м., четверга и пятница с 9 а.м. до 4 р.м.
TTY	711 Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Почта	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 Эл. ПОЧТА: ombuds@oasas.ny.gov
Веб-сайт	www.champny.org

Программа омбудсмана по вопросам длительного обслуживания штата New York State Long Term Care Ombudsman Program помогает людям получать информацию о центрах сестринского ухода и улаживать конфликты между этими центрами, проживающими в них пациентами и семьями пациентов.

Программа омбудсмана по вопросам длительного обслуживания штата New York State Long Term Care Ombudsman Program — контактная информация

Телефон	1-855-582-6769, с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 4 р.м.
Почта	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 Эл. ПОЧТА: ombudsman@aging.ny.gov
Веб-сайт	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

РАЗДЕЛ 7 Программы помощи в оплате рецептурных лекарственных препаратов

На веб-сайте Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) можно найти информацию о том, как снизить расходы на рецептурные лекарственные препараты. Приведенные ниже программы могут помочь людям с ограниченным доходом.

Программа дополнительной помощи Extra Help от Medicare

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право на участие и участвуете в программе Extra Help от Medicare, которая помогает оплачивать расходы по плану, покрывающему лекарства по рецепту. Вам не нужно предпринимать никаких дополнительных действий, чтобы получить эту помощь.

С вопросами о программе Extra Help звоните по номеру:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте номер 1-877-486-2048.

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы

- Служба социального обеспечения (Social Security): телефон 1-800-772-1213. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 7 р.м. ТТУ: 1-800-325-0778.
- Управление программы Medicaid вашего штата (Контактная информация приведена в разделе 6 этой главы.)

Если вы считаете, что вы заплатили неправильную сумму за рецептурные препараты в аптеке, наш план предусматривает процедуру, которая поможет вам получить доказательства для определения правильной суммы доплаты. Если у вас уже есть доказательства вашего права на определенный уровень оплаты, мы расскажем, как нам их предоставить.

- Информацию о процедуре «Самые убедительные доводы» (Best Available Evidence, BAE) см. на сайте <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Процедура BAE используется для того, чтобы определить, имеет ли участник плана право на субсидию для лиц с низким доходом (Low-Income Subsidy, LIS). Наш Отдел обслуживания и Отдел аптек решает, в каких случаях может применяться процедура BAE. Перечень документов, которые нужно присылать в наш Отдел обслуживания для процедуры BAE (чтобы решить, имеете ли вы право на эту помощь), см. в главе 2. Кроме того, с вопросами обращайтесь в наш Отдел обслуживания. Допустимые формы документации:
 - Письмо из Управления социального обеспечения (SSA) о назначении вам субсидии
 - Извещение о назначении субсидии
 - Дополнительный социальный доход (SSI)

Получив документы, подтверждающие, сколько вы должны доплачивать за лекарства, мы обновим данные в нашей системе, и со следующего раза вы будете платить аптеке правильные суммы. Если вы заплатите сверх размера доплаты, мы вернем вам деньги в виде чека или кредита на доплату в будущем. Если аптека не получила от вас доплату и удерживает ее как долг, мы можем произвести платеж непосредственно аптеке. Если за вас уплатил штат, мы отправим эту сумму непосредственно штату. С вопросами обращайтесь в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (ТТУ: 711).

Большинство наших участников имеют право на получение и уже получают дополнительную помощь Extra Help от Medicare для оплаты расходов по плану, покрывающему лекарства по рецепту. Что делать, если вы являетесь участником программы Extra Help и получаете покрытие от Программы помощи штата в оплате фармацевтических препаратов (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Многие штаты предлагают помощь в оплате рецептурных препаратов, страховых взносов в план лекарственного обеспечения и/или других расходов на лекарства. Если вы участвуете в программе штата по обеспечению лекарственными препаратами (SPAP), в первую очередь используется покрытие Extra Help от Medicare.

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (программа помощи по обеспечению лекарственными препаратами штата New York State Pharmaceutical Assistance Program) — контактная информация

Телефон	(800) 332-3742 С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени
Почта	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы**EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (программа помощи по обеспечению лекарственными препаратами штата New York State Pharmaceutical Assistance Program) — контактная информация**

Веб-сайт	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/
-----------------	---

Что делать, если вы являетесь участником программы Extra Help и получаете покрытие от Программы помощи в приобретении лекарств от СПИДа (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) предоставляет поддержку людям с ВИЧ/СПИДом (HIV/AIDS), помогая им получить доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ (HIV). Если лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare Part D, покрываются также программой ADAP, то вам помогает за них платить программа ADAP в штате *New York*.

Примечание: Чтобы иметь право на участие в ADAP в соответствующем штате, заявитель должен соответствовать определенным критериям, таким как подтверждение проживания в штате, статуса ВИЧ (HIV), низкого дохода (установленного штатом), а также статус незастрахованного или неполностью застрахованного. Если вы сменили страховой план, обязательно сообщите об этом вашему местному представителю ADAP, чтобы продолжить получать помощь. О критериях, которым должны соответствовать участники этой программы, о покрываемых лекарственных препаратах и о том, как стать ее участником, можно узнать по телефону (800) 542-2437 или 1-844-682-4058.

Программы помощи штата по содействию в приобретении лекарств State Pharmaceutical Assistance Programs

Во многих штатах существуют программы помощи штата по содействию в приобретении лекарств State Pharmaceutical Assistance Programs, которые помогают людям оплачивать рецептурные лекарственные препараты в зависимости от их финансовых потребностей, возраста, заболевания или статуса инвалидности. В каждом штате действуют свои правила покрытия лекарственных препаратов для участников.

В штате *New York* действует программа помощи штата по обеспечению лекарственными препаратами EPIC (*Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage*).

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (программа помощи по обеспечению лекарственными препаратами штата New York State Pharmaceutical Assistance Program) — контактная информация

Телефон	(800) 332-3742 С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени
Почта	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
Веб-сайт	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan

План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan — это вариант оплаты, который сочетается с вашим текущим страховым покрытием лекарственных препаратов, чтобы помочь вам управлять личными расходами на препараты, покрываемые нашим планом, распределяя их на

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы

календарный год (с января по декабрь). Использовать этот вариант оплаты может любой участник плана Medicare, покрывающего препараты, или плана медицинского страхования Medicare с покрытием лекарственных препаратов (например, план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов). **Этот способ оплаты поможет вам управлять расходами, но не сэкономит деньги и не снизит стоимость лекарственных препаратов. Если вы участвуете в Плате оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan и продолжаете пользоваться таким же планом по условиям Части D, ваше участие будет автоматически продлено на 2026 год.** Программа Extra Help от Medicare, помощь от программ SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодна, чем участие в Medicare Prescription Payment Plan. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711) или посетите веб-сайт www.Medicare.gov.

Контактная информация Плана оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan

Телефон	(833) 671-0440 Звонки на этот номер бесплатные. График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Отдел обслуживания (833) 671-0440 (TTY: 711) также предоставляет бесплатные услуги переводчика людям, которые не говорят по-английски.
TTY	711 Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.
Факс	(310) 507-6186
Почта	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Веб-сайт	SWHNY.com

РАЗДЕЛ 8 Совет по вопросам социального обеспечения железнодорожников (RRB)

Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board) — это независимое федеральное агентство, управляющее комплексными программами страхового покрытия для железнодорожников и их семей. Если вы получаете покрытие Medicare через Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта, сообщайте сотрудникам данного агентства о переезде или смене почтового адреса. Если у вас возникли вопросы

Глава 2: Важные телефонные номера и ресурсы

о покрытии от Совета по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта, свяжитесь с агентством.

Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) — контактная информация

Телефон	1-877-772-5772 Звонки на этот номер бесплатные. Нажмите «0», чтобы поговорить с представителем RRB с 9 а.м. до 3:30 р.м. в понедельник, вторник, четверг и пятницу, а также с 9 а.м. до 12 р.м. в среду. Нажмите «1», чтобы получить доступ к автоматизированной справочной линии RRB и записанной информации. Эта линия работает круглосуточно, а также по выходным и праздничным дням.
TTY	1-312-751-4701 Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер не бесплатные.
Веб-сайт	https://RRB.gov

РАЗДЕЛ 9 Коллективное или другое медицинское страхование от работодателя

Если вы (или ваш[-а] супруг[-а] / сожитель[-ница]) получаете страховое покрытие по предоставленной работодателем коллективной страховке для работников или пенсионеров, то с вопросами о такой страховке обращайтесь к работодателю, профсоюзному администратору страховки или в наш Отдел обслуживания по номеру [insert Member Services number] (при использовании TTY звоните на номер [insert TTY number]). Там вы можете узнать о страховых взносах по своей пенсионной или предоставляемой работодателем страховке (или страховке супруга[-и]/сожителя), о покрываемом медицинском обслуживании, страховых взносах и периоде регистрации. (Номера телефонов нашего Отдела обслуживания напечатаны на задней обложке этого документа.) Вы можете позвонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и задать вопросы о покрытии в рамках этого плана. При использовании TTY набирайте номер 1-877-486-2048.

Если вы (или ваш[-а] супруг[-а] / сожитель[-ница]) имеете другое покрытие лекарственных препаратов по своей коллективной страховке (или страховке супруга[-и] / сожителя[-ьницы]) от работодателя для работников или пенсионеров, то с вопросами о страховом покрытии лекарств обращайтесь к **администратору коллективной страховки**. Администратор коллективной страховки поможет выяснить, как имеющееся у вас покрытие лекарственных препаратов работает с нашим планом.

ГЛАВА 3:

Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

РАЗДЕЛ 1 Как участник нашего плана может получить медицинские и другие услуги

В этой главе говорится о том, что вам нужно знать об использовании нашего плана для получения страхового покрытия медицинской помощи и других услуг. Чтобы узнать, какое медицинское обслуживание и другие услуги покрывает наш план, ознакомьтесь с *таблицей покрываемого обслуживания* в главе 4.

Раздел 1.1 Что такое «сетевые поставщики» и «покрываемые услуги»?

- **Поставщики услуг** — это врачи и другие профессиональные медики, имеющие лицензию штата на оказание медицинских услуг и помощи. Термин «поставщик услуг» также включает больницы и другие медицинские учреждения.
- **Сетевые поставщики** — это врачи и другие профессиональные медики, медицинские группы, больницы и прочие учреждения здравоохранения, заключившие с нами договор, согласно которому они принимают страховое покрытие по нашему плану в качестве полной оплаты оказанной вам помощи. Эти поставщики оказывают участникам нашего плана покрываемые услуги. Счет за оказанную вам помощь такие сетевые поставщики обычно направляют непосредственно нам. Вы ничего не платите за покрываемые услуги, если вы получили их у сетевого поставщика.
- **Покрываемые услуги** — это медицинская помощь, медицинские услуги, принадлежности, оборудование и рецептурные лекарственные препараты, покрываемые нашим планом. Ваши покрываемые услуги и медицинская помощь приведены в Таблице покрываемого обслуживания в главе 4. О том, какие покрываемые услуги предусматривает наш план для рецептурных лекарственных препаратов, см. в главе 5.

Раздел 1.2 Основные правила получения покрываемой нашим планом медицинской помощи и других покрываемых услуг

Поскольку план медицинского страхования Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) действует по программам Medicare и Medicaid, он должен покрывать все услуги, покрываемые по программе Original Medicare, и дополнительно может покрывать обслуживание, которое программа Original Medicare не покрывает.

План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) обычно покрывает медицинскую помощь, если выполняются следующие условия:

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

- **Полученная помощь включена в Таблицу покрываемого обслуживания плана**, приведенную в главе 4.
- **Полученная вами помощь считается необходимой по медицинским показаниям.** «По медицинским показаниям» означает, что обслуживание, оборудование, принадлежности и лекарства отвечают требованиям стандартов медицинской помощи и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить ваше заболевание.
- **У вас есть сетевой основной врач (PCP), который оказывает вам помощь или наблюдает за ее оказанием.** Будучи участником нашего плана, вы должны выбрать сетевого PCP (подробнее см. в разделе 2.1).
 - В большинстве случаев **наш план** должен дать вам предварительное разрешение (направление), чтобы вы могли обращаться к другим поставщикам в сети нашего плана, таким как профильные специалисты, больницы, центры квалифицированного сестринского ухода или агентства по оказанию медицинской помощи на дому. Дополнительную информацию см. в разделе 2.3.
 - Вам не нужны направления **от** PCP для получения экстренной или неотложной помощи. Чтобы узнать о других видах помощи, которые вы можете получить без предварительного разрешения от PCP, перейдите к разделу 2.2.
- **Вы должны получать помощь у сетевого поставщика** (см. раздел 2). В большинстве случаев мы не оплачиваем помощь, которую вы получили у внесетевых (не входящих в сеть плана) поставщиков. Это означает, что вам придется в полном объеме оплатить поставщику предоставленные им услуги. *Существуют 3 исключения:*
 - Наш план покрывает экстренную помощь и неотложную помощь, оказанную внесетевым поставщиком. Дополнительную информацию об экстренной и неотложной помощи смотрите в разделе 3.
 - Если вам нужна медицинская помощь, которую программа Medicare требует от нас оплачивать, но у нас нет сетевых поставщиков, которые могут ее оказать, то в этом случае вы можете обращаться к внесетевым поставщикам услуг с той же долей софинансирования расходов. В подобном случае вам нужно вначале получить наше предварительное подтверждение. Обратитесь в Отдел обслуживания для получения помощи. В этой ситуации мы полностью покрываем оказанную вам помощь. Информация о том, как получить разрешение на посещение не сотрудничающего с нами врача, приведена в разделе 2.4.
 - План покрывает услуги гемодиализа, полученные в сертифицированном Medicare диализном центре, если вы временно находитесь вне зоны обслуживания нашего плана или если ваш поставщик таких услуг временно недоступен. Сумма, которую вы сами платите нашему плану за диализ, никогда не может превышать ту долю софинансирования расходов, которую вы платите по программе Original Medicare. Если вы находитесь вне зоны обслуживания нашего плана и получаете услуги диализа у поставщика, который не входит в сеть нашего плана, то уплачиваемая вами сумма не может превышать ту долю софинансирования расходов на диализ, которую вы платите в сети плана. Тем не менее, если ваш обычный сетевой поставщик услуг диализа временно недоступен и если вы решили пройти диализ в пределах нашей зоны обслуживания, но у поставщика, не входящего в нашу сеть, то ваша сумма софинансирования расходов на диализ может быть выше.

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

РАЗДЕЛ 2 Обращение к сетевым поставщикам плана за медицинским и другим обслуживанием

Раздел 2.1 Вам нужно выбрать своего основного врача (PCP) — он вас лечит и следит за вашим лечением в целом**Кто такой основной врач (PCP) и что он делает?**

Став участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), вы должны выбрать своего основного врача (PCP). Ваш PCP должен быть лицензированным поставщиком услуг, отвечать требованиям штата и иметь подготовку, необходимую для оказания вам базовой медицинской помощи.

Ваш PCP должен быть семейным врачом, лицензированным в штате New York (New York State Family Medicine); специалистом по внутренним болезням (Internal Medicine); гериатром (болезни пожилых людей, Geriatric Medicine); специалистом по болезням взрослых людей (Adult Medicine) или фельдшером-геронтологом (Gerontological Nurse Practitioner). Обычную/базовую помощь вам оказывает ваш PCP. Кроме того, ваш PCP координирует получение вами других видов покрываемых услуг как участником плана. Эта помощь включает, например, рентгеновские снимки, лабораторные анализы, проведение терапии, помощь врачей-специалистов, госпитализации и последующее лечение. «Координация» обслуживания включает обсуждения и консультации по поводу нужной вам помощи с другими поставщиками услуг, сотрудничающими с планом. Иногда PCP нужно, прежде чем назначать лечение, получать предварительное подтверждение нашего плана. В Таблице покрываемого обслуживания в главе 4 указано, на какие услуги вначале нужно получать предварительное подтверждение нашего плана. За подтверждением ваш PCP обращается в план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Поскольку ваш PCP будет вас лечить и координировать оказание вам медицинской помощи, вам нужно передать ему все имеющиеся у вас предыдущие медицинские карты.

Как выбрать PCP

Когда вы регистрируетесь в нашем плане, вас просят выбрать своего PCP. Возможно, ваш текущий PCP уже сотрудничает с планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Когда вы подаете заявку на включение в наш план, мы проверяем, работает ли с нами этот PCP. Если ваш врач не сотрудничает с планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), то нужно выбрать одного из тех, кто входит в нашу сеть, и как можно скорее записаться к нему на прием.

Своего PCP можно выбрать во время регистрации в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) по Каталогу поставщиков услуг и аптек, сотрудничающих с нашим планом. Самая последняя версия Каталога есть на нашем сайте. Используйте инструмент поиска Find a Provider (Найти поставщика услуг). Кроме того, можно обратиться в наш Отдел обслуживания: звонки бесплатные, телефон указан на задней обложке этого справочника. Мы изучим список PCP, которые принимают рядом с вами, и спросим, к каким еще врачам и в какие больницы вы обычно обращаетесь. Вас попросят указать имя PCP в своей заявке на включение в план. Вы всегда можете перейти к другому PCP.

Как сменить PCP

Вы можете поменять своего PCP по любой причине и в любое время. Кроме того, возможно, что ваш PCP выйдет из сети поставщиков медицинских услуг нашего плана, и вам придется искать нового специалиста.

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

В плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) действуют правила, обеспечивающие непрерывность обслуживания (Continuity-of-Care, COC). Эти правила позволяют вам обращаться к врачам и в учреждения, которые с нами не сотрудничают, в следующих ситуациях:

Если вы недавно стали участником нашего плана, то можете продолжать лечение в течение до 90 дней:

- Если во время регистрации в плане вы проходите курс лечения у не сотрудничающего с нами медика.
- Если у вас сейчас есть оборудование DME: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) обеспечит постоянный доступ к необходимому вам оборудованию DME и услугам его ремонта у поставщиков, не заключивших договор с планом.
- Если вы беременны, вы будете получать непрерывное обслуживание до полного получения послеродовых услуг или в течение более длительного периода, если это необходимо для безопасного перехода к другому поставщику.

Если вы являетесь действующим участником плана, вы можете получать непрерывное обслуживание в течение не более года после прекращения действия договора между Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) и вашим врачом или учреждением при соблюдении следующих условий:

- Услуги включены в состав положенного вам обслуживания.
- Договор с поставщиком был расторгнут не из-за проблем с качеством обслуживания.
- Поставщик соглашается продолжать работу с вами.
- Поставщик соглашается принять установленные регулятором тарифы.

Персонал Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) постарается включить вашего поставщика услуг, с которым у плана не заключен договор, в сеть плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) в качестве контрактного поставщика или поможет вам и вашему поставщику услуг перевести вас на обслуживание к одному из сетевых врачей в течение 90-дневного периода непрерывного обслуживания. Непрерывность обслуживания будет обеспечена в рамках положенного вам набора услуг.

Исключения из правил:

1. Сотрудники плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) могут продлить 90-дневный период настолько, насколько это необходимо для удовлетворения нестандартных потребностей, которые могут у вас возникнуть.
2. План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) не разрешает получать постоянное обслуживание у не сотрудничающего с ним поставщика услуг в следующих случаях:
 - Вам требуется только наблюдение за вашим хроническим заболеванием.
 - Договор с медиком был разорван по причине его непрофессионализма или ненадлежащего поведения, то есть ваше здоровье может быть в опасности, если вы продолжите у него лечиться.

Раздел 2.2 Медицинская помощь и другие услуги, которые вы можете получить без направления РСР

Следующие виды помощи можно получать без предварительного разрешения от РСР:

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

- Плановая помощь специалиста по женскому здоровью: осмотр груди, профилактические маммографии (рентген грудей), мазок по Папаниколу, гинекологический осмотр.
- Прививки от гриппа, вакцины от COVID-19, гепатита В и пневмонии.
- Экстренные услуги от сетевых или внесетевых поставщиков.
- Неотложная помощь, покрываемая планом, — это услуги, требующие немедленной медицинской помощи (но не экстренной), если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или если, учитывая время, место и обстоятельства, получение услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Плановые посещения поставщика услуг по медицинским показаниям (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания нашего плана или временно не можете обратиться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.
- Услуги гемодиализа в сертифицированном Medicare диализном центре, когда вы временно находитесь вне зоны обслуживания нашего плана. Перед поездкой за пределы нашей зоны обслуживания желательно позвонить в наш Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711), чтобы мы организовали вам диализ во время поездки.

Раздел 2.3 Как получить помощь врачей-специалистов и других сетевых поставщиков?

Специалист — это врач, который предоставляет медицинские услуги для лечения определенной болезни или определенного органа. Существует много разных специалистов. Например:

- Онколог лечит рак.
- Кардиолог лечит болезни сердца.
- Ортопед лечит болезни опорно-двигательного аппарата (кости, суставы, мышцы).

Ваш основной врач (PCP) координирует оказываемую вам помощь, в том числе при необходимости направляет к врачам-специалистам и другим сетевым поставщикам. Перед приемом у специалиста, сотрудничающего с нашим планом, получать разрешение не нужно. Если вам требуется помощь или процедура, на которую нужно получить предварительное подтверждение нашего плана, ваш PCP или врач-специалист свяжется с нами и попросит, чтобы вам дали такое подтверждение.

Обслуживание, на которое нужно получить предварительное подтверждение нашего плана, обсуждается в главе 4, раздел 2.1, этого документа. Примеры обслуживания, на которое нужно получить предварительное подтверждение: плановое (неэкстренное) стационарное лечение в больнице, помещение в центр квалифицированного сестринского ухода, медицинская помощь на дому.

Если помощь вам требуется в нерабочее время, звоните своему PCP. Его контактная информация приведена на вашей идентификационной карте участника плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Если вы считаете, что вам нужна экстренная помощь, сразу за ней обращайтесь. Подробнее см. в разделе 3 («Как получить покрываемые услуги в экстренных и неотложных ситуациях»).

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

Если врач-специалист или другой сетевой поставщик прекращает сотрудничество с нашим планом

В течение года мы можем вносить изменения в перечень больниц, врачей и специалистов (поставщиков услуг), входящих в сеть нашего плана. Если ваш врач или специалист перестает сотрудничать с нашим планом страхования у вас есть такие права и меры защиты:

- Хотя в течение года сетевые поставщики плана могут меняться, Medicare требует от нас обеспечивать бесперебойное обслуживание участников плана у квалифицированных медиков и врачей-специалистов.
- О том, что поставщик услуг прекращает с нами сотрудничать, мы стараемся сообщать заранее, чтобы вы могли найти нового поставщика услуг.
 - Если лечивший вас основной врач или поставщик услуг по охране психического здоровья перестает с нами сотрудничать, мы вам об этом сообщаем, если вы приходили к нему на прием хотя бы раз за последние 3 года.
 - Если какой-нибудь другой поставщик услуг, к которому вы приписаны, у которого сейчас лечитесь или на прием к которому приходили хотя бы раз за последние 3 месяца, перестает с нами сотрудничать, мы вам об этом сообщаем.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного сетевого поставщика для продолжения лечения.
- Если вы проходите лечение или терапию у вашего текущего поставщика, у вас есть право попросить продолжить лечение или терапию, необходимые по медицинским показаниям. Вместе с вами мы организуем ваше дальнейшее медицинское обслуживание.
- Мы сообщим вам о доступных периодах регистрации в страховых планах и вариантах перехода в другой план.
- Если поставщик или услуга в нашей сети недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей, мы организуем любое необходимое по медицинским показаниям покрытие услуг за пределами нашей сети поставщиков с такой же вашей долей в софинансировании расходов, как при обслуживании в сети. Может потребоваться предварительное подтверждение.
- Если вы узнаете, что ваш врач или специалист собирается прекратить сотрудничество с нашим планом, свяжитесь с нами и сообщите об этом. Мы поможем вам найти нового поставщика услуг и организуем дальнейшее обслуживание.
- Если вы решаете, что мы не нашли вашему прежнему поставщику услуг достойную замену или что ваше лечение не было организовано должным образом, то можете подать жалобу на качество обслуживания (претензию) в организацию повышения качества обслуживания (QIO) и/или в наш план (см. главу 9).

Раздел 2.4 Как получить помощь у поставщиков, не входящих в нашу сеть?

Если вам нужна специализированная медицинская помощь, которую Medicare или Medicaid требует от нас покрывать, но в нашей сети нет поставщиков услуг, которые могут ее оказать, то вы можете обращаться к внесетевым поставщикам услуг. Это может быть, например, поставщик услуг, который единственный способен оказать нужную вам помощь, или помощь в специализированном центре или в передовом научно-исследовательском институте (например, ESRD). Других ограничений на страховое покрытие помощи, полученной у медиков и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают или действуют вне нашей зоны обслуживания, нет.

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

Прежде чем обращаться ко внесетевым поставщикам услуг, нужно получить наше на это предварительное подтверждение. Попросить у нас это подтверждение можете либо вы, либо ваш основной врач (PCP). За помощью обращайтесь в наш Отдел обслуживания. Если мы даем предварительное подтверждение для получения помощи у внесетевого поставщика, то покрытие предоставляем такое, как если бы он был сетевым поставщиком.

Очень важно получить предварительное подтверждение от нашего плана, прежде чем обращаться к внесетевым поставщикам. Если вы не получите такое разрешение, мы можем отказаться покрывать помощь, полученную у такого врача (в таком учреждении). Если такой поставщик хочет, чтобы вы снова к нему пришли, чтобы продолжить лечение, вначале проверьте, выдано наше разрешение на один прием у этого внесетевого поставщика или на несколько.

Примечание. Участники нашего плана имеют право получать экстренную и неотложную помощь у внесетевых поставщиков. Кроме того, участникам плана с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD), находящимся за пределами зоны обслуживания, *наш* план должен покрывать диализ за ее пределами, если этот участник плана *не может* обратиться в сотрудничающий с планом диализный центр.

РАЗДЕЛ 3 Как получить экстренную или срочную медицинскую помощь, а также помощь при стихийных бедствиях

Раздел 3.1 Экстренная помощь

Экстренное состояние — это медицинское состояние, при котором вы или любой другой среднестатистический человек без медицинского образования имеете основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть (а если вы беременная женщина, возможен выкидыш), потеря конечности или функции конечности, потеря функции или серьезное нарушение работы других органов. Такими симптомами могут быть заболевание, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние здоровья.

Если у вас возникло экстренное состояние:

- **Обратитесь за помощью как можно скорее.** Позвоните по номеру 911 или обратитесь в ближайший приемный покой больницы или пункт оказания экстренной помощи. При необходимости вызовите скорую помощь. Вам не нужно получать наше разрешение или направление от PCP. Вам не обязательно обращаться к сетевому врачу. Экстренную медицинскую помощь можно получать всегда, когда она требуется, в любом месте США и территорий, находящихся под управлением США, и у любого поставщика услуг, имеющего соответствующую лицензию штата, независимо от того, входит ли он в сеть плана.
- **Как можно скорее сообщите плану, что вы получили экстренную медицинскую помощь.** Нам нужно следить за оказанием вам экстренной помощи. Вы или кто-то другой должны позвонить нам и сообщить о том, что вы получаете экстренную помощь. Обычно это нужно сделать в течение 48 часов. Позвоните в Отдел обслуживания по телефону [укажите рабочие дни и часы или объясните, где найти номер (например, на обороте нашей карты участника плана).]

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

Покрываемые услуги при экстренном состоянии

Машину скорой помощи наш план оплачивает, если попытка добраться до приемного покоя другим способом опасна для вашего здоровья. Мы также покрываем медицинские услуги в экстренной ситуации.

Решение о том, что ваше состояние стабилизировалось и экстренное состояние закончилось, принимают врачи, которые оказывают вам экстренную помощь.

После того как экстренное состояние закончится, вы можете получать последующее лечение для стабилизации вашего состояния. Врачи лечат вас до тех пор, пока не свяжутся с нами и не представят нам план дальнейшего лечения. Наш план покрывает такое последующее лечение.

Если экстренную помощь вы получили у внесетевого поставщика, мы постараемся перевести вас к сетевому поставщику. Это будет сделано, как только позволят ваше состояние здоровья и обстоятельства.

Что будет, если окажется, что состояние не было экстренным?

Иногда бывает трудно решить, экстренное состояние или нет. Например, вы обратились за экстренной помощью, считая, что ваше здоровье в серьезной опасности, а врач осмотрел вас и сказал, что ваше состояние не экстренное. Если выяснится, что это не была экстренная медицинская ситуация, мы оплатим ваше лечение при условии, что вы обоснованно считали, что вашему здоровью угрожала серьезная опасность.

Тем не менее после того как врач скажет, что ваше состояние не экстренное, мы будем покрывать последующую помощь, *только* если вы получите ее одним из 2-х приведенных ниже способов:

- Вы обращаетесь за помощью к сетевому поставщику.
- Дополнительное обслуживание, которое вы получили, считается «неотложной помощью», и вы соблюдали правила получения этой срочной медицинской помощи.

Раздел 3.2 Неотложная помощь

Услуга, требующая немедленного медицинского внимания (но не являющаяся экстренной), считается срочно необходимой, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или если, учитывая время, место и обстоятельства, получение услуги / неотложной помощи у сетевых поставщиков нецелесообразно. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Однако плановые посещения поставщика услуг по медицинским показаниям, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания плана или временно не можете обращаться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.

Если сетевые поставщики временно недоступны, срочную медицинскую помощь можно получить в любом доступном центре срочной медицинской помощи. Кроме того, вы можете позвонить на линию сестринских консультаций (Nurse Advice Line) по номеру (844) 658-8544. Пользователям TTY следует звонить по номеру 711.

За пределами США наш план покрывает экстренную помощь следующим образом и в следующих ситуациях:

- Страховое покрытие экстренной помощи и лечения после стабилизации экстренного состояния за рубежом ограничено \$10,000 за календарный год.

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

- Эта сумма предназначена только для страхового покрытия помощи, которая в США классифицировалась бы как экстренная помощь.
- Если вы получили экстренную помощь за пределами США и после стабилизации вашего экстренного состояния нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны вернуться в больницу, входящую в сеть, чтобы ваше лечение было покрыто, ИЛИ получить разрешение со стороны плана на прохождение стационарного лечения в больнице, не входящей в сеть. Ваши собственные расходы в этом случае будут равны сумме софинансирования расходов, которую вы заплатили бы в больнице, входящей в сеть. Установлена максимальная сумма покрытия.
- Вам, возможно, придется платить за помощь самостоятельно, а затем подать нам страховое требование о возмещении этих расходов.
- Иностранные налоги и сборы (например, комиссию за конвертацию валюты и операционные сборы) план не покрывает. Мы не покрываем транспортировку из другой страны обратно в США.
- Мы не покрываем обычную и плановую медицинскую помощь.

Если вы хотите узнать, оплатим ли мы какую-нибудь медицинскую помощь, то можете нас об этом спросить до того, как вы эту помощь начнете получать. Вы можете это сделать также в письменном виде. Если мы отказываемся покрывать это обслуживание или возмещать ваши расходы на него, вы можете подать апелляцию на наше решение.

Раздел 3.3 Помощь во время стихийных бедствий

Если губернатор вашего штата, министр здравоохранения и социального обеспечения США или президент США объявляет чрезвычайное положение или режим стихийного бедствия в вашем регионе, у вас остается право на медицинскую помощь по нашему плану страхования.

Как получить необходимую помощь при стихийном бедствии, см. на сайте SWHNY.com.

Во время стихийного бедствия за помощь, полученную у внесетевых поставщиков (если к сетевым поставщикам обратиться невозможно), вы платите по той же схеме софинансирования расходов, как если бы они были сетевыми поставщиками. Если во время объявленного чрезвычайного положения вы не можете воспользоваться сетевой аптекой, то разрешается получить рецептурные лекарственные препараты в аптеке, которая с нами не сотрудничает. См. раздел 2.5 главы 5.

РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вы получили счет на оплату полной стоимости покрываемых услуг?

Если вы заплатили за покрываемые услуги или получили счет за покрываемые медицинские услуги, вы можете попросить нас *оплатить* нашу долю стоимости *покрываемых услуг*. Информацию о том, что делать, см. в главе 7.

Раздел 4.1 Если услуги не покрываются нашим планом

План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает все услуги, необходимые по медицинским показаниям, если они внесены в Таблицу покрываемого обслуживания в главе 4. Если же вы получаете услуги, которые наш план не покрывает, или если без заранее полученного

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

подтверждения услуги вам предоставляет не сотрудничающий с нами медик (учреждение), вы должны оплачивать их самостоятельно и в полном объеме.

Некоторые виды покрываемых услуг наш план оплачивает в ограниченном объеме. После того как сумма, выплаченная планом за такие покрываемые услуги, достигнет установленного предела, вы начинаете оплачивать их в полном объеме. Сумма, которую вы выплатите после того, как страховое покрытие по плану достигнет установленного предела, не учитывается при расчете максимальной суммы ваших собственных расходов.

РАЗДЕЛ 5 Медицинские услуги, предоставляемые в рамках клинических исследований

Раздел 5.1 Что такое клиническое исследование

Клиническое исследование (или *клиническое испытание*) — это исследование, в рамках которого врачи и ученые проверяют новый вид медицинской помощи (например, новое лекарство от рака). Программа Medicare утверждает некоторые клинические исследования. Обычно для участия в клинических исследованиях, утвержденных Medicare, приглашают добровольцев. Участвуя в клиническом исследовании, вы можете оставаться участником нашего плана. Мы продолжим покрывать обслуживание, которое не связано с исследованием.

После того как программа Medicare утвердит исследование, с вами свяжется один из исследователей, расскажет об исследовании и выяснит, отвечаете ли вы требованиям, которые предъявляются к его участникам. Вы можете участвовать в исследовании, если отвечаете требованиям исследования и полностью понимаете и принимаете все, что связано с вашим участием в нем.

Если исследование было утверждено Medicare, то большую часть покрываемых услуг, полученных в ходе исследования, оплачивает программа Original Medicare. Если вы нам сообщите, что участвуете в утвержденном клиническом исследовании, вам придется платить только положенную долю софинансирования расходов за услуги, полученные в рамках исследования от сетевых поставщиков. Если вы заплатили больше, например, если вы уже заплатили положенную по программе Original Medicare сумму софинансирования расходов, мы возместим разницу между тем, что вы заплатили, и тем, что вы должны были бы уплатить сетевым поставщикам. Для того чтобы получить возмещение, нужно предоставить документы о произведенных вами платежах.

Если вы хотите принять участие в каком-либо одобренном Medicare клиническом исследовании, вам не обязательно сообщать нам об этом или получать разрешение от нас или вашего PCP. Поставщики медицинских услуг, которые оказывают вам помощь в рамках клинического исследования, могут не иметь договора с нашим планом. (Это не относится к покрываемым услугам, которые включают в себя в качестве компонента клинические испытания или регистровое исследование для оценки пользы, например некоторые услуги, требующие отчета с развитием доказательств [NCD-CED], и испытания медицинских изделий, получивших разрешение категории IDE. Эти услуги также могут требовать предварительного подтверждения и подпадать под действия других правил плана.)

Хотя вам не нужно получать разрешение плана на участие в клиническом исследовании, мы настоятельно рекомендуем заранее извещать нас об участии в исследовании, утвержденном Medicare.

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

Если вы участвуете в исследовании, не утвержденном Medicare, *вы в полном объеме оплачиваете все расходы, связанные с вашим участием в нем.*

Раздел 5.2 Кто оплачивает медицинские услуги в рамках клинического исследования?

Участникам клинического исследования, утвержденного Medicare, программа Original Medicare покрывает обычные принадлежности и услуги, предоставляемые в рамках этого исследования. К их числу относятся, например, следующие:

- Стоимость пребывания и питания в больнице при госпитализации, которую программа Medicare покрывала бы, даже если бы вы не участвовали в исследовании.
- Операция или другая медицинская процедура, являющаяся частью исследования.
- Лечение побочных эффектов и осложнений, связанных с новым видом лечения.

Пока вы участвуете в клиническом исследовании, **ни программа Medicare, ни наш план не платят за следующее:**

- Medicare обычно не платит за новые исследуемые приспособления и исследуемое лечение. Исключение возможно только в случаях, когда Medicare оплачивает это приспособление или лечение, даже если вы не участвуете в исследовании.
- Товары и услуги, необходимые только для получения данных и не имеющие непосредственного отношения к вашему лечению. Например, Medicare не будет платить за компьютерную томографию (СТ), если исследователи проводят ее ежемесячно, но в обычной ситуации при вашем заболевании было бы достаточно провести это обследование только один раз.
- Приспособления и услуги, которые обычно заказчик (спонсор) исследования бесплатно предоставляет участникам исследования.

Получение дополнительной информации об участии в клиническом исследовании

Об участии в клинических исследованиях подробно рассказывается в публикации «*Medicare и клинические исследования*» (*Medicare and Clinical Research Studies*) на сайте www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. Кроме того, можно позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 6 Правила получения помощи в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Раздел 6.1 Что такое «религиозное немедицинское учреждение здравоохранения»?

Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения — это учреждение, оказывающее помощь при состояниях, которые обычно лечат в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода. Если получение помощи в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода противоречит верованиям участника плана, мы предоставляем ему страховое покрытие помощи, полученной в религиозной организации, предоставляющей немедицинское обслуживание. Это покрытие

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

мы предоставляем только для стационарного обслуживания, покрываемого по программе Часть А (немедицинское обслуживание).

Раздел 6.2 Правила получения помощи в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Для того чтобы получать помощь в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения, нужно подписать заявление о том, что вы сознательно отказываетесь от **«необязательного»** медицинского лечения.

- **«Необязательное» (Non-excepted)** лечение или медицинская помощь — это любое *добровольное* лечение или медицинская помощь, получать которые *не требуют* федеральные законы, законы штата и местные законы.
- **«Обязательным» (Excepted)** лечением называется лечение или медицинская помощь, которые вы получаете *не* добровольно или которые вы *обязаны* получать в соответствии с федеральными законами, законами штата или местными законами.

Наш план покрывает помощь, полученную в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения, если выполняются следующие условия:

- Учреждение сертифицировано Medicare.
- Наш план охватывает только те аспекты обслуживания, которые не связаны с *религией*.
- Если вы получаете услуги организации, находясь в таком учреждении, должны выполняться следующие условия:
 - Ваше заболевание дает вам право на получение покрываемых услуг, в частности на покрытие стационарного лечения в больнице или обслуживания в центре квалифицированного сестринского ухода.
 - – И – Вы должны заранее получить разрешение нашего плана, в противном случае мы не будем покрывать ваше пребывание в таком учреждении.
 - *Действуют лимиты Medicare на покрытие лечения в стационарной больнице.*

Подробнее о покрываемых услугах по программе Medicaid и о вариантах покрытия можно узнать, обратившись в наш Отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактную информацию см. в главе 2, раздел 6).

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования

Раздел 7.1 Станете ли вы владельцем DME после того, как сделаете определенное количество выплат по нашему плану?

К медицинскому оборудованию длительного пользования (DME) относятся такие приспособления, как кислородное оборудование и принадлежности к нему, инвалидные коляски, ходунки, матрасы с электроприводом, костыли, принадлежности для людей с диабетом, устройства для генерации речи, насосы для внутривенных (IV) капельниц, небулайзеры, больничные кровати. Поставщик услуг назначает

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

это оборудование для использования участниками на дому. Некоторые изделия DME, такие как протезы, всегда являются собственностью участника плана. Другие виды DME нужно арендовать.

В программе Original Medicare арендуемое оборудование DME некоторого типа может перейти в собственность участников, если они выплачивают доплаты за этот предмет в течение 13 месяцев. Как участник плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) вы, однако, **не получаете** в собственность арендованные предметы DME независимо от того, сколько доплат вы внесли за них в качестве участника нашего плана. Вы не получите право собственности, даже если совершили 12 последовательных платежей за DME в рамках программы Original Medicare до момента вступления в наш план. Мы можем передать вам право собственности на арендуемое оборудование (DME) в исключительных случаях. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).

Что будет с деньгами, которые вы уплатили за медицинское оборудование длительного пользования, если вы перейдете в программу Original Medicare?

Если, будучи участником нашего плана, вы не получили в собственность оборудование DME, и вы перейдете в программу Original Medicare, то вам придется заново сделать 13 выплат подряд за это оборудование. Только после этого предмет DME станет вашей собственностью. Выплаты, совершенные в качестве участника нашего плана страхования, не засчитываются в пользу этих 13 выплат.

Пример 1. Вы сделали не более 12 платежей подряд за устройство, пока были включены в программу Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Платежи, сделанные по программе Original Medicare, не учитываются. Вам придется сделать 13 платежей в наш план, чтобы получить устройство в собственность.

Пример 2. Вы сделали не более 12 платежей подряд за устройство, пока были включены в программу Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Вы не получили право собственности на это устройство в рамках нашего плана. Затем вы перешли обратно в программу Original Medicare. После возвращения в программу Original Medicare вам придется сделать 13 платежей подряд, чтобы получить это устройство в собственность. Никакие произведенные вами ранее платежи (нашему плану и программе Original Medicare) не учитываются.

Раздел 7.2 Правила о кислородном оборудовании и принадлежностях к нему, а также о его техническом обслуживании

Если вы имеете право на страховое покрытие кислородного оборудования программой Medicare, план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает следующее:

- Аренда кислородного оборудования
- Доставка кислорода и кислородных смесей
- Трубки и другие принадлежности для подачи кислорода и кислородных смесей
- Обслуживание и ремонт кислородного оборудования

Если вы выйдете из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) или кислородное оборудование вам больше не понадобится по медицинским показаниям, то оно должно быть возвращено.

Глава 3: Использование плана для покрытия медицинских и других услуг

Что происходит, если вы покидаете наш план и возвращаетесь в программу Original Medicare?

Программа Original Medicare требует, чтобы поставщик кислородного оборудования обслуживал его в течение 5 лет. Первые 36 месяцев это оборудование арендуется. Оставшиеся 24 месяца поставщик предоставляет оборудование и обслуживает его (вам по-прежнему нужно делать доплаты за кислород). По истечении 5 лет вы можете остаться с текущей компанией или выбрать другую. Затем 5-летний цикл начинается заново: даже если поставщик не изменился, вам нужно снова производить доплаты за первые 36 месяцев. Если вы становитесь участником нашего плана или его покидаете, 5-летний цикл начинается заново.

ГЛАВА 4:

Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

РАЗДЕЛ 1 Как разобраться в покрываемых услугах

Таблица покрываемого обслуживания содержит услуги, которые план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает своим участникам. В этом разделе также содержится информация о медицинских услугах, которые не покрываются планом, и объясняются ограничения на некоторые виды услуг.

Раздел 1.1 За покрываемые услуги вы не платите ничего

Поскольку вы получаете помощь по программе Medicaid, вы ничего не платите за покрываемые услуги, пока соблюдаете соответствующие правила нашего плана. (Более подробную информацию о правилах нашего плана по получению медицинской помощи см. в главе 3.)

Раздел 1.2 Какова максимальная сумма, которую вы платите сами за покрываемые медицинские услуги по программам Medicare Part A и Medicare Part B?

Примечание. Поскольку участники нашего плана получают помощь также по программе Medicaid, очень немногие из них достигают максимальной суммы собственных расходов. Вы не несете никаких собственных расходов за услуги, покрываемые по программам Часть А и Часть В.

Для участников планов Medicare Advantage установлен предел общей суммы собственных расходов на год за медицинские услуги, покрываемые по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Этот предел называется «максимальная сумма собственных расходов» (МООР) на медицинские услуги. **В 2026 календарном году эта сумма МООР составляет \$9,250.**

При расчете этой суммы учитываются все ваши собственные расходы на покрываемые услуги. Ваши собственные расходы на страховой взнос и лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D, не учитываются. Кроме того, не учитываются суммы, уплаченные вами за некоторые виды обслуживания. В Таблице покрываемого обслуживания такие виды услуг помечены звездочкой (*). Если вы достигнете максимальной суммы собственных расходов \$9,250, то до конца года вам не нужно будет больше ничего платить самостоятельно за обслуживание, покрываемое нами по программам Часть А и Часть В. Однако вам нужно будет продолжать платить страховые взносы по программе Medicare Part B (если за страховку по программе Часть В не платит за вас программа Medicaid или другая программа или организация).

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

РАЗДЕЛ 2 Таблица покрываемого обслуживания: ваши покрываемые медицинские услуги и расходы

В приведенной далее Таблице покрываемого обслуживания перечислены виды помощи / обслуживания, которые покрывает план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D описано в главе 5. Мы покрываем услуги, перечисленные в Таблице покрываемых медицинских услуг, только если выполняются такие условия:

- Услуги, покрываемые по программе Medicare, предоставляются в соответствии с правилами, установленными этой программой.
- Обслуживание (в том числе медицинская помощь, услуги, принадлежности, оборудование и лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть В) *должно* быть необходимо по медицинским показаниям. «По медицинским показаниям» означает, что помощь, обслуживание, принадлежности и лекарства отвечают требованиям стандартов медицинской помощи и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить ваше заболевание.
- Если вы стали участником плана только что, то план координируемой помощи по программе Medicare Advantage (МА) должен установить минимальный 90-дневный переходный период. В это время ваш новый план по программе МА не может требовать, чтобы вы получили предварительное подтверждение на активное лечение, даже если курс лечения был начат у внесетевого поставщика услуг.
- Вы получаете обслуживание у сетевого поставщика. В большинстве случаев мы не покрываем помощь, полученную у внесетевых поставщиков. Исключение составляют экстренная и срочная медицинская помощь и случаи, когда имеется направление от плана или сетевого поставщика. Это означает, что вам придется в полном объеме оплатить внесетевому поставщику предоставленные вам услуги.
- У вас есть основной врач (PCP), который оказывает вам помощь или наблюдает за ее оказанием.
- *Некоторые виды услуг, приведенные в Таблице покрываемого обслуживания, мы покрываем только при условии, что ваш врач или другой сетевой поставщик заранее получил наше на то разрешение (т. н. предварительное подтверждение).* Покрываемые услуги, на которые нужно вначале получать разрешение, выделены в Таблице покрываемого обслуживания **жирным шрифтом**.
- Если ваш план координированного обслуживания дает разрешение на курс лечения, то это предварительное подтверждение остается в силе до тех пор, пока это нужно для того, чтобы избежать перерывов в лечении. Решение об отзыве разрешения план принимает на основании применимых критериев страхового покрытия, вашего анамнеза и рекомендаций лечащего поставщика услуг.

Что еще важно знать о нашем страховом покрытии:

- Вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно. Программа Medicare покрывает медицинское обслуживание и рецептурные лекарственные препараты. Medicaid покрывает вашу часть софинансирования расходов на помощь, покрываемую по программе Medicare, в том числе амбулаторное лечение и лечение в стационарной больнице. Кроме того, программа Medicaid покрывает то, что программа Medicare не покрывает, например услуги планирования семьи, длительное обслуживание; лекарства, продающиеся без рецепта; обслуживание на дому и по месту жительства и другое обслуживание, которое покрывает только программа Medicaid.

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

- Подобно другим планам медицинского страхования Medicare, мы покрываем все то, что покрывает программа Original Medicare. (Подробнее о страховом покрытии по программе Original Medicare и о том, сколько вы платите по этой программе, рассказано в брошюре «*Medicare и вы*» [Medicare & You] за 2026 г. Ознакомьтесь с ней онлайн на веб-сайте www.medicare.gov или получите копию, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.)
- Все виды покрываемой профилактической помощи, предоставляемой бесплатно по программе Original Medicare, по нашему плану вы получаете тоже бесплатно.
- Если программа Medicare начнет покрывать какое-нибудь новое обслуживание в 2026 г., то вам его будет покрывать либо наш план, либо программа Medicare.
- Поскольку вы включены в программу Medicaid, вы ничего не платите за покрываемые услуги, пока соблюдаете правила нашего плана. Это значит, что для покрываемых услуг от вас не требуется участие в софинансировании расходов (ни доплаты, ни франшизы). Участникам плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) мы координируем покрываемые услуги по программам Medicare и Medicaid. Информация о покрытии ниже включает покрываемые услуги по программам Medicare и Medicaid.
- Если вы теряете право на участие в программе, но ожидается, что вы скоро восстановите это право, то у вас есть «период условно продленных прав» (deemed continued eligibility), в течение которого план покрывает все услуги по программе Medicare в рамках плана Medicare Advantage. В нашем плане этот период составляет 6 месяцев (180 дней). Однако в течение этого периода мы *не платим* за помощь, покрываемую по программе Medicaid и предусмотренную действующим в штате планом программы Medicaid (Medicaid State Plan). Кроме того, мы не платим за вас ни страховые взносы по программе Medicare, ни суммы софинансирования расходов, которые платил бы штат, не потеряв вы право на участие в программе Medicaid. В это время суммы, которые вам нужно платить за покрываемые услуги по программе Medicare, могут возрасти.

Если вы имеете право на помощь в покрытии расходов по программе Medicare через Medicaid, вы не платите за услуги, указанные в таблице покрываемого обслуживания, при условии соблюдения вышеописанных требований покрытия.

Важная информация о покрытии обслуживания участникам плана с определенными хроническими заболеваниями

- Если у вас диагностировано одно из перечисленных ниже хронических заболеваний и вы отвечаете определенным критериям, то можете иметь право на специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями.
 - Хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ (SUD)
 - Аутоиммунные заболевания
 - Рак
 - Сердечно-сосудистые заболевания
 - Хроническая сердечная недостаточность
 - Деменция
 - Сахарный диабет
 - Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром
 - Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
 - Хроническая почечная недостаточность (CKD)

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

- Тяжелые заболевания крови
- ВИЧ/СПИД (HIV/AIDS)
- Хронические заболевания легких
- Хронические и инвалидизирующие психические заболевания
- Неврологические расстройства
- Инсульт
- Состояние после трансплантации органов
- Иммунодефицит и иммунодепрессивные расстройства
- Состояния, связанные с когнитивными нарушениями
- Состояния, сопровождающиеся функциональными нарушениями
- Хронические состояния, которые ухудшают зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние
- Состояния, которые требуют длительной терапии для поддержки или восстановления функциональных возможностей пациента


Мы поможем вам получить покрытие этого обслуживания. Попросить о таком обслуживании или узнать подробности можно в нашем Отделе обслуживания или у своего координатора медицинских услуг.

Примечание. Запрашивая это обслуживание, вы разрешаете представителям плана Senior Whole Health of New York NHC обращаться к вам по телефону, по почте или иными способами связи, которые в явном виде указаны в заполненном бланке заявки.

- Более подробную информацию см. в строке «*Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями*» в таблице покрываемого обслуживания ниже.
- Свяжитесь с нами, чтобы узнать, на какие именно виды покрытия вы можете претендовать.

 Такой значок яблока обозначает профилактические услуги в Таблице покрываемого обслуживания.

Таблица покрываемых медицинских услуг

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Скрининг на наличие аневризмы брюшной аорты</p> <p>Однократное ультразвуковое обследование людей из группы риска. Наш план покрывает это обследование только в том случае, если у вас есть определенные факторы риска и если вы получили направление на</p>	<p>Для участников программы страхования, имеющих право на такой профилактический скрининг, не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>




Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Скрининг на наличие аневризмы брюшной аорты (продолжение) процедуру от своего врача, помощника врача, практикующей медсестры или клинической медсестры-специалиста.</p>	
<p>Иглоукальвание при хронических болях в пояснице Покрываемые услуги: Покрываются до 12 сеансов за 90 дней на следующих условиях: Для этого вида помощи определение хронической боли в пояснице звучит следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Длится не менее 12 недель. • боль неспецифическая, то есть для нее нет конкретной системной причины (т. е. не вызвана метастазами, воспалением, инфекцией и т. д.); • состояние не связано с хирургическим вмешательством; и • состояние не связано с беременностью. <p>Участникам плана, состояние которых показывает улучшение, мы покрываем дополнительно 8 сеансов. В год мы покрываем не более 20 сеансов иглоукальвания.</p> <p>Если боль не слабеет или усиливается, лечение должно быть прервано.</p> <p>Требования к поставщикам услуг:</p> <p>Врачи (согласно определению в разделе 1861[r][1] Закона о социальном обеспечении) могут лечить иглоукальванием и в соответствии с применимым законодательством штата.</p> <p>Помощники врача (Physician assistant, PA), фельдшеры (практикующие медсестры; nurse practitioners, NP), клинические сестры-специалисты (clinical nurse specialists, CNS) (согласно определению в разделе 1861[aa][5] Закона о социальном обеспечении) и вспомогательный персонал могут использовать методику иглоукальвания, если отвечают применимым требованиям штата и всем приведенным ниже критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • имеют степень магистра или доктора в области иглоукальвания или восточной медицины, полученную в учебном заведении, аккредитованном Комиссией по аккредитации в области иглоукальвания и восточной медицины (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); и 	<p>Для покрываемых по программе Medicare услуг иглоукальвания не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может потребоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Иглоукальвание при хронических болях в пояснице (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • имеют действующую, полную и неограниченную лицензию на лечение иглоукальванием; лицензия может быть выдана штатом, территорией или содружеством (например, Puerto Rico) Соединенных Штатов или District of Columbia. <p>Вспомогательный персонал, практикующий иглоукальвание, должен это делать под надзором врача, помощника врача или фельдшера /клинической сестры-специалиста, как того требуют §§ 410.26 и 410.27 главы 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR).</p>	
<p>Иглоукальвание (дополнительно)*</p> <p>План покрывает не более 30 необходимых с медицинской точки зрения сеансов иглоукальвания каждый календарный год.</p> <p>Дополнительные сеансы мы покрываем, если решено, что по медицинским показаниям согласно признанным стандартам медицинской помощи они нужны для лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Головной боли; болей при остеоартрозе тазобедренного и коленного сустава; другой хронической боли в других суставах конечностей, если стандартная медицинская помощь не помогает; болевого синдрома в суставах и прилежащих мягких тканях; скелетно-мышечной боли в шее и спине; тошноты при химиотерапии; тошноты после хирургического вмешательства; тошноты у беременных. • Страховое покрытие иглоукальвания не распространяется на лечение астмы и зависимостей (в том числе, мы не покрываем, например, иглоукальвание при прекращении курения). 	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p>Услуги скорой помощи</p> <p>Мы покрываем доставку больного машиной скорой помощи, медицинским самолетом или вертолетом в ближайшее медицинское учреждение, способное оказать необходимую помощь. Страховое покрытие предоставляется,</p>	<p>Для покрываемых по программе Medicare услуг скорой помощи не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Предварительное подтверждение для поездки в машине скорой помощи требуется только в неэкстренных случаях.</p>



Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Услуги скорой помощи (продолжение)</p> <p>если заболевание участника плана страхования не позволяет использовать другие виды транспорта (существует опасность для здоровья) или если наш план дал свое разрешение на эту услугу. Мы покрываем доставку больного как в экстренной, так и в неэкстренной ситуации. Но если ситуация неэкстренная, использование специального медицинского транспорта допускается только при наличии документов, подтверждающих, что состояние участника плана не позволяет перевозить его другими видами транспорта (существует опасность для здоровья) и что для использования специального медицинского транспорта существуют медицинские показания.</p>	
	<p>Ежегодный профилактический осмотр</p> <p>Если вы получали покрытие по программе Часть В в течение более 12 месяцев, вы можете прийти на ежегодный профилактический осмотр (визит Wellness): врач составит или обновит индивидуальный план профилактических мероприятий с учетом текущего состояния вашего здоровья и факторов риска. Мы покрываем этот прием раз в 12 месяцев.</p> <p>Примечание: Первый ежегодный профилактический осмотр проводится не раньше чем через 12 месяцев со дня профилактического приема «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare). Мы покрываем ежегодные профилактические осмотры, даже если участник плана не был на профилактическом приеме «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare), но получал покрытие по программе Часть В в течение 12 месяцев.</p>	<p>Для прохождения ежегодного профилактического осмотра не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Измерение плотности костной ткани</p> <p>Тем, кому такие обследования показаны (обычно это люди с высоким риском потери костной массы или развития остеопороза), мы каждые 24 месяца (или чаще, если для этого есть медицинские показания) покрываем следующие услуги: определение костной массы, выявление потери костной ткани или проверка состояния костей. Это обслуживание включает также интерпретацию врачом полученных результатов обследования.</p>	<p>Для услуги измерения костной массы, покрываемой по программе Medicare, не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Обследование на рак молочной железы (маммография)*</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одна маммография для определения исходного состояния желез (женщинам в возрасте 35–39 лет) 	<p>Для покрываемой услуги скрининговой маммографии не предусмотрены доля стоимости, доплата или</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Обследование на рак молочной железы (маммография)* (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше. • Клиническое обследование молочных желез каждые 24 месяца <p>Скрининговая маммография позволяет диагностировать рак груди на ранних стадиях. С момента постановки диагноза рака груди и до момента исчезновения субъективных и объективных симптомов рака груди маммография считается диагностическим обследованием, которое покрывается по категории «Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности» (см. в этой таблице). Скрининговая маммография не проводится участницам плана, у которых есть субъективные или объективные симптомы рака груди.</p>	<p>не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Услуги кардиологической реабилитации</p> <p>Комплексные программы кардиологической реабилитации. Участникам плана, которые соответствуют определенным критериям и имеют направление от врача, мы покрываем упражнения, медицинское просвещение и консультации.</p> <p>Кроме того, наш план покрывает программы интенсивной кардиологической реабилитации. Они обычно интенсивнее, чем обычные программы кардиологической реабилитации.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может потребоваться предварительное подтверждение.</p>
	<p>Профилактическое посещение врача для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечение сердечно-сосудистого заболевания)*</p> <p>Мы покрываем один такой ежегодный прием у вашего основного врача. Врач обсуждает с вами лечение аспирином (если вам нужно его принимать), проверяет артериальное давление и дает советы о правильном питании.</p>	<p>Для услуги интенсивной поведенческой терапии в рамках профилактики сердечно-сосудистых заболеваний не предусмотрены оплата доли стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Скрининговые обследования на наличие сердечно-сосудистых заболеваний</p> <p>Раз в 5 лет (60 месяцев) мы оплачиваем вам анализы крови, необходимые для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (или нарушений, повышающих риск из развития).</p>	<p>За диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, покрываемую один раз в 5 лет, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Профилактическое обследование на рак шейки матки и влагалища</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для всех женщин: ПАП-тест (цитологический мазок) и гинекологический осмотр каждые 24 месяца • При высоком риске рака шейки матки или влагалища и женщинам детородного возраста при положительном результате цитологического мазка за 3 последних года: один цитологический мазок каждые 12 месяцев 	<p>Для профилактических цитологических мазков и гинекологических осмотров, покрываемых Medicare, не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Услуги мануального терапевта (хиропрактика) (покрываются по программе Medicare)</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мануальное лечение подвывиха позвонка. 	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Услуги по купированию и лечению хронической боли</p> <p>Покрываемые ежемесячные услуги для людей, живущих с хронической болью (постоянная или повторяющаяся боль длительностью более 3-х месяцев). Услуги могут включать оценку боли, медикаментозное лечение, а также координацию и планирование медицинского обслуживания.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Обследование на рак толстой и прямой кишок*</p> <p>Мы покрываем следующие скрининговые обследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Колоноскопия не имеет минимальных или максимальных возрастных ограничений и покрывается один раз в 120 месяцев (10 лет) для пациентов без высокого риска развития рака, спустя 48 месяцев после предыдущей гибкой сигмоидоскопии для пациентов без высокого риска развития колоректального рака и один раз в 24 месяца для пациентов с высоким риском развития рака после предыдущей скрининговой колоноскопии. 	<p>За покрываемые по программе Medicare обследования на рак толстого кишечника и прямой кишки не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум. Если во время колоноскопии или сигмоидоскопии врач обнаружит и удалит полип или другую ткань, скрининговое обследование будет считаться диагностическим.</p> <p>Франшиза к Части В не применяется.</p>



Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Обследование на рак толстой и прямой кишок* (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Компьютерная томографическая колонография для пациентов в возрасте 45 лет и старше, которые не подвержены высокому риску развития колоректального рака, покрывается при условии, что прошло не менее 59 месяцев после месяца, в котором была выполнена последняя скрининговая компьютерная томографическая колонография, или 47 месяцев после месяца, в котором была выполнена последняя скрининговая сигмоидоскопия гибким эндоскопом или скрининговая колоноскопия. Для пациентов с высоким риском развития колоректального рака может покрываться скрининговая компьютерная томографическая колонография, выполненная по меньшей мере через 23 месяца после месяца, в котором была выполнена последняя скрининговая компьютерная томографическая колонография или последняя скрининговая колоноскопия. • Сигмоидоскопия гибким эндоскопом для пациентов 45 лет и старше. Один раз каждые 120 месяцев для пациентов, не входящих в группу высокого риска, после того как пациенту была проведена скрининговая колоноскопия. Один раз каждые 48 месяцев для пациентов в группе высокого риска с момента проведения последней гибкой сигмоидоскопии или компьютерной томографической колонографии. • Скрининговые анализы на скрытую кровь в кале для пациентов 45 лет и старше. Каждые 12 месяцев. • Многоцелевой ДНК-анализ кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не входящих в группу высокого риска. Каждые 3 года. • Анализы на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не входящих в группу высокого риска. Каждые 3 года. • Скрининговые обследования и анализы на рак толстого кишечника и прямой кишки включают контрольную скрининговую колоноскопию, если покрываемый Medicare неинвазивный скрининговый анализ кала на рак толстого кишечника дал положительный результат. • Профилактическое обследование на рак толстого кишечника и прямой кишки включает плановую скрининговую сигмоидоскопию гибким эндоскопом или скрининговую колоноскопию, которая включает извлечение ткани или другого вещества, либо другую процедуру, проводимую в связи с тем же клиническим случаем, что и скрининговый тест, в результате или в рамках того же клинического случая. 	<p>Если во время профилактического обследования поставщик услуг обнаруживает патологию и предпринимает необходимые действия, то биопсия, удаление и другая помощь считается диагностическим обследованием.</p>


Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Стоматологическая помощь (покрывается Medicare)</p> <p>Обычно программа Original Medicare не покрывает профилактическую стоматологическую помощь (чистка, периодическая проверка состояния зубов, рентгеновские снимки зубов и т. д.). Однако программа Medicare покрывает стоматологическую помощь в некоторых ситуациях, когда эта помощь является неотъемлемой частью лечения основного заболевания. Примеры: восстановление челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии рака челюсти, осмотр полости рта перед трансплантацией органа.</p> <p>* Данный список не является гарантией покрытия.</p> <p>* Некоторые процедуры могут требовать предварительного подтверждения. Вашему стоматологу нужно прислать нам документацию (например, рентгеновские снимки и описание состояния зубов), говорящую в пользу того, что определенная процедура нужна по медицинским показаниям и отвечает применимым клиническим руководствам.</p> <p>У нас есть партнеры, обеспечивающие комплексное покрытие стоматологической помощи, соответствующее покрытию по программе Medicaid штата New York. Услуги будут покрываться, если они получены от аффилированного поставщика в рамках нашей сети поставщиков.</p> <p>Покрываемое для вас стоматологическое обслуживание включает диагностические, профилактические, реставрационные услуги, эндодонтию, пародонтологию, протезирование (съёмные и несъёмные протезы), челюстно-лицевое протезирование, услуги имплантации, челюстно-лицевую хирургию и дополнительные услуги общего характера.</p> <p>Полный перечень услуг см. на странице www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm, где нужно выбрать Updated Fee Schedule (Обновленная структура платежей)</p>	<p>Участникам плана, имеющим право на это обслуживание, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>На комплексную стоматологическую помощь может потребоваться наше предварительное подтверждение.</p> <p>Платить долю стоимости или доплату не нужно.</p> <p>Страховое покрытие распространяется не на все виды помощи, рекомендованные стоматологом. Выясняйте у стоматолога, что уплатит наш план, а что вам придется оплачивать самостоятельно.</p> <p>Если мы не покрываем определенную услугу или вы превысили максимальную сумму компенсации, вам, возможно, придется платить самостоятельно. Могут действовать ограничения и исключения.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Стоматологическая помощь (покрывается Medicare) (продолжение)</p> <p>В перечне покрываемых видов помощи указаны коды процедур. Американская стоматологическая ассоциация (American Dental Association, ADA) может менять эти коды в течение года. Если у вас возникнут вопросы о коде стоматологической услуги ADA, свяжитесь с нашим Отделом обслуживания. Соответствующий номер телефона указан на обратной стороне вашей идентификационной карты участника плана. Некоторые виды стоматологической помощи требуют предварительного подтверждения и должны быть необходимы по медицинским показаниям. Ваш поставщик услуг самостоятельно получает для вас все необходимые по условиям вашего плана разрешения.</p> <p>Примечание. Указанное выше покрытие относится к дополнительным стоматологическим услугам Medicare Supplemental Dental Benefit. Программа стоматологического обслуживания New York Medicaid Dental Benefit также администрируется в рамках вашего плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). С любыми вопросами по этой покрываемой услуге по программе Medicaid обращайтесь к специалистам плана.</p>	
	<p>Профилактическое обследование на наличие депрессии</p> <p>Раз в год мы покрываем одно профилактическое обследование на наличие депрессии. Оно должно проводиться в учреждении первичной медицинской помощи, которое может предоставить последующее лечение и/или направить к другим врачам.</p>	<p>Для ежегодного скрининга на наличие депрессии не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Профилактическое обследование на диабет</p> <p>Мы покрываем это профилактическое обследование (в том числе анализ на глюкозу крови натощак), если у вас присутствуют какие-нибудь из таких факторов риска: высокое артериальное давление (гипертензия), высокий уровень холестерина или триглицеридов (дислипидемия), ожирение или высокие уровни сахара (глюкозы) в крови. Кроме того, мы можем оплачивать анализы, если вы отвечаете другим требованиям, например если у вас лишний вес или если ваши родственники болели диабетом.</p> <p>У вас может быть право на 2 скрининга на диабет каждые 12 месяцев после даты последнего скринингового теста на диабет.</p>	<p>Для скрининговых обследований на выявление диабета, покрываемых в рамках Medicare, не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Обучение жизни с диабетом, принадлежности и обслуживание для людей с диабетом</p> <p>Для всех людей с диабетом (независимо от того, принимают ли они инсулин). Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принадлежности для контроля уровня глюкозы в крови: гликометры, тест-полоски для определения уровня глюкозы, иглы и приспособления для взятия крови, контрольные растворы глюкозы для проверки точности тест-полосок и гликометров. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Гликометры <ul style="list-style-type: none"> ◦ Покрывается, если необходим для использования на дому по назначению врача. ◦ На гликометры от предпочтительных производителей получать предварительное подтверждение не нужно. ◦ Тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови <ul style="list-style-type: none"> ◦ На тест-полоски от предпочтительных производителей получать предварительное подтверждение не нужно. ◦ Страховое покрытие может быть ограничено: приобретать за раз можно только 30-дневный запас. ◦ Мы сотрудничаем с True Metrix, нашим предпочтительным производителем расходных материалов для людей с диабетом. Дополнительную информацию можно найти в фармакологическом справочнике нашего плана или получить в Отделе обслуживания. ◦ Контрольные растворы глюкозы для проверки точности гликометра и качества тест-полосок. ◦ При тяжелом синдроме диабетической стопы мы раз в календарный год покрываем перечисленное далее. Каждый календарный год одну пару обуви для людей с диабетом на заказ (включая стельки к такой обуви) и две запасные пары стелек или одну пару глубокой обуви и три пары стелек (не считая стелек, сделанных не на заказ, которые вы получаете с такой обувью). Мы покрываем также примерку и подгонку обуви. • При определенных условиях мы покрываем обучение жизни с диабетом. <p>Обучение жизни с диабетом, принадлежности и обслуживание для людей с диабетом (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Покрываемые в рамках Medicare услуги при диабете: 	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Принадлежности покрываются, если у вас есть на них рецепт и вы получаете их в сетевой аптеке или по программе доставки аптечных товаров по почте (Mail Service Pharmacy).</p> <p>Если вам необходима проверка зрения для выявления диабетической ретинопатии или глаукомы, см. услуги врачей в разделе «Офтальмологические услуги» этой таблицы.</p> <p>Если у вас сахарный диабет и вам необходимо посетить врача для обследования стоп, см. раздел «Услуги подиатра» этой таблицы.</p> <p>Если у вас сахарный диабет и вам требуется лечебное питание (MNT), см. в этой таблице раздел «Лечебное питание».</p> <p>На принадлежности, обувь и стельки при сахарном диабете может потребоваться наше предварительное подтверждение.</p> <p>Для приобретения товаров у</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ежегодная проверка состояния глаз и обследование на глаукому ◦ Осмотр стоп ◦ Услуги лечебного питания / пищевой терапии (MNT) 	<p>предпочтительных производителей предварительное подтверждение не требуется.</p> <p>Предварительное подтверждение не требуется для покрываемого в рамках Medicare обучения самопомощи при сахарном диабете.</p>
	<p>Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие расходные материалы</p> <p>(Определение медицинского оборудования длительного пользования [DME] см. в главе 12 и главе 3.)</p> <p>Примеры покрываемого оборудования: инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, расходные материалы для людей с диабетом, больничные койки, назначенные поставщиком услуг для использования на дому, инфузионные насосы для внутривенных (IV) инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, небулайзеры и ходунки.</p> <p>Мы покрываем все оборудование DME, необходимое по медицинским показаниям и покрываемое программой Original Medicare. Если в вашем регионе наш поставщик не предлагает оборудование определенной марки или производителя, вы можете узнать у него, возможен ли специальный заказ. Актуальная версия перечня продавцов и поставщиков есть на нашем сайте SWHNY.com.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие расходные материалы (продолжение)</p> <p>Обычно план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает любое оборудование DME из действующего в плане перечня оборудования тех марок и производителей, которые покрывает программа Original Medicare. Оборудование других марок и производителей мы покрываем, только если ваш врач или другой поставщик услуг сообщает нам, что вам подходит только определенная марка оборудования. Если вы только что стали участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) и пользуетесь оборудованием DME той марки, которая не представлена в нашем перечне, мы продолжим его покрытие не более чем на 90 дней. За это время вам нужно обсудить со своим врачом, какой подходящей вам по медицинским показаниям маркой вы будете пользоваться по истечении этих 90 дней. (Если вы не согласны с решением врача, то можете попросить его направить вас к другому соответствующему специалисту.)</p> <p>Если вы (или ваш поставщик услуг) не согласны с принятым нашим планом страховым решением, то вы или ваш поставщик услуг можете подать апелляцию. Кроме того, вы можете подать апелляцию, если не согласны с решением своего поставщика услуг по поводу того, какое оборудование или его марка нужны при вашем заболевании. (Дополнительную информацию об апелляциях см. в главе 9.)</p>	
<p>Экстренная помощь</p> <p>Экстренная помощь — это помощь, которая:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оказана поставщиком услуг, имеющим право оказывать экстренную помощь, и • Необходима для оценки или стабилизации экстренного состояния. <p>Экстренное состояние — это медицинское состояние, при котором вы или любой среднестатистический человек без медицинского образования имеете основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть (а если вы беременная женщина, возможен выкидыш), потеря конечности или потеря функции конечности. Такими симптомами могут быть заболевание, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние здоровья.</p> <p>За экстренную помощь, полученную по медицинским показаниям в несотрудничающих с нами учреждениях, вы платите такую же долю софинансирования расходов, как и в сетевых учреждениях.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Если вас положили в больницу, вам нужно будет платить суммы софинансирования расходов, которые приведены в разделе этой таблицы «Стационарное лечение в больнице».</p> <p>Ваше участие в оплате экстренной помощи как в сотрудничающей, так и в не сотрудничающей с</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Экстренная помощь (продолжение)</p> <p>Экстренную помощь за пределами США мы покрываем как экстренную помощь за рубежом. Страхование экстренной помощи и лечения после стабилизации экстренного состояния за рубежом ограничено суммой \$10,000 за календарный год. См. в этой таблице «Страхование экстренной помощи за рубежом».</p>	<p>планом больнице одинаковое.</p> <p>Если вы получили экстренную помощь в больнице, которая с нами не сотрудничает, и если после стабилизации вашего состояния вам нужна госпитализация, вы должны перейти в сетевую больницу. Это нужно для того, чтобы мы продолжали оплачивать ваше лечение.</p> <p>Продолжать стационарное лечение в больнице, которая с нами не сотрудничает, вы можете, только если это было разрешено нашим планом. В этом случае ваша доля софинансирования расходов будет такой же, как при лечении в сетевой больнице.</p>
<p>Фитнес-услуги (дополнительно)*</p> <p>Вы получаете абонемент в участвующие в программе фитнес-центры. Если у вас нет возможности посещать фитнес-центр или вы предпочитаете тренироваться дома, можете выбрать набор услуг домашней физкультуры. Этот набор поможет вам вести активный образ жизни, не выходя из дома. Эти наборы включают по выбору спортивный браслет с индикаторами и наборы для занятий йогой или силовых упражнений.</p> <p>Если вы решили заниматься в фитнес-центре, можете посетить наш сайт и выбрать центр, который сотрудничает с нашим планом, или пойти прямо в сотрудничающий с нами фитнес-центр, чтобы начать занятия. Сотрудничающие с нами учреждения и фитнес-сети могут различаться в зависимости от того, где расположены, и могут меняться. Наборы для занятий физкультурой могут меняться.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Прежде чем начинать занятия физкультурой или изменять свои обычные упражнения, всегда консультируйтесь со своим врачом.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Образовательные программы в области здоровья и здорового образа жизни</p> <ul style="list-style-type: none"> • У нас есть программы, которые помогают контролировать определенные заболевания или состояния. Среди них: Жизнь с астмой • Жизнь с депрессией • Жизнь с сахарным диабетом • Жизнь с высоким артериальным давлением • Жизнь с сердечно-сосудистыми заболеваниями (CVD) • Жизнь с хронической обструктивной болезнью легких (COPD) <p>У нас есть учебные материалы и полезные советы. Кроме того, мы поможем вам общаться с вашим поставщиком услуг.</p> <p>Включение в программы поддержания здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мы вас автоматически включаем в программы, которые подходят вам больше всего. Мы это делаем на основании данных о страховых требованиях на оплату медицинской помощи и лекарств. • Кроме того, вы можете сами зарегистрироваться в такой программе или вас может зарегистрировать ваш поставщик услуг. <p>Для регистрации в такой программе вы должны отвечать определенным требованиям.</p> <p>Выход из программы поддержания здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Участие в этих программах добровольное. Вы можете выйти из программы в любое время. <p>Узнать подробности о программе или зарегистрироваться в ней можно, позвонив в наш отдел, занимающийся программами поддержания здоровья (Health Management Department), по телефону (866) 891-2320 (TTY: 711); линия работает с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. (Eastern Standard Time).</p> <p>Программы популяризации здорового образа жизни</p> <p>Другие программы, призванные продвигать здоровый образ жизни. Это, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Программа прекращения курения. • Программа контроля веса. 	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>


Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Образовательные программы в области здоровья и здорового образа жизни (продолжение)</p> <p>Узнать подробности о программах, помогающих отказаться от курения или похудеть, и/или получить материалы этих программ можно, позвонив по номеру (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711); линия работает с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. (Eastern Standard Time).</p> <p>Линия сестринских консультаций</p> <p>Если у вас есть жалобы на здоровье прямо сейчас, появились вопросы о вашем заболевании или вы хотите узнать общие сведения о доступных ресурсах здравоохранения, — линия сестринских консультаций к вашим услугам круглосуточно и без выходных.</p> <p>Опытная медсестра поможет вам решить, можете ли вы лечиться сами на дому или вам нужно обратиться к врачу.</p> <p>Звонки на линию сестринских консультаций бесплатные, телефон: (844) 658-8544, (TTY /TDD: 711)</p> <p>Обсудить с медсестрой свои болезни или травмы можно в любое время дня и ночи.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не нужно получать ни направление, ни предварительное подтверждение у нашего плана. <p>Эта служба не предназначена для экстренных ситуаций. В экстренных ситуациях сразу же звоните по номеру 911.</p>	
<p>Карточка Healthy You</p> <p>На карту Healthy You плана зачисляется совокупное ежемесячное пособие в размере \$285, которое можно использовать для оплаты некоторых дополнительных услуг плана, таких как перечисленные ниже.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Безрецептурные средства (OTC) • Безрецептурные (OTC) слуховые аппараты • Пища и продукты питания* • Транспортировка в любое медицинское учреждение • Транспортировка для немедицинских потребностей • Коммунальные услуги 	<p>Когда вы используете карточку Healthy You, вам не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Карточка Healthy You (продолжение)</p> <p>Предоплаченная дебетовая карточка — это не кредитная карта. Вы не можете обналичить средства на вашей карточке и не можете давать эти деньги в долг другим людям. Эту карточку нельзя использовать для оплаты косметических процедур. Денежные средства поступают на карту каждый месяц. В конце каждого месяца все неиспользованные средства на карточке обнуляются. Они не переходят на следующий месяц или страховой год плана. Если вы выходите из плана, все неиспользованные средства возвращаются плану после дня вашего фактического выхода из плана.</p> <p>За дополнительной информацией о том, как получить право на пищу и продукты питания в рамках специального дополнительного страхового покрытия для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for Chronic Illnesses, SSBCI) обращайтесь в Отдел обслуживания плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Для получения пособия по программе SSBCI участники плана должны иметь соответствующее требованиям хроническое заболевание. Кроме того, нужно предъявить соответствующую справку от врача и координаторов обслуживания из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Подробнее см. в разделе «Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями» в этой таблице.</p>	
<p>Услуги, связанные со слухом</p> <p>Диагностика нарушений слуха и чувства равновесия, для того чтобы решить, требуется ли вам лечение. Когда эту помощь оказывает врач, специалист по проверке слуха (аудиолог) или другой квалифицированный поставщик услуг, она покрывается как амбулаторная.</p> <p>Диагностику нарушений слуха и чувства равновесия покрывает программа Medicare. Эти обследования помогают решить, требуется ли вам лечение.</p> <p>Обследование проводится только по медицинским показаниям, таким как потеря слуха в связи с болезнью, травмой или операцией.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Услуги, связанные со слухом (продолжение) Услуги, связанные со слухом (дополнительно)*</p> <p>Помимо связанных со слухом услуг, покрываемых по программе Medicare, вы можете проходить плановую проверку слуха один раз в календарный год. После плановой проверки слуха вам может быть подобран слуховой аппарат. Ближайшего к вам аудиолога, сотрудничающего с нашим планом, можно найти следующим образом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Позвоните в наш Отдел обслуживания. ИЛИ 2. Воспользуйтесь онлайн-поиском с помощью нашего инструмента поиска поставщика дополнительных связанных со слухом услуг на сайте MolinaHealthcare.com/Medicare. <p>Подгонка / осмотр слуховых аппаратов могут выполняться один раз в календарный год. Если вам необходим слуховой аппарат, вы можете получить не более 2 слуховых аппаратов из утвержденного списка от одобренного планом поставщика услуг каждые 2 года на оба уха.</p>	
	<p>Скрининг на ВИЧ (HIV)</p> <p>Людам, которые обращаются за скрининговым тестом на ВИЧ (HIV) или относятся к группе риска, мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одно скрининговое обследование раз в 12 месяцев. <p>Если вы беременны, мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> • До 3-х скрининговых обследований за период беременности. 	<p>Участникам программы страхования, имеющим право на профилактическое скрининговое обследование на ВИЧ (HIV), покрываемое в рамках Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Услуги агентств медицинской помощи на дому</p> <p>Перед тем как вы начнете получать медицинскую помощь на дому, врач должен подтвердить необходимость такой помощи и назначить ее оказание одним из специализированных агентств. Вы должны быть прикованы к дому, то есть выход из дома требует больших усилий.</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>


Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Услуги агентств медицинской помощи на дому (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги квалифицированного сестринского ухода на неполный день или время от времени, а также медицинская помощь на дому (чтобы план покрывал медицинское обслуживание на дому, услуги квалифицированного сестринского ухода и медицинской сиделки на дому вместе должны составлять менее 8 часов в день и 35 часов в неделю). • Физиотерапия, трудотерапия и речевая терапия • Медицинские и социальные услуги • Медицинское оборудование и расходные материалы 	
<p>Инфузионная терапия на дому</p> <p>Инфузионная терапия на дому включает в себя внутривенное и подкожное введение лекарств или биопрепаратов на дому. Для этого требуется лекарство (например, противовирусное средство, иммуноглобулин), медицинская техника (например, насос) и принадлежности (например, трубки и внутривенные катетеры).</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Профессиональная помощь, в том числе услуги медсестер, которую вам оказывают в соответствии с вашим планом обслуживания • Обучение и просвещение больного, которое не входит в страховое покрытие медицинского оборудования длительного пользования • Удаленный мониторинг состояния больного • Введение лекарств квалифицированным медиком и контроль введения лекарства на дому 	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>
<p>Услуги хосписа</p> <p>Право на хосписное обслуживание участник плана получает, когда его врач и медицинский директор хосписа приходят к выводу о терминальном состоянии (т. е. болезнь неизлечима) и о том, что жить участнику плана остается не более 6 месяцев при обычном течении заболевания. В этом случае можно обращаться в любую хосписную программу, сертифицированную Medicare. Наш план обязан помочь такому участнику найти сертифицированную Medicare хосписную программу в зоне обслуживания нашего плана, в том числе такую, которой мы владеем, которую контролируем или имеем в ней финансовый интерес. Врач в хосписе может быть как сетевым поставщиком услуг, так и внесетевым.</p>	<p>Если участник плана включен в хосписную программу, сертифицированную программой Medicare, хосписное обслуживание и обслуживание, покрываемое по программам Часть А и Часть В и связанное с терминальным состоянием, покрывает программа Original</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Услуги хосписа (продолжение)</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарства для симптоматического лечения и для облегчения боли • Краткосрочная замена человека, ухаживающего за больным • Обслуживание на дому <p>При поступлении в хоспис вы имеете право остаться в нашем плане. Если вы остались в нашем плане, вы должны продолжать платить страховые взносы по нему.</p> <p><u>Хосписное обслуживание и услуги, связанные с терминальным состоянием и покрываемые по программе Medicare Part A или Medicare Part B:</u> Original Medicare (а не наш план) оплатит вашему поставщику услуги хосписа и любые услуги согласно Части А и Части В, связанные с вашим терминальным состоянием. Когда вы участвуете в программе хосписного обслуживания, ваш поставщик хосписных услуг направляет счета за обслуживание, оплачиваемое программой Original Medicare, непосредственно в Original Medicare. В программе Original Medicare предусмотрено ваше участие в софинансировании расходов.</p> <p><u>Помощь, которую покрывает программа Medicare Part A или Medicare Part B и которая не связана с терминальным состоянием.</u> Помощь, которую покрывает программа Medicare Part A или Medicare Part B и которая не связана ни с экстренной или неотложной помощью, ни с терминальным состоянием. Суммы, которые участник плана платит за такую помощь, зависят от того, сотрудничает ли с нами поставщик, оказывающий такую помощь, и соблюдаются ли при этом правила нашего плана (например, требование получать предварительное подтверждение на определенное обслуживание).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если покрываемые услуги предоставлены сетевым поставщиком и выполнены правила плана, участник плана платит только ту часть софинансирования расходов, которую план установил для обслуживания в сети. • Если покрываемые услуги предоставлены внесетевым поставщиком, участник плана платит часть софинансирования расходов, установленную программой Original Medicare. 	<p>Medicare, а не план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Услуги хосписа (продолжение)</p> <p><u>Услуги, покрываемые планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), но не покрываемые в рамках Medicare Part A или Medicare Part B:</u> План Senior Whole Health of New York NHC по-прежнему оплачивает помощь, которую покрывает он, но не покрывают программы Часть А и Часть В. План делает это независимо от того, связана необходимость в такой помощи с терминальным состоянием или нет. За это обслуживание вы платите установленную планом сумму софинансирования расходов.</p> <p><u>Лекарства, которые может покрывать наш план по условиям Части D.</u> Если эти лекарства не связаны с терминальным состоянием, по поводу которого пациент получает хосписное обслуживание, то он платит предусмотренную планом часть софинансирования расходов. Если эти лекарства связаны с терминальным состоянием, по поводу которого пациент получает хосписное обслуживание, то он платит часть софинансирования расходов, предусмотренную программой Original Medicare. Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно и хосписом, и нашим планом. Подробнее см. в разделе 9.4 главы 5).</p> <p>Примечание: Если нужна помощь, не связанная с хосписным уходом (то есть не связанная с терминальным состоянием), свяжитесь с нами, и мы эту помощь организуем.</p> <p>Наш план покрывает консультации по хоспису (только один раз) людям, находящимся в терминальной стадии болезни, которые не воспользовались страховым покрытием хосписного обслуживания.</p>	
	<p>Иммунизация</p> <p>Обслуживание, покрываемое по программе Medicare Part B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вакцины против пневмонии • Прививки (или вакцины) от гриппа — один раз в сезон гриппа, осенью и зимой, и дополнительные прививки (или вакцины) от гриппа, если это необходимо по медицинским показаниям • Прививки от гепатита В, если вы находитесь в группе высокого или среднего риска заражения гепатитом В • Прививки против COVID-19 • Другие вакцины, если они удовлетворяют правилам покрытия Medicare Part B и если вы находитесь в группе риска <p>Большинство прочих вакцин для взрослых включены в покрытие лекарственных препаратов Части D. Подробные сведения см. в разделе 8 главы 6.</p>	<p>Для прививок от пневмонии, гриппа, гепатита В и COVID-19 не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Стационарное лечение в больнице</p> <p>Лечение острого состояния; реабилитация в стационаре; лечение в больнице, специализирующейся на длительном обслуживании, и другие виды лечения в стационарной больнице. Стационарное лечение в больнице начинается в тот день, когда вас по направлению врача официально госпитализируют в качестве стационарного пациента. Последний день стационарного лечения — это день перед выпиской.</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Двухместная палата (или отдельная, если для этого есть медицинские показания) • Питание, включая специальные диеты • Регулярные услуги медсестер • Помощь в специализированных отделениях (таких как отделения интенсивной терапии или кардиологические отделения) • Лекарства и медикаменты • Лабораторные анализы • рентгеновские снимки и другие виды лучевой диагностики / терапии; • Необходимые хирургические и медицинские принадлежности • Оборудование, например, инвалидные коляски • Использование операционной и послеоперационной палаты • Физиотерапия, трудотерапия (восстановление двигательных навыков), речевая терапия • Услуги стационарного лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ 	<p>Вы платите \$0 за дни 1–90 госпитализации за каждый госпитализационный период.</p> <p>Наш план покрывает также 60 резервных дней за все время жизни участника плана. Эти дни мы покрываем дополнительно. Если продолжительность госпитализации превышает 90 дней за госпитализационный период, вы можете использовать эти дополнительные дни. Но после того, как вы израсходуете эти дополнительные 60 дней, покрытие лечения в стационарной больнице будет ограничено 90 днями за госпитализационный период.</p> <p>Мы можем покрывать дополнительную помощь</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Стационарное лечение в больнице (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> В определенных ситуациях покрываются пересадки роговицы, почек, почек / поджелудочной железы, сердца, печени, легких, сердца / легких, костного мозга, стволовых клеток, кишечника / нескольких внутренних органов. Если вам нужна пересадка, мы договоримся о консультации с утвержденным Medicare центром пересадки органов. Центр примет решение о том, будете ли вы кандидатом на трансплантацию. Центры пересадки органов могут располагаться как в зоне обслуживания плана, так и вне ее. Если сотрудничающие с нами центры пересадки органов расположены слишком далеко, можно обратиться в местный центр, который с нами не сотрудничает, но принимает плату по расценкам программы Original Medicare. Если план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) согласен покрывать пересадку в удаленном центре (за пределами зоны обслуживания) и если вы на это согласитесь, мы организуем или оплатим проживание и поездку вам и сопровождающему вас лицу. План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) покрывает медицинскую помощь, связанную с трансплантацией, но не более \$150 в день. Кроме того, можно подать запрос о возмещении затрат на топливо в сумме, эквивалентной стандартным ставкам в центах на милю для налогоплательщиков, установленных Налоговой службой (Internal Revenue Service, IRS), которые корректируются и публикуются в открытом доступе. Максимальная сумма компенсации всех затрат на поездку, проживание, питание и топливо составляет пять тысяч долларов (\$5,000) на каждую операцию трансплантации в соответствии с рекомендациями плана. Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой необходимой вам пинты крови. Вы должны покрыть расходы на первые 3 пинты крови, полученной в течение календарного года, сдать кровь в качестве донора или получить ее от другого лица. Переливание всех прочих препаратов крови покрывается начиная с первой пинты. Услуги врача 	<p>по программе Medicaid, если покрытие отвечает правилам этой программы.</p> <p>Если вы после стабилизации состояния, требовавшего экстренной помощи, с нашего разрешения лечитесь в больнице, не входящей в сеть, то ваше участие в оплате будет равно сумме софинансирования расходов при лечении в больницах, входящих в сеть.</p> <p>Может потребоваться предварительное подтверждение.</p>



Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Стационарное лечение в больнице (продолжение)</p> <p>Примечание: Пациент считается стационарным, если поставщик услуг официально и в письменном виде назначил ему госпитализацию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не знаете, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите сотрудников больницы.</p> <p>Дополнительную информацию см. в информационном бюллетене Medicare о <i>покрытии услуг больниц в рамках Medicare</i>. Этот информационный бюллетень доступен в Интернете по адресу www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. Кроме того, можно получить его, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ТТУ: 1-877-486-2048. Линии работают круглосуточно и без выходных. Звонки бесплатные.</p>	
<p>Стационарное лечение в психиатрической больнице</p> <p>Покрываемые услуги включают психиатрическое лечение, требующее госпитализации</p> <ul style="list-style-type: none"> • Его можно получать как в больнице общего профиля, так и в психиатрической больнице. • Программа Medicare покрывает не более 190 дней лечения в психиатрической больнице за всю жизнь пациента. • Если вы использовали часть своего 190-дневного пожизненного лимита до регистрации в нашем плане, то количество покрываемых за всю жизнь дней пребывания в больнице уменьшается на количество дней пребывания в стационаре психиатрической больницы с целью психиатрического лечения, ранее покрытого Medicare. • Ограничение в 190 дней не применяется к услугам по охране психического здоровья, предоставленным в психиатрическом отделении общесоматической больницы. • Число госпитализационных периодов для стационарного психиатрического лечения в больнице общего профиля не ограничено. У больного может быть много госпитализационных периодов при стационарном лечении в психиатрической больнице, но общий предел страхового покрытия составляет 190 дней за всю жизнь участника программы. 	<p>Вы платите \$0 за дни 1–90 госпитализации за каждый госпитализационный период.</p> <p>Наш план покрывает также 60 «резервных дней за все время жизни» участника. Эти дни мы покрываем «дополнительно». Если продолжительность госпитализации превышает 90 дней за госпитализационный период, вы можете использовать эти дополнительные дни. Но после того, как вы израсходуете эти дополнительные 60 дней, покрытие лечения в стационарной больнице будет ограничено 90 днями за</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Стационарное лечение в психиатрической больнице (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • После того как достигнут 190-дневный предел, стационарное лечение покрывает программа Medicaid. В этой программе не предусмотрены ни госпитализационные периоды, ни предельное число дней госпитализации за всю жизнь участника. • Обращаться нужно только к тем поставщикам услуг по охране психического здоровья, которые сотрудничают с планом. Чтобы получить список сетевых поставщиков услуг по охране психического здоровья, обратитесь в Отдел обслуживания. <p>Программа Medicare не покрывает следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Услуги персональных медсестер/медбратьев, не состоящих в штате больницы ◦ Телефон и телевизор в палате <p>Одноместная палата (кроме случаев, когда она нужна по медицинским показаниям)</p>	<p>госпитализационный период.</p> <p>Если вы после стабилизации состояния, требовавшего экстренной помощи, с нашего разрешения лечитесь в больнице, не входящей в сеть, то ваше участие в оплате помощи будет равно сумме софинансирования расходов при лечении в больницах, входящих в сеть.</p> <p>Может потребоваться предварительное подтверждение. В случае плановых госпитализаций ваш врач должен предупреждать нас о том, что вас положат в больницу. В экстренных ситуациях этого не требуется.</p>
<p>Пребывание в стационаре. Покрываемые услуги, полученные в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF) в период непокрываемого лечения в стационаре</p> <p>Если вы исчерпали число дней покрываемого стационарного лечения или если стационарное лечение не является обоснованным и необходимым, мы не будем покрывать ваше пребывание в стационаре. В некоторых случаях мы продолжаем покрывать некоторые виды помощи, которую вы получаете в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF). К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги врача • Диагностические исследования (например, лабораторные анализы) • Рентгенологические исследования, радиотерапия и изотопная терапия, включая принадлежности и обслуживание • Хирургические перевязочные материалы 	<p>За это обслуживание не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может потребоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Пребывание в стационаре. Покрываемые услуги, полученные в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF) в период непокрываемого лечения в стационаре (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Шины, фиксаторы и другие приспособления, используемые при переломах и вывихах. • Протезы и ортопедические устройства (кроме зубных), заменяющие часть внутреннего органа или орган целиком (включая прилегающие ткани) или выполняющие работу внутреннего органа, который не может быть оперирован или функция которого не может быть восстановлена; включая замену и ремонт таких устройств • Иммобилизующие устройства для ног, рук, спины и шеи; бандажи; протезы рук, ног и глаз; подгонка, починка и замена протезов и устройств в связи с их поломкой, износом, потерей или изменением состояния пациента. <p>Физиотерапия, речевая терапия и трудотерапия</p>	
	<p>Лечебное питание</p> <p>Эту помощь мы покрываем людям с диабетом или почечной недостаточностью (заболеваниями почек, однако не требующими проведения диализа) и тем, кому по назначению врача была сделана пересадка почки.</p> <p>Мы покрываем 3 часа индивидуальных консультаций за первый год получения диетологической помощи, покрываемой по программе Medicare (включая наш план, любой другой план Medicare Advantage или Original Medicare). В последующие годы мы покрываем по 2 часа консультаций в год. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов лечения. Эту помощь должен назначить врач. Врач должен назначить вам это обслуживание и при необходимости повторять эти назначения каждый календарный год.</p>	<p>За услугу лечебного питания, покрываемую программой Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Программа профилактики диабета Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Услуги MDPP покрываются для лиц, имеющих право на участие во всех планах медицинского страхования программы Medicare.</p> <p>Программа MDPP — это практические занятия, которые помогают изменить привычный рацион питания и повысить физическую активность и учат тому, как справиться с трудностями, связанными с похудением и здоровым образом жизни.</p>	<p>За участие в программе MDPP не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>


Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Препараты, покрываемые программой Medicare Part B</p> <p>Это лекарства, которые покрывает Часть В программы Original Medicare. Наши участники получают покрытие этих препаратов через наш план. Покрываемые лекарственные препараты включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарства, которые больной обычно не может применять сам (уколы или капельницы на приеме у врача, во время амбулаторного лечения в больнице или в амбулаторном хирургическом центре). • Инсулин, вводимый с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, инсулиновой помпы, необходимой по медицинским показаниям). • Другие лекарства, которые вы принимаете с помощью разрешенного нашим планом медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзера). • Лекарство от болезни Альцгеймера (Alzheimer) Лекемби (Leqembi®) (название непатентованной версии — леканемаб [lecanemab]), которое вводится внутривенно. Помимо расходов на лекарства, вам могут потребоваться дополнительные обследования и анализы до и/или во время лечения, которые могут увеличить общие расходы. Обсудите со своим врачом, какие обследования и анализы могут понадобиться вам в рамках лечения. • Факторы свертывания крови, инъекции которых больной делает сам себе при гемофилии. • Иммуносупрессоры / лекарства, применяемые при трансплантации: Программа Medicare покрывает лекарственную терапию при трансплантации органов, если трансплантация была оплачена по этой программе. На момент трансплантации вы должны быть участником Части А, а на момент получения иммуносупрессивных препаратов — Части В. Покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare Part D включает иммуносупрессивные препараты, если они не покрываются по условиям Части В. • Инъекционные лекарства от остеопороза, если вы прикованы к дому, врач подтвердил наличие у вас перелома, связанного с постклимактерическим остеопорозом, и вы не можете вводить себе лекарство сами. • Некоторые антигены. Medicare покрывает антигены, если врач готовит их, а надлежащим образом проинструктированное лицо (которым можете быть и вы, т. е. пациент) вводит их под соответствующим наблюдением. 	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>В случае лекарств, покрываемых по Части В, мы можем требовать поэтапного лечения.</p> <p>Может потребоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Препараты, покрываемые программой Medicare Part B (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Некоторые пероральные лекарства от рака. Программа Medicare покрывает некоторые пероральные лекарства от рака (их нужно принимать, а не вводить), если это лекарство есть в форме инъекций или в форме предшественника активной формы (пероральное лекарство, которое после приема расщепляется с образованием активного вещества, используемого в уколах или капельницах). По мере появления новых пероральных противораковых препаратов Часть В может покрывать их. Если Часть В их не покрывает, то их покрывает Часть D. • Пероральные препараты против тошноты. Medicare покрывает пероральные препараты против тошноты, используемые в рамках противораковой химиотерапии, если они принимаются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии или применяются в качестве полной терапевтической замены внутривенного препарата против тошноты. • Некоторые пероральные препараты, назначаемые при терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD) и покрываемые в рамках Medicare Part B. • Кальцимитетики и фосфат-связывающие препараты при ESRD, в том числе Парсабив (Parsabiv®) для внутривенного введения и Сенсипар (Sensipar®) для перорального приема. • Определенные лекарства для проведения диализа на дому, в том числе гепарин, антагонист гепарина, если это требуется по медицинским показаниям, и средства для поверхностной анестезии. • Стимулирующие эритропоз препараты. При терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD) или для лечения анемии, связанной с основным заболеванием, программа Medicare покрывает инъекционный эритропоэтин (например, Retacrit®, Aranesp®). • Внутривенные иммуноглобулины для лечения первичных иммунодефицитов. • Парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и через зонд). 	

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Препараты, покрываемые программой Medicare Part B (продолжение)</p> <p>В некоторых случаях наш план требует, чтобы вы сначала попробовали определенные лекарства для лечения вашего заболевания, прежде чем мы разрешим страховое покрытие другого лекарства от этого заболевания. Например, если лекарства А и лекарства В применяются для лечения одной и той же болезни, но лекарство А дешевле, план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство А. Если лекарство А вам не помогает, мы станем покрывать лекарство В. О том, как мы решаем, требуется ли поэтапное лечение, можно узнать на сайте SWHNY.com.</p> <p>Кроме того, мы покрываем некоторые вакцины по условиям Части В и большинство вакцин для взрослых по условиям Части D как лекарственные препараты.</p> <p>О страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Часть D и о правилах, которые надо соблюдать, чтобы получить покрытие рецептурных лекарств, рассказывается в главе 5. О том, сколько вы платите за лекарственные препараты, которые наш план покрывает по программе Часть D, речь пойдет в главе 6.</p>	
	<p>Профилактические обследования (скрининг) на наличие ожирения и лечение, необходимое для похудения</p> <p>Если ваш индекс массы тела составляет не менее 30, мы покрываем консультации по вопросам похудения. Эти консультации мы покрываем, если вы получаете их в учреждении первичной медицинской помощи и если их можно согласовать с вашим комплексным профилактическим планом. За подробностями обращайтесь к своему основному врачу.</p>	<p>Для профилактического обследования на наличие ожирения и соответствующей терапии не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Услуги по программе лечения зависимости от опиоидов</p> <p>Участники нашего плана с опиоидной зависимостью (Opioid Use Disorder, OUD) могут получать страховое покрытие лечения OUD в рамках программы Opioid Treatment Program (OTP). Лечение по этой программе включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарственное лечение (Medication-Assisted Treatment, MAT), утвержденное Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (U.S. Food and Drug Administration, FDA): агонисты и антагонисты опиоидов • Выдача и прием / введение лекарств MAT (если требуется) • Консультирование по вопросам употребления психоактивных веществ 	<p>За услуги программы лечения зависимости от опиатов, покрываемые по программе Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Предварительное подтверждение покрываемых Medicare услуг по программе амбулаторного лечения</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Услуги по программе лечения зависимости от опиоидов (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальная и групповая терапия • Токсикологические анализы • Мероприятия по приему нового пациента • Периодические обследования 	<p>зависимости от опиатов не требуется, но может оказаться необходимым, если вам понадобятся лекарственные препараты для лечения зависимости от опиатов.</p>
	<p>Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рентгенография; • Лучевая (радиевая и изотопная) терапия, в том числе необходимые материалы и принадлежности • Хирургические принадлежности, такие как перевязочные средства • Шины, фиксаторы и другие приспособления, используемые при переломах и вывихах. • Лабораторные анализы • Кровь, включая хранение и переливание. Страховое покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой пинты крови. Первые в календарном году 3 пинты вы должны оплатить самостоятельно. Кроме того, вы можете попросить кого-нибудь стать бесплатным донором этих трех пинт. Переливание всех прочих препаратов крови покрывается начиная с первой использованной пинты • Другая амбулаторная диагностика: нелучевые методы диагностики, например ЭКГ, ЭЭГ, спирометрия, исследование нарушений сна, стресс-тест на беговой дорожке и т. д. • Лучевая диагностика (в том числе комплексные исследования): КТ, ОФЭКТ, ПЭТ, МРТ, МРА, изотопные исследования, ультразвуковые исследования, маммография, интервенционные лучевые исследования (миелография, цистография, ангиография и обследования с барием). • На амбулаторные анализы и рентгеновские снимки получать наше разрешение не требуется. 	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>
	<p>Амбулаторное наблюдение в больнице</p> <p>Амбулаторное наблюдение в больнице позволяет врачам решить, требуется вам госпитализация или нет.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Амбулаторное наблюдение в больнице (продолжение)</p> <p>Для того чтобы мы покрывали амбулаторное наблюдение в больнице, нужно, чтобы оно отвечало критериям программы Medicare и считалось обоснованным и необходимым. Кроме того, это наблюдение должно быть назначено врачом или другим специалистом, который уполномочен законами штата о лицензировании и подзаконными актами, действующими в отношении персонала больницы, принимать пациентов в больницу или назначать амбулаторные обследования.</p> <p>Примечание: Если поставщик не дал письменное направление на вашу госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите суммы софинансирования расходов как за амбулаторное лечение в больнице. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите об этом сотрудников больницы.</p> <p>Дополнительную информацию см. в информационном бюллетене Medicare о <i>покрытии услуг больниц в рамках Medicare</i>. Этот информационный бюллетень доступен в Интернете по адресу www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. Кроме того, можно получить его, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048. Линии работают круглосуточно и без выходных. Звонки бесплатные.</p>	<p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>
<p>Амбулаторное лечение в больнице</p> <p>Мы покрываем необходимые по медицинским показаниям услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики или лечения заболевания или травмы.</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Помощь в отделении экстренной помощи или в амбулаторном отделении больницы (например, наблюдение за вашим состоянием или амбулаторная операция) • Анализы и диагностические обследования, счет за которые выставляет больница • Психиатрическое лечение, в том числе помощь по программам частичной госпитализации, если врач подтверждает, что в противном случае вам потребуется лечение в стационаре • Рентгеновские снимки и другие виды лучевой диагностики, счета за которые выставляет больница 	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Амбулаторное лечение в больнице включено в другие виды покрываемого обслуживания в этой таблице. См. эти и другие виды покрываемых услуг при получении медицинского ухода в амбулаторных условиях:</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Амбулаторное лечение в больнице (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Такие медицинские принадлежности, как шины и иммобилизующие аппараты • Определенные лекарства и биологические препараты, которые нельзя принимать самостоятельно <p>Примечание: Если поставщик не дал письменное направление на вашу госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите суммы софинансирования расходов как за амбулаторное лечение в больнице. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите об этом сотрудников больницы.</p> <p>Дополнительную информацию можно также найти в информационном бюллетене Medicare под названием «<i>Стационарный или амбулаторный пациент? Если у вас Medicare — спрашивайте!</i>» Этот информационный бюллетень доступен в Интернете по адресу https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. Кроме того, можно получить его, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048. Линии работают круглосуточно и без выходных. Звонки бесплатные.</p>	<p>«Экстренная помощь»</p> <p>«Страховое покрытие экстренной / срочной медицинской помощи за рубежом» «Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности» «Амбулаторная хирургия, включая помощь в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах»</p> <p>«Частичная госпитализация»</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>
<p>Амбулаторное психиатрическое лечение</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <p>Психиатрическая или психологическая помощь, оказанная психиатром или другим врачом, имеющим лицензию на работу в вашем штате; клиническим психологом; клиническим социальным работником; медицинской сестрой-специалистом (clinical nurse specialist); лицензированным профессиональным консультантом (licensed professional counselor, LPC); лицензированным семейным психотерапевтом (licensed marriage and family therapist, LMFT); фельдшером (практикующей медицинской сестрой; nurse practitioner, NP);</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>О ежегодном профилактическом обследовании на наличие депрессии см. в разделе «Скрининг на наличие депрессии» в этой таблице.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Амбулаторное психиатрическое лечение (продолжение) помощником врача (physician assistant, PA) или другим профессиональным медиком, которого Medicare признает имеющим достаточную квалификацию для предоставления психиатрического лечения в соответствии с применимыми законами штата.</p> <p>Покрываемое Medicare амбулаторное психиатрическое лечение включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одно профилактическое обследование (скрининг) на наличие депрессии раз в календарный год. Обследование должно проводиться основным врачом в кабинете врача или клинике первичной медицинской помощи; он может оказать вам необходимую помощь или дать направление к специалисту. • Индивидуальная и групповая психотерапия, проводимая врачом или лицензированным специалистом, которому законами штата разрешено оказывать такую помощь. • Семейные консультации, если их главное назначение — способствовать вашему лечению. • Тестирование с целью выяснить, получаете ли вы необходимую вам помощь и помогает ли она вам. • Психиатрическое обследование. • Назначение и коррекция лекарственного лечения. 	<p>Если вам необходимо амбулаторное психиатрическое лечение, покрываемое программой Medicare, см. раздел «Частичная госпитализация» в этой таблице.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>
<p>Услуги амбулаторной реабилитации</p> <p>Покрываемые услуги включают: физиотерапию, трудотерапию (восстановление двигательных навыков) и речевую терапию.</p> <p>Услуги амбулаторной реабилитации предоставляют различные учреждения, например амбулаторные отделения больниц, кабинеты частнопрактикующих медиков и центры комплексной амбулаторной реабилитации (CORF).</p>	<p>Для этой услуги не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>
<p>Амбулаторные услуги лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторная наркологическая помощь, покрываемая по программе Medicare. • Кроме того, по программе Medicaid мы покрываем сеансы индивидуальной и групповой терапии. Участник плана может раз в двенадцать (12) месяцев самостоятельно прийти к сетевому поставщику на обследование. 	<p>Для этой услуги не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Амбулаторные услуги лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (продолжение)</p> <p>Обращаться нужно к поставщикам услуг по охране психического здоровья, сотрудничающим с планом Senior Whole Health.</p> <p>За подробностями обращайтесь в Отдел обслуживания.</p>	
<p>Амбулаторная хирургия, включая помощь в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах</p> <p>Примечание: Если операцию вам делают в больнице, уточните у поставщика услуг, считаетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. Если поставщик услуг не назначил вам в письменном виде госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите суммы софинансирования расходов как за амбулаторную операцию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.</p>	<p>Для этой услуги не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>
<p>Безрецептурные (OTC) товары (дополнительно)*</p> <p>Каждый месяц вы получаете на свою карту Healthy You объединенное пособие на совокупную сумму \$285, которую можно тратить на утвержденные планом лекарства и товары, продающиеся без рецепта (OTC). Это ежемесячное пособие применяется совместно с пособием на продукты питания и свежие растительные продукты (SSBCI)*, транспортировку в утвержденные планом места, слуховые аппараты OTC, неэкстренные транспортные услуги (SSBCI)*, а также коммунальные услуги (SSBCI)*.</p> <p>Вы можете использовать это пособие для оплаты товаров OTC, продуктов питания и свежих растительных продуктов (SSBCI)*, транспортировки в утвержденные планом места, слуховых аппаратов OTC, неэкстренных транспортных услуг (дополнительно)*, а также на покрытие счетов за коммунальные услуги (электричество, газ и вода). Если вы не израсходовали всю положенную вам ежемесячную сумму, остаток аннулируется и не переходит на следующий месяц.</p> <p>Мы покрываем такие безрецептурные (OTC) средства для поддержания здоровья и хорошей физической формы, как витамины, солнцезащитные кремы, обезболивающие средства, лекарства от кашля и простуды, перевязочные материалы.</p>	<p>Когда вы используете карточку Healthy You, вам не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Если вы превысите максимальную ежемесячную сумму, возможно, вам придется нести расходы самостоятельно.</p> <p>Могут применяться ограничения и исключения.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Безрецептурные (ОТС) товары (дополнительно)* (продолжение)</p> <p>Вы можете заказать:</p> <p>Онлайн — посетите веб-сайт NationsOTC.com/Molina.</p> <p>По телефону: звоните по номеру 877-208-9243, чтобы обратиться к консультанту по работе с клиентами Nations OTC (TTY: 711), круглосуточно и без выходных.</p> <p>По почте — заполните и отправьте нам форму заказа из каталога товаров.</p> <p>В участвующих в программе розничных магазинах.</p> <p>Полный список утвержденных планом страхования товаров, отпускаемых без рецепта, см. в каталоге товаров ОТС на 2026 год; вы также можете позвонить консультанту по вопросам безрецептурных (ОТС) товаров, чтобы получить дополнительную информацию.</p> <p>В каталоге товаров ОТС на 2026 год представлены важные сведения (инструкции по оформлению заказа).</p> <p>За подробностями обращайтесь в Отдел обслуживания.</p> <p>* Критерии участия для пациентов с хроническими заболеваниями</p>	
<p>Частичная госпитализация и интенсивная амбулаторная помощь</p> <p><i>Частичная госпитализация</i> — это структурированная программа активного психиатрического лечения, проводимого амбулаторно в больнице или местном центре психического здоровья. Такое лечение интенсивнее, чем то, которое можно получить в кабинете врача, психотерапевта, лицензированного брачного и семейного терапевта (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта. Оно используется как альтернатива госпитализации в стационарную больницу.</p> <p><i>Интенсивное амбулаторное лечение</i> — это структурированная программа активной терапии при психических (поведенческих) нарушениях. Это лечение интенсивнее, чем то, которое можно получить в кабинете врача, у психотерапевта, лицензированного брачного и семейного терапевта (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта, но менее интенсивное, чем частичная госпитализация. Проводится в амбулаторных отделениях больницы, в местных центрах психического здоровья, в медицинских центрах с федеральной аккредитацией и в сельских клиниках.</p>	<p>Для услуг частичной госпитализации, покрываемых в рамках Medicare, не предусмотрены оплата доли стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>


Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Терапевтическая или хирургическая медицинская помощь по медицинским показаниям, оказанная в кабинете врача, сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или любом другом учреждении. Может требоваться предварительное подтверждение. • Консультация, диагностика и лечение у специалиста. • Первичная проверка слуха и чувства равновесия у вашего РСР, если она назначена врачом, для того чтобы выяснить, нуждаетесь ли вы в лечении. • Некоторые виды обслуживания, предоставляемые удаленно (телемедицина), в том числе услуги первичной медицинской помощи. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Эту помощь можно получить при личном посещении медика или посредством телемедицины. Если вы решите получить ее удаленно, вам нужно обратиться к сетевому поставщику, который предоставляет услуги телемедицины. Если вы решите получить ее удаленно, вам нужно обратиться к сетевому поставщику, который предоставляет услуги телемедицины. Найти сетевого поставщика можно, посетив наш сайт SWHNY.com. ◦ Виртуальный прием у медика — это прием, который проводится вне кабинета медика или вне медицинского учреждения с помощью Интернета или других видов аудио- и видеосвязи. ◦ Примечание. Не все заболевания можно лечить посредством виртуальных приемов. Во время виртуального приема врач решит, нужно ли вам прийти к нему на очный прием. • Услуги телемедицины для проведения ежемесячных приемов в связи с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD) для пациентов, которые проходят диализ на дому. Проводятся в больничном диализном центре или в больничном центре диализа для критических ситуаций, в диализном центре или на дому. Может требоваться предварительное подтверждение. 	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>


Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения симптомов инсульта. Проводятся независимо от того, где находится больной. Может требоваться предварительное подтверждение • Услуги телемедицины для участников плана с наркотической зависимостью или связанными с ней психическими расстройствами. Проводятся независимо от того, где находится больной. Может требоваться предварительное подтверждение. • Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств, если: <ul style="list-style-type: none"> ◦ У вас был очный визит в течение 6 месяцев до первого визита в режиме телемедицины ◦ Параллельно с получением услуг телемедицины вы выполняете очные визиты каждые 12 месяцев ◦ При определенных обстоятельствах могут быть сделаны исключения • Услуги телемедицины по поводу психических нарушений, предоставляемые в сельской клинике или в медицинском центре с федеральной аккредитацией. • 5–10-минутные удаленные консультации с вашим врачом (например, по телефону или по видеосвязи) при соблюдении следующих условий: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Вы не являетесь новым пациентом и ◦ Консультация не имеет отношения к приему у врача за последние 7 дней, и ◦ В результате консультации не назначается посещение врача в течение следующих 24 часов или как можно быстрее. • Изучение видеозаписи и/или изображений, которые вы прислали своему врачу, расшифровка и меры, которые принимает ваш врач в течение 24 часов, при соблюдении следующих условий: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Вы не являетесь новым пациентом и ◦ Оценка не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней. — И — 	

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ После удаленного изучения изображений не назначается посещение врача в течение следующих 24 часов или как можно быстрее. • Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, через Интернет или электронную медицинскую карту. • Второе врачебное мнение <i>еще одного сетевого поставщика</i> перед проведением операции. • Особые виды стоматологической помощи (покрываемые услуги ограничены операциями на челюстях и связанных с ними областях, лечением переломов челюстей и лицевых костей, удалением зуба при подготовке к лучевой терапии злокачественного заболевания и помощь, которую мы покрывали бы, если бы ее оказывал обычный [не зубной] врач). Может потребоваться предварительное подтверждение. • Мониторинг состояния больного в кабинете врача или амбулаторном отделении больницы, если вы лечитесь лекарствами, снижающими свертываемость крови; это, например Кумадин (Coumadin), Гепарин (Heparin) или Варфарин (Warfarin). 	
	<p>Услуги подиатра (покрываются по программе Medicare)</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стопы (например, молоткообразного пальца или пяточной шпоры) • Обычное лечение стоп больным определенными заболеваниями, вызывающими осложнения на нижние конечности 	<p>Для этой услуги не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может потребоваться предварительное подтверждение.</p>
	<p>Доконтактная профилактика (PrEP) для защиты от ВИЧ (HIV)</p> <p>Если у вас нет ВИЧ (HIV), но ваш врач или другой практикующий медик считает, что вы подвержены повышенному риску заражения ним, мы покрываем препараты для доконтактной профилактики (PrEP) и связанные с ними услуги.</p> <p>Если вы соответствуете критериям, покрываются перечисленные ниже услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одобренный FDA пероральный или инъекционный препарат для PrEP. Если вы получаете инъекционный препарат, мы также покрываем стоимость его инъекционного введения. 	<p>За PrEP не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>



Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Доконтактная профилактика (PrEP) для защиты от ВИЧ (HIV) (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • До 8 индивидуальных сеансов консультирования (включая оценку риска ВИЧ [HIV], снижение риска ВИЧ [HIV] и соблюдение режима приема лекарств) каждые 12 месяцев. • До 8 скринингов на ВИЧ (HIV) каждые 12 месяцев. <p>Однократный скрининг на вирус гепатита В.</p>	
	<p>Обследование на рак предстательной железы</p> <p>Мужчинам в возрасте 50 лет и старше мы раз в 12 месяцев покрываем следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пальцевое ректальное исследование • Анализ на простат-специфический антиген (PSA) 	<p>За ежегодный анализ на PSA не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Протезы, ортопедические устройства и принадлежности к ним</p> <p>Устройства (кроме стоматологических), которые полностью или частично замещают орган или его часть или функцию. К их числу относятся, например, тестирование, подгонка или обучение использованию протезов и ортопедических приспособлений, а также следующие устройства: мешки для колостомы и принадлежности для ухода за колостомой, кардиостимуляторы, фиксирующие устройства, обувь для протезов, искусственные конечности и протезы груди (включая специальные бюстгалтеры для ношения после мастэктомии). Кроме того, мы покрываем некоторые принадлежности, необходимые при использовании протезов и ортопедических устройств, ремонт протезов и ортопедических устройств и их замену. Сюда входит страховое покрытие некоторых услуг после удаления катаракты или операции по поводу катаракты — см. ниже в этой таблице раздел «Офтальмологические услуги».</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Услуги легочной реабилитации</p> <p>Участникам нашего плана с хронической обструктивной болезнью легких (COPD) степени от умеренной до очень тяжелой мы покрываем комплексные программы легочной реабилитации. Требуется направление, выданное врачом, у которого участник плана лечится от хронического заболевания дыхательных путей.</p>	<p>Для этой услуги не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может потребоваться предварительное подтверждение.</p>
	<p>Обследование и консультации по поводу злоупотребления спиртным</p> <p>Взрослым участникам плана, злоупотребляющим спиртным (в том числе беременным женщинам), но не имеющим алкогольной зависимости, мы покрываем одно такое обследование.</p> <p>Если по результатам обследования признано, что вы спиртным злоупотребляете, вы можете получить до 4 кратких очных индивидуальных консультаций в год (во время консультации вы должны быть в ясном сознании). Консультации проводит ваш основной врач или другой медик в учреждении первичной медицинской помощи.</p>	<p>Для покрываемой Medicare услуги скрининга и консультирования с целью сокращения злоупотребления алкоголем не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Скрининг на рак легких с использованием низкодозовой компьютерной томографии (LDCT)</p> <p>Некоторым участникам плана, соответствующим критериям, мы каждые 12 месяцев покрываем LDCT легких.</p> <p>Участники, соответствующие критериям: люди в возрасте 50–77 лет без признаков рака легких, курящие сейчас или бросившие курить менее 15 лет назад и выкуривавшие не менее одной упаковки в день в течение 20 лет. Требуется направление на LDCT по результатам консультации по поводу обследования на рак легких и приема для совместного принятия решений, которые отвечают требованиям программы Medicare в отношении таких приемов и проводятся врачом или другим квалифицированным практикующим специалистом.</p> <p><i>Обследования на рак легких с применением LDCT после первого обследования с LDCT:</i> участникам требуется направление на LDCT-обследование на рак легких; его можно получить во время любого соответствующего приема у врача или другого квалифицированного практикующего специалиста. Если врач или другой квалифицированный практикующий специалист проводит консультацию по поводу обследования на рак легких и прием для совместного принятия решений, необходимые для последующего обследования на рак легких с помощью LDCT, эти приемы должны отвечать соответствующим требованиям программы Medicare.</p>	<p>За покрываемые Medicare консультации, приемы для совместного принятия решений и LDCT не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>


Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Скрининг на инфицирование вирусом гепатита С</p> <p>Мы покрываем один скрининг на гепатит С, если у вас есть направление от вашего основного врача или другого квалифицированного поставщика медицинских услуг и вы соответствуете одному из следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вы подвержены высокому риску, потому что употребляете или употребляли запрещенные инъекционные наркотики. • Вам делали переливание крови до 1992 года. • Вы родились в период 1945–1965 гг. <p>Если вы родились в период 1945–1965 гг. и не относитесь к группе высокого риска, мы оплачиваем скрининг один раз. Если вы подвержены высокому риску (например, продолжали употреблять запрещенные инъекционные наркотики после предыдущего отрицательного скринингового теста на гепатит С), мы покрываем ежегодный скрининг.</p>	<p>За скрининг на вирус гепатита С, покрываемый по программе Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Обследование на заболевания, передающиеся половым путем (sexually transmitted infections, STI), и консультации по профилактике таких заболеваний</p> <p>Мы покрываем профилактические обследования на STI: хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В. Это страховое покрытие предоставляется беременным женщинам и людям из группы риска. Направление на анализы STI должен дать ваш основной врач. Мы покрываем эти анализы один раз каждые 12 месяцев и в определенные периоды беременности.</p> <p>Кроме того, взрослым, ведущим активную половую жизнь и подвергающимся повышенному риску STI, мы покрываем до 2-х очных индивидуальных интенсивных психологических консультаций длительностью от 20 до 30 минут. Такие консультации мы покрываем, только если они проводятся основным врачом и в учреждении первичной медицинской помощи, например в кабинете врача.</p>	<p>За скрининг на STI и консультации по поводу STI, покрываемые по программе Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Услуги по лечению болезней почек</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги медицинского просвещения клиентов с болезнями почек: обучение тому, как надо себя вести и как принимать информированное решение о лечении. Если у участников IV стадия хронической болезни почек, мы покрываем до 6-ти просветительских консультаций по поводу болезни почек за всю их жизнь (при наличии направления от врача) 	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Диализ в стационаре</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Услуги по лечению болезней почек (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторный диализ (включая диализ у не сотрудничающих с нами диализных центров, когда вы временно находитесь вне зоны обслуживания или когда ваш диализный центр временно недоступен, см. в главе 3 этого справочника) Диализ в стационаре, если вы поступаете в стационар для специализированного лечения Обучение самостоятельному диализу (обучаем вас и тех, кто помогает вам проводить диализ на дому) Оборудование и принадлежности для диализа на дому Определенные виды помощи на дому (такие как проверка правильности проведения диализа на дому квалифицированным специалистом [если есть необходимость], помощь в экстренных ситуациях, проверка состояния диализного оборудования и доставки воды) <p>Определенные препараты для диализа покрываются по условиям Medicare Part B. Информацию о покрытии лекарств по условиям Части В см. в разделе Препараты, покрываемые программой Medicare Part B в этой таблице.</p>	<ul style="list-style-type: none"> (См. в этой таблице раздел «Стационарное лечение в больнице».) <p>Оборудование и принадлежности для диализа на дому</p> <ul style="list-style-type: none"> См. в этой таблице раздел «Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие расходные материалы». <p>Помощь на дому</p> <ul style="list-style-type: none"> (См. в этой таблице раздел «Услуги агентств медицинской помощи на дому».) <p>Лекарства для диализа, покрываемые по программе Medicare Part B</p> <ul style="list-style-type: none"> См. в этой таблице раздел «Рецептурные лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare Part B».
<p>Обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода (SNF)</p> <p>(Определение учреждения квалифицированного сестринского ухода приведено в главе 12. По-английски центр квалифицированного сестринского ухода называется Skilled Nursing Facility, или SNF.)</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> Двухместная палата (или отдельная, если для этого есть медицинские показания) 	<p>Для этой услуги не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p> <p>Ваш врач должен предупредить нас о том, что вас положат в центр квалифицированного</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода (SNF) (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Питание, включая специальные диеты • Услуги квалифицированного сестринского ухода • Физиотерапия, трудотерапия и речевая терапия • Лекарства, лечение которыми входит в план лечения (включая вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови) • Кровь, включая хранение и переливание. Страховое покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой пинты крови. Первые в календарном году 3 пинты вы должны оплатить самостоятельно. Кроме того, вы можете попросить кого-нибудь стать бесплатным донором этих трех пинт. Переливание всех прочих препаратов крови покрывается начиная с первой использованной пинты. • Терапевтические и хирургические принадлежности, которые обычно применяются в SNF • Лабораторные анализы, которые обычно делают в SNF • Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые обычно проводятся в SNF • Оборудование, которое обычно используется в SNF (например, инвалидные коляски) • Услуги врача / медицинского специалиста <p>Обычно вы можете пользоваться услугами тех учреждений SNF, которые сотрудничают с нашим планом. При определенных условиях, которые указаны ниже, вы можете оплачивать такую же долю финансирования расходов, как и в учреждениях, входящих в нашу сеть. Для этого такое учреждение должно принимать расценки нашего плана.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Это центр сестринского ухода или дом престарелых с комплексным уходом (continuing care retirement community), в котором вы жили непосредственно перед поступлением в больницу (при условии, что в нем осуществляется квалифицированный сестринский уход) • Это SNF, в котором живет ваш(-а) супруг(-а) или партнер(-ша) в то время, когда вас выписывают из больницы 	<p>сестринского ухода (SNF). В экстренных ситуациях этого не требуется. Предварительная госпитализация не требуется.</p>
	<p>Лечение табачной зависимости (консультации по отказу от курения и употребления табака)</p> <p>Консультации по отказу от курения и употребления табака покрываются для амбулаторных и госпитализированных пациентов, которые отвечают таким критериям:</p>	<p>За покрываемые Medicare профилактические услуги отказа от курения и употребления табака не нужно платить долю</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Лечение табачной зависимости (консультации по отказу от курения и употребления табака) (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Употребляют табачные изделия независимо от того, проявляются ли у них признаки или симптомы заболеваний, связанных с курением • Проявляют компетентность и внимательность в процессе консультаций • Консультации предоставляет квалифицированный врач или другой практикующий специалист, признанный Medicare <p>Мы покрываем 2 попытки прекращения курения в год (каждая попытка может включать не более 4 сеансов умеренной или высокой интенсивности, при этом пациент получает до 8 сеансов в год).</p>	<p>стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p>Услуги по прекращению курения и употребления табака (дополнительно)*</p> <p>Если вы хотите бросить курить, поговорите об этом со своим основным врачом или позвоните в наш отдел медицинского просвещения (Health Education Department).</p> <p>Помимо помощи при отказе от курения и употребления табака, покрываемой по программе Medicare, план покрывает 8 дополнительных консультаций, которые помогают бросить курить и употреблять табачные изделия, каждый календарный год.</p> <p>План покрывает эти консультации, только после того как вы полностью использовали помощь, покрываемую по программе Medicare.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p>Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями</p> <p>Если у вас диагностировано одно из следующих хронических заболеваний и вы отвечаете определенным критериям, то можете иметь право на специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аутоиммунные заболевания. • Сердечно-сосудистые заболевания • Хроническая сердечная недостаточность • Деменция • Сахарный диабет • Хронические заболевания легких 	<p>При использовании карты Healthy You не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может требоваться участие в программе координации обслуживания. Кроме того, участнику нужно получить подписанное согласие врача на проведение теста при условии отсутствия</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хроническая почечная недостаточность (CKD) • Хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ (SUD) • Рак • Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром • Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта • Тяжелые заболевания крови • ВИЧ/СПИД (HIV/AIDS) • Хронические и инвалидизирующие психические заболевания • Неврологические расстройства • Инсульт • Состояние после трансплантации органов • Иммунодефицит и иммунодепрессивные расстройства • Состояния, связанные с когнитивными нарушениями • Состояния, сопровождающиеся функциональными нарушениями • Хронические состояния, которые ухудшают зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние • Состояния, которые требуют длительной терапии для поддержки или восстановления функциональных возможностей пациента <p>Мы поможем вам получить покрытие этого обслуживания. Попросить о таком обслуживании или узнать подробности можно в нашем Отделе обслуживания или у своего координатора медицинских услуг.</p> <p>Примечание. Запрашивая это обслуживание, вы разрешаете представителям плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) обращаться к вам по телефону, по почте или иными способами связи, которые в явном виде указаны в заполненном бланке заявки.</p> <p>После того как это обслуживание утверждено, мы ежемесячно переводим на вашу карточку Healthy You пособие в совокупном размере до \$285. Эти деньги вы можете расходовать на специальное дополнительное обслуживание хронически больных (SSBCI). Неизрасходованные к концу месяца денежные средства не переносятся на следующий месяц.</p> <p>Пища и продукты питания*</p>	<p>архивной медицинской информации.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями (продолжение)</p> <p>Участники программы с хроническим заболеванием из приведенного выше перечня также имеют право на покрытие затрат на пищу и продукты питания за счет средств, поступающих на карту Healthy You. На вашу карту Healthy You будет автоматически поступать сумма не более \$285 в месяц, которая объединяется с пособием на оплату товаров ОТС, слуховых аппаратов ОТС, транспортировки в утвержденные планом места, транспортировки для немедицинских нужд, а также на покрытие счетов за коммунальные услуги* (электричество, газ и вода).</p> <p>Вы можете использовать денежную компенсацию на вашей карте Healthy You для приобретения различных фирменных и не имеющих торговой марки продуктов для здорового питания в ближайшем участвующем в программе магазине либо онлайн с доставкой на дом без дополнительных расходов на веб-сайте SWHMA.com.</p> <p>Неизрасходованные к концу месяца денежные средства не переносятся на следующий месяц.</p> <p>Транспортировка для немедицинских потребностей</p> <p>Вы можете использовать карту Healthy You для оплаты поездок для немедицинских нужд в одобренные места, такие как фитнес-центры, пункты раздачи продуктов питания, продуктовые магазины, аптеки для приобретения безрецептурных (ОТС) товаров, места оказания религиозных услуг и центры для пожилых людей. Дополнительную информацию см. в разделе о предварительно пополненной дебетовой карте Healthy You.</p> <p>Коммунальные услуги*</p> <p>Участники должны пройти оценку, которая определит, имеют ли они право на покрытие счетов за коммунальные услуги (электричество и природный газ, вода).</p> <p>На вашу карту Healthy You будет автоматически поступать сумма не более \$285 в месяц, которая объединяется с пособием на оплату товаров ОТС, слуховых аппаратов ОТС, продуктов питания и свежих растительных продуктов*, транспортировки в утвержденные планом места, а также транспортировки для немедицинских нужд.</p> <p>* Критерии участия для пациентов с хроническими заболеваниями</p>	


Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Лечебная физкультура под наблюдением (SET)</p> <p>Лечебную физкультуру под наблюдением SET мы покрываем участникам плана с симптоматическим заболеванием периферических артерий (Peripheral Artery Disease, PAD).</p> <p>Если требования программы SET соблюдаются, то мы покрываем до 36 сеансов за 12 недель.</p> <p>Программа лечебной физкультуры под наблюдением (SET):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Состоит из 30–60-минутных занятий, включающих обучение физическим упражнениям для лечения PAD у больных с мышечными болями сосудистого происхождения • Проводится в амбулаторном отделении больницы или в кабинете врача • Проводится квалифицированным специалистом, который следит за тем, чтобы польза превышала вред, и который обучен лечебной физкультуре при PAD • Проводится под непосредственным наблюдением врача, помощника врача, фельдшера (практикующей медсестры) или клинической медсестры-специалиста. Этот врач / медик должен владеть базовыми и специальными приемами реанимации <p>Мы можем покрыть более 36 занятий SET за 12 недель, если поставщик медицинских услуг считает это нужным. Мы можем покрыть дополнительные 36 занятий за более продолжительный период.</p>	<p>Для участников, имеющих право на эту услугу, не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>
<p>Неэкстренные транспортные услуги (дополнительно)</p> <p>На поездки по медицинским надобностям вы можете тратить по \$285 в месяц (это совокупное пособие), пользуясь средствами, переведенными на вашу карточку Healthy You. Эта сумма не рассчитана на какое-то конкретное количество поездок. Ее можно использовать для оплаты услуг неэкстренной транспортировки в пределах ограничения по объему покрытия.</p> <p>Эта сумма объединяется с ежемесячным пособием на оплату товаров ОТС, слуховых аппаратов ОТС, продуктов питания и свежих растительных продуктов*, транспортировки в утвержденные планом места, а также на покрытие счетов за коммунальные услуги.</p> <p>Если вы не израсходовали всю положенную вам ежемесячную сумму, остаток аннулируется и не переходит на следующий месяц.</p>	<p>При использовании карты Healthy You для оплаты таких услуг не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Если вы превысите максимальную ежегодную сумму, возможно, вам придется нести расходы самостоятельно.</p> <p>Могут применяться ограничения и исключения. Если вам требуется экстренная</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p>Неэкстренные транспортные услуги (дополнительно) (продолжение)</p> <p>Вы можете использовать предоплаченную карту Healthy You для оплаты поездок в приложениях для вызова такси, службах такси или на других видах неэкстренного транспорта, например, покупать билеты на автобус, карточки для проезда в железнодорожном и другом общественном транспорте. Участникам рекомендуется максимально использовать количество поездок, доступных в рамках этой покрываемой услуги. Если вы часто посещаете определенные места, например, диализный центр или центр физиотерапии, узнайте в предоставляющем услуги учреждении, есть ли возможность более экономичной транспортировки, прежде чем заказывать услуги через приложение для заказа такси или транспортную службу.</p> <p>* Критерии участия для пациентов с хроническими заболеваниями</p>	<p>помощь, наберите 911 и попросите вызвать скорую помощь.</p> <p>Узнать больше об экстренной транспортировке можно в разделе «Услуги скорой помощи» этой таблицы.</p>
<p>Неотложная помощь</p> <p>Услуги срочного характера, покрываемые планом, т. е. услуги, требующие незамедлительной медицинской помощи, но не являющиеся экстренными, считаются услугами неотложной помощи, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана либо, даже если вы находитесь в зоне обслуживания нашего плана, с учетом вашего времени, места и обстоятельств получать эти услуги у сетевых поставщиков, с которыми у плана есть договор, нецелесообразно. Наш план должен покрывать услуги неотложной помощи и взимать с вас только такую же часть софинансирования расходов, как если бы вы обслуживались у сетевых поставщиков. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Плановые посещения поставщика услуг по медицинским показаниям (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания нашего плана или временно не можете обратиться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Офтальмологические услуги (покрываются по программе Medicare)</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторная врачебная помощь для диагностики и лечения заболеваний и травм глаза, в том числе лечение возрастной макулодистрофии. Программа Original Medicare не покрывает обычные проверки зрения, необходимые для подбора очков и контактных линз. • Для людей с высоким риском развития глаукомы мы оплачиваем один скрининг (профилактическое обследование) на глаукому ежегодно. Группы высокого риска: глаукома у родственников; диабетики; афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше, латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше. • Людям с диабетом мы раз в год покрываем профилактическое обследование на диабетическую ретинопатию. • Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, предусматривающей введение интраокулярных линз. Если вы перенесли 2 отдельные операции по удалению катаракты, вы не можете зарезервировать эту покрываемую услугу на будущее после первой операции и приобрести 2 пары очков после второй. <p>Офтальмологические услуги (дополнительно)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одна плановая проверка зрения каждый календарный год • Очки или контактные линзы не более чем за \$350 каждый год <p>Покрываемые услуги по программе Medicaid включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обслуживание у специалистов по проверке и коррекции зрения (оптометристов), офтальмологов и в магазинах очков / контактных линз, в том числе очки и контактные линзы по медицинским показаниям, поликарбонатные линзы, глазные протезы (стандартные или на заказ), другие товары и услуги для слабовидящих. Кроме того, план оплачивает ремонт и замену частей. <p>Осмотры для диагностики и лечения дефектов зрения и/или глазных болезней. Проверки зрения (проверку рефракции) план покрывает один раз каждые 2 года или чаще, если есть медицинские показания. Вам нужно обращаться к сетевому поставщику. Найти его можно в нашем Каталоге поставщиков услуг и аптек или позвонив в наш Отдел обслуживания — вам пришлют список.</p>	<p>Для участников, имеющих право на эту услугу, не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>На покрытие очков или контактных линз может потребоваться предварительное подтверждение.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	<p>Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare»</p> <p>Наш план покрывает один профилактический визит <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i> (Welcome to Medicare). Когда вы придете к врачу, он оценит состояние вашего здоровья, скажет, какая профилактическая помощь нужна (в том числе профилактические обследования и прививки), и при необходимости даст направления к другим врачам.</p> <ul style="list-style-type: none"> Важно! Профилактический визит <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i> покрывается только в течение первых 12 месяцев после получения вами покрытия по условиям Medicare Part B. При записи на прием обязательно укажите, что хотите запланировать профилактический визит <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i>. 	<p>За профилактический визит <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i> (Welcome to Medicare) не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
	<p>Страховое покрытие экстренной медицинской помощи за рубежом (дополнительно)*</p> <p>В качестве дополнительной услуги ваше страховое покрытие включает покрытие экстренной помощи за рубежом (за пределами США) в размере до \$10,000 каждый календарный год.</p> <p>Эта сумма предназначена только для страхового покрытия помощи, которая в США классифицировалась бы как экстренная помощь. Покрытие за рубежом включает экстренную помощь и уход после стабилизации состояния.</p> <p>В такой ситуации мы просим, чтобы вы или человек, который за вами ухаживает, нам позвонили. Мы постараемся перевести вас к сетевому поставщику для получения ухода, как только позволят ваше заболевание и обстоятельства.</p> <p>Мы не покрываем транспортировку из другой страны обратно в США. Мы не покрываем обычную и плановую медицинскую помощь.</p> <p>Иностранные налоги и сборы (например, комиссию за конвертацию валюты и операционные сборы) план не покрывает.</p> <p>США означает 50 штатов, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island и American Samoa.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Если вы получили экстренную помощь за пределами США и после стабилизации вашего экстренного состояния нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны вернуться в больницу, входящую в сеть, чтобы ваше лечение было покрыто, ИЛИ получить разрешение со стороны плана на прохождение стационарного лечения в больнице, не входящей в сеть.</p>

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

	Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Страхование покрытие экстренной медицинской помощи за рубежом (дополнительно)* (продолжение)	<p>Ваши собственные расходы в этом случае будут равны сумме софинансирования расходов, которую вы заплатили бы в больнице, входящей в сеть.</p> <p>Установлена максимальная сумма покрытия.</p> <p>Возможно, вам придется оплатить полученную помощь самостоятельно. В этом случае попросите нас возместить ваши расходы на экстренную / срочную медицинскую помощь, полученную за пределами США.</p> <p>Для этого вида помощи максимальная сумма покрытия по нашему плану составляет \$10,000 за календарный год.</p>

РАЗДЕЛ 3 Обслуживание, покрываемое помимо предусмотренного планом Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

План Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP) не покрывает указанные здесь услуги, но их покрывает программа Medicaid:

- Непосредственное обращение к специалистам по планированию семьи, не сотрудничающим с нашим планом.
- Разрешенное законодательством штата страховое покрытие лекарств по программе Medicaid (покрывает некоторые типы лекарств, которые исключены из страхового покрытия по программе Medicare Part D).
- Программы поддерживающей метадоновой терапии.
- Услуги по реабилитации для людей, проживающих в домах для совместного проживания (Community Residence, CR), лицензированных управлением психического здоровья штата (OMH), и тех, кто включен в программы лечения с участием семьи (Family Based Treatment Program).

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

- Помощь Управления по делам лиц с нарушениями развития (Office for People With Developmental Disability).
- Комплексная координация обслуживания, покрываемого по программе Medicaid.
- Лечение туберкулеза под непосредственным наблюдением медицинского персонала (Directly Observed Therapy, DOT).

РАЗДЕЛ 4 Обслуживание, которое план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ИЛИ программа Medicaid не покрывает

В этом разделе говорится о том, какое обслуживание исключено из страхового покрытия.

В таблице ниже приведены услуги и товары, которые ни наш план, ни Medicaid не покрывает ни при каких обстоятельствах, и те, которые Medicaid покрывает только при определенных условиях.

Если вы получаете обслуживание, которое исключено из страхового покрытия, оплачивать его должны вы сами (за исключением особых обстоятельств, указанных ниже). Обслуживание, исключенное из страхового покрытия, наш план не покрывает, даже если вы получили его в отделении экстренной помощи. В то же время мы покрываем медицинские услуги, исключенные из страхового покрытия, если по результатам рассмотрения апелляции было признано, что мы должны их покрывать в вашей конкретной ситуации. (Сведения о том, как подавать апелляцию на наше решение об отказе в страховом покрытии медицинской услуги, см. в главе 9, раздел 6.3.)

Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare	Покрывается только в особых ситуациях
Иглоукалывание	Доступно для людей с хронической болью в пояснице при определенных обстоятельствах.
Косметические операции и процедуры	Покрывается, если это требуется после несчастного случая или для улучшения работы деформированной части тела. Покрываются все этапы восстановления груди после мастэктомии и придание симметричного вида естественной и искусственной грудям.
Помощь немедицинского характера при совершении повседневных действий Это персональный уход, который не требует постоянного внимания со стороны квалифицированного медицинского или парамедицинского персонала, например помощь при совершении повседневных	Не покрывается никогда

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare	Покрывается только в особых ситуациях
действий (мытьё, одевание и т. п.).	
<p>Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарства</p> <p>Экспериментальными являются процедуры и приспособления, которые Original Medicare определяет как еще не признанные врачебным сообществом.</p>	<p>Покрытие может предоставляться по программе Original Medicare, если процедуры, приспособления или лекарства включены в протокол клинического исследования, утвержденного Medicare или нашим планом.</p> <p>(Подробнее о клинических исследованиях см. в разделе 5 главы 3.)</p>
<p>Плата за обслуживание, взимаемая вашими близкими родственниками или членами семьи</p>	Не покрывается никогда
<p>Постоянный сестринский уход на дому</p>	Не покрывается никогда
<p>Доставка питания на дом</p>	Не покрывается никогда
<p>Услуги домработницы, т. е. простое ведение хозяйства, в том числе легкая уборка и приготовление пищи</p>	Не покрывается никогда
<p>Услуги натуропата (использование естественных или альтернативных методов лечения)</p>	Не покрывается никогда
<p>Ортопедическая обувь и поддерживающие устройства для стоп</p>	Обувь, являющаяся частью ортопедического аппарата и включенная в его стоимость. Ортопедическая и лечебная обувь людям с диабетической стопой Ортопедическая обувь может покрываться по программе Medicaid
<p>Личные вещи в вашей палате в больнице или комнате в центре квалифицированного сестринского ухода, например телефон или телевизор</p>	Не покрывается никогда
<p>Отдельная палата в больнице</p>	Покрывается, если для этого есть медицинские показания
<p>Восстановление фертильности после стерилизации и/или</p>	Не покрывается никогда

Глава 4: Таблица покрываемого обслуживания (что покрывается планом)

Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare	Покрывается только в особых ситуациях
безрецептурные средства контрацепции	
Плановая помощь мануального терапевта	Покрывается мануальное лечение подвывиха позвонка.
Плановое стоматологическое обслуживание, например чистка зубного камня, пломбы и зубные протезы	Не покрывается никогда Дополнительную информацию см. в таблице покрываемого обслуживания по программе Medi-Cal.
Плановые проверки зрения, очки, радиальная кератотомия, операция LASIK и другие средства коррекции зрения	Не покрывается никогда Дополнительную информацию см. в таблице покрываемого обслуживания по программе Medi-Cal.
Плановый уход за ступнями	Ограниченно покрывается помощь, оказываемая в соответствии с рекомендациями программы Medicare (например, при диабете). Дополнительную информацию см. в таблице покрываемого обслуживания по программе Medi-Cal.
Плановые проверки слуха, слуховые аппараты или обследования для подгонки слуховых аппаратов	Тестирование и обследования, оценка слуховых аппаратов и рецепты на них (по медицинским показаниям), покрываемые по программе Medicaid. Дополнительную информацию см. в таблице покрываемого обслуживания по программе Medi-Cal.
Обслуживание, которое признано необоснованным и не имеющим показаний в соответствии со стандартами программы Original Medicare	Не покрывается никогда

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

ГЛАВА 5:**Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D****Как узнать, сколько вам нужно платить за ваши лекарственные препараты?**

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право на участие и участвуете в программе дополнительной помощи Extra Help от Medicare, которая помогает оплачивать расходы по плану, покрывающему лекарства по рецепту. Поскольку вы включены в программу дополнительной помощи Extra Help, **часть содержащейся в этом Справочнике участника плана информации о ваших расходах на рецептурные лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D, не имеет к вам отношения.** Мы отправили вам отдельный документ под названием «Дополнение к Справочнику участника плана для лиц, получающих “Дополнительную помощь” (Extra Help) для оплаты рецептурных лекарственных препаратов» (другое название — «Дополнение о субсидии для лиц с низким доходом» или «Дополнение LIS»), в котором рассказывается о вашем покрытии лекарственных препаратов. Если у вас нет этого дополнения, обратитесь в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (пользователям ТТТ следует звонить по номеру 711) и попросите предоставить вам *Дополнение LIS*.

(Номера телефонов нашего Отдела обслуживания напечатаны на задней обложке этого документа.)

РАЗДЕЛ 1 Основные правила нашего плана, регулирующие покрытие лекарственных препаратов по условиям Части D

О страховом покрытии лекарств по программе Medicare Part B и лекарств для хосписной помощи можно узнать в Таблице покрываемого обслуживания в главе 4.

Помимо лекарств, покрываемых по программе Medicare, некоторые рецептурные лекарственные препараты покрывает программа Medicaid.

За подробностями о покрытии лекарственных препаратов по программе Medicaid, обращайтесь в наш Отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

Наш план обычно покрывает ваши лекарства, если вы соблюдаете эти правила:

- Поставщик услуг (например, врач, стоматолог или другой медик, назначающий лекарства) должен выписать вам рецепт, действительный в соответствии с законодательством штата.
- Врач, выписывающий вам рецепт, не должен быть включен в списки врачей, не имеющих права получать страховое покрытие по программе Medicare.
- Как правило, вы должны получать рецептурные лекарственные препараты в сетевой аптеке (см. раздел 2). Также вы можете получить рецептурный препарат через службу заказа с доставкой по почте нашего плана.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

- Ваше лекарство должно входить в Список лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом (см. раздел 3).
- Для того чтобы мы покрывали лекарство, оно должно применяться по установленным для него показаниям. «По утвержденным медицинским показаниям» означает, что такое применение лекарства либо утверждено FDA, либо рекомендовано в определенных справочниках. (Подробные сведения о применении лекарств по установленным медицинским показаниям см. в разделе 3.)
- Для покрытия вашего лекарственного препарата может потребоваться предварительное разрешение от нашего плана на основании определенных критериев. (Подробную информацию см. в разделе 4)

РАЗДЕЛ 2 Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или через действующую в нашем плане службу заказа с доставкой по почте

В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные лекарственные препараты, *только* если они приобретены в сетевых аптеках. (Условия, при которых мы покрываем рецептурные лекарственные препараты, приобретенные во внесетевых аптеках, см. в разделе 2.5.)

Сетевая аптека — это аптека, которая заключила договор с планом на предоставление покрываемых препаратов. Покрываемые лекарственные препараты — это лекарства, содержащиеся в Списке лекарственных препаратов, которые наш план покрывает согласно Части D.

Раздел 2.1 Сетевые аптеки

Поиск сетевой аптеки в вашем районе

Найти сетевую аптеку можно в *Каталоге поставщиков услуг и аптек*, на нашем сайте (SWHNY.com) и/или позвонив в наш Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

Вы можете обратиться в любую сетевую аптеку.

Что делать в случае выхода аптеки из сети

Если аптека, в которой вы получали обслуживание, выйдет из сети, вам придется найти новую аптеку, входящую в сеть. Чтобы найти другую аптеку в вашем районе, обратитесь в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711) или воспользуйтесь *Каталогом поставщиков услуг и аптек*. Кроме того, эта информация есть на нашем сайте SWHNY.com.

Специализированные аптеки

Некоторые рецептурные лекарственные препараты нужно получать в специализированных аптеках. К ним относятся:

- Аптеки, где можно получить лекарства для инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, которые поставляют лекарства для людей, проживающих в учреждениях длительного обслуживания (LTC). Обычно в учреждении LTC (это может быть, например, центр сестринского ухода) есть своя аптека. Если у вас возникнут трудности с получением препаратов Части D в учреждении LTC, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

- Аптеки, работающие со Службой здравоохранения коренных народов Америки (Indian Health Service) либо медицинской программой племенного / городского уровня для коренных народов Америки (недоступно в Пуэрто-Рико). За исключением экстренных ситуаций, только коренные индейцы и жители Alaska могут обращаться в эти аптеки нашей сети.
- Аптеки, выдающие лекарства, которые FDA разрешает применять только в определенных регионах, или требующие специального обращения, координации со стороны поставщика или специального обучения тому, как их следует применять. Для того чтобы найти специализированную аптеку, воспользуйтесь нашим *Каталогом поставщиков услуг и аптек* SWHNY.com или позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании TTY звоните по номеру 711).

Раздел 2.2 Использование службы заказов с доставкой по почте нашего плана

Для некоторых видов лекарств вы можете воспользоваться услугами сетевой службы доставки препаратов по почте в рамках плана. Лекарства, которые можно заказать с доставкой по почте, — это обычно те лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания. Лекарства, которые в нашем плане нельзя заказать по почте, помечены в нашем Списке лекарственных препаратов буквами NM (No Mail Order).

В нашем плане с доставкой по почте можно заказывать **не более чем 100-дневный запас лекарства**.

Для того чтобы получить формы заказа и информацию о получении по почте рецептурных лекарственных препаратов, обратитесь в Отдел обслуживания или воспользуйтесь нашим сайтом SWHNY.com.

Заказанное с доставкой по почте лекарство вам обычно присылают не позднее чем через 14 дней. Если лекарство вам нужно срочно или доставка затягивается, позвоните в наш Отдел обслуживания. Вам помогут получить временный запас рецептурного лекарства.

Новые рецепты аптека получает непосредственно от врача.

Получив рецепт от вашего поставщика медицинских услуг, аптека связывается с вами и выясняет, хотите ли вы получить это лекарство сразу или через некоторое время. Обязательно отвечайте на звонки из аптеки, чтобы ее сотрудники знали, что делать с новым рецептом: отправить препараты вам, отложить или отменить доставку.

Повторное получение лекарства по рецепту через заказ с доставкой по почте. Для того чтобы вам автоматически присылали лекарства по тому же рецепту, вы можете воспользоваться программой автоматического повторного получения лекарств по прежнему рецепту. В рамках этой программы мы автоматически начнем готовить к доставке ваш следующий запас лекарств, когда, согласно нашим расчетам, запас вашего препарата будет подходить к концу. Аптека свяжется с вами перед отправкой каждого пополнения, чтобы подтвердить необходимость в лекарстве, и вы сможете его отменить, если у вас еще достаточно лекарства или если вам назначили другой препарат.

Если вы не хотите пользоваться программой автоматического пополнения запаса лекарств по тому же рецепту, но хотели бы получить препараты по почте, свяжитесь с аптекой за 14 дней до того, как закончится ваш запас рецептурного лекарства. Это позволит вам получить лекарство вовремя.

Для того чтобы отказаться от нашей программы заказа с доставкой по почте для автоматического повторного получения лекарств по прежнему рецепту, позвоните в Отдел обслуживания или посетите наш сайт SWHNY.com.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

Если вы получите по почте пополнение, которое вам не нужно, вы можете рассчитывать на возврат средств.

Раздел 2.3 Как получить долгосрочный запас лекарств

В нашем плане приобретать долгосрочный (то есть увеличенный) запас лекарств для поддерживающего лечения можно двумя способами, если эти лекарства включены в наш Список лекарственных препаратов. (Лекарства для поддерживающего лечения — это лекарства, которые вы постоянно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания.)

1. В некоторых сотрудничающих с планом аптеках можно приобрести запас таких лекарств, достаточный для длительного приема. В *Каталоге поставщиков услуг и аптек SWHNY.com* указано, какие аптеки нашей сети могут выдать вам долгосрочный запас лекарств для поддерживающего лечения. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711).
2. Кроме того, лекарства для поддерживающего лечения можно получать через нашу программу заказа с доставкой по почте. Подробные сведения см. в разделе 2.3.

Раздел 2.4 Получение лекарств в аптеке, которая не входит в сеть плана

Обычно мы покрываем лекарственные препараты, полученные во внесетевых аптеках, *только* если вы не можете обратиться в сетевую аптеку. У нас также есть сетевые аптеки за пределами нашей зоны обслуживания, где вы можете получать рецептурные лекарственные препараты, являясь участником нашего плана. **Вначале свяжитесь с нашим Отделом обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711)** и выясните, нет ли поблизости от вас сетевой аптеки.

Мы покрываем рецептурные лекарственные препараты, полученные во внесетевых аптеках, только в таких случаях:

- Если рецептурный препарат выдан в связи с оказанием неотложной помощи
- Если рецептурные препараты нужны для оказания помощи при экстренном состоянии
- Покрытие ограничено 31-дневным запасом лекарства, если только рецепт не выписан на меньшее количество дней.

Если вам пришлось воспользоваться услугами аптеки, не входящей в сеть, вы, как правило, должны будете оплатить полную стоимость (а не только свою обычную долю расходов) при получении препарата по рецепту. Вы можете попросить, чтобы мы возместили вам расходы на лекарство в размере покрываемой нами части его стоимости. (Сведения о том, как попросить наш план о возмещении ваших расходов, см. в разделе 2 главы 7.) От вас могут потребовать оплатить разницу между суммой, которую вы платите за лекарство во внесетевой аптеке, и стоимостью, которую мы покрыли бы в сетевой аптеке.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

РАЗДЕЛ 3 Вхождение лекарств в список лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом

Раздел 3.1 В Списке лекарственных препаратов приведены препараты, покрываемые по программе Часть D

В нашем плане предусмотрен *Перечень покрываемых лекарственных препаратов* (Фармакологический справочник). В этом *Справочнике участника плана* мы **называем его Списком лекарственных препаратов**.

Составлять этот перечень препаратов плану помогали врачи и фармацевты. Он отвечает требованиям программы Medicare и был ею утвержден.

Список лекарственных препаратов содержит только лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare Part D. Помимо лекарств, покрываемых по программе Medicare, некоторые рецептурные лекарственные препараты покрывает программа Medicaid. За подробностями о покрытии лекарственных препаратов по программе Medicaid вам следует обратиться в отделение программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

Если вы соблюдаете приведенные в этой главе правила получения страхового покрытия и если лекарства вы применяете по утвержденным для них медицинским показаниям, то мы обычно покрываем лекарства из Списка лекарственных препаратов нашего плана. «По утвержденным медицинским показаниям» означает, что это применение лекарства *соответствует одному из таких условий*:

- Одобрено FDA для лечения диагноза или заболевания, в связи с которым оно назначается.
- Рекомендовано определенными справочниками. К таким справочникам относятся Фармацевтический справочник для американских больниц (American Hospital Formulary Service Drug Information), информационная система Micromedex DRUGDEX и т. п.

В Список лекарственных препаратов входят фирменные препараты, непатентованные препараты (дженерики) и биопрепараты (в том числе биоаналоги).

Фирменный препарат — это рецептурный лекарственный препарат, который продается под товарным знаком, принадлежащим его производителю. Биологические препараты — это лекарства, которые являются более сложными, чем обычные препараты. В Списке лекарственных препаратов термин «препараты» может означать как лекарство, так и биологический препарат.

Непатентованные рецептурные лекарственные препараты (дженерики) содержат те же активные компоненты, что и фирменные препараты. У биологических препаратов есть альтернативные аналоги, которые называются биоаналогами. Как правило, дженерики и биоаналоги действуют так же, как и фирменные препараты и оригинальные биопрепараты, но стоят дешевле. Аналоги-дженерики существуют для многих фирменных препаратов, а для некоторых оригинальных биопрепаратов существуют биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми и, в зависимости от законодательства штата, могут быть выданы вместо оригинального биологического препарата в аптеке без необходимости получения нового рецепта — так же, как дженерики могут быть выданы вместо фирменных препаратов.

Определения типов лекарств, которые могут быть включены в Список лекарственных препаратов, см. в главе 12.

Безрецептурные препараты

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

Наш план также покрывает некоторые безрецептурные препараты. Некоторые безрецептурные препараты также эффективны, как и рецептурные лекарственные препараты, но стоят дешевле. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711).

Препараты, не представленные в Списке лекарственных препаратов

Наш план покрывает не все рецептурные лекарственные препараты.

- Иногда законы не позволяют плану, действующему по программе Medicare, покрывать определенные лекарства. (Дополнительную информацию см. в разделе 7.)
- Некоторые лекарства мы сами решили не включать в наш Список лекарственных препаратов.
- Иногда вы можете получить страховое покрытие лекарства, не входящего в наш Список лекарственных препаратов. (Дополнительную информацию см. в главе 9.)

Раздел 3.2 Шесть (6) уровней софинансирования расходов на препараты, включенные в список лекарственных препаратов

Каждый препарат из Списка лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом страхования, относится к одному из 6 (шести) уровней софинансирования расходов. Как правило, чем выше уровень софинансирования, тем выше ваши расходы на лекарства.

- Уровень 1 — приоритетные непатентованные препараты
- Уровень 2 — непатентованные лекарственные препараты
- Уровень 3 — приоритетные фирменные препараты
- Уровень 4 — неприоритетные лекарственные препараты
- Уровень 5 — специализированные лекарственные препараты
- Уровень 6 — лекарственные препараты для лечения определенных заболеваний

Чтобы определить, к какому уровню софинансирования расходов относится ваш препарат, найдите его в Списке лекарственных препаратов нашего плана. Сумма, которую вы платите за препараты на каждом уровне софинансирования расходов, указана в главе 6.

Раздел 3.3 Как выяснить, включен ли конкретный препарат в Список лекарственных препаратов

Чтобы выяснить, включен ли препарат в наш Список лекарственных препаратов, вы можете выполнить приведенные ниже действия:

- Воспользоваться актуальной версией Списка лекарственных препаратов (в электронном виде).
- Посетить сайт нашего плана (SWHNY.com). На сайте размещена актуальная версия Списка лекарственных препаратов.
- Позвонить в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711), чтобы выяснить, есть ли конкретное лекарство в Списке лекарственных препаратов нашего плана, или заказать печатный экземпляр Списка.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

- Воспользуйтесь инструментом Real Time Benefit Tool (Caremark.com) или позвоните в Отдел обслуживания. С его помощью вы можете найти в Списке лекарственных препаратов нужный препарат, чтобы оценить, сколько вам потребуется за него платить, и узнать, есть ли в Списке альтернативные препараты для лечения того же заболевания. Вы также можете звонить в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711).

РАЗДЕЛ 4 Препараты с ограничениями в покрытии

Раздел 4.1 Почему существуют ограничения на покрытие некоторых лекарств

Для некоторых рецептурных лекарственных препаратов существуют специальные правила, ограничивающие то, как и когда наш план их покрывает. Эти правила составлены группой наших врачей и фармацевтов. Правила помогают поставщикам услуг и участникам плана использовать лекарства самым эффективным способом. Чтобы выяснить, распространяются ли какие-то из этих ограничений на ваши лекарства, см. список лекарственных препаратов.

Правила нашего плана стимулируют вас и вашего поставщика услуг использовать более дешевое лекарство, если оно так же безопасно и надежно, как более дорогое.

Обратите внимание, что иногда лекарство может встречаться в нашем Списке лекарственных препаратов несколько раз. Дело в том, что одно и то же лекарственное средство может предлагаться в разном количестве и иметь разные дозировки и формы, предписанные поставщиком медицинских услуг (например, 10 мг или 100 мг, раз в день или 2 раза в день, таблетки или раствор). От этого зависят ограничения на страховое покрытие и ваша доля софинансирования расходов.

Раздел 4.2 Типы ограничений

Если на лекарство есть какое-нибудь ограничение, это обычно означает, что для того чтобы мы его покрывали, вам или вашему поставщику услуг нужно предпринять дополнительные шаги. Чтобы узнать, что вы или ваш поставщик услуг можете сделать для получения покрытия на препарат, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). **Если вы хотите, чтобы мы сняли какое-нибудь ограничение, вам нужно попросить план сделать для вас исключение из правил. Соответствующее решение плана — это один из видов страховых решений.** Мы можем принять решение в вашу пользу или отказаться снять это ограничение. (См. главу 9.)

Получение предварительного разрешения от плана

Для некоторых лекарственных препаратов вам или вашему поставщику услуг нужно получить разрешение нашего плана на основании определенных критериев, прежде чем мы согласимся покрыть это лекарство. Это называется **предварительным подтверждением**. Это требование позволяет обеспечивать безопасность и правильность применения определенных лекарств. Если вы не получили такое разрешение, наш план может отказаться покрывать ваше лекарство. Критерии предварительного подтверждения нашего плана можно уточнить в Отделе обслуживания, позвонив по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711), или на нашем веб-сайте SWHNY.com.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

Лечение другим лекарственным препаратом вначале

Это требование стимулирует вас вначале попробовать более дешевое, но такое же эффективное лекарство. Если оно не подойдет, наш план покроет другое лекарство. Например, если лекарство А и лекарство Б используются для лечения одного и того же заболевания, но лекарство А дешевле, наш план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство А. Если лекарство А вам не поможет, наш план предоставит покрытие лекарства Б. Это требование называется **поэтапное лечение** (ступенчатая терапия). Критерии поэтапного лечения нашего плана можно уточнить в Отделе обслуживания, позвонив по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711), или на нашем веб-сайте SWHNY.com.

Количественные ограничения

Мы можем ограничить, например, количество лекарства, которое вы можете получить за один раз. Например, если безопасной дозой конкретного лекарства считается одна таблетка в день, мы можем ограничить покрываемое количество этого лекарства по рецепту одной таблеткой в день.

РАЗДЕЛ 5 Что делать, если вы недовольны условиями покрытия необходимого вам препарата?

Предположим, вы принимаете какой-то рецептурный лекарственный препарат или вы и ваш поставщик услуг считаете, что вам нужно его принимать, но это лекарство не включено в наш Список лекарственных препаратов или его покрытие как-то ограничено. Например:

- План может вообще не покрывать это лекарство. Или наш план покрывает дженерик, но не фирменный препарат, который вы хотите принимать.
- План покрывает лекарство, но на страховое покрытие этого лекарства распространяются особые правила и ограничения.

Если лекарство находится на уровне софинансирования расходов, делаем, по вашему мнению, участие в их оплате слишком дорогим, см. раздел 5.1. В нем описывается, что вы можете предпринять в такой ситуации.

Если нужного вам лекарства нет в Списке лекарственных препаратов или на него наложены какие-нибудь ограничения, у вас есть несколько вариантов:

- Вы можете получить временный запас лекарства.
- Вы можете поменять лекарство на другое.
- Вы можете попросить нас о том, чтобы наш план покрывал лекарство в порядке исключения или снял ограничения на его покрытие.

Вы можете получить временный запас препарата

В некоторых ситуациях наш план должен покрыть временный запас лекарства, которое вы уже принимаете. Этот временный запас дает вам время обсудить изменение с поставщиком услуг.

Мы можем покрывать временный запас лекарства, которое вы уже принимаете, если оно **больше не включено в наш Список лекарственных препаратов ИЛИ его покрытие каким-то образом ограничено.**

- **Если вы новый участник плана**, мы покрываем временный запас лекарства в первые **90 дней** после того, как вы были включены в наш план.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

- **Если вы были участником плана в прошлом году**, мы покрываем временный запас лекарства в течение первых 90 дней календарного года.
- Этого временного запаса будет достаточно для приема в течение не более 31 дня. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, вы можете получать лекарство по этому рецепту несколько раз. Однако общее количество лекарства не может превышать 31-дневный запас. Получать лекарство по рецепту нужно в сетевой аптеке. (Обратите внимание, что аптеки учреждений длительного обслуживания могут за один раз выдавать меньшее количество лекарства. Это делается для того, чтобы снизить потери лекарств.)
- **Вы стали участником нашего плана более 90 дней назад, живете в учреждении длительного обслуживания и нуждаетесь в лекарстве немедленно.** Мы в экстренном порядке однократно покрываем запас лекарства, необходимый для приема в течение не более 31 дня; количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней. Это количество мы покрываем дополнительно к тому временному запасу, о котором речь шла выше.
- Если вы проживаете в учреждении длительного обслуживания (LTC), были включены в наш план более 90 дней назад и нуждаетесь в препарате, который не входит в наш список лекарственных препаратов или на покрытие которого распространяются ограничения (например, поэтапное лечение, количественные ограничения и т. п.), то мы в экстренном порядке покрываем временный запас этого лекарства не более чем на 31 день (или в соответствии с выписанным рецептом). За это время вы успеете оформить покрытие нужного лекарства в порядке исключения из правил. Исключения из правил мы, например, делаем, когда меняется уровень необходимого вам обслуживания или когда в связи с изменением уровня обслуживания вам нужно переехать из одного учреждения в другое. В подобных ситуациях мы в порядке исключения однократно покрываем вам запас лекарства, даже если вы не были участником плана первые 90 дней. Обратите внимание, что наши правила, регулирующие переход из одного учреждения в другое, допускают покрытие только тех лекарств, которые покрываются по программе Часть D и приобретены в сетевой аптеке. Правила, применяющиеся в случае перехода из одного учреждения в другое, не могут быть использованы для того, чтобы купить лекарство, не покрываемое согласно Части D, или в аптеке, не сотрудничающей с планом (кроме случаев, когда вам было разрешено пользоваться такой аптекой).

По вопросам касательно временного запаса звоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

Пока вы используете временный запас своего лекарства, вы должны обсудить со своим поставщиком услуг, что делать, когда временный запас закончится. Есть 2 варианта:

Вариант 1. Поменять лекарство на другое

Обсудите со своим поставщиком услуг, есть ли другое лекарство, которое будет вам помогать так же хорошо, но которое наш план покрывает. Позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711) и попросите перечень покрываемых лекарств, которые используются для лечения вашего заболевания. Этот список поможет вашему поставщику услуг подобрать подходящий покрываемый лекарственный препарат.

Вариант 2. Попросить нас покрывать нужное лекарство в порядке исключения

Вы и ваш поставщик услуг можете попросить наш план сделать для вас исключение из правил и покрывать лекарство так, как вы этого хотели бы. Если ваш поставщик услуг считает, что существуют медицинские соображения, дающие основания просить нас о том, чтобы мы сделали такое исключение

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

из правил, он поможет вам обратиться с такой просьбой. Например, вы можете попросить наш план покрыть лекарство, даже если его нет в нашем Списке лекарственных препаратов. Или вы можете попросить наш план в порядке исключения покрывать препарат без ограничений.

Если вы уже являетесь участником плана, а лекарство, которое вы принимаете, мы в следующем году планируем исключить из Фармакологического справочника или покрывать с ограничениями, мы вам сообщаем об этом заранее. Вы можете подать запрос на предоставление исключения до начала следующего года, и мы ответим вам в течение 72 часов после получения запроса (или подтверждающего заключения специалиста, выписывающего вам рецепт). Если мы согласимся выполнить вашу просьбу, то разрешим страховое покрытие для лекарства до вступления изменений в силу.

Если вы и ваш поставщик услуг хотите попросить, чтобы мы сделали для вас исключение из правил, см. в разделе 7.4 главы 8, что следует делать. Там объясняются сроки и процедуры, установленные программой Medicare для того, чтобы решения по запросам участников нашего плана были справедливыми и быстрыми.

Раздел 5.1 Что делать, если ваш препарат относится к слишком высокому, по вашему мнению, уровню софинансирования расходов?

Если ваше лекарство относится к уровню софинансирования расходов, который вы считаете слишком высоким, вы можете поступить следующим образом:

Поменять лекарство на другое

Если ваше лекарство относится к уровню софинансирования расходов, который вы считаете слишком высоким, проконсультируйтесь со своим поставщиком медицинских услуг. Возможно, есть другое лекарство на более низком уровне софинансирования расходов, которое подойдет вам также хорошо. Позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711) и попросите перечень покрываемых лекарств, которые используются для лечения вашего заболевания. Этот список поможет вашему поставщику услуг подобрать подходящий покрываемый лекарственный препарат.

Попросить нас покрывать нужное лекарство в порядке исключения

Вы и ваш поставщик услуг можете попросить наш план сделать для этого препарата исключение из уровня софинансирования, чтобы вы заплатили за него меньше. Если ваш поставщик услуг считает, что существуют медицинские соображения, дающие основания просить нас о том, чтобы мы сделали такое исключение из правил, он поможет вам обратиться с такой просьбой.

Если вы и ваш поставщик услуг хотите попросить, чтобы мы сделали для вас исключение из правил, см. инструкции в разделе 7 главы 9. Там объясняются сроки и процедуры, установленные программой Medicare для того, чтобы решения по запросам участников нашего плана были справедливыми и быстрыми.

Исключение такого типа не распространяется на препараты, относящиеся к нашему 5-му уровню специализированных препаратов. Мы не снижаем размер доли софинансирования расходов для лекарств этого уровня.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

РАЗДЕЛ 6 **Возможность изменения списка лекарственных препаратов в течение года**

Большинство изменений в покрытии лекарственных препаратов происходит в начале каждого года (1 января). В то же время мы можем вносить изменения в наш Список лекарственных препаратов в течение года. Например, план может делать следующее:

- **Добавлять лекарства в Список лекарственных препаратов или исключать их из него.**
- **Устанавливать и снимать ограничения на покрытие лекарства.**
- **Заменять фирменный препарат дженериком.**
- **Исключать из покрытия оригинальный биопрепарат и заменять его равноценным биоаналогом.**

Меняя Список лекарственных препаратов нашего плана, мы должны соблюдать требования, установленные программой Medicare.

Информация об изменениях в покрытии лекарственных препаратов

Сведения об изменениях в Списке лекарственных препаратов мы размещаем на нашем сайте. Кроме того, мы регулярно обновляем наш Список лекарственных препаратов онлайн. Иногда вы можете получать уведомление об изменениях, касающихся непосредственно лекарств, которые вы принимаете.

Изменения покрытия лекарственных препаратов, которые могут затрагивать вас в течение текущего страхового года

- **Добавление нового лекарства в Список лекарственных препаратов вместе с немедленным удалением похожего лекарства из Списка или внесением изменений касательно него.**
 - Мы можем сразу исключить подобное ему лекарство из Списка лекарственных препаратов, изменить уровень софинансирования расходов на такое лекарство, добавить новые ограничения или сделать и то, и другое. Новый вариант лекарства будет иметь тот же или более низкий уровень софинансирования расходов и те же или меньшие ограничения на его покрытие.
 - Мы немедленно внесем изменения, только если добавим новую непатентованную версию (дженерик) фирменного препарата или добавим новые биоаналогичные версии оригинального биологического препарата, который уже был в Списке лекарственных препаратов.
 - Мы можем вносить такие изменения до того, как сообщим вам о них, даже если удаляем из Списка лекарство, которое вы принимаете, или меняем его покрытие. Если вы принимаете похожее лекарство в то время, когда мы вносим изменения в список лекарственных препаратов, мы сообщаем вам обо всех внесенных изменениях.
- **Добавление лекарства к Списку лекарственных препаратов вместе с удалением похожего лекарства из Списка или внесением изменений в покрытие этого похожего лекарства с предварительным уведомлением.**
 - При добавлении другой версии препарата в Список лекарственных препаратов мы можем исключить из Списка аналогичный препарат, перевести его на другой уровень софинансирования расходов, добавить новые ограничения или сделать и то, и другое. Версия препарата, которую мы добавим, будет относиться к тому же или более низкому уровню софинансирования расходов, и для нее будут действовать такие же или меньшие ограничения.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

- Мы внесем эти изменения, только если добавим новую непатентованную версию (дженерик) фирменного препарата или добавим новые биоаналогичные версии оригинального биопрепарата, который уже был в Списке лекарственных препаратов.
- О таких изменениях мы сообщаем вам не менее чем за 30 дней до того, как изменения вступают в силу, или сообщаем вам об изменениях и покрываем 31-дневный запас прежнего лекарства.
- **Удаление небезопасных и прочих снятых с продажи лекарств из нашего Списка лекарственных препаратов.**
 - Иногда лекарство признают небезопасным или снимают с продажи по другой причине. Если это происходит, наш план сразу исключает такое лекарство из Списка лекарственных препаратов. Если вы принимаете это лекарство, мы уведомляем вас после внесения изменения.
- **Другие изменения в нашем Списке лекарственных препаратов.**
 - Мы можем вносить также другие изменения в течение года. Эти изменения могут затрагивать лекарства, которые вы принимаете. Например, мы можем вносить изменения на основании утвержденного Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) предупреждения в рамке (в инструкции по применению лекарства) или на основании клинических рекомендаций, признанных Medicare.
 - Мы сообщим вам об этом не менее чем за 30 дней до внесения изменений или уведомим вас об изменении и покроем дополнительный 31-дневный запас того препарата, который вы принимаете.

Если мы внесем какие-либо изменения для принимаемых вами препаратов, обсудите с выписавшим их медиком возможные варианты, которые подойдут вам лучше всего, включая возможность перехода на другой препарат для лечения вашего заболевания или запрос на изменение покрытия с учетом новых ограничений на ваш препарат. Вы или ваш врач можете попросить нас сделать исключение для дальнейшего покрытия того же препарата или его разновидности. Узнать больше о том, как попросить нас принять решение о покрытии, в том числе об исключении, можно в главе 9.

Изменения в Списке лекарственных препаратов, которые не влияют на вас в текущем страховом году

Мы можем вносить в Список лекарственных препаратов некоторые изменения, не указанные в этом документе. В подобных случаях изменения вас не затронут, даже если вы лечитесь таким препаратом, когда изменение внесено. Тем не менее такого рода изменения скорее всего затронут вас с 1 января следующего страхового года (если вы не выйдете из нашего плана).

Изменения, которые обычно не затрагивают вас в течение страхового года:

- Мы переводим ваш препарат на более высокий уровень софинансирования расходов.
- Мы налагаем новое ограничение на страховое покрытие вашего лекарства.
- Мы исключаем ваше лекарство из Списка лекарственных препаратов.

Если в страховом покрытии вашего лекарства произойдет одно из перечисленных изменений (за исключением снятия лекарства с продажи, замены фирменного препарата на дженерик или другого изменения из числа перечисленных выше), то оно не повлияет на использование вами лекарства и вашу часть оплаты его стоимости до 1 января следующего года.

О подобных изменениях мы не извещаем вас непосредственно в текущем страховом году. Когда появится Список лекарственных препаратов на следующий страховой год (во время периода открытой

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

регистрации), проверьте, нет ли в нем изменений, которые могут вас затронуть в следующем страховом году.

РАЗДЕЛ 7 Типы лекарств, которые мы не покрываем

Некоторые виды рецептурных лекарственных препаратов исключены из покрытия. Это означает, что программа Medicare не платит за эти лекарства.

Если вы подаете апелляцию, а лекарство не исключено из покрытия согласно Части D, мы будем его покрывать или возместим ваши расходы на него. (Подробнее об апелляциях на наши страховые решения см. в главе 9.) Если лекарство исключено из покрытия как нашим планом, так и программой Medicaid, вы должны платить за него самостоятельно.

Существуют 3 основных правила о том, какие препараты не оплачиваются по программе Часть D планами Medicare, покрывающими лекарства:

- Действующее в нашем плане покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D не распространяется на лекарства, которые покрываются по программе Medicare Part A или Medicare Part B.
- Наш план не может покрывать лекарства, приобретенные за пределами США и их территорий.
- Наш план обычно может покрывать лекарства, применяемые по *не утвержденным показаниям*, только если такое применение опирается на определенные справочники, как, например, Фармацевтический справочник для американских больниц (American Hospital Formulary Service Drug Information) или информационная система Micromedex DRUGDEX. Применение по *не утвержденным показаниям* — это любое применение лекарства, отличное от указанного на этикетке препарата и утвержденного FDA.

Кроме того, закон не позволяет Medicare покрывать приведенные ниже типы лекарств. Однако для некоторых из этих лекарств может быть предусмотрено покрытие лекарственных препаратов по программе Medicaid. За подробностями о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Medicaid, обращайтесь в Отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

- Безрецептурные лекарственные препараты (ОТС)
 - Препараты для повышения фертильности
 - Лекарства для облегчения кашля и симптомов простуды
 - Лекарства, применяемые с косметической целью или для борьбы с облысением
 - Витамины и микроэлементы по рецептам, кроме витаминов для беременных и препаратов фтора
 - Лекарства для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
 - Лекарства для лечения анорексии, лекарства для похудения или для прибавления веса
 - Лекарства для амбулаторного лечения, производитель которых в качестве условия продажи требует, чтобы необходимые при лечении этим лекарством тест-системы и услуги мониторинга приобретались только у него

Если вы участвуете в программе Extra Help для оплаты рецептурных препаратов, данная программа не оплачивает лекарства, которые обычно не покрываются страховкой. Если у вас есть покрытие

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

лекарственных препаратов в рамках Medicaid, программа Medicaid вашего штата может покрывать некоторые рецептурные лекарственные препараты, которые обычно не покрываются фармацевтическим планом по программе Medicare. Свяжитесь с программой Medicaid своего штата, чтобы определить, какое покрытие лекарственных препаратов может быть доступно для вас. (Номера телефонов и контактную информацию Medicaid можно найти в главе 2, разделе 6.)

РАЗДЕЛ 8 Получение рецепта

Для того чтобы получить лекарство по рецепту, вам нужно сообщить выбранной вами сетевой аптеке информацию о своем участии в нашем плане. Она есть на вашей карточке участника. Сетевая аптека автоматически выставит счет нашему плану за нашу часть расходов на лекарство. Вам потребуется оплатить свою долю расходов непосредственно в аптеке при получении лекарств по рецепту.

Если у вас нет при себе информации о вашем участии в страховом плане, то вы или аптека можете позвонить в наш план, чтобы получить нужные сведения, или же вы можете попросить аптеку найти информацию о вашей регистрации в страховом плане.

Если фармацевт не сможет получить необходимую информацию, **вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецептурных лекарственных препаратов при их получении.** После этого вы можете **обратиться к нам за возмещением** нашей доли. Сведения о том, как попросить наш план о возмещении, см. в разделе 2 главы 7.

РАЗДЕЛ 9 Покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D в особых ситуациях

Раздел 9.1 Покрываемое планом пребывание в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода

Если вы госпитализированы в больницу или центр квалифицированного сестринского ухода и наш план покрывает ваше пребывание в этом учреждении, мы обычно покрываем рецептурные лекарственные препараты, которые вы получаете во время госпитализации. После того как вы покидаете больницу или центр квалифицированного сестринского ухода, наш план покрывает ваши рецептурные лекарственные препараты, если это допускается нашими правилами страхового покрытия, описанными в этой главе.

Раздел 9.2 Проживание в учреждении длительного обслуживания (LTC)

Обычно в учреждениях длительного обслуживания (LTC), например центре сестринского ухода, есть своя аптека или аптека, в которой это учреждение приобретает лекарства для всех своих пациентов. Пациенты, проживающие в учреждении LTC, могут получать рецептурные лекарственные препараты в аптеке учреждения, если она сотрудничает с нашим планом.

Узнать о том, входит ли в сеть нашего плана аптека вашего учреждения LTC или другая аптека, с которой учреждение сотрудничает, можно здесь: *Каталог поставщиков услуг и аптек SWHNY.com*. Если нет, или если вам нужна дополнительная информация либо помощь, позвоните в Отдел обслуживания по

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните на номер 711). Если вы проживаете в учреждении LTC, мы должны следить за тем, чтобы вы регулярно получали лекарственные препараты, покрываемые согласно Части D, из сотрудничающей с нами аптеки LTC.

Если вы проживаете в учреждении LTC и нуждаетесь в лекарстве, которого нет в нашем Списке лекарственных препаратов или для которого установлены ограничения, см. раздел 5, чтобы узнать, как получить временный или экстренный запас.

Раздел 9.3 Если вы также получаете покрытие лекарственных препаратов по групповому плану работодателя или пенсионному плану

Если вы (или ваш[-а] супруг[-а] / сожитель[-ница]) имеете другое покрытие лекарственных препаратов по своей коллективной страховке (или страховке супруга[-и] / сожителя[-ьницы]) от работодателя для работников или пенсионеров, то с вопросами о страховом покрытии лекарств обращайтесь к **администратору коллективной страховки**. Он поможет выяснить, как имеющееся у вас покрытие лекарственных препаратов работает с нашим планом.

Если у вас есть коллективная страховка для сотрудников или пенсионеров, то покрытие лекарственных препаратов, которое вы получаете от нас, будет *вторичным* по отношению к вашей коллективной страховке. Это означает, что ваша коллективная страховка используется в первую очередь.

Особое примечание об учитываемом покрытии:

Каждый год ваш работодатель или группа пенсионного плана должны присылать вам уведомление о том, является ли ваше покрытие лекарственных препаратов на следующий календарный год учитываемым.

Покрытие лекарственных препаратов по коллективному страховому плану считается учитываемым, если в среднем этот план платит за лекарства не меньше, чем стандартное покрытие лекарственных препаратов, действующее по программе Medicare.

Сохраняйте все уведомления об учитываемом покрытии, так как они могут потребоваться вам позже как доказательства наличия у вас такого покрытия. Если вы не получили уведомление об учитываемом покрытии, запросите копию у администратора страховых услуг вашего работодателя или пенсионного плана, у работодателя либо у профсоюза.

Раздел 9.4 Если вы находитесь в хосписе, сертифицированном Medicare

Программы хосписного обслуживания и наш план не покрывают одно и то же лекарство одновременно. Участнику, получающему обслуживание по хосписной программе, сертифицированной Medicare, могут понадобиться лекарства для лечения состояний, не связанных со смертельной болезнью и ее последствиями (например, анальгетики, слабительные, средства от тошноты и тревоги), которые не покрываются хосписной программой. В этом случае медик, выписывающий рецепт, или хоспис должен сообщить нашему плану о том, что это лекарство не предназначено для лечения смертельной болезни. После этого наш план начинает покрывать такие лекарства. Во избежание задержек при получении таких лекарств, которые должен покрывать наш план, участнику плана нужно попросить медика, выписывающего рецепт, или поставщика услуг хосписа известить наш план до того, как нужно будет получать рецептурный лекарственный препарат.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

Если больной отказывается от хосписного обслуживания или если его выписывают из хосписа, наш план покрывает все его лекарства так, как рассказано в этом справочнике. Если страховое покрытие хосписных услуг по программе Medicare прекращается, нужно принести в аптеку документы, подтверждающие, что больной больше не получает хосписное обслуживание. Это позволит предотвратить задержки с получением лекарств.

РАЗДЕЛ 10 Программы по обеспечению безопасности медикаментозного лечения и совместимости лекарств

Мы хотим быть уверены в том, что участники нашего плана получают правильное и безопасное лечение, поэтому мы проверяем схемы их лекарственного лечения.

Мы проверяем ваши лекарства всякий раз, когда вы получаете рецептурный лекарственный препарат. Кроме того, мы проводим регулярные проверки. При проведении проверки мы выявляем следующие возможные проблемы:

- Возможные врачебные ошибки.
- Лекарства, которые могут быть вам не нужны, поскольку вы уже принимаете какое-то аналогичное лекарство для лечения той же болезни.
- Лекарства, которые могут быть для вас опасны из-за вашего возраста или пола.
- Сочетания лекарств, которые могут вам повредить.
- Рецепты на лекарственные препараты, содержащие компоненты, на которые у вас аллергия.
- Возможные ошибки в количестве (дозировке) ваших лекарств.
- Небезопасные количества опиоидных анальгетиков.

Если мы обнаруживаем возможную ошибку, то вместе с вашим поставщиком услуг ее устраняем.

Раздел 10.1 Программа регулирования лечения наркотическими препаратами (DMP) для помощи участникам плана безопасно использовать опиоиды

У нас есть программа, помогающая участникам плана безопасно использовать рецептурные опиоиды и другие лекарства, часто вызывающие зависимость. Это программа регулирования лечения наркотическими препаратами Drug Management Program (DMP). Если вы принимаете опиоиды, которые получаете у нескольких врачей или в нескольких аптеках, или если у вас недавно была передозировка опиоидов, мы можем обсудить с вашими врачами целесообразность и необходимость применения опиоидов. Если вместе с вашими врачами мы решим, что применять рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые лекарства вам небезопасно, то можем ограничить возможность получения вами этих рецептурных лекарств. Если мы включаем вас в программу DMP, ограничения могут быть следующими:

- Требование приобретать все ваши рецептурные лекарства, содержащие опиоиды или бензодиазепин, только в определенной(-ых) аптеке(-ах)
- Требование получать все рецепты на лекарства, содержащие опиоиды или бензодиазепин, только у определенного(-ых) врача(-ей)
- Ограничение покрываемого количества лекарств, содержащих опиоиды или бензодиазепин

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

Если мы собираемся ограничить то, как вы получаете эти лекарства или какое количество лекарства вы можете получить, мы заранее извещаем вас об этом письмом. В письме указано, ограничим мы покрытие этих ваших лекарств или потребуем, чтобы вы получали рецепты на эти лекарства только у определенного врача и приобретали их только в определенной аптеке. У вас будет возможность сообщить нам, к каким медикам, выписывающим рецепты, и в какие аптеки вы предпочитаете обращаться, а также передать любые сведения, которые, по вашему мнению, нам нужно знать. Если мы решили ограничить покрытие этих лекарств и дали вам возможность ответить на первое письмо, мы присылаем еще одно письмо, подтверждающее наложенные ограничения. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, или если вы не согласны с нашим решением или ограничением, вы и ваш врач можете подать апелляцию. Мы рассматриваем апелляцию и сообщаем вам наше новое решение. Если по результатам рассмотрения мы отклоним какую-либо часть вашего запроса и оставим в силе ограничения на доступ к лекарствам, мы автоматически направим ваше дело на рассмотрение независимого эксперта, не связанного с нашим планом. Сведения о том, как подать апелляцию, см. в главе 9.

При определенных заболеваниях участника плана не включают в программу DMP. Это, например, боль, вызванная раком, или серповидно-клеточная анемия. Кроме того, мы не включаем в программу участников плана, получающих хосписное обслуживание, паллиативное лечение и уход за неизлечимо больными. Наконец, в эту программу мы не включаем людей, живущих в учреждении длительного обслуживания.

Раздел 10.2 Программа регулирования лекарственного лечения Medication Therapy Management (MTM), помогающая участникам плана правильно принимать лекарства

У нас есть программы, помогающие участникам плана со сложным лечением. Одна из них — это программа регулирования лекарственного лечения (Medication Therapy Management, MTM). Эта программа бесплатная и добровольная. Ее для нас разработали фармацевты и врачи. Она позволяет вам получить от лекарственного лечения как можно больше пользы.

Некоторые участники плана имеют определенные хронические заболевания и принимают лекарства, стоимость которых превышает определенную сумму стоимости лекарственных препаратов. Иногда участники включены в программу DMP, чтобы сделать прием опиоидов более безопасным. Таким людям может быть полезна программа MTM. Если вы станете участником программы, фармацевт или другой медик всесторонне проанализирует ваши лекарства. Вы можете обсудить с ним, как лучше всего принимать ваши лекарства и сколько вы за них платите, и задать любые вопросы о лекарствах, в том числе о тех, которые продаются без рецепта. Вы получите письменный отчет, включающий рекомендации относительно того, что предпринять, чтобы лекарственное лечение принесло вам как можно больше пользы. Кроме того, вы получите список всех своих лекарств, с указанием того, какая доза назначена, когда и почему. Наконец, участники программы MTM получают сведения о том, как правильно выбрасывать рецептурные лекарственные препараты, содержащие наркотики.

Рекомендации, меры и список лекарств полезно обсудить со своим врачом. Всегда, когда вы собираетесь обсуждать свои лекарства с врачом, фармацевтом или другим поставщиком медицинских услуг, приносите с собой полученный по этой программе отчет. Актуальный список своих лекарств нужно иметь при себе (например, вместе с удостоверением личности), когда вы обращаетесь в больницу или за экстренной помощью.

Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

Если у нас появится программа, которая будет вам полезна, мы вас в нее автоматически включим и пришлем вам необходимые сведения. Если вы не захотите пользоваться этой программой, просто сообщите нам, и мы вас из нее исключим. По всем вопросам, связанным с этой программой, звоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

ГЛАВА 6:

Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D



Как узнать, какова стоимость ваших лекарственных препаратов?

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право на участие и участвуете в программе «Дополнительной помощи» (Extra Help) от Medicare, которая помогает оплачивать расходы по плану, покрывающему лекарства по рецепту. Поскольку вы включены в программу «Дополнительной помощи» (Extra Help), **часть содержащейся в этом Справочнике участника плана информации о ваших расходах на рецептурные лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D, не имеет к вам отношения.** Мы отправили вам отдельный документ под названием «*Дополнение к Справочнику участника плана для лиц, получающих «Дополнительную помощь» (Extra Help) для оплаты рецептурных лекарственных препаратов*» (другое название — «*Дополнение о субсидии для лиц с низким доходом*» или «*Дополнение LIS*»), в котором рассказывается о вашем покрытии лекарственных препаратов. Если у вас нет этого дополнения, обратитесь в Отдел обслуживания и попросите предоставить вам *Дополнение LIS*.

РАЗДЕЛ 1 Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые согласно Части D

Мы используем термин «лекарство» в этой главе для обозначения рецептурных лекарственных препаратов, покрываемых по условиям Части D. Не все лекарства принадлежат к препаратам Части D. Некоторые препараты исключены из покрытия Части D согласно закону. Некоторые из лекарств, исключенных из покрытия Части D, покрываются по условиям Medicare Part A или Medicare Part B.

Для лучшего понимания деталей оплаты вам нужно знать, какие лекарства покрываются, где лучше использовать свои рецепты и какие правила нужно соблюдать при получении покрываемых лекарственных препаратов. Эти правила описаны в главе 5. Когда вы пользуетесь инструментом поиска услуг в режиме реального времени Real Time Benefit Tool (SWHNY.com), отображается приблизительная сумма ваших предполагаемых собственных расходов. Вы также можете получить информацию, доступную в инструменте поиска услуг в режиме реального времени Real Time Benefit Tool, позвонив в Отдел обслуживания номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).

Как узнать, какова стоимость ваших лекарственных препаратов, если вы получаете дополнительную помощь Extra Help для оплаты стоимости рецептурных лекарственных препаратов по условиям Части D?

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право на участие и участвуете в программе дополнительной помощи Extra Help от Medicare, которая помогает оплачивать расходы по плану, покрывающему лекарства по рецепту. Поскольку вы участвуете в программе Extra Help, **некоторая информация в настоящем Справочнике участника плана касательно расходов на рецептурные препараты по условиям Части D может к вам не относиться.** Мы отправили вам отдельный документ под названием «*Дополнение к Справочнику участника плана для лиц, получающих*

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

«Дополнительную помощь» (*Extra Help*) для оплаты рецептурных лекарственных препаратов» (другое название — «Дополнение о субсидии для лиц с низким доходом» или «Дополнение LIS» [LIS Rider]), в котором рассказывается о вашем покрытии лекарственных препаратов. Если у вас нет этого дополнения, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711) и попросите *Дополнение LIS*.

Раздел 1.1 Типы фактических расходов на покрываемые лекарственные препараты

Существуют 3 вида расходов на лекарства, покрываемые по условиям Части D, которые от вас могут потребовать покрыть самостоятельно.

- **Безусловная франшиза (не покрываемый страховкой минимум)** — это сумма, которую вы платите за лекарственные препараты до того, как наш план начнет покрывать свою долю.
- **Доплата** — это фиксированная сумма, которую вы платите каждый раз, когда покупаете рецептурный лекарственный препарат.
- **Доля стоимости (сострахование)** — это процент от общей стоимости, которую вы платите каждый раз, получая лекарства по рецепту.

Раздел 1.2 Как Medicare рассчитывает ваши собственные расходы

У Medicare есть правила относительно того, что засчитывается и что не засчитывается при учете ваших собственных расходов.

Ниже изложены правила, которым мы должны следовать для отслеживания ваших собственных расходов.

Эти платежи включаются в ваши собственные расходы

Ваши собственные расходы **включают** приведенные ниже платежи (при условии, что они относятся к покрываемым лекарственным препаратам Части D, и вы соблюдали правила покрытия лекарственных препаратов, описанные в главе 5):

- Сумма, которую вы платите за препараты на следующих уровнях платежей:
 - Не покрываемый страховкой минимум
 - Стадия первоначального страхового покрытия
- Любые платежи, которые вы совершили в течение этого календарного года в качестве участника другого плана, покрывающего лекарства по программе Medicare, до того, как присоединились к нашему плану.
- Любые платежи за ваши препараты, совершенные вашими родственниками или друзьями
- Любые платежи за ваши препараты, совершенные программой Extra Help от Medicare, планами медицинского страхования от работодателей или профсоюзов, службой Indian Health Service, программами помощи в приобретении лекарств от СПИДа (AIDS), программ штата по обеспечению лекарственными препаратами State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) и большинством благотворительных организаций

Переход к этапу страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов:

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

Когда общая сумма ваших (или лица, которое за вас платит) собственных расходов достигнет \$2,100 в течение календарного года, вы перейдете из этапа первоначального страхового покрытия на этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.

Эти платежи не включаются в ваши собственные расходы

Ваши собственные расходы **не включают** перечисленные ниже виды платежей:

- Ваши расходы на лекарства, приобретенные за пределами США и территорий, находящихся под управлением США
- Расходы на препараты, не покрываемые нашим планом.
- Расходы на препараты, которые вы приобрели во внесетевой аптеке (кроме специально предусмотренных нашим планом случаев)
- Платежи за препараты, не покрываемые программой Часть D, включая рецептурные лекарственные препараты, покрываемые Частью A или Частью B, и другие препараты, исключенные из покрытия Medicare
- Рецептурные лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части A или Части B
- Платежи, которые вы производите за лекарственные препараты, покрываемые нашей дополнительной страховкой, но не планом, покрывающим лекарства по программе Medicare.
- Платежи за лекарства, расходы на которые обычно не оплачиваются планом покрытия препаратов Medicare.
- Платежи за ваши лекарства, которые производятся некоторыми страховыми планами и государственными программами здравоохранения, такими как TRICARE и Veterans Health Administration (VA)
- Суммы, уплаченные за ваши рецептурные лекарственные препараты третьей стороной, обязанной платить за них по закону (например, компенсация пострадавшим на рабочем месте)
- Суммы, уплаченные за ваши лекарства их производителем по программе скидок от производителя Manufacturer Discount Program

Напоминание. Если какая-либо другая организация, подобная перечисленным выше, частично или полностью оплачивает ваши собственные расходы на лекарства, вы обязаны сообщить об этом нашему плану, позвонив в Отдел обслуживания ((833) 671-0440, ТТУ: 711).

Отслеживание общей суммы собственных расходов

- Высылаемый вам отчет с разъяснением покрываемых услуг (Explanation of Benefits, EOB) по Части D содержит текущую совокупную сумму ваших собственных расходов на лекарства. Когда эта сумма достигнет \$2,100, в отчете EOB программы Часть D будет указано, что вы перешли из этапа первоначального страхового покрытия на этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.
- **Передавайте нам всю необходимую информацию.** В разделе 3.1 говорится о том, что вы можете сделать, чтобы наши данные о ваших расходах были максимально полными и актуальными.

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

РАЗДЕЛ 2 Этапы оплаты лекарственных препаратов для участников плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) предусматривает **3 этапа оплаты лекарственных препаратов**. Сумма, которую вы платите за каждый препарат по рецепту, зависит от того, на каком этапе вы находитесь при первом или повторном получении рецептурного лекарственного препарата. Подробная информация о каждом этапе приведена в этой главе. Этапы перечислены ниже:

- **Этап 1. Этап годовой безусловной франшизы**
- **Этап 2. Стадия первоначального страхового покрытия**
- **Этап 3. Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов**

РАЗДЕЛ 3 В Разъяснении покрываемых по условиям Части D услуг объясняется, на каком этапе оплаты вы находитесь

- Наш план ведет учет расходов и платежей, связанных с рецептурными лекарственными препаратами, когда вы получаете их в аптеке. Благодаря этому мы можем сообщать вам, когда вы переходите с одного этапа покрытия на другой. Мы отслеживаем 2 вида расходов:
- **Собственные расходы:** сколько вы заплатили. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого препарата по условиям Части D, любые платежи за ваши препараты, сделанные родственниками или друзьями, и любые платежи за ваши препараты в рамках программы Extra Help от Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, Службы здравоохранения коренных народов Америки, программ помощи больным СПИДом (AIDS), благотворительных организаций и большинства программ штата по обеспечению лекарственными препаратами (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Общие расходы на лекарственные препараты:** это общая сумма всех платежей за покрываемые лекарственные препараты Части D. Сюда входят платежи за покрываемые Частью D препараты, осуществленные нашим планом, вами и другими программами или организациями от вашего имени.

Если вы получили хотя бы один рецептурный препарат через наш план в течение предыдущего месяца, мы отправим вам отчет EOB по программе Часть D. Отчет EOB по программе Part D включает следующие виды информации:

- **Информация за предыдущий месяц.** В этом отчете приведены платежные данные о рецептурных препаратах, которые вы получили в предыдущем месяце, включая ваши общие расходы, а также суммы, уплаченные нашим планом, вами и другими лицами от вашего имени.
- **Общие суммы платежей с 1 января.** В нем приведены ваши общие расходы и суммарные выплаты на лекарственные препараты с начала года.
- **Информация о стоимости лекарств.** Здесь отображается общая цена каждого препарата и информация об изменении стоимости за определенное количество лекарства с момента первого получения этого рецептурного препарата.
- **Имеющиеся более дешевые альтернативные рецептурные лекарственные препараты.** Здесь представлена информация о других доступных аналогах для рецептурного препарата (если применимо) с меньшей долей софинансирования.

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D**Раздел 3.1 Мы присылаем вам ежемесячный отчет с разъяснением покрываемых услуг по программе Часть D (EOB по Части D)**

- Наш план ведет учет расходов и платежей, связанных с рецептурными лекарственными препаратами, когда вы получаете их в аптеке. Благодаря этому мы можем сообщать вам, когда вы переходите с одного этапа покрытия на другой. Мы отслеживаем 2 вида расходов:
- **Собственные расходы:** сколько вы заплатили. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого препарата по условиям Части D, любые платежи за ваши препараты, сделанные родственниками или друзьями, и любые платежи за ваши препараты в рамках программы Extra Help от Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, Службы здравоохранения коренных народов Америки, программ помощи больным СПИДом (AIDS), благотворительных организаций и большинства программ штата по обеспечению лекарственными препаратами (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Общие расходы на лекарственные препараты:** это общая сумма всех платежей за покрываемые лекарственные препараты Части D. Сюда входят платежи за покрываемые Частью D препараты, осуществленные нашим планом, вами и другими программами или организациями от вашего имени.

Если вы получили хотя бы один рецептурный препарат через наш план в течение предыдущего месяца, мы отправим вам отчет EOB по программе Часть D. Отчет EOB по программе Part D включает следующие виды информации:

- **Информация за предыдущий месяц.** В этом отчете приведены платежные данные о рецептурных препаратах, которые вы получили в предыдущем месяце, включая ваши общие расходы, а также суммы, уплаченные нашим планом, вами и другими лицами от вашего имени.
- **Общие суммы платежей с 1 января.** В нем приведены ваши общие расходы и суммарные выплаты на лекарственные препараты с начала года.
- **Информация о стоимости лекарств.** Здесь отображается общая цена каждого препарата и информация об изменении стоимости за определенное количество лекарства с момента первого получения этого рецептурного препарата.
- **Имеющиеся более дешевые альтернативные рецептурные лекарственные препараты.** Здесь представлена информация о других доступных аналогах для рецептурного препарата (если применимо) с меньшей долей софинансирования.

Раздел 3.2 Помощь в поддержании актуальности данных о платежах за лекарства

Для того чтобы следить за стоимостью лекарственных препаратов и платежами, которые делаете вы сами, мы пользуемся отчетами аптек. Вы можете нам помочь своевременно получать правильную информацию:

- **При получении лекарства по рецепту предъявляйте свою карточку участника плана.** Так мы будем знать, какие рецептурные лекарственные препараты вы получаете и сколько платите за них.
- **Передавайте нам всю необходимую информацию.** Бывает, что вы платите за рецептурный лекарственный препарат его полную стоимость. В таких случаях мы не будем автоматически получать информацию, необходимую для отслеживания ваших собственных расходов. Чтобы мы

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

могли отслеживать ваши собственные расходы, предоставляйте нам копии квитанций. Далее представлены **примеры** ситуаций, когда вам следует предоставить нам копии чеков на препараты.

- Когда вы приобретаете покрываемый лекарственный препарат в сетевой аптеке, но делаете это по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не имеет отношения к нашему плану.
- Вы вносите доплату за лекарственные препараты, предоставляемые в рамках программы помощи от фармацевтических компаний.
- Вы покупаете покрываемый лекарственный препарат во внесетевой аптеке или самостоятельно оплачиваете полную стоимость покрываемого лекарственного препарата при определенных обстоятельствах.

Если вы получили счет за покрываемый лекарственный препарат, вы можете попросить наш план возместить нашу долю в расходах. Сведения о том, как это сделать, см. в разделе 2 главы 7.

- **Отправляйте нам информацию о платежах, осуществленных другими лицами от вашего имени.** Платежи, осуществленные другими лицами и организациями, также учитываются как самостоятельные расходы. При расчете общей суммы ваших собственных расходов учитываются, например, платежи, сделанные за лекарства программой помощи штата по содействию в приобретении лекарств State Pharmaceutical Assistance Program, программой помощи в получении лекарственных препаратов против СПИДа AIDS Drug Assistance Program (ADAP), Службой здравоохранения коренных народов Америки (Indian Health Service) и благотворительными фондами. Сохраняйте документы, подтверждающие такие платежи. Копии присылайте нам. Это помогает нам следить за суммой, потраченной вами на лекарства.
- **Проверяйте письменные отчеты, которые мы вам высылаем.** Получив отчет EOB по Части D, просмотрите его и проверьте на полноту и правильность. Если вы считаете, что чего-то не хватает, или у вас есть вопросы, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711). Участник плана может ознакомиться со своим отчетом EOB онлайн на странице [Caremark.com](https://www.caremark.com). Храните эти отчеты.

РАЗДЕЛ 4 Этап не покрываемого страховкой минимума

Поскольку большинство участников плана получают дополнительную помощь Extra Help на покрытие расходов на рецептурные лекарственные препараты, для большинства участников плана этапа не покрываемого страховкой минимума не существует. Если вы получаете дополнительную помощь Extra Help, эта этап оплаты к вам не относится.

Если вы не получаете дополнительную помощь Extra Help, стадия не покрываемого страховкой минимума является первым этапом вашего покрытия лекарственных препаратов. Этот этап начинается, когда вы первый раз за год получаете свой лекарственный препарат по рецепту. Когда вы находитесь на этом этапе оплаты, **вы должны оплачивать полную стоимость ваших лекарств** до тех пор, пока не выплатите всю сумму безусловной франшизы, которая составляет \$615 в 2026 г. Франшиза не применяется к покрываемым инсулиновым препаратам и большинству вакцин для взрослых, покрываемых по программе Часть D, включая вакцины против опоясывающего лишая, столбняка и вакцины для путешественников. Вы будете платить ежегодную франшизу \$615 за лекарства с уровнем софинансирования от 2-го до 5-го. **Сумма безусловной франшизы, которую вам нужно выплатить за лекарства с уровнями софинансирования 2–5**, составляет \$615. Платить франшизу за остальные

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

лекарства вам не придется. **Полная стоимость** в данном случае обычно ниже стандартной полной цены препарата, поскольку наш план договорился о более низкой стоимости большинства препаратов в сетевых аптеках. Если речь идет о препаратах, цена на которые согласована в рамках программы договорных цен на лекарства Medicare Drug Price Negotiation Program, полная стоимость препарата не может превышать максимальную справедливую цену плюс комиссия аптеки.

Как только вы выплатите \$615 за свои лекарства уровней 2–5, вы с этапа не покрываемого страховкой минимума перейдете на этап первоначального страхового покрытия.

РАЗДЕЛ 5 Этап первоначального страхового покрытия

Раздел 5.1 Сумма, которую вы платите за лекарство, зависит от препарата и места, где вы получаете его по рецепту

На этапе первоначального страхового покрытия план страхования оплачивает свою долю расходов на покрываемые лекарственные препараты, а вы платите свою долю (доплату *или* долю стоимости). Ваша доля расходов зависит от препарата и места, где вы используете рецепт.

Наш план предусматривает 6 (шесть) уровней софинансирования расходов

Каждый препарат из Списка лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом страхования, относится к одному из 6 (шести) уровней софинансирования расходов. Как правило, чем выше уровень софинансирования расходов, тем больше ваша доля в оплате лекарства.

- *Уровень 1 — приоритетные непатентованные препараты*
- *Уровень 2 — непатентованные лекарственные препараты*
- *Уровень 3 — приоритетные фирменные препараты*
- *Уровень 4 — неприоритетные лекарственные препараты*
- *Уровень 5 — специализированные лекарственные препараты*
- *Уровень 6 — лекарственные препараты для лечения определенных заболеваний*

Чтобы определить, к какому уровню софинансирования расходов относится ваш препарат, найдите его в Списке лекарственных препаратов нашего плана.

Выбор вашей аптеки

Сумма, которую вы платите за лекарственный препарат, зависит от того, где вы его получаете:

- В сетевой розничной аптеке.
- В аптеке, которая не сотрудничает с нашим планом. Мы покрываем рецепты, использованные во внесетевых аптеках, только в ограниченном ряде случаев. Сведения о том, когда мы покрываем лекарства по рецепту, приобретенные во внесетевой аптеке, см. в разделе 2.5 главы 5.
- С помощью услуги заказа из аптеки по почте.

Дополнительную информацию о выборе аптек и использовании рецептов см. в главе 5 или в *Каталоге аптек* нашего плана.

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D**Раздел 5.2 Ваши расходы за получение запаса покрываемого лекарства на один месяц**

На этапе первоначального страхового покрытия вы платите за покрываемый лекарственный препарат доплату или долю стоимости.

Иногда стоимость препарата ниже вашей доплаты. В таких случаях вы платите более низкую цену за препарат вместо доплаты.

Ваши расходы за получение запаса покрываемого по условиям Части D лекарства на один месяц

Уровень	Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке в учреждении длительного обслуживания (LTC) (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке во внесетевой аптеке (Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)
Уровень софинансирования расходов 1 (приоритетные непатентованные препараты)	\$0 доплаты	\$0 доплаты	\$0 доплаты	\$0 доплаты

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

Уровень	Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке в учреждении длительного обслуживания (LTC) (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке во внесетевой аптеке (Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)
Уровень софинансирования расходов 2 (непатентованные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

Уровень	Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке в учреждении длительного обслуживания (LTC) (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке во внесетевой аптеке (Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)
Уровень софинансирования расходов 3 (приоритетные фирменные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

Уровень	Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке в учреждении длительного обслуживания (LTC) (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке во внесетевой аптеке (Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)
Уровень софинансирования расходов 4 (неприоритетные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

Уровень	Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке в учреждении длительного обслуживания (LTC) (запас на срок до 31 дня)	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке во внесетевой аптеке (Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)
Уровень софинансирования расходов 5 (специализированные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту
Уровень софинансирования расходов 6 (препараты для лечения определенных заболеваний)	\$0 доплаты	\$0 доплаты	\$0 доплаты	\$0 доплаты

Дополнительную информацию о софинансировании расходов на вакцины, покрываемые по условиям Части D, см. в разделе 8.

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D**Раздел 5.3 Если врач выписал вам не полный месячный запас, вам, возможно, не придется оплачивать стоимость всего месячного запаса**

Как правило, сумма, которую вы платите за лекарственный препарат, покрывает его месячный запас. Могут быть случаи, когда вы или ваш врач хотели бы, чтобы у вас был запас лекарства менее чем на месяц (например, когда вы пробуете лекарство в первый раз). Вы также можете попросить своего врача выписать препарат, а фармацевта отпустить его на срок менее месяца, если это поможет вам лучше планировать даты пополнения запасов разных лекарств.

Если вы получите запас некоторых препаратов на срок менее месяца, вам не придется оплачивать стоимость полного месячного запаса.

- Если вы должны вносить долю совместного страхования, вы платите *процент* от общей стоимости лекарственного препарата. Поскольку оплата по схеме долей стоимости рассчитывается исходя из общей стоимости препарата, то чем ниже цена препарата, тем ваши расходы будут меньше.
- Если вы должны вносить доплату, вы платите только за количество дней, на которые рассчитан запас лекарственного препарата, а не за целый месяц. Мы рассчитаем, сколько вы платите за препарат за один день (суточная ставка софинансирования расходов), и умножим это число на количество дней.

Раздел 5.4 Ваши расходы на долгосрочный (до 100 дней) запас препарата, покрываемого по программе Часть D

Вы можете получить долгосрочный (то есть увеличенный) запас некоторых лекарственных препаратов. Долгосрочный запас — это запас на срок до 100 дней.

Ваши расходы на *долгосрочный* запас препарата, покрываемого по условиям Части D

Уровень	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 100 дней)	Ваша доля в софинансировании расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 100 дней)
Уровень софинансирования расходов 1 (приоритетные непатентованные препараты)	\$0 доплаты	\$0 доплаты
Уровень софинансирования расходов 2 (непатентованные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

Уровень	Ваша доля в софинансировании расходов при покупке в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 100 дней)	Ваша доля в софинансировании расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 100 дней)
Уровень софинансирования расходов 3 (приоритетные фирменные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту
Уровень софинансирования расходов 4 (неприоритетные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту
Уровень софинансирования расходов 5 (специализированные препараты)	Вы не можете приобретать долгосрочный запас лекарств уровня 5 (пять).	Вы не можете приобретать долгосрочный запас лекарств уровня 5 (пять).
Уровень софинансирования расходов 6 (препараты для лечения определенных заболеваний)	\$0 доплаты	\$0 доплаты

Раздел 5.5 Вы остаетесь на этапе первоначального страхового покрытия до тех пор, пока ваши собственные расходы за год не достигнут \$2,100

Этап первоначального страхового покрытия продолжается до тех пор, пока ваши собственные общие расходы не достигнут \$2,100. После этого вы переходите на этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.

Полученный вами отчет *EOB по Части D* поможет отследить, сколько вы, ваш страховой план и третьи лица потратили от вашего имени в течение года. Не все участники плана достигают лимита собственных расходов в размере \$2,100 в течение года.

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

Мы уведомим вас, если ваши расходы достигнут этой суммы. Информацию о том, как программа Medicare рассчитывает ваши собственные расходы, см. в разделе 1.3.

РАЗДЕЛ 6 Страховое покрытие по достижении предела самостоятельных расходов

На этапе страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов вы не платите ничего за покрываемые препараты Части D. Вы переходите на этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов, когда ваши собственные расходы достигают \$2,100 за календарный год. Перейдя на этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов, вы останетесь на ней до конца календарного года.

На этом этапе вы ничего не платите за покрываемые лекарства по Части D.

РАЗДЕЛ 7 Ваши расходы на вакцины, покрываемые согласно Части D

Важное сообщение о стоимости вакцин для вас — некоторые вакцины относятся к категории покрываемого обслуживания и оплачиваются по условиям Части B, а другие считаются лекарственными препаратами, покрываемыми по условиям Части D. Они указаны в списке лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом. Наш план страхования бесплатно покрывает вам большинство вакцин для взрослых в рамках программы Часть D. Информацию о страховом покрытии определенных вакцин и софинансировании расходов на них можно найти в Списке лекарственных препаратов нашего плана или получить в Отделе обслуживания ((833) 671-0440, ТТУ: 711).

Страховое покрытие вакцинации по условиям Части D состоит из 2-х частей.

- Первая часть покрытия — это **сама вакцина**.
- Вторая часть предназначена для оплаты стоимости **процедуры вакцинации**. (То есть введения вакцины.)

Ваши расходы на вакцинацию по условиям Части D зависят от 3-х факторов.

1. Рекомендована ли вакцина для прививания взрослых Консультативным комитетом по практике иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- Большинство прививок для взрослых, покрываемых по условиям Части D, рекомендованы комитетом ACIP. За них вам платить ничего не нужно.

2. Где вы получаете вакцину.

- Сама вакцина может быть выдана в аптеке или в кабинете врача.

3. Кто вводит вам вакцину.

- Ввести вакцину в аптеке может фармацевт или другой поставщик услуг. Кроме того, ее может вам ввести поставщик услуг в кабинете врача.

Сумма, которую вы платите за прививку, покрываемую по условиям Части D, зависит от обстоятельств и от того, на каком **этапе страхового покрытия лекарств** вы находитесь.

Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D

- Иногда при вакцинации вам приходится оплачивать всю стоимость как самой вакцины, так и услуг поставщика, который делает вам прививку. Вы можете попросить нас возместить вам нашу часть в оплате расходов. Для большинства вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, это значит, что вам возместят всю уплаченную вами сумму.
- В других случаях при вакцинации вы оплачиваете сумму только своей части расходов по условиям Части D. За большинство вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вы ничего не платите.

Ниже приведены 3 примера вакцинации по условиям Части D.

Ситуация 1. Вам делают прививку, покрываемую по условиям Части D, в сетевой аптеке. (Доступность такого варианта зависит от того, где вы живете. В некоторых штатах запрещено делать в аптеках некоторые прививки.)

- За большинство вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вы ничего не платите.
- За другие вакцины, покрываемые по условиям Части D, и их введение вы платите аптеке долю стоимости ИЛИ доплату.
- Наш план оплачивает остальную часть расходов.

Ситуация 2. Вы проходите вакцинацию по условиям Части D в кабинете вашего врача.

- В этом случае вам, возможно, придется оплатить всю стоимость вакцины и ее введения поставщику.
- Затем вы можете попросить наш план возместить вам нашу часть; для этого используйте процедуры, рассмотренные в главе 7.
- Для большинства вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вам возместят всю уплаченную вами сумму. За другие вакцины, покрываемые по условиям Части D, вам возместят уплаченную вами сумму за вычетом доли стоимости ИЛИ доплаты (включая стоимость введения вакцины) и разницы между суммой, которую запросил врач, и той суммой, которую мы обычно покрываем. (Если вы получаете дополнительную помощь Extra Help, мы возместим вам эту разницу.)

Ситуация 3. Вы приобретаете вакцину, покрываемую по условиям Части D, в сетевой аптеке, и ее вводят вам в кабинете врача.

- Для большинства вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вы ничего не платите за саму вакцину.
- За другие вакцины, покрываемые по условиям Части D, вы платите аптеке долю стоимости ИЛИ доплату.
- Когда врач делает вам прививку, вы полностью оплачиваете процесс вакцинации.
- Затем вы можете попросить наш план возместить вам нашу часть; для этого используйте процедуры, рассмотренные в главе 7.
- Для большинства вакцин, покрываемых по условиям Части D для взрослых, вам будет возмещена вся оплаченная вами сумма. За другие вакцины по условиям Части D вам будет возмещена сумма, за вычетом совместного страхования за введение вакцины, а также за вычетом разницы между суммой, которая оплачивается врачу, и той, которую мы обычно оплачиваем. Если вы являетесь участником программы Extra Help, мы возместим вам эту разницу.

Глава 7: Как попросить, чтобы мы оплатили свою долю счета за покрываемые медицинские услуги или лекарства

ГЛАВА 7:

Как попросить, чтобы мы оплатили свою долю счета за покрываемые медицинские услуги или лекарства

РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых следует просить нас оплатить свою долю расходов на покрываемые услуги или лекарства

Поставщики в нашей сети обычно выставляют счета напрямую нашему плану за предоставленные вам покрываемые медицинские услуги и препараты. Если вы получите счет за полученную медицинскую помощь или лекарства на их полную стоимость, пришлите этот счет нам, чтобы мы его оплатили. Получив счет за услуги и лекарства, мы изучим его и решим, должны ли мы по нему платить. Если мы решим, что план должен предоставить покрытие, мы уплатим непосредственно поставщику услуг.

Если вы уже сами уплатили за обслуживание, лекарство или приспособление, которое наш план покрывает по программе Medicare, то можете попросить наш план **возместить** (компенсировать) ваши расходы. Вы имеете право на возмещение нашим планом, если заплатили больше своей доли расходов на медицинские услуги или лекарства, покрываемые нашим планом. Для просьб о возмещении установлены определенные сроки. См. раздел 2 этой главы. Получив оплаченный вами счет, мы изучим его и решим, должны ли мы покрывать эти услуги или лекарства. Если мы решим, что план должен их покрыть, то возместим вам ваши расходы на услуги или лекарства.

Кроме того, иногда поставщики услуг могут присылать вам счета на оплату полной стоимости оказанной вам медицинской помощи или на сумму, превышающую вашу долю софинансирования расходов. Вначале попытайтесь разрешить этот вопрос с выставившим счет поставщиком услуг. Если это не помогает, не платите по счету, а пришлите его нам. Мы рассмотрим счет и решим, должны ли мы по нему платить за услуги. Если мы решим, что план должен предоставить покрытие, мы уплатим непосредственно поставщику услуг. Если мы решим не платить, то известим этого поставщика услуг. Вы никогда не должны платить больше, чем предусмотренная планом доля софинансирования расходов. Если с этим поставщиком услуг заключен договор, вы в любом случае имеете право на лечение.

Ниже приведены примеры случаев, когда вам может понадобиться обратиться в наш план с просьбой о возмещении расходов или просьбой оплатить полученный вами счет:

1. Когда вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь у поставщика услуг, не сотрудничающего с нашим планом

Получать экстренную и неотложную помощь вы можете у любого поставщика услуг, независимо от того, входит ли он в сеть нашего плана. В подобном случае попросите поставщика услуг прислать счет нам.

Глава 7: Как попросить, чтобы мы оплатили свою долю счета за покрываемые медицинские услуги или лекарства

- Если вы оплачиваете всю сумму самостоятельно во время получения помощи, попросите нас вернуть вам нашу долю расходов. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами платежи.
- Вы можете получить у поставщика услуг счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами платежи.
 - Если мы должны что-то уплатить поставщику услуг, мы пришлем плату непосредственно ему.
 - Если вы уже заплатили больше, чем ваша доля стоимости услуги, мы определим, сколько вы должны были заплатить, и вернем вам разницу.

2. Когда вы получили счет от сетевого поставщика и считаете, что вы не должны по нему платить

Сетевые поставщики должны всегда присылать счет непосредственно в наш план. Бывает, однако, что они ошибаются и просят, чтобы вы оплатили обслуживание ИЛИ заплатили больше, чем предполагает ваша доля расходов.

- При получении покрываемых услуг вы должны оплатить только свою долю софинансирования расходов. Мы не разрешаем поставщикам медицинских услуг добавлять отдельные платежи, называемые счетами по остаточному балансу, или балансовыми счетами. Эта мера защиты (благодаря которой вам ни при каких обстоятельствах не придется платить больше своей доли софинансирования расходов) действует, даже если мы платим поставщику меньше, чем он запрашивает за услугу, и даже если возникает спор и мы отказываемся совершать определенные платежи, которые требует поставщик. Мы не разрешаем поставщикам выставлять вам счета за покрываемые услуги. Мы платим непосредственно нашим поставщикам услуг и этим защищаем вас от каких-либо расходов. Это правило действует даже в том случае, если мы платим поставщику услуг меньше, чем он взимает за услугу. Если вы получите счет от поставщика медицинских услуг, входящего в сеть, который, по вашему мнению, больше, чем вы должны заплатить, отправьте этот счет нам. Мы свяжемся непосредственно с поставщиком и решим вопрос с оплатой счета.
- Если вы уже оплатили счет сетевому поставщику, но считаете, что заплатили слишком много, отправьте нам счет вместе с документами о произведенных платежах. Попросите нас возместить вам покрываемые услуги ИЛИ разницу между уплаченной вами суммой и суммой, которую вы должны были уплатить согласно правилам плана.

3. Если вы включены в наш план задним числом

Иногда человек может быть включен в страховой план задним числом. (Это означает, что первый день вашей регистрации прошел. День, с которого предоставляется покрытие, может быть даже в прошлом году.)

Если вы были включены в план задним числом и если после дня, с которого вам предоставлено страховое покрытие, вы успели оплатить какие-то услуги или лекарства, которые наш план покрывает, можете попросить нас возместить вам расходы в размере нашей доли стоимости. Для этого пришлите нам необходимые документы: квитанции и счета.

4. Когда вы получаете лекарство по рецепту во внесетевой аптеке

Если вы обратились во внесетевую аптеку, она может быть не в состоянии подать страховое требование непосредственно в наш план. Если это произойдет, вам придется полностью оплатить полученное лекарство по рецепту.

Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы в размере покрываемой нами части стоимости лекарства. Помните, однако, что лекарства, приобретенные во

Глава 7: Как попросить, чтобы мы оплатили свою долю счета за покрываемые медицинские услуги или лекарства

внесетековой аптеке, мы покрываем только в ограниченном числе случаев. Дополнительные сведения об этом см. в разделе 2.5 главы 5. Мы можем не возместить вам разницу между суммой, которую вы заплатили за лекарство во внесетековой аптеке, и стоимостью, которую мы покрыли бы в сетевой аптеке.

5. Когда вы полностью оплатили рецептурное лекарство, потому что у вас не было с собой карточки участника нашего плана

Если у вас нет с собой карточки участника нашего плана, можно попросить фармацевта связаться с представителями нашего плана или самостоятельно найти информацию о вашем участии в нем. Если аптека не сумеет получить необходимую информацию об участии, вам, возможно, придется полностью оплатить рецептурный лекарственный препарат.

Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы в размере покрываемой нами части стоимости лекарства. Мы, возможно, не сможем возместить вам полную сумму, если обычная цена лекарства в этой аптеке выше, чем договорная цена, по которой сотрудничающая с нами аптека продает лекарства участникам плана.

6. Другие ситуации, в которых вы полностью оплачиваете лекарство по рецепту

Полностью оплатить рецептурный лекарственный препарат бывает нужно в ситуациях, когда лекарство по каким-то причинам не покрывается.

- Например, лекарство может быть не включено в принятый в нашем плане Список лекарственных препаратов; на лекарство могут распространяться требования или ограничения, о которых вы не знали или которые, по вашему мнению, не относились к вам. Если вы все же решите приобрести такое лекарство, вам нужно будет полностью его оплатить.
- Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы. В некоторых ситуациях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача, чтобы вернуть вам нашу долю стоимости препарата. Мы, возможно, не сможем возместить вам полную сумму, если обычная цена лекарства в этой аптеке выше, чем договорная цена, по которой сотрудничающая с нами аптека продает лекарства участникам плана.

Получив вашу просьбу о возмещении, мы изучаем ее и решаем, должны ли мы покрывать это лекарство. Это называется принятием **страхового решения**. Если мы решим, что услуга или препарат должны быть покрыты, то оплатим свою долю стоимости. Если мы отказываемся возместить ваши расходы, вы можете подать апелляцию на наше решение. Сведения о том, как подать апелляцию, см. в главе 9.

РАЗДЕЛ 2 Как попросить нас возместить ваши расходы или оплатить полученный вами счет

Вы можете попросить нас возместить ваши расходы, направив нам письменный запрос. Если вы присылаете запрос в письменном виде, вместе с ним отправьте счет и документацию обо всех сделанных платежах. Рекомендуем вам делать для себя копии счетов, квитанций и чеков. **Претензию нужно подать в течение 1 (одного) календарного года** с даты получения услуги и/или товара или в течение 36 месяцев с даты получения лекарственного препарата.

Для того чтобы быть уверенным в том, что вы сообщаете нам все сведения, необходимые для принятия решения, можете воспользоваться нашей формой страхового требования.

Глава 7: Как попросить, чтобы мы оплатили свою долю счета за покрываемые медицинские услуги или лекарства

- Вы не обязаны использовать эту форму, но если вы пришлете ее, это поможет нам рассмотреть вашу просьбу быстрее.
- Эту форму можно скачать с нашего сайта (SWHNY.com). Кроме того, можно позвонить в наш Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: номер 711) и попросить, чтобы вам эту форму прислали.

Просьбу об оплате пришлите по почте вместе со всеми счетами или чеками по следующему адресу:

Возмещение расходов на медицинские услуги:

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

Возмещение расходов на рецептурный лекарственный препарат:

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

РАЗДЕЛ 3 Рассмотрение запроса и принятие решения

Если для рассмотрения вашей просьбы об оплате нам требуется дополнительная информация, мы вам об этом сообщаем. Если в этом нет необходимости, мы рассматриваем ваш запрос и принимаем страховое решение.

- Если мы решим, что медицинская услуга или препарат покрываются, и вы соблюдали все правила, мы оплатим нашу долю. Если вы уже оплатили услугу или препарат, мы отправим вам компенсацию за нашу долю расходов. Если вы полностью оплатили лекарство, то можете получить возмещение не на полную сумму, которую уплатили (например, если вы приобрели лекарство во внесетековой аптеке или если цена, которую вы заплатили наличными, выше нашей договорной цены). Если вы еще не оплатили услугу или препарат, мы отправим оплату напрямую поставщику услуг.
- Если мы решаем, что наш план не должен покрывать эту медицинскую помощь или лекарство или что вы не соблюдали установленные правила, мы не будем оплачивать нашу часть стоимости лекарства или услуги. В этом случае мы присылаем письмо, объясняющее причины отказа и ваше право подать апелляцию на наше решение.

Раздел 3.1 Если мы отказываемся полностью или частично оплатить медицинскую помощь или лекарство, вы можете подать апелляцию

Если вы считаете, что мы ошибочно отказались прислать возмещение или возместили неправильную сумму, то можете подать апелляцию. Подавая апелляцию, вы просите нас пересмотреть принятое нами решение об отклонении вашего запроса об оплате. Для процедуры апелляции определены формальные детальные процессы и важные сроки. Для получения информации о том, как подать апелляцию, обратитесь к главе 9.

ГЛАВА 8:

Ваши права и обязанности

РАЗДЕЛ 1 Уважение прав участников и их культурных особенностей

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять вам информацию в удобном для вас виде и с учетом ваших культурных особенностей (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в других форматах и т. д.)

Наш план должен следить за тем, чтобы все услуги, как клинические, так и другие, предоставлялись с учетом культурных особенностей пациента и были доступны всем участникам плана, в том числе с недостаточным знанием английского языка, ограниченной грамотностью, слабым слухом и различными культурными и этническими особенностями. Примерами соответствия плана этим требованиям доступности являются, помимо прочего, предоставление услуг письменного и устного перевода, телетайпов и подключения ТТУ (текстовый телефон или телетайпный аппарат).

В наш план входят бесплатные услуги устных переводчиков, которые ответят на вопросы участников, не владеющих английским языком. Кроме того, мы можем бесплатно предоставить вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, а также в других удобных форматах. Мы обязаны предоставить вам информацию о преимуществах нашего плана в доступном и удобном для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобной для вас форме, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

Наш план обязан предоставлять женщинам-участницам возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в нашей сети для получения плановых и профилактических медицинских услуг.

Если в сети плана нет специализированных поставщиков услуг, наш план несет ответственность за поиск таких поставщиков вне сети, которые окажут вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только долю софинансирования расходов, предусмотренную в сети. Если вы окажетесь в ситуации, когда в сети нашего плана нет специалистов, оказывающих необходимую вам услугу, позвоните в план и узнайте, куда можно обратиться, чтобы получить эту услугу, заплатив только долю софинансирования расходов, предусмотренную в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана в формате, доступном и подходящем для вас, при посещении специалистов по женскому здоровью или при поиске сетевого специалиста, позвоните, чтобы подать жалобу, в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. ТТУ: 711. Кроме того, можно подать жалобу в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) либо непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) по телефону 1-800-368-1019 или ТТУ 1-800-537-7697.

Глава 8: Ваши права и обязанности**Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Глава 8: Ваши права и обязанности

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 8 a.m. 點至 8 p.m. 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 بتسويات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

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

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

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

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتسويق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على (833) 671-0440، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. صباحاً إلى 8 p.m. مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضاً 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.

Глава 8: Ваши права и обязанности

Плэн 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, 8 a.m. 시부터 8 p.m. 시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스 부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

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

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

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

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

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

Если у вас возникнут проблемы с получением информации от нашего плана в доступной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 и подайте жалобу (с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. 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).

Глава 8: Ваши права и обязанности

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

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

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

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

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

Se ha problemi a ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per presentare un reclamo al Servizio Soci chiamando il numero (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m.. 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.

Глава 8: Ваши права и обязанности

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 a.m. et 8 p.m., heure locale. Pour les utilisateurs du système TTY, veuillez appeler le 711. Vous pouvez également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

Глава 8: Ваши права и обязанности

1.1 סעקציע מיר מוזן צושטעלן אינפֿארמאציע 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 פֿאַרמאָטירונגען, אאז"ו.)

אייער פֿלאַן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפֿעטענט שטייביטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וואָ, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט לייענען סקילז, געהער ומפֿאַסיק, אַדער יענע מיט פֿאַר רשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפילן פון ווי אַ פֿלאַן קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פֿאדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ רייטער אַדער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַדער טעלעטייפֿ רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַר רבינדונג.

אונדזער פֿלאַן האט פריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאַראַנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פון ניט-ענגליש בייטןעט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿארמאציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאָטירונגען אַן קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿאַרלאנגט צו געבן אייך אינפֿארמאציע וועגן דעם בענעפיטן פון דעם פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַסיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿארמאציע פון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

אונדזער פֿלאַן איז פֿאַרלאנגט צו געבן ווייבלעך ענראַ וואָ די אַ פֿאַר ציע פון דירעקט אַ קסעס צו אַ פֿרויען געזונט ספֿעציאַליסט אין די נעץ פֿאַר פֿרויען רוטיין און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

אויב פֿאַראַ וויידער אין דעם פֿלאַן נעץ פֿאַר אַ ספֿעציאַליטעט זענען נישט פֿאַראַנען, עס איז די פֿאַראַנטוואָרטלעכקייט פון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאַליטעט פֿאַראַ וויידער אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿלאַן, אייך וועט בלויז באַזאַלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וווּ עס זענען קיין ספֿעשאַלאַסן אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿארמאציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האַט קיין קאַנפֿליקט צו באַקומען אינפֿארמאציע פון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאַ וואָ טור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק-פֿרייטאָג, 8 p.m. - 8 a.m., היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פֿאַרלייגן אַ קלאַ מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) אַדער גלייך מיט די אַ פֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט 1-800-368-1019 (Office for Civil Rights) אַדער 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.

Глава 8: Ваши права и обязанности

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 a.m. – 8 p.m. czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711. Można również złożyć skargę do Medicare, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub bezpośrednio do Urzędu ds. Praw Obywatelskich pod numer 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

Глава 8: Ваши права и обязанности

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 জন্ম কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহেলৈ, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরষিবো, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদরে ইংরেজিতে দক্ষতা সীমতি, পড়ার দক্ষতা সীমতি, শরবণশক্তি অক্ষমতা রয়েছে বা যাদরে বচৈত্রিময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রকেষাপট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালকিভুক্তদরে জন্ম অ্যাক্সেসেগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নশিচতি করতে হবে। কনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসেগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলি মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরষিবো, দোভাষী পরষিবো, টেলিটাইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলিটাইপ্রাইটার ফোন) সংযোগে বধিানরে মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদরে প্ল্যানে, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদরে প্রশ্নরে উত্তর দেওয়ার জন্ম বনামূল্যে দোভাষী পরষিবো রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহেলৈ, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে কনো খরচ ছাড়াই তথ্য দতিে পারি। আমাদরে আপনাকে প্ল্যানরে সুবিধাগুলি সম্পর্কে এমন একটা ফর্ম্যাটে তথ্য দতিে হবে যা আপনার জন্ম অ্যাক্সেসেগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্ম কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদরে থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরষিবোদতিে কল করুন।

আমাদরে প্ল্যানটির মহিলা তালকিভুক্তদরে, মহিলাদরে রুটিন ও পরতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসবো পরষিবোগুলোর জন্ম নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞরে সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

কনো বিশেষত্বরে জন্ম প্ল্যানরে নটেওয়ারকরে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকরে বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে। তাদরে খুঁজে বরে করার দায়িত্ব প্ল্যানরে উপর বর্তায়। এই ক্ষত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার অর্থ পমেন্টে করবনো। আপনার প্রয়োজনীয় পরষিবো আপনাকে প্রদান করতে পারে প্লানরে নটেওয়ারক্রে এমন কনো বিশেষজ্ঞ উপস্থতি নহে এরকম কনো পরস্থতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার সময় এই পরষিবোটি পতে কনোথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যরে জন্ম প্লানে কল করুন।

আপনার জন্ম অ্যাক্সেসেগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদরে প্ল্যান বিষয়ক তথ্য পতে আপনার কনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুরবার স্থানীয় সময় 8 a.m. টা থেকে 8 p.m. টার মধ্যে সদস্য পরষিবোয় অভিযোগ দায়রে 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 অভিযোগ দায়রে করতে পারনো বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সভিলি রাইটস অফিসে অভিযোগ দায়রে করতে পারনো।

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

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

Глава 8: Ваши права и обязанности

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

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

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

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 8 a.m. - 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë të Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

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

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

To 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.

To 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.

Глава 8: Ваши права и обязанности

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 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

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

Раздел 1.2 Мы должны обеспечивать вам своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарствам

Вы имеете право выбрать своего основного врача (PCP) из сети нашего плана для организации и предоставления вам покрываемых услуг. У участниц нашего плана есть право без направления обращаться к специалисту по охране женского здоровья (например, к гинекологу).

Вы имеете право на то, чтобы сетевые поставщики нашего плана назначали приемы и предоставляли покрываемые услуги в приемлемые сроки. Это включает право на своевременное получение помощи специалистов, когда она требуется. Вы имеете право без долгих задержек получать лекарства по рецепту в сетевых аптеках, в том числе повторно по тому же рецепту.

Глава 8: Ваши права и обязанности

Если вы считаете, что медицинскую помощь или лекарства, покрываемые по условиям Части D, вы получаете со значительной задержкой, обратитесь к главе 9 и узнайте, что делать в такой ситуации.

Раздел 1.3 Мы должны защищать конфиденциальность вашей личной медицинской информации

Федеральное законодательство и законодательство штата защищают конфиденциальность ваших медицинских карт и персональной медицинской информации. Мы защищаем вашу персональную медицинскую информацию в соответствии с требованиями этих законов.

- Персональная медицинская информация включает **личную информацию**, которую вы сообщили нам при регистрации в плане, данные из вашей медицинской карты и другую информацию о состоянии вашего здоровья.
- Вы имеете все права, связанные с вашими данными, и право контролировать использование вашей медицинской информации. Мы присылаем вам письменное уведомление, которое называется *Уведомлением о правилах соблюдения конфиденциальности* (Notice of Privacy Practice). В нем говорится о ваших правах и о том, как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации.

Как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации?

- Мы заботимся о том, чтобы неуполномоченные лица не просматривали вашу документацию и не вносили в нее изменения.
- За исключением описанных ниже ситуаций, если мы намерены раскрыть вашу медицинскую информацию кому-нибудь, кто не оказывает вам помощь или не платит за нее, *мы сначала должны получить у вас или у вашего уполномоченного представителя письменное разрешение на это.*
- Мы не обязаны сначала получать ваше письменное разрешение в определенных случаях. Такие исключения разрешены или необходимы по закону.
 - Мы обязаны разгласить медицинскую информацию государственным организациям, которые проверяют качество обслуживания.
 - Вы стали участником нашего плана, потому что включены в программу Medicare. По этой причине мы должны сообщать Medicare вашу медицинскую информацию, включая сведения о рецептурных лекарственных препаратах, которые покрывает Часть D. Если Medicare разгласит ваши данные для исследований или в других целях, это будет сделано в соответствии с федеральными законами и нормативными актами. Обычно запрещено передавать информацию, которая позволяет установить вашу личность.

Вы имеете право просматривать информацию в своих медкартах и знать, каким образом ее передают другим лицам

Вы имеете право ознакомиться со своей медицинской картой, которая хранится в документации нашего плана, и получить ее копию. За изготовление копий нам разрешено брать плату. Вы имеете право попросить нас добавить или исправить информацию в вашей медицинской карте. Если вы попросите нас это сделать, мы обратимся к вашему поставщику медицинских услуг, чтобы прояснить необходимость внесения изменений.

Вы имеете право знать, как передается ваша медицинская информация другим лицам в целях, отличающихся от обычных.

Глава 8: Ваши права и обязанности

Если у вас появятся вопросы или жалобы по поводу конфиденциальности вашей персональной медицинской информации, позвоните в наш Отдел обслуживания.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К НЕЙ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.

В настоящем Уведомлении описывается политика конфиденциальности аффилированных планов медицинского страхования компании Molina Healthcare (далее — Molina, мы и другие формы этого местоимения). Мы используем и передаем вашу закрытую медицинскую информацию (PHI), чтобы предоставлять вам услуги медицинского страхования как участнику программы Molina. Мы используем и передаем вашу PHI для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Мы также используем и передаем вашу PHI в других целях, если это разрешено или предписано законом. Мы обязуемся сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации и следовать условиям данного Уведомления. Дата вступления настоящего Уведомления в силу — 1 января 2026 года.

Закрытая медицинская информация (PHI) — это данные о состоянии вашего здоровья, которые включают ваши имя и фамилию, номер участника или другие идентификаторы и используются либо передаются нами. PHI включает медицинскую информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и биометрическую информацию (например, голосовой отпечаток).

В каких целях мы используем вашу PHI и предоставляем доступ к ней?

Мы используем или передаем вашу PHI только с целью предоставления вам услуг медицинского страхования. Ваша PHI также используется или передается для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей.

Для осуществления лечения

Мы вправе использовать или предоставлять вашу PHI для обеспечения или организации вашей медицинской помощи. Это касается также направлений, выдаваемых вашими лечащими врачами, к другим врачам или прочим поставщикам медицинских услуг. Например, мы можем передать информацию о состоянии вашего здоровья врачу-специалисту. Это поможет специалисту обсудить ваше лечение с вашим врачом.

Для осуществления платежей

Мы можем использовать или передавать PHI для принятия решений об оплате. Такие сведения могут включать страховые требования, разрешения на лечение и решения относительно медицинских потребностей. В счете могут быть указаны ваше имя, ваше заболевание, предоставленное вам лечение, а также использованные расходные медицинские материалы. Например, мы можем сообщить врачу о том, что вы пользуетесь нашими услугами. Мы также сообщаем врачу сумму счета, которую мы готовы оплатить.

Для осуществления медицинского обслуживания

Мы можем использовать или передавать вашу PHI для управления планом медицинского страхования. Например, мы можем использовать информацию из вашего заявления, чтобы сообщить вам о медицинской программе, которая может вам помочь. Мы также можем использовать или передавать вашу PHI для решения ваших проблем. Кроме того, касающаяся вас PHI может использоваться для проверки правильности выплат по страховым требованиям.

Глава 8: Ваши права и обязанности

Осуществление медицинского обслуживания связано с необходимостью решения множества задач, связанных с ведением бизнеса. Они включают, помимо прочего, следующее:

- повышение качества обслуживания;
- деятельность в рамках программ медицинского страхования для оказания помощи участникам с определенными заболеваниями (например, астмой);
- проведение или организация медицинской экспертизы;
- юридические услуги, включая программы по выявлению и преследованию мошенничества и злоупотреблений;
- действия, помогающие нам соблюдать законы;
- удовлетворение потребностей участников, включая решения по претензиям и жалобам.

Мы будем передавать вашу PHI другим компаниям (**деловым партнерам**), которые осуществляют различные виды деятельности для реализации нашего плана медицинского страхования. Мы также можем использовать вашу PHI для напоминания о назначенных вам приемах у врачей. Мы можем использовать вашу PHI, чтобы предоставлять вам данные о других методах лечения или других покрываемых услугах, связанных со здоровьем.

В каких случаях мы можем использовать и передавать касающуюся вас PHI без получения от вас письменного разрешения (согласия)?

Помимо лечения, осуществления платежей и предоставления медицинского обслуживания, закон разрешает компании Molina или обязывает ее использовать и передавать вашу PHI для ряда других целей, включая перечисленные ниже:

В соответствии с требованиями законодательства

Мы используем и раскрываем вашу информацию в соответствии с требованиями закона. Ваша PHI может быть раскрыта по требованию министра здравоохранения и социального обеспечения США (Department of Health and Human Services, HHS). Это может быть связано с судебным разбирательством, иными юридическими действиями, а также в случае необходимости в правоохранительных целях.

Для целей, связанных с общественным здравоохранением

Касающаяся вас PHI может быть использована или передана для проведения мероприятий в сфере общественного здравоохранения. В частности, для содействия органам здравоохранения в профилактике или контроле заболеваний.

В целях надзора в сфере здравоохранения

Касающаяся вас PHI может использоваться государственными органами либо предоставляться этим органам. Им может понадобиться ваша PHI для проведения аудита.

Для исследовательских целей

Касающаяся вас PHI может использоваться или предоставляться для исследования в определенных случаях, например, когда имеется разрешение комиссии по конфиденциальности или экспертного совета организации.

Для целей судебного или административного производства

Ваша PHI может быть использована или передана для целей судебного производства, например в ответ на распоряжение суда.

Для целей, касающихся деятельности правоохранительных органов

Глава 8: Ваши права и обязанности

Ваша PHI может быть использована или передана полиции в правоохранительных целях, например для помощи в поиске подозреваемого, свидетеля или пропавшего человека.

В целях защиты здоровья и безопасности населения

Ваша PHI может быть передана для предотвращения серьезной и неминуемой угрозы здоровью населения или общественной безопасности.

Для осуществления функций государственных органов

Ваша PHI может быть передана правительству для выполнения особых функций. Например, для защиты президента.

Для защиты лиц, пострадавших от жестокого, небрежного обращения или домашнего насилия

Касающаяся вас PHI может быть предоставлена официальным властям, если мы сочтем, что какое-либо лицо является жертвой жестокого или небрежного обращения.

Выплаты по страховке от несчастного случая на рабочем месте

Касающаяся вас PHI может быть использована либо предоставлена для выполнения требований законов о страховании от несчастных случаев на рабочих местах.

Другие случаи раскрытия информации

Ваша PHI может быть предоставлена руководителям похоронных служб или судмедэкспертам для оказания содействия их работе.

Дополнительные ограничения на использование и раскрытие.

Некоторые федеральные законы и законы штата могут требовать специальных мер защиты конфиденциальности, которые ограничивают использование и раскрытие определенных видов медицинской информации. Такие законы могут защищать следующие виды информации: расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, биометрическая информация, жестокое или халатное обращение с детьми или взрослыми (включая сексуальное насилие), инфекционные заболевания, генетическая информация, HIV/AIDS, психическое здоровье, информация о несовершеннолетних, назначенные медикаменты, сведения о репродуктивном здоровье и заболеваниях, передаваемых половым путем. Мы будем следовать более строгому закону в ситуациях, где он к нам применим.

Информация о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ (SUD). Хотя мы не являемся программой лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (Программа SUD), в соответствии с федеральным законодательством мы можем получать информацию о вас от Программы SUD. Мы не имеем права раскрывать информацию о SUD для использования в гражданском, уголовном, административном или законодательном разбирательстве против вас, если у нас нет (i) вашего письменного согласия или (ii) судебного постановления, сопровождаемого повесткой в суд или другим юридическим требованием, обязывающим к раскрытию и выданным после того, как мы и вы получили уведомление и возможность предоставить свое мнение.

Когда нам требуется ваше письменное разрешение (согласие) на использование или передачу вашей PHI?

Нам необходимо получить письменное согласие на использование и передачу вашей PHI для любой цели, кроме перечисленных в этом Уведомлении. Нам необходимо получить ваше разрешение перед раскрытием вашей PHI в следующих случаях: (1) в большинстве случаев использования и раскрытия

Глава 8: Ваши права и обязанности

психотерапевтических записей; (2) в случаях использования и раскрытия в маркетинговых целях; и (3) в случаях использования и раскрытия, которые подразумевают продажу PHI. Вы можете отменить данное вами письменное разрешение. Отмена разрешения не будет распространяться на действия, осуществленные ранее на основании данного вами согласия.

Каковы ваши права в отношении вашей медицинской информации?

У вас есть перечисленные ниже права:

Подавать запрос на ограничение использования или раскрытия вашей закрытой медицинской информации (PHI) (передачи вашей PHI)

Вы можете попросить нас не предоставлять вашу PHI для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Вы также можете попросить нас не передавать вашу PHI членам семьи, друзьям или другим названным вами лицам, которые имеют отношение к вашему медицинскому обслуживанию. Однако компания вправе отказать в удовлетворении вашей просьбы. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

Запрашивать конфиденциальную передачу закрытой медицинской информации (PHI)

Вы можете попросить компанию Molina передать вам вашу PHI определенным образом или в определенном месте, чтобы сохранить конфиденциальность вашей PHI. Мы будем выполнять ваши обоснованные просьбы, если вы сообщите нам, каким образом предоставление вашей PHI или ее части может подвергнуть вашу жизнь риску. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

Просматривать и копировать касающуюся вас PHI

Вы имеете право ознакомиться с хранящейся у нас вашей PHI и получить ее копию. К такой информации могут относиться документы, использовавшиеся при принятии решений о покрытии услуг, удовлетворении страховых требований и других решений, касающихся вас как участника нашего плана. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Мы можем взимать обоснованную плату за изготовление копий и отправку документов по почте. В некоторых случаях мы можем отклонить запрос. Важное примечание. Мы не храним полные копии ваших медицинских карт. Если вы хотите просмотреть, получить копию или внести изменения в свою медицинскую карту, обратитесь к своему врачу или в клинику.

Вносить изменения в свою PHI

Вы можете попросить нас внести поправки (изменения) в вашу PHI. Это относится только к тем хранящимся у нас документам, которые касаются вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Вы можете направить письмо о несогласии, если мы отклоним запрос.

Получать отчет о случаях раскрытия PHI (передачи PHI)

Вы можете попросить нас предоставить вам список конкретных третьих сторон, которым мы передавали вашу PHI в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса. В этот список не включается PHI, передаваемая при следующих обстоятельствах:

- для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей;
- осуществляется передача лицам их собственной PHI;
- передача информации осуществляется с вашего разрешения;

Глава 8: Ваши права и обязанности

- использование или передача разрешены на ином основании или предусмотрены действующим законодательством;
- раскрытие PHI осуществляется в интересах национальной безопасности или разведки;
- в рамках ограниченного набора данных в соответствии с действующим законодательством.

Если вы запрашиваете этот список более одного раза в течение 12 месяцев, мы взимаем разумную плату за каждый его экземпляр. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

Вы можете подать любые запросы, указанные выше, а также получить бумажную копию этого Уведомления. Звоните в Отдел обслуживания нашего плана по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711.

Что делать, если ваши права не были защищены?

Вы можете подать жалобу в наш план и в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (Department of Health and Human Services), если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены. Мы не будем предпринимать никаких действий против вас за подачу жалобы. Это никоим образом не повлияет на ваше лечение и покрытие услуг.

Вы можете направить нам жалобу следующим образом:

Звоните в Отдел обслуживания плана по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711. Или напишите нам по следующему адресу:

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

Вы можете подать жалобу министру здравоохранения и социального обеспечения США (Department of Health and Human Services) по такому адресу:

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 (ФАКС)

Каковы наши обязанности?

Мы обязаны:

- соблюдать конфиденциальность вашей закрытой медицинской информации (PHI);
- предоставлять вам письменную информацию, подобную этой, о наших обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности вашей PHI;
- уведомлять вас в случае любой утечки вашей незащищенной PHI;
- не использовать и не раскрывать вашу генетическую информацию для целей продажи страховых покрытий;
- соблюдать условия данного Уведомления.

Глава 8: Ваши права и обязанности

В данное Уведомление могут вноситься изменения

Мы оставляем за собой право в любое время изменять правила соблюдения конфиденциальности информации и условия настоящего Уведомления. Если мы это сделаем, то новые условия и методы будут применяться ко всей хранимой нами PHI. В случае внесения каких-либо существенных изменений мы разместим пересмотренное Уведомление на своем веб-сайте и отправим измененную версию Уведомления или информацию о существенном изменении и о том, как получить новую версию Уведомления, в своей следующей ежегодной рассылке участникам нашего плана страхования. Это уведомление доступно на нашем веб-сайте www.molinahealthcare.com.

Контактная информация

Если у вас появятся какие-либо вопросы об этом уведомлении, обратитесь к нам.

Звоните в Отдел обслуживания нашего плана по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании ТТУ/TDD звоните по номеру 711. Вы также можете написать по адресу Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Позвоните по номеру (855) 882-3901, ТТУ/TDD: 711. Звонки принимаются без выходных, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки бесплатные.

Раздел 1.4 Мы должны сообщать вам информацию о нашем плане, сети поставщиков и покрываемых услугах

Как участник плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) вы имеете право получать от нас информацию по ряду вопросов.

Если вам требуется информация по одному из следующих вопросов, позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711):

- **Информация о нашем плане страхования.** Эта информация включает, например, сведения о финансовом состоянии нашего плана.
- **Информация о сетевых поставщиках услуг и аптеках.** У вас есть право получать у нас информацию о квалификации поставщиков услуг и аптек нашей сети и о том, как мы оплачиваем их работу.
- **Информация об имеющемся у вас страховом покрытии и о правилах, которые вы должны соблюдать при получении этого покрытия.** Сведения о страховом покрытии медицинских услуг см. в главах 3 и 4. Сведения о покрытии лекарственных препаратов по Части D см. в главах 5 и 6.
- **Информация о том, почему некоторые лекарства и виды обслуживания не покрываются, и что вы можете сделать в таком случае.** Вы можете попросить нас объяснить в письменном виде, почему вам было отказано в покрытии какой-либо медицинской услуги или лекарства, покрываемого по условиям Части D, либо почему покрытие было ограничено (см. главу 9). Кроме того, в главе 9 объясняется, как подать апелляцию, т. е. попросить нас изменить свое решение.

Глава 8: Ваши права и обязанности

Раздел 1.5 У вас есть право знать о возможных вариантах лечения и участвовать в принятии решений о вашем лечении

Вы имеете право получать полную информацию от врачей и других поставщиков медицинских услуг. Ваш поставщик услуг должен объяснить вам ваше заболевание и варианты лечения. Он должен сделать это в доступной для вас форме.

Вы можете на равных правах с врачами участвовать в принятии решений о вашем лечении. Приведенные ниже права позволяют вам вместе с врачами решать, какое лечение подходит вам лучше всего:

- **Вы имеете право знать обо всех вариантах лечения.** Это означает, что вам должны рассказать обо всех рекомендованных методах лечения вашего заболевания независимо от того, сколько лечение стоит и покрывает ли его наш план. Вам должны рассказывать также о программах, которые наш план предлагает своим участникам для регулирования лекарственного лечения и обеспечения его безопасности.
- **Вы имеете право знать о рисках.** Вам должны рассказывать обо всех рисках, связанных с лечением. Если предлагаемая медицинская помощь является частью клинического исследования, вам должны об этом сказать заранее. Вы всегда можете отказаться от участия в любом клиническом исследовании.
- **Право сказать «нет».** Вы имеете право отказаться от любого рекомендованного лечения. Это включает в себя право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач не советует вам этого не делать. Кроме того, у вас есть право прекратить прием назначенного вам лекарства. Если вы отказываетесь от лечения или прекращаете принимать лекарство, вы принимаете на себя полную ответственность за последствия этого решения.

У вас есть право дать указания относительно того, что нужно будет делать, когда вы не сможете самостоятельно принимать решения о лечении

Иногда человек, переживший несчастный случай или имеющий серьезное заболевание, не может самостоятельно принимать решения о своем лечении. Вы имеете право сообщить о том, что нужно будет делать, если вы окажетесь в подобной ситуации. Это означает, что, *если вы этого хотите*, вы можете:

- Заполнить письменную форму, дающую **выбранному вами лицу законные полномочия на принятие решений о вашем лечении** в случае, если вы не сможете принимать такие решения самостоятельно.
- **Дать врачам письменные указания** о том, как им следует принимать решения о медицинской помощи, если вы не сможете это делать самостоятельно.

Для того чтобы заранее дать указания на случай подобных ситуаций, вы можете составить юридический документ, который называется **заблаговременное распоряжение на случай недееспособности (advance directive)**. Это может быть, например, **прижизненное волеизъявление (living will)** или **доверенность на принятие решений о медицинской помощи (power of attorney for health care)**.

Как составить заблаговременное распоряжение с инструкциями:

Глава 8: Ваши права и обязанности

- **Получите бланк.** Бланк для заблаговременных распоряжений на случай недееспособности можно получить у адвоката, социального работника и в некоторых канцелярских магазинах. Иногда нужный бланк можно получить в организациях, информирующих людей о программе Medicare. Кроме того, можно позвонить в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711) и попросить прислать вам бланки.
- **Заполните и подпишите бланк.** Независимо от того, где вы получили бланк, после его заполнения он становится юридическим документом. За помощью в его составлении стоит обратиться к юристу.
- **Передайте экземпляры заполненных бланков кому считаете нужным.** Передайте копии этого документа своему врачу и человеку, которого вы уполномочили этим документом принимать за вас решения в случае вашей недееспособности. Вы можете передать копии этого документа также близким друзьям и членам семьи. Сохраните одну копию у себя дома.

Если вы заранее подготовились к госпитализации и уже подписали заблаговременное распоряжение, **возьмите копию этого документа с собой в больницу.**

- В больнице у вас спросят, подписали ли вы заблаговременное распоряжение на случай недееспособности и есть ли у вас с собой этот документ.
- Если вы не писали заблаговременное распоряжение, вас спросят, не хотите ли вы это сделать. В больницах есть необходимые бланки.

Составление заблаговременного распоряжения — ваш добровольный выбор (включая решение о его подписании, когда вы находитесь в больнице). Закон запрещает отказывать вам в помощи или дискриминировать вас на основании того, что вы составили или не составили заблаговременное распоряжение на случай недееспособности.

Если ваши инструкции не соблюдаются

Если вы подписали заблаговременное распоряжение, но считаете, что врач или больница не соблюдают содержащиеся в нем указания, вы можете подать жалобу. Для этого позвоните на горячую линию для подачи жалоб Департамента здравоохранения (Department of Health) штата New York по номеру 1-866-334-9866 (ТТУ: 711).

Раздел 1.6 У вас есть право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые нами решения

Если у вас возникли проблемы, беспокойства или жалобы и вам нужно запросить покрытие либо подать апелляцию, в главе 9 настоящего документа объясняется, что вы можете сделать. Что бы вы ни выбрали — запросить решение о покрытии, подать апелляцию или жалобу — **мы обязаны обеспечить вам справедливое отношение.**

Раздел 1.7 Если, по вашему мнению, мы отнеслись к вам несправедливо или нарушили ваши права

Если вы считаете, что к вам отнеслись несправедливо или ваши права нарушили по причине вашей расы, инвалидности, религии, пола, состояния здоровья, национальности, вероисповедания (убеждений), возраста или страны происхождения, позвоните в **Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights)** при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (Department

Глава 8: Ваши права и обязанности

of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Кроме того, вы можете позвонить в местное управление по гражданским правам.

Если вы считаете, что к вам отнеслись несправедливо либо ваши права нарушили, *но это не было* связано с дискриминацией, можете обратиться в одно из следующих учреждений:

- **Позвоните в Отдел обслуживания нашего плана по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ набирайте 711).**
- **Позвоните в местную программу SHIP.** Контактная информация приведена в разделе 3 главы 2.
- **Позвоните в Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (при использовании ТТУ набирайте 1-877-486-2048)

Раздел 1.8 Как вы можете больше узнать о своих правах?

Где можно получить информацию о ваших правах:

- **Звоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).**
- **Позвоните в местную программу SHIP** по номеру (800) 701-0501
- **Обратитесь в Medicare.**
 - Посетите сайт www.Medicare.gov и ознакомьтесь с публикацией *Ваши права по программе Medicare и их защита* (см.: Medicare Rights & Protections)
 - Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователи ТТУ могут звонить по номеру 1-877-486-2048).

РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника нашего плана страхования

Ниже перечислены обязанности участника нашего плана. По всем вопросам звоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

- **Ознакомьтесь с покрываемыми услугами и правилами, которые нужно соблюдать при получении таких услуг.** Что мы покрываем и какие правила вы должны соблюдать при получении покрываемых услуг, объясняется в этом Справочнике участника плана.
 - В главах 3 и 4 подробно говорится о медицинских услугах.
 - Сведения о покрытии лекарственных препаратов Части D см. в главах 5 и 6.
- **Если, помимо нашего плана, у вас есть другой полис медицинского страхования или другое покрытие лекарственных препаратов, вы нам об этом должны сообщить.** В главе 1 говорится о координации покрытия по разным страховкам.
- **Сообщите вашему врачу и другим поставщикам медицинских услуг, что вы являетесь участником нашего плана.** Предъявляйте карточку участника нашего плана всегда, когда получаете медицинскую помощь или лекарственные препараты, покрываемые согласно Части D.
- **Помогайте лечащим вас врачам и другим поставщикам услуг: сообщайте им необходимые сведения, задавайте вопросы и соблюдайте назначенный план лечения.**

Глава 8: Ваши права и обязанности

- Чтобы вам помогли как можно лучше, говорите своим врачам и другим поставщикам медицинских услуг обо всех проблемах со здоровьем. Соблюдайте согласованные с врачом планы лечения и рекомендации.
- Сообщайте своим врачам обо всех лекарствах, которые вы принимаете, в том числе о лекарствах, продающихся без рецепта, витаминах и биодобавках.
- Не стесняйтесь задавать вопросы, если что-нибудь непонятно, пока ответ не будет вам понятен.
- **Будьте тактичны.** Все участники нашего плана должны уважать права других пациентов. Вы не должны нарушать своим поведением работу кабинета вашего врача, больниц и других учреждений.
- **Платите то, что должны.** Участник плана отвечает за перечисленные ниже платежи:
 - Для сохранения участия в нашем плане вы должны платить страховые взносы Medicare.
 - Если в связи с высоким доходом (на основании налоговой декларации) вы должны платить дополнительную сумму за страховку по программе Часть D, то для того чтобы оставаться клиентом нашего плана, вы должны платить эту дополнительную сумму.
- **Если ваше новое место жительства находится в пределах нашей зоны обслуживания, мы все равно должны знать** о вашем переезде. Это позволит нам исправить ваши данные и связаться с вами в случае необходимости.
- **Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не сможете оставаться участником нашего плана.**
- **Если вы переезжаете, обязательно сообщите об этом в Службу социального обеспечения (Social Security) или в Совет по делам пенсионного обеспечения железнодорожников (Railroad Retirement Board).**

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

ГЛАВА 9:

Проблемы и жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

РАЗДЕЛ 1 Что делать, если у вас возникли проблемы или вопросы

В этой главе объясняется, какие процедуры вы можете использовать, если у вас возникла проблема или жалоба. Выбор процедуры зависит от типа проблемы:

- В некоторых случаях вам нужно использовать процедуру для **запроса страхового решения или подачи апелляции**.
- В других случаях нужно использовать **процедуру подачи жалоб** (претензий).

Раздел 1.1 Юридические термины

Для многих приведенных в этой главе правил, процедур и сроков существуют специальные юридические термины. Многие из этих терминов незнакомы большинству людей. Чтобы облегчить восприятие текста, в этой главе вместо некоторых юридических терминов используются более привычные слова.

Однако иногда важно знать правильные юридические термины. Для того чтобы помочь вам разобраться в том, какие юридические термины нужно использовать для получения необходимой помощи или информации, **мы** указываем их при подробном описании процесса рассмотрения вопроса в конкретных ситуациях.

РАЗДЕЛ 2 Где можно получить информацию и персональную помощь?

Мы всегда готовы вам помочь. Даже если вы хотите пожаловаться на то, как мы к вам относимся, мы обязаны уважать ваше право жаловаться. Для получения помощи вы всегда должны звонить в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711). В некоторых ситуациях вам может быть удобнее получить помощь и инструкции от кого-то, кто не имеет к нам отношения. Две организации, которые могут вам помочь:

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Эта государственная программа. Она действует в каждом штате. В ней работают специально обученные консультанты. Эта программа никак не связана ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Работающие в этой программе консультанты помогут вам понять, какую процедуру выбрать для решения возникшей у вас проблемы. Они ответят на ваши вопросы, сообщат дополнительную информацию и посоветуют, что и как нужно делать.

Консультанты из программы SHIP помогают вам бесплатно. Контактная информация программы SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Medicare

Вы можете также связаться с Medicare для получения помощи:

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте номер 1-877-486-2048.
- Посетите веб-сайт www.Medicare.gov

Помощь и информацию можно получить в Medicaid

- Вы можете позвонить на справочную линию Medicaid Helpline по номеру 1-800-541-2831 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м., в субботу с 9 а.м. до 1 р.м.
- Вы можете написать в местный департамент социального обеспечения (LDSS). Адрес LDSS можно найти здесь: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
- Вы также можете посетить веб-сайт программы Medicaid штата New York: www.health.ny.gov/health_care/medicaid

РАЗДЕЛ 3 Как подавать претензии и апелляции по программам Medicare и Medicaid

Вы включены в программы Medicare и Medicaid. Информация в этой главе действительна для **всех** услуг по программе Medicare и Medicaid. Это называется единым процессом (integrated process), так как он объединяет процессы рассмотрения, предусмотренные для программ Medicare и Medicaid.

Иногда, однако, процессы программы Medicare не объединены с теми, которые предусмотрены в случае программы Medicaid. В таких ситуациях нужно использовать процедуры, предусмотренные в программе Medicare, для обслуживания, покрываемого по программе Medicare, и процедуры программы Medicaid для обслуживания, покрываемого по программе Medicaid. Данные ситуации разъясняются в **разделе 6.4**.

РАЗДЕЛ 4 Какой процесс использовать для решения своей проблемы?

Если у вас возникли проблемы или сомнения, прочтите части этой главы, относящиеся к вашей ситуации. Приведенная ниже информация поможет вам найти нужный раздел этой главы, где рассматриваются проблемы и жалобы, касающиеся **обслуживания, покрываемого по программе Medicare или Medicaid**.

Ваша проблема или вопрос связаны с покрываемым обслуживанием или страховым покрытием?

Это включает разногласия относительно того, покрывает ли вам план конкретную медицинскую помощь (медицинские приспособления, медицинские услуги и/или лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть В); того, как именно план их вам покрывает; сложностей с оплатой медицинского обслуживания.

Да.

Перейдите к **разделу 5 «Сведения о страховых решениях и апелляциях»**.

Нет.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Перейдите к **разделу 11 «Как подавать жалобы на качество обслуживания, время ожидания, службу поддержки и т. д.»**.

Страховые решения и апелляции

РАЗДЕЛ 5 Сведения о страховых решениях и апелляциях

Необходимость в страховых решениях и апелляциях возникает, когда нужно решить проблемы со страховым покрытием медицинской помощи (лечения или услуг, приспособлений, лекарственных препаратов, покрываемых по программе Часть В; в частности это касается оплаты). Для простоты мы называем медицинские услуги, приспособления и лекарственные препараты, покрываемые Medicare Part B, **медицинской помощью**. Мы запускаем процесс принятия решения о страховом покрытии и процедуру апелляции, когда решается, получите ли вы страховое покрытие и каким образом.

Подача запроса о страховом решении до получения услуг

Если вы хотите заранее узнать, будем ли мы покрывать медицинскую помощь, можете попросить нас принять страховое решение по вашему случаю. Страховое решение — это решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за полученную вами медицинскую помощь. Например, если ваш врач, сотрудничающий с нашим планом, направляет вас к медицинскому специалисту, который с нами не сотрудничает, мы вынесем положительное страховое решение, то есть разрешим покрытие, если только ваш сетевой врач не предоставит доказательство, что вам выдано официальное уведомление об отказе в обслуживании у этого медицинского специалиста, или если в Справочнике участника плана четко оговорено, что указанная в направлении услуга не покрывается никогда и ни при каких условиях. Кроме того, вы или ваш врач можете связаться с нами и попросить принять страховое решение, если ваш врач не уверен, будем ли мы покрывать конкретную медицинскую услугу, или когда врач отказывается оказывать вам медицинскую помощь, которая вам, по вашему мнению, нужна.

В редких случаях мы можем не принять ваш запрос о страховом решении. Это означает, что мы отказываемся его рассматривать. Примеры случаев, когда мы **отказываемся** рассматривать апелляции: запрос неполный; запрос от вашего имени подал человек, который не имеет на это права; вы сами попросили отменить рассмотрение запроса. Если мы откажемся рассматривать запрос о страховом решении, то пришлем вам уведомление, в котором объясним, почему мы отказались и как вы можете попросить нас пересмотреть это решение.

Мы принимаем страховое решение всякий раз, когда решаем, что покрывается в вашем случае и сколько мы должны заплатить. В некоторых случаях мы можем принять решение, что медицинская помощь не покрывается или больше не покрывается для вас. Если вы не согласны с таким решением, можете подать апелляцию.

Подача апелляции

Если вы недовольны принятым нами страховым решением (до или после получения услуги), вы можете подать на него **апелляцию**. Апелляция — это способ официально попросить нас пересмотреть и изменить принятое страховое решение. При определенных обстоятельствах вы можете попросить, чтобы мы рассмотрели ускоренную или **быструю апелляцию** на страховое решение. Апелляцию рассматривают сотрудники, которые не участвовали в принятии не удовлетворившего вас страхового решения.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Если апелляцию на какое-то страховое решение вы подаете впервые, то это апелляция 1-го уровня. Получив вашу апелляцию, мы заново изучаем решение о страховом покрытии и проверяем, соблюдались ли при его принятии все применимые правила. Завершив рассмотрение апелляции, мы сообщаем вам о своем решении.

В редких случаях мы можем отказаться рассматривать вашу апелляцию 1-го уровня. Примеры случаев, когда мы отказываемся рассматривать запросы: запрос неполный; запрос от вашего имени подал человек, который не имеет на это права; вы сами попросили отменить рассмотрение запроса. Если мы отказались рассматривать вашу апелляцию 1-го уровня, то отправляем вам уведомление, в котором объясняется, почему мы ее отклонили и как попросить о пересмотре этого решения.

Если по результатам рассмотрения апелляции 1-го уровня мы отказываем в покрытии всей запрошенной медицинской помощи или ее части, ваша апелляция автоматически переходит на 2-й уровень рассмотрения. Апелляция 2-го уровня рассматривается независимой организацией, которая не связана с нами.

- Рассмотрение апелляции 2-го уровня начнется автоматически без каких-либо действий с вашей стороны. Согласно правилам программы Medicare, если мы частично не согласны с апелляцией 1-го уровня в отношении медицинских услуг, она автоматически направляется на 2-й уровень рассмотрения.
- Информацию об апелляции 2-го уровня относительно медицинской помощи см. в **разделе 6.4** этой главы.
- Апелляции по поводу лекарств, покрываемых по программе Часть D, обсуждаются в разделе 7 этой главы.

Если вы недовольны решением, принятым по результатам рассмотрения апелляции 2-го уровня, иногда ее можно передать на более высокие уровни рассмотрения (в этой главе описаны процедуры апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней).

Раздел 5.1 Как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию?

Ниже перечислено, куда вы можете обращаться с просьбой принять страховое решение или с апелляцией на наше решение:

- **Звоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).**
- **Получите бесплатную помощь** по программе помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program.
- **Запрос от вашего имени может подать ваш врач или другой поставщик медицинских услуг.** Если врач помогает вам перейти на уровень рассмотрения апелляции выше 2-го, он должен быть назначен вашим представителем. Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711) и попросите предоставить вам форму *назначения представителя (Appointment of Representative)*. (Эта форма также есть на сайте www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)
 - В случае оказания медицинской помощи ваш врач или другой поставщик медицинских услуг может от вашего имени попросить о страховом решении или подать апелляцию 1-го уровня. Если ответ на апелляцию 1-го уровня отрицательный, она автоматически переходит на 2-й уровень.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Если ваш врач или другой поставщик медицинских услуг запрашивает продолжение покрытия обслуживания или приспособления, которое вы уже получаете, во время рассмотрения апелляции, **возможно**, вам понадобится назначить этого врача или другого специалиста, выписывающего рецепт, своим представителем, действующим от вашего имени.
- Для лекарственных препаратов, покрываемых по программе Часть D, просьбу о страховом решении или апелляцию 1-го уровня может от вашего имени подать ваш врач или другой специалист, выписавший рецепт. Если по результатам рассмотрения вашей апелляции 1-го уровня вам отказано, то ваш врач или другой медик, выписавший рецепт, может подать апелляцию 2-го уровня.
- **Вы можете попросить кого-нибудь действовать от вашего имени.** Вы можете при желании назначить своего представителя, который от вашего имени будет просить о страховом решении или подавать апелляцию.

Если вы хотите, чтобы ваш друг, родственник или кто-то другой стал вашим представителем, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711) и попросите прислать форму *назначения представителя (Appointment of Representative)*. (Эта форма также есть на сайте www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) Форма дает этому человеку разрешение действовать от вашего имени. Форма должна быть подписана вами и тем человеком, которого вы назначили своим представителем. Вы должны передать нам копию подписанной формы.

Мы можем принять апелляцию у этого представителя, даже если форма еще не была подписана, но начать и завершить рассмотрение апелляции мы не сможем, пока не получим эту форму. Если мы не получим эту форму до крайнего срока принятия решения по вашей апелляции, мы отклоним апелляцию. В таком случае мы отправим вам письменное уведомление с описанием вашего права на обращение в независимую контрольную организацию с просьбой пересмотреть наше решение.

- **Вы имеете право нанять в качестве своего представителя адвоката.** Вы можете обратиться к своему собственному адвокату либо найти адвоката из местной коллегии адвокатов или по рекомендации другой справочной службы. Некоторые юридические группы предоставят вам бесплатные юридические услуги, если вы отвечаете их требованиям. Однако **вам не требуется нанимать адвоката**, чтобы запросить страховое решение или подать апелляцию.

Раздел 5.2 Правила и сроки

Существуют 4 типа ситуаций, в которых бывает нужно получить страховое решение или подать апелляцию. Для каждой ситуации предусмотрены разные правила и сроки, и мы приводим подробную информацию по каждой из этих ситуаций:

- **Раздел 6.** Медицинская помощь: как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию
- **Раздел 7.** Препараты, покрываемые по программе Часть D: как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию
- **Раздел 8.** Как попросить нас продлить страховое покрытие госпитализации в стационарной больнице, если вас выписывают слишком рано?

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- **Раздел 9.** Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинских услуг, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано (относится только к таким видам услуг: медицинская помощь на дому, обслуживание в центре комплексной амбулаторной реабилитации [CORF] или центре квалифицированного сестринского ухода)

Если вы не знаете, что выбрать, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ набирайте 711). Кроме того, помощь или информацию можно получить в программе SHIP.

РАЗДЕЛ 6 **Медицинская помощь: как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию**

Раздел 6.1 **Что делать, если у вас возникли сложности с получением страхового покрытия медицинской помощи или если вы хотите, чтобы мы возместили вам ваши расходы на обслуживание**

Список покрываемой медицинской помощи см. в главе 4 в Таблице покрываемого обслуживания. В некоторых случаях к просьбам о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Часть В применяются другие правила. Тогда мы объясняем, как правила, регулирующие покрытие лекарственных препаратов по условиям Части В, отличаются от тех, которые применимы для медицинских услуг и приспособлений.

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в каждой из 5 описанных здесь ситуаций:

1. Вы не получаете медицинскую помощь, которую хотите получать, и считаете, что наш план ее покрывает. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 6.2.**
2. Наш план отказался покрывать медицинскую помощь, которую врач или другой поставщик медицинских услуг хочет вам предоставить, но вы считаете, что наш план должен ее покрывать. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 6.2.**
3. Вы получили медицинскую помощь, которую, как вы полагаете, наш план должен покрывать, но мы сказали, что платить за нее не будем. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
4. Вы получили медицинскую помощь и сами же ее оплатили; вы считаете, что наш план эту помощь покрывает и просите нас возместить расходы. **Пришлите нам счет. Раздел 6.5.**
5. Вам сообщили о том, что страховое покрытие определенной медицинской помощи, которую наш план уже разрешил и которую вы уже начали получать, будет уменьшено или прекращено; вы считаете, что уменьшение или прекращение этого страхового покрытия повредит вашему здоровью. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

Примечание. Если прекращается страховое покрытие стационарного лечения, медицинской помощи на дому, обслуживания в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), см. разделы 8 и 9. В этом случае действуют особые правила.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Раздел 6.2 Как попросить нас о страховом решении

Юридические термины:

Страховое решение о медицинской помощи называется **заключением организации (organization determination)**.

Принятие **быстрого решения по покрытию** называется **ускоренным заключением (expedited determination)**.

Шаг 1. Определитесь, какое страховое решение вам нужно — быстрое решение по покрытию или стандартное.

Стандартное решение о покрытии обычно принимается в течение 7 календарных дней, если для медицинского приспособления или услуги по нашим правилам нужно получить предварительное подтверждение, 14 календарных дней для всех других медицинских приспособлений и услуг или 72 часов для лекарств по программе Часть В. Быстрое решение по покрытию мы обычно принимаем не позднее чем в течение 72 часов для медицинских услуг и 24 часов для лекарств, покрываемых по программе Часть В.

- Вы можете получить быстрое решение по покрытию, *только* если рассмотрение вашего запроса в стандартные сроки *способно серьезно повредить вашему здоровью либо вашим физическим или психическим возможностям*.
- **Если ваш врач сообщает нам, что нужно принять быстрое решение по покрытию в связи с состоянием вашего здоровья, мы автоматически на это соглашаемся.**
- **Если вы сами, без врача, просите нас принять быстрое решение по покрытию, мы сами решаем, требует ли этого состояние вашего здоровья.** Если мы отказываемся рассматривать вашу просьбу о быстром решении по покрытию, то присылаем вам письмо, где сказано следующее:
 - Объясняется, почему мы будем рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки.
 - Объясняется, что если ваш врач просит принять быстрое решение по покрытию, мы автоматически на это соглашаемся.
 - Объясняется, что вы можете подать «быструю» жалобу на наше решение рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки вместо запрашиваемого вами быстрого решения по покрытию.

Шаг 2. Попросите свой план принять страховое решение или быстрое решение по покрытию.

- Начните с того, что попросите наш план покрыть медицинскую помощь, которую хотите получать (т. е. утвердить ее страховое покрытие). Для этого позвоните, напишите или пришлите факс в наш план. Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель. Контактная информация приведена в главе 2.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу просьбу о страховом покрытии медицинской помощи и сообщаем вам свой ответ.

Обычные решения о покрытии мы принимаем в стандартные сроки.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Это значит, что мы даем ответ в течение 7 календарных дней после получения вашего запроса о страховом покрытии **медицинской услуги или медицинского приспособления, на которые распространяются наши правила касательно предварительного подтверждения. Если запрошенные вами медицинские изделия или услуги не требуют предварительного подтверждения, мы дадим ответ в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса. Если ваш запрос касается **лекарства, покрываемого по программе Часть В**, мы отвечаем **в течение 72 часов** после получения запроса.

- **Однако**, если о дополнительном времени просите вы или если нам требуется больше времени, чтобы получить сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить не более 14 календарных дней**, если вы просите о покрытии медицинской услуги или товара. Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарственного препарата, покрываемого по программе Часть В, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу с просьбой ускорить процесс рассмотрения. Мы дадим вам ответ, как только примем решение по вашей жалобе. (Процедура подачи жалобы отличается от процедуры страховых решений и апелляций. Информацию о жалобах см. в разделе 11.)

В случае быстрого решения по покрытию сроки короче.

Быстрое решение по покрытию мы принимаем за 72 часа, если вы просите о покрытии медицинской услуги или приспособления. Если ваш запрос касается лекарства, покрываемого по программе Часть В, мы принимаем решение в течение 24 часов.

- **Однако**, если о дополнительном времени просите вы или если нам требуется больше времени, чтобы получить сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить не более 14 календарных дней**. Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарственного препарата, покрываемого по программе Часть В, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу с просьбой ускорить процесс рассмотрения. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.) Мы позвоним вам, как только примем решение.
- **Если наше решение по всей вашей просьбе или ее части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа.

Шаг 4. Получив от нас отрицательный ответ на просьбу о покрытии медицинской помощи, вы можете подать апелляцию.

- В случае отрицательного ответа вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это еще одна попытка добиться страхового покрытия той медицинской помощи, которую вы хотите получать. Подавая нам апелляцию, вы переходите на 1-й уровень процедуры апелляции.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Раздел 6.3 Как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины:

Обращение с апелляцией по поводу решения о покрытии планом медицинской помощи называется **повторным рассмотрением (reconsideration)**.

Другое название быстрой апелляции — **ускоренное повторное рассмотрение (expedited reconsideration)**.

Шаг 1. Определитесь, какая апелляция вам нужна — быстрая или стандартная.

По стандартной апелляции мы обычно принимаем решение не позднее чем через 30 календарных дней или 7 календарных дней в случае лекарств, покрываемых по программе Часть В. По быстрой апелляции мы обычно принимаем решение в течение 72 часов.

- Если вы подаете апелляцию на решение, принятое нами по поводу вашего обслуживания, вы и/или ваш врач решаете, требуется ли вам быстрая апелляция. Мы рассмотрим вашу быструю апелляцию, если ваш врач считает, что этого требует состояние вашего здоровья.
- Требования при рассмотрении быстрой апелляции те же, что и в случае быстрого решения по покрытию (см. раздел 6.2).

Шаг 2. Попросите наш план о стандартной или быстрой апелляции

- **Если вы просите о рассмотрении стандартной апелляции, вам нужно подать стандартную апелляцию в письменном виде.** Кроме того, подать апелляцию можно по телефону. Контактная информация приведена в главе 2.
- **Если вы просите о рассмотрении быстрой апелляции, ее можно подать как по телефону, так и в письменном виде.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней** со дня, которым датировано письменное уведомление, извещающее вас о нашем страховом решении. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, то, подавая апелляцию, объясните, почему опоздали. Мы можем продлить срок подачи апелляции. Примеры уважительных причин: у вас серьезное заболевание, помешавшее вам связаться с нами, либо мы предоставили вам неправильную или неполную информацию о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете попросить, чтобы мы бесплатно прислали вам информацию, касающуюся врачебного решения. Вы и ваш врач можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.**

Если мы сообщаем о прекращении или уменьшении покрытия обслуживания или приспособления, которое вы уже получаете, покрытие этого обслуживания или приспособления можно продлить, пока апелляция рассматривается.

- Если мы решим изменить либо прекратить покрытие ранее утвержденного обслуживания или приспособления, которое уже вам предоставляется, мы заранее уведомим вас об этом.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Если вы не согласны с нашим решением, то можете подать апелляцию 1-го уровня. Если вы подадите апелляцию 1-го уровня не позднее 10 календарных дней с даты, указанной на почтовом штемпеле нашего письма, или до даты вступления в силу нашего решения (в зависимости от того, что наступит позднее), мы не будем прекращать страховое покрытие обслуживания или приспособления на время рассмотрения.
- Если вы подадите просьбу вовремя, то можете до конца рассмотрения апелляции 1-го уровня использовать прежнее страховое покрытие обслуживания или приспособления. Объем всех других покрываемых услуг и приспособлений (которые не являются предметом вашей апелляции) остается без изменений.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем ответ.

- Рассматривая апелляцию, мы тщательно изучаем всю информацию. Мы проверяем, все ли правила мы соблюдали, когда давали отрицательный ответ.
- При необходимости мы собираем больше данных, и можем связаться с вами или вашим врачом.

Сроки рассмотрения быстрой апелляции

- При быстрой апелляции мы должны дать вам ответ в течение **72 часов после получения апелляции**. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
 - Когда вы просите о дополнительном времени или нам требуется собрать больше сведений, которые помогут принять решение в вашу пользу, мы **можем добавить не более 14 календарных дней**, если вы просите о покрытии медицинского приспособления или услуги. Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваш запрос касается лекарственного препарата, покрываемого по программе Часть В, мы не можем продлить срок его рассмотрения.
 - Если мы не даем ответ за 72 часа (или к концу продленного срока, если нам понадобились дополнительные дни), мы должны автоматически переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация. В разделе 6.4 говорится о процедуре апелляции 2-го уровня.
- **Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны утвердить или предоставить страховое покрытие, на которое согласились, на протяжении 72 часов с момента получения апелляции.
- **Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное**, мы присылаем вам письмо, в котором сообщаем об отказе и о том, что мы автоматически передали вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень рассмотрения. Независимая экспертная организация письменно уведомит вас о получении вашей апелляции.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции

- Если мы рассматриваем стандартную апелляцию, то должны принять решение в течение **30 календарных дней** после ее получения. Если ваша апелляция касается лекарства, покрываемого по программе Часть В, которое вы еще не получили, решение мы принимаем **не позднее чем через 7 календарных дней** после получения апелляции. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Однако, если о дополнительном времени просите вы или если нам требуется больше времени, чтобы получить сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить не более 14 календарных дней**, если вы просите о покрытии медицинской услуги или приспособления. Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарственного препарата, покрываемого по программе Часть В, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу с просьбой ускорить процесс рассмотрения. На «быструю» жалобу мы отвечаем не позднее чем через 24 часа с момента ее получения. (О подаче жалоб, в том числе «быстрых», подробно говорится в **разделе 11.**)
- Если мы не сообщаем свое решение в срок (или к концу продленного срока рассмотрения), то направляем ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация. В разделе 6.4 говорится о процедуре апелляции 2-го уровня.
- **Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны не позднее чем через **30 календарных дней** утвердить или предоставить страховое покрытие медицинского обслуживания, а для лекарственных препаратов, покрываемых по программе Часть В, этот срок составляет **7 календарных дней**.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всей апелляции или ее части, рассмотрение апелляции может быть продолжено.**
- Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное, мы сообщим вам об этом письмом.
 - Если ваша проблема касается покрытия услуги или товара по программе Medicare, в письме будет указано, что мы передали материалы вашего дела в независимую экспертную организацию для апелляции 2-го уровня.
 - Если ваша проблема касается покрытия услуги или товара по программе Medicaid, в письме будет указано, как подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно.

Раздел 6.4 Процесс подачи апелляции 2-го уровня

Юридический термин:

Официальное название независимой экспертной организации — **независимое юридическое лицо, отвечающее за составление экспертного заключения (Independent Review Entity)**. Иногда используется сокращение **IRE**.

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare. Она не связана с нами и не является государственным учреждением. Эта организация решает, является ли наше решение правильным или его нужно изменить. Надзор над ее деятельностью осуществляет Medicare.

- Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно **покрываемых Medicare**, мы автоматически передадим ваше дело на 2-й уровень процедуры апелляции сразу после завершения 1-го уровня.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно **покрываемых Medicaid**, вы можете подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно. В письме будет указано, как это сделать. Соответствующая информация также приведена ниже.
- Если ваша проблема связана с услугой или товаром, которые могут **покрываться как Medicare, так и Medicaid**, мы автоматически направим апелляцию 2-го уровня в независимую экспертную организацию. Вы также можете запросить проведение беспристрастного разбирательства на уровне штата.

Если вы имеете право на сохранение покрытия после подачи апелляции 1-го уровня, покрытие услуги, товара или лекарственного препарата также может быть продолжено в течение процедуры апелляции 2-го уровня. Информацию о продолжении страхового покрытия на время рассмотрения апелляций 1-го уровня см. на стр. 138.

- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только Medicare, покрытие данной услуги не будет продолжено на период процедуры апелляции 2-го уровня с привлечением независимой экспертной организации.
- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только Medicaid, покрытие данной услуги будет продолжено, если вы подадите апелляцию 2-го уровня в течение 10 календарных дней с момента получения письма с нашим решением.

Если ваша проблема касается услуги или приспособления, обычно покрываемых Medicare:

Шаг 1. Рассмотрением вашей апелляции занимается независимая экспертная организация.

- Мы пересылаем информацию по вашей апелляции в эту организацию. Эта информация называется вашим **делом** (case file). **Вы имеете право бесплатно получить копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.
- Эксперты из независимой экспертной организации тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

Если вы подавали быструю апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне она также будет рассматриваться как быстрая апелляция.

- При быстрой апелляции независимая экспертная организация должна дать вам ответ по апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинской услуги или приспособления и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней**. В случае направления вами запроса о покрытии лекарственного препарата по программе Часть В независимая экспертная организация не сможет продлить срок принятия решения.

Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась как стандартная апелляция, на 2-м уровне рассмотрения она также будет рассматриваться как стандартная апелляция.

- Если стандартная апелляция подана по поводу медицинского товара или медицинской услуги, то независимая экспертная организация должна дать вам ответ по апелляции 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** со дня ее получения. Если ваша апелляция 2-го уровня касается лекарственного препарата, покрываемого по программе Часть В, решение будет вынесено **в течение 7 календарных дней** с момента ее получения независимой экспертной организацией.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Если ваш запрос касается медицинской услуги или товара, и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней**. В случае направления вами запроса о покрытии лекарственного препарата по программе Часть В независимая экспертная организация не сможет продлить срок принятия решения.

Шаг 2. Независимая экспертная организация дает вам ответ.

Независимая экспертная организация письменно изложит свое решение и основания для его принятия.

- **Если независимая экспертная организация полностью или частично согласна с запросом на покрытие медицинского приспособления или услуги**, мы должны утвердить покрытие медицинской помощи в течение **72 часов** или предоставить услугу в течение 14 календарных дней после получения решения от независимой экспертной организации по **стандартным запросам**. В случае рассмотрения **запросов в ускоренном порядке** у нас есть **72 часа** с даты получения решения от независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация полностью или частично согласна с запросом на покрытие лекарства по условиям Части В**, мы должны утвердить или предоставить препарат, покрываемый по Части В, в течение **72 часов** после получения решения от независимой экспертной организации, если запрос рассматривается **в стандартном порядке**. В случае рассмотрения **запросов в ускоренном порядке** у нас есть **24 часа** с даты получения решения от независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация отклонит вашу апелляцию частично или полностью**, это означает, что она согласна с тем, что мы не должны одобрять (частично или полностью) ваш запрос о покрытии планом медицинской помощи. (Это называется «**подтвердить решение**» [**upholding the decision**] или «**отклонить апелляцию**» [**turning down your appeal**].) В этом случае независимая экспертная организация присылает вам письмо, в котором:
 - Объясняет принятое решение.
 - Сообщает вам о том, что вы имеете право перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции, если размер покрытия медицинской помощи в долларах не меньше установленного минимума. В письменном уведомлении, которое вы получите от независимой экспертной организации, будет сказано, при какой величине страхового покрытия в долларах вы можете продолжить процедуру апелляции.
 - Сообщает, как подать апелляцию 3-го уровня.
- Если ваша апелляция 2-го уровня была отклонена, но вы отвечаете необходимым требованиям для продолжения процедуры апелляции, вы должны решить, желаете ли вы перейти на 3-й уровень и подать третью апелляцию. О том, как это сделать, будет рассказано в письменном уведомлении, которое вы получите после принятия решения по вашей апелляции 2-го уровня.
 - Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или юридический судья (Attorney Adjudicator). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процесса апелляции говорится в **разделе 10** этой главы.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых Medicaid:

Шаг 1. Запросите проведение беспристрастного разбирательства на уровне штата.

- 2-м уровнем процедуры апелляции касательно услуг, которые обычно покрываются Medicaid, является беспристрастное разбирательство на уровне штата. Вы должны подать запрос о проведении беспристрастного разбирательства в письменном виде или по телефону в течение 60 календарных дней с даты получения от нас письма с решением по апелляции 1-го уровня. В письме, которое вы получите от нас, будет указано, куда подавать запрос на разбирательство.
- По телефону: 1-800-342-3334 (для пользователей TTY: позвоните по номеру 711 и попросите оператора позвонить по номеру 1-877-502-6155)
- По факсу: 518-473-6735
- В Интернете: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- По почте: NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

- Лично: Для участников, не являющихся резидентами New York City:

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

- Для резидентов New York City:

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

После того как вы запросите проведение беспристрастного разбирательства, власти штата направят вам уведомление с указанием времени и места его проведения. На слушании вас попросят объяснить, почему вы считаете это решение неправильным. Сотрудник отдела административных слушаний выслушает вас и представителей плана и решит, было ли наше решение ошибочным. Если штат отклонит вашу просьбу о проведении ускоренного беспристрастного разбирательства, вам позвонят и пришлют письмо. Если ваш запрос на ускоренное беспристрастное разбирательство будет отклонен, штат проведет ваше беспристрастное разбирательство в течение 90 дней.

Если штат удовлетворит ваш запрос на ускоренное беспристрастное разбирательство, вам позвонят, чтобы сообщить время и дату вашего слушания. Все ускоренные беспристрастные разбирательства проводятся по телефону.

Для подготовки к разбирательству:

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- **Мы пришлем вам копию «пакета доказательств» до начала разбирательства.** Это информация, на основании которой мы приняли решение о вашем обслуживании. Мы предоставим эту информацию должностному лицу, проводящему разбирательство, для объяснения нашего решения. Если времени для отправки почтой недостаточно, мы передадим вам копию пакета доказательств в день разбирательства. Если вы не получите пакет доказательств за неделю до разбирательства, вы можете позвонить по номеру 1-800 MCO-PLAN.
- **Вы имеете право ознакомиться с материалами своего дела и другими документами.** В вашем деле есть ваши медицинские записи и может быть больше информации о том, почему ваше медицинское обслуживание было изменено или не одобрено. Вы также можете запросить у нас инструкции и другие документы, на основании которых мы приняли это решение. Вы можете позвонить по номеру 1-800 MCO-PLAN, чтобы ознакомиться с материалами дела и другими документами или получить бесплатную копию. Копии будут отправлены вам почтой только в том случае, если вы попросите отправить их вам почтой.
- **Вы имеете право взять с собой человека, который будет помогать вам на разбирательстве,** например адвоката, друга, родственника или кого-то еще. На разбирательстве вы или это лицо можете передать сотруднику отдела административных слушаний какой-то документ в письменной форме или просто сказать, почему решение было неправильным. Вы также можете попросить других людей поддержать вашу позицию. Вы или этот человек также можете задавать вопросы другим участникам разбирательства.
- **Вы имеете право подавать документы в поддержку своей позиции.** Принесите на разбирательство копии документов, которые, по вашему мнению, помогут при рассмотрении вашего случая (например, письма врача, счета за медицинские услуги и квитанции). Может иметь смысл принести на разбирательство копию этого уведомления и все страницы, которые прилагались к нему.
- **Вы можете получить юридическую помощь,** позвонив в местное Общество правовой помощи или адвокатскую группу. Чтобы найти адвоката, загляните в каталог Yellow
- Pages в раздел адвокатов или зайдите на сайт www.LawhelpNY.org. В городе New York звоните по номеру 311.

Внешние апелляции

У вас есть право подать другую апелляцию, если мы сказали, что запрошенная вами услуга:

1. не является необходимой по медицинским показаниям;
2. является экспериментальной или исследовательской;
3. не отличается от той помощи, которую можно получить у сетевых поставщиков услуг; или
4. может быть получена у поставщика услуг, который сотрудничает с планом и имеет нужную подготовку и нужный опыт.

По решениям такого типа вы можете попросить штат New York (NYS) о независимой внешней апелляции. Такая апелляция называется внешней апелляцией, поскольку наше решение проверяют эксперты, не работающие ни в плане медицинского страхования Senior Whole Health of New York NHC, ни в органах штата New York (NYS). Эти эксперты — квалифицированные специалисты, утвержденные штатом New York. Услуга, являющаяся предметом спора, должна входить в число покрываемых планом видов обслуживания или быть экспериментальным лечением, предметом клинического исследования или методом лечения редкого заболевания. Платить за рассмотрение внешней апелляции вам не нужно.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

На подачу внешней апелляции у вас есть 4 месяца с даты отправки письма с решением по вашей апелляции 1-го уровня. Если вы договоритесь с планом Senior Whole Health of New York NHC не применять процедуру апелляции к плану, то на подачу внешней апелляции у вас есть **4 месяца** со дня заключения такого соглашения.

Для того чтобы подать внешнюю апелляцию, нужно заполнить заявку и послать ее в Финансовый департамент (Department of Financial Services). Если вам нужна помощь в подаче внешней апелляции, позвоните в Отдел обслуживания по номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты участника. Вам и вашим врачам нужно будет предоставить информацию о вашей медицинской проблеме. В бланке заявки на внешнюю апелляцию сказано, какие сведения нужны.

Бланк заявки внешней апелляции можно получить несколькими способами:

- Позвоните в Финансовый департамент (Department of Financial Services) по номеру 1-800-400-8882.
- Воспользуйтесь сайтом Финансового департамента (Department of Financial Services) www.dfs.ny.gov.
- Позвоните нам по номеру (833)-671-0440.

Решение по вашей внешней апелляции будет принято в течение 30 дней. Если эксперт, проверяющий внешнюю апелляцию, запросит дополнительную информацию, может потребоваться больше времени (до пяти рабочих дней). Окончательное решение вам и плану Senior Whole Health of New York NHC сообщат в течение двух дней после принятия.

Вы можете получить решение раньше, если:

- ваш врач скажет, что задержка может серьезно повредить вашему здоровью, или
- вы находитесь на стационарном лечении после визита в отделение экстренной помощи, и план отказывает вам в больничном уходе.

В этом случае апелляция называется ускоренной внешней апелляцией. При ускоренном рассмотрении внешней апелляции эксперт принимает решение в течение 72 часов.

Если вы запросили стационарное лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, не менее чем за 24 часа до планируемой выписки из больницы, мы продолжим оплачивать ваше пребывание в стационаре, если:

- вы запрашиваете ускоренное рассмотрение апелляции уровня 1 в течение 24 часов И
- вы одновременно запрашиваете ускоренное рассмотрение внешней апелляции.

Мы продолжим оплачивать ваше пребывание в стационаре до принятия решения по апелляциям. План примет решение по поводу ускоренной апелляции уровня 1 в течение 24 часов. Внешняя апелляция по ускоренной процедуре будет рассмотрена в течение 72 часов.

Эксперт, рассматривающий внешнюю апелляцию, сообщит вам и вашему плану о своем решении сразу по телефону или факсу. Потом вы получите письмо с изложением этого решения.

Вы можете запросить проведение беспристрастного разбирательства, подать внешнюю апелляцию либо сделать и то, и другое. Если вы запрашиваете одновременно беспристрастное разбирательство и внешнюю апелляцию, решающим будет вердикт должностного лица, проводящего беспристрастное разбирательство.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

В разделе 10.2 «Дополнительные апелляции к Medicaid» ММСР не должен добавлять дополнительные формулировки, в которых ЕОС поручает ММСР вставить описание процедур и инструкций по подаче дополнительных апелляций на уровне штата.

В разделе 11.4 «Вы также можете сообщить о своей жалобе в Medicare и Medicaid»

1. ММСР должен вставить «и Medicaid» в заголовок этого раздела.
2. ММСР, работающий с программой MAP, должен включать следующую контактную информацию в отношении жалоб Medicaid:

Вы также имеете право связаться с Департаментом здравоохранения штата New York (New York State Department of Health) по поводу своей жалобы.

Контактные данные Департамента здравоохранения приведены ниже.

- Телефон: 1-866-712-7197
- Почта: 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
- Эл. почта: mlctac@health.ny.gov”

Вы также имеете право связаться с Департаментом здравоохранения штата New York (New York State Department of Health) по поводу своей жалобы. Контактные данные Департамента здравоохранения приведены ниже.

- Телефон: 1-800-206-8125
- Почта: New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
Эл. почта: managedcarecomplaint@health.ny.gov

Шаг 2. Организация, проводящая беспристрастное разбирательство, дает вам свой ответ.

Организация, проводящая беспристрастное разбирательство, письменно изложит свое решение и основания для его принятия.

- **Если организация, проводящая беспристрастное разбирательство, примет положительное решение относительно части либо всего запрашиваемого вами покрытия медицинского товара или медицинской услуги**, мы должны разрешить предоставление либо предоставить услугу или товар в течение 72 часов с момента получения такого решения.
- **Если организация, проводящая беспристрастное разбирательство, отклонит вашу апелляцию частично или полностью**, это означает, что она согласна с тем, что мы не должны одобрять (частично или полностью) ваш запрос о покрытии планом медицинской помощи. (Это называется «**подтвердить решение**» [upholding the decision] или «**отклонить апелляцию**» [turning down your appeal].)

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Можно подать другую апелляцию, если решение отрицательное для части или для всего запрашиваемого покрытия.

Если независимая экспертная организация или организация, проводящая беспристрастное разбирательство, примет отрицательное решение в отношении всего или части запрашиваемого вами покрытия, у вас есть **права на дополнительное обжалование**.

В письме, которое вы получите от организации, проводящей беспристрастное разбирательство, будет описан следующий вариант подачи апелляции.

Дополнительную информацию о ваших правах на продолжение апелляционного процесса после 2-го уровня см. в разделе 10.

Раздел 6.5 Если вы просите нас возместить ваши расходы на оплату полученного вами счета за медицинскую помощь

Мы не можем возмещать ваши расходы на услуги или товары, покрываемые по программе Medicaid, непосредственно вам. Если вы получили счет за покрываемые услуги или товары по программе Medicaid, отправьте его нам. **Не оплачивайте счет самостоятельно.** Мы свяжемся непосредственно с поставщиком услуг и решим эту проблему. Если же вы уже уплатили по счету и если при получении этой услуги или принадлежности вы соблюдали необходимые правила, вы можете получить возмещение от поставщика медицинских услуг.

Когда вы просите нас о возмещении своих расходов, вы просите нас принять страховое решение.

Когда вы присылаете нам документы в поддержку просьбы о возмещении расходов, вы просите нас принять страховое решение. Чтобы принять страховое решение, мы выясняем, покрывает ли наш план оплаченную вами медицинскую помощь. Кроме того, мы выясняем, соблюдали ли вы правила использования покрытия для медицинской помощи.

Если вы хотите, чтобы мы возместили ваши расходы на уже полученное обслуживание или приспособление, покрываемое по программе **Medicare**, либо просите уплатить поставщику медицинских услуг по оплаченному вами счету за обслуживание или приспособление, покрываемое по программе Medicaid, вы просите нас принять страховое решение. Мы выясняем, относится ли оплаченная вами медицинская помощь к покрываемым услугам. Кроме того, мы выясняем, соблюдали ли вы все правила использования покрытия для медицинской помощи.

- **Если мы даем положительный ответ.** Если медицинская помощь покрывается Medicare, мы отправим вам платеж в течение 60 календарных дней после получения вашего запроса.
 - Если помощь, за которую вы уплатили, покрывается по программе Medicaid и вы считаете, что нам нужно уплатить поставщику медицинских услуг, который ее оказал, мы пришлем ему плату в течение 60 календарных дней после получения вашего запроса.
 - Тогда вам не нужно будет обращаться к этому поставщику медицинских услуг, чтобы он возместил вам оплаченное. Если вы еще не оплатили медицинскую помощь, мы направим платеж непосредственно поставщику медицинских услуг.
- **Если мы даем отрицательный ответ.** Если мы сочтем, что не должны покрывать полученную вами медицинскую помощь или что вы не соблюдали все правила, мы не будем платить. Вместо этого мы вам пришлем письмо с отказом платить за медицинскую помощь и подробным объяснением причин.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Если вы не согласны с нашим решением, **можете подать апелляцию**. Подавая апелляцию, вы просите нас изменить принятое нами отрицательное страховое решение, т. е. отказ в оплате.

Процедура подачи апелляции описана в разделе 6.3. Что касается апелляций по поводу возмещения расходов:

- Мы должны дать вам ответ в течение 30 календарных дней после получения вашей апелляции.
- Если независимая экспертная организация примет решение о необходимости оплаты, мы обязаны выслать вам или поставщику услуг платеж в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято положительное решение на любом уровне процедуры апелляции выше 2-го, то в течение 60 календарных дней мы должны уплатить нужную сумму вам или поставщику медицинских услуг.

РАЗДЕЛ 7 Препараты, покрываемые по программе Часть D. Как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию

Раздел 7.1 В этом разделе описано, что делать, если вам не удастся получить страховое покрытие лекарства согласно Части D или если вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на такое лекарство

Мы покрываем многие рецептурные лекарственные препараты. Для получения покрытия ваше лекарство должно применяться по показаниям, принятым в медицинской практике. (Дополнительные сведения о применении лекарств по установленным медицинским показаниям см. в главе 5.) Подробнее о лекарствах, покрываемых согласно Части D, правилах их страхового покрытия, ограничениях и стоимости можно узнать в главах 5 и 6. **В этом разделе говорится только о лекарствах, покрываемых по программе Часть D.** Чтобы упростить для вас текст, мы используем здесь слово «*препарат*» или «*лекарство*», вместо того чтобы каждый раз целиком повторять термин «*покрываемый планом рецептурный лекарственный препарат для амбулаторного лечения*» или «*лекарство, покрываемое по программе Часть D*». Кроме того, мы употребляем термин «Список лекарственных препаратов» вместо *Перечень покрываемых лекарственных препаратов* или «Фармакологический справочник».

- Если вы не знаете, покрываем ли мы какое-нибудь лекарство или соответствуете ли вы правилам его покрытия, можете спросить у нас. На страховое покрытие некоторых лекарств нужно вначале получать наше разрешение.
- Если в аптеке не смогут выдать назначенное лекарство согласно рецепту, вам дадут письменное уведомление с разъяснением, как связаться с нами для получения страхового решения.

Страховые решения и апелляции в рамках Части D

Юридический термин:

Решение о первоначальном страховом покрытии ваших препаратов согласно Части D называется **заключением о покрытии (coverage determination)**.

Страховое решение — это решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за полученные вами лекарства. В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в каждой из описанных здесь ситуаций:

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Вы просите нас покрывать согласно Части D лекарство, не включенное в список лекарственных препаратов нашего плана. **Подайте запрос на предоставление исключения. Раздел 7.2.**
- Вы просите нас отменить ограничение плана на страховое покрытие лекарства (например, ограничение на количество лекарства, которое вы можете получить, необходимость получить предварительное подтверждение или требование попробовать вначале лечение другим лекарством). **Подайте запрос на предоставление исключения. Раздел 7.2.**
- Вы просите, чтобы мы заранее подтвердили, что будем покрывать ваше лекарство. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 7.4.**
- Вы просите нас возместить ваши расходы на уже купленный рецептурный лекарственный препарат. **Попросите нас возместить ваши расходы. Раздел 7.4.**

Если вы не согласны с принятым нами страховым решением, вы можете подать апелляцию на него.

В этом разделе объясняется, как попросить нас принять страховое решение и подать апелляцию.

Раздел 7.2 Подача запроса на предоставление исключения

Юридические термины:

Просьба предоставить страховое покрытие лекарства, не включенного в список лекарственных препаратов, является **просьбой об исключении из правил**.

Просьба снять ограничение на страховое покрытие лекарства является **просьбой об исключении из правил**.

Просьба уменьшить уровень вашего участия в оплате покрываемого планом неприоритетного лекарства является **просьбой об исключении в отношении уровня софинансирования лекарственного препарата**.

Если для лекарства не предусмотрено страховое покрытие, которое вам хотелось бы получить, вы можете попросить нас об **исключении**. Исключение — это один из видов страховых решений.

Если вы просите нас сделать исключение, ваш врач или другой медик, выписавший лекарство, должен объяснить нам, какие медицинские соображения делают исключение необходимым. Далее представлены 3 примера исключений, которые могут быть запрошены вами, вашим врачом или другим специалистом, выписывающим препарат.

- 1. Страховое покрытие лекарства по условиям Части D, которое отсутствует в нашем Списке лекарственных препаратов.** Если мы согласимся покрыть расходы на лекарство, отсутствующее в нашем списке лекарственных препаратов, вам придется оплатить долю софинансирования расходов, которая применяется к лекарственным препаратам уровня 5 (*специализированные лекарственные препараты*). Запрос на исключение из суммы участия в софинансировании расходов за это лекарство не может быть удовлетворен.
- 2. Снятие ограничения на покрываемый лекарственный препарат.** Для некоторых лекарств из нашего Списка лекарственных препаратов существуют дополнительные правила и ограничения. Подробнее см. в главе 5. Если мы согласимся сделать для вас исключение и отменить ограничение, вы можете попросить об исключении в отношении доплаты или доли софинансирования расходов, которую мы требуем от вас платить за лекарство.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

3. Изменение страхового покрытия лекарственного препарата путем его перемещения на более низкий уровень софинансирования расходов. Каждое лекарство из нашего Списка лекарственных препаратов относится к одному из 6 (шести) уровней софинансирования расходов. Как правило, чем ниже уровень софинансирования расходов, тем меньшую долю от стоимости препарата вы будете платить.

- Если в нашем списке лекарственных препаратов есть альтернативные лекарства для лечения вашего заболевания, которые находятся на более низком уровне софинансирования расходов, чем ваш препарат, вы можете попросить нас покрыть ваше лекарство с долей софинансирования расходов, применимой к альтернативному(-ым) препарату(-ам).
- Если лекарство, которое вы принимаете, является фирменным препаратом, вы можете попросить нас покрыть такое лекарство с долей софинансирования расходов, применимой к самому низкому уровню, который содержит аналогичные препараты для лечения вашего заболевания.
- Если лекарство, которое вы принимаете, является непатентованным лекарственным препаратом, вы можете попросить нас покрыть такое лекарство с долей софинансирования расходов, применимой к самому низкому уровню, который содержит аналогичные фирменные и непатентованные лекарственные препараты для лечения вашего заболевания.
- Вы не можете попросить нас изменить уровень софинансирования расходов для любого лекарства *уровня 5 (специализированные препараты)*.
- Если мы одобряем ваш запрос об исключении в отношении уровня софинансирования лекарственного препарата и если имеется несколько более низких уровней софинансирования расходов, включающих альтернативные препараты, но они вам не подходят, в обычных условиях вы заплатите наименьшую сумму.

Раздел 7.3 Важная информация о том, как попросить нас сделать исключение

Ваш врач должен сообщить нам медицинские основания для запроса на исключение из правил

Ваш врач или другой специалист, выписавший рецепт, должен дать заключение о медицинских соображениях, позволяющих просить исключение из правил. Когда вы просите нас сделать исключение из правил, включайте в подаваемые вами документы полученное у врача или поставщика медицинских услуг обоснование вашего запроса. Это ускорит принятие решения.

В нашем списке лекарственных препаратов обычно есть несколько лекарств для лечения одного заболевания. Эти лекарства называются **альтернативными**. Если альтернативное лекарство действует в вашем случае так же хорошо, как то лекарство, которое вы хотите получить, и если альтернативное лекарство не вызывает дополнительных побочных и нежелательных явлений, то мы, скорее всего, не сделаем для вас исключение из правил. Если вы подаете запрос об исключении в отношении уровня софинансирования лекарственного препарата, как правило, мы не удовлетворяем такие запросы, если только все альтернативные препараты более низких уровней софинансирования расходов не окажутся для вас недейственными, могут вызвать побочные эффекты или нанести другой вред.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

На вашу просьбу мы даем отрицательный или положительный ответ

- Если на вашу просьбу сделать исключение из правил мы даем положительный ответ, то наше решение обычно остается в силе до конца страхового года. Оно действует до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать вам это лекарство и пока оно эффективно и безопасно помогает при вашем заболевании.
- Если на вашу просьбу сделать исключение из правил мы даем отрицательный ответ, вы можете попросить нас пересмотреть принятое решение. Для этого нужно подать апелляцию.

Раздел 7.4 Как попросить о страховом решении, в том числе как попросить нас сделать исключение?

Юридический термин:

Быстрое решение по покрытию называется **ускоренным заключением о покрытии (expedited coverage determination)**.

Шаг 1. Определитесь, какое страховое решение вам нужно — быстрое решение по покрытию или стандартное.

Стандартные страховые решения принимаются в течение **72 часов** после получения справки от вашего врача. **Быстрые решения о покрытии** принимаются в течение **24 часов** после получения справки от вашего врача.

Если состояние здоровья не позволяет вам ждать в течение стандартного срока, попросите нас принять быстрое решение по покрытию. Чтобы было принято быстрое решение по покрытию, должны быть выполнены 2 требования:

- Вы должны подавать запрос относительно *лекарства, которое еще не получили*. (Вы не можете просить о быстром решении по покрытию для возмещения ваших расходов на лекарство, которое вы уже купили.)
- Рассмотрение в стандартные сроки *способно серьезно повредить вашему здоровью либо вашим физическим или психическим возможностям*.
- **Если ваш врач или другой медик, выписавший рецепт, сообщит нам, что вам требуется быстрое решение по покрытию с связи с состоянием здоровья, мы автоматически на это согласимся.**
- **Если вы сами, без врача или выписавшего рецепт медика, просите нас вынести быстрое решение по покрытию, мы сами решаем, требует ли этого состояние вашего здоровья.** Если мы отказываемся рассматривать вашу просьбу о быстром решении по покрытию, то присылаем вам письмо, где сказано следующее:
 - Объясняется, почему мы будем рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки.
 - Объясняется, что если ваш врач или другой медик, выписавший рецепт, просит принять быстрое решение по покрытию, мы автоматически на это соглашаемся.
 - Поясняется, как вы можете подать «быструю» жалобу на наше решение рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки вместо запрашиваемого вами быстрого решения по покрытию. На такую жалобу мы отвечаем в течение 24 часов после получения.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Шаг 2. Попросите нас принять стандартное или быстрое решение по покрытию.

Начните с того, что попросите наш план покрыть медицинскую помощь, которую вы хотите получать (т. е. утвердить ее страховое покрытие). Для этого позвоните, напишите или пришлите факс в наш план. Ознакомиться с процессом рассмотрения просьбы о страховом решении можно на нашем сайте. Мы обязаны принимать все письменные запросы, в том числе на *бланке запроса на заключение о страховом покрытии (Coverage Determination Request)* по форме CMS. Этот бланк есть на нашем сайте SWHNY.com. Контактная информация приведена в главе 2. Чтобы облегчить нам обработку вашего запроса, укажите свое имя и контактную информацию. Если вы подаете апелляцию, укажите, какого именно нашего решения она касается.

Это можете сделать вы, ваш врач (либо тот, кто выписал вам рецепт) или ваш представитель. Действовать от вашего имени может адвокат. О том, как дать кому-нибудь письменное разрешение действовать в качестве вашего представителя, см. в разделе 4.

- **Если вы просите сделать для вас исключение из правил**, приложите медицинское обоснование такого запроса. Ваш врач или другой медик, выписавший вам рецепт, может прислать нам это обоснование по факсу или письмом. Кроме того, он может сообщить нам о своих соображениях по телефону, а письменное обоснование при необходимости прислать потом факсом или письмом.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу просьбу и даем ответ.

Сроки принятия быстрого решения по покрытию

- Мы должны ответить вам **в течение 24 часов** после получения вашего запроса.
 - Если вы просите о том, чтобы для вас сделали исключение из правил, ответ мы даем в течение 24 часов после того, как получим от вашего врача обоснование этой просьбы. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
 - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы решили удовлетворить вашу просьбу полностью или частично**, мы должны предоставить разрешенное страховое покрытие в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или его обоснования врачом.
- **Если наше решение по всему запросу или его части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Сроки принятия стандартного страхового решения по поводу лекарства, которое вы еще не получили

- Мы должны ответить вам **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.
 - Если вы просите о том, чтобы для вас сделали исключение из правил, ответ мы даем в течение 72 часов после того, как получим от вашего врача обоснование этой просьбы. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
 - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы решили удовлетворить ваш запрос полностью или частично**, мы должны **предоставить страховое покрытие**, на которое согласились, **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса или его обоснования врачом.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- **Если наше решение по всему запросу или его части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Стандартные сроки для принятия решения о покрытии по поводу лекарства, которое вы уже купили

- Мы обязаны дать вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
 - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы решили удовлетворить ваш запрос полностью или частично**, мы должны возместить ваши расходы в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса.
- **Если наше решение по всему запросу или его части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Шаг 4. Если страховое решение отрицательное, вы можете подать апелляцию.

- В случае отрицательного ответа вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это еще одна попытка добиться покрытия лекарственных препаратов, которое вы хотите получить. Подавая апелляцию, вы переходите на 1-й уровень процедуры апелляции.

Раздел 7.5 Как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины:

Юридический термин для апелляции, поданной в план по поводу его же решения о покрытии лекарственных препаратов по программе Часть D, — это **просьба о повторном рассмотрении решения (redetermination)**.

Другое название быстрой апелляции — **ускоренное повторное рассмотрение решения (expedited redetermination)**.

Шаг 1. Определитесь, какая апелляция вам нужна — быстрая или стандартная.

По стандартной апелляции мы обычно принимаем решение в течение 7 календарных дней. По быстрой апелляции мы обычно принимаем решение в течение 72 часов. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас о быстрой апелляции.

- Если вы подаете апелляцию на наше решение о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили, можно попросить нас о быстрой апелляции. Нужно ли это, решаете вы вместе со своим врачом или другим медиком, выписавшим лекарство.
- Требования при рассмотрении быстрой апелляции те же, что и в случае быстрого решения по покрытию (см. раздел 7.4).

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Шаг 2. Вы, ваш представитель, врач или другой медик, выписавший рецепт, должны связаться с нами и подать апелляцию 1-го уровня. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас о быстрой апелляции.

- **Для стандартных апелляций отправьте письменный запрос** или позвоните нам. Контактная информация приведена в главе 2.
- **Подать быструю апелляцию можно в письменном виде или по номеру телефона, указанному на обороте идентификационной карты участника.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Мы обязаны принимать все письменные запросы**, в том числе на бланке запроса на повторное заключение о страховом покрытии (Redetermination Request) по форме CMS. Этот бланк есть на нашем сайте SWHNY.com. Обязательно укажите свое имя, контактную информацию и сведения о своей претензии, чтобы облегчить нам обработку вашего запроса.
- **Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней** со дня, которым датировано письменное уведомление, извещающее вас о нашем страховом решении. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, то, подавая апелляцию, объясните, почему опоздали. Мы можем продлить срок подачи апелляции. Примеры уважительных причин: у вас серьезное заболевание, помешавшее вам связаться с нами, либо мы предоставили вам неправильную или неполную информацию о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете попросить у нас копии документов, имеющих отношение к апелляции. Кроме того, вы можете предоставить нам дополнительную информацию.** Вы и ваш врач можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем ответ.

- При рассмотрении апелляции мы заново тщательно изучаем всю информацию, касающуюся страхового решения. Мы проверяем, все ли правила мы соблюдали, когда давали отрицательный ответ. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или лицом, выписавшим вам рецепт, для получения дополнительной информации.

Сроки рассмотрения быстрой апелляции

- При быстрой апелляции мы должны дать вам ответ в течение **72 часов после получения апелляции**. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
 - Если мы не даем ответ в течение 72 часов, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация. **В разделе 7.6** говорится о процедуре апелляции 2-го уровня.
- **Если мы решили удовлетворить вашу просьбу полностью или частично**, мы должны предоставить разрешенное страховое покрытие в течение 72 часов с момента получения апелляции.
- **Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции по поводу лекарства, которое вы еще не получили

- Если мы рассматриваем стандартную апелляцию, то должны принять решение в течение **7 календарных дней** после ее получения. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья, а лекарство вы еще не получили.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Если мы не даем ответ в течение 7 календарных дней, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции, где его рассмотрит независимая экспертная организация. В **разделе 7.6** говорится о процедуре апелляции 2-го уровня.
- **Если мы решили удовлетворить вашу просьбу полностью или частично**, мы должны предоставить страховое покрытие так скоро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее **7 календарных дней** после получения апелляции.
- **Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции по поводу возмещения ваших расходов на лекарство, которое вы уже купили

- Мы обязаны дать вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
 - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части положительное**, мы должны уплатить вам в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если наше решение по всему запросу или его части отрицательное**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

Шаг 4. Получив отрицательное решение по своей апелляции, вы решаете, хотите ли вы продолжить процедуру апелляции и подать еще одну апелляцию.

- Если вы решили подать еще одну апелляцию, вам нужно использовать процедуру апелляции 2-го уровня.

Юридический термин

Официальное название независимой экспертной организации — **независимое юридическое лицо, отвечающее за составление экспертного заключения (Independent Review Entity)**. Иногда используется сокращение **IRE**.

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare. Она не связана с нами и не является государственным учреждением. Эта организация решает, является ли наше решение правильным или его нужно изменить. Надзор над ее деятельностью осуществляет Medicare.

Шаг 1. Вы (или ваш врач, другой медик, выписавший рецепт, или ваш представитель) должны обратиться в независимую экспертную организацию и попросить ее проверить ваше дело.

- Если мы принимаем отрицательное решение по вашей апелляции 1-го уровня, мы сообщаем вам о своем решении в письменном уведомлении, где объясняется, **как подать апелляцию 2-го уровня**. Эту апелляцию рассматривает независимая экспертная организация. Из письма вы узнаете, кто может подать апелляцию 2-го уровня, каковы сроки подачи такой апелляции и как связаться с независимой экспертной организацией.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- **Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении.
- Мы сами автоматически пересылаем ваш запрос в IRE, если не смогли рассмотреть апелляцию в срок или приняли по ней отрицательное решение в связи с тем, что вы находитесь **в группе риска** согласно нашей программе регулирования лечения наркотическими препаратами.
- Мы перешлем информацию по вашей апелляции в эту организацию. Эта информация называется вашим **делом (case file)**. **Вы имеете право получить копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Шаг 2. Рассмотрением вашей апелляции занимается независимая экспертная организация.

Эксперты из независимой экспертной организации тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

Сроки рассмотрения быстрой апелляции

- Если этого требует состояние вашего здоровья, направьте независимой экспертной организации запрос на быструю апелляцию.
- Рассматривая быструю апелляцию, независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции

- Рассматривая стандартную апелляцию, независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня по поводу еще не приобретенного лекарства **в течение 7 календарных дней** после получения вашего запроса. Если ваша апелляция 2-го уровня касается возмещения расходов на лекарство, которое вы уже приобрели, то независимая экспертная организация должна дать ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.

Шаг 3. Независимая экспертная организация дает вам ответ.

Рассмотрение быстрых апелляций:

- Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части **положительное**, мы должны предоставить разрешенное ею покрытие лекарственных препаратов **в течение 24 часов** после получения этого решения.

Рассмотрение стандартных апелляций:

- Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части **положительное**, мы должны **предоставить разрешенное ею покрытие лекарственных препаратов в течение 72 часов** после получения этого решения.
- Если решение независимой экспертной организации относительно возмещения ваших расходов на уже купленное лекарство **положительное по всей апелляции или ее части**, мы должны **прислать вам платеж в течение 30 календарных дней** после получения этого решения.

Что делать, если независимая экспертная организация принимает отрицательное решение по вашей апелляции?

Если независимая экспертная организация принимает отрицательное решение по всей вашей апелляции или ее части, это означает, что она согласна с нашим решением и отказывает в запрошенном покрытии (полностью или частично). (Это называется «**подтвердить решение**» [upholding the decision])

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

или «отклонить апелляцию» [turning down your appeal].) В этом случае независимая экспертная организация присылает вам письмо, в котором:

- Объясняет принятое решение.
- Сообщает вам о том, что вы можете перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции, если размер покрытия лекарственных препаратов в долларах не меньше установленного минимума. Если сумма покрытия лекарственных препаратов в долларах, которое вы хотите получить, слишком низкая, то подать еще одну апелляцию вы не можете. Это означает, что решение, принятое на 2-м уровне рассмотрения, будет окончательным.
- Сообщает вам, какой должна быть сумма спорного страхового покрытия в долларах, для того чтобы продолжить процедуру апелляции.

Шаг 4. Если ваш случай отвечает установленным требованиям, вы решаете, хотите ли вы продолжать процесс рассмотрения апелляции.

- Помимо 2-го уровня, существуют еще 3 дополнительных уровня процедуры апелляции (всего 5 уровней). О том как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письменном уведомлении, которым вам сообщают о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или юридический судья (Attorney Adjudicator). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процесса рассмотрения апелляции говорится в **разделе 10**.

РАЗДЕЛ 8 Как попросить нас продлить страховое покрытие госпитализации в стационарной больнице, если вас выписывают слишком рано?

В случае госпитализации вы имеете право на все покрываемые услуги лечения в больнице, необходимые для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

Во время покрываемого периода госпитализации ваш врач и сотрудники больницы помогают вам подготовиться ко дню выписки. Кроме того, они участвуют в организации помощи, которая вам понадобится после выписки.

- День выхода из больницы называется **датой выписки**.
- Когда будет назначена дата выписки, вам ее сообщит ваш врач или другой сотрудник больницы.
- Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу слишком рано, то можете попросить о продлении госпитализации.

Раздел 8.1 При госпитализации в стационарную больницу вы получаете письменное уведомление от Medicare о ваших правах

Когда вы поступаете в больницу, вам в течение 2 календарных дней выдают письменное уведомление, которое называется *Важное сообщение от Medicare о ваших правах (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Этот документ получают все участники программы Medicare.

Если больница не выдала вам это уведомление, попросите его у любого сотрудника больницы (например, у медсестры или социального работника). Если вам нужна помощь, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ набирайте 711) или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (при использовании ТТУ набирайте 1-877-486-2048).

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

1. Внимательно прочитайте это уведомление и задайте вопросы, если вам что-нибудь непонятно.

Из него вы можете узнать о таком:

- Ваше право получать покрываемые Medicare услуги во время госпитализации и после выписки согласно назначению врача. Это включает право знать, в чем состоят эти услуги, кто за них платит и где вы можете их получить.
- Право участвовать в принятии всех решений о своей госпитализации.
- Куда обращаться, если вас не устраивает качество помощи при стационарном лечении.
- Право **просить о срочном пересмотре** решения о выписке, если вы считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано. Это способ официально попросить нас перенести дату выписки и продлить ваше стационарное лечение и его страховое покрытие.

2. Вас попросят подписать письменное уведомление; так вы подтвердите, что получили его и понимаете свои права.

- Подписать уведомление должны вы или кто-нибудь, кто действует от вашего имени.
- Подписание уведомления подтверждает **только** то, что вы получили информацию о своих правах. В этом уведомлении не указана ваша дата выписки. Подписание уведомления **не означает**, что вы согласны с датой выписки.

3. Сохраните свой экземпляр подписанного уведомления. Он содержит сведения, которые могут вам понадобиться, если вы решите подать апелляцию (или сообщить о своих сомнениях относительно качества обслуживания).

- Если вы подписали уведомление раньше чем за 2 календарных дня до даты выписки, то перед назначением даты выписки вы получите еще один его экземпляр.
- Чтобы ознакомиться с уведомлением заранее, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании ТТУ набирайте 711) или по номеру 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048. Уведомление также можно найти на сайте www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Раздел 8.2 Как подать апелляцию 1-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы

Чтобы попросить нас продлить покрытие лечения в стационарной больнице, воспользуйтесь процедурой апелляции. Сначала разберитесь, что нужно делать и каковы сроки подачи и рассмотрения таких апелляций.

- **Соблюдайте процедуру**
- **Соблюдайте установленные сроки**
- **Обращайтесь за помощью в случае необходимости.** Если у вас возникнут вопросы или вам потребуется помощь, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711). Или позвоните в программу помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP), чтобы получить персональную помощь. Контактная информация программы SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization). Она проверяет, оправдана ли назначенная вам дата выписки с медицинской точки зрения.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Организация повышения качества обслуживания представляет собой группу врачей и других специалистов сферы здравоохранения. Их работа оплачивается федеральным правительством. Задача организации состоит в контроле и повышении качества обслуживания участников программы Medicare. Эта организация проверяет, в том числе, обоснованность дат выписки больных, включенных в программу Medicare. Эксперты этой организации не принадлежат к нашему плану.

Шаг 1. Обратитесь в организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) своего штата и попросите ее в ускоренном порядке рассмотреть вашу апелляцию по поводу выписки из больницы. Действовать нужно быстро.

Как связаться с этой организацией?

- О том, как связаться с этой организацией, говорится в письменном уведомлении *Важное сообщение от Medicare о ваших правах (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Адрес и телефоны организации повышения качества обслуживания, действующей в вашем штате, приведены в главе 2 этого справочника.

Действуйте быстро:

- Чтобы подать апелляцию, вы должны связаться с организацией повышения качества обслуживания **до того**, как покинете больницу, и **не позднее полуночи накануне планируемой даты выписки**.
 - **Если вы уложились в этот срок**, то пока ожидаете решения организации повышения качества обслуживания, можете оставаться в больнице **после** назначенной даты выписки, **не оплачивая** это пребывание.
 - **Если вы не уложились в этот срок, свяжитесь с нами**. Если вы решили остаться в больнице после запланированной даты выписки, *возможно, вам придется полностью оплатить* все стационарное лечение, полученное после запланированной даты выписки.

Если вы попросите организацию повышения качества обслуживания быстро пересмотреть решение по поводу вашей выписки из больницы, представители этой организации свяжутся с нами. К полудню дня, следующего за тем, когда с нами связалась эта организация, мы выдаем вам **подробное уведомление о выписке из больницы (Detailed Notice of Discharge)**. Оно содержит запланированную дату выписки и медицинское обоснование того, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас нужно выписать в этот день.

Вы можете получить образец **подробного уведомления о выписке**, позвонив в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711) или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (При использовании TTY набирайте номер 1-877-486-2048.) Кроме того, образец уведомления можно найти на сайте www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимую проверку вашего случая.

- Специалисты-медики из организации повышения качества обслуживания («эксперты») выяснят у вас (или у вашего представителя), почему вы считаете, что страховое покрытие нужно продлить. Вы не обязаны готовить свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Эксперты также изучат вашу медицинскую информацию, побеседуют с вашим врачом и изучат информацию, которую им предоставили мы и больница.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- К полудню дня, следующего за тем, когда эксперты сообщили нам о вашей апелляции, вы получите от нас письменное уведомление, в котором указана ваша запланированная дата выписки. Оно, кроме прочего, содержит подробное обоснование (с медицинской точки зрения) того, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас нужно выписать в этот день.

Шаг 3. Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) сообщает свое решение по вашей апелляции в течение одного полного дня после получения ею необходимой информации.

Что будет, если ответ положительный?

- Если независимая экспертная организация принимает положительное решение, **мы должны продлить страховое покрытие вашего лечения в стационарной больнице до тех пор, пока эти услуги остаются необходимыми по медицинским показаниям.**
- Вам нужно по-прежнему оплачивать свою долю расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если они применяются в вашем случае). Кроме того, на покрываемое лечение в больнице могут распространяться ограничения.

Что будет, если ответ отрицательный?

- Если независимая экспертная организация принимает отрицательное решение, это означает, что запланированная для вас дата выписки из больницы обоснована с медицинской точки зрения. В этом случае **предоставляемое планом страховое покрытие вашего обслуживания в стационарной больнице заканчивается** в полдень дня, **следующего** за тем, когда вы получили ответ организации повышения качества обслуживания на вашу апелляцию.
- Если независимая экспертная организация принимает отрицательное решение по вашей апелляции, но вы решаете остаться в больнице, возможно, **вам придется полностью оплатить** стационарное лечение, полученное после полудня дня, следующего за тем, когда вы получили ответ организации повышения качества обслуживания на вашу апелляцию.

Шаг 4. Если решение по вашей апелляции 1-го уровня отрицательное, вы решаете, хотите ли вы подать еще одну апелляцию.

- Если организация повышения качества обслуживания откажет в удовлетворении вашей апелляции, **и вы останетесь в больнице** после запланированной даты выписки, вы можете подать еще одну апелляцию. Подавая еще одну апелляцию, вы переходите на 2-й уровень процедуры апелляции.

Раздел 8.3 Как подать апелляцию 2-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы

На 2-м уровне рассмотрения апелляции вы просите организацию повышения качества обслуживания пересмотреть решение, принятое по вашей первой апелляции. Если организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить пребывание в больнице после запланированной даты выписки.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Шаг 1. Вы снова обращаетесь в организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) с просьбой провести еще одно рассмотрение.

- Попросить об этом необходимо **в течение 60 календарных дней** с того дня, когда организация повышения качества обслуживания приняла отрицательное решение по вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете подать запрос о пересмотре, только если остаетесь в больнице после даты окончания страхового покрытия вашего медицинского обслуживания.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) изучает вашу ситуацию второй раз.

- Эксперты из организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

Шаг 3. Решение по вашей апелляции 2-го уровня принимается экспертами и сообщается вам не позднее чем через 14 календарных дней после ее получения.

Если независимая экспертная организация даст положительный ответ:

- **Мы должны возместить вам** нашу часть оплаты стационарного лечения, полученного вами с полудня дня, следующего за днем, когда организация повышения качества обслуживания отклонила вашу первую апелляцию. **Мы должны продлить страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.**
- Вы должны по-прежнему оплачивать свою долю стоимости лечения; могут действовать ограничения на страховое покрытие.

Если независимая экспертная организация даст отрицательный ответ:

- Это означает, что организация согласна с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.
- О решении вам сообщат письменным уведомлением. В нем также будет указано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процедуру апелляции.

Шаг 4. Если ответ отрицательный, вам нужно решить, хотите ли вы продолжить процесс и перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции.

- Помимо 2-го уровня, существуют еще 3 дополнительных уровня процедуры апелляции (всего 5 уровней). О том, как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письменном уведомлении, которым вам сообщают о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или юридический судья (Attorney Adjudicator). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процедуры апелляции говорится в **разделе 10**.

РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинских услуг, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано?

Вы имеете право получать страховое покрытие **медицинской помощи на дому, квалифицированного сестринского ухода или услуг по реабилитации (в центре комплексной амбулаторной реабилитации)** до тех пор, пока это необходимо для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Если мы решаем, что пора прекратить страховое покрытие какого-нибудь из этих 3-х видов обслуживания, мы должны сообщить вам об этом решении заранее. После прекращения страхового покрытия *мы перестаем оплачивать такое обслуживание.*

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, **можете подать апелляцию на наше решение.** В этом разделе рассказывается о том, как подать апелляцию.

Раздел 9.1 Предварительное сообщение о том, когда закончится ваше страховое покрытие

Юридический термин:

Уведомление об отказе в страховом покрытии обслуживания, покрываемого по программе Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage). В этом документе говорится о том, как подать **быструю апелляцию (fast-track appeal)**. Когда вы подаете быструю апелляцию, вы официально просите нас изменить наше решение о дне окончания страхового покрытия.

- 1. Уведомление вы получаете в письменном виде** не позже чем за 2 дня до того, как план перестанет покрывать ваше обслуживание. В этом уведомлении сообщается следующее:
 - Дата, начиная с которой страховое покрытие прекратится.
 - Как подать быструю апелляцию по поводу продления страхового покрытия обслуживания.
- 2. Вас или кого-нибудь, кто действует от вашего имени, попросят подписать это письменное уведомление, чтобы подтвердить его получение.** Подписывая это уведомление, вы подтверждаете *только* то, что вам сообщили о том, когда будет прекращено страховое покрытие. **Подписание уведомления не означает, что вы согласны** с решением плана о прекращении вашего обслуживания.

Раздел 9.2 Как подать апелляцию 1-го уровня о продлении срока покрытия получаемого обслуживания

Если вы хотите попросить нас продлить страховое покрытие вашего обслуживания, вам нужно подать запрос по процедуре апелляции. Сначала разберитесь, что нужно делать и каковы сроки подачи и рассмотрения таких апелляций.

- **Соблюдайте процедуру**
- **Соблюдайте установленные сроки**
- **Обращайтесь за помощью в случае необходимости.** Если у вас возникнут вопросы или вам потребуется помощь, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711). Кроме того, вы можете позвонить в программу помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP) для получения индивидуальной помощи. Контактная информация программы SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization). Она решает, обоснована ли дата окончания обслуживания с медицинской точки зрения.

Организация повышения качества обслуживания представляет собой группу врачей и других экспертов сферы здравоохранения, которым федеральное правительство платит за контроль и

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

улучшение качества обслуживания участников программы Medicare. Работа этой организации включает проверку решений плана о том, когда нужно прекращать определенную медицинскую помощь. Эксперты этой организации не принадлежат к нашему плану.

Шаг 1. Подайте свою апелляцию 1-го уровня: свяжитесь с организацией повышения качества обслуживания и попросите ее в ускоренном порядке рассмотреть вашу апелляцию. Действовать нужно быстро.

Как связаться с этой организацией?

- О том, как связаться с этой организацией, говорится в полученном вами письменном уведомлении о прекращении страхового покрытия Medicare (*Notice of Medicare Non-Coverage*). Адрес и телефоны организации повышения качества обслуживания, действующей в вашем штате, приведены в главе 2 этого справочника.

Действуйте быстро:

- Подать апелляцию в организацию повышения качества обслуживания нужно **до полудня дня, предшествующего тому, когда прекратится страховое покрытие обслуживания**. Эта дата указана в уведомлении о прекращении страхового покрытия по программе Medicare.
- Если вы пропустили крайний срок и хотите подать апелляцию, у вас все еще есть право ее подать. Свяжитесь с организацией повышения качества обслуживания.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимую проверку вашего случая.

Юридический термин:

Подробное объяснение причин прекращения страхового покрытия. Уведомление, которое содержит подробное объяснение причин прекращения покрытия.

Что происходит в ходе рассмотрения апелляции?

- Специалисты-медики из организации повышения качества обслуживания (эксперты) выясняют у вас (или у вашего представителя), почему вы считаете, что страховое покрытие нужно продлить. Вы не обязаны готовить свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Независимая экспертная организация также изучает вашу медицинскую информацию, проводит беседу с вашим врачом и изучает информацию, предоставляемую нашим планом.
- К концу того дня, когда эксперты сообщат нам о вашей апелляции, вы получите от нас **подробное объяснение причин прекращения страхового покрытия (Detailed Explanation of Non-Coverage)**. В нем вы найдете подробное изложение соображений, на основании которых мы собираемся прекратить страховое покрытие вашего обслуживания.

Шаг 3. В течение одного полного дня после получения экспертами всей необходимой информации они сообщат вам свое решение.

Что будет, если ответ экспертов положительный?

- Если эксперты принимают *положительное решение* по вашей апелляции, **мы должны и далее обеспечивать покрываемые услуги до тех пор, пока они необходимы по медицинским показаниям.**

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Вам нужно по-прежнему оплачивать свою долю расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если они применяются в вашем случае). Кроме того, на покрываемые услуги могут распространяться ограничения.

Что будет, если ответ экспертов отрицательный?

- Если эксперты принимают *отрицательное решение*, то **страховое покрытие прекращается в день, указанный в нашем решении**.
- Если вы решите по-прежнему получать медицинскую помощь на дому, обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода или обслуживание в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) **после** даты прекращения страхового покрытия, **вы должны будете полностью оплачивать это обслуживание** самостоятельно.

Шаг 4. Если решение по вашей апелляции 1-го уровня отрицательное, вы решаете, хотите ли вы подать еще одну апелляцию.

- Если по вашей апелляции 1-го уровня эксперты приняли отрицательное решение, **но** вы продолжаете получать обслуживание после прекращения страхового покрытия, можете подать апелляцию 2-го уровня.

Раздел 9.3 Как подать апелляцию 2-го уровня о продлении срока покрытия получаемого обслуживания

На 2-м уровне рассмотрения апелляции вы просите организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) пересмотреть решение, принятое по вашей первой апелляции. Если организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить медицинскую помощь на дому, обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода или обслуживание в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), полученное **после** указанной нами даты прекращения страхового покрытия.

Шаг 1. Вы снова обращаетесь в организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) с просьбой провести еще одно рассмотрение.

- Попросить об этом нужно **не позднее чем через 60 календарных дней** с того дня, когда организация повышения качества обслуживания приняла отрицательное решение по вашей апелляции 1-го уровня. Просить об этом рассмотрении можно, только если вы продолжаете получать обслуживание после того дня, когда закончилось его страховое покрытие.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) изучает вашу ситуацию второй раз.

- Эксперты из организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

Шаг 3. Решение по вашей апелляции принимается экспертами и сообщается вам в течение 14 календарных дней после ее получения.

Что будет, если ответ независимой экспертной организации положительный?

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- **Мы должны возместить вам** нашу часть в оплате обслуживания, которое вы получили с того дня, с которого мы решили прекратить страховое покрытие. **Мы должны продолжить предоставлять страховое покрытие** вашего обслуживания до тех пор, пока для него имеются медицинские показания.
- Вы по-прежнему должны участвовать в оплате лечения; для вас сохраняются применимые ограничения на страховое покрытие.

Что будет, если ответ независимой экспертной организации отрицательный?

- Это означает, что организация согласна с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.
- О решении вам сообщат письменным уведомлением. В нем также будет указано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процедуру апелляции. Там же подробно объясняется, как перейти на следующий уровень рассмотрения апелляции, где ее рассматривает судья по административным делам или юридический судья.

Шаг 4. Если ответ отрицательный, вам нужно решить, хотите ли вы продолжить процедуру апелляции.

- Помимо 2-го уровня, существуют еще 3 дополнительных уровня рассмотрения апелляции (всего 5 уровней). О том, как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письменном уведомлении, которым вам сообщают о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или юридический судья (Attorney Adjudicator). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процесса рассмотрения апелляции говорится в **разделе 10** этой главы.

РАЗДЕЛ 10 Как подать апелляции уровней 3, 4 и 5

Раздел 10.1 Апелляции по поводу медицинских услуг: уровни 3-й, 4-й и 5-й

Этот раздел может быть вам полезен, если вы уже подавали апелляции 1-го и 2-го уровней, и обе ваши апелляции были отклонены.

Если стоимость в долларах медицинской услуги или приспособления, по поводу которых вы подавали апелляцию, достигает установленного минимума, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если стоимость в долларах меньше минимального уровня, дальнейшая апелляция невозможна. В письменном ответе на апелляцию 2-го уровня будет объяснено, как подать апелляцию 3-го уровня.

Большинство апелляций на последних 3-х уровнях рассматриваются практически так же, как и на первых 2-х уровнях. Ниже описано, кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня

Апелляцию рассматривает и выносит по ней решение **судья по административным делам (Administrative Law Judge)** или юридический судья (Attorney Adjudicator), работающий на федеральное правительство.

- **Если судья по административным делам или юридический судья примут положительное решение по вашей апелляции, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.** В

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

отличие от положительного решения по апелляции 2-го уровня, положительное для вас решение по апелляции 3-го уровня может быть оспорено нами. Если мы решим подать апелляцию, она перейдет на 4-й уровень.

- Если мы решим *не* подавать апелляцию по поводу решения, мы должны будем утвердить медицинскую помощь или предоставить ее вам в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или юридического судьи.
- Если мы решим обжаловать решение, мы отправим вам копию запроса на апелляцию 4-го уровня вместе с сопроводительными документами. Мы можем дожидаться решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем одобрять или предоставлять спорную медицинскую помощь.
- **Если судья по административным делам или юридический судья примет отрицательное решение по вашей апелляции, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.**
 - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процедура апелляции будет завершена.
 - Если вы не согласны с решением, можете продолжить процесс на следующем уровне. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Вашу апелляцию рассматривает и выносит по ней решение **Апелляционный совет (Appeals Council) программы Medicare** (Совет). Совет входит в состав федерального правительства.

- **Если совет примет положительное решение по вашей апелляции или откажется рассматривать наше возражение против положительного решения, принятого на 3-м уровне, процедуру обжалования можно продолжить или завершить.** В отличие от положительного решения по апелляции 2-го уровня, положительное для вас решение по апелляции 4-го уровня может быть оспорено нами. Мы решим, стоит ли подавать апелляцию 5-го уровня.
 - Если мы решим *не* подавать апелляцию по поводу решения, мы должны будем утвердить медицинскую помощь или предоставить ее вам в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.
 - Если мы решим обжаловать решение, мы сообщим вам об этом в письменном виде.
- **Если Совет примет отрицательное решение по вашей апелляции или отклонит наш запрос об обжаловании решения, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.**
 - Если вы согласитесь с этим решением об отклонении вашей апелляции, процедура апелляции будет завершена.
 - Если вы не согласны с решением, можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. Если Совет принимает по вашей апелляции отрицательное решение, вы получаете уведомление, в котором объясняется, можете ли вы передать апелляцию на 5-й уровень рассмотрения и как это сделать.

Апелляция 5-го уровня

Апелляцию рассматривает судья **федерального окружного суда (Federal District Court)**.

- Судья рассмотрит всю имеющуюся информацию и примет *положительное* или *отрицательное* решение по апелляции. Это окончательный ответ. Федеральный окружной суд — это последний уровень рассмотрения апелляции.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Раздел 10.2 Дополнительные апелляции к Medicaid

У вас есть также другие возможности подать апелляцию по поводу услуг или приспособлений, обычно покрываемых Medicaid. В письме, которое вы получите от организации, проводящей беспристрастное разбирательство, будет указано, что вы можете предпринять, если пожелаете продолжить процедуру апелляции.

Раздел 10.3 Апелляции по поводу лекарств, покрываемых программой Часть D: уровни 3-й, 4-й и 5-й

Этот раздел может быть вам полезен, если вы уже подавали апелляции 1-го и 2-го уровней, и обе ваши апелляции были отклонены.

Если стоимость лекарства, по поводу которого вы подавали апелляцию, превышает определенную сумму в долларах, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если сумма меньше этого уровня, дальнейшая апелляция невозможна. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

Большинство апелляций на последних 3-х уровнях рассматриваются практически так же, как и на первых 2-х уровнях. Ниже описано, кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня

Апелляцию рассматривает и выносит по ней решение **судья по административным делам или юридический судья, работающий на федеральное правительство.**

- **Если решение положительное, процедура апелляции завершается.** Мы должны **разрешить предоставление или предоставить покрытие лекарственных препаратов**, утвержденное судьей по административным делам или юридическим судьей, **в течение 72 часов (24 часов в случае ускоренного рассмотрения); произвести платеж мы должны не позднее чем на протяжении 30 календарных дней** после получения решения.
- **Если судья по административным делам или юридический судья примет отрицательное решение по вашей апелляции, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.**
 - Если вы согласитесь с этим решением об отклонении вашей апелляции, процедура апелляции будет завершена.
 - Если же вы не согласны с этим решением, можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Вашу апелляцию рассматривает и выносит по ней решение **Апелляционный совет (Appeals Council) программы Medicare (Совет).** Совет входит в состав федерального правительства.

- **Если решение положительное, процедура апелляции завершается.** Мы должны **разрешить предоставление или предоставить покрытие лекарственных препаратов**, утвержденное Советом, **в течение 72 часов (24 часов в случае ускоренного рассмотрения) или произвести платеж не позднее чем через 30 календарных дней** после получения решения.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Если Совет примет отрицательное решение по вашей апелляции или отклонит наш запрос об обжаловании решения, процедуру апелляции можно *продолжить* или *завершить*.
 - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процедура апелляции будет завершена.
 - Если вы не согласны с решением, можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. Если Совет принимает по вашей апелляции отрицательное решение, вы получаете уведомление, в котором объясняется, можете ли вы передать апелляцию на 5-й уровень рассмотрения и как это сделать.

Апелляция 5-го уровня

Апелляцию рассматривает судья **федерального окружного суда (Federal District Court)**.

- Судья рассмотрит всю имеющуюся информацию и примет положительное или отрицательное решение по апелляции. Это окончательный ответ. Федеральный окружной суд — это последний уровень рассмотрения апелляции.

Как подавать жалобы

РАЗДЕЛ 11 Как подавать жалобы на качество обслуживания, помощи, время ожидания и т. д.?

Раздел 11.1 Для решения каких проблем можно подать жалобу

Процедура обжалования используется для разрешения *только* определенных проблем. К их числу относятся претензии к качеству обслуживания, времени ожидания и работе с клиентами. Ниже приведены некоторые ситуации, в которых можно использовать процедуру подачи и рассмотрения жалоб.

Жалоба	Пример
Качество медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> • Вам не нравится качество обслуживания, которое вы получили (например, в больнице).
Соблюдение вашей конфиденциальности	<ul style="list-style-type: none"> • Вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на неприкосновенность частной жизни или раскрыл вашу конфиденциальную информацию.
Неуважение, плохое обслуживание клиентов и другие виды нежелательного обращения	<ul style="list-style-type: none"> • Кто-то вел себя с вами грубо или неуважительно. • Вы недовольны работой отдела обслуживания. • Вам кажется, что вас подталкивают отказаться от нашего страхового плана.
Время ожидания	<ul style="list-style-type: none"> • Вам трудно договориться о времени приема у врача или приходится слишком долго ждать, пока вам назначат время приема. • Врачи, фармацевты или другие профессиональные медики заставили вас ждать слишком долго. Сотрудники Отдела

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Жалоба	Пример
	<p>обслуживания или другие сотрудники страхового плана заставили вас ждать слишком долго.</p> <ul style="list-style-type: none"> Примеры: долгое ожидание ответа на телефонный звонок, ожидание в приемной, в аптеке при получении лекарства, в смотровой комнате.
Чистота	<ul style="list-style-type: none"> Вам кажется, что в клинике, больнице или кабинете врача недостаточно чисто.
Сведения, которые план вам сообщает	<ul style="list-style-type: none"> Мы не прислали вам положенное извещение. Сообщенные нами сведения трудно понять.
<p>Сроки (Эти типы жалоб относятся к срокам наших действий, связанных со страховыми решениями и апелляциями)</p>	<p>Если вы попросили нас принять страховое решение или подали апелляцию, но считаете, что мы действуем недостаточно быстро, вы можете пожаловаться на нашу медлительность. Вот некоторые примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> Вы попросили нас <i>принять быстрое решение о покрытии</i> или <i>рассмотреть быструю апелляцию</i>, но мы решили это сделать в стандартные сроки, — можете подать жалобу. Вы считаете, что мы не укладываемся в сроки, установленные для принятия страхового решения или рассмотрения апелляции, — можете подать жалобу. Вы считаете, что утвержденное планом страховое покрытие или возмещение ваших расходов на определенные медицинские приспособления или услуги задерживается — можете подать жалобу. Вы считаете, что мы не переслали вовремя ваше дело в независимую экспертную организацию, — можете подать жалобу.

Раздел 11.2 Процесс подачи жалобы

Юридические термины:

Жалобу (complaint) также называют **претензией (grievance)**.

Подача жалобы (making a complaint) называется **обращением с претензией (filing a grievance)**.

Использование процедуры подачи жалобы (using the process for complaints) называется **использованием процедуры обращения с претензией (using the process for filing a grievance)**.

Быстрая жалоба (fast complaint) называется **претензией, рассматриваемой в ускоренном порядке (expedited grievance)**.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Шаг 1. Быстро свяжитесь с нами — по телефону или письменно.

- **Как правило, первым шагом является звонок в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440** (при использовании ТТУ звоните по номеру **711**). Если нужно сделать еще что-нибудь, в Отделе обслуживания вам об этом сообщат.
- **Если вы не хотите звонить (или позвонили, но остались недовольны беседой), вы можете подать нам жалобу в письменном виде.** Если вы изложите свою жалобу в письменном виде, мы также ответим на нее в письменном виде.
- Мы стараемся принимать решения по жалобам не откладывая, по телефону. Если вы хотите получить письменный ответ, подайте жалобу в письменном виде. На жалобы по поводу качества обслуживания мы всегда отвечаем в письменном виде. Если мы не сможем решить ваш вопрос по телефону, мы используем процедуру официального рассмотрения жалобы. Она называется процедурой рассмотрения претензий участников (Member Grievance Process).
- Вы или ваш уполномоченный представитель можете подавать ускоренную жалобу (expedited grievance) всегда, когда план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) берет дополнительное время на принятие страхового решения или решения по апелляции первого уровня. Кроме того, такую жалобу можно подать, когда план отказывается принимать страховое решение или решение по апелляции в ускоренном порядке. (Мы не можем продлевать срок принятия страхового решения или решения по апелляции первого уровня, когда речь идет о лекарствах, покрываемых по программе Часть В или Часть D.) На ускоренные жалобы план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) отвечает в течение суток (24 часов) после их получения.
- Мы должны ответить на вашу жалобу так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее 30 дней после ее получения. Мы можем продлить этот срок не более чем на 14 дней, если продлить его просите вы или если эти дни нужны нам для получения дополнительной информации, которая может быть для вас полезна при рассмотрении жалобы.
- **Обращаться в Отдел обслуживания следует немедленно, независимо от способа — письменно или по телефону — по номеру (833) 671-0440** (при использовании ТТУ звоните по номеру **711**). Вы можете подать жалобу в любое время после возникновения проблемы, на которую жалуетесь.

Шаг 2. Мы рассматриваем вашу жалобу и даем вам ответ.

- **Мы стараемся отвечать на жалобы незамедлительно.** Если вы жалуетесь по телефону, то иногда мы можем сразу, во время вашего звонка, дать вам ответ.
- **На большинство жалоб мы отвечаем не позже чем через 30 календарных дней.** Если нам требуется дополнительная информация и если задержка в ваших интересах или если о дополнительном времени просите вы сами, мы можем добавить к установленному сроку до 14 календарных дней (всего не более 44 календарных дней). Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом в письменной форме.
- **Если вы подаете жалобу в связи с тем, что мы отклонили ваш запрос на быстрое решение о покрытии или быструю апелляцию, мы автоматически будем считать ее быстрой жалобой.** Если ваша жалоба имеет статус быстрой, это означает, что **мы должны дать ответ в течение 24 часов.**
- **Если мы не согласны** с вашей жалобой частично или полностью либо если мы не несем ответственности за событие, ставшее причиной жалобы, мы вам об этом сообщаем.

Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Раздел 11.3 Жалобы на качество обслуживания можно подавать также в организацию повышения качества обслуживания

Если вы жалуетесь на **качество обслуживания**, у вас есть 2 дополнительные возможности:

- **Вы можете подать жалобу непосредственно в организацию повышения качества обслуживания.** Организация повышения качества обслуживания — это группа практикующих врачей и других экспертов сферы здравоохранения, которым федеральное правительство платит за контроль и улучшение качества обслуживания пациентов Medicare. Контактная информация приведена в главе 2.

Или

- **Вы можете одновременно подать жалобу в организацию повышения качества обслуживания и в наш план.**

Раздел 11.4 Вы также можете сообщить о своей жалобе в Medicare и Medicaid

Жалобу на план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) можно подать непосредственно в Medicare. Для того чтобы подать жалобу в Medicare онлайн, воспользуйтесь страницей www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Кроме того, можно позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY/TDD набирайте номер 1-877-486-2048.

Глава 10: Выход из страхового плана

ГЛАВА 10:

Выход из страхового плана

РАЗДЕЛ 1 Выход из страхового плана

Исключение из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) может быть **добровольным** (по вашей собственной инициативе) или **принудительным** (не по вашей инициативе).

- Вы можете выйти из нашего плана, если захотите. О том как добровольно выйти из числа участников нашего плана, см. в разделах 2 и 3.
- Также есть некоторые ситуации, когда мы обязаны прекратить ваше участие. О таких ситуациях принудительного исключения см. в разделе 5.

Даже если вы решили прекратить участие в нашем плане, он должен продолжать покрывать вам медицинскую помощь и рецептурные лекарственные препараты, а вы должны оплачивать свою долю их стоимости, пока ваше участие в плане не завершится официально.

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете выйти из нашего страхового плана?

Раздел 2.1 Вы можете выйти из нашего плана, поскольку включены в программы Medicare и Medicaid

- Большинство людей, включенных в программу Medicare, могут выйти из своего страхового плана только в определенные периоды. Поскольку вы получаете покрытие по программе Medicaid, то можете прекратить участие в плане в любой месяц года, выбрав один из перечисленных ниже вариантов покрытия Medicare.
 - Программа Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по рецепту по программе Medicare.
 - Программа Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе Medicare (если выбрать этот вариант, когда вы получаете «Дополнительную помощь» [Extra Help], то Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не откажетесь от автоматической регистрации).
 - Интегрированный план D-SNP, если вы имеете право на участие в нем. Этот план включает покрываемые услуги и виды обслуживания Medicare и большинство или все покрываемые услуги и виды обслуживания Medicaid.

Примечание. Если вы выйдете из программы покрытия лекарственных препаратов Medicare и останетесь без «Дополнительной помощи» (Extra Help) и «учитываемого» (creditable) покрытия лекарственных препаратов, то вам, возможно, придется платить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D (если вы оставались без покрытия более 63 дней подряд), когда вы впоследствии станете участником плана, покрывающего лекарства по программе Medicare.

Глава 10: Выход из страхового плана

- Чтобы узнать о вариантах плана Medicaid, обратитесь в отделение Medicaid своего штата по телефону (833) 671-0440.
- Другие варианты планов медицинского страхования Medicare доступны в течение **периода открытой регистрации**. Подробнее о периоде открытой регистрации см. в разделе 2.2.
- **Обычно вы перестаете быть участником нашего плана в первый день месяца, следующего за тем, в который мы получили вашу просьбу о переходе в другой план.** В тот же день вы становитесь участником вашего нового плана.

Раздел 2.2 Вы можете выйти из нашего плана во время периода открытой регистрации

Вы можете выйти из нашего плана ежегодно во время **периода открытой регистрации**. В этот период изучите свое страховое покрытие услуг и лекарственных препаратов и решите, какая страховка вам подходит на будущий год.

- **Период открытой регистрации** продолжается с **15 октября по 7 декабря**.
- **Вам нужно решить, сохранить ли нынешнюю страховку на будущий год или поменять ее.** Если вы решите перейти в другой план, вам нужно выбрать один из следующих типов планов:
 - Другой план медицинского страхования Medicare с покрытием лекарственных препаратов или без такого покрытия.
 - Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по программе Medicare
 - Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по программе Medicare.
 - Интегрированный план D-SNP, если вы имеете право на участие в нем. Этот план включает покрываемые услуги и виды обслуживания Medicare и большинство или все покрываемые услуги и виды обслуживания Medicaid.

Вы получаете «Дополнительную помощь» (Extra Help) от Medicare для оплаты рецептурных лекарственных препаратов. Если вы переходите в программу Original Medicare и не регистрируетесь в отдельном плане, покрывающем лекарства по рецепту по программе Medicare, то Medicare может зарегистрировать вас в плане, покрывающем лекарства, если вы не отказались от автоматической регистрации.

Примечание. Если вы выйдете из плана Medicare с покрытием лекарственных препаратов и останетесь без «Дополнительной помощи» (Extra Help) и «учитываемого» (creditable) покрытия лекарственных препаратов на период более 63 дней подряд, то впоследствии вам, возможно, придется заплатить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D, если позднее вы регистрируетесь в плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.

- **Вы перестанете быть участником нашего плана,** когда начнете получать страховое покрытие по своему новому плану, т. е. 1 января.

Раздел 2.3 Возможность выйти из нашего плана во время открытого периода регистрации в программе Medicare Advantage

Вы можете *один раз* изменить свою медицинскую страховку во время **периода открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage,** каждый год.

Глава 10: Выход из страхового плана

- **Ежегодный период открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage**, длится с 1 января по 31 марта, а для новых участников Medicare, включенных в план Medicare Advantage (MA), — с месяца получения права на участие в планах Часть А и Часть В до последнего дня 3-го месяца получения права на участие.
- **Во время периода открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage**, вы можете:
 - Перейти в другой план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов или без такого покрытия.
 - Выйти из нашего плана и стать участником программы Original Medicare. Если в этот период вы перейдете в программу Original Medicare, вы также можете одновременно стать участником отдельного плана, покрывающего лекарства по программе Medicare.
- **Вы перестанете быть участником нашего плана** в первый день месяца, следующего за тем, в который вы зарегистрировались в другом плане, действующем по программе Medicare Advantage, или в программе Original Medicare. Если вы также решите стать участником плана, покрывающего лекарства по программе Medicare, вы начнете получать страховое покрытие по данному плану с первого дня месяца, следующего за тем, в который план получит ваш запрос на регистрацию.

Раздел 2.4 **Случаи, при которых вы можете выйти из нашего плана во время специального периода регистрации**

В определенных случаях вы можете выйти из нашего плана в другое время года. Это время называется **специальный период регистрации**.

Вы можете выйти из нашего плана во время специального периода регистрации, если вы оказались в одной из приведенных ниже ситуаций. Это всего лишь несколько примеров. Полный список вы можете получить, связавшись с нашим планом, позвонив в Medicare или посетив веб-сайт www.Medicare.gov.

- Как правило, когда вы переезжаете.
- Если вы включены в программу New York Medicaid.
- Если вы имеете право на дополнительную помощь Extra Help для оплаты покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare.
- Если мы нарушили заключенный с вами договор.
- Если вы госпитализированы в такое учреждение, как, например, центр сестринского ухода или лечебное учреждение длительного обслуживания (LTC).
- Если вас включили в программу комплексной помощи престарелым (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Примечание.** Если вы включены в программу регулирования лечения наркотическими препаратами Drug Management Program, вы, вероятно, имеете право только на определенные специальные периоды регистрации. О программе регулирования лечения наркотическими препаратами см. в главе 5, раздел 10.
- **Примечание.** В разделе 2.1 подробно говорится о специальном периоде регистрации для участников Medicaid.

Периоды регистрации зависят от вашей ситуации.

Для того чтобы узнать, имеете ли вы право воспользоваться специальным периодом регистрации, позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте

Глава 10: Выход из страхового плана

номер 1-877-486-2048. Если вы имеете право выйти из плана в связи с особой ситуацией, вы можете поменять как медицинскую страховку по программе Medicare, так и покрытие лекарственных препаратов. Вам доступны на выбор:

- Другой план медицинского страхования, действующий по программе Medicare, с покрытием лекарственных препаратов или без него.
- Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по программе Medicare.
- Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по программе Medicare.
- Интегрированный план D-SNP, если вы имеете право на участие в нем. Этот план включает покрываемые услуги и виды обслуживания Medicare и большинство или все покрываемые услуги и виды обслуживания Medicaid.

Примечание. Если вы выйдете из плана Medicare с покрытием лекарственных препаратов и останетесь без «Дополнительной помощи» (Extra Help) и «учитываемого» (creditable) покрытия лекарственных препаратов на период более 63 дней подряд, то впоследствии вам, возможно, придется заплатить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D, если позднее вы зарегистрируетесь в плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.

Если вы получаете «Дополнительную помощь» (Extra Help) от Medicare для оплаты покрытия лекарственных препаратов. Если вы переходите в программу Original Medicare и не регистрируетесь в отдельном плане, покрывающем лекарства по программе Medicare, то Medicare может зарегистрировать вас в плане, покрывающем лекарства, если вы не отказались от автоматической регистрации.

Обычно вы перестаете быть участником плана в первый день месяца, следующего за тем, в который мы получили вашу просьбу о переходе в другой план.

Примечание. В разделах 2.1 и 2.2 подробнее говорится о специальном периоде регистрации для людей, включенных в программы Medicaid и Extra Help.

Раздел 2.5 Получение дополнительной информации о том, когда вы можете выйти из нашего плана

Если у вас возникли вопросы о выходе из плана:

- Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).
- См. информацию в справочнике «Medicare и вы» (Medicare & You) за 2026 г.
- Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (при использовании TTY набирайте 1-877-486-2048).

РАЗДЕЛ 3 Как прекратить участие в нашем страховом плане

В приведенной ниже таблице объясняется, как выйти из нашего плана.

Чтобы перейти из нашего плана в:	Что необходимо сделать:
Другой план медицинского страхования Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Зарегистрируйтесь в новом плане медицинского страхования Medicare.

Глава 10: Выход из страхового плана

Чтобы перейти из нашего плана в:	Что необходимо сделать:
	<ul style="list-style-type: none"> • Вы будете автоматически исключены из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), как только страховое покрытие начнет вам предоставлять ваш новый план.
Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по программе Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Зарегистрируйтесь в новом плане, покрывающем лекарства по программе Medicare. • Вы будете автоматически исключены из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), как только страховое покрытие начнет вам предоставлять ваш новый план, покрывающий лекарства.
Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по программе Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Пришлите нам письменную просьбу об исключении из плана. Если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711). • Вы также можете позвонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросить исключить вас из плана. При использовании TTY набирайте номер 1-877-486-2048. • Вы будете автоматически исключены из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), как только страховое покрытие начнет вам предоставлять программа Original Medicare.

Примечание. Если вы выйдете из плана Medicare с покрытием лекарственных препаратов и останетесь без «Дополнительной помощи» (Extra Help) и «учитываемого» (creditable) покрытия лекарственных препаратов на период более 63 дней подряд, то впоследствии вам, возможно, придется заплатить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D, если позднее вы зарегистрируетесь в плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.

С вопросами о том, что и как вам покрывает программа Medicaid, обращайтесь в программу New York Medicaid, телефон (800) 505-5678; в отдел здравоохранения округа Nassau, телефон (516) 227-7474; в Управление трудовых ресурсов / отдел социальных служб округов Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond, телефон (718) 557-1399; в округе Orange обращайтесь в отдел социальных служб, телефон (845) 291-4000; в округе Rockland обращайтесь в отдел социальных служб, телефон (845) 364-3040; в округе Westchester — в отдел социальных служб, телефон (914) 995-3333. Линии работают с понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 8 р.м., а по субботам с 10 а.м. до 6 р.м. Спросите, как включение в новый план или возвращение в программу Original Medicare повлияет на то, как вы будете получать покрытие по программе Medicaid.

Глава 10: Выход из страхового плана

РАЗДЕЛ 4 Обязательство пользоваться страховым покрытием медицинских услуг, лекарств и принадлежностей по плану, пока вы остаетесь его участником

Пока ваше участие в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) не закончится, а новое покрытие по программе Medicare не начнет действовать, вы должны по-прежнему получать медицинские услуги, товары и рецептурные лекарственные препараты через наш план.

- **Вы должны по-прежнему обращаться к сетевым поставщикам для получения медицинской помощи.**
- **Вы должны по-прежнему получать рецептурные лекарственные препараты в наших сетевых аптеках.**
- **Если вас госпитализировали в день выхода из плана, наш план покрывает ваше пребывание в больнице до выписки** (даже если вас выпишут после того, как начнет действовать новое страховое покрытие).

РАЗДЕЛ 5 Обстоятельства, при которых ваше участие в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) прекратится

План Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) должен исключить вас из числа своих участников в любой из таких ситуаций:

- Вы больше не включены в программы Medicare Part A и Medicare Part B.
- Если вы больше не имеете права на участие в программе Medicaid. В главе 1, раздел 2.1, говорится о том, что наш план предназначен для людей, имеющих право на участие в программах Medicare и Medicaid одновременно. Если план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) считает, что вы больше не соответствуете *особым* критериям, вам пришлют письмо с указанием причины возможного исключения из плана. Для того чтобы обратиться в наш план с просьбой о пересмотре решения об исключении вас из плана, у вас есть 6 месяцев (180 дней) со дня, которым датировано это письмо.
- Если вы переехали за пределы нашей зоны обслуживания.
- Если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания более 6 месяцев.
 - Если вы переезжаете или надолго уезжаете, вам нужно позвонить в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711) и выяснить, находится ли то место, куда вы едете, в нашей зоне обслуживания.
- Вы находитесь в заключении (в тюрьме).
- Если вы лишились гражданства США или права на законное проживание в США.
- Если вы скрыли или предоставили недостоверную информацию о другом имеющемся у вас покрытии лекарственных препаратов.
- Если вы намеренно предоставили нам неверную информацию во время регистрации в нашем плане, а от этой информации зависит, имеете ли вы право на участие. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у Medicare.)

Глава 10: Выход из страхового плана

- Если вы постоянно ведете себя так, что это мешает нам оказывать медицинскую помощь вам и другим участникам нашего плана. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у Medicare.)
- Если вы позволяете другому человеку использовать вашу карточку участника плана для получения медицинской помощи. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у Medicare.)
 - Если мы исключим вас из плана по этой причине, программа Medicare может поручить расследование вашего случая главному инспектору (Inspector General).
- Если из-за вашего высокого дохода вы должны платить дополнительную сумму за страховку по программе Часть D, но не платите ее, Medicare исключит вас из нашего плана.

Если у вас есть вопросы или вы хотите узнать, в каких случаях мы можем прекратить ваше участие в плане, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).

Раздел 5.1 Мы не можем просить вас выйти из плана по причинам, связанным с вашим состоянием здоровья

Плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) запрещено просить вас прекратить участие по причинам, связанным с состоянием вашего здоровья.

Что делать, если это произойдет?

Если вы считаете, что вас попросили выйти из нашего плана по причине, связанной с состоянием вашего здоровья, позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте номер 1-877-486-2048.

Раздел 5.2 Если мы исключим вас из плана, вы имеете право подать жалобу

Если мы исключаем вас из плана, мы должны в письменном виде сообщить вам причины такого решения. Кроме того, мы должны объяснить, как вы можете подать жалобу на это решение.

Глава 11: Юридические уведомления

ГЛАВА 11:**Юридические уведомления****РАЗДЕЛ 1 Уведомление о применимом законодательстве**

Основной закон, регулирующий действие данного Справочника участника плана, — это раздел XVIII Закона о социальном обеспечении (Social Security Act) и нормативные акты, подготовленные на его основе Центрами обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS). Кроме того, могут применяться другие федеральные законы и, в некоторых обстоятельствах, законы штата, в котором вы живете. Это может повлиять на ваши права и обязанности, даже если эти законы не упоминаются и не объясняются в настоящем документе.

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недопустимости дискриминации

Мы не дискриминируем участников плана по признакам расы, национальности, страны происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, психических и физических ограничений, состояния здоровья, поданных ими исков и страховых требований, истории их заболеваний, генетической информации, требований к здоровью страхователя и географического положения в пределах нашей зоны обслуживания. Все организации, которые предлагают планы, действующие по программе Medicare Advantage, в том числе наш план, должны соблюдать федеральные законы, запрещающие дискриминацию, в том числе раздел VI Закона о гражданских правах (Civil Rights Act) 1964 г., Закон о защите прав людей с инвалидностью (Rehabilitation Act) 1973 г., Закон о защите прав пожилых людей (Age Discrimination Act) 1975 г., Закон о защите прав американских граждан с инвалидностью (Americans with Disabilities Act), раздел 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act), все остальные законы, применимые к организациям, получающим федеральное финансирование, и все остальные законы и правила, применимые по любой другой причине.

Если вы хотите получить дополнительную информацию либо пожаловаться на дискриминацию или несправедливое отношение, позвоните в **Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights)** при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) или в местное управление по вопросам гражданских прав. Кроме того, вы можете изучить сведения на сайте Управления по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services): www.HHS.gov/ocr/index.html.

Если у вас есть инвалидность и вам нужна помощь с доступом к медицинскому обслуживанию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (при использовании TTY набирайте номер 711). С жалобами по поводу доступности медицинского учреждения, например для людей на инвалидных колясках, обращайтесь в отдел обслуживания.

Глава 11: Юридические уведомления

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о праве программы Medicare на суброгацию

Наши права и обязанности включают взыскание с основного плательщика средств на оплату медицинских услуг, покрываемых по программе Medicare, если основным плательщиком не является программа Medicare. В соответствии с нормами, регулирующими работу Центров обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) (содержатся в разделе 42 свода федеральных нормативных актов [CFR] в подразделах 422.108 и 423.462), план Senior Whole Health of New York NHC (НМО D-SNP), будучи организацией, предоставляющей страховку по программе Medicare Advantage, имеет те же права на возмещение, которые в соответствии с нормами касательно CMS, приведенным в подразделах B–D части 411 раздела 42 CFR, есть у секретаря Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Правила, приведенные в этом разделе, имеют приоритет над любыми законами любого штата.

ГЛАВА 12:

Определения терминов

Амбулаторный хирургический центр (Ambulatory Surgical Center) — медицинское учреждение, где проводится только амбулаторное хирургическое лечение пациентов, которым не требуется госпитализация и для которых ожидаемое пребывание в таком центре не превышает 24 часов.

Апелляция (Appeal) — вы подаете апелляцию, если не согласны с нашим страховым решением об отказе в покрытии медицинских услуг или рецептурных лекарственных препаратов либо о возмещении расходов на уже полученные и оплаченные вами услуги или лекарства. Подать апелляцию можно также в том случае, когда вы не согласны с нашим решением о прекращении страхового покрытия услуг, которые вы уже получаете.

Госпитализационный период (Benefit Period) — Это способ измерения длительности пребывания в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF). Этот способ используется как программой Original Medicare, так и нашим планом. Госпитализационный период начинается в день вашего поступления в больницу или в центр квалифицированного сестринского ухода в качестве стационарного пациента. Госпитализационный период заканчивается после того, как вы 60 дней подряд не получаете какое-либо стационарное лечение в больнице (или квалифицированное обслуживание в SNF). Если вы поступаете в больницу или SNF после окончания одного госпитализационного периода, начинается новый период. Число покрываемых госпитализационных периодов не ограничено.

Биологический препарат, или биопрепарат (Biological Product) — рецептурный лекарственный препарат, приготовленный из клеток животных или растений, бактерий, дрожжей и других живых организмов. Биопрепараты устроены сложнее, чем другие лекарства, их невозможно скопировать в точности, поэтому альтернативные формы биопрепаратов называются биоаналоги. (См. также термины «Оригинальный биологический препарат» и «Биоаналог».)

Биоаналог (Biosimilar) — биопрепарат, который очень похож на оригинальный биологический препарат, но не идентичен ему. Биоаналоги являются такими же безопасными и эффективными, как и оригинальный биологический препарат. Некоторые биоаналоги могут быть предложены как замена оригинальным биологическим препаратам в аптеке по тому же рецепту (см. **Взаимозаменяемый биоаналог**).

Фирменный препарат (Brand Name Drug) — рецептурный лекарственный препарат, который производится и продается фармацевтической компанией, проводившей его разработку и исследования. Фирменные препараты (патентованные) содержат те же активные компоненты, что и их аналоги-дженерики (непатентованные). Однако лекарства-дженерики производятся и продаются другими производителями; такие лекарства обычно становятся доступны после истечения срока действия патента на фирменный препарат.

Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов (Catastrophic Coverage Stage) — период в страховом покрытии лекарств по условиям Части D, который наступает после того, как вы сами (или кто-нибудь от вашего имени) выплатите с начала страхового года \$2,100 за покрываемые лекарственные препараты Части D.

Глава 12: Определения терминов

Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) — федеральное агентство, управляющее программой Medicare.

Доля стоимости (Coinsurance) — сумма, которая представляет собой ваше участие в оплате покрываемого обслуживания или покрываемых рецептурных лекарственных препаратов. Выражается в процентах от общей стоимости (например, 20%).

Жалоба (Complaint). Официальный термин для «подать жалобу» (make a complaint) — это **«обратиться с претензией» (file a grievance)**. Процедура обжалования используется для разрешения только определенных проблем. К их числу относятся претензии к качеству обслуживания, времени ожидания и работе службы поддержки. Кроме того, жалобы можно подавать, если наш план не соблюдает сроки в рамках процедуры апелляции.

Центр комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) — Учреждение, которое главным образом предоставляет услуги по реабилитации после болезни или травмы, включая физиотерапию, социальную и психологическую реабилитацию, дыхательную терапию, трудотерапию, лечение речевых нарушений и оценку соответствия жилья особенностям пациента.

Доплата (Copayment, или Copay) — Сумма, которую вы платите за медицинские услуги или принадлежности, например за прием у врача, посещение амбулаторного отделения больницы или рецептурные лекарственные препараты. Доплата, в отличие от доли стоимости, — это фиксированная сумма (например, \$10), а не процент от стоимости.

Софинансирование расходов (Cost Sharing) — суммы, которые участнику плана нужно платить при получении услуг или лекарств. Сумма софинансирования расходов складывается из 3-х видов платежей в любой комбинации: (1) безусловная франшиза, которую участник плана должен выплатить, прежде чем план начнет покрывать услуги или лекарства; (2) фиксированная сумма доплаты, которую план требует платить при получении определенной услуги или лекарства; (3) доля стоимости, то есть процент от общей стоимости услуги или лекарства, который план требует от своего участника оплачивать при получении определенной услуги или лекарства.

Уровень софинансирования расходов (Cost-Sharing Tier) — каждый препарат из перечня покрываемых лекарств относится к одному из 6 (шести) уровней софинансирования расходов. Как правило, чем выше уровень софинансирования расходов, тем выше стоимость лекарства.

Заключение о страховом покрытии (Coverage Determination) — решение о том, будет ли наш план покрывать выписанное вам лекарство, и если будет, то сколько должны будете платить вы. Как правило, если вы приносите рецепт в аптеку, а аптекарь говорит вам, что наш план не покрывает выписанное вам лекарство, это заявление аптекаря не будет являться заключением о страховом покрытии. Вам нужно позвонить или написать в наш план и попросить об официальном заключении относительно страхового покрытия. Постановление о страховом покрытии также называется «страховое решение» (coverage decision) в этом документе.

Покрываемые лекарственные препараты (Covered Drugs) — термин, который мы используем для обозначения всех рецептурных лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом.

Покрываемые услуги (Covered Services) — общий термин, который мы используем для обозначения всех видов медицинских услуг и принадлежностей, которые наш план покрывает.

Учитываемое покрытие лекарств по рецепту (Creditable Prescription Drug Coverage) — покрытие лекарственных препаратов по рецепту (например, от работодателя или профсоюза), которое в среднем

Глава 12: Определения терминов

платит за лекарства не меньше, чем стандартное покрытие лекарств по рецепту по программе Medicare. Люди, имеющие такую страховку, обычно могут ее сохранить, когда получают право на участие в программе Medicare, и не должны платить штраф за позднее включение в план Medicare с покрытием лекарственных препаратов по рецепту, если они в будущем решат перейти в страховой план, действующий по этой программе.

Помощь немедицинского характера при совершении повседневных действий (Custodial Care) — личный уход, который вы получаете в центре сестринского ухода, хосписе или в другом учреждении, если вам не требуется квалифицированная медицинская помощь или квалифицированный сестринский уход. Для оказания этого вида помощи не требуются профессиональные навыки или обучение. Сюда входят, например, помощь с принятием ванны, одеванием, принятием пищи, укладыванием в постель/усаживанием на кресло и вставанием с постели/кресла, передвижением, походами в туалет и другими ежедневными действиями. Этот уход может включать также связанные с медицинской помощью действия, которые большинство людей выполняет самостоятельно, например закапывание капель в глаза. Программа Medicare за этот уход не платит.

Суточная ставка софинансирования расходов (Daily cost-sharing rate) — может применяться, если врач назначает вам лекарство на срок меньше месяца, и вам необходимо вносить доплату за это лекарство. Ваше суточное участие в оплате лекарства рассчитывается как доплата за лекарство, выписанное на месяц, разделенная на число дней в месяце. Пример. Предположим, ваша доплата за количество лекарства, необходимое для приема в течение месяца (30 дней), составляет \$30. Тогда ваша «суточная ставка софинансирования расходов» составляет \$1 в день.

Исключение (выход) из плана (Disenrollment) — Это прекращение вашего участия в нашем плане страхования.

Планы, действующие по программам Medicare и Medicaid одновременно и предназначенные для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP). Планы D-SNP принимают людей, которые имеют право на участие и в программе Medicare (раздел XVIII Закона о социальном обеспечении [Social Security Act]), и в плане штата по программе Medicaid (раздел XIX). Штат покрывает некоторые или все расходы, связанные с участием в программе Medicare. Это покрытие зависит от штата и от прав конкретного человека.

Человек, имеющий право на участие в программах Medicare и Medicaid одновременно (Dual Eligible Individual) — человек, имеющий право на страховое покрытие по программам Medicare и Medicaid одновременно.

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME) — медицинское оборудование, которое врач выписывает по медицинским показаниям. Примеры: ходунки, инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, расходные материалы для людей с диабетом, инфузионные насосы для внутривенных инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и расходные материалы, ингаляторы, больничные койки, назначенные поставщиком услуг для использования на дому.

Экстренное состояние (Medical Emergency, или Emergency) — это медицинское состояние, при котором вы или любой другой среднестатистический человек без медицинского образования имеете основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть (если вы беременная женщина — потеря вынашиваемого ребенка), потеря конечности или функции конечности, потеря или серьезное нарушение работы других органов. Такими симптомами могут быть заболевание, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние здоровья.

Глава 12: Определения терминов

Экстренная помощь (Emergency Care) — Это покрываемые услуги, которые: 1) предоставлены поставщиком, имеющим право оказывать экстренную помощь, 2) необходимы для оценки, лечения или стабилизации экстренного состояния.

Справочник участника плана (Evidence of Coverage, EOC) и условия предоставления страхового покрытия (Disclosure Information) — Настоящий документ вместе с вашей регистрационной формой и любыми приложениями и дополнительными условиями. Могут включать материалы о выбранном вами необязательном страховом покрытии, в которых разъясняется ваше страховое покрытие, что должны делать мы и каковы ваши права и обязанности как участника плана.

Исключение из правил (Exception) — тип страхового решения, которое, в случае его утверждения, позволяет вам получать лекарство, не внесенное в фармакологический справочник (исключение из справочника), или позволяет вам доплачивать меньшую сумму софинансирования расходов за неприоритетное лекарство (исключение из уровня). Кроме того, вы можете попросить, чтобы план сделал исключение из правил, по которым вы должны сначала использовать другое лекарство, а уже потом план начнет покрывать лекарство, которым вы хотите лечиться. Просить об исключении из правил вы также можете, если хотите отменить требование плана об обязательном предварительном подтверждении для использования определенного препарата либо снять ограничение на количество или дозу вашего лекарства (в качестве исключения из фармакологического справочника).

«Дополнительная помощь» (Extra Help) — Программа Medicare, которая помогает людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать стоимость покрытия рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare, т. е. страховые взносы, безусловную франшизу, долю стоимости и т. п.

Непатентованный лекарственный препарат, или дженерик (Generic Drug) — рецептурный лекарственный препарат, разрешенный Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) и содержащий те же активные компоненты, что и фирменный препарат. Непатентованным лекарственным препаратом называется лекарство, которое действует так же, как фирменный препарат, но обычно стоит меньше.

Сотрудник по оказанию медицинской помощи на дому (Home Health Aide) — работник, предоставляющий услуги, для которых не требуются навыки лицензированной медицинской сестры или терапевта. Это может быть, например, личный уход (помощь с купанием, походами в туалет, одеванием, выполнением назначенных упражнений).

Хоспис (Hospice) — Покрываемое обслуживание для участника плана, который признан неизлечимо больным и остаток его жизни составляет не более 6 месяцев. Наш план должен предоставить такому участнику список хосписов, расположенных недалеко от места его проживания. Если пациент выберет хоспис и продолжит платить ежемесячные страховые взносы, он будет оставаться участником нашего плана. Он по-прежнему может получать все обслуживание, необходимое по медицинским показаниям, и выбранное им дополнительное страховое покрытие по нашему плану.

Госпитализация в стационарной больнице (Hospital Inpatient Stay) — Пребывание в больнице, в которую вы были официально госпитализированы для получения квалифицированных медицинских услуг. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.

Коррекция ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) — Если ваш скорректированный общий доход (modified adjusted gross income), указанный в декларации, которую вы 2 года назад подали в Налоговую службу (IRS), превышает

Глава 12: Определения терминов

определенный предел, то помимо обычного страхового взноса, вы ежемесячно платите сумму корректировки ежемесячных взносов на основании уровня дохода. Корректировка IRMAA — это дополнительная сумма, добавляемая к страховому взносу. Эти дополнительные суммы платят менее 5% людей, включенных в программу Medicare.

Первоначальный этап страхового покрытия (Initial Coverage Stage) — Период, продолжающийся до тех пор, пока ваши собственные расходы за год не достигнут установленного предела.

Период первичной регистрации (Initial Enrollment Period) — период, наступающий после того, как вы впервые получаете право на участие в программе Medicare. В течение этого периода вы можете зарегистрироваться в программах Medicare Part A и Medicare Part B. Если вы получили право на участие в программе Medicare по достижении 65 лет, ваш период первичной регистрации в плане составляет 7 месяцев. Он начинается за 3 месяца до того месяца, в котором вам исполняется 65 лет, включает тот месяц, когда вам исполняется 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после того месяца, когда вам исполняется 65 лет.

Интегрированный план D-SNP (Integrated D-SNP) — план D-SNP, который покрывает услуги Medicare и большинство или все услуги Medicaid в рамках одного плана медицинского страхования для определенных групп лиц, имеющих право на участие и в программе Medicare, и в программе Medicaid. Эти лица имеют право на полное покрытие по двум программам страхования.

Комплексная претензия (Integrated Grievance). То же, что и жалоба (complaint). Жалобу можно подать на план, поставщика услуг или аптеку. Можно, например, пожаловаться на качество обслуживания. Не имеет отношения к страховому покрытию и к разногласиям по поводу оплаты.

Взаимозаменяемый биоаналог (Interchangeable Biosimilar) — биоаналог, который может быть использован в качестве замены оригинального биопрепарата в аптеке без необходимости получения нового рецепта, поскольку он отвечает дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Возможность автоматической замены в аптеке регулируется законодательством штата.

Перечень покрываемых лекарственных препаратов (List of Covered Drugs), или Фармакологический справочник (Formulary), или Список лекарственных препаратов (Drug List) — это перечень рецептурных лекарственных препаратов, которые покрывает наш план.

Субсидия для лиц с низким доходом (Low Income Subsidy, LIS) — см. «Дополнительная помощь» (Extra Help).

Программа скидок от производителя (Manufacturer Discount Program) — программа, в рамках которой производители лекарств оплачивают часть полной стоимости покрываемых по условиям Части D фирменных препаратов и биопрепаратов. Скидки предоставляются по договору между федеральным правительством и производителями лекарств.

Предельная сумма собственных расходов (Maximum Out-of-Pocket Amount) — максимальная сумма, которую вы выплачиваете в течение календарного года за обслуживание, покрываемое по программам Часть А и Часть В. При расчете максимальной суммы собственных расходов не учитываются страховые взносы по нашему плану, страховые взносы по программам Medicare Part A и Medicare Part B, а также суммы, уплаченные вами за рецептурные лекарственные препараты. Если программа Medicaid доплачивает за вас суммы, которые вы в противном случае должны платить за покрываемое по программе Medicare обслуживание, то вам ничего не нужно платить за обслуживание, покрываемое по условиям Части А и Части В. **(Примечание.** Поскольку участники нашего плана получают помощь

Глава 12: Определения терминов

также по программе Medicaid, очень немногие из них достигают максимальной суммы собственных расходов.)

Medicaid (или Medical Assistance) — совместная программа федерального правительства и штата, которая помогает некоторым людям с низким доходом и ограниченными финансовыми возможностями оплачивать медицинскую помощь. В разных штатах программы Medicaid называются и работают по-разному, но если вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно, то они покрывают большинство расходов на медицинское обслуживание.

Утвержденные медицинские показания (Medically Accepted Indication) — применение лекарства по показаниям, либо утвержденным FDA, либо указанным в определенных справочниках, например в Фармацевтическом справочнике для американских больниц (American Hospital Formulary Service Drug Information) или информационной системе Micromedex DRUGDEX.

По медицинским показаниям (Medically Necessary) — Обслуживание, принадлежности и лекарства, которые отвечают требованиям медицинских стандартов и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить заболевание.

Medicare — федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; некоторых людей младше 65 лет с определенными физическими ограничениями; людей в терминальной стадии почечной недостаточности (как правило, лиц с хронической почечной недостаточностью, которым требуется проведение диализа или пересадка почки).

Период открытой регистрации (Open Enrollment Period) в программе Medicare Advantage — период с 1 января по 31 марта, когда участники планов, действующих по программе Medicare Advantage, могут выйти из своего плана и перейти в другой план, действующий по программе Medicare Advantage, или стать участником программы Original Medicare. Если в этот период вы решите перейти в программу Original Medicare, вы можете также стать участником отдельного плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе Medicare. Период открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage, — это, кроме того, 3 месяца после того, как человек впервые получает право на участие в программе Medicare.

План, действующий по программе Medicare Advantage (Medicare Advantage, MA) — иногда его называют программой Medicare Part C. Это план, предлагаемый частной компанией, у которой с программой Medicare заключен договор о предоставлении страхового покрытия услуг по программам Medicare Part A и Medicare Part B. План, действующий по программе Medicare Advantage, может быть: i) организацией по управлению медицинской помощью (Health Maintenance Organization, HMO); ii) организацией, сотрудничающей с предпочтительными медиками и учреждениями (Preferred Provider Organization, PPO); iii) частным страховым планом со сдельным способом оплаты труда медиков (Private Fee-for-Service, PFFS); или iv) планом, позволяющим освободить от налогов расходы на медицинское обслуживание и действующим по программе Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Помимо этого, планы HMO и PPO, действующие по программе Medicare Advantage, могут быть планами для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan, SNP), т. е. людей с инвалидностью. В большинстве случаев планы, действующие по программе Medicare Advantage, предлагают также фармацевтическую страховку по программе Medicare Part D (покрытие лекарств по рецепту). Эти планы называются **планами, действующими по программе Medicare Advantage, с покрытием лекарств по рецепту.**

Покрываемые услуги по программе Medicare (Medicare-Covered Services) — обслуживание, покрываемое по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Все планы медицинского страхования

Глава 12: Определения терминов

Medicare должны покрывать все обслуживание, покрываемое по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Этот термин не распространяется на дополнительно покрываемые виды помощи, например проверку и коррекцию зрения и слуха, стоматологию и т. п., хотя их может покрывать план, действующий по программе Medicare Advantage.

План медицинского страхования по программе Medicare (Medicare Health Plan) — частный план медицинского страхования, предлагаемый компанией, у которой с программой Medicare есть договор, позволяющий этому плану предоставлять своим участникам, включенным в программу Medicare, страховое покрытие обслуживания согласно Части А и Части В. Это понятие включает все планы, действующие по программе Medicare Advantage; планы расходов Medicare (Medicare Cost Plan); экспериментальные и пилотные страховые программы (Demonstration/Pilot Program); планы для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan) и программы комплексной помощи престарелым (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare (Medicare Part D) — страховка на рецептурные лекарственные препараты, предназначенные для амбулаторного лечения, вакцины, биопрепараты и некоторые принадлежности, не покрываемые по программам Medicare Part A или Medicare Part B.

Medigap, полис дополнительного страхования по программе Medicare (Medicare Supplement Insurance Policy) — дополнительная к программе Medicare частная страховка, восполняющая «разрывы» (gap) в страховом покрытии по программе Original Medicare. Полисы Medigap действуют только при наличии программы Original Medicare. (План, действующий по программе Medicare Advantage, не является полисом Medigap.)

Участник (Member), участник нашего плана (Member of our Plan) или участник плана (Plan Member) — человек, включенный в программу Medicare, у которого есть право получать покрываемые услуги, который был включен в наш план и чье включение в наш план было подтверждено Центрами обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS).

Отдел обслуживания (Member Services) — Отдел нашего плана, который несет ответственность за работу с участниками плана и отвечает на вопросы об их статусе участника, покрываемых услугах, жалобах и апелляциях.

Сетевая аптека (Network Pharmacy) — Аптека, в которой участники нашего плана могут приобретать покрываемые планом рецептурные лекарственные препараты. В большинстве случаев мы покрываем рецептурные лекарственные препараты, только если они получены в одной из наших сетевых аптек.

Сетевой поставщик (Network Provider). Поставщик услуг (Provider) — это общее название врачей, других медиков, больниц и прочих медицинских учреждений, которые имеют лицензию или сертификат Medicare и штата на предоставление медицинских услуг. **Сетевые поставщики** имеют с нашим планом договор, по которому они принимают оплату своего труда по нашему плану в качестве полной оплаты; в некоторых случаях такие поставщики услуг не только оказывают участникам плана медицинскую помощь, но, кроме того, координируют покрываемые услуги. Сетевые поставщики также называются **поставщиками медицинских услуг плана.**

Заключение организации (Organization Determination) — Решение нашего плана о страховом покрытии, т. е. о том, будет ли он покрывать услуги и принадлежности или сколько будете платить вы за покрываемые услуги и принадлежности. В этом документе заключения организации называются страховыми решениями.

Глава 12: Определения терминов

Оригинальный биологический препарат (Original Biological Product) — биологический препарат, одобренный FDA и используемый производителями биоаналогов для сравнения. Его также называют референтным продуктом.

Original Medicare. Другие названия: **традиционная программа Medicare (Traditional Medicare) или программа Medicare со сдельным способом оплаты (Fee-For-Service Medicare).** Программу Original Medicare предлагает государство, а не частный план медицинского страхования наподобие планов, действующих по программе Medicare Advantage, и планов, покрывающих лекарства по рецепту. В рамках программы Original Medicare обслуживание, покрываемое Medicare, покрывается посредством оплаты услуг врачей, больниц и других поставщиков медицинских услуг по расценкам, установленным Конгрессом. Вы можете обращаться к любому врачу или другому поставщику медицинских услуг, или в любую больницу, если они принимают оплату по программе Medicare. Вы должны платить безусловную франшизу. Программа Medicare платит ту часть стоимости обслуживания, которая установлена самой же программой Medicare, а вы платите свою часть. Программа Original Medicare состоит из 2-х частей: Часть А (покрытие больничного обслуживания) и Часть В (медицинская страховка). Программа Original Medicare действует на всей территории США.

Внесетевая аптека (Out-of-Network Pharmacy) — аптека, у которой нет договора с нашим планом о координации или предоставлении его участникам покрываемых лекарственных препаратов. Обычно мы не оплачиваем лекарства, приобретенные во внесетевых аптеках. Исключения возможны только при определенных условиях.

Внесетевой поставщик (Out-of-Network Provider) или внесетевое учреждение (Out-of-Network Facility) — поставщик услуг или учреждение, у которого нет договора с нашим планом о координации или предоставлении его участникам покрываемых услуг. Внесетевые поставщики не работают в нашем плане, наш план ими не владеет и не управляет.

Собственные расходы (Out-of-Pocket Costs) — см. определение термина «софинансирование расходов» выше. Участник плана несет часть расходов на покрываемое обслуживание и лекарства.

Порог собственных расходов (Out-of-Pocket Threshold) — максимальная сумма, которую вы платите из собственных средств за лекарства по условиям программы Часть D.

План PACE. Программа комплексной помощи престарелым Program of All-Inclusive Care for the Elderly. План предоставляет комплексную медицинскую, социальную помощь и услуги длительного ухода и поддержки (LTSS) физически слабым людям, чтобы они могли сохранять независимость и жить дома (вместо того чтобы переезжать в центр сестринского ухода) как можно дольше. Участники плана, действующего по программе PACE, получают страховое покрытие услуг по программе Medicare и Medicaid через этот план.

Часть С (Part C). См. «план, действующий по программе Medicare Advantage (MA)».

Часть D (Part D). Добровольная страховая программа, покрывающая рецептурные лекарственные препараты; действует по программе Medicare.

Лекарства, покрываемые по программе Часть D (Part D Drugs) — Лекарства, страховое покрытие которых предоставляется по программе Часть D. Мы можем предоставлять страховое покрытие всех или некоторых лекарств, покрываемых по программе Часть D. Определенные группы лекарств были исключены Конгрессом из страхового покрытия по программе Часть D. Определенные группы лекарств, покрываемые по программе Часть D, должны покрывать все планы.

Глава 12: Определения терминов

Штраф за несвоевременное включение в программу Часть D (Part D Late Enrollment Penalty) — сумма, которую добавляют к ежемесячному страховому взносу для оплаты покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare, если у вас не было учитываемого (creditable) покрытия (которое в среднем не меньше стандартного покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare) в течение не менее 63 дней подряд, после того как вы получили право на участие в программе Часть D. Если вы теряете право на «Дополнительную помощь» (Extra Help), вам, возможно, придется начать платить штраф за несвоевременное включение, если вы провели не менее 63 дней подряд без покрытия лекарственных препаратов по программе Часть D или другого учитываемого покрытия лекарственных препаратов.

Страховой взнос (Premium). Сумма, которую вы периодически платите программе Medicare, страховой компании или плану медицинского страхования за покрытие медицинской помощи и/или покрытие лекарственных препаратов по рецепту.

Основной врач (Primary Care Provider, PCP). Врач или другой поставщик услуг, к которому вы обращаетесь в первую очередь в случае большинства болезней. Во многих планах медицинского страхования Medicare вы должны получить направление своего основного врача, прежде чем обращаться к любому другому поставщику медицинских услуг.

Предварительное подтверждение (Prior Authorization) – Разрешение, которое нужно получать у плана, прежде чем пользоваться определенными видами помощи и приобретать определенные лекарства. Покрываемые услуги, на которые нужно получать предварительное подтверждение, отмечены в Таблице покрываемого обслуживания, приведенной в главе 4. Покрываемые лекарственные препараты, на которые требуется предварительное подтверждение, отмечены в Фармакологическом справочнике, а наши критерии опубликованы на нашем веб-сайте.

Протезы (Prosthetics) и ортопедические изделия (ортезы; Orthotics) – Медицинские устройства, в частности ортезы для рук, спины и шеи; шины; искусственные конечности; искусственные глаза; устройства, необходимые для замещения внутренних органов или компенсации их функции, включая расходные материалы для ухода за стомой, энтеральное и парентеральное питание.

Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) — группа практикующих врачей и других медиков, которая получает финансирование от федерального правительства. Организация занимается проверкой и повышением качества медицинского ухода, предоставляемого пациентам Medicare.

Количественные ограничения (Quantity Limits) — способ ограничения применения лекарств с целью обеспечить качество лечения и безопасность пациента, а также сократить расходы плана. Ограничения могут распространяться, например, на количество лекарства, которое мы покрываем за определенный период времени.

Инструмент поиска услуг в режиме реального времени Real-Time Benefit Tool. Веб-портал или компьютерное приложение, где участники программы могут найти полную, точную, своевременную, соответствующую клиническим условиям информацию о покрытии услуг и покрываемых лекарственных препаратах для конкретного участника программы. Сюда входят доли софинансирования расходов на лекарства, которые платите вы; лекарства, альтернативные назначенному, то есть те, что могут использоваться для лечения того же заболевания; ограничения на покрытие (необходимость получать предварительное подтверждение, поэтапное лечение, количественные ограничения), которые применяются к альтернативным лекарствам.

Глава 12: Определения терминов

Услуги по реабилитации (Rehabilitation Services) — включают стационарный реабилитационный уход, физиотерапию (амбулаторную), трудотерапию, речевую и языковую терапию.

Зона обслуживания (Service Area) — географическая территория, где вы должны жить, чтобы стать участником конкретного плана медицинского страхования. В случае планов, которые требуют от своих участников обращаться только к определенным врачам и в определенные больницы, зона обслуживания обычно совпадает с зоной, в пределах которой вы получаете обычную (неэкстренную) помощь. Наш план может исключить вас из числа своих участников, если вы переезжаете на постоянное место жительства, расположенное за пределами зоны обслуживания плана.

Обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF) — Услуги квалифицированного сестринского ухода и услуги по реабилитации, которые предоставляются на постоянной, ежедневной основе в центре квалифицированного сестринского ухода. Примеры такой помощи: физиотерапия или внутривенные инъекции, которые может делать только дипломированная медицинская сестра или врач.

План для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan) — особый тип планов, действующих по программе Medicare Advantage. Такой план покрывает обслуживание, которое в большей мере ориентировано на особые группы пациентов. Это могут быть люди, участвующие одновременно в программах Medicare и Medicaid; те, кто живет в центре сестринского ухода; больные определенными хроническими заболеваниями.

Поэтапное лечение, или ступенчатая терапия (Step Therapy) — способ оптимизации предоставления страхового покрытия лекарств. При поэтапном лечении участник плана должен сначала попробовать лечить свое заболевание другим лекарством, прежде чем мы начнем покрывать изначально назначенный врачом препарат.

Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI) — Ежемесячное пособие, выплачиваемое Службой социального обеспечения (Social Security) людям с инвалидностью, слепым и людям, которым уже исполнилось 65 лет, если их средства и доходы ограничены. Пособие SSI отличается от других пособий Службы социального обеспечения (Social Security).

Неотложная помощь (Urgently Needed Services) — покрываемые планом услуги, требующие незамедлительной медицинской помощи, но не являющиеся экстренными, считаются услугами неотложной помощи, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана либо если с учетом вашего времени, места и обстоятельств получать эти услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Плановые посещения поставщика услуг по медицинским показаниям (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания нашего плана или временно не можете обратиться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.

Дополнительная важная информация о медицинских ресурсах и ресурсах для участника

- Уведомление о доступности (NOA): помощь переводчиков
- Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией (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. פאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجه 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 Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deutsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa.

Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan.

Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби

підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ገንዘብ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በገንዘብ ድጋፍ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ በለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ધ્યાન દે: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သ့ၣ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလက်ၣ်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘၣ် လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အီၤသ့တဖၣ် လၢတလက်ၣ်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ní sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ́ àti àwọn isẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ́ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К НЕЙ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.

В настоящем Уведомлении описывается политика конфиденциальности аффилированных планов медицинского страхования компании Molina Healthcare (далее именуемых “**Molina**”, “**мы**” или “**нас**”). Мы используем и передаем вашу защищенную медицинскую информацию (“**PHI**”), чтобы предоставлять вам услуги медицинского страхования как участнику программы Molina. Компания использует и передает PHI для осуществления лечения, платежей и медицинского обслуживания. Мы также используем и передаем касающуюся вас PHI в других целях, если это разрешено или предписано законом. Мы обязуемся сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации и следовать условиям данного Уведомления. Дата вступления настоящего Уведомления в силу — 1 января 2026 г.

PHI — это данные о состоянии вашего здоровья, которые включают ваши имя и фамилию, номер участника или другие идентификаторы и используются либо передаются нами. PHI включает медицинскую информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и биометрическую информацию (например, голосовой отпечаток).

Почему мы используем или передаем вашу PHI?

Мы используем или передаем вашу PHI только с целью предоставления вам услуг медицинского страхования. Ваша PHI также используется и передается для осуществления лечения, платежей и действий, связанных с медицинским обслуживанием.

Для осуществления лечения

Мы вправе использовать или передавать вашу PHI для обеспечения либо организации вашего медицинского обслуживания. Это касается также направлений, выдаваемых вашими лечащими врачами, к другим врачам или прочим поставщикам медицинских услуг. Например, мы можем передать информацию о состоянии вашего здоровья врачу-специалисту. Это поможет специалисту обсудить лечение с вашим врачом.

Для осуществления платежей

Мы можем использовать и передавать PHI для принятия решений об оплате услуг. Такие сведения могут включать страховые требования, разрешения на лечение и решения относительно медицинских потребностей. В счете могут быть указаны ваше имя, заболевание, предоставленное вам лечение, а также использованные расходные медицинские материалы. Например, мы можем сообщить врачу о том, что вы пользуетесь нашими услугами. Мы также сообщаем врачу сумму счета, которую готовы оплатить.

Для осуществления медицинского обслуживания

Мы можем использовать или передавать вашу PHI для реализации плана(-ов) медицинского страхования. Например, мы можем использовать информацию из вашего заявления, чтобы сообщить вам о медицинской программе, которая может быть вам полезна. Мы также можем использовать или передавать вашу PHI для решения ваших проблем. Кроме того, касающаяся вас PHI может использоваться для проверки правильности выплат по страховым требованиям.

Осуществление медицинского обслуживания связано с необходимостью решения множества текущих деловых задач. Они включают, помимо прочего, следующее:

- повышение качества обслуживания;
- деятельность в рамках программ медицинского страхования для оказания помощи участникам с определенными заболеваниями (например, астмой);
- проведение или организация медицинской экспертизы;
- юридические услуги, включая программы по выявлению и преследованию мошенничества и злоупотреблений;
- действия, помогающие нам соблюдать законы;
- удовлетворение потребностей участников, включая решения по претензиям и жалобам.

Компания предоставляет вашу РНІ другим компаниям (“**деловым партнерам**”), которые осуществляют различные виды деятельности для реализации плана(-ов) медицинского страхования компании. Мы также можем использовать вашу РНІ для напоминания о назначенных вам приемах у врачей. Мы можем использовать касающуюся вас РНІ, чтобы предоставлять вам информацию о других методах лечения или иных льготах и услугах, связанных со здоровьем.

В каких случаях мы можем использовать и передавать вашу РНІ без получения от вас письменного разрешения (согласия)?

Помимо лечения, осуществления платежей и медицинского обслуживания, закон разрешает или обязывает Molina использовать и передавать вашу РНІ в ряде других целей, включая перечисленные ниже.

Во исполнение требований законодательства

Мы используем и раскрываем вашу информацию в соответствии с требованиями закона. Ваша РНІ может быть раскрыта по требованию секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS). Это может быть связано с судебным разбирательством, иными юридическими действиями, а также в случае необходимости в правоохранительных целях.

Для проведения мероприятий в сфере общественного здравоохранения

Касающаяся вас РНІ может быть использована или передана для проведения мероприятий в сфере общественного здравоохранения. В частности, для содействия органам здравоохранения в профилактике либо контроле заболеваний.

В целях надзора в сфере здравоохранения

Касающаяся вас РНІ может использоваться государственными органами либо предоставляться этим органам. Им может понадобиться ваша РНІ для проведения аудита.

Для исследований

Касающаяся вас РНІ может использоваться или предоставляться для исследования в определенных случаях: например, когда имеется разрешение комиссии по конфиденциальности или экспертного совета организации.

Для целей судебного или административного производства

Ваша РНІ может быть использована или передана для целей судебного производства, например в ответ на распоряжение суда.

По запросу правоохранительных органов

Ваша РНИ может быть использована или передана полиции в правоохранительных целях, например для помощи в поиске подозреваемого, свидетеля либо пропавшего человека.

В рамках охраны труда и техники безопасности

Ваша РНИ может быть передана для предотвращения серьезной и неминуемой угрозы здоровью или безопасности человека либо общественности.

Для осуществления функций государственных органов

Ваша РНИ может быть передана правительству для выполнения особых функций. Например, для защиты президента.

Для защиты лиц, пострадавших от жестокого/небрежного обращения или домашнего насилия

Касающаяся вас РНИ может быть предоставлена официальным властям, если мы сочтем, что какое-либо лицо является жертвой жестокого или небрежного обращения.

Для компенсации от предприятия за ущерб, причиненный здоровью на рабочем месте

Ваша РНИ может быть использована или передана в соответствии с законами о компенсациях работникам.

Другие случаи раскрытия информации

Ваша РНИ может быть предоставлена руководителям похоронных служб или судмедэкспертам для оказания содействия их работе.

Дополнительные ограничения на использование и раскрытие информации

Некоторые федеральные законы и законы штата могут требовать специальных мер защиты конфиденциальности, которые ограничивают использование и раскрытие определенных видов медицинской информации. Такие законы могут защищать следующие виды информации: о расстройствах, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, биометрическую информацию, информацию о жестоком/небрежном обращении с детьми или взрослыми (включая сексуальное насилие), об инфекционных заболеваниях, генетическую информацию, о HIV/AIDS, о психическом здоровье, о несовершеннолетних, рецептах, репродуктивном здоровье и заболеваниях, передаваемые половым путем. Мы будем следовать более строгому закону, где он применим к нам.

Информация о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ (SUD). Хотя наша программа не является программой лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в соответствии с федеральным законодательством (“Программа SUD”), мы можем получать информацию о вас от представителей Программы SUD. Мы не можем раскрывать информацию о SUD для использования в гражданском, уголовном, административном или законодательном разбирательстве против вас, если у нас нет (i) вашего письменного согласия или (ii) судебного приказа, сопровождаемого повесткой в суд либо другим юридическим требованием, обязывающим к раскрытию, выданным после того, как мы и вы получили уведомление и возможность быть заслушанными.

В каких случаях нам требуется ваше письменное разрешение (согласие) на использование или передачу вашей РНИ?

Нам необходимо ваше письменное согласие на использование или передачу вашей РНИ в целях, не указанных в настоящем Уведомлении. Нам необходимо ваше разрешение перед раскрытием вашей РНИ: (1) в большинстве случаев использования и раскрытия психотерапевтических записей; (2) в случаях

использования и раскрытия в маркетинговых целях; и (3) в случаях использования и раскрытия, которые подразумевают продажу PHI. Вы можете отменить данное вами письменное разрешение. Отмена разрешения не будет распространяться на действия, осуществленные ранее на основании данного вами согласия.

Каковы ваши права в отношении вашей медицинской информации?

У вас есть перечисленные далее права.

- **Подача запроса на ограничение использования или раскрытия вашей PHI (передачи PHI)**

Вы можете попросить нас не предоставлять касающуюся вас PHI для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Вы также можете попросить нас не передавать вашу PHI членам вашей семьи, друзьям или другим названным вами лицам, которые имеют отношение к вашему медицинскому обслуживанию. Однако компания вправе отказать в удовлетворении вашей просьбы. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

- **Запрос конфиденциальной передачи PHI**

Вы можете попросить компанию Molina передать вашу PHI вам определенным образом или в определенном месте, чтобы сохранить ее конфиденциальность. Мы будем выполнять ваши обоснованные просьбы, если вы сообщите нам, каким образом предоставление вашей PHI или ее части может подвергнуть вашу жизнь риску. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

- **Просмотр и копирование касающейся вас PHI**

Вы имеете право ознакомиться с хранящейся у нас вашей PHI и получить ее копию. К такой информации могут относиться документы, использовавшиеся при принятии решений о покрытии услуг, удовлетворении страховых требований и других решений, касающихся вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Мы можем взимать обоснованную плату за изготовление копий и отправку документов по почте. В некоторых случаях мы можем отклонить запрос. *Важное примечание. Мы не храним полные копии ваших медицинских карт. Если вы хотите просмотреть свою медицинскую карту, получить ее копию или внести в нее изменения, обратитесь к своему врачу либо в клинику.*

- **Внесение изменений в PHI**

Вы можете попросить нас внести поправки (изменения) в вашу PHI. Это относится только к тем хранящимся у нас документам, которые касаются вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Вы можете направить письмо о несогласии, если мы отклоним ваш запрос.

- **Получение отчета о случаях раскрытия PHI (передачи PHI)**

Вы можете попросить нас предоставить вам список конкретных третьих сторон, которым мы передавали вашу PHI в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса. В него не будут включены перечисленные ниже случаи предоставления PHI.

- Предоставление для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей.
- Осуществление передачи лицам их собственной PHI.
- Передача информации с вашего разрешения.

- Случаи использования или передачи, на ином основании разрешенные либо предусмотренные действующим законодательством.
- Раскрытие РНИ в интересах национальной безопасности или разведки.
- В рамках ограниченного набора данных в соответствии с действующим законодательством.

Мы взимаем определенную плату за каждый запрос, если он производится более одного раза в течение 12 месяцев. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

Вы можете подать любые запросы, указанные выше, а также получить копию данного Уведомления. Позвоните в отдел обслуживания участников по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей ID-карты. График работы: ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Номер для пользователей TTY/TDD: 711.

Что делать, если ваши права не были защищены

Вы можете подать жалобу нам и в Департамент здравоохранения и социальных служб, если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены. Мы не будем предпринимать никаких действий против вас за подачу жалобы. Это никоим образом не повлияет на ваше лечение и покрытие услуг.

Вы можете направить нам жалобу указанным далее способом.

Позвоните в отдел обслуживания участников по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей ID-карты. График работы: ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Номер для пользователей TTY/TDD: 711. Также вы можете написать нам на следующий адрес:

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

Вы можете подать жалобу секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб США по адресу:

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

Каковы наши обязанности

Мы обязаны:

- соблюдать конфиденциальность вашей РНИ;
- предоставлять вам письменную информацию, подобную этой, о наших обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности вашей РНИ;
- уведомлять вас в случае любой утечки вашей РНИ;
- не использовать и не раскрывать вашу генетическую информацию для целей продажи страховых покрытий;
- соблюдать условия данного Уведомления.

Действует с 1 января 2026 г.
Multi-State-Y0050-NP-RU-26-S

В данное Уведомление могут вноситься изменения

Мы оставляем за собой право в любое время изменять правила соблюдения конфиденциальности информации и условия настоящего Уведомления. Если мы это сделаем, то новые условия и методы будут применяться ко всей хранимой нами PHI. В случае внесения каких-либо существенных изменений мы разместим измененную версию Уведомления на нашем веб-сайте и отправим измененную версию Уведомления или информацию о существенном изменении и о том, как получить новую версию Уведомления, в нашей следующей ежегодной рассылке активным участникам программы страхования. Настоящее Уведомление доступно на веб-сайте www.molinahealthcare.com.

Контактная информация

Если у вас появятся какие-либо вопросы об этом Уведомлении, обратитесь к нам.

Позвоните в отдел обслуживания участников по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей ID-карты. График работы: ежедневно с 8 a.m. до 8 p.m. по местному времени. Номер для пользователей ТTY/TDD: 711. Также вы можете написать нам на следующий адрес: Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Braille, крупный шрифт и аудиоформат. Звоните по номеру (855) 882-3901, ТTY/TDD: 711; линия доступна 7 дней в неделю с 8 a.m. до 8 p.m. по местному времени. Звонки бесплатные.

Отдел обслуживания Senior Whole Health of New York NHC

Способ связи	Отдел обслуживания — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(833) 671-0440 Звонки на этот номер бесплатные. График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Отдел обслуживания ((833) 671-0440, ТТУ: 711) также предоставляет бесплатные услуги устного перевода людям, которые не говорят на английском языке.
ТТУ	711 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.
ФАКС	(310) 507-6186
ПОЧТА	Senior Whole Health of New York Attn: Отдел обслуживания 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
ВЕБ-САЙТ	SWHNY.com

Программа помощи Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (программа **SHIP** штата New York) — это программа штата, получающая федеральное финансирование. Ее сотрудники бесплатно консультируют участников Medicare по вопросам местных планов медицинского страхования.

Способ связи	Контактная информация
ТЕЛЕФОН	(800) 701-0501 С понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 5 р.м. по местному времени.
ПОЧТА	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
ВЕБ-САЙТ	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Заявление о раскрытии информации согласно PRA. В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота (Paperwork Reduction Act, PRA) 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос о сборе информации, если в нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (Office of Management and Budget, OMB). Действующий контрольный номер OMB для сбора этой информации — 0938-1051. С комментариями и предложениями относительно улучшения этой формы просим обращаться по такому адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.