

2026

Dëshmia e Mbulimit

Senior Whole Health of New York NHC

(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

Në fuqi nga 1 janari deri më 31 dhjetor, 2026

1 janar - 31 dhjetor, 2026

Dëshmia e Mbulimit për 2026:

Përfitimet dhe shërbimet tuaja të kujdesit shëndetësor të Medicare dhe mbulimi i barnave si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Ky dokument ju jep detaje rreth mbulimit tuaj të Medicare dhe barnave nga 1 janari deri më 31 dhjetor, 2026. **Ky është një dokument i rëndësishëm ligjor. Mbajeni në një vend të sigurt.**

Ky dokument shpjegon përfitimet dhe të drejtat tuaja. Përdoreni këtë dokument për të kuptuar:

- Primin e planit tonë dhe ndarjen e kostos
- Përfitimet tona mjekësore dhe të barnave
- Si të bëni një ankesë nëse nuk jeni i kënaqur me një shërbim ose trajtim
- Si të na kontaktoni
- Mbrojtje të tjera të kërkuara nga ligji i Medicare

Për pyetje rreth këtij dokumenti, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440. (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711). Orari është 1 tetor - 31 mars, nga ora 8 a.m.- 8 p.m., ora lokale, 7 ditë në javë. Nga 1 prill - 30 shtator, e hënë - e premte, nga ora 8 a.m. - 8 p.m., ora lokale. Kjo telefonatë është pa pagesë.

Ky plan, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ofrohet nga Senior Whole Health of New York, Inc. (Kur kjo *Dëshmi Mbulimi* thotë “ne”, “neve”, ose “jonë”, nënkupton Senior Whole Health of New York, Inc. Kur thotë “plani” ose “plani ynë,” nënkupton Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Molina Healthcare është një plan C-SNP, D-SNP dhe HMO me një kontratë Medicare. Planet D-SNP kanë një kontratë me programin shtetëror Medicaid. Regjistrimi varet nga rinovimi i kontratës.

Senior Whole Health është në përputhje me ligjet federale në fuqi për të drejtat civile dhe nuk diskriminon në bazë të racës, përkatësisë etnike, origjinës kombëtare, besimit fetar, gjinisë, seksit, moshës, paaftësisë mendore ose fizike, gjendjes shëndetësore, marrjes së kujdesit shëndetësor, përvojës së pretendimeve, historikut mjekësor, informacionit gjenetik, dëshmisë së sigurimit, vendndodhjes gjeografike.

Ky dokument është i disponueshëm falas në gjuhën spanjolle, kineze, arabe, koreane, ruse, italiane, frënge, frënge kreole, jidishte, polake, tagaloge, bengalishte, shqipe, greke dhe urduishte.

Mund ta merrni këtë dokument falas në gjuhë të tjera veç anglishtes ose formate të tjera, si për shembull në format me shkronja të mëdha, në braille ose në audio. Telefononi në (833) 671-0440, (TTY: 711). Telefonata është pa pagesë.

Përfitimet mund të ndryshojnë më 1 janar 2027.

Formulari ynë, rrjeti i farmacive dhe/ose rrjeti i ofruesve mund të ndryshojnë në çdo kohë. Do të njoftoheni paraprakisht për çdo ndryshim që mund t'ju prekë të paktën 30 ditë para.

Tabela e Përmbajtjes**Tabela e përmbajtjes**

KAPITULLI 1:	Filloni si anëtar	4
SEKSIONI 1	Jeni anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	4
SEKSIONI 2	Kërkesat e kualifikimit për planin	5
SEKSIONI 3	Materiale të rëndësishme për anëtarësim	7
SEKSIONI 4	Përmbledhje e kostove të rëndësishme	8
SEKSIONI 5	Më shumë informacion rreth primit të planit tuaj mujor	13
SEKSIONI 6	Mbani të dhënat të anëtarësimin në planin tonë të përditësuar	13
SEKSIONI 7	Si funksionon sigurimi tjetër me planin tonë	14
KAPITULLI 2:	Numra telefoni dhe burime	15
SEKSIONI 1	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kontakton	15
SEKSIONI 2	Merrni ndihmë nga Medicare	17
SEKSIONI 3	Programi State Health Insurance Assistance (SHIP)	18
SEKSIONI 4	Quality Improvement Organization (QIO)	19
SEKSIONI 5	Sigurimet Shoqërore	20
SEKSIONI 6	Medicaid	20
SEKSIONI 7	Programe që ndihmojnë njerëzit të paguajnë për barnat me recetë	23
SEKSIONI 8	Railroad Retirement Board (RRB)	26
SEKSIONI 9	Nëse keni sigurim në grup ose sigurim tjetër shëndetësor nga një punëdhënës	26
KAPITULLI 3:	Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara	27
SEKSIONI 1	Si të merrni kujdes mjekësor dhe shërbime të tjera si anëtar i planit tonë	27
SEKSIONI 2	Përdorni ofruesit në rrjetin e planit tonë për të marrë kujdesin tuaj mjekësor dhe shërbime të tjera	28
SEKSIONI 3	Si të merrni shërbime në rast emergjence, fatkeqësie ose nevojë urgjente për kujdes	32
SEKSIONI 4	Po nëse faturoheni drejtpërdrejt për koston e plotë të shërbimeve të mbuluara?	34
SEKSIONI 5	Shërbimet mjekësore në një studim kërkimor klinik	35
SEKSIONI 6	Rregullat për marrjen e kujdesit në një institucion fetar të kujdesit shëndetësor jo-mjekësor	36
SEKSIONI 7	Rregullat për pronësinë e pajisjeve mjekësore të qëndrueshme	37
KAPITULLI 4:	Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)	39
SEKSIONI 1	Kuptimi i shërbimeve të mbuluara	39
SEKSIONI 2	Grafiku i përfitimeve mjekësore tregon përfitimet dhe kostot tuaja mjekësore	39
SEKSIONI 3	Cilat shërbime mbuloohen jashtë Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?	83

Tabela e Përmbajtjes

SEKSIONI 4	Shërbime që nuk mbulohe nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) OSE Medicaid	83
KAPITULLI 5:	Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D	86
SEKSIONI 1	Rregullat bazë për mbulimin e barnave të Pjesës D nga plani ynë	86
SEKSIONI 2	Merrni barnat e recetës suaj në një farmaci të rrjetit ose nëpërmjet shërbimit të porosisë me postë të planit tonë	86
SEKSIONI 3	Barnat tuaja duhet të jenë në Listën e barnave të planit tonë	89
SEKSIONI 4	Barna me kufizime në mbulim	90
SEKSIONI 5	Çfarë mund të bëni nëse një nga barna tuaja nuk mbulohet në mënyrën që ju dëshironi	92
SEKSIONI 6	Lista jonë e barnave mund të ndryshojë gjatë vitit	94
SEKSIONI 7	Llojet e barnave që ne nuk i mbulojmë	96
SEKSIONI 8	Si të merrni barna të një recete	96
SEKSIONI 9	Mbulimi i barnave të Pjesës D në situata të veçanta	97
SEKSIONI 10	Programet për sigurinë e barnave dhe menaxhimin e medikamenteve	98
KAPITULLI 6:	Çfarë paguani për barnat e Pjesës D	101
SEKSIONI 1	Çfarë paguani për barnat e Pjesës D	101
SEKSIONI 2	Fazat e pagesës së barnave për anëtarët e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	103
SEKSIONI 3	Shpjegimi i Përfitimeve të Pjesës D shpjegon se në cilën fazë pagese je	103
SEKSIONI 4	Faza e Shumës së Zbritshme	104
SEKSIONI 5	Faza e Mbulimit Fillestar	105
SEKSIONI 6	Faza e Mbulimit në raste Katastrofike	109
SEKSIONI 7	Çfarë paguani për vaksinat e Pjesës D	109
KAPITULLI 7:	Na kërkoni të paguajmë një faturë për pjesën tonë të një fature për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara	112
SEKSIONI 1	Situatat kur duhet të na kërkoni të paguajmë pjesën tonë për shërbimet ose barnat e mbuluara	112
SEKSIONI 2	Si të na kërkoni t'ju rimbursojmë ose të paguajmë një faturë që keni marrë	114
SEKSIONI 3	Ne do ta shqyrtojmë kërkesën tuaj për pagesë dhe do të themi “po” ose “jo”	115
KAPITULLI 8:	Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja	116
SEKSIONI 1	Plani ynë duhet të respektojë të drejtat dhe ndjeshmëritë tuaja kulturore	116
SEKSIONI 2	Përgjegjësitë tuaja si anëtar i planit tonë	134
KAPITULLI 9:	Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)	136
SEKSIONI 1	Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem apo shqetësim	136
SEKSIONI 2	Ku mund të merrni më shumë informacion dhe ndihmë të personalizuar	136
SEKSIONI 3	Si të kuptoni ankesat dhe apelimet e Medicare dhe Medicaid në planin tonë	137

Tabela e Përmbajtjes

SEKSIONI 4	Cilin proces duhet të përdorni për problemin tuaj	137
SEKSIONI 5	Një udhëzues për vendimet e mbulimit dhe apelimet	138
SEKSIONI 6	Kujdesi mjekësor: Si të kërkonti një vendim mbulimi ose të bëni një apelim	140
SEKSIONI 7	Barnat e Pjesës D: Si të kërkonti një vendim mbulimi ose të bëni një apelim	151
SEKSIONI 8	Si të na kërkonti të mbulojmë një qëndrim më të gjatë në spital për pacientë të shtruar nëse mendoni se po dilni shumë shpejt	159
SEKSIONI 9	Si të na kërkonti që të vazhdojmë të mbulojmë disa shërbime mjekësore nëse mendoni se mbulimi juaj po përfundon shumë shpejt	162
SEKSIONI 10	Duke e çuar apelimin tuaj në Nivelin 3, 4 dhe 5	166
SEKSIONI 11	Si të bëni një ankesë për cilësinë e kujdesit shëndetësor, kohën e pritjes, shërbimin ndaj klientit ose shqetësime të tjera	168
KAPITULLI 10:	Përfundimi i anëtarësimit në planin tonë	172
SEKSIONI 1	Përfundimi i anëtarësimit tuaj në planin tonë	172
SEKSIONI 2	Kur mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë?	172
SEKSIONI 3	Si ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë	175
SEKSIONI 4	Derisa anëtarësimi juaj të përfundojë, ju duhet të vazhdoni të merrni artikujt, shërbimet dhe barnat tuaja mjekësore përmes planit tonë	176
SEKSIONI 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet ta përfundojë anëtarësimin tuaj në plan në situata të caktuara	176
KAPITULLI 11:	Njoftime ligjore	178
SEKSIONI 1	Njoftim për ligjin në fuqi	178
SEKSIONI 2	Njoftim për mosdiskriminimin	178
SEKSIONI 3	Njoftim për të drejtat e zëvendësimit të Paguesit Sekondar të Medicare	178
KAPITULLI 12:	Përkufizime	179

Kapitulli 1: Filloni si anëtar

KAPITULLI 1:

Filloni si anëtar

SEKSIONI 1 Jeni anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Seksioni 1.1 Jeni regjistruar në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), i cili është një Medicare Special Needs Plan

Ju mbuloheni si nga Medicare ashtu edhe nga Medicaid:

- **Medicare** është programi federal i sigurimit shëndetësor për personat 65 vjeç e lart, disa persona nën moshën 65 vjeç me aftësi të kufizuara të caktuara dhe personat me sëmundje të veshkave në fazën përfundimtare (insuficiencë renale).
- **Medicaid** është një program i përbashkët i qeverisë federale dhe shtetërore që ndihmon me kostot mjekësore për disa persona me të ardhura dhe burime të kufizuara. Mbulimi i Medicaid ndryshon në varësi të shtetit dhe llojit të Medicaid që keni. Disa persona me Medicaid marrin ndihmë për të paguar primet e tyre të Medicare dhe kostot e tjera. Persona të tjerë gjithashtu marrin mbulim për shërbime dhe barna shtesë që nuk mbulohen nga Medicare.

Ju keni zgjedhur të merrni kujdesin tuaj shëndetësor Medicare dhe mbulimin tuaj të barnave nëpërmjet planit tonë, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Plani ynë mbulon të gjitha shërbimet e Pjesës A dhe Pjesës B. Megjithatë, ndarja e kostos dhe aksesit i ofruesit në këtë plan ndryshojnë nga Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) është një Plan i specializuar Medicare Advantage (një Plan Medicare Special Needs), që do të thotë se përfitimet janë të dizajnuara për njerëzit me nevoja të veçanta të kujdesit shëndetësor. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) është krijuar për personat që kanë Medicare dhe që kanë gjithashtu të drejtën për ndihmë nga Medicaid.

Duke qenë se merrni ndihmë nga Medicaid me ndarjen e kostos së Medicare Part A dhe B (shumat e zbritshme, bashkëpagesat dhe bashkësigurimet), nuk paguani asgjë për shërbimet tuaja të Medicare. Medicaid ofron gjithashtu përfitime të tjera duke mbuluar shërbimet e kujdesit shëndetësor që zakonisht nuk mbulohen nga Medicare. Do të merrni gjithashtu Extra Help nga Medicare për të paguar kostot e barnave tuaja të Medicare. nga Medicare për të paguar kostot e barnave tuaja të Medicare. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do t'ju ndihmojë të menaxhoni të gjitha këto përfitime, në mënyrë që të merrni shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe ndihmën për pagesat që ju takojnë.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) drejtohet nga një kompani private. Ashtu si të gjitha planet Medicare Advantage, ky plan Medicare Special Needs miratohet nga Medicare. Plani ynë ka gjithashtu një kontratë me programin New York Medicaid për të koordinuar përfitimet tuaja të Medicaid. Ne kemi kënaqësinë t'ju ofrojmë mbulimin e Medicare, duke përfshirë mbulimin e barnave.

Kapitulli 1: Filloni si anëtar

Seksioni 1.2 Informacion ligjor mbi Dëshminë e Mbulimit

Kjo Dëshmi e mbulimit është pjesë e kontratës sonë me ju për mënyrën se si Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mbulon kujdesin tuaj. Pjesë të tjera të kësaj kontrate përfshijnë formularin tuaj të regjistrimit, Listën e barnave të mbuluara (formulari), dhe çdo njoftim që merrni nga ne në lidhje me ndryshimet në mbulimin tuaj ose kushtet që ndikojnë në mbulimin tuaj. Këto njoftime nganjëherë quhen shtojca ose ndryshime.

Kontrata është në fuqi për muajt në të cilët jeni i regjistruar në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) midis 1 janarit 2026 dhe 31 dhjetorit 2026.

Medicare na lejon të bëjmë ndryshime në planet tona që ofrojmë çdo vit kalendarik. Kjo do të thotë se ne mund të ndryshojmë kostot dhe përfitimet e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pas 31 dhjetorit 2026. Gjithashtu, mund të ndërpresim ofrimin e planit tonë në fushën tuaj të shërbimit, pas datës 31 dhjetor, 2026.

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) duhet të miratojnë Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) çdo vit. Ju mund të vazhdoni çdo vit të merrni mbulim nga Medicare si anëtar i planit tonë për sa kohë që ne zgjedhim të vazhdojmë të ofrojmë planin tonë dhe Medicare rinovon miratimin e planit tonë.

SEKSIONI 2 Kërkesat e kualifikimit për planin

Seksioni 2.1 Kërkesat e kualifikimit

Ju keni të drejtë për anëtarësim në planin tonë për sa kohë që i plotësoni të gjitha këto kushte:

- Keni si Medicare Part A ashtu edhe Medicare Part B
- Jetoni në fushën tonë të shërbimit gjeografik (Seksioni 2.3 më poshtë përshkruan fushën tonë të shërbimit). Individët e burgosur nuk konsiderohen të jetojnë në fushën e shërbimit gjeografik edhe nëse ndodhen fizikisht në të.
- Jeni shtetas i Shteteve të Bashkuara ose i pranishëm ligjërisht në Shtetet e Bashkuara
- Plotësoni kërkesat speciale të kualifikimit të përshkruara më poshtë.

Kërkesa të veçanta të kualifikimit për planin tonë

Plani ynë është krijuar për të përmbushur nevojat e personave që marrin përfitime të caktuara të Medicaid. (Medicaid është një program i përbashkët i qeverisë federale dhe shtetërore që ndihmon me kostot mjekësore për disa persona me të ardhura dhe burime të kufizuara.) Për t'u kualifikuar për planin tonë, duhet të kualifikoheni si për përfitimet e Medicare dhe të Full Medicaid.

Shënim: Nëse e humbisni kualifikimin tuaj, por në mënyrë të arsyeshme mund të pritët që ta rifitoni kualifikimin brenda 6 muajve, atëherë ju keni ende të drejtën për anëtarësim. Kapitulli 4, Seksioni 2.1 ju tregon për mbulimin dhe ndarjen e kostos gjatë një periudhe që mendohet të vazhdojë kualifikimin.

Seksioni 2.2 Medicaid

Medicaid është një program i përbashkët i qeverisë federale dhe shtetërore që ndihmon me kostot mjekësore dhe kujdesin afatgjatë për disa persona që kanë të ardhura dhe burime të kufizuara. Secili shtet vendos se çfarë llogariten si të ardhura dhe burime, kush ka të drejtë, cilat shërbime mbuloohen dhe koston e shërbimeve.

Kapitulli 1: Filloni si anëtar

Shtetet gjithashtu mund të vendosin se si të drejtojnë programin e tyre për sa kohë që ata ndjekin udhëzimet federale.

Përveç kësaj, Medicaid ofron programe për t'i ndihmuar njerëzit të paguajnë kostot e tyre të Medicare, të tilla si primet e tyre të Medicare. Këto Programe të kursimeve me Medicare ndihmojnë personat me të ardhura dhe burime të kufizuara të kursejnë para çdo vit:

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Një individ që ka të drejtë për Medicare, nuk plotëson kriteret e të ardhurave ose burimeve për QMB+ ose SLMB+, por ka të drejtë për mbulim të plotë me Medicaid qoftë kategorikisht ose përmes grupeve të mbulimit opsional bazuar në statusin e nevojës mjekësore, niveleve të veçanta të të ardhurave për individët e institucionalizuar ose përjashtimeve me bazë në shtëpi dhe komunitet.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Ndhmon në pagesën e primeve të Medicare Part A dhe Part B, dhe ndarjeve të tjera të kostos (si shumat e zbritshme, bashkësigurim dhe bashkëpagesa). Këta individë kanë gjithashtu të drejtë për përfitime të plota të Medicaid.

Seksioni 2.3 Fusha e shërbimit të planit për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Senior Whole Health of New York NHC është në dispozicion vetëm për individët që jetojnë në fushën e shërbimit të planit tonë. Për të qëndruar anëtar i planit tonë, duhet të vazhdoni të jetoni në zonën e shërbimit të planit tonë.

Fusha jonë e shërbimit përfshin këto qarqe në New York: Bronx; Kings; Nassau; New York; Orange; Queens; Richmond; Rockland; Westchester.

Nëse planifikoni të transferoheni në një shtet të ri, duhet të kontaktoni gjithashtu zyrën e Medicaid të shtetit tuaj dhe të pyesni se si ky transferim do të ndikojë në përfitimet tuaja të Medicaid. Numrat e telefonit për Medicaid janë në Kapitullin 2, Seksioni 6 i këtij dokumenti.

Nëse largoheni nga fusha e shërbimit të planit tonë, nuk mund të mbeteni anëtar i këtij plani. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për të parë nëse kemi një plan në zonën tuaj të re. Kur të transferoheni, do të keni një periudhë të veçantë regjistrimi që të kaloni në Original Medicare ose të regjistroheni në një plan shëndetësor ose barnash të Medicare në vendndodhjen tuaj të re.

Nëse transferoheni ose ndryshoni adresën tuaj të postës, është gjithashtu e rëndësishme të telefononi Sigurimet Shoqërore. Telefononi Sigurimet Shoqërore në 1-800-772-1213 (përdoruesit e TTY telefonojnë 1-800-325-0778).

Seksioni 2.4 Shtetas amerikan ose me prani të ligjshme

Duhet të jeni shtetas amerikan ose i pranishëm ligjërish në Shtetet e Bashkuara për të qenë anëtar i një plani shëndetësor Medicare. Medicare (Qendrat për Shërbimet Medicare dhe Medicaid) do të njoftojë Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nëse nuk jeni të kualifikuar për të qëndruar anëtar i planit tonë mbi këtë bazë. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet t'ju çregjistrojë nëse nuk e përmbushni këtë kërkesë.

Kapitulli 1: Filloni si anëtar**SEKSIONI 3 Materiale të rëndësishme për anëtarësim****Seksioni 3.1 Karta e anëtarësimin në planin tonë**

Përdorni kartën e anëtarësimin sa herë që merrni shërbime të mbuluara nga plani ynë dhe për barnat me receta që merrni në farmacitë e rrjetit. Gjithmonë mbani mend të tregoni kartën tuaj të identifikimit të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dhe kartën e identifikimit Medicaid sa herë që paraqiteni për kujdes. Ju gjithashtu duhet t'i tregoni ofruesit kartën tuaj të identitetit Medicaid. Këtu keni një shembull të kartës së anëtarësimin për t'ju treguar se si do të duket e juaja:



MOS e përdorni kartën tuaj Medicare të kuqe, të bardhë dhe blu për shërbimet mjekësore të mbuluara ndërsa jeni anëtar i këtij plani. Nëse përdorni kartën tuaj të Medicare në vend të kartës suaj të anëtarësimin në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), mund t'ju duhet të paguani vetë koston e plotë të shërbimeve mjekësore. Mbajeni kartën tuaj Medicare në një vend të sigurt. Mund t'ju kërkohet ta tregoni nëse keni nevojë për shërbime të kujdesit spitalor, shërbime për pacientët terminalë ose merrni pjesë në studime kërkimore klinike të miratuara nga Medicare të quajtura gjithashtu edhe prova klinike.

Nëse karta juaj e anëtarësimin në plan dëmtohet, humb ose vidhet, telefononi menjëherë Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (Përdoruesit TTY telefonojnë 711) dhe ne do t'ju dërgojmë një kartë të re.

Seksioni 3.2 Lista e ofruesve/farmacive

Lista e Ofruesve/Farmacive SWHNY.com rendit ofruesit tanë aktualë të rrjetit dhe furnizuesit e pajisjeve mjekësore të qëndrueshme.

Ofruesit e rrjetit janë mjekët dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor, grupet mjekësore, furnizuesit e pajisjeve mjekësore të qëndrueshme, spitalet dhe institucionet e tjera të kujdesit shëndetësor që kanë një marrëveshje me ne për të pranuar pagesën tonë dhe çdo ndarje të koston së planit si pagesë të plotë.

Ju duhet të përdorni ofruesit e rrjetit për të marrë kujdesin dhe shërbimet tuaja mjekësore. Nëse shkoni diku tjetër pa autorizimin e duhur, do t'ju duhet të paguani plotësisht. Përrjashtimet e vetme janë urgjencat, shërbimet urgjentisht të nevojshme kur rrjeti nuk është i disponueshëm (domethënë situata kur është e paarsyeshme ose e pamundur të merren shërbime brenda rrjetit), shërbimet e dializës jashtë zonës dhe rastet kur Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) autorizon përdorimin e ofruesve jashtë rrjetit.

Kapitulli 1: Filloni si anëtar

Lista e Farmacive SWHNY.com rendit farmacitë e rrjetit tonë.

Farmacitë e rrjetit janë farmacitë që janë dakord të japin barna për recetat e mbuluara për anëtarët e planit tonë. Përdorni *Listën e Farmacive* për të gjetur farmacinë e rrjetit që dëshironi të përdorni. Shihni Kapitullin 5, Seksionin 2.5 për informacion se kur mund të përdorni farmacitë që nuk janë në rrjetin e planit. Lista më e fundit e ofruesve, farmacive dhe furnitorëve është e disponueshme në faqen tonë të internetit në SWHNY.com.

Nëse nuk keni *Listën e ofruesve/farmacive*, mund të kërkonit një kopje (elektronike ose në formë të printuar) nga Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711). Kopjet e printuara të Listave të ofruesve do t'ju dërgohet me postë brenda 3 ditëve pune.

Lista e Farmacive SWHNY.com rendit farmacitë e rrjetit tonë. **Farmacitë e rrjetit** janë farmacitë që janë dakord të japin barna për recetat e mbuluara për anëtarët e planit tonë. Përdorni *Listën e Farmacive* për të gjetur farmacinë e rrjetit që dëshironi të përdorni. Shihni Kapitullin 5, Seksionin 2.5 për informacion se kur mund të përdorni farmacitë që nuk janë në rrjetin e planit.

Seksioni 3.3 Lista e Barnave (formulari)

Plani ynë ka një *Listë të barnave të mbuluara* (të quajtura edhe Lista e barnave ose formulari). Tregon se cilat barna me recetë mbulohen nga përfitimi i përfshirë në Pjesën D në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Barnat në këtë listë zgjidhen nga plani me ndihmën e një ekipi mjekësh dhe farmacistësh. Lista e barnave duhet të plotësojë kërkesat e Medicare. Barnat me çmime të negociuara sipas Programit Medicare Drug Price Negotiation do të përfshihen në Listën e Barnave, përveç nëse janë hequr dhe zëvendësuar siç përshkruhet në Kapitullin 5, Seksioni 6. Medicare miratoi Listën e Barnave të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Lista e barnave tregon gjithashtu nëse ka ndonjë rregull që kufizon mbulimin e barit tuaj.

Do t'ju japim një kopje të Listës së Barnave. Për të marrë informacionin më të plotë dhe më të përditësuar në lidhje me barnat që mbulohen, vizitoni faqen e internetit të planit (SWHNY.com) ose të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (TTY 711).

SEKSIONI 4 Përmbledhje e kostove të rëndësishme

	Kostot tuaja në vitin 2026
Primi mujor i planit*	\$0
*Primi juaj mund të jetë më i lartë se kjo shumë. Shihni Seksionin 4.1 për detaje.	
Shuma maksimale nga xhepi	\$9,250
Kjo është <u>shuma maksimale</u> që do të paguani nga xhepi për shërbimet tuaja të mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B. (Shihni Kapitullin 4, Seksioni 1 për më shumë informacion.)	Ju nuk jeni përgjegjës për të paguar kostot jashtë xhepit kundrejt shumës maksimale nga xhepi për shërbimet e mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B.
Vizitat në klinikën e kujdesit parësor	\$0 për vizitë

Kapitulli 1: Filloni si anëtar

	Kostot tuaja në vitin 2026
	Nëse kualifikoheni për ndihmë për ndarjen e kostove të Medicare sipas Medicaid, ju paguani \$0 për vizitë.
Vizitat te klinika e specialistit	\$0 për vizitë Nëse kualifikoheni për ndihmë për ndarjen e kostove të Medicare sipas Medicaid, ju paguani \$0 për vizitë.
Qëndrimet në spital për pacientë të shtruar	\$0 Nëse kualifikoheni për ndihmë për ndarjen e kostove të Medicare sipas Medicaid, ju paguani \$0.
Shuma e zbritshme nga mbulimi i barnave të Pjesës D (Shihni Kapitullin 6, Seksioni 4 për më shumë informacion.)	Shuma e zbritshme është \$615. Nëse keni Extra Help, kjo shumë e zbritshme nuk vlen për ju. Kapitulli 6 ka detaje shtesë mbi mbulimin dhe kufizimet.
Mbulimi i barnave të Pjesës D (Shihni Kapitullin 6 për detaje, duke përfshirë Shumat e Zbritshme Vjetore, Mbulimin Fillestar dhe Fazat e Mbulimit në raste Katastrofike.)	Bashkëpagesa gjatë Fazës së mbulimit fillestar: Barnat në nivelin 1: \$0 Barnat në nivelin 2: \$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë. Barnat në nivelin 3: \$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë. Barnat në nivelin 4: \$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë. Barnat në nivelin 5: \$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë. Barnat në nivelin 6: \$0 Faza e Mbulimit në raste Katastrofike: Gjatë kësaj faze pagese, ju nuk paguani asgjë për barnat tuaja të mbuluara të Pjesës D.

Kapitulli 1: Filloni si anëtar

Kostot tuaja mund të përfshijnë si vijon:

- Primi i planit (Seksioni 4.1)
- Primi mujor i Medicare Part B (Seksioni 4.2)
- Penaliteti për regjistrimin me vonesë në Pjesën D (Seksioni 4.3)
- Shuma mujore e rregullimit e lidhur me të ardhurat (Seksioni 4.4)
- Shuma e Medicare Prescription Payment Plan (Seksioni 4.5)

Seksioni 4.1 Primi i planit

Si anëtar i planit tonë, ju paguani një prim të planit mujor. Për 2026, primi mujor i planit për *Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP)* është \$17.30.

Nëse *tashmë* merrni ndihmë nga një prej këtyre programeve, **informacioni në lidhje me primet në këtë Dëshmi Mbulimi mund të mos aplikohet për ju**. Ne ju dërguam një dokument të veçantë, të quajtur *Dëshmia e mbulimit Rider për personat që marrin Extra Help për të paguar për barnat me recetë* (i quajtur edhe *Rider i subvencioneve për të ardhura të ulëta ose LIS Rider*), i cili ju tregon për mbulimin e kostove të barnave tuaja. Nëse nuk e keni këtë fletë, ju lutemi kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) dhe kërkoni për *LIS Rider*.

Në disa situata, primi i planit tonë mund të jetë më pak.

Programi Extra Help ndihmon njerëzit me burime të kufizuara të paguajnë për barnat e tyre. Mësoni më shumë rreth këtyre programeve në Kapitullin 2, Seksioni 7. Nëse kualifikoheni, regjistrimi në një nga këto programe mund të ulë primin tuaj mujor të planit.

Primet e Medicare Part B dhe Part D ndryshojnë për personat me të ardhura të ndryshme. Nëse keni pyetje rreth këtyre primeve, kontrolloni kopjen tuaj të broshurës *Medicare & You 2026* pjesa e titulluar *2026 Medicare Cost*. Shkarkoni një kopje nga faqja e internetit Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) ose porosisni një kopje të printuar me telefon në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048.

Seksioni 4.2 Primi mujor i Medicare Part B

Shumë anëtarëve u kërkohet të paguajnë prime të tjera të Medicare

Përveç pagesës së primit mujor të planit, disa anëtarë duhet të paguajnë prime të tjera të Medicare. Siç shpjegohet në Seksionin 2 më sipër, për t'u kualifikuar për planin tonë, duhet të ruani kualifikimin tuaj për Medicaid si dhe të keni Medicare Part A dhe Medicare Part B. Për shumicën e anëtarëve të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Medicaid paguan për primin tuaj të Pjesës A (nëse nuk kualifikoheni automatikisht për të) dhe primin e Pjesës B.

Nëse Medicaid nuk po paguan primet tuaja të Medicare për ju, ju duhet të vazhdoni të paguani primet tuaja të Medicare për të qëndruar anëtar i planit tonë. Kjo përfshin primin tuaj për Pjesën B. Gjithashtu mund të paguani një prim për Pjesën A nëse nuk jeni të kualifikuar për Pjesën A pa prim.

Seksioni 4.3 Penaliteti për regjistrimin me vonesë në Pjesën D

Për shkak se ju keni kualifikim të dyfishtë, gjoba LEP nuk zbatohet për sa kohë që mbani statusin tuaj e kualifikimit të dyfishtë, por nëse humbni statusin tuaj e kualifikimit të dyfishtë, mund të merrni një gjobë LEP.

Kapitulli 1: Filloni si anëtar

Penaliteti për regjistrimin me vonesë në Pjesën D është një prim shtesë që duhet paguar për mbulimin e Pjesës D nëse në çdo kohë pas përfundimit të periudhës fillestare të regjistrimit, ka një periudhë prej 63 ditësh ose më shumë të njëpasnjëshme kur nuk e keni pasur Pjesën D ose mbulim tjetër të kreditueshëm të barnave. Mbulimi i kreditueshëm i barnave me recetë është mbulimi që plotëson standardet minimale të Medicare pasi pritet të paguajë, mesatarisht, të paktën aq sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare. Kostoja e penalitetit për regjistrimin me vonesë varet nga sa kohë keni kaluar pa Pjesën D ose mbulim tjetër të kreditueshëm të barnave me recetë. Do t'ju duhet ta paguani këtë gjobë për aq kohë sa keni mbulimin e Pjesës D.

Ju **nuk** duhet të paguani penalitetin për regjistrimin me vonesë në Pjesën D nëse:

- Ju merrni Extra Help nga Medicare për të ndihmuar në pagesën e kostove të barnave.
- Keni kaluar më pak se 63 ditë rresht pa mbulim të kreditueshëm.
- Keni pasur mbulim të kreditueshëm të barnave përmes një burimi tjetër (si një ish-punëdhënës, sindikatë, TRICARE ose Administrata e Shëndetit të Veteranëve [VA]). Siguruesi juaj ose departamenti i burimeve njerëzore do t'ju tregojnë çdo vit nëse mbulimi juaj i barnave është mbulim i kreditueshëm. Mund ta merrni këtë informacion në një letër ose në një buletin nga ai plan. Mbajeni këtë informacion, sepse mund t'ju duhet nëse i bashkoheni një plani barnash të Medicare më vonë.
 - **Shënim:** Çdo letër ose njoftim duhet të deklarojë se keni pasur mbulim të kreditueshëm për barnat me recetë që pritet të paguajë aq sa paguan plani standard i barnave të Medicare.
 - **Shënim:** Kartat e zbritjes për barnat me recetë, klinikat falas dhe faqet e internetit të zbritjes për barnat nuk janë mbulim i kreditueshëm për barnat me recetë.

Medicare përcakton shumën e penalitetit për regjistrimin me vonesë në Pjesën D. Ja se si funksionon:

- Së pari, numëroni numrin e muajve të plotë që keni vonuar regjistrimin në një plan barnash të Medicare, pasi keni pasur të drejtën të regjistroheni. Ose numëroni numrin e muajve të plotë që nuk keni pasur mbulim të kreditueshëm të barnave, nëse ndërprerja e mbulimit ishte 63 ditë ose më shumë. Gjoha është 1% për çdo muaj që nuk keni pasur mbulim të kreditueshëm. Për shembull, nëse kaloni 14 muaj pa mbulim, gjoha do të jetë 14%.
- Pastaj Medicare përcakton shumën e primit mesatar mujor të planit për planet e barnave Medicare në vend nga viti i kaluar (primi bazë kombëtar i përfituesit). Për 2025, kjo shumë mesatare e primit është \$36.78. Shuma mund të ndryshojë për 2026.
- Për të llogaritur gjobën tuaj mujore, shumëzoni përqindjen e gjobës dhe primin mesatar mujor dhe më pas e rrumbullakosni atë në 10 centin më të afërt. Në shembullin këtu, do të ishte 14% shumëzim me \$36.78, që është e barabartë me \$5.15. Kjo shkon në \$5.20. Kjo shumë do t'i shtohet **primit mujor për dikë me një penalitet për regjistrimin me vonesë në Pjesën D.**

Tre gjëra të rëndësishme për t'u vënë në dukje në lidhje me këtë penalitet mujor për regjistrimin me vonesë në Pjesën D:

- **Gjoha mund të ndryshojë çdo vit,** sepse primi mesatar mujor mund të ndryshojë çdo vit.
- **Ju do të vazhdoni të paguani një gjobë** çdo muaj për aq kohë sa jeni regjistruar në një plan që ka përfitime të barnave nga Medicare Part D, edhe nëse ndryshoni planet.
- Nëse jeni nën 65 vjeç dhe aktualisht po merrni përfitime të Medicare, penaliteti për regjistrimin me vonesë në Pjesën D do të rivendoset kur të mbushni 65 vjeç. Pas moshës 65 vjeç, penaliteti për regjistrimin me vonesë në Pjesën D do të bazohet vetëm në muajt që nuk keni mbulim pas periudhës fillestare të regjistrimit për plakjen në Medicare.

Kapitulli 1: Filloni si anëtar

Nëse nuk jeni dakord për penalitetin për regjistrimin me vonesë në Pjesën D, ju ose përfaqësuesi juaj mund të kërkontë një shqyrtim. Në përgjithësi, ju duhet ta kërkontë këtë shqyrtim brenda 60 ditëve nga data e letrës së parë që merrni ku thuhet se duhet të paguani një penalitet për regjistrim me vonesë. Megjithatë, nëse ishit duke paguar gjobë përpara se t'i bashkoheshit planit tonë, mund të mos keni një shans tjetër për të kërkuar shqyrtimin e penalitetit për regjistrimin me vonesë.

Seksioni 4.4 Shuma mujore e rregullimit e lidhur me të ardhurat

Nëse humbisni të drejtën për këtë plan për shkak të ndryshimeve në të ardhura, disa anëtarëve mund t'u kërkohej të paguajnë një tarifë shtesë për planin e tyre Medicare, të njohur si Income Related Monthly Adjustment Amount i Pjesës D (IRMAA). Tarifa shtesë llogaritet duke përdorur të ardhurat tuaja bruto të modifikuara dhe të rregulluara, siç raportohen në deklaratën tuaj tatimore të IRS-së nga 2 vjet më parë. Nëse kjo shumë është mbi një shumë të caktuar, ju do të paguani shumën standarde të primit dhe IRMAA shtesë. Për më shumë informacion mbi shumën shtesë që mund t'ju duhet të paguani në bazë të të ardhurave tuaja, vizitoni www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Nëse ju duhet të paguani një shumë shtesë IRMAA, Sigurimet Shoqërore, jo plani juaj Medicare, do t'ju dërgojë një letër duke ju treguar se cila do të jetë ajo shumë shtesë. Shuma shtesë do të mbahet nga çeku i përfitimeve të Sigurimeve shoqërore, Railroad Retirement Board ose Office of Personnel Management, pavarësisht se si e paguani zakonisht primin e planit tuaj, përveç rastit kur përfitimi juaj mujor nuk është i mjaftueshëm për të mbuluar shumën shtesë që detyroheni. Nëse çeku i përfitimeve tuaja nuk është i mjaftueshëm për të mbuluar shumën shtesë, do të merrni një faturë nga Medicare. **Ju duhet t'ia paguani IRMAA shtesë qeverisë. Nuk mund të paguhet me primin e planit tuaj mujor. Nëse nuk paguani IRMAA shtesë, do të çregjistroheni nga plani ynë dhe do të humbni mbulimin e barnave me recetë.**

Nëse nuk jeni dakord për pagesën e një IRMAA shtesë, mund t'i kërkontë Sigurimeve shoqërore të shqyrtojë vendimin. Për të mësuar se si ta bëni këtë, telefononi Sigurimet Shoqërore në numrin 1-800-772-1213 (përdoruesit e TTY telefonojnë në 1-800-325-0778).

Seksioni 4.5 Shuma e Medicare Prescription Payment Plan

Nëse merrni pjesë në Medicare Prescription Payment Plan, çdo muaj do të paguani primin e planit tuaj (nëse keni një të tillë) dhe do të merrni një faturë nga plani juaj shëndetësor ose i barnave për barnat tuaja me recetë (në vend që të paguani farmacinë). Fatura jote mujore bazohet në atë që detyrohesh për çdo recetë që merr, plus bilancin e muajit të mëparshëm, pjesëtuar me numrin e muajve të mbetur në vit.

Kapitulli 2, seksioni 7 tregon më shumë rreth Medicare Prescription Payment Plan. Nëse nuk jeni dakord me shumën e faturuar si pjesë e këtij opsioni pagese, mund të ndjekësh hapat në Kapitullin 9 për të bërë një ankesë ose apelim.

Nëse merrni pjesë në Medicare Prescription Payment Plan, çdo muaj do të paguani primin e planit tuaj (nëse keni një të tillë) dhe do të merrni një faturë nga plani juaj shëndetësor ose i barnave për barnat tuaja me recetë (në vend që të paguani farmacinë). Fatura jote mujore bazohet në atë që detyrohesh për çdo recetë që merr, plus bilancin e muajit të mëparshëm, pjesëtuar me numrin e muajve të mbetur në vit. Kapitulli 2, seksioni 7 tregon më shumë rreth Medicare Prescription Payment Plan. Nëse nuk jeni dakord me shumën e faturuar si pjesë e këtij opsioni pagese, mund të ndjekësh hapat në Kapitullin 9 për të bërë një ankesë ose apelim.

Kapitulli 1: Filloni si anëtar**SEKSIONI 5 Më shumë informacion rreth primit të planit tuaj mujor****Seksioni 5.1 Primi i planit tonë mujor nuk do të ndryshojë gjatë vitit**

Nuk lejohemi të ndryshojmë shumën e primit mujor të planit tonë gjatë vitit. Nëse primi mujor i planit ndryshon për vitin e ardhshëm, do t'ju njoftojmë në shtator dhe primi i ri do të hyjë në fuqi më 1 janar.

Nëse kualifikoheni për ndihmë shtesë ose humbni përshtatshmërinë për ndihmë shtesë gjatë vitit, pjesa e primit të planit që duhet të paguani mund të ndryshojë. Nëse kualifikoheni për ndihmë shtesë për kostot e mbulimit të barnave, ndihma shtesë paguan një pjesë të primit të planit tuaj mujor. Nëse humbet kualifikimin për ndihmë shtesë gjatë vitit, duhet të fillosh të paguash primin e plotë mujor të planit. Mund të mësoni më shumë rreth Extra Help në Kapitullin 2, Seksionin 7.

SEKSIONI 6 Mbani të dhënat të anëtarësimit në planin tonë të përditësuar

Të dhënat tuaja të anëtarësimit kanë informacion nga formulari juaj i regjistrimit, duke përfshirë adresën dhe numrin tuaj të telefonit. Ai tregon mbulimin e planit tuaj specifik, duke përfshirë ofruesin tuaj të kujdesit parësor.

Mjekët, spitalet, farmacistët dhe ofruesit e tjerë në rrjetin e planit tonë **përdorin të dhënat tuaja të anëtarësimit për të ditur se cilat shërbime dhe barna mbulohendhe shumat tuaja të ndarjes së kostos**. Për shkak të kësaj, është shumë e rëndësishme që ju të na ndihmoni të mbajmë informacionin tuaj të përditësuar.

Nëse keni ndonjë nga këto ndryshime, na njoftoni:

- Ndryshimet në emrin, adresën ose numrin tuaj të telefonit
- Ndryshimet në çdo mbulim tjetër me sigurim shëndetësor që keni (si nga punëdhënësi juaj, bashkëshorti/bashkëshortja juaj ose punëdhënësi i partnerit shtëpiak, kompensimi i punëtorëve ose Medicaid)
- Çdo kërkesë për përgjegjësi, siç janë kërkesat nga një aksident automobilistik
- Nëse jeni shtruar në një institucion perkujdesjeje
- Nëse merrni kujdes në një spital ose urgjencë jashtë zonës ose jashtë rrjetit
- Nëse pala përgjegjëse e caktuar (si p.sh. një kujdestar) ndryshon
- Nëse merrni pjesë në një studim kërkimor klinik (**Shënim:** Nuk jeni të detyruar të informoni planin tonë për studimet kërkimore klinike në të cilat keni ndërmend të merrni pjesë, por ne ju inkurajojmë ta bëni këtë.)

Nëse ndonjë nga këto informacione ndryshon, ju lutemi na njoftoni duke telefonuar Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711). Anëtarët mund të krijojnë një llogari online My Senior Whole Health për të ndryshuar mjekun e tyre, për të përditësuar informacionin e kontaktit, për të kërkuar një kartë identiteti të re, për të marrë njoftime shëndetësore për shërbimet që u nevojiten ose për të parë historikun e shërbimeve të tyre. Vizitoni <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> për të krijuar ose hyrë në llogarinë tuaj My Senior Whole Health.

Është gjithashtu e rëndësishme të kontaktoni Sigurimet Shoqërore nëse transferoheni ose ndryshoni adresën tuaj të postës. Telefononi Sigurimet Shoqërore në 1-800-772-1213 (përdoruesit e TTY telefonojnë 1-800-325-0778).

Kapitulli 1: Filloni si anëtar**SEKSIONI 7 Si funksionon sigurimi tjetër me planin tonë****Sigurime të tjera**

Medicare na kërkon të mbledhim informacion në lidhje me çdo mbulim tjetër mjekësor ose të barnave që keni, në mënyrë që të koordinojmë çdo mbulim tjetër me përfitimet tuaja sipas planit tonë. Kjo quhet **koordinimi i përfitimeve**.

Një herë në vit, ne do t'ju dërgojmë një letër që rendit çdo mbulim tjetër mjekësor ose të barnave që dimë. Lexoni me kujdes këtë informacion. Nëse është e saktë, nuk keni nevojë të bëni asgjë. Nëse informacioni nuk është i saktë, ose nëse keni mbulim tjetër që nuk është i renditur, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711). Mund t'ju duhet t'u jepni numrin e ID-së së anëtarit të planit siguresve tuaj të tjerë (pasi të keni konfirmuar identitetin e tyre) në mënyrë që faturat tuaja të paguhen në mënyrë korrekte dhe në kohë.

Kur keni sigurim tjetër (si mbulimi shëndetësor në grup nga punëdhënësi), rregullat e Medicare vendosin nëse plani ynë apo sigurimi juaj tjetër paguan i pari. Sigurimi që paguan i pari (“paguesi kryesor”) paguan deri në kufijtë e mbulimit të tij. Sigurimi që paguan i dyti (“paguesi dytësor”) paguan vetëm nëse ka kosto të mbetura të pambuluara nga mbulimi parësor. Paguesi dytësor mund të mos paguajë të gjitha kostot e pambuluara. Nëse keni sigurim tjetër, tregojini mjekut, spitalit dhe farmacisë tuaj.

Këto rregulla zbatohen për mbulimin e planit shëndetësor të punëdhënësit ose grupit të sindikatave:

- Nëse keni mbulim për pensionistë, Medicare paguan i pari.
- Nëse mbulimi i planit tuaj shëndetësor të grupit bazohet në punësimin tuaj ose të një anëtarit të familjes suaj, varet nga mosha juaj se kush paguan i pari, numri i personave të punësuar nga punëdhënësi juaj dhe nëse keni Medicare bazuar në moshën, aftësitë e kufizuara ose sëmundje të veshkave në fazën përfundimtare (ESRD):
 - Nëse jeni nën 65 vjeç dhe me aftësi të kufizuara dhe ju ose anëtarit i familjes tuaj jeni ende duke punuar, plani shëndetësor i grupit tuaj paguan fillimisht nëse punëdhënësi ka 100 ose më shumë punonjës ose të paktën një punëdhënës në një plan me shumë punëdhënës që ka më shumë se 100 punonjës.
 - Nëse jeni mbi 65 vjeç dhe ju ose bashkëshorti/bashkëshortja ose partneri/partnerja juaj shtëpiake jeni ende duke punuar, plani juaj shëndetësor i grupit paguan fillimisht nëse punëdhënësi ka 20 ose më shumë punonjës ose të paktën një punëdhënës në një plan me shumë punëdhënës që ka më shumë se 20 punonjës.
- Nëse keni Medicare për shkak të ESRD, plani juaj shëndetësor i grupit do të paguajë së pari për 30 muajt e parë pasi të jeni të kualifikuar për Medicare.

Këto lloje mbulimi zakonisht paguajnë fillimisht për shërbimet që lidhen me secilin lloj:

- Sigurimi pa faj (duke përfshirë sigurimin e automobilave)
- Përgjegjësia (duke përfshirë sigurimin e automobilave)
- Përfitimet e “mushkërive të zeza”
- Kompensimi i punëtorëve

Medicaid dhe TRICARE nuk paguajnë asnjëherë të parët pari për shërbimet e mbuluara nga Medicare. Ata paguajnë vetëm pasi të kenë paguar planet shëndetësore të Medicare dhe/ose të grupit të punëdhënësit.

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime

KAPITULLI 2:

Numra telefoni dhe burime

SEKSIONI 1 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kontakton

Për ndihmë me kërkesat, faturimin ose pyetje në lidhje me kartën e anëtarësisë, telefononi ose shkruani te Shërbimet për Anëtarët Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ne do t'ju ndihmonim me kënaqësi.

Shërbimet ndaj Anëtarëve - Informacioni i kontaktit

Telefoni	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Jemi të disponueshëm nga data 1 tetor – 31 mars, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. Nga 1 prill – 30 shtator, e hënë - e premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) gjithashtu ofron shërbime përkthimi falas për ata që nuk flasin anglisht.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Jemi të disponueshëm nga data 1 tetor – 31 mars, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. Nga 1 prill – 30 shtator, e hënë - e premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale.
Faks	(310) 507-6186
Shkruani	Senior Whole Health of New York Attn: Shërbimet ndaj Anëtarëve 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Faqja e internetit	SWHNY.com

Si të kërkonti një vendim mbulimi ose apeloni në lidhje me kujdesin tuaj mjekësor

Një vendim mbulimi është një vendim që marrim në lidhje me përfitimet dhe mbulimin tuaj ose në lidhje me shumën që do të paguajmë për shërbimet tuaja mjekësore ose barnat e Pjesës D. Një apelim është një mënyrë formale për të na kërkuar të shqyrtojmë dhe ndryshojmë një vendim mbulimi. Për më shumë informacion se si të kërkonti vendime mbulimi ose apelime për kujdesin tuaj mjekësor ose barnat e Pjesës D, shkoni te Kapitulli 9.

Vendimet e Mbulimit dhe Ankesat për Kujdesin Mjekësor ose Barnat e Pjesës D - Informacioni i Kontaktit

Telefoni	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas.
-----------------	---------------------------------------------------------

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime

Vendimet e Mbulimit dhe Ankesat për Kujdesin Mjekësor ose Barnat e Pjesës D - Informacioni i Kontaktit	
	7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 5 p.m., ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 5 p.m., ora lokale.
Faks	Imazheria e avancuar: (877) 731-7218; Transplantet (877) 813-1206; Shëndeti mjekësor/emocional si pacient i shtruar (844) 251-1450; Pacient i shtruar (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
Shkruani	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 Bar me recetë: Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
Faqja e internetit	SWHNY.com

Si të bëni një ankesë në lidhje me kujdesin tuaj mjekësor

Ju mund të bëni një ankesë për ne ose një nga ofruesit e rrjetit ose farmacitë tona, duke përfshirë një ankesë për cilësinë e kujdesit tuaj. Ky lloj ankese nuk përfshin mosmarrëveshje për mbulim ose pagesa. Për më shumë informacion se si të bëni një ankesë në lidhje me kujdesin tuaj mjekësor, shihni Kapitullin 9.

Ankesat në lidhje me Kujdesin Mjekësor – Informacionet e Kontaktit

Telefononi	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 5 p.m., ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 5 p.m., ora lokale.
Faks	(562) 499-0610

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime**Ankesat në lidhje me Kujdesin Mjekësor – Informacionet e Kontaktit**

Shkruani	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
Faqja e internetit	SWHNY.com

Si të na kërkonit të pagujmë koston për kujdesin mjekësor ose një bar që keni marrë

Nëse keni marrë një faturë ose keni paguar për shërbime (si një faturë ofruesi) që mendoni se ne duhet t'i pagujmë, mund t'ju duhet të na kërkonit rimbursim ose të paguani faturën e ofruesit. Shihni kapitullin 7 për më shumë informacion.

Nëse na dërgoni një kërkesë pagese dhe ne refuzojmë ndonjë pjesë të kërkesës tuaj, ju mund ta apeloni vendimin tonë. Shihni kapitullin 9 për më shumë informacion.

Kërkesat e Pagesës - Informacione Kontakti

Telefononi	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Nga e hëna në të premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale.
Faks	(866) 290-1309
Shkruani	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 Bar me recetë: Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
Faqja e internetit	SWHNY.com

SEKSIONI 2 Merrni ndihmë nga Medicare

Medicare është programi federal i sigurimit shëndetësor për persona 65 vjeç e lart, disa persona nën moshën 65 vjeç me aftësi të kufizuara dhe personat me sëmundje të veshkave në fazën përfundimtare (ata me insuficiencë të përhershme të veshkave që kanë nevojë për dializë ose transplant veshkash).

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime

Agjencia federale përgjegjëse për Medicare është Qendrat për Shërbimet Medicare dhe Medicaid (CMS). Kjo agjenci kontraktonte me organizatat e Medicare Advantage duke përfshirë edhe planin tonë.

Medicare – Informacioni i Kontaktit

Telefoni	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.
TTY	1-877-486-2048 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas.
Bisedoni drejtpërdrejt	Bisedoni drejtpërdrejt në www.Medicare.gov/talk-to-some .
Shkruani	<ul style="list-style-type: none"> Shkruani Medicare në PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Faqja e internetit	<p>www.Medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> Merrni informacion në lidhje me planet shëndetësore dhe të barnave të Medicare në zonën tuaj, duke përfshirë koston e tyre dhe shërbimet që ofrojnë. Gjeni mjekë pjesëmarrës në Medicare ose ofrues dhe furnizues të tjerë të kujdesit shëndetësor. Zbuloni se çfarë mbulon Medicare, duke përfshirë shërbimet parandaluese (si ekzaminimet, vaksinat ose vaksinat, dhe vizitat vjetore “Wellness”). Merrni informacion dhe formularë për apelimet e Medicare. Merrni informacion në lidhje me cilësinë e kujdesit të ofruar nga planet, azilet e pleqve, spitalet, mjekët, agjencitë e shëndetit në shtëpi, qendrat e dializës, qendrat e kujdesit paliativ, qendrat e rehabilitimit për pacientët e shtruar dhe spitalet e kujdesit afatgjatë. Kërkoni faqe interneti dhe numra telefoni të dobishëm. <p>Gjithashtu mund të vizitoni www.Medicare.gov për të informuar Medicare-in për çdo ankesë që keni në lidhje me Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP):</p> <p>Për të paraqitur një ankesë në internet të Medicare, shkoni te www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare i merr seriozisht ankesat tuaja dhe do ta përdorë këtë informacion për të ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së programit të Medicare.</p>

SEKSIONI 3 Programi State Health Insurance Assistance (SHIP)

Programi State Health Insurance Assistance (SHIP) është një program qeveritar me konsulentë të trajnuar në çdo shtet që ofron ndihmë, informacion dhe përgjigje falas për pyetjet tuaja të Medicare. Në New York, SHIP quhet Programi Health Insurance Information, Counseling and Assistance (HIICAP).

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) është një program shtetëror i pavarur (nuk është i lidhur me asnjë kompani sigurimi ose plan shëndetësor) që merr para nga qeveria federale për të ofruar këshillim falas lokal të sigurimit shëndetësor për njerëzit me Medicare.

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime

Konsulentët e Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) mund t'ju ndihmojnë të kuptoni të drejtat tuaja të Medicare, të bëni ankesa në lidhje me kujdesin ose trajtimin tuaj mjekësor dhe të zgjidhni problemet me faturat tuaja të Medicare. Konsulentët e Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) mund t'ju ndihmojnë gjithashtu me pyetje ose probleme në lidhje me Medicare, t'ju ndihmojnë të kuptoni zgjedhjet tuaja të planit Medicare dhe t'u përgjigjen pyetjeve në lidhje me ndërrimin e planeve.

**Programi Health Insurance Information, Counseling and Assistance (HIICAP)
(SHIP i New York) – Informacioni i kontaktit**

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

SEKSIONI 4 Quality Improvement Organization (QIO)

Një organizatë e caktuar Quality Improvement Organization (QIO) u shërben njerëzve me Medicare në çdo shtet. Për New York, Quality Improvement Organization quhet Livanta.

Livanta ka një grup mjekësh dhe profesionistësh të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga Medicare për të kontrolluar dhe ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së kujdesit për njerëzit me Medicare. Livanta është një organizatë e pavarur. Ajo nuk ka lidhje me planin tonë.

Ju duhet të kontaktoni me Livanta në ndonjë nga këto situata:

- Keni një ankesë për cilësinë e kujdesit shëndetësor që keni marrë. Shembuj të shqetësimeve në lidhje me cilësinë e kujdesit përfshijnë marrjen e barnave të gabuara, teste ose procedura të panevojshme ose një diagnozë të gabuar.
- Mendoni se mbulimi për shtrimin tuaj në spital po përfundon shumë shpejt.
- Mendoni se mbulimi për kujdesin tuaj shëndetësor në shtëpi, institucion i kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit si pacientë të jashtëm (CORF) po mbarojnë shumë shpejt.

Livanta (New York's Quality Improvement Organization) – Informacioni i kontaktit

Telefoni	(866) 815-5440 E hënë - e premte, nga ora 9:00 a.m. deri në 5:00 p.m. ora lokale; fundjavave dhe festave nga ora 10:00 a.m. deri në 4:00 p.m. ora lokale.
TTY	711: Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
Shkruani	Livanta Programi BFCC-QIO

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime**Livanta (New York's Quality Improvement Organization) – Informacioni i kontaktit**

	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Faqja e internetit	https://www.livantaqio.cms.gov/

SEKSIONI 5 Sigurimet Shoqërore

Sigurimet Shoqërore përcaktojnë të drejtën për Medicare dhe trajtojnë regjistrimin në Medicare.

Sigurimet Shoqërore janë gjithashtu përgjegjës për përcaktimin se kush duhet të paguajë një shumë shtesë për mbulimin e barnave të Pjesës D sepse ka të ardhura më të larta. Nëse keni marrë një letër nga Sigurimet Shoqërore që ju thotë se duhet të paguani shumën shtesë dhe keni pyetje në lidhje me shumën ose nëse të ardhurat tuaja u ulën për shkak të një ngjarjeje që ju ndryshoi jetën, mund të telefononi Social Security për të kërkuar rishqyrtim.

Nëse zhvendoseni ose ndryshoni adresën tuaj postare, kontaktoni Sigurimet Shoqërore për t'i njoftuar.

Sigurimet Shoqërore – Informacioni i kontaktit

Telefononi	1-800-772-1213 Telefonatat në këtë numër janë falas. E disponueshme nga ora 8 a.m. deri në 7 p.m., nga e hëna në të premte. Përdorni shërbimet e automatizuara telefonike të Sigurimeve Shoqërore për të marrë informacione të regjistruara dhe për të kryer disa punë 24 orë në ditë.
TTY	1-800-325-0778 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. E disponueshme nga ora 8 a.m. deri në 7 p.m., nga e hëna në të premte.
Faqja e internetit	www.SSA.gov

SEKSIONI 6 Medicaid

Medicaid është një program i përbashkët i qeverisë federale dhe shtetërore që ndihmon me kostot mjekësore për disa persona me të ardhura dhe burime të kufizuara. Secili shtet vendos se çfarë llogariten si të ardhura dhe burime, kush ka të drejtë, cilat shërbime mbulohen dhe koston e shërbimeve. Shtetet gjithashtu mund të vendosin se si të drejtojnë programin e tyre për sa kohë që ata ndjekin udhëzimet federale.

Përveç kësaj, ka programe të ofruara përmes Medicaid që i ndihmojnë personat me Medicare të paguajnë kostot e tyre të Medicare, të tilla si primet e tyre të Medicare. Këto “Programe të kursimeve me Medicare” ndihmojnë personat me të ardhura dhe burime të kufizuara të kursejnë para çdo vit:

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Ndonjëherë, individët mund të kualifikohen si për mbulimin e kufizuar të ndarjes së kostos së Medicare ashtu edhe për përfitimet e plota të Medicaid.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Ndhmon në pagesën e primeve të Medicare Part A dhe Part B, dhe ndarjeve të tjera të kostos (si shumat e zbritshme, bashkësigurimet dhe bashkëpagesat). Këta individë kanë gjithashtu të drejtë për përfitime të plota të Medicaid.

Për të qenë anëtar i këtij plani, duhet të jeni i regjistruar i dyfishtë në Medicare dhe Medicaid dhe të plotësoni të gjitha kërkesat e tjera të kualifikimit të planit në kohën e regjistrimit.

Nëse keni pyetje në lidhje me ndihmën që merrni nga Medicaid, kontaktoni

New York State's Medicaid Program – Informacioni i kontaktit

Telefoni	1-800-541-2831 nga e hëna deri të premten 8 a.m.-8 p.m., e shtunë 9 a.m.-1 p.m.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
Shkruani	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Mund t'i shkruani Local Department of Social Services (LDSS). Gjeni adresën për LDSS tuaj në: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm
Faqja e internetit	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Anëtarët e qarkut Nassau mund të kontaktojnë me Departamentin lokal të Shërbimeve Sociale.

Nassau County Department of Social Services

Telefoni	(516) 227-7474
Shkruani	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
Faqja e internetit	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Anëtarët e qarkut Westchester mund të kontaktojnë me Departamentin lokal të Shërbimeve Sociale.

Westchester County Department of Social Services

Telefoni	(914) 995-3333
Shkruani	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
Faqja e internetit	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

The Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) ndihmon njerëzit e regjistruar në Medicaid të cilët kanë probleme me shërbimin ose faturimin. Ata mund t'ju ndihmojnë të paraqisni një ankesë ose apelim me planin tonë. Ky avokat i popullit mund të ndihmojë të regjistruarit në Planin tonë Health and Recovery Plan (HARP)

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime

dhe të regjistruarit në planin tonë të Medicaid Managed Care (MMC) që marrin shërbime dhe mbështetje afatgjata.

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) – Informacioni i kontaktit

Telefoni	1-844-614-8800 Hën.-Pre. 9:00 AM - 5:00 PM.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
Shkruani	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: ican@cssny.org
Faqja e internetit	www.icannys.org

Community Health Advocates (CHA) ndihmon njerëzit e regjistruar në Medicaid të cilët kanë probleme me shërbimin ose faturimin. Ata mund t'ju ndihmojnë të paraqisni një ankesë ose apelim me planin tonë.

Community Health Advocates (CHA) – Informacioni i kontaktit

Telefoni	1-844-614-8800 Hën.-Pre. 9:00 AM - 5:00 PM
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
Shkruani	Community Health Advocates (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: cha@cssny.org
Faqja e internetit	www.communityhealthadvocates.org

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) – Informacioni i kontaktit

Telefoni	1-888-614-5400 Hën.-Mër. 9:00 AM – 7:00 PM, Enj.-Pre. 9:00 AM – 4:00 PM
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur.
Shkruani	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: ombuds@oasas.ny.gov

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime**Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) – Informacioni i kontaktit**

Faqja e internetit	www.champny.org
---------------------------	------------------------------------------------------

Programi i Avokatit të Popullit për Kujdesin Afatgjatë New York Sate i ndihmon personat të marrin informacion rreth qendrave të përkujdesjes dhe të zgjidhin problemet midis qendrave të përkujdesjes dhe banorëve ose familjeve të tyre.

Programi i Avokatit të Popullit për Kujdesin Afatgjatë New York State – Informacioni i kontaktit

Telefononi	1-855-582-6769 Hën.-Pre. 8:00 AM – 4:00 PM
-------------------	--------------------------------------------

Shkruani	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 EMAIL: ombudsman@aging.ny.gov
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Faqja e internetit	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SEKSIONI 7 Programe që ndihmojnë njerëzit të paguajnë për barnat me recetë

Faqja e internetit Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ka informacion mbi mënyrat për të ulur kostot e barnave me recetë. Programet e mëposhtme mund të ndihmojnë personat me të ardhura të kufizuara.

Extra Help nga Medicare

Për shkak se ju kualifikoheni për Medicaid, ju kualifikoheni dhe po merrni Extra Help nga Medicare për të paguar shpenzimet e planit tuaj të barnave me recetë. Ju nuk keni nevojë të bëni asgjë më tej për të marrë këtë Extra Help.

Nëse keni pyetje për “Extra Help”, telefononi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048;
- Zyrën e Sigurimeve shoqërore në 1-800-772-1213 mes orës 8 a.m. dhe 7 p.m., nga e hëna në të premte. Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-800-325-0778; ose
- Zyrën juaj shtetërore të Medicaid (Shihni Seksionin 6 të këtij kapitulli për informacion të kontaktit).

Nëse mendoni se po paguani një shumë të gabuar për recetën tuaj në një farmaci, plani ynë ka një proces për t'ju ndihmuar të merrni dëshmi të shumës suaj të duhur të bashkëpagesës. Nëse tashmë keni prova për shumën e duhur, ne mund t'ju ndihmojmë ta ndani këtë provë me ne.

- Dëshmia më e mirë e disponueshme (BAE) gjendet në internet në <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. BAE përdoret për të përcaktuar subvencionin e një anëtarit me të ardhura të ulëta. Departamenti ynë i Shërbimeve ndaj Anëtarëve dhe Departamenti i Farmacisë identifikojnë rastet kur zbatohet politika e BAE. Anëtarët mund ta dërgojnë dokumentacionin e BAE për të përcaktuar kualifikimin në adresën e Shërbimeve ndaj Anëtarëve të renditur në Kapitullin 2. Për më tepër, ju mund të kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve nëse keni pyetje. Format e pranueshme të dëshmimeve janë:
 - Letra e akordimit nga SSA
 - Njoftimi i akordimit
 - Të ardhurat e sigurisë shtesë

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime

Kur të marrim provat që tregojnë nivelin e duhur të bashkëpagesës, do ta përditësojmë sistemin tonë në mënyrë që ju të mund të paguani shumën e duhur të bashkëpagesës kur të merrni recetën tuaj të ardhshme. Nëse e paguani më shumë seç duhet bashkëpagesën tuaj, ne do t'jua kthejmë shumën, ose me çek ose me një kredi bashkëpagese në të ardhmen. Nëse farmacia nuk e ka mbledhur bashkëpagesën tuaj dhe ju i detyroheni një borxh, ne mund ta bëjmë pagesën direkt në farmaci. Nëse një shtet paguan në emrin tuaj, ne mund t'ia bëjmë pagesën drejtpërdrejt shtetit. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë në 711) nëse keni pyetje.

Shumica e anëtarëve tanë kualifikohen për Medicaid dhe po marrin tashmë Extra Help nga Medicare për të paguar shpenzimet e planit tuaj të barnave me recetë. Po nëse keni Extra Help dhe mbulim nga një program State Pharmaceutical Assistance (SPAP)?

Shumë shtete ofrojnë ndihmë për të paguar recetat, primet e planeve të barnave dhe/ose kostot e tjera të barnave. Nëse jeni regjistruar në një Program State Pharmaceutical Assistance (SPAP), Extra Help e Medicare paguan fillimisht.

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (Programi New York's State Pharmaceutical Assistance) – Informacioni i kontaktit

Telefononi	(800) 332-3742 E hënë - e premte, 8 a.m. - 5 p.m., ora lokale
Shkruani	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
Faqja e internetit	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Po nëse keni Extra Help dhe mbulim nga një AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ndihmon njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS të kenë akses në barnat që shpëtojnë jetën për HIV-in. Barnat e Medicare Part D që janë gjithashtu në formularin e ADAP kualifikohen për ndihmë për ndarjen e kostos së recetave përmes informacionit New York State-specific ADAP.

Shënim: Për t'u kualifikuar për ADAP që operon në shtetin tuaj, individët duhet të plotësojnë disa kritere, duke përfshirë vërtetimin e vendbanimit shtetëror dhe statusin e HIV-it, të ardhurat e ulëta siç përcaktohet nga shteti dhe statusin si i pasiguar/nësiguar. Nëse ndryshoni planet, njoftoni punonjës të lokalit të regjistrimit në ADAP që të mund të vazhdoni të merrni ndihmë. Për informacion mbi kriteret e kualifikimit, barnat e mbuluara ose si të regjistroheni në program, telefononi (800) 542-2437 ose 1-844-682-4058.

Programet e Ndhmës Farmaceutike Shtetërore

Shumë shtete kanë Programe Ndhmëse Farmaceutike Shtetërore që ndihmojnë persona të paguajnë për barnat me recetë bazuar në nevojën financiare, moshën, gjendjen shëndetësore ose aftësitë e kufizuara. Çdo shtet ka rregulla të ndryshme për të siguruar mbulimin e barnave për anëtarët e tij.

Në shtetin New York State, Programi State Pharmaceutical Assistance është *EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage)*.

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (Programi New York's State Pharmaceutical Assistance) – Informacioni i kontaktit

Telefononi	(800) 332-3742
-------------------	----------------

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime**EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (Programi New York's State Pharmaceutical Assistance) – Informacioni i kontaktit**

	E hënë - e premte, 8 a.m. - 5 p.m., ora lokale
Shkruani	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
Faqja e internetit	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Medicare Prescription Payment Plan

Plani Medicare Prescription Payment është një opsion pagese që funksionon me mbulimin tuaj aktual të barnave për t'ju ndihmuar të menaxhoni kostot tuaja nga xhepi për barnat e mbuluara nga plani ynë duke i shpërndarë ato gjatë gjithë **vitit kalendarik** (janar - dhjetor). Kushdo që ka një plan barnash Medicare ose një plan shëndetësor Medicare me mbulim barnash (si një plan Medicare Advantage me mbulim barnash) mund ta përdorë këtë opsion pagese. **Ky opsion pagese mund t'ju ndihmojë të menaxhoni shpenzimet tuaja, por nuk ju kursen para ose nuk ul kostot tuaja të barnave. Nëse merrni pjesë në Medicare Prescription Payment Plan dhe qëndroni në të njëjtin plan të Pjesës D, pjesëmarrja juaj do të rinovohet automatikisht për vitin 2026.** Extra Help nga Medicare dhe ndihma nga SPAP dhe ADAP juaj, për ata që kualifikohen, është më e dobishme sesa pjesëmarrja në Medicare Prescription Payment Plan. Për të mësuar më shumë rreth këtij opsioni pagese, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë në 711) ose vizitoni www.Medicare.gov.

Medicare Prescription Payment Plan - Informacioni i kontaktit

Telefononi	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Jemi të disponueshëm nga data 1 tetor – 31 mars, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. Nga 1 prill – 30 shtator, e hënë - e premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) gjithashtu ofron shërbime përkthimi falas për ata që nuk flasin anglisht.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Jemi të disponueshëm nga data 1 tetor – 31 mars, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. Nga 1 prill – 30 shtator, e hënë - e premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale.
Faks	(310) 507-6186
Shkruani	Senior Whole Health of New York Attn: Shërbimet ndaj Anëtarëve 200 Ocean Gate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Faqja e internetit	SWHNY.com

Kapitulli 2: Numra telefoni dhe burime**SEKSIONI 8 Railroad Retirement Board (RRB)**

Railroad Retirement Board është një agjenci federale e pavarur që administron programe gjithëpërfshirëse të përfitimeve për punonjësit e hekurudhave të vendit dhe familjet e tyre. Nëse merrni Medicare përmes Railroad Retirement Board, njoftojini nëse zhvendoseni ose ndryshoni adresën tuaj postare. Për pyetje në lidhje me përfitimet tuaja nga Railroad Retirement Board, kontaktoni agjencinë.

Railroad Retirement Board (RRB) – Informacioni i kontaktit

Telefononi	1-877-772-5772 Telefonatat në këtë numër janë falas. Shtypni “0”, mund të flisni me një përfaqësues të RRB-së nga ora 9 a.m. deri në orën 3:30 p.m., të hënën, të martën, të enjten dhe të premten, dhe nga ora 9 a.m. deri në orën 12 p.m. të mërkurën. Shtypni “1”, mund të përdorni linjën e automatizuar të ndihmës së RRB-së dhe informacionin e regjistruar 24 orë në ditë, duke përfshirë fundjavat dhe festat.
TTY	1-312-751-4701 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër nuk janë falas.
Faqja e internetit	https://RRB.gov

SEKSIONI 9 Nëse keni sigurim në grup ose sigurim tjetër shëndetësor nga një punëdhënës

KAPITULLI 3:

Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

SEKSIONI 1 Si të merrni kujdes mjekësor dhe shërbime të tjera si anëtar i planit tonë

Ky kapitull shpjegon se çfarë duhet të dini rreth përdorimit të planit tonë për të mbuluar kujdesin tuaj mjekësor dhe shërbimet e tjera. Për detaje mbi kujdesin mjekësor dhe shërbimet e tjera që mbulon plani ynë, shihni *Grafikun e Përfitimeve Mjekësore* në Kapitullin 4.

Seksioni 1.1 Ofruesit e rrjetit dhe shërbimet e mbuluara

- **Ofruesit** janë mjekë dhe profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor të licencuar nga shteti për të ofruar shërbime dhe kujdes mjekësor. Termi “ofrues” përfshin gjithashtu spitalet dhe objektet e tjera të kujdesit shëndetësor.
- **Ofruesit e rrjetit** janë mjekët dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor, grupet mjekësore, spitalet dhe institucionet e tjera të kujdesit shëndetësor që kanë një marrëveshje me ne për të pranuar pagesën tonë si pagesë të plotë. Ne kemi rregulluar që këta ofrues të ofrojnë shërbime të mbuluara për anëtarët në planin tonë. Ofruesit në rrjetin tonë na faturojnë drejtpërdrejt për kujdesin që ju japin. Kur vizitoheni te një ofrues i rrjetit, nuk paguani asgjë për shërbimet e mbuluara.
- **Shërbimet e mbuluara** përfshijnë të gjithë kujdesin mjekësor, shërbimet e kujdesit shëndetësor, pajisjet e furnizimit dhe barnat me recetë që mbulohen nga plani ynë. Shërbimet tuaja të mbuluara për kujdesin mjekësor janë renditur në *Grafikun e Përfitimeve Mjekësore* në Kapitullin 4. Shërbimet tuaja të mbuluara për barnat me recetë diskutohen në Kapitullin 5.

Seksioni 1.2 Rregullat bazë për marrjen e kujdesit tuaj mjekësor dhe shërbimeve të tjera që do të mbulohen nga plani ynë

Si një plan shëndetësor i Medicare dhe Medicaid, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet të mbulojë të gjitha shërbimet e mbuluara nga Original Medicare dhe mund të ofrojë shërbime të tjera përveç atyre të mbuluara nga Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) në përgjithësi do të mbulojë kujdesin tuaj mjekësor për aq kohë sa:

- **Kujdesi që merrni përfshihet në *Grafikun e Përfitimeve Mjekësore të planit tonë*** në kapitullin 4.
- **Kujdesi që merrni konsiderohet i nevojshëm nga pikëpamja mjekësore.** Të nevojshme nga pikëpamja mjekësore do të thotë që shërbimet, furnizimet, pajisjet ose barnat nevojiten për parandalimin, diagnostikimin ose trajtimin e gjendjes suaj shëndetësore dhe përmbushin standardet e pranuar të praktikës mjekësore.
- **Ju keni një ofrues të kujdesit parësor në rrjet (një PCP) që ofron dhe mbikëqyr kujdesin tuaj.** Si anëtar i planit tonë, duhet të zgjidhni një PCP të rrjetit (shihni Seksionin 2.1 për më shumë informacion.)

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

- Në shumicën e rasteve, plani ynë duhet t'ju japë miratimin paraprak (një referim) përpara se të mund të përdorni ofrues të tjerë në rrjetin e planit tonë, siç janë specialistët, spitalet, institucionet e kujdesit shëndetësor të kualifikuar ose agjencitë e **kujdesit shëndetësor** në shtëpi. Për më shumë informacion, shihni Seksionin 2,3
- Nuk keni nevojë për referime **nga** PCP-ja juaj për kujdes emergjent ose shërbime urgjentisht të nevojshme. Për të mësuar rreth llojeve të tjera të kujdesit që mund të merrni pa marrë miratim paraprak nga PCP-ja juaj, shkoni te Seksioni 2.2.
- **Duhet të merrni kujdesin tuaj nga një ofrues rrjeti** (shihni Seksioni 2). Në shumicën e rasteve, kujdesi që merrni nga një ofrues jashtë rrjetit (një ofrues që nuk është pjesë e rrjetit të planit tonë) nuk do të mbulohet. Kjo do të thotë që ju duhet ta paguani plotësisht ofruesin për shërbimet e ofruara. *Këtu janë 3 përjashtime:*
 - Plani mbulon kujdesin emergjent ose shërbimet urgjentisht të nevojshme që ju merrni nga një ofrues jashtë rrjetit. Për më shumë informacion dhe për të parë se cilat janë shërbimet e emergjencës ose urgjentisht të nevojshme, shihni Seksionin 3.
 - Nëse keni nevojë për kujdes mjekësor që Medicare kërkon që plani ynë ta mbulojë, por nuk ka specialistë në rrjetin tonë që ofrojnë këtë kujdes, mund ta merrni këtë kujdes nga një ofrues jashtë rrjetit me të njëjtën ndarje kostoje që paguani normalisht brenda rrjetit. Në këtë rast kërkohet autorizim paraprak. Ju lutemi kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve për ndihmë. Në këtë situatë, ne do t'i mbulojmë këto shërbime pa asnjë kosto për ju. Për informacion në lidhje me marrjen e miratimit për t'u vizituar nga një mjek jashtë rrjetit, shihni Seksionin 2.4.
 - Plani mbulon shërbimet e dializës së veshkave që merrni në një institucion dialize të certifikuar nga Medicare kur jeni përkohësisht jashtë fushës së shërbimit të planit ose kur ofruesi juaj për këtë shërbim është përkohësisht i padisponueshëm ose i paarritshëm. Ndarja e kostos që ju paguani në planin tonë për dializën nuk mund të jetë kurrë më e lartë se ndarja e kostos në Original Medicare. Nëse ndodheni jashtë fushës së shërbimit të planit tonë dhe merrni dializë nga një ofrues jashtë rrjetit të planit tonë, ndarja juaj e kostos nuk mund të jetë më e lartë se ndarja e kostos që paguani brenda rrjetit. Megjithatë, nëse ofruesi juaj i zakonshëm brenda rrjetit për dializën është përkohësisht i pa disponueshëm dhe ju zgjidhni të merrni shërbime brenda fushës së shërbimit nga një ofrues jashtë rrjetit të planit, ndarja e kostos për dializën mund të jetë më e lartë.

SEKSIONI 2 Përdorni ofruesit në rrjetin e planit tonë për të marrë kujdesin tuaj mjekësor dhe shërbime të tjera

Seksioni 2.1 Ju duhet të zgjidhni një ofrues të kujdesit parësor (PCP) për të ofruar dhe mbikëqyrur kujdesin tuaj

Çfarë është PCP-ja dhe çfarë bën PCP-ja për ju?

Kur bëheni anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ju kërkohet të zgjidhni një ofrues të kujdesit parësor (PCP). PCP-ja juaj është një ofrues i licencuar që plotëson kërkesat shtetërore dhe është i trajnuar për t'ju dhënë kujdesin bazë mjekësor.

PCP-ja juaj është një mjek i mjekësisë familjare, mjekësisë së brendshme, mjekësisë geriatrike, mjekësisë për të rriturit ose mjekësisë familjare të New York State, ose një infermier praktikues gerontologjik. Ju do të merrni kujdesin tuaj rutinë ose bazë nga PCP-ja juaj. PCP-ja juaj do të koordinojë gjithashtu pjesën tjetër të shërbimeve të mbuluara që merrni si anëtar i planit. Kjo përfshin rrezet X, testet laboratorike, terapitë, specialistët e

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

kujdesit, pranimet në spital dhe kujdesin vijues. “Koordinimi” i shërbimeve tuaja përfshin gjithashtu kontrollimin ose konsultimin me ofruesit e tjerë të planit për kujdesin tuaj. Në disa raste, PCP-ja juaj gjithashtu duhet të marrë autorizim paraprak (miratim paraprak) nga plani ynë. Grafiku i përfitimeve në Kapitullin 4 tregon se cilat shërbime kanë nevojë për autorizim paraprak nga plani. PCP-ja juaj do të kontaktojë me Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) për të marrë autorizimin e nevojshëm. Meqenëse PCP-ja juaj do të ofrojë dhe koordinojë kujdesin tuaj mjekësor, ju duhet t’i dërgoni të gjitha kartelat mjekësore të mëparshme në klinikën e PCP-së tuaj.

Si të zgjidhni një PCP

Kur të regjistroheni për planin tonë, do t’ju kërkohet të zgjidhni një PCP. PCP-ja që shihni aktualisht mund të jetë tashmë pjesë e rrjetit të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Kur të aplikoni për planin tonë, ne do të zbulojmë nëse PCP-ja juaj është pjesë e planit tonë. Nëse mjeku juaj nuk është pjesë e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), do t’ju duhet të zgjidhni një të ri nga rrjeti ynë dhe të caktoni një takim për ta vizituar atë mjek sa më shpejt të jetë e mundur.

Ju mund ta zgjidhni PCP-në tuaj nga Lista e Ofruesve dhe Farmacive të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) në momentin që regjistroheni. Për listën më të përditësuar të ofruesve, përdorni mjetin e kërkimit “Find a Provider” (Gjeni një ofrues) në faqen tonë të internetit. Ju gjithashtu mund të kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin pa pagesë në anën e pasme të kësaj broshure. Ne do të shqyrtojmë emrat e PCP-ve në zonën tuaj, do t’ju pyesim për mjekë të tjerë ku vizitoheni dhe në cilat spitale shkon. Do t’ju kërkohet të vendosni emrin e PCP-së në aplikimin tuaj të regjistrimit. Ju mund ta ndryshoni PCP-në tuaj në çdo kohë.

Si të ndryshoni PCP-në tuaj

Ju mund ta ndryshoni PCP-në tuaj për çfarëdo arsye, në çdo kohë. Gjithashtu ka mundësi që PCP të largohet nga rrjeti i ofruesve të planit tonë dhe ju do të duhet të zgjidhni një PCP të ri.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ka një Policë ka një Politikë të Vazhdimësisë së Kujdesit (COC) që ju lejon akses të vazhdueshëm te praktikuesit e pakontraktuar në rastet e mëposhtme:

Nëse jeni anëtar i ri, mund të vazhdoni trajtimin deri në 90 ditë:

- Nëse jeni në një kurs aktiv trajtimi me mjekë të pakontraktuar në kohën e regjistrimit.
- Nëse keni pajisje DME aktuale - Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do të sigurojë akses të vazhdueshëm në DME-në e nevojshme dhe riparimet nga ofruesit e pakontraktuar.
- Nëse jeni shtatzënë, do të merrni kujdes të vazhdueshëm deri në përfundimin e shërbimeve pas lindjes ose për një periudhë më të gjatë nëse është e nevojshme për transferim të sigurt te një ofrues tjetër.

Nëse jeni një anëtar ekzistues mund të merrni vazhdimësi të kujdesit deri në një vit për shërbime të vazhdueshme pas zgjidhjes së një kontrate midis Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dhe mjekut ose institucionit tuaj, me kusht që të plotësohen kushtet e mëposhtme:

- Shërbimet janë pjesë e përfitimeve tuaja.
- Ofruesi nuk u ndërpre për shkak të problemeve të cilësisë së kujdesit shëndetësor.
- Ofruesi duhet të pranojë që të vazhdojë t’ju vizitojë.
- Ofruesi ka rënë dakord të pranojë tarifatat e kërkuara rregullatore.

Stafi i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do të bashkëpunojë me mjekun tuaj të pakontraktuar për ta përfshirë atë në rrjetin Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) si një ofrues i kontraktuar ose do të bashkëpunojë me ju dhe ofruesin për të transferuar kujdesin tuaj te një praktikues brenda rrjetit

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

gjatë periudhës 90-ditore të vazhdimësisë së kujdesit. Vazhdimësia e kujdesit do të ofrohet brenda kufijve të përfitimeve tuaja.

Përjashtimet nga politika:

1. Stafi i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mund ta zgjasë periudhën 90-ditore për aq kohë sa është e nevojshme për të përmbushur çdo nevojë të pazakontë që mund të keni.
2. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nuk do të miratojë kujdesin e vazhdueshëm nga një ofrues jo-pjesëmarrës nëse:
 - Ju duhet vetëm monitorimi i një gjendjeje kronike.
 - Kontrata e ndërprerë me praktikuesin bazohet në një veprim rishikimi profesional për paaftësi ose sjellje të papërshtatshme dhe mirëqenia juaj mund të jetë në rrezik.

Seksioni 2.2 Kujdesi mjekësor dhe shërbime të tjera që mund të merrni pa një rekomandim PCP

Ju mund të merrni shërbimet e renditura më poshtë pa marrë miratimin paraprakisht nga PCP-ja juaj.

- Kujdesi rutinë për shëndetin e grave, i cili përfshin ekzaminimet e gjirit, mamografitë ekzaminuese (grafitë me rreze X të gjirit), Pap-testin dhe ekzaminimet e legenit
- Vaksinat kundër gripit, vaksinat kundër COVID-19, vaksinat kundër hepatitit B dhe vaksinat kundër pneumonisë
- Shërbimet e emergjencës nga ofruesit e rrjetit ose nga ofruesit jashtë rrjetit.
- Shërbimet urgjentisht të nevojshme të mbuluara nga plani janë shërbime që kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor (por jo emergjencë) nëse jeni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit tonë, ose nëse është e paarsyeshme duke pasur parasysh kohën, vendin dhe rrethanat për të marrë këtë shërbim nga ofruesit e rrjetit. Shembuj të shërbimeve urgjentisht të nevojshme janë sëmundjet dhe lëndimet mjekësore të paparashikuara ose shpërthimet e papritura të kushteve ekzistuese. Vizitat rutinë të ofruesit të shërbimeve mjekësore të nevojshme (si kontrollat vjetore) nuk konsiderohen të nevojshme urgjentisht edhe nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit tonë ose rrjeti i planit tonë është përkohësisht i padisponueshëm.
- Shërbimet e dializës së veshkave që merrni në një institucion dialize të certifikuar nga Medicare kur jeni përkohësisht jashtë fushës së shërbimit të planit. Nëse është e mundur, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) përpara se të largoheni nga zona e shërbimit, në mënyrë që të mund t'ju ndihmojmë të bëni dializën e rregullt ndërsa jeni larg.

Seksioni 2.3 Si të merrni kujdes nga specialistët dhe ofruesit e tjerë të rrjetit

Specialist është një mjek që ofron shërbime të kujdesit shëndetësor për një sëmundje të caktuar ose pjesë të trupit. Ka shumë lloje specialistësh. Për shembull:

- Onkologët kujdesen për pacientët me kancer
- Kardiologët kujdesen për pacientët me sëmundje të zemrës
- Ortopedët kujdesen për pacientët me gjendje të caktuara të kockave, kyçeve ose muskujve

PCP-ja juaj është përgjegjëse për koordinimin e shërbimeve, duke përfshirë orientimin tuaj te specialistët dhe ofruesit e tjerë të rrjetit sipas rastit. Nuk ka asnjë kërkesë miratimi paraprak për vizitat në klinikë me

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

specialistë të rrjetit. Nëse keni nevojë për një procedurë ose një shërbim që kërkon autorizim paraprak të planit, PCP-ja ose specialisti juaj do të na kontaktojë për të marrë autorizimin e nevojshëm paraprak. Shërbimet që kërkojnë autorizim paraprak të planit janë identifikuar në Kapitullin 4, Seksioni 2.1 i këtij dokumenti. Shembuj shërbimesh që kërkojnë autorizim paraprak të planit përfshijnë kujdesin spitalor për pacientë të shtruar me zgjedhje (jo emergjent) si pacient i shtruar, pranimet në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar dhe kujdesin shëndetësor në shtëpi.

Nëse keni nevojë për kujdes pas orarit normal të punës, ju lutemi telefononi PCP-në tuaj. Ky informacion është renditur në kartën tuaj të identitetit të anëtarësisimit të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Nëse mendoni se është një emergjencë, kërkon menjëherë vëmendje mjekësore. Për më shumë informacion, shihni Seksionin 3, (Si të merrni shërbime të mbuluara kur keni nevojë emergjente ose urgjente për kujdes).

Nëse një specialist ose një ofrues tjetër i rrjetit largohet nga plani ynë

Ne mund të bëjmë ndryshime në spitale, mjekë dhe specialistë (ofrues shërbimesh) në rrjetin e planit tonë gjatë vitit. Nëse mjeku ose specialisti juaj largohet nga plani ynë, ju keni këto të drejta dhe mbrojtje:

- Edhe pse rrjeti ynë i ofruesve të shërbimeve mund të ndryshojë gjatë vitit, Medicare kërkon që ju të keni akses të pandërprerë te mjekë dhe specialistë të kualifikuar.
- Ne do t'ju njoftojmë se ofruesi juaj po largohet nga plani ynë, në mënyrë që të keni kohë për të zgjedhur një ofrues të ri.
 - Nëse ofruesi juaj i kujdesit parësor ose i shëndetit emocional largohet nga plani ynë, ne do t'ju njoftojmë nëse e keni vizituar atë ofrues brenda 3 viteve të fundit.
 - Nëse ndonjë nga ofruesit tuaj të tjerë largohet nga plani ynë, ne do t'ju njoftojmë nëse jeni caktuar te ofruesi, aktualisht merrni kujdes prej tyre ose i keni parë ata brenda 3 muajve të fundit.
- Ne do t'ju ndihmojmë të zgjidhni një ofrues të ri të kualifikuar brenda rrjetit për kujdes të vazhdueshëm.
- Nëse jeni duke iu nënshtruar trajtimit mjekësor ose terapive me ofruesin tuaj aktual, keni të drejtë të kërkonit të vazhdoni të merrni trajtimin ose terapitë e nevojshme mjekësore. Ne do të punojmë me ju në mënyrë që të mund të vazhdoni të merrni kujdes.
- Do t'ju japim informacion në lidhje me periudhat e regjistrimit në dispozicion dhe opsionet që mund të keni për ndryshimin e planeve.
- Kur një ofrues ose përfitim brenda rrjetit nuk është i disponueshëm ose i pamjaftueshëm për të përmbushur nevojat tuaja mjekësore, ne do të organizojmë çdo përfitim të mbuluar të nevojshëm mjekësor jashtë rrjetit tonë të ofruesve me ndarje të kostos brenda rrjetit. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
- Nëse zbuloni se mjeku ose specialisti juaj po largohet nga plani juaj, ju lutemi na kontaktoni që ne t'ju ndihmojmë të gjeni një ofrues të ri për të menaxhuar kujdesin tuaj.
- Nëse besoni se nuk ju kemi siguruar një ofrues të kualifikuar për të zëvendësuar ofruesin tuaj të mëparshëm ose se kujdesi juaj nuk po menaxhohet siç duhet, keni të drejtë të paraqisni një ankesë për cilësinë e kujdesit te QIO, një ankesë për cilësinë e kujdesit te plani ynë ose të dyja (shihni Kapitullin 9).

Seksioni 2.4 Si të merrni kujdes nga ofruesit jashtë rrjetit

Nëse keni nevojë për kujdes të specializuar mjekësor që Medicare ose Medicaid kërkon që plani ynë të mbulojë dhe nuk ka ofrues në rrjetin tonë që mund ta ofrojnë këtë kujdes, ju mund ta merrni kujdesin nga një ofrues jashtë rrjetit. Kjo përfshin shërbimet e një ofruesi që është i kualifikuar në mënyrë unike për të ofruar shërbimin

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

e veçantë që ju nevojitet, si dhe shërbimet e ofruara në një qendër të specializuar ose një qendër ekselence (p.sh., shërbimet ESRD). Nuk ka kufizime përfitimesh shtesë që zbatohen jashtë rrjetit tonë ose fushës së shërbimit.

Ose ju ose PCP-ja juaj duhet të kontaktoni planin tonë për autorizim paraprak përpara se të kërkonit kujdes nga ofruesit jashtë rrjetit. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve për ndihmë. Nëse ju japim autorizim paraprak për të marrë kujdes nga një ofrues jashtë rrjetit, ne do t'i mbulojmë këto shërbime sikur ta keni marrë kujdesin nga një ofrues i rrjetit.

Është shumë e rëndësishme të merrni një autorizim paraprak nga plani ynë përpara se të shihni ofruesit jashtë rrjetit. Nëse nuk merrni miratim nga plani, plani ynë mund të mos e mbulojë mjekimin. Nëse ofruesi dëshiron që ju të ktheheni për më shumë kujdes, kontrolloni së pari për t'u siguruar që miratimi nga plani ynë mbulon më shumë se një vizitë te ofruesi jashtë rrjetit.

Shënim: anëtarët kanë të drejtë të marrin shërbime nga ofruesit jashtë rrjetit për emergjencë ose shërbime urgjentisht të nevojshme. Për më tepër, planet duhet të mbulojnë shërbimet e dializës për të regjistruarit në ESRD, të cilët kanë udhëtuar jashtë fushës së shërbimit të planit *tonë* dhe *nuk janë* në gjendje të kenë akses tek ofruesit e kontraktuar të ESRD.

SEKSIONI 3 Si të merrni shërbime në rast emergjence, fatkeqësie ose nevojë urgjente për kujdes

Seksioni 3.1 Marrja e kujdesit nëse keni një emergjencë mjekësore

Një **emergjencë mjekësore** është kur ju ose çdo person tjetër i kujdesshëm me njohuri mesatare të shëndetit dhe mjekësisë, besoni se keni simptoma mjekësore që kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor për të parandaluar humbjen e jetës (dhe, nëse jeni grua shtatzënë, humbjen e një fëmije të palindur), humbjen e një gjymtyre ose humbjen e funksionit të një gjymtyre, ose humbjen apo dëmtimin e rëndë të një funksioni trupor. Simptomat mjekësore mund të jenë një sëmundje, lëndim, dhimbje e fortë ose një gjendje shëndetësore që po përkeqësohet shpejt.

Nëse keni një emergjencë mjekësore:

- **Merrni ndihmë sa më shpejt të jetë e mundur.** Telefononi 911 për ndihmë ose shkoni në dhomën ose spitalin ose urgjencën më të afërt. Telefononi një ambulancë nëse keni nevojë. Nuk është e nevojshme që të merrni fillimisht një miratim ose rekomandim nga PCP-ja juaj. Nuk keni nevojë të përdorni një mjek të rrjetit. Ju mund të merrni kujdes mjekësor emergjence të mbuluar sa herë që ju nevojitet, kudo në Shtetet e Bashkuara ose në territoret e saj, dhe nga çdo ofrues me një licencë të përshtatshme shtetërore, edhe nëse ata nuk janë pjesë e rrjetit tonë.
- **Sa më shpejt të jetë e mundur, sigurohuni që planit tonë t'i jetë treguar për emergjencën tuaj.** Ne duhet të ndjekim kujdesin tuaj emergjent. Ju ose dikush tjetër duhet të telefononi për të na treguar për kujdesin tuaj emergjent, zakonisht brenda 48 orëve. Ju lutemi telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin e *telefonit dhe ditët dhe orët e funksionimit ose shpjegoni se ku mund ta gjeni numrin (p.sh., në anën e pasme të kartës së anëtarësimit në plan).*

Shërbimet e mbuluara në një emergjencë mjekësore

Plani ynë mbulon shërbimet e ambulancës në situata kur arritja në urgjencë në ndonjë mënyrë tjetër mund të rrezikojë shëndetin tuaj. Ne gjithashtu mbulojmë shërbimet mjekësore gjatë emergjencës.

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

Mjekët që ju japin kujdes emergjent do të vendosin kur gjendja juaj është e qëndrueshme dhe kur emergjenca mjekësore ka përfunduar.

Pas përfundimit të emergjencës, ju keni të drejtë për kujdesin e mëtutjeshëm për t'u siguruar që gjendja juaj të vazhdojë të jetë e qëndrueshme. Mjekët tuaj do të vazhdojnë t'ju trajtojnë derisa mjekët tuaj të na kontaktojnë dhe të bëjnë plane për kujdes shtesë. Kujdesi juaj vijues do të mbulohet nga plani ynë.

Nëse kujdesi juaj emergjent ofrohet nga ofrues jashtë rrjetit, ne do të përpiqemi të organizojmë që ofruesit e rrjetit të marrin përsipër kujdesin tuaj sa më shpejt që ta lejojë gjendja juaj shëndetësore dhe rrethanat.

Po sikur të mos ishte një emergjencë mjekësore?

Ndonjëherë mund të jetë e vështirë të dihet nëse keni një emergjencë mjekësore. Për shembull, ju mund të shkoni për kujdes emergjent, duke menduar se shëndeti juaj është në rrezik serioz, dhe mjeku mund të thotë se në fund të fundit nuk ishte një emergjencë mjekësore. Nëse rezulton se nuk ishte një emergjencë, për sa kohë që me arsye mendonit se shëndeti juaj ishte në rrezik serioz, ne do ta mbulojmë kujdesin tuaj.

Megjithatë, pasi mjeku ju thotë se nuk ishte një emergjencë, ne do ta mbulojmë kujdesin shtesë *vetëm* nëse ju e merrni kujdesin shtesë në njërin nga këto 2 mënyra:

- Ju shkoni te një ofrues i rrjetit për të marrë kujdesin shtesë.
- Kujdesi shtesë që merrni konsiderohet si shërbim i nevojshëm urgjent dhe ju ndiqni rregullat më poshtë për të marrë këtë kujdes urgjent.

Seksioni 3.2 Marrja e kujdesit kur keni nevojë urgjente për shërbime

Një shërbim që kërkon vëmendje të menjëhershme mjekësore (por nuk është urgjencë) është një shërbim urgjentisht i nevojshëm nëse jeni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit tonë, ose nëse është e paarsyeshme duke pasur parasysh kohën, vendin dhe rrethanat tuaja për të marrë këtë shërbim nga ofruesit e rrjetit. Shembuj të shërbimeve urgjentisht të nevojshme janë sëmundjet dhe lëndimet mjekësore të paparashikuara, ose shpërthimet e papritura të kushteve ekzistuese. Megjithatë, vizitat rutinë të ofruesve të nevojshëm mjekësorë, siç janë kontrollet vjetore, nuk konsiderohen të nevojshme urgjentisht edhe nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit tonë ose rrjeti ynë i planit është përkohësisht i padisponueshëm.

Kur ofruesit e rrjetit janë përkohësisht të padisponueshëm ose të paarritshëm, kujdesi urgjent mund të arrihet duke përdorur çdo qendër të disponueshme të kujdesit urgjent. Ju gjithashtu mund të telefononi Nurse Advice Line në (844) 658-8544. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711.

Plani ynë mbulon shërbimet e kujdesit mbarëbotëror emergjent jashtë Shteteve të Bashkuara në rrethanat e mëposhtme:

- Ne ofrojmë një limit prej \$10,000 për mbulim emergjence në mbarë botën çdo vit kalendarik për kujdesin emergjent dhe kujdesin pas stabilizimit.
- Ky përfitim është i kufizuar në shërbimet që do të klasifikoheshin si kujdes emergjent nëse kujdesi i ofruar në SHBA.
- Nëse merrni kujdes emergjent jashtë SHBA-së dhe keni nevojë për kujdes si pacient i shtruar pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, ju duhet të ktheheni në një spital të rrjetit në mënyrë që kujdesi juaj të vazhdojë të mbulohet OSE duhet të keni kujdesin tuaj si pacient i shtruar në spitalin jashtë rrjetit të autorizuar nga plani. Kostoja juaj është ndarja e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit. Zbatohet maksimumi i planit.
- Mund t'ju duhet të paguani për shërbimet nga xhepi dhe të paraqisni një kërkesë për rimbursim.

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

- Taksat dhe tarifat e huaja (duke përfshirë, por pa u kufizuar me, tarifat e konvertimit të monedhës ose transaksionit) nuk mbulohen. Transporti për në SHBA nga një vend tjetër nuk mbulohet.
- Kujdesi rutinë dhe procedurat e paracaktuara ose elektive nuk mbulohen.

Nëse keni pyetje nëse do të paguajmë për ndonjë shërbim, ju keni të drejtë të na pyesni nëse do ta mbulojmë atë përpara se ta merrni. Ju gjithashtu keni të drejtë ta kërkonti këtë me shkrim. Nëse themi se nuk do t'i mbulojmë shërbimet, ju keni të drejtë të apeloni vendimin tonë për të mos mbuluar ose rimbursuar kujdesin tuaj.

Seksioni 3.3 Marrja e kujdesit gjatë një katastrofe

Nëse Guvernatori i shtetit tuaj, Sekretari i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore të SHBA, ose Presidenti i Shteteve të Bashkuara shpall një gjendje katastrofe ose emergjence në zonën tuaj gjeografike, ju keni ende të drejtë të merrni kujdes nga plani ynë.

Vizitoni SWHNY.com për informacion se si të merrni kujdesin e nevojshëm gjatë një gjendjeje katastrofe.

Nëse nuk mund të përdorni një ofrues rrjeti gjatë një katastrofe, plani ynë do t'ju lejojë të merrni kujdes nga ofrues jashtë rrjetit me ndarje të kostos brenda rrjetit. Nëse nuk mund të përdorni një farmaci të rrjetit gjatë një katastrofe, mund të jeni në gjendje të plotësoni recetat tuaja në një farmaci jashtë rrjetit. Shihni Kapitullin 5, Seksioni 2.5.

SEKSIONI 4 Po nëse faturoheni drejtpërdrejt për koston e plotë të shërbimeve të mbuluara?

Nëse keni paguar për shërbimet tuaja të mbuluara, ose nëse merrni një faturë për shërbime mjekësore të mbuluara, mund të na kërkonti të *paguajmë* pjesën tonë të kostos së *shërbimeve të mbuluara*. Shihni Kapitullin 7 për informacion se çfarë duhet të bëni.

Seksioni 4.1 Ju mund të na kërkonti të paguajmë për shërbimet e mbuluara

Nëse keni paguar për shërbimet tuaja të mbuluara, ose nëse merrni një faturë për shërbime mjekësore të mbuluara, mund të na kërkonti të *paguajmë* pjesën tonë të kostos së *shërbimeve të mbuluara*. Shihni Kapitullin 7 për informacion se çfarë duhet të bëni.

Seksioni 4.2 Shërbimet e mëposhtme nuk mbulohen nga plani ynë

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mbulon të gjitha shërbimet e nevojshme mjekësore siç janë renditur në grafikun e përfitimeve mjekësore në Kapitullin 4. Nëse merrni shërbime që nuk mbulohen nga plani ynë, ose merrni shërbime jashtë rrjetit pa autorizim, jeni përgjegjës për të paguar koston e plotë të shërbimeve.

Për shërbimet e mbuluara që kanë një kufizim përfitimi, ju paguani gjithashtu koston e plotë të çdo shërbimi që merrni pasi të keni përdorur përfitimin tuaj për atë lloj shërbimi të mbuluar. Nëse paguani për kostot pasi të jetë arritur një kufi përfitimi, këto kosto nuk do të llogariten në maksimumin tuaj nga xhepi.

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara**SEKSIONI 5 Shërbimet mjekësore në një studim kërkimor klinik****Seksioni 5.1 Çfarë është një studim kërkimor klinik**

Një studim kërkimor klinik (i quajtur gjithashtu një *provë klinike*) është një mënyrë që mjekët dhe shkencëtarët testojnë lloje të reja të kujdesit mjekësor, si për shembull se sa mirë funksionon një bar i ri kundër kancerit. Disa studime kërkimore klinike janë miratuar nga Medicare. Studimet klinike kërkimore të miratuara nga Medicare zakonisht kërkojnë vullnetarë për të marrë pjesë në studim. Kur jeni në një studim kërkimor klinik, mund të qëndroni të regjistruar në planin tonë dhe të vazhdoni të merrni pjesën tjetër të kujdesit tuaj (kujdesin që nuk lidhet me studimin) përmes planit tonë.

Pasi Medicare të miratojë studimin dhe ju të shprehni interes, dikush që punon në studim do t'ju kontaktojë për të shpjeguar më shumë rreth studimit dhe për të parë nëse i plotësoni kërkesat e vendosura nga shkencëtarët që drejtojnë studimin. Ju mund të merrni pjesë në studim për sa kohë që i plotësoni kërkesat për studim dhe keni një kuptim dhe pranim të plotë të asaj që përfshihet nëse merrni pjesë në studim.

Nëse merrni pjesë në një studim të miratuar nga Medicare, Original Medicare paguan shumicën e kostove për shërbimet e mbuluara që merrni si pjesë e studimit. Nëse na thoni se jeni në një provë klinike të kualifikuar, atëherë jeni përgjegjës vetëm për ndarjen e kostos brenda rrjetit për shërbimet në atë provë. Nëse keni paguar më shumë, për shembull, nëse e keni paguar tashmë shumën e ndarjes së kostos së Original Medicare, ne do të rimbursojmë diferencën midis asaj që keni paguar dhe ndarjes së kostos brenda rrjetit. Do t'ju duhet të siguroni dokumentacion për të na treguar se sa keni paguar.

Nëse dëshironi të merrni pjesë në ndonjë studim kërkimor klinik të miratuar nga Medicare, nuk keni nevojë të na tregoni ose të merrni miratim nga ne ose nga PCP-ja juaj. Ofruesit që ofrojnë kujdesin tuaj si pjesë e studimit kërkimor klinik nuk kanë nevojë të jenë pjesë e rrjetit të ofruesve të planit tonë. (Kjo nuk vlen për përfitimet e mbuluara që kërkojnë një provë klinike ose regjistër për të vlerësuar përfitimin, duke përfshirë përfitime të caktuara që kërkojnë mbulim me studime për zhvillimin e provave [NCDs-CED] dhe përjashtimin e pajisjeve hetimore [IDE]. Këto përfitime mund t'i nënshtrohen gjithashtu autorizimit paraprak dhe rregullave të tjera të planit.)

Edhe pse nuk keni nevojë për lejen e planit tonë për të marrë pjesë në një studim kërkimor klinik, ju inkurajojmë të na njoftoni paraprakisht kur zgjidhni të merrni pjesë në provat klinike të kualifikuara nga Medicare.

Nëse merrni pjesë në një studim që Medicare nuk e ka miratuar, *ju do të jeni përgjegjës për të paguar të gjitha kostot për pjesëmarrjen tuaj në studim.*

Seksioni 5.2 Kush paguan për shërbimet në një studim kërkimor klinik

Pasi t'i bashkoheni një studimi kërkimor klinik të miratuar nga Medicare, Original Medicare mbulon artikujt dhe shërbimet rutinë që merrni si pjesë e studimit, duke përfshirë:

- Qëndrimin dhe ngrënien për një shtrim në spital që Medicare do të paguante edhe nëse nuk do të ishit në një studim.
- Një operacion ose procedurë tjetër mjekësore nëse është pjesë e studimit kërkimor.
- Trajtimi i efekteve anësore dhe komplikimeve të kujdesit të ri.

Nëse jeni pjesë e një studimi kërkimor klinik, **as Medicare dhe as plani ynë nuk do të paguajnë për ndonjë nga sa vijon:**

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

- Në përgjithësi, Medicare nuk do të paguajë për artikullin ose shërbimin e ri që po teston studimi, përveç rastit kur Medicare do të mbulonte artikullin ose shërbimin edhe nëse nuk jeni në një studim.
- Artikujt ose shërbimet e ofruara vetëm për të mbledhur të dhëna dhe nuk përdoren në kujdesin tuaj të drejtpërdrejtë shëndetësor. Për shembull, Medicare nuk do të paguante për skanimet mujore CT të bëra si pjesë e studimit nëse gjendja juaj shëndetësore normalisht do të kërkonte vetëm një skanim CT.
- Artikujt dhe shërbimet e ofruara zakonisht nga sponsorët e kërkimit pa pagesë për çdo të regjistruar në provë.

Merrni më shumë informacion rreth pjesëmarrjes në një studim kërkimor klinik

Merrni më shumë informacion në lidhje me pjesëmarrjen në një studim kërkimor klinik në botimin *Medicare and Clinical Research Studies*, available at www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. Gjithashtu mund të telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048.

SEKSIONI 6 Rregullat për marrjen e kujdesit në një institucion fetar të kujdesit shëndetësor jo-mjekësor

Seksioni 6.1 Çfarë është një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor

Një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor është një institucion që ofron kujdes për një gjendje që zakonisht do të trajtohej në një spital ose në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar. Nëse marrja e kujdesit në një spital ose në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar është kundër bindjeve fetare të një anëtar, ne do të mbulojmë kujdesin në një institucion fetar të kujdesit shëndetësor jo-mjekësor. Ky përfitim ofrohet vetëm për shërbimet stacionare të Pjesës A (shërbimet e kujdesit shëndetësor jo-mjekësor).

Seksioni 6.2 Si të merrni kujdes nga një institucion fetar jo-mjekësor i kujdesit shëndetësor

Për të marrë kujdes nga një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor, ju duhet të nënshkruani një dokument ligjor që thotë se është kundër ndërgjegjes suaj që të merrni një trajtim mjekësor që **nuk përjashtohet**.

- Kujdesi ose trajtimi mjekësor **i papërjashtuar** është çdo kujdes ose trajtim mjekësor që është *vullnetar* dhe *nuk kërkohet* nga ndonjë ligj federal, shtetëror ose vendor.
- Trajtimi mjekësor **i përjashtuar** është kujdesi mjekësor ose trajtimi që ju merrni, i cili *nuk* është vullnetar ose *kërkohet* sipas ligjit federal, shtetëror ose vendor.

Për t'u mbuluar nga plani ynë, kujdesi që merrni nga një institucion fetar i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor duhet të plotësojë kushtet e mëposhtme:

- Institucioni që ofron kujdesin duhet të jetë i certifikuar nga Medicare.
- Plani ynë mbulon vetëm aspektet *jofetare* të kujdesit.
- Nëse merrni shërbime nga ky institucion që ju ofrohen në një objekt, zbatohen kushtet e mëposhtme:

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

- Ju duhet të keni një gjendje shëndetësore që do t'ju lejojë të merrni shërbime të mbuluara për kujdesin spitalor për pacientë të shtruar ose kujdesin në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar.
- – dhe – duhet të merrni miratimin paraprakisht nga plani ynë përpara se të pranoheni në institucion ose qëndrimi juaj nuk do të mbulohet.
- *Zbatohen kufijtë e mbulimit të Medicare për pacientë të shtruar në spital.*

Për më tepër, duhet të kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve ose zyrën tuaj shtetërore të Medicaid (informacioni i kontaktit është renditur në Kapitullin 2, Seksioni 6) për më shumë informacion mbi shërbimet e mbuluara nga Medicaid për të kuptuar të gjitha opsionet tuaja të mbulimit.

SEKSIONI 7 Rregullat për pronësinë e pajisjeve mjekësore të qëndrueshme

Seksioni 7.1 Ju nuk do të zotëroni disa pajisje mjekësore të qëndrueshme pasi të keni bërë një numër të caktuar pagesash sipas planit tonë

Pajisjet mjekësore të qëndrueshme (DME) përfshijnë artikuj të tillë si pajisje dhe furnizime oksigjeni, karrige me rrota, paterica mbështetëse, sisteme motorike dysheku, paterica, furnizime për diabetikët, pajisje për gjenerimin e të folurit, pompa infuzioni IV, nebulizatorë dhe shtretër spitali të porositur nga një ofrues për anëtarët për përdorim në shtëpi. Anëtari zotëron gjithmonë disa artikuj DME, si protezat. Llojet e tjera të DME-ve që duhet të merrni me qira.

Në Original Medicare, personat që marrin me qira lloje të caktuara DME-sh i zotërojnë pajisjet pasi paguajnë bashkëpagesë për artikullin për 13 muaj. Megjithatë, si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), zakonisht **nuk do të merrni** pronësinë e artikujve të marrë me qira DME, pavarësisht se sa bashkëpagesa bëni për artikullin ndërsa jeni anëtar i planit tonë. Nuk do të marrësh pronësinë, edhe nëse ke bërë deri në 12 pagesa të njëpasnjëshme për artikullin DME nën Original Medicare përpara se të bashkohesh me planin tonë. Në disa rrethana të kufizuara, ne do t'ju transferojmë pronësinë e artikullit DME. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) për më shumë informacion.

Çfarë ndodh me pagesat që keni bërë për pajisje mjekësore të qëndrueshme nëse kaloni në Original Medicare?

Nëse nuk keni fituar pronësinë e artikullit DME gjatë kohës që jeni në planin tonë, do t'ju duhet të bëni 13 pagesa të reja të njëpasnjëshme pasi të kaloni në Original Medicare në mënyrë që të zotëroni artikullin. Pagesat që keni bërë gjatë regjistrimit në planin tonë nuk llogariten në këto 13 pagesa.

Shembulli 1: Ke bërë 12 ose më pak pagesa të njëpasnjëshme për artikullin në Original Medicare dhe më pas iu bashkuat planit tonë. Pagesat që keni bërë në Original Medicare nuk llogariten. Ju do të duhet të bëni 13 pagesa në planin tonë përpara se të zotëroni artikullin.

Shembulli 2: Ke bërë 12 ose më pak pagesa të njëpasnjëshme për artikullin në Original Medicare dhe më pas iu bashkuat planit tonë. Ju nuk e keni marrë pronësinë e artikullit gjatë kohës që ishit në planin tonë. Më pas ktheheni te Original Medicare. Ju do të duhet të bëni 13 pagesa të reja radhazi për të zotëruar artikullin pasi të bashkoheni sërish me Original Medicare. Çdo pagesë që ke bërë tashmë (qoftë për planin tonë ose për Original Medicare) nuk llogaritet.

Kapitulli 3: Përdorimi i planit tonë për shërbimet tuaja mjekësore dhe shërbime të tjera të mbuluara

Seksioni 7.2 Rregullat për pajisjet e oksigjenit, furnizimet dhe mirëmbajtjen e tyre

Nëse kualifikoheni për mbulimin e pajisjeve me oksigjen Medicare, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do të mbulojë:

- Marrjen me qira të pajisjeve të oksigjenit
- Dorëzimin e oksigjenit dhe përmbajtjes së oksigjenit
- Tuba dhe aksesore të lidhur me oksigjenin për dorëzimin e oksigjenit dhe përmbajtjes së oksigjenit
- Mirëmbajtjen dhe riparimin e pajisjeve të oksigjenit

Nëse largoheni nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ose nuk keni më nevojë mjekësore për pajisje oksigjeni, pajisjet e oksigjenit duhet të kthehen.

Çfarë ndodh nëse largoheni nga plani ynë dhe ktheheni në Original Medicare?

Original Medicare kërkon që të keni një furnizues oksigjeni për t'ju ofruar shërbime për 5 vjet. Gjatë 36 muajve të parë ju i merrni me qira pajisjet. 24 muajt e mbetur, furnizuesi siguron pajisjet dhe mirëmbajtjen (ju jeni ende përgjegjës për bashkëpagesën për oksigjenin). Pas 5 vjetësh, ju mund të zgjidhni të qëndroni në të njëjtën kompani ose të shkoni në një kompani tjetër. Në këtë pikë, cikli 5 vjeçar fillon përsëri, edhe nëse qëndroni në të njëjtën kompani, dhe ju kërkohet përsëri të paguani bashkëpagesa për 36 muajt e parë. Nëse bashkoheni ose largoheni nga plani ynë, cikli 5 vjeçar fillon nga e para.

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)**KAPITULLI 4:****Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)****SEKSIONI 1 Kuptimi i shërbimeve të mbuluara**

Tabela e Përfitimeve Mjekësore rendit shërbimet tuaja të mbuluara si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ky seksion gjithashtu jep informacione rreth shërbimeve mjekësore që nuk mbulohen dhe shpjegon kufizimet për shërbime të caktuara.

Seksioni 1.1 Ju nuk paguani asgjë për shërbimet tuaja të mbuluara

Për shkak se ju merrni ndihmë nga Medicaid, ju nuk paguani asgjë për shërbimet tuaja të mbuluara për sa kohë që ndiqni rregullat e planit për marrjen e kujdesit tuaj. (Shihni Kapitullin 3 për më shumë informacion rreth rregullave të planeve për marrjen e kujdesit tuaj).

Seksioni 1.2 Cila është shuma më e madhe që do të paguani për shërbimet mjekësore të mbuluara nga Medicare Part A dhe Part B?

Shënim: Duke qenë se anëtarët tanë marrin gjithashtu ndihmë nga Medicaid, shumë pak anëtarë e arrijnë ndonjëherë këtë shumë maksimale nga xhepi. Ju nuk jeni përgjegjës për të paguar kostot jashtë xhepit kundrejt shumës maksimale nga xhepi për shërbimet e mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B.

Planet Medicare Advantage kanë kufizime në shumën që duhet të paguani nga xhepi çdo vit për shërbimet mjekësore të mbuluara nga Medicare Part A dhe Part B. Ky limit quhet shuma maksimale nga xhepi (MOOP) për shërbimet mjekësore. **Për vitin kalendarik 2026 shuma MOOP është \$9,250.**

Shumat që paguani për shërbimet e mbuluara llogariten kundrejt kësaj shume maksimale nga xhepi. Shumat që paguani për primin e planit tuaj dhe barnat tuaja të Pjesës D nuk llogariten kundrejt shumës suaj maksimale nga xhepi. Përveç kësaj, shumat që paguani për disa shërbime nuk llogariten kundrejt shumës suaj maksimale nga xhepi. Këto shërbime janë të shënuara me një yll (*) në grafikun e përfitimeve mjekësore. Nëse arrini shumën maksimale nga xhepi prej \$9,250, nuk do t'ju duhet të paguani asnjë kosto nga xhepi për pjesën tjetër të vitit për shërbimet e mbuluara të Pjesës A dhe B. Megjithatë, ju duhet të vazhdoni të paguani primin e Medicare Part B (përveç rastit kur primi i Pjesës B paguhet për ju nga Medicaid ose një palë tjetër e tretë).

SEKSIONI 2 Grafiku i përfitimeve mjekësore tregon përfitimet dhe kostot tuaja mjekësore

Grafiku i Përfitimeve Mjekësore në faqet në vijim rendit shërbimet që mbulon Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (Mbulimi i barnave të Pjesës D është në Kapitullin 5). Shërbimet e renditura në grafikun e përfitimeve mjekësore mbulohen vetëm kur plotësohen këto kërkesa:

- Shërbimet tuaja të mbuluara nga Medicare duhet të ofrohen sipas udhëzimeve të mbulimit të Medicare.

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

- Shërbimet tuaja (duke përfshirë kujdesin mjekësor, shërbimet, furnizimet, pajisjet dhe barnat me recetë të Pjesës B) *duhet* të jenë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Të nevojshme nga pikëpamja mjekësore do të thotë që shërbimet, furnizimet ose barnat nevojiten për parandalimin, diagnostikimin ose trajtimin e gjendjes suaj shëndetësore dhe përmbushin standardet e pranuar të praktikës mjekësore.
- Për të regjistruarit e rinj, plani juaj i kujdesit të koordinuar në MA duhet të ofrojë një periudhë tranzicioni minimale 90-ditore, kohë gjatë së cilës plani i ri MA mund të mos kërkojë autorizim paraprak për ndonjë kurs aktiv trajtimi, edhe nëse kursi i trajtimit ishte për një shërbim që filloi me një ofrues jashtë rrjetit.
- Ju merrni kujdesin tuaj nga një ofrues i rrjetit. Në shumicën e rasteve, kujdesi që merrni nga një ofrues jashtë rrjetit nuk do të mbulohet përveç nëse është kujdes urgjent ose emergjent, ose përveç nëse plani ynë ose një ofrues rrjeti ju ka dhënë një referim. Kjo do të thotë që ju e paguani plotësisht ofruesin për shërbimet jashtë rrjetit që merrni.
- Ju keni një ofrues të kujdesit parësor (një PCP) që ofron dhe mbikëqyr kujdesin tuaj.
- *Disa shërbime të renditura në Grafikon e Përfitimeve Mjekësore mbulohen vetëm nëse mjeku juaj ose ofruesi tjetër i rrjetit merr miratimin tonë paraprakisht (ndonjëherë quhet autorizim paraprak). Shërbimet e mbuluara që kanë nevojë për miratim paraprakisht janë shënuar në grafikun e përfitimeve mjekësore me **shkronja të theksuara**.*
- Nëse plani juaj i koordinuar i kujdesit siguron miratimin e një kërkesë për autorizim paraprak për një kurs trajtimi, miratimi duhet të jetë i vlefshëm për atë kohë sa është e arsyeshme dhe e nevojshme nga pikëpamja mjekësore për të shmangur ndërprerjet në kujdesin shëndetësor në përputhje me kriteret e zbatueshme të mbulimit, historikun tuaj mjekësor dhe rekomandimin e ofruesit të trajtimit.

Gjëra të tjera të rëndësishme për të ditur rreth mbulimit tonë:

- Ju mbuloheni si nga Medicare ashtu edhe nga Medicaid. Medicare mbulon kujdesin shëndetësor dhe barnat me recetë. Medicaid mbulon ndarjen tuaj të kostos për shërbimet e Medicare, duke përfshirë shërbimet e kujdesit spitalor si pacient i shtruar dhe shërbimet e kujdesit spitalor si pacient i jashtëm. Medicaid mbulon gjithashtu shërbime që Medicare nuk i mbulon, si shërbimet e planifikimit familjar, kujdesin afatgjatë, barnat pa recetë, shërbimet në shtëpi dhe në komunitet, ose shërbime të tjera vetëm nga Medicaid.
- Ashtu si të gjitha planet shëndetësore të Medicare, ne mbulojmë gjithçka që mbulon Original Medicare. (Nëse dëshironi të dini më shumë rreth mbulimit dhe kostove të Original Medicare, shihni në broshurën tuaj *Medicare & You 2026*. Shihni në internet në www.Medicare.gov ose kërkonin një kopje duke telefonuar në numrin 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048.)
- Për shërbimet parandaluese të mbuluara pa pagesë sipas Original Medicare, ne i mbulojmë ato shërbime gjithashtu pa pagesë për ju.
- Nëse Medicare shton mbulim për ndonjë shërbim të ri gjatë vitit 2026, ato shërbime do t'i mbulojë ose Medicare ose plani ynë.
- Për shkak se ju merrni ndihmë nga Medicaid, ju nuk paguani asgjë për shërbimet tuaja të mbuluara për sa kohë që ndiqni rregullat e planit për marrjen e kujdesit tuaj. Kjo do të thotë që për shërbimet e mbuluara, nuk do të duhet të paguani asnjë pjesë të kostos (pa bashkëpagesa ose shuma të zbritshme). Si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ne koordinojmë shërbimet tuaja të mbuluara nga Medicare dhe shërbimet tuaja të Medicaid pasi të dyja mbulohen nga plani ynë. Informacioni rreth përfitimit më poshtë përfshin shërbimet e mbuluara me Medicare dhe Medicaid.

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

- Nëse jeni brenda periudhës 6-mujore (180 ditore) të planit tonë të kualifikimit të vazhdueshëm të konsideruar, ne do të vazhdojmë të ofrojmë të gjitha përfitimet e Medicare të mbuluara nga plani i Medicare Advantage. *Megjithatë, gjatë kësaj periudhe, ne nuk do të vazhdojmë të mbulojmë përfitimet e Medicaid që përfshihen në Medicaid State Plan të zbatueshëm dhe as nuk do të paguajmë primet e Medicare ose ndarjen e kostos për të cilat shteti do të ishte ndryshe përgjegjës nëse nuk do të kishit humbur kualifikimin tuaj për Medicaid.* Shuma që ju paguani për shërbimet e mbuluara nga Medicare mund të rritet gjatë kësaj periudhe.

Nëse kualifikoheni për ndihmë për ndarjen e kostove të Medicare sipas Medicaid, nuk paguani asgjë për shërbimet e renditura në Grafikon e Përfitimeve Medical, për sa kohë që përmbushni kërkesat e mbulimit të përshkruara më sipër.

Informacion i rëndësishëm rreth përfitimit për të regjistruarit me gjendje kronike

- Nëse jeni diagnostikuar me ndonjë nga gjendjet kronike të renditura më poshtë dhe plotësoni kritere të caktuara, mund të keni të drejtë për përfitime shtesë të veçanta për të sëmurët kronikë.
 - Çrregullimi kronik i përdorimit të alkoolit dhe çrregullime të tjera të përdorimit të substancave (SUD-të)
 - Çrregullime autoimune
 - Kancer
 - Çrregullime kardiovaskulare
 - Insuficiencë kardiake kronike
 - Demencë
 - Diabet mellitus
 - Mbipeshë, obeziteti dhe sindroma metabolike
 - Sëmundje kronike gastrointestinale
 - Sëmundje kronike e veshkave (SKV)
 - Çrregullime të rënda hematologjike
 - HIV/AIDS
 - Çrregullime kronike të mushkërive
 - Gjendje kronike dhe paaftësi e shëndetit mendor
 - Çrregullime neurologjike
 - Hemorragji cerebrale
 - Pas transplantimit të organeve
 - Mungesa e imunitetit dhe çrregullimet imunosupresive
 - Sëmundjet që lidhen me dëmtimin kognitiv
 - Sëmundjet që ndikojnë në aftësinë e personave për kryerjen e aktiviteteve
 - Sëmundjet kronike që dëmtojnë shikimin, dëgjimin (shurdhim), shijen, prekjen dhe nuhatjen
 - Sëmundjet që kërkojnë shërbime të vazhdueshme të terapisë në mënyrë që individët të ruajnë aftësitë për kryerjen e aktiviteteve

Ne do t'ju ndihmojmë të keni akses në këto përfitime. Ju mund të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve ose Koordinatorin tuaj të Kujdesit shëndetësor për të nisur kërkesën tuaj ose për të marrë informacion shtesë. Shënim: Duke kërkuar këtë përfitim, ju autorizoni përfaqësuesit e Senior Whole Health of New York NHC që t'ju kontaktojnë nëpërmjet telefonit, postës ose çdo metode tjetër komunikimi, siç përcaktohet shprehimisht në aplikimin tuaj.


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

- Për më shumë detaje, shihni *Përfitimet Shtesë Speciale për të Sëmundurit Kronikë Ill* në Grafikun e Përfitimeve Mjekësore më poshtë.
- Na kontaktoni për të zbuluar saktësisht se për cilat përfitime mund të keni të drejtë.



Kjo ikonë tregon shërbimet parandaluese në grafikun e përfitimeve Medicare.

Grafiku i përfitimeve mjekësore

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	Ekzaminimi i aneurizmës së aortës abdominale Një ekografi kontrolluese një herë për personat në rrezik. Plani ynë e mbulon këtë ekzaminim vetëm nëse keni faktorë të caktuar rreziku dhe nëse merrni një rekomandim për	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për anëtarët e kualifikuar për këtë ekzaminim parandalues.

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
<p>Ekzaminimi i aneurizmës së aortës abdominale (vazhdon)</p> <p>nga mjeku juaj, asistenti i mjekut, infermieri praktikant ose infermieri specialist klinik.</p>	
<p>Akupunktura për dhimbjet kronike të mesit</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <p>Deri në 12 vizita në 90 ditë mbulohe për përfituesit e Medicare në rrethanat e mëposhtme:</p> <p>Për qëllim të këtij përfitimi, dhimbja kronike e shpinës përkufizohet si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zgjat 12 javë ose më shumë; • jospesifikë, në atë që nuk ka një shkak sistemik të identifikueshëm (d.m.th., jo e lidhur me sëmundje metastatike, inflamatore, infektive etj.); • nuk shoqërohet me kirurgji; dhe • nuk lidhet me shtatzëninë. <p>Do të mbulohe 8 seanca shtesë për pacientët që tregojnë përmirësim. Nuk mund të administrohe më shumë se 20 trajtime akupunkturë në vit.</p> <p>Trajtimi duhet të ndërpritet nëse pacienti nuk po përmirësohet ose po shfaq regres.</p> <p>Kërkesat e ofruesit:</p> <p>Mjekët (siç përcaktohet në 1861[r][1] të Ligjit të Sigurimeve Shoqërore [Ligji]) mund të ofrojnë akupunkturë në përputhje me kërkesat e zbatueshme të shtetit.</p> <p>Mjekët asistentë (PA-të), infermierët praktikues (NP-të) / specialistët e infermierëve klinikë (CNS-të) (siç identifikohet në 1861 [aa] [5] të Ligjit) dhe personeli ndihmës mund të ofrojnë akupunkturë nëse plotësojnë të gjitha kërkesat e zbatueshme të shtetit dhe kanë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • një diplomë master ose doktoraturë në akupunkturë ose mjekësi orientale nga një shkollë e akredituar nga Komisioni i Akreditimit për Akupunkturën dhe Mjekësinë Orientale (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine - ACAOM); dhe, • një licencë aktuale, të plotë, aktive dhe të pakufizuar për të praktikuar akupunkturën në një shtet, territor ose komonuelth (p.sh. Puerto Rico) të Shteteve të Bashkuara, ose District of Columbia. 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim ose bashkëpagesë për shërbimet e akupunkturës të mbuluara nga Medicare.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>




Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	Personeli ndihmës që ofron akupunkturë duhet të jetë nën nivelin e duhur të mbikëqyrjes së një mjeku, PA ose NP/CNS të kërkuar nga rregulloret tona në 42 CFR §§ 410.26 dhe 410.27.	
	<p>Shërbimet e akupunkturës (Shtesë)*</p> <p>Planifikoni maksimumi deri në 30 vizita të nevojshme mjekësore çdo vit kalendarik për shërbimet e akupunkturës.</p> <p>Shërbimet shtesë të akupunkturës mbulohen kur përcaktohen si standard i pranuar mjekësor i kujdesit për:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dhimbje koke; dhimbje të kyçeve të ijeve ose gjurit të shoqëruara me osteoartrit (OA); ose dhimbje të tjera të kyçeve të ekstremiteteve kur kronike dhe nuk i përgjigjet kujdesit standard mjekësor; sindromat e dhimbjes që përfshijnë kyçet dhe indet e buta shoqëruese; dhimbje muskuloskeletore të qafës dhe shpinës; të përziera të shoqëruara me kimioterapi; vjellje pas operacionit; dhe të përziera të lidhura me shtatzëninë Shërbimet e mbuluara të akupunkturës nuk përfshijnë shërbimet për trajtimin e astmës ose varësisë (duke përfshirë pa kufizim, ndërprerjen e duhanit) 	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.
	<p>Shërbimet e ambulancës</p> <p>Shërbimet e mbuluara të ambulancës, qoftë për një situatë emergjente apo jo-emergjente, përfshijnë shërbime të ambulancës fikse, me levë rrotulluese dhe në rrugë tokësore, në objektin më të afërt të përshtatshëm që mund të ofrojë kujdes nëse janë të pajisur për një anëtar gjendja shëndetësore e të cilit është e tillë që mjetet e tjera të transportit mund të rrezikojnë shëndetin e personit ose nëse autorizohet nga plani ynë. Nëse shërbimet e mbuluara të ambulancës nuk janë për një situatë emergjente, duhet të dokumentohet se gjendja e anëtarit është e tillë që mjetet e tjera të transportit mund të rrezikojnë shëndetin e personit dhe se transporti me ambulancë kërkohet nga pikëpamja mjekësore.</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim ose bashkëpagesë për shërbimet e ambulancës të mbuluara nga Medicare. Kërkohet autorizim paraprak vetëm për ambulancën në raste joemergjente.
	<p>Kontrolli vjetor i mirëqenies</p> <p>Nëse e keni pasur Pjesën B për më shumë se 12 muaj, mund të bëni një vizitë vjetore të shëndetit për të zhvilluar ose përditësuar një plan parandalimi të personalizuar bazuar në shëndetin tuaj aktual dhe faktorët e rrezikut. Kjo mbulohet një herë në 12 muaj.</p> <p>Shënim: Vizita juaj e parë vjetore e shëndetit nuk mund të bëhet brenda 12 muajve nga vizita juaj parandaluese “Welcome to Medicare”. Megjithatë, nuk është e nevojshme të keni pasur një vizitë “Welcome to</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për vizitën e përvitshme të shëndetit.

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	Medicare” për t’u mbuluar për vizitat vjetore të shëndetit pasi të keni kryer Pjesën B për 12 muaj.	
	<p>Matja e masës kockore</p> <p>Për personat e kualifikuar (në përgjithësi, kjo do të thotë persona në rrezik të humbjes së masës kockore ose në rrezik të osteoporozës), shërbimet e mëposhtme mbulohe çdo 24 muaj ose më shpesh nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore: procedurat për të identifikuar masën kockore, për të zbuluar humbjen e kockave ose për të përcaktuar cilësinë e kockës, duke përfshirë interpretimin e rezultateve nga një mjek.</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për matjen e masës kockore të mbuluar nga Medicare.
	<p>Depistimi i kancerit të gjirit (mamografia)*</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Një mamografi bazë midis moshës 35 dhe 39 vjeç • Një mamografi ekzaminuese çdo 12 muaj për gratë e moshës 40 vjeç e lart • Ekzaminimet klinike të gjirit çdo 24 muaj <p>Një mamografi ekzaminuese përdoret për zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit. Pasi të jetë përcaktuar një historik i kancerit të gjirit dhe derisa të mos ketë më asnjë shenjë ose simptomë të kancerit të gjirit, mamografitë e vazhdueshme konsiderohen si diagnostikuese dhe mbulohe nën “Testet diagnostike si pacient i jashtëm dhe shërbimet dhe furnizimet terapeutike” në këtë grafik. Përfitimi vjetor i mamografisë ekzaminuese nuk është i disponueshëm për anëtarët që kanë shenja ose simptoma të kancerit të gjirit.</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për mamografitë e mbuluara.
	<p>Shërbimet e rehabilitimit kardiak</p> <p>Programet gjithëpërfshirëse të shërbimeve të rehabilitimit kardiak që përfshijnë ushtrimet, edukimin dhe këshillimin mbulohe për anëtarët që plotësojnë disa kushte me porosi të mjekut.</p> <p>Plani ynë mbulon gjithashtu programe intensive të rehabilitimit kardiak që janë zakonisht më rigorozë ose më intensive se programet e rehabilitimit kardiak.</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	<p>Vizitë për reduktimin e rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare (terapi për sëmundjet kardiovaskulare)*</p> <p>Ne mbulojmë një vizitë në vit te mjeku juaj i kujdesit parësor për të ndihmuar në uljen e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare. Gjatë kësaj vizite, mjeku juaj mund të diskutojë përdorimin e aspirinës (nëse është e përshtatshme), të kontrollojë presionin e gjakut dhe t’ju japë këshilla për t’u siguruar që të hani shëndetshëm.</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për përfitimin parandalues të sëmundjeve kardiovaskulare të terapisë intensive të sjelljes.


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Testimi i shqyrtimit të sëmundjeve kardiovaskulare</p> <p>Testet e gjakut për zbulimin e sëmundjeve kardiovaskulare (ose anomalive të shoqëruara me një rrezik të lartë të sëmundjeve kardiovaskulare) një herë në 5 vjet (60 muaj).</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për testimin e sëmundjeve kardiovaskulare që mbulohet një herë në 5 vjet.
	<p>Depistimi i kancerit të qafës së mitrës dhe vaginës</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Për të gjitha gratë: Pap-testi dhe ekzaminimet e legenit mbulohen një herë në 24 muaj • Nëse jeni në rrezik të lartë të kancerit të qafës së mitrës ose vaginës ose jeni në moshë riprodhuese dhe keni pasur një Pap-test jonormal gjatë 3 viteve të fundit: një Pap-test çdo 12 muaj 	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për ekzaminimet parandaluese Pap dhe legenit të mbuluara nga Medicare.
	<p>Shërbime kiropraktike (të mbuluara nga Medicare)</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulimi manual i shtyllës kurrizore për të korrigjuar subluksacionin 	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.
	<p>Shërbimet e menaxhimit dhe trajtimit të dhimbjeve kronike</p> <p>Shërbime mujore të mbuluara për njerëzit që jetojnë me dhimbje kronike (dhimbje të vazhdueshme ose të përsëritura që zgjasin më shumë se 3 muaj). Shërbimet mund të përfshijnë vlerësimin e dhimbjes, menaxhimin e barnave dhe koordinimin dhe planifikimin e kujdesit.</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.
	<p>Depistimi i kancerit kolorektal*</p> <p>Mbulohen testet e mëposhtme ekzaminuese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolonoskopia nuk ka kufizime minimale ose maksimale për moshën dhe mbulohet një herë në 120 muaj (10 vjet) për pacientët me rrezik të lartë, ose 48 muaj pas një sigmoidoskopie të mëparshme fleksibël për pacientët që nuk janë në rrezik të lartë për kancer kolorektal dhe një herë në 24 muaj për pacientët me rrezik të lartë pas një kolonoskopie të mëparshme ekzaminuese. 	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për një test të depistimit të kancerit kolorektal të mbuluar nga Medicare. Nëse mjeku juaj gjen dhe heq një polip ose inde të tjera gjatë


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<ul style="list-style-type: none"> Kolonografia e kompjuterizuar për pacientët 45 vjeç e lart që nuk janë në rrezik të lartë të kancerit kolorektal dhe mbulohet kur kanë kaluar të paktën 59 muaj pas muajit në të cilin është kryer kolonografia e fundit e tomografisë së kompjuterizuar ose kanë kaluar 47 muaj pas muajit në të cilin është kryer sigmoidoskopia e fundit fleksibël ose kolonoskopia e ekzaminimit. Për pacientët me rrezik të lartë për kancer kolorektal, mund të bëhet pagesa për një kolonografi me tomografi të kompjuterizuar ekzaminuese të kryer pasi të kenë kaluar të paktën 23 muaj pas muajit në të cilin është kryer kolonografia e fundit me tomografi të kompjuterizuar ekzaminuese ose kolonoskopia e fundit ekzaminuese. <p>Depistimi i kancerit kolorektal * (vazhdon)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sigmoidoskopi fleksibël për pacientët 45 vjeç e lart. Një herë në 120 muaj për pacientët jo në rrezik të lartë pasi pacienti ka kryer një kolonoskopi ekzaminuese. Një herë në 48 muaj për pacientët me risk të lartë nga sigmoidoskopia e fundit fleksibël ose kolonografia me tomografi të kompjuterizuar. Teste ekzaminuese të gjakut fekal-okult për pacientët 45 vjeç e lart. Një herë në 12 muaj. ADN-ja e jashtëqitjes me shumë objektiva për pacientët 45 deri në 85 vjeç dhe që nuk plotëson kriteret e rrezikut të lartë. Një herë në 3 vjet. Testet e bioshënuesve me bazë gjaku për pacientët 45 deri në 85 vjeç dhe që nuk plotësojnë kriteret e rrezikut të lartë. Një herë në 3 vjet. Testet e depistimit të kancerit kolorektal përfshijnë një kolonoskopi ekzaminuese vijuese pasi një test i depistimit të kancerit kolorektal jo-invaziv me bazë jashtëqitjeje të mbuluar nga Medicare jep një rezultat pozitiv. Testet e depistimit të kancerit kolorektal përfshijnë një sigmoidoskopi fleksibël të planifikuar ose kolonoskopi depistuese që përfshin heqjen e indeve ose lëndëve të tjera, ose procedurë tjetër të mobiluar në lidhje me, si rezultat i, dhe në të njëjtën vizitë klinike si testi i depistimit. 	<p>kolonoskopisë ose sigmoidoskopisë fleksibël, ekzaminimi i kontrollit bëhet një ekzaminim diagnostik.</p> <p>Shuma e zbritshme e Pjesës B nuk aplikohet.</p> <p>Nëse zbulohet një anomali gjatë një kontrolli dhe merret një veprim nga ofruesi në atë kohë, shërbimet shtesë (biopsi ose ndërhyrje të tjera) konsiderohen më pas ekzaminim diagnostik.</p>
	<p>Shërbimet dentare (të mbuluara nga Medicare)</p> <p>Në përgjithësi, shërbimet dentare parandaluese (të tilla si pastrimi, ekzaminimet rutinë dentare dhe rrezet x dentare) nuk mbulohen nga Original Medicare. Megjithatë, Medicare aktualisht paguan për shërbimet dentare në një numër të kufizuar rrethanash, veçanërisht kur ai shërbim është pjesë përbërëse e trajtimit specifik të gjendjes shëndetësore parësore të përfituesit. Shembujt përfshijnë rindërtimin e nofullës pas</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për anëtarët që kualifikohen për këto shërbime.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>një frakturë ose dëmtimi, nxjerrjen e dhëmbëve të bërë në përgatitje për trajtimin me rrezatim për kancerin që përfshin nofullën ose ekzaminimet orale para transplantimit të organeve.</p> <p>*Kjo nuk është një garanci mbulimi.</p> <p>*Disa procedura i nënshtrohen autorizimit paraprak. Dentisti juaj do të dorëzojë dokumentacion të tillë si rrezet X dhe një shpjegim për të mbështetur procedurat që janë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore dhe përmbushin udhëzimet e pranueshme klinike.</p>	<p>Mund të kërkohet autorizim paraprak për stomatologji gjithëpërfshirëse.</p>
	<p>Shërbime dentare (Shtesë)*</p> <p>Ne kemi krijuar një partneritet me një furnitor për të ofruar mbulim gjithëpërfshirës dentar që përputhet me shërbimet e ofruara nga New York State Medicaid. Shërbimet do të mbulojnë kur të merren nga një ofrues i lidhur përmes rrjetit tonë të furnitorëve.</p> <p>Përfitimet tuaja dentare përfshijnë shërbimet diagnostike, parandaluese, restauruese, endodontikën, periodontikën, protezat (të lëvizshme), protezat (fikse), protetikën maksilofaciale, shërbimet e implanteve, kirurgji orale dhe maksilofaciale dhe shërbimet e përgjithshme ndihmëse.</p> <p>Për një listë të plotë të shërbimeve, ju lutemi vizitoni www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm dhe zgjidhni Programin e përditësuar të tarifave</p> <p>Kodet e renditura në lidhjen e programit të përfitimeve më sipër mund të përditësohen nga Shoqata Amerikane e Stomatologjisë (ADA) gjatë vitit. Nëse keni një pyetje në lidhje me një kod ADA dentar, ju lutemi telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve. Numri i tyre i telefonit mund të gjendet në pjesën e pasme të kartës së identitetit të anëtarit të planit. Disa shërbime dentare mund të kërkojnë autorizim paraprak dhe duhet të jenë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Ofruesi juaj do të trajtojë çdo autorizim të kërkuar nga plani për ju.</p> <p>Shënim: Mbulimi i mësipërm është për përfitimin shtesë dentar të Medicare. Edhe përfitimi juaj dentar i New York Medicaid administrohet gjithashtu nga juaj Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ju lutemi, kontaktoni Planin për çdo pyetje në lidhje me këtë përfitim të Medicaid.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim ose bashkëpagesë.</p> <p>Jo të gjitha procedurat dentare të rekomanduara nga një dentist mund të mbulojnë. Lëreni dentistin t'ju tregojë se çfarë do të paguajë plani dhe çfarë do të duhet të paguani nga xhepi.</p> <p>Ju mund të jeni përgjegjës për kostot nëse një shërbim nuk mbulohet ose nëse tejkaloni shumën maksimale të lejuar. Mund të aplikohen kufizime dhe përjashtime.</p>
	<p>Ekzaminimi i depresionit</p> <p>Ne mbulojmë një ekzaminim për depresionin në vit. Ekzaminimi duhet të bëhet në një mjedis të kujdesit parësor që mund të ofrojë trajtim vijues dhe/ose rekomandime.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për një vizitë vjetore të ekzaminimit të depresionit.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Ekzaminimi i diabetit</p> <p>Ne e mbulojmë këtë ekzaminim (përfshin testet e glukozës esëll) nëse keni ndonjë nga këto faktorë rreziku: presion të lartë të gjakut (hipertension), historik të niveleve jonormale të kolesterolit dhe triglicerideve (dislipidemia), obezitet ose një historik të sheqerit (glukozës) të lartë në gjak. Testet mund të mbulohen gjithashtu nëse plotësoni kërkesa të tjera, si p.sh. jeni mbi peshë dhe keni një historik diabeti në familje.</p> <p>Ju mund të kualifikoheni për deri në 2 ekzaminime të diabetit çdo 12 muaj pas datës së testit tuaj më të fundit të ekzaminimit të diabetit.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për testet e ekzaminimit të diabetit të mbuluara nga Medicare.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Trajnime për vetë-menaxhimin e diabetit, shërbime dhe furnizime për diabetin</p> <p>Për të gjithë personat që kanë diabet (përdorues të insulinës dhe jo përdorues të saj). Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pajisje për të monitoruar glukozën në gjak: monitor i glukozës në gjak, shirita testimi të glukozës në gjak, pajisje dhe fisha, dhe tretësira për kontrollin e glukozës për të kontrolluar saktësinë e shiritave dhe monitorëve të testimit. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Monitorues të glukozës (sheqerit) në gjak <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mbulohet kur mjeku juaj e rekomandon për përdorim në shtëpi. ◦ Monitoruesit e glukozës në gjak të markës së preferuar nuk kërkojnë autorizim paraprak. ◦ Shirita testues të glukozës (sheqerit) në gjak <ul style="list-style-type: none"> ◦ Shiritat e testit të glukozës në gjak të markës së preferuar nuk kërkojnë autorizim paraprak. ◦ Mund të kufizohet në një furnizim 30-ditor për mbushje. ◦ True Metrix është prodhuesi ynë i preferuar i pajisjeve për diabetin. Ju lutemi shikoni formularin tonë të planit për më shumë informacion ose telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve për informacion shtesë. ◦ Zgjidhje të kontrollit të glukozës për kontrollin e saktësisë së shiritave të testimit dhe monitorëve. ◦ Për personat me diabet që kanë sëmundje të rëndë të këmbës diabetike: Një palë këpucë terapeutike të prodhuara me porosi për çdo vit kalendarik (duke përfshirë insertet e ofruara me këpucë të tilla) dhe dy palë inserte shtesë, ose një palë këpucë të thella dhe tre palë inserte (duke mos përfshirë insertet e lëvizshme jo të personalizuar të ofruara me këpucë të tilla). Mbulimi përfshin vendosjen. • Trajnimi për vetë-menaxhimin e diabetit mbulohet në kushte të caktuara. • Shërbimet diabetike të mbuluara nga Medicare përfshijnë: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ekzaminimi vjetor i syve dhe testet e glaukomës ◦ Ekzaminimet e këmbëve ◦ Shërbimet e terapisë mjekësore të ushqyerjes (MNT) 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.</p> <p>Furnizimet mbulohe kur keni një recetë dhe e plotësoni atë në një farmaci të rrjetit të shitjes me pakicë ose nëpërmjet programit Mail Service Pharmacy.</p> <p>Shihni “Kujdes për sytë” në këtë grafik për shërbimet e mjekut nëse keni nevojë për një kontroll të syve për retinopati diabetike ose një ekzaminim të glaukomës.</p> <p>Shihni “Shërbimet e podiatrisë” në këtë grafik nëse jeni diabetik dhe duhet të shkoni te mjeku për një ekzaminim të këmbës.</p> <p>Shihni “Terapia e të ushqyerit mjekësor” në këtë grafik nëse jeni diabetik dhe keni nevojë për shërbime të terapisë mjekësore të ushqyerjes (MNT).</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak për pajisje diabetike, këpucë diabetike dhe inserte.</p> <p>Nuk kërkohet autorizim paraprak për prodhuesin e preferuar.</p> <p>Nuk kërkohet autorizim paraprak për trajnimin e vetë-menaxhimit të</p>


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
<p>Pajisje mjekësore të qëndrueshme (DME) dhe furnizime të ngjashme (Për një përkufizim të pajisjeve mjekësore të qëndrueshme, shihni Kapitullin 12 dhe Kapitullin 3)</p> <p>Artikujt e mbuluar përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm me: karrige me rrota, paterica, sistemesh dyshekë të motorizuar, pajisje diabetike, shtretër spitalorë të porositur nga një ofrues për përdorim në shtëpi, pompa infuzioni IV, pajisje gjeneruese të të folurit, pajisje oksigjeni, nebulizatorë dhe paterica mbështetëse.</p> <p>Ne mbulojmë të gjitha DME-të e nevojshme mjekësore të mbuluara nga Original Medicare. Nëse furnizuesi ynë në zonën tuaj nuk ka një markë ose prodhues të caktuar, ju mund t'i pyesni ata nëse mund ta porosisin atë për ju. Lista më e fundit e furnitorëve është e disponueshme në faqen tonë të internetit në SWHNY.com.</p> <p>Në përgjithësi, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mbulon çdo DME të mbuluar nga Original Medicare nga markat dhe prodhuesit që gjenden në këtë listë. Ne nuk do të mbulojmë marka dhe prodhues të tjerë, përveç nëse mjeku juaj ose ofruesi tjetër na tregon se marka është e përshtatshme për nevojat tuaja mjekësore. Nëse jeni i ri në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dhe po përdorni një markë DME që nuk është në listën tonë, ne do të vazhdojmë ta mbulojmë këtë markë për ju deri në 90 ditë. Gjatë kësaj kohe, duhet të flisni me mjekun tuaj për të vendosur se cila markë është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore pas kësaj periudhe 90-ditore. (Nëse nuk jeni dakord me mjekun tuaj, mund t'i kërkonit atij t'ju referojë për një mendim të dytë.)</p> <p>Nëse ju (ose ofruesi juaj) nuk jeni dakord me vendimin e mbulimit të planit tonë, ju ose ofruesi juaj mund të paraqisni një apelim. Ju gjithashtu mund të paraqisni një apelim nëse nuk jeni dakord me vendimin e ofruesit tuaj se cili produkt ose markë është e përshtatshme për gjendjen tuaj shëndetësore. (Për më shumë informacion në lidhje me apelimet, shihni Kapitullin 9)</p>	<p>diabetit të mbuluar nga Medicare.</p> <p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
<p>Kujdesi emergjent</p> <p>Kujdesi emergjent u referohet shërbimeve që:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Furnizohen nga një ofrues i kualifikuar për të ofruar shërbime emergjence, dhe • Nevojitet për të vlerësuar ose stabilizuar një gjendje shëndetësore emergjente. 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p> <p>Nëse shtroheni në një spital, do të paguani</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Një emergjencë mjekësore është kur ju ose çdo person tjetër i kujdesshëm me njohuri mesatare të shëndetit dhe mjekësisë, besoni se keni simptoma mjekësore që kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor për të parandaluar humbjen e jetës (dhe, nëse jeni grua shtatzënë, humbjen e një fëmije të palindur), humbjen e një gjymtyre ose humbjen e funksionit të një gjymtyre. Simptomat mjekësore mund të jenë një sëmundje, lëndim, dhimbje e fortë ose një gjendje shëndetësore që po përkeqësohet shpejt.</p> <p>Ndarja e kostos për shërbimet e nevojshme emergjente që merrni jashtë rrjetit është e njëjtë me kur i merrni këto shërbime brenda rrjetit.</p> <p>Vizitat e kujdesit emergjent (Vazhdim)</p> <p>Kujdesi emergjent jashtë Shteteve të Bashkuara (SHBA) mund të mbulohet nga përfitimi botëror i mbulimit të emergjencës. Ne ofrojmë deri në \$10,000 mbulim emergjence në mbarë botën çdo vit kalendarik për kujdesin emergjent dhe kujdesin pas stabilizimit. Shihni “Mbulimi i kujdesit mbarëbotëror emergjent” në këtë grafik për të mësuar më shumë.</p>	<p>ndarjen e kostos siç përshkruhet në “Kujdesi spitalor për pacientë të shtruar” në këtë grafik.</p> <p>Ndarja juaj e kostos është e njëjtë për shërbimet e emergjencës brenda ose jashtë rrjetit.</p> <p>Nëse merrni kujdes emergjent në një spital jashtë rrjetit dhe keni nevojë për kujdes si pacient i jashtëm pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, ju duhet të zhvendoseni në një spital të rrjetit në mënyrë që kujdesi juaj të vazhdojë të mbulohet <i>OSE</i> duhet të keni kujdesin tuaj si pacient i jashtëm në spitalin jashtë rrjetit të autorizuar nga plani ynë dhe kostoja juaj është ndarja më e lartë e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit.</p>
	<p>Përfitimet e stërvitjes (Shtesë)*</p> <p>Ju merrni një anëtarësim stërvitjeje në qendrat pjesëmarrëse të stërvitjes. Nëse nuk jeni në gjendje të vizitoni një qendër stërvitjeje ose preferoni të stërviteni edhe nga shtëpia, mund të zgjidhni një program stërvitjeje nga shtëpia Home Fitness. Kompletet do t'ju ndihmojë të qëndroni aktiv në komoditetin e shtëpisë suaj. Opsionet e stërvitjes në shtëpi përfshijnë zgjedhjen e gjurmuesit të stërvitjes, kompleteve të forcës ose jogës.</p> <p>Nëse zgjidhni të stërviteni në një qendër stërvitjeje, mund të shihni faqen e internetit dhe të zgjidhni një vendndodhje pjesëmarrëse, ose mund të shkoni direkt në një qendër stërvitjeje pjesëmarrëse për të filluar. Objektet pjesëmarrëse dhe zinxhirët e stërvitjes mund të variojnë sipas vendndodhjes dhe mund të ndryshojnë. Kompletet mund të ndryshojnë.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.</p> <p>Gjithmonë bisedoni me mjekun tuaj përpara se të filloni ose ndryshoni rutinën tuaj të ushtrimeve.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Programet e edukimit për shëndetin dhe mirëqenien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne kemi programe në dispozicion për t'ju ndihmuar të menaxhoni një gjendje të diagnostikuar shëndetësore . Në programe përfshihet menaxhimi i Sstmës • Menaxhimi i depresionit • Menaxhimi i diabetit • Menaxhimi i presionit të lartë të gjakut • Menaxhimi i sëmundjeve kardiovaskulare (CVD) • Menaxhimi i sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (COPD) <p>Disponohen materiale mësimore dhe këshilla për kujdesin. Ne gjithashtu mund t'ju ndihmojmë të punoni me ofruesin tuaj.</p> <p>Regjistrimi në programet e menaxhimit shëndetësor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ju regjistrohni automatikisht në programet që plotësojnë më mirë nevojat tuaja bazuar në të dhënat e pretendimeve mjekësore ose në farmaci. • Ju gjithashtu mund të regjistrohni përmes ofruesit tuaj ose të vetë-rekomandoheni. <p>Ka disa kërkesa që duhet të plotësoni për t'u regjistruar.</p> <p>Programet e edukimit për shëndetin dhe mirëqenien (Vazhdon)</p> <p>Çregjistrimi nga programet e menaxhimit shëndetësor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Këto programe janë vullnetare dhe ju mund të zgjidhni të hiqeni nga një program në çdo kohë. <p>Mund të mësoni më shumë ose të regjistrohni në cilindo nga programet e mësipërme duke telefonuar Departamentin tonë të Menaxhimit Shëndetësor në (866) 891-2320 (TTY: 711), nga e hëna në të premte, 8 a.m. deri në 8 p.m. (Eastern Standard Time).</p> <p>Programet e promovimit shëndetësor</p> <p>Janë gjithashtu të disponueshme programe të tjera të krijuara për të pasuruar shëndetin dhe stilin tuaj të jetesës, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Një program për lënien e duhanit. • Një program për kontrollin e peshës. <p>Për informacion dhe/ose materiale për lënien e duhanit ose kontrollin e peshës telefononi (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), nga e hëna në të premte, 8 a.m. deri në 8 p.m. (Eastern Standard Time).</p> <p>Linja e këshillimit me infermierë</p> <p>Pavarësisht nëse keni një shqetësim të menjëhershëm shëndetësor, pyetje në lidhje me një gjendje shëndetësore ose dëshironi informacion</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>të përgjithshëm rreth burimeve shëndetësore të disponueshme, linja e këshillimit me infermierë është e disponueshme 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.</p> <p>Një infermier i regjistruar do t'ju ndihmojë të përcaktoni nëse mund ta menaxhoni kujdesin tuaj në shtëpi ose keni nevojë për vëmendjen e një profesionisti mjekësor.</p> <p>Numri i telefonit pa pagesë të Linjës së Këshillimit me Infermierë është: (844) 658-8544, (TTY/TDD: 711)</p> <p>Telefononi në çdo kohë, ditën apo natën, për të folur me një infermiere të regjistruar në lidhje me sëmundjet ose lëndimet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuk nevojitet referim apo autorizim paraprak <p>Ky shërbim nuk është i destinuar për raste emergjence. Në rast emergjence, telefononi menjëherë 911.</p>	
	<p>Karta Healthy You</p> <p>Karta e planit Healthy You ju siguron një ndihmë të kombinuar shpenzimesh prej \$285 çdo muaj për përfitime shtesë të përzgjedhura të planit si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pa recetë (OTC) • Aparate dëgjimi OTC • Ushqime dhe produkte ushqimore* <p>Karta Healthy You (Vazhdon)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporti në çdo vendndodhje për shëndetin • Transporti për nevoja jo-mjekësore • Shërbimet komunale 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për kartën tuaj Healthy You.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
<p>Karta e debitit e ngarkuar paraprakisht nuk është kartë krediti. Ju nuk mund ta konvertoni kartën në para ose t'ua huazoni personave të tjerë. Procedurat kozmetike nuk mbuloohen nga kjo kartë përfitimesh. Fondet ngarkohen në kartë çdo muaj. Në fund të çdo muaji, çdo para e alokuar e papërdorur nuk do të bartet në muajin e ardhshëm ose vitin e ardhshëm të planit. Nëse largoheni nga plani, çdo fond i alokuar i papërdorur i kthehet planit në datën e hyrjes në fuqi të çregjistrimit tuaj.</p> <p>Për më shumë informacion se si të kualifikoheni për përfitimet shtesë të veçanta për sëmundjet kronike, përfitimin për ushqime dhe produkte ushqimore, ju lutemi telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Për të përfituar nga kompensimet për SSBCI-të, anëtarët duhet të kenë një gjendje kronike që kualifikohet; dhe të japin miratimin e mjekut në bashkëpunim me Menaxhimin e Rastit të Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Për më shumë informacion, referojuni “Përfitime shtesë speciale për të sëmurët kronikë” në këtë grafik.</p>	
<p>Shërbimet e dëgjimit</p> <p>Vlerësimet diagnostike të dëgjimit dhe ekuilibrit të kryera nga ofruesi juaj për të përcaktuar nëse keni nevojë për trajtim mjekësor mbuloohen si kujdes për pacient të jashtëm kur merren nga një mjek, audiolog ose ofrues tjetër i kualifikuar.</p> <p>Ekzaminimet diagnostike të dëgjimit dhe ekuilibrit të mbuluar nga Medicare ndihmojnë në përcaktimin nëse keni nevojë apo jo për trajtim mjekësor.</p> <p>Ekzaminimi bazohet vetëm në një nevojë mjekësore, siç është humbja e dëgjimit për shkak të sëmundjes, lëndimit ose operacionit.</p> <p>Shërbimet e dëgjimit (Shtesë) *</p> <p>Përveç shërbimeve të dëgjimit të mbuluara nga Medicare, ju mund të bëni një test rutinë të dëgjimit një herë në vit kalendarik. Pas testit rutinë të dëgjimit, ju mund të pajiseni për një aparat dëgjimi. Për të gjetur pranë jush një ofrues dëgjimi brenda rrjetit, ju mund të:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Telefononi Departamentin tonë të Shërbimeve ndaj Anëtarëve ose 2. Kërkoni në internet duke përdorur mjetin tonë të kërkimit në internet të ofruesit tonë shtesë të dëgjimit në MolinaHealthcare.com/Medicare. <p>Përshtatja/vlerësimi për aparatet e dëgjimit mund të bëhet një herë në vit kalendarik.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Shërbimet e dëgjimit (Vazhdon) Nëse ju thuhet se keni nevojë për aparate dëgjimi, mund të merrni deri në 2 aparate dëgjimi të parazgjedhura nga një ofruer i miratuar nga plani çdo 2 vjet për të dy veshët së bashku.</p>	
	<p>Ekzaminimi për HIV Për personat që kërkojnë një test ekzaminimi për HIV ose që janë në rrezik të shtuar për infeksion HIV, ne mbulojmë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Një ekzaminim kontrolli çdo 12 muaj <p>Nëse jeni shtatzënë, ne mbulojmë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deri në 3 ekzaminime gjatë shtatzënisë. 	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për anëtarët që kualifikohen për ekzaminimin parandalues për HIV të mbuluar nga Medicare.
	<p>Agjencia e kujdesit shëndetësor në shtëpi Përpara se të merrni shërbime të kujdesit shëndetësor në shtëpi, një mjek duhet të vërtetojë se keni nevojë për shërbime të kujdesit shëndetësor në shtëpi dhe do të porosisë që shërbimet e kujdesit shëndetësor në shtëpi të ofrohen nga një agjenci të kujdesit shëndetësor në shtëpi. Ju duhet të jeni të kufizuar në shtëpi, që do të thotë se largimi nga shtëpia është një mundim i madh.</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet e infermierisë me kohë të pjesshme ose të herëpashershme dhe të ndihmës së kujdesit shëndetësor në shtëpi (Për t'u mbuluar nga përfitimi i kujdesit shëndetësor në shtëpi, shërbimet tuaja të kualifikuara të infermierisë dhe ndihmës së kujdesit shëndetësor në shtëpi të kombinuara duhet të jenë gjithsej më pak se 8 orë në ditë dhe 35 orë në javë) • Fizioterapia, terapia profesionale dhe terapia e të folurit • Shërbimet mjekësore dhe sociale • Pajisjet dhe furnizimet mjekësore 	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.
	<p>Terapia me infuzion në shtëpi Terapia me infuzion në shtëpi përfshin administrimin intravenoz ose nënlëkuror të barnave ose substancave biologjike te një person në shtëpi. Komponentët e nevojshëm për të kryer infuzionin në shtëpi përfshijnë barin (për shembull, antiviralët, imunoglobulinën), pajisjet (për shembull, një pompë) dhe furnizimet (për shembull, tuba dhe kateterë).</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet profesionale, duke përfshirë shërbimet e infermierisë, të furnizuara në përputhje me planin e kujdesit 	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime. Mund të kërkohet autorizim paraprak.

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<ul style="list-style-type: none"> • Trajnimi dhe edukimi i pacientëve që nuk mbulohehen ndryshe nga përfitimi i pajisjeve mjekësore të qëndrueshme • Monitorimi në distancë <p>Terapia me infuzion në shtëpi (Vazhdim)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbime monitorimi për ofrimin e terapisë me infuzion në shtëpi dhe barnave me infuzion në shtëpi i furnizuar nga një furnizues i kualifikuar i terapisë me infuzion në shtëpi 	
	<p>Kujdesi për të sëmurët terminalë</p> <p>Ju keni të drejtë për përfitimin e kujdesit për të sëmurët terminalë kur mjeku juaj dhe drejtori mjekësor i kujdesit për të sëmurët terminalë ju kanë dhënë një diagnozë në fazën përfundimtare që vërteton se jeni i sëmurë terminal dhe keni 6 muaj ose më pak jetë nëse sëmundja juaj shkon normalisht. Ju mund të merrni kujdes nga çdo program i kujdesit për të sëmurët terminalë i certifikuar nga Medicare. Plani ynë është i detyruar t'ju ndihmojë të gjeni programe kujdesi paliativ të certifikuara nga Medicare në zonën e shërbimit të planit tonë, duke përfshirë programet që ne zotërojmë, kontrollojmë ose në të cilat kemi interes financiar. Mjeku juaj i kujdesit paliativ mund të jetë një ofrues rrjeti ose një ofrues jashtë rrjetit.</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnat për kontrollin e simptomave dhe lehtësimin e dhimbjeve • Kujdesin e përkohshëm afatshkurtër • Kujdesin në shtëpi <p>Kur shtroheni në një spital, keni të drejtë të qëndroni në planin tonë. Nëse qëndroni në planin tonë, duhet të vazhdoni të paguani primet e planit.</p> <p><u>Për shërbimet e kujdesit paliativ dhe shërbimet e mbuluara nga Medicare Part A ose B që lidhen me diagnozën tuaj në fazën përfundimtare:</u> Original Medicare (në vend të planit tonë) do të paguajë ofruesin tuaj të kujdesit paliativ për shërbimet tuaja të kujdesit paliativ dhe çdo shërbim të Pjesës A dhe Pjesës B që lidhet me diagnozën tuaj në fazën përfundimtare. Ndërsa jeni në programin e kujdesit për të sëmurët terminalë, ofruesi juaj i kujdesit për të sëmurët terminalë do të faturojë Original Medicare për shërbimet që paguan Original Medicare. Do të faturoheni për ndarjen e kostos së Original Medicare.</p> <p><u>Për shërbimet që mbulohehen nga Medicare Part A ose B dhe që nuk lidhen me diagnozën në fazën përfundimtare:</u> Nëse keni nevojë për shërbime jo-emergjente, jo urgjente, të mbuluara nga Medicare Part A ose B që nuk lidhen me diagnozën tuaj në fazën përfundimtare, kostoja juaj për këto shërbime varet nëse përdorni një ofrues në rrjetin e planit</p>	<p>Nëse regjistroheshi në një program kujdesi paliativ të certifikuar nga Medicare, shërbimet tuaja të kujdesit paliativ dhe shërbimet e Pjesës A dhe Pjesës B që lidhen me diagnozën tuaj në fazën përfundimtare paguhen nga Original Medicare, jo nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbullohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>tonë dhe nëse ndiqni rregullat e planit (si p.sh. nëse ka një kërkesë për të marrë autorizim paraprak).</p> <ul style="list-style-type: none"> Nëse merrni shërbimet e mbuluara nga një ofruer rrjeti dhe ndiqni rregullat e planit për marrjen e shërbimit, ju paguani vetëm shumën e ndarjes së kostos së planit tonë për shërbimet brenda rrjetit. Nëse i merrni shërbimet e mbuluara nga një ofruer jashtë rrjetit, ju paguani ndarjen e kostos sipas Original Medicare <p>Kujdesi për të sëmurët terminalë* (Vazhdim)</p> <p><u>Për shërbimet e mbuluara nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), por që nuk mbulohen nga Medicare Part A ose B:</u> Senior Whole Health of New York NHC do të vazhdojë të mbulojë shërbimet e mbuluara nga plani që nuk mbulohen nga Pjesa A ose B, pavarësisht nëse ato lidhen apo jo me diagnozën tuaj në fazën përfundimtare. Ju paguani shumën e ndarjes së kostos së planit tuaj për këto shërbime.</p> <p><u>Për barnat që mund të mbulohen nga përfitimi i Pjesës D të planit:</u> Nëse këto barna nuk kanë lidhje me gjendjen tuaj të kujdesit për të sëmurët terminalë, ju paguani ndarjen e kostos. Nëse ato janë të lidhura me gjendjen tuaj të kujdesit për të sëmurët terminalë, atëherë ju paguani ndarjen e kostos së Original Medicare. Barnat nuk mbulohen kurrë në të njëjtën kohë nga kujdesi për të sëmurët terminalë dhe nga plani ynë. Për detaje, shihni Kapitullin 5, Seksioni 9,4.)</p> <p>Shënim: Nëse keni nevojë për kujdesit jo për të sëmurët terminalë (kujdes që nuk lidhet me diagnozën në fazën përfundimtare), na kontaktoni për të rregulluar shërbimet.</p> <p>Plani ynë mbulon shërbimet e konsultimit për të sëmurët terminalë (vetëm një herë) për një person të sëmurë terminal që nuk e ka zgjedhur përfitimin për të sëmurët terminalë.</p>	
	<p>Imunizimet</p> <p>Shërbimet e mbuluara të Medicare Part B përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaksinat kundër pneumonisë Vaksinat kundër gripit, një herë në çdo sezon gripi në vjeshtë dhe dimër, me vakcina shtesë kundër gripit nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore Vaksina e hepatitit B nëse jeni në rrezik të lartë ose mesatar për t'u prekur nga hepatiti B Vaksina e COVID-19 Vaksina të tjera nëse jeni në rrezik dhe ato plotësojnë rregullat e mbulimit të Medicare Part B 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për vaksinat e pneumonisë, gripit, hepatitit B dhe COVID-19.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Ne gjithashtu mbulojmë shumicën e vaksinave për të rriturit nën përfitimin tonë të barnave me recetë të Pjesës D. Shihni Kapitullin 6, Seksioni 8 për më shumë informacion.</p>	
	<p>Kujdesi spitalor për pacientë të shtruar</p> <p>Përfshin shërbimet akute si pacient i shtruar, rehabilitimin si pacient i shtruar, spitalet e kujdesit afatgjatë dhe llojet e tjera të shërbimeve të kujdesit spitalor si pacient i shtruar. Kujdesi spitalor si pacient i shtruar fillon ditën kur ju jeni pranuar zyrtarisht në spital me porosi të mjekut. Një ditë para se të dilni është dita juaj e fundit e shtrimit.</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dhomë gjysmë-private (ose dhomë private nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore) • Ushqimi duke përfshirë dieta të veçanta <p>Kujdesi spitalor për pacientë të shtruar (Vazhdim)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet e rregullta të infermierisë • Kostot e njësive të kujdesit të veçantë (të tilla si njësitë e kujdesit intensiv ose kujdesit koronar) • Barnat dhe medikamentet • Testet laboratorike • rrezet X dhe shërbime të tjera radiologjike • Pajisjet e nevojshme kirurgjikale dhe mjekësore • Përdorimi i pajisjeve, të tilla si karriget me rrota • Kostot operative dhe të dhomës së rikuperimit • Terapia fizike, profesionale dhe e gjuhës së të folurit • Shërbimet si pacient i shtruar për çrregullimet nga përdorimi i substancave 	<p>Ju paguani \$0 për ditët 1-90 të shtrimit në spital për çdo periudhë përfitimi.</p> <p>Plani ynë mbulon 60 “ditë rezervë gjatë jetës”. Këto janë ditë “ekstra” që mbulojmë. Nëse shtrimi juaj në spital është më i gjatë se 90 ditë për çdo periudhë përfitimi, ju mund t’i përdorni këto 60 ditë shtesë, mbulimi juaj spitalor si pacient i shtruar do të kufizohet në 90 ditë për çdo periudhë përfitimi.</p> <p>Shërbimet shtesë mund të mbulohen në përputhje me përfitimet dhe udhëzimet tuaja të Medicaid.</p> <p>Nëse merrni kujdes spitalor të autorizuar si pacient i shtruar në një spital jashtë rrjetit pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, kostoja juaj</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<ul style="list-style-type: none"> Në kushte të caktuara, mbulohen llojet e mëposhtme të transplantave: korneale, veshkat, veshkat-pankreatike, zemra, mëlçia, mushkëritë, zemra/mushkëria, palca e eshtrave, qelizat staminale dhe intestinale/multiviskerale. Nëse keni nevojë për një transplant, ne do të organizojmë që rasti juaj të shqyrtohet nga një qendër transplantit e aprovuar nga Medicare, e cila do të vendosë nëse jeni kandidat për transplant. Ofruesit e transplantave mund të jenë lokalë ose jashtë fushës së shërbimit. Nëse shërbimet tona të transplantave në rrjet janë jashtë modelit të kujdesit të komunitetit, ju mund të zgjidhni të shkoni në nivel lokal për sa kohë që ofruesit lokalë të transplantave janë të gatshëm të pranojnë tarifën e Original Medicare. Nëse Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ofron shërbime transplantimi në një vendndodhje jashtë modelit të kujdesit për transplantet në komunitetin tuaj dhe ju zgjidhni të merrni transplante në këtë vendndodhje të largët, ne do të organizojmë ose paguajmë për strehim të përshtatshëm dhe kostot e transportit për ju dhe një shoqëruar. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) the <i>specifikat</i> e kujdesit mjekësor në lidhje me transplantet, me një maksimum ditor deri në \$150 në ditë. Përveç kësaj, rimbursimi i miljeve mund të kërkohet në shumën e barasvlershme me normat standarde të miljeve për taksapaguesit siç përshkruhet nga Internal Revenue Service (IRS) të cilat përshtaten dhe njoftohen publikisht. Shuma maksimale e pagueshme për të gjitha rimbursimet e udhëtimeve, strehimeve, vakteve dhe miljeve është pesë mijë dollarë (\$5,000) për çdo transplant në përputhje me direktivat e planit. Gjaku, duke përfshirë ruajtjen dhe administrimin. Mbulimi i gjakut të plotë dhe rruazave të kuqe të paketuara fillon vetëm me pintën e katërt të gjakut që ju nevojitet. Ju ose duhet të paguani shpenzimet për 3 pintat e para të gjakut që merrni në një vit kalendarik ose të dhuroni gjakun nga ju ose dikush tjetër. Të gjithë përbërësit e tjerë të gjakut mbulohen duke filluar me pintën e parë të përdorur. Shërbimet e mjekut <p>Kujdesi spitalor për pacientë të shtruar (Vazhdim)</p> <p>Shënim: Për të qenë një pacient i shtruar, ofruesi juaj duhet të shkruajë një urdher për t'ju pranuar zyrtarisht si një pacient i shtruar në spital. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm. Nëse nuk jeni i sigurt nëse jeni pacient i shtruar ose i jashtëm, duhet të pyesni personelin e spitalit</p> <p>Merrni më shumë informacion në fletën e fakteve <i>Përfitimet e Spitalit Medicare</i>. Kjo fletë të dhënash është e disponueshme në www.Medicare.</p>	<p>është ndarja e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
<p>gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ose duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit e TTY telefonojnë në 1-877-486-2048. Mund t'i telefononi këta numra falas, 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.</p>	
<p>Shërbimet e shtrimit si pacient i shtruar në një spital psikiatrik</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë shërbimet e kujdesit për shëndetin mendor që kërkojnë shtrim në spital</p> <ul style="list-style-type: none"> Ju mund t'i merrni këto shërbime ose në një spital të përgjithshëm ose në një spital psikiatrik që kujdeset vetëm për personat me probleme të shëndetit mendor. Nëse jeni në një spital psikiatrik (në vend të një spitali të përgjithshëm), Medicare paguan vetëm deri në 190 ditë shërbime të kujdesit spitalor psikiatrik si pacient i shtruar gjatë jetës tuaj. Nëse keni përdorur një pjesë të kufirit tuaj të jetës prej 190 ditësh përpara se të regjistroheshi në planin tonë, atëherë numri i ditëve të mbuluara në spital gjatë jetës zvogëlohet me numrin e ditëve të shtrimit si pacient i shtruar për trajtimin e kujdesit për shëndetin mendor të mbuluar më parë nga Medicare në një spital psikiatrik. Kufiri prej 190 ditësh nuk zbatohet për shërbimet për shëndetin mendor të ofruara në njësinë psikiatrike të një spitali të përgjithshëm. Nuk ka kufi për numrin e periudhave të përfitimit që mund të keni kur merrni kujdesin për shëndetin mendor në një spital të përgjithshëm. Ju gjithashtu mund të keni periudha të shumta përfitimi kur merrni kujdes në një spital psikiatrik, por ekziston një kufi gjatë jetës prej 190 ditësh. Medicaid mbulon qëndrimet në spital si pacient i shtruar pasi të arrihet kufiri 190-ditor. Nuk ka asnjë periudhë përfitimi ose afat gjatë jetës. Ju duhet të përdorni ofrues të kontraktuar të shëndetit emocional. Ju lutemi, kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve ose një listë të ofruesve të shëndetit emocional në rrjet. <p>Medicare nuk mbulon:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infermiera private Një telefon ose televizor në dhomën tuaj <p>Një dhomë private (nëse nuk është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore)</p>	<p>Ju paguani \$0 për ditët 1 - 90 të shtrimit në spital për çdo periudhë përfitimi.</p> <p>Plani ynë mbulon gjithashtu 60 “ditë rezervë gjatë jetës”. Këto janë ditë “ekstra” që mbulojmë. Nëse shtrimi juaj në spital është më i gjatë se 90 ditë për periudhë përfitimi, ju mund t'i përdorni këto ditë shtesë. Por pasi të keni përdorur këto 60 ditë shtesë, mbulimi juaj si pacient i shtruar për pacientë të shtruar do të kufizohet në 90 ditë për çdo periudhë përfitimi.</p> <p>Nëse merrni kujdes spitalor të autorizuar si pacient i shtruar në një spital jashtë rrjetit pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, kostoja juaj është ndarja e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak. Përveç rasteve të emergjencës, mjeku juaj duhet të na thotë se ju do të shtroheni në spital.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Shtrimi në spital: Shërbimet e mbuluara të marra në një spital ose SNF gjatë një qëndrimi të pambuluar si pacient i shtruar</p> <p>Nëse i keni përdorur përfitimet tuaja si pacient i shtruar ose nëse qëndrimi si pacient i shtruar nuk është i arsyeshëm dhe i nevojshëm, ne nuk do të mbulojmë qëndrimin tuaj si pacient i shtruar. Megjithatë, në disa raste, ne do të mbulojmë disa shërbime që ju merrni ndërsa jeni në spital ose në institucionin e kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar (SNF). Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet e mjekut • Testet diagnostike (si testet laboratorike) • Terapia me rreze X, radium dhe izotope duke përfshirë materialet dhe shërbimet e teknikëve • Garzat kirurgjikale <p>Shtrimi në spital: Shërbimet e mbuluara të marra në një spital ose SNF gjatë një qëndrimi të pambuluar si pacient i shtruar (Vazhdon)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Splintat, allçinë dhe pajisje të tjera që përdoren për të reduktuar frakturat dhe daljet nga vendi • Pajisjet protetike dhe ortotike (përveç atyre dentare) që zëvendësojnë të gjithë ose një pjesë të një organi të brendshëm të trupit (duke përfshirë indin e pandërprerë), ose të gjithë ose një pjesë të funksionit të një organi të brendshëm të trupit përgjithmonë jofunksional ose keqfunksional, duke përfshirë zëvendësimin ose riparimin e pajisjeve të tilla • Mbjatëse për këmbët, krahët, shpinën dhe qafën; pajisjet suportuese për hernia; dhe këmbët, krahët dhe sytë artificiale duke përfshirë rregullimet, riparimet dhe zëvendësimet e nevojshme për shkak të thyerjes, konsumimit, humbjes ose një ndryshimi në gjendjen fizike të pacientit <p>Fizioterapia, terapia e të folurit dhe terapia profesionale</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për përfitim.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
	<p>Terapia mjekësore e ushqyerjes</p> <p>Ky përfitim është për personat me diabet, sëmundje renale (të veshkave) (por jo në dializë) ose pas një transplantit të veshkave kur ju porosit mjeku juaj.</p> <p>Ne mbulojmë 3 orë shërbime këshillimi fizike gjatë vitit tuaj të parë që ju merrni shërbime të terapisë mjekësore të ushqyerjes sipas Medicare (kjo përfshin planin tonë, çdo plan tjetër të Medicare Advantage ose Original Medicare) dhe 2 orë çdo vit pas kësaj. Nëse gjendja, trajtimi ose diagnoza juaj ndryshon, mund të jeni në gjendje të merrni më shumë orë trajtimi me porosi të mjekut. Një mjek duhet</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për shërbimet e terapisë mjekësore të ushqyerjes mjekësore të mbuluara nga Medicare.</p>


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	t'i përshkruajë këto shërbime dhe të rinovojë porosinë e tij çdo vit nëse trajtimi juaj është i nevojshëm në vitin e ardhshëm kalendarik.	
	<p>Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>Shërbimet e MDPP mbulohe për personat e kualifikuar sipas të gjitha planeve shëndetësore të Medicare.</p> <p>MDPP është një ndërhyrje e strukturuar e ndryshimit të shëndetit emocional që ofron trajnime praktike për ndryshimin afatgjatë të dietës, rritjen e aktivitetit fizik dhe strategjitë e zgjidhjes së problemeve për tejkalimin e sfidave për të mbështetur humbjen e peshës dhe një mënyrë jetese të shëndetshme.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për përfitimin e MDPP.</p>
	<p>Barnat e Medicare Part B</p> <p>Këto barna mbulohe nga Pjesa B e Original Medicare. Anëtarët e planit tonë marrin mbulim për këto barna nëpërmjet planit tonë. Barnat e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnat që zakonisht nuk administrohen vetë nga pacienti dhe injektohen ose infuzohen gjatë kohës që jeni duke marrë shërbimet e mjekut, spitalore si pacient i jashtëm ose qendrës kirurgjikale si pacient i jashtëm • Insulina e dhënë përmes një pajisjeje mjekësore të qëndrueshme (si p.sh. një pompë insuline e nevojshme nga pikëpamja mjekësore) • Barna të tjera që merrni duke përdorur pajisje mjekësore të qëndrueshme (si p.sh. nebulizatorët) që ishin të autorizuara nga plani • Bari për sëmundjen e Alzheimer, Leqembi®, (emri gjenerik lecanemab), i cili administrohet në mënyrë intravenoze. Përveç kostove të mjekimit, mund t'ju nevojiten skanime dhe teste shtesë para dhe/ose gjatë trajtimit që mund të rrisin kostot tuaja të përgjithshme. Bisedoni me mjekun tuaj se çfarë skanimesh dhe analizash mund t'ju nevojiten si pjesë e trajtimit tuaj • Faktorët e koagulimit që i jepni vetes me injeksion nëse keni hemofili • Barnat e transplantit/imunosupresive: Medicare mbulon terapinë e barnave të transplantive nëse Medicare ka paguar për transplantin e organit tuaj. Ju duhet të jeni të mbuluar nga Pjesa A në momentin e transplantit dhe nga Pjesa B në momentin që merrni barna immunosupresive. Mbulimi i barnave nga Medicare Part D mbulon barnat immunosupresive nëse Pjesa B nuk i mbulon ato. 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.</p> <p>Barnat e Pjesës B mund t'i nënshtrohen terapisë me hapa.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<ul style="list-style-type: none"> • Barnat e injektueshme të osteoporozës, nëse jeni të kufizuar në shtëpi, keni një frakturë kockore që një mjek vërteton se ishte e lidhur me osteoporozën pas menopauzës dhe nuk mund ta administroni vetë barin • Disa antigjene: Medicare mbulon antigjenet nëse një mjek i përgatit ato dhe një person i udhëzuar siç duhet (që mund të jeni ju, pacienti) i administron ato nën mbikëqyrjen e duhur • Disa barna orale kundër kancerit: Medicare mbulon disa barna orale të kancerit që i merrni nga goja nëse i njëjti medikament është i disponueshëm në formë me injeksion ose nëse bari është një promedikament (një formë orale e një bari që, kur gëlltitet, zërthehet në të njëjtin përbërës aktiv që gjendet në barin me injeksion) të barit me injeksion. Ndërsa barnat e reja orale të kancerit bëhen të disponueshme, Pjesa B mund t'i mbulojë ato. Nëse Pjesa B nuk i mbulon ato, Pjesa D i mbulon ato. <p>Barnat e Medicare Part B (Vazhdon)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnat orale kundër të përzierave: Medicare mbulon barnat orale kundër të përzierave që përdorni si pjesë e një regjimi kimioterapeutik kundër kancerit, nëse ato administrohen përpara, në ose brenda 48 orëve nga kimioterapia ose përdoren si një zëvendësim i plotë terapeutik për një bar intravenoz kundër të përzierave. • Disa barna orale të sëmundjeve të veshkave në fazën e fundit (ESRD) të mbuluara nga Medicare Part B • Medikamente kalcimimetike dhe lidhëse fosfati sipas sistemit të pagesave ESRD, duke përfshirë barin intravenoz Parsabiv® dhe barin oral Sensipar® • Disa barna për dializën në shtëpi, duke përfshirë heparinën, antidotin për heparinën, kur është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore, dhe anestetikë topikalë • Agjentët që stimulojnë formimin e rruazave të kuqe të gjaku: Medicare mbulon eritropoietinën me injeksion nëse keni sëmundje të veshkave në fazën përfundimtare (ESRD) ose keni nevojë për këtë bar për të trajtuar aneminë që lidhet me disa kushte të tjera (siç është Retacrit®, Aranesp®) • Imunoglobulina intravenoze për trajtimin në shtëpi të sëmundjeve primare të mungesës së imunitetit • Ushqyerja parenterale dhe enterale (ushqyerja intravenoze dhe me tuba) <p>Në disa raste, ne ju kërkojmë që në fillim të provoni disa mjekime të caktuara për të trajtuar gjendjen tuaj shëndetësore para se të mbulojmë një mjekim tjetër për të njëjtën sëmundje. Për shembull, nëse bari A dhe</p>	

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>bari B trajtojnë të dy gjendjen, por bari A kushton më pak, mund t'ju duhet të provoni së pari barin A. Nëse bari A nuk funksionon për ju, ne do të mbulojmë barin B. Mund të mësoni më shumë rreth mënyrës se si përcaktojmë nëse nevojitet terapi hap pas hapi duke vizituar SWHNY.com.</p> <p>Ne gjithashtu mbulojmë disa vaksina sipas Pjesës B dhe shumicën e vaksinave për të rritur sipas përfitimit tonë të barnave tona të Pjesës D.</p> <p>Kapitulli 5 shpjegon përfitimin tonë të barnave të Pjesës D, duke përfshirë rregullat që duhet të ndiqni për të pasur mbulim të recetave. Ajo që paguani për barnat e Pjesës D përmes planit tonë shpjegohet në Kapitullin 6.</p>	
	<p>Ekzaminimi dhe terapia e obezitetit për të promovuar humbje të qëndrueshme në peshë</p> <p>Nëse keni një indeks të masës trupore 30 ose më shumë, ne mbulojmë këshilla intensive për t'ju ndihmuar të humbni peshë. Ky këshillim mbulohet nëse e merrni në një mjedis të kujdesit parësor, ku mund të koordinohet me planin tuaj gjithëpërfshirës të parandalimit. Bisedoni me mjekun tuaj të kujdesit parësor ose praktikuesin për të mësuar më shumë.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për ekzaminimin dhe terapinë parandaluese të obezitetit.</p>
	<p>Shërbimet e programit të trajtimit me opioide</p> <p>Anëtarët e planit tonë me çrregullim të përdorimit të opioideve (OUD) mund të marrin mbulim të shërbimeve për trajtimin e OUD nëpërmjet një Programi të Trajtimit të Opioideve (OTP), i cili përfshin shërbimet e mëposhtme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barna agoniste dhe antagonistë të trajtimit me ndihmën e mjekimeve (MAT) të miratuara nga Food and Drug Administration (FDA) e SHBA-së • Shpërndarja dhe administrimi i medikamenteve MAT (nëse ka) • Këshillim për përdorimin e substancave • Terapi individuale dhe në grup • Testim toksikologjik • Aktivitetet e hyrjes • Vlerësime periodike 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për shërbimet e programit të trajtimit me opioid si pacient i jashtëm i mbuluar nga Medicare.</p> <p>Nuk kërkohet autorizim paraprak për shërbimet e programit të trajtimit me opioide si pacient i jashtëm të mbuluara nga Medicare, por mund të nevojitet nëse keni nevojë për medikamente për trajtimin e opioideve.</p>
	<p>Testet diagnostike si pacient i jashtëm dhe shërbimet dhe furnizimet terapeutike</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me:</p> <ul style="list-style-type: none"> • grafitë 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<ul style="list-style-type: none"> • Terapinë me rrezatim (radium dhe izotop) duke përfshirë materialet dhe furnizimet e teknikëve • Furnizimet kirurgjikale, të tilla si garzat • Splintat, allçinë dhe pajisje të tjera që përdoren për të reduktuar frakturat dhe daljet nga vendi • Testet laboratorike • Gjaku, duke përfshirë ruajtjen dhe administrimin. Mbulimi i gjakut të plotë dhe rruazave të kuqe të paketuara fillon vetëm me pintën e katërt të gjakut që ju nevojitet, ose duhet të paguani shpenzimet për 3 pintat e para të gjakut që merrni në një vit kalendarik ose të dhuroni gjakun nga ju ose dikush tjetër. Të gjithë përbërësit e tjerë të gjakut mbuloohen duke filluar me pintën e parë të përdorur • Analiza të tjera diagnostikuese si pacient i jashtëm, shërbime diagnostike jo-radiologjike si EKG, EEG, teste të funksionit pulmonar, studime të fjetjes dhe teste stresi në pistë elektrike vrapimi. • Shërbimet radiologjike diagnostikuese (të ndërlikuara dhe jo komplekse) si skanime të specializuara, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, studime bërthamore, ultratinguj, mamografi diagnostikuese dhe procedura radiologjike ndërhyrëse (studime me mielogram, cistogram, angiogram dhe barium). • Asnjë autorizim nuk kërkohet për shërbimet laboratorike si pacient i jashtëm dhe shërbimet e radiografisë si pacient i jashtëm. 	<p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
	<p>Vëzhgimi spitalor si pacient i jashtëm</p> <p>Shërbimet e vëzhgimit janë shërbime spitalore si pacient i jashtëm që jepen për të përcaktuar nëse keni nevojë të pranoheni si spital si pacient i shtruar ose mund të dilni.</p> <p>Që të mbuloohen shërbimet e vëzhgimit spitalor si pacient i jashtëm, ato duhet të plotësojnë kriteret e Medicare dhe të konsiderohen të arsyeshme dhe të nevojshme. Shërbimet e vëzhgimit mbuloohen vetëm kur ofrohen me porosi të një mjeku ose një individi tjetër të autorizuar nga ligji shtetëror i licensimit dhe aktet nënligjore të personelit të spitalit për të pranuar pacientë në spital ose për të porositur teste si pacient i jashtëm.</p> <p>Shënim: Nëse ofruesi nuk ka shkruar një urdhër për t'ju pranuar si pacient i shtruar në spital, ju jeni një pacient i jashtëm dhe paguani shumat e ndarjes së kostos për shërbimet e kujdesit spitalor si pacient i jashtëm. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm. Nëse nuk jeni i sigurt nëse jeni pacient i jashtëm, pyetni stafin e spitalit.</p> <p>Merrni më shumë informacion në fletën e fakteve <i>Përfitimet e Spitalit Medicare</i>. Kjo fletë të dhënash është e disponueshme në www.Medicare.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ose duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Këto numra mund t'i telefononi falas, 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.</p>	
	<p>Shërbimet e kujdesit spitalor si pacient i jashtëm</p> <p>Ne mbulojmë shërbimet e nevojshme mjekësore që ju merrni në departamentin për pacientë të jashtëm të një spitali për diagnostikimin ose trajtimin e një sëmundjeje ose lëndimi.</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen me:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet në një departament emergjence ose klinikë për pacientë të jashtëm, të tilla si shërbimet e vëzhgimit ose kirurgjia për pacientë të jashtëm • Testet laboratorike dhe diagnostike të faturuara nga spitali • Kujdesi për shëndetin mendor, duke përfshirë kujdesin në një program të pjesshëm të shtrimit në spital, nëse një mjek vërteton se trajtimi në spital do të kërkohej pa këtë • rrezet X dhe shërbime të tjera radiologjike të faturuara nga spitali • Furnizime mjekësore si splinta dhe allçi • Disa barna dhe trajtime biologjike nuk mund t'ia jepni vetes <p>Shërbimet e kujdesit spitalor si pacient i jashtëm (Vazhdim)</p> <p>Shënim: Nëse ofruesi nuk ka shkruar një urdhër për t'ju pranuar si pacient i shtruar në spital, ju jeni një pacient i jashtëm dhe paguani shumat e ndarjes së kostos për shërbimet e kujdesit spitalor si pacient i jashtëm. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm. Nëse nuk jeni i sigurt nëse jeni pacient i jashtëm, pyetni stafin e spitalit.</p> <p>Ju gjithashtu mund të gjeni më shumë informacion në një fletë të dhënash të Medicare të quajtur <i>A jeni pacient i shtruar apo i jashtëm? Nëse keni</i></p> <p><i>Medicare – Pyesni!</i> Kjo fletë të dhënash është e disponueshme në internet https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ose duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Këto numra mund t'i telefononi falas, 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p> <p>Shërbimet e kujdesit spitalor i pacient i jashtëm mbulohej nga përfitimet e tjera në këtë grafik. Shihni këto dhe përfitime të tjera kur kujdesi ofrohet në një mjedis spitalor si pacient i jashtëm</p> <p>:</p> <p>“Kujdesi emergjent”</p> <p>“Mbulim emergjence/urgjent mbarëbotëror”</p> <p>“Testet diagnostike si pacient i jashtëm dhe shërbimet dhe furnizimet terapeutike”</p> <p>“Kirurgjia si pacient i jashtëm në ambientet spitalore si dhe qendrat kirurgjikale për pacientë të jashtëm”</p> <p>“Shtrimet e pjesshme në spital”</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
	<p>Kujdesi për shëndetin mendor për pacientë të jashtëm</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <p>Shërbimet për shëndetin mendor të ofruara nga një psikiatër ose mjek i licencuar nga shteti, psikolog klinik, punonjës social klinik, specialist infermier klinik, këshilltar profesionist i licencuar (LPC), terapist i</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>licencuar për martesën dhe familjen (LMFT), infermier praktikues (NP), ndihmës mjek (PA), ose profesionistë të tjerë të kujdesit për shëndetin mendor të kualifikuar nga Medicare siç lejohet sipas ligjeve në fuqi të shtetit.</p> <p>Mbulimi juaj i kujdesit për shëndetin mendor për pacientë të jashtëm i Medicare përfshin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Një ekzaminim i depresionit çdo vit kalendarik. Ekzaminimi duhet të bëhet në klinikën e mjekut të kujdesit parësor ose në një klinikë të kujdesit parësor që mund të ofrojë trajtim vijues dhe referime. • Psikoterapi individuale dhe grupe me mjekë ose profesionistë të caktuar të licencuar të lejuar nga shteti ku i merrni këto shërbime. • Këshillim familjar, nëse qëllimi kryesor është të ndihmojë në trajtimin tuaj. • Testim për të zbuluar nëse po merrni shërbimet që ju nevojiten dhe nëse trajtimi juaj aktual po ju ndihmon. • Vlerësim psikiatrik. • Menaxhim të mjekimit. 	<p>Shihni “Ekzaminimi i depresionit” në këtë grafik për ekzaminimin tuaj vjetor të depresionit.</p> <p>Shihni “Shtimi i pjesshëm në spital” në këtë grafik nëse keni nevojë për këtë trajtim të kujdesit për shëndetin mendor si pacient i jashtëm i mbuluar nga Medicare.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
	<p>Shërbimet e rehabilitimit si pacient i jashtëm</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë: fizioterapi, terapi profesionale dhe terapi gjuhësore.</p> <p>Shërbimet e rehabilitimit si pacient i jashtëm ofrohen në mjedise të ndryshme për pacientë të jashtëm, të tilla si departamentet e spitaleve për pacientë të jashtëm, klinikat e pavarura të terapistëve dhe institucionet gjithëpërfshirëse të rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF).</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë për këtë përfitim.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
	<p>Shërbimet si pacient i jashtëm për çrregullimet nga përdorimi i substancave</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet e abuzimit me substancat për pacientë të jashtëm mbulohe nga Medicare. • Përveç kësaj, Medicaid mbulon vizitat e terapisë individuale dhe në grup. I regjistruari duhet të jetë në gjendje të vetë-referohet për një vlerësim nga një ofrues i rrjetit në një periudhë dymbëdhjetë (12) mujore. <p>Ju duhet të përdorni një ofrues të Senior Whole Health Care Behavioral Health.</p> <p>Ju lutemi, kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve për më shumë informacion.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë për këtë përfitim.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Kirurgjia për pacientë të jashtëm, duke përfshirë shërbimet e ofruara në ambientet spitalore për pacientë të jashtëm dhe qendrat kirurgjikale për pacientë të jashtëm</p> <p>Shënim: Nëse jeni duke kryer një operacion në një ambient spitalor, duhet të kontrolloni me ofruesin tuaj nëse do të jeni pacient i shtruar ose pacient i jashtëm. Nëse ofruesi nuk ka shkruar një urdhër për t'ju pranuar si pacient i shtruar në spital, ju jeni një pacient i jashtëm dhe paguani shumat e ndarjes së kostos për operacionin si pacient i jashtëm. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë për këtë përfitim.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
	<p>Artikuj pa recetë (OTC) (Shtesë)*</p> <p>Ju merrni një kompensim të kombinuar prej \$285 çdo muaj për të shpenzuar për artikuj të miratuara OTC, produkte dhe barna nga plani me kartën tuaj Healthy You. Kjo pagesë mujore ndahet me kompensimin për Ushqimin dhe Produktet Ushqimore (SSBCI)*, Transportin në Vendet e Planifikuara të Miratuara, Aparatet Dëgjimore OTC, Shërbimet jo emergjente të transportit (SSBCI)* dhe Shërbimet (SSBCI)*. Ju mund ta përdorni këtë kompensim për artikujt OTC, Ushqimin dhe Produktet (SSBCI)*, Transportin për të planifikuar vendet e miratuara, aparatet e dëgjimit OTC, shërbimet jo emergjente (plotësuese) të transportit, ose për ndihmë me shërbimet komunale (energji elektrike, gaz natyror dhe ujë). Nëse nuk e përdorni të gjithë shumën e kompensimit tuaj mujor, gjendja e mbetur do të skadojë dhe nuk do të mbartet në muajin tjetër.</p> <p>Mbulimi juaj përfshin artikuj për shëndetin dhe mirëqenien pa recetë (OTC), si vitaminat, kremrat kundër diellit, qetësuesit e dhimbjeve, medikamentet për kollën dhe të ftohtin dhe fashat.</p> <p>Mund të porosisni:</p> <p>Në internet – vizitoni NationsOTC.com/Molina</p> <p>Me telefon - 877-208-9243 për të folur me një Konsulent i Përvojës së Anëtarëve të NationsOTC në (TTY 711), 24 orë në ditë, shtatë ditë në javë, 365 ditë në vit.</p> <p>Me postë – Plotësoni dhe ktheni formularin e porosisë në katalogun e produkteve.</p> <p>Artikuj pa recetë (OTC) (Shtesë)* (Vazhdim)</p> <p>Nëpërmjet pikave pjesëmarrëse të shitjes me pakicë.</p> <p>Referojuni katalogut tuaj të produkteve OTC (pa recetë) për 2026 për një listë të plotë të artikujve OTC të miratuara nga plani ose telefononi një person të informuar rreth OTC për më shumë informacion. Do të</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme nëse jeni duke përdorur kartën tuaj Healthy You.</p> <p>Ju mund të jeni përgjegjës për kostot nëse tejkaloni shumën e lejuar maksimale mujore.</p> <p>Mund aplikohen kufizime dhe përjashtime.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>gjeni informacion të rëndësishëm (udhëzimet e porosive) në Katalogun e produkteve OTC për 2026.</p> <p>Për më shumë informacion, kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve.</p> <p>* Kriteret e kualifikimit për kushtet kronike</p>	
	<p>Shërbimet e shtrimit të pjesshëm në spital dhe shërbimet intensive për pacientë të jashtëm</p> <p><i>Shtrimi i pjesshëm në spital</i> është një program i strukturuar i trajtimit aktiv psikiatrik i ofruar si shërbim spitalor për pacientë të jashtëm ose nga një qendër komunitare e shëndetit mendor, që është më intensiv se kujdesi i marrë në klinikën e mjekut tuaj ose terapistit të licencuar të martesës ose terapistit të familjes (LMFT) ose konsulentit profesionist të licencuar dhe është një alternativë ndaj shtrimit në spital si pacient i shtruar.</p> <p><i>Shërbimi intensiv për pacientë të shtruar</i> është një program i strukturuar i trajtimit aktiv të terapisë së shëndetit emocional (mendor) i ofruar në një departament spitalor për pacientë të shtruar, një qendër komunitare të shëndetit mendor, një qendër shëndetësore të kualifikuar federale ose një klinikë shëndetësore rurale që është më intensiv se kujdesi i marrë në klinikën e mjekut tuaj ose terapistit të licencuar të martesës ose terapistit të familjes (LMFT) ose konsulentit profesionist të licencuar, por më pak intensive se shtrimi i pjesshëm në spital.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për shërbimet e shtrimit të pjesshëm në spital të mbuluara nga Medicare.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
	<p>Shërbimet e mjekëve/praktikuesve, përfshirë vizitat në klinikën e mjekut</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kujdesin mjekësor të nevojshëm ose shërbimet kirurgjikale të furnizuara në klinikën e mjekut, në një qendër të certifikuar kirurgjikale për pacientë të jashtëm, në departamentin spitalor për pacientë të jashtëm ose në çdo vend tjetër. Mund të kërkohet autorizim paraprak. • Konsultimi, diagnostikimi dhe trajtimi nga një specialist • Ekzaminimet bazë të dëgjimit dhe ekuilibrit të kryera nga PCP-ja juaj, nëse mjeku juaj e porositi atë për të parë nëse keni nevojë për trajtim mjekësor • Disa shërbime të “telehealth”, duke përfshirë shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p>



Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ju keni mundësinë për t'i marrë këto shërbime nëpërmjet një vizite personalisht ose një vizite në distancë. Nëse zgjidhni të merrni një nga këto shërbime në distancë, duhet të përdorni një ofrues i rrjetit që ofron shërbimin në distancë. Nëse zgjidhni të merrni një nga këto shërbime në distancë, duhet të përdorni një ofrues i rrjetit që ofron shërbimin në distancë. Për të gjetur një ofrues të rrjetit, vizitoni faqen tonë të internetit në SWHNY.com. <p>Shërbimet e mjekëve/praktikuesve, përfshirë vizitat në klinikën e mjekut (Vazhdim)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vizitat mjekësore virtuale janë vizita mjekësore që ju ofrohen jashtë institucioneve mjekësore nga ofruesit virtualë që përdorin teknologjinë në internet dhe aftësitë audio/video të drejtpërdrejta. ◦ Shënim: Jo të gjitha gjendjet shëndetësore mund të trajtohen përmes vizitave virtuale. Mjeku i vizitës virtuale do të identifikojë nëse keni nevojë të vizitoheni te një mjek personalisht për trajtim. <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet e “telehealth” për vizitat mujore të lidhura me sëmundjen e veshkave në fazën përfundimtare për anëtarët e dializës në shtëpi në një qendër dialize renale me bazë spitalore ose me akses kritik në spital, një institucion për dializën renale ose në shtëpinë e anëtarit. Mund të kërkohet autorizim paraprak. • Shërbimet e “telehealth” për të diagnostikuar, vlerësuar ose trajtuar simptomat e një hemorragjie cerebrale, pavarësisht nga vendndodhja juaj. Mund të kërkohet autorizim paraprak. • Shërbimet e “telehealth” për anëtarët me një çrregullim të përdorimit të substancave ose çrregullime të shëndetit mendor që ndodhin bashkë, pavarësisht vendndodhjes së tyre. Mund të kërkohet autorizim paraprak. • Shërbimet e teleshëndetësisë për diagnostikimin, vlerësimin dhe trajtimin e çrregullimeve të shëndetit mendor nëse: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ju bëni një vizitë personalisht brenda 6 muajve përpara vizitës suaj të parë të teleshëndetësisë ◦ Ju bëni një vizitë personalisht çdo 12 muaj ndërsa merrni këto shërbime të teleshëndetësisë ◦ Për rrethana të caktuara mund të bëhen përjashtime nga sa më sipër • Shërbimet e teleshëndetësisë për vizitat e shëndetit mendor të ofruara nga klinikat shëndetësore rurale dhe qendrat shëndetësore të kualifikuara federale 	




Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollat virtuale (për shembull, me telefon ose bisedë video) me mjekun tuaj për 5-10 minuta nëse: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ju nuk jeni pacient i ri dhe ◦ Regjistrimi nuk lidhet me një vizitë në klinikë në 7 ditët e fundit dhe ◦ Regjistrimi nuk çon në një vizitë në klinikë brenda 24 orëve ose në takimin më të shpejtë të disponueshëm • Vlerësimi i videos dhe/ose imazheve që i dërgoni mjekut tuaj, dhe interpretimi dhe ndjekja nga mjeku juaj brenda 24 orëve nëse: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ju nuk jeni pacient i ri dhe ◦ Vlerësimi nuk lidhet me një vizitë në klinikë në 7 ditët e fundit dhe ◦ Vlerësimi nuk çon në një vizitë në klinikë brenda 24 orëve ose në takimin më të shpejtë të disponueshëm <p>Shërbimet e mjekëve/praktikuesve, përfshirë vizitat në klinikën e mjekut (Vazhdim)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsultimi i mjekut tuaj me mjekë të tjerë nëpërmjet telefonit, internetit ose me kartelën elektronike shëndetësore • Mendimi i dytë nga një ofruar tjetër i rrjetit përpara operacionit • Kujdesi jo-rutinë dentar (shërbimet e mbuluara janë të kufizuara në operacionin e nofullës ose strukturave të lidhura me to, ngjitjen e frakturave të nofullës ose kockave të fytyrës, ekstraktimin e dhëmbëve për të përgatitur nofullën për trajtimet me rrezatim të sëmundjes së kancerit neoplazik, ose shërbimet që do të mbuloheshin kur ofrohen nga një mjek). Mund të kërkohet autorizim paraprak. • Shërbimet e monitorimit në klinikën e mjekut ose në një mjedis spitalor për pacientë të jashtëm nëse jeni duke marrë medikamente antikoaguluese, të tilla si Coumadin, Heparin ose Warfarin. 	
	<p>Shërbimet e podiatrisë (të mbuluara nga Medicare)</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnoza dhe trajtimi mjekësor ose kirurgjik i lëndimeve dhe sëmundjeve të këmbëve (të tilla si gishti i dalë ose thembrat e dala) • Kujdesi rutinë i këmbëve për anëtarët me gjendje të caktuara shëndetësore që prekin gjymtyrët e poshtme 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë për këtë përfitim.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Profilaksia para ekspozimit (PrEP) për parandalimin e HIV</p> <p>Nëse nuk keni HIV, por mjeku juaj ose një mjek tjetër i kujdesit shëndetësor përcakton se jeni në një rrezik në rritje për HIV, ne mbulojmë medikamentet e profilaksisë para ekspozimit (PrEP) dhe shërbimet përkatëse.</p> <p>Nëse kualifikoheni, shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnat orale ose të intravenoze PrEP të miratuara nga FDA. Nëse po merrni një bar intravenoz, ne gjithashtu mbulojmë tarifën për injektimin e barit. • Deri në 8 seanca individuale këshillimi (përfshirë vlerësimin e rrezikut të HIV, zvogëlimin e rrezikut të HIV dhe respektimin e barnave) çdo 12 muaj. • Deri në 8 ekzaminime për HIV çdo 12 muaj. <p>Një ekzaminim i njëhershëm i virusit të hepatitit B.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për përfitimin e PrEP.</p>
	<p>Ekzaminimet e depistimit të kancerit të prostatës</p> <p>Për burrat e moshës 50 vjeç e lart, shërbimet e mbuluara përfshijnë sa vijon një herë në 12 muaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekzaminimi digjital rektal • Testi i antigjenit specifik të prostatës (PSA) 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për një test vjetor PSA.</p>
	<p>Pajisjet protetike dhe ortotike dhe furnizimet përkatëse</p> <p>Pajisjet (përveç atyre dentareve) që zëvendësojnë të gjithë ose një pjesë të një pjese ose funksioni të trupit. Këto përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm me: vendosjen ose trajnimin për përdorimin e pajisjeve protetike dhe ortotike; si edhe: qeset dhe furnizimet e kolostomisë që lidhen drejtpërdrejt me kujdesin për kolostominë, stimuluesit kardiakë, mbajtëset, këpucët protetike, gjymtyrët artificiale dhe protezat e gjirit (duke përfshirë sytjena kirurgjikale pas një mastektomie). Përfshin furnizime të caktuara që lidhen me pajisjet protetike dhe ortotike dhe riparimin dhe/ose zëvendësimin e pajisjeve protetike dhe ortotike. Gjithashtu përfshin disa mbulime pas heqjes së kataraktit ose operacionit të kataraktit - shihni <i>Kujdesi për sytë</i> më vonë në këtë seksion për më shumë detaje.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
	<p>Shërbimet e rehabilitimit pulmonar</p> <p>Programet gjithëpërfshirëse të rehabilitimit pulmonar mbulohen për anëtarët që kanë sëmundje pulmonare obstruktive kronike të moderuar deri në shumë të rëndë (COPD) dhe një porosi për rehabilitimin pulmonar nga mjeku që trajton sëmundjen kronike të frymëmarrjes.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë për këtë përfitim.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Ekzaminimi dhe këshillimi për të reduktuar abuzimin me alkoolin</p> <p>Ne mbulojmë një ekzaminim të abuzimit me alkoolin për të rriturit me Medicare (duke përfshirë gratë shtatzëna) që abuzojnë me alkoolin, por nuk janë të varur nga alkooli.</p> <p>Nëse rezultoni pozitiv për abuzimin me alkoolin, mund të merrni deri në 4 seanca të shkurtra këshillimi ballë për ballë në vit (nëse jeni kompetent dhe vigilent gjatë këshillimit) të ofruara nga një mjek ose praktikues i kualifikuar i kujdesit parësor në një mjedis të kujdesit parësor.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për ekzaminimin dhe këshillimin e mbuluar nga Medicare për të reduktuar përfitimin parandalues të abuzimit me alkoolin.</p>
	<p>Ekzaminimi për kancerin e mushkërive me tomografi të kompjuterizuar me dozë të ulët (LDCT)</p> <p>Për personat e kualifikuar, mbulohet një LDCT çdo 12 muaj.</p> <p>Anëtarë të kualifikuar janë: personat e moshës 50 – 77 vjeç që nuk kanë shenja apo simptoma të kancerit të mushkërive, por që kanë një histori të pirjes së duhanit me paketë prej të paktën 20 vitesh dhe që aktualisht pinë duhan ose e kanë lënë duhanin brenda 15 viteve të fundit, të cilët marrin një porosi me shkrim për LDCT gjatë një këshillimi për depistimin e kancerit të mushkërive dhe një vizitë të përbashkët vendimmarrëse që plotëson kriteret e Medicare për vizita të tilla dhe të jepet nga një mjek ose praktikues i kualifikuar jo-mjek.</p> <p>Ekzaminimi për kancerin e mushkërive me tomografi të kompjuterizuar me dozë të ulët (LDCT) (Vazhdim)</p> <p><i>Për depistimet e kancerit të mushkërive me LDCT pas ekzaminimit fillestar me LDCT:</i> anëtari duhet të marrë një porosi për depistimin e kancerit të mushkërive me LDCT, i cili mund të jepet gjatë çdo vizite të përshtatshme me një mjek ose praktikues të kualifikuar jo-mjek. Nëse një mjek ose praktikues jo-mjek i kualifikuar zgjedh të ofrojë një këshillim për depistimin e kancerit të mushkërive dhe një vizitë për vendimmarrje të përbashkët për ekzaminimet e mëvonshme të kancerit të mushkërive me LDCT, vizita duhet të përmbushë kriteret e Medicare për vizita të tilla.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këshillimin dhe vizitën e përbashkët të vendimmarrjes të mbuluar nga Medicare ose për LDCT.</p>
	<p>Ekzaminimi për infeksionin e virusit të hepatitit C</p> <p>Ne mbulojmë një ekzaminim të hepatitit C nëse mjeku juaj i kujdesit parësor ose ofruesi tjetër i kualifikuar i kujdesit shëndetësor urdhëron një të tillë dhe ju plotësoni një nga këto kushte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeni në rrezik të lartë sepse keni përdorur ose keni përdorur droga të paligjshme injeksioni. • Keni bërë një transfuzion gjaku para vitit 1992. • Keni lindur midis viteve 1945-1965. 	<p>Nuk ka bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për shqyrtimin e mbuluar nga Medicare për Virusin e Hepatitit C.</p>


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Nëse keni lindur midis viteve 1945-1965 dhe nuk konsideroheni me rrezik të lartë, ne paguajmë për një kontroll një herë. Nëse jeni në rrezik të lartë (për shembull, keni vazhduar të përdorni barna të paligjshme të injektimit që nga testi juaj i mëparshëm negativ i shqyrtimit të hepatitit C), ne mbulojmë shqyrtimet vjetore.</p>	
	<p>Ekzaminimi për infeksionet seksualisht të transmetueshme (STI) dhe këshillimi për parandalimin e STI-ve</p> <p>Ne mbulojmë ekzaminimet e infeksioneve seksualisht të transmetueshme (STI) për klamidian, gonorrean, sifilizin dhe hepatitin B. Këto ekzaminime mbuloohen për gratë shtatzëna dhe për disa persona që janë në rrezik të shtuar për një STI kur testet porositen nga një ofrues i kujdesit parësor. Ne i mbulojmë këto analiza një herë në 12 muaj ose në periudha të caktuara gjatë shtatzënisë.</p> <p>Ne gjithashtu mbulojmë deri në 2 seanca individuale me intensitet të lartë 20 deri në 30 minuta, ballë për ballë, me këshillim të sjelljes çdo vit për të rriturit seksualisht aktivë me rrezik të shtuar për STI. Ne do t'i mbulojmë këto seanca këshillimi si një shërbim parandalues vetëm nëse ato ofrohen nga një ofrues i kujdesit parësor dhe zhvillohen në një mjedis të kujdesit parësor, siç është klinika e mjekut.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për ekzaminimin e mbuluar nga Medicare për STI-të dhe këshillim për përfitimet parandaluese të STI-ve.</p>
	<p>Shërbimet për trajtimin e sëmundjeve të veshkave</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet e edukimit për sëmundjet e veshkave për të mësuar kujdesin ndaj veshkave dhe për të ndihmuar anëtarët të marrin vendime të informuara për kujdesin e tyre. Për anëtarët me sëmundje kronike të veshkave në fazën IV, kur referohen nga mjeku i tyre, ne mbulojmë deri në 6 seanca edukimi për sëmundjen e veshkave gjatë jetës. • Trajtimet e dializës si pacient i jashtëm (duke përfshirë trajtimet e dializës kur përkohësisht janë jashtë fushës së shërbimit, siç shpjegohet në kapitullin 3, ose kur ofruesi juaj për këtë shërbim është përkohësisht i padisponueshëm ose i paarritshëm) • Trajtimet e dializës për pacientët e shtruar (nëse jeni shtruar si pacient i shtruar në një spital për kujdes të veçantë) • Trajnim për vetëdializë (përfshin trajnime për ju dhe këdo që ju ndihmon me trajtimet tuaja të dializës në shtëpi) • Pajisjet dhe furnizimet e dializës në shtëpi • Disa shërbime të mbështetjes në shtëpi (të tilla si, kur është e nevojshme, vizita nga punonjës të trajnuar të dializës për të kontrolluar dializën tuaj në shtëpi, për të ndihmuar në raste emergjence dhe për të kontrolluar pajisjet tuaja të dializës dhe furnizimin me ujë) 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p> <p>Trajtimet e dializës si pacient i shtruar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shihni “Kujdesi spitalor për pacientë të shtruar” në këtë grafik. <p>Pajisjet dhe furnizimet e dializës në shtëpi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shihni “Pajisjet mjekësore të qëndrueshme dhe furnizime të ngjashme” në këtë grafik. <p>Shërbimet e mbështetjes në shtëpi</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Disa barna për dializë mbulohen nga Medicare Part B. Për informacion rreth mbulimit për Barnat e Part B, shihni barnat e Medicare Part B në këtë tabelë.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Shihni “Agjencia e kujdesit shëndetësor në shtëpi” në këtë grafik. <p>Barnat e dializës me receta të Medicare Part B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shihni “Barnat me receta të Medicare Part B” në këtë grafik.
	<p>Kujdesi në institucionin e kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar (SNF)</p> <p>(Për një përkufizim të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar, shihni Kapitullin 12. Institucionet e kualifikuara të infermierisë quhen ndonjëherë SNF).</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm me:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dhomë gjysmë-private (ose dhomë private nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore) • Ushqimi duke përfshirë dieta të veçanta • Shërbimet e kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar • Fizioterapia, terapia profesionale dhe terapia e të folurit • Barnat që ju administrohen si pjesë e planit tonë të kujdesit (Kjo përfshin substanca që janë të pranishme në mënyrë të natyrshme në trup, siç janë faktorët e koagulimit të gjakut). <p>Kujdesi në institucionin e kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar (SNF) (Vazhdim)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjaku, duke përfshirë ruajtjen dhe administrimin. Mbulimi i gjakut të plotë dhe rruazave të kuqe të paketuara fillon vetëm me pintën e katërt të gjakut që ju nevojitet, ose duhet të paguani shpenzimet për 3 pintat e para të gjakut që merrni në një vit kalendarik ose të dhuroni gjakun nga ju ose dikush tjetër. Të gjithë përbërësit e tjerë të gjakut mbulohen duke filluar me pintën e parë të përdorur. • Furnizimet mjekësore dhe kirurgjikale që sigurohen zakonisht nga SNF-të • Testet laboratorike që ofrohen zakonisht nga SNF-të • Rrezet X dhe shërbime të tjera radiologjike që ofrohen zakonisht nga SNF-të • Përdorimi i pajisjeve të tilla si karriget me rrota të ofruara zakonisht nga SNF-të • Shërbimet e mjekut/praktikuesit 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë për këtë përfitim.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p> <p>Përveç rasteve të emergjencës, doktori juaj duhet t’i thotë planit se ju do të shtroheni në SNF. Nuk kërkohet shtrim paraprak në spital.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>Në përgjithësi, ju merrni kujdesin tuaj SNF nga institucionet e rrjetit. Sipas kushteve të caktuara të renditura më poshtë, ju mund të jeni në gjendje të paguani ndarjen e kostos brenda rrjetit për një strukturë që nuk është ofruar rrjeti, nëse struktura pranon shumat e planit tonë për pagesë.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institucioni i përkujdesjes ose komuniteti i pensionistëve me kujdes të vazhdueshëm ku jetoni pikërisht përpara se të shkonit në spital (për sa kohë që ofron kujdes të kualifikuar shëndetësor për të moshuar) • Një SNF ku jetoni bashkëshorti ose partneri juaj familjar në momentin që dilni nga spitali 	
	<p>Lënia dhe ndërprerja e përdorimit të duhanit (këshillim për të ndërprerë ose për lënë duhanin)</p> <p>Këshillimi për ndërprerjen e pirjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit mbulohet për pacientët e shtruar dhe të shtruar në spital që plotësojnë këto kritere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Përdorni duhan, pavarësisht nëse ato shfaqin shenja ose simptoma të sëmundjeve të lidhura me duhanin • Janë kompetent dhe vigjilent gjatë këshillimit • Një mjek i kualifikuar ose një mjek tjetër i njohur nga Medicare ofron këshillim <p>Ne mbulojmë 2 përpjekje për ndërprerje në vit (çdo përpjekje mund të përfshijë një maksimum prej 4 seanca të ndërmjetme ose intensive, me pacientin që merr deri në 8 seanca në vit.)</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për përfitimet parandaluese të ndërprerjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit të mbuluara nga Medicare.</p>
	<p>Shërbimet e ndërprerjes së pirjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit (Shtesë)*</p> <p>Nëse dëshironi të lini duhanin, duhet të flisni me mjekun tuaj të kujdesit parësor ose të telefononi Departamentin tonë të Edukimit Shëndetësor.</p> <p>Përveç mbulimit të ofruar nga përfitimi për ndërprerjen e pirjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit të mbuluar nga Medicare, plani mbulon 8 shërbime këshillimi shtesë</p> <p>Shërbimet e ndërprerjes së pirjes së duhanit dhe përdorimit të duhanit (Shtesë)* (Vazhdon)</p> <p>çdo vit kalendarik për t'ju ndihmuar të ndaloni pirjen e duhanit ose përdorimin e produkteve të duhanit.</p> <p>Ju duhet të shteroni përfitimin tuaj të ndërprerjes së përdorimit të duhanit të mbuluar nga Medicare përpara se plani të paguajë për mbulimin sipas këtij përfitimi.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
<p>Përfitime të veçanta shtesë për të sëmurët kronikë</p> <p>Nëse jeni diagnostikuar me ndonjë nga gjendjet kronike vijuese të identifikuar më poshtë dhe përmbushni disa kritere, mund të keni të drejtë për përfitime të veçanta shtesë për të sëmurët kronikë.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çrregullime autoimune; • Çrregullime kardiovaskulare • Insuficiencë kardiake kronike • Demencë • Diabet mellitus • Çrregullime kronike të mushkërive • Sëmundje kronike e veshkave (SKV) • Çrregullimi kronik i përdorimit të alkoolit dhe çrregullime të tjera të përdorimit të substancave (SUD-të) • Kancer • Mbipesha, obeziteti dhe sindroma metabolike • Sëmundje kronike gastrointestinale • Çrregullime të rënda hematologjike • HIV/AIDS • Gjendje kronike dhe paaftësi e shëndetit mendor • Çrregullime neurologjike • Hemorragji cerebrale • Pas transplantimit të organeve • Mungesa e imunitetit dhe çrregullimet imunosupresive • Sëmundjet që lidhen me dëmtimin kognitiv • Sëmundjet që ndikojnë në aftësinë e personave për kryerjen e aktiviteteve • Sëmundjet kronike që dëmtojnë shikimin, dëgjimin (shurdhim), shijen, prekjen dhe nuhatjen • Sëmundjet që kërkojnë shërbime të vazhdueshme të terapisë në mënyrë që individët të ruajnë aftësitë për kryerjen e aktiviteteve <p>Ne do t'ju ndihmojmë të keni akses në këto përfitime. Ju mund të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve ose Koordinatorin tuaj të Kujdesit shëndetësor për të nisur kërkesën tuaj ose për të marrë informacion shtesë.</p> <p>Përfitime të veçanta shtesë për pacientët me sëmundje kronike (Vazhdim)</p> <p>Shënim: Duke kërkuar këtë përfitim, ju po autorizoni përfaqësuesit e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) që t'ju kontaktojnë me telefon, postë ose çdo mënyrë tjetër komunikimi siç përshkruhet shprehimisht në aplikimin tuaj.</p>	<p>Nuk ka bashkësigurim ose bashkëpagesë nëse përdorni kartën tuaj Healthy You.</p> <p>Mund të kërkohet pjesëmarrja në një program të menaxhimit të kujdesit. Anëtarët duhet gjithashtu të kenë miratimin e mjekut për testim bazuar në mungesën e informacionit mjekësor historik.</p> <p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
<p>Pas miratimit, karta juaj e mbushur prapakisht Healthy You do të debitohet automatikisht me një kompensim të kombinuar prej \$285 çdo muaj që do të përdoret për përfitimet SSBCI. Çdo fond i papërdorur në fund të çdo muaji nuk do të bartet në muajin pasardhës.</p> <p>Ushqime dhe produkte ushqimore*</p> <p>Përfituesit me një sëmundje kronike të listuar më sipër janë gjithashtu të kualifikuar për përfitimin e ushqimit dhe produkteve ushqimore nëpërmjet kartës Healthy You. Karta Healthy You do të mbushet automatikisht me një maksimum prej \$285 në muaj, e kombinuar me artikuj pa recetë (OTC), aparate dëgjimi OTC, transport për vendndodhje shëndetësore të miratuara nga plani, transport për nevoja jo-mjekësore dhe shërbime komunale* (energji elektrike dhe gaz, ujë).</p> <p>Mund ta përdorni shumën e lejuar në kartën Healthy You për të blerë një shumëllojshmëri produktesh ushqimore të shëndetshme të markave të njohura dhe gjenerike nëdyqanin tuaj lokal, ose në internet me porosi për në shtëpi pa kosto shtesë në SWHMA.com.</p> <p>Çdo fond i papërdorur në fund të çdo muaji nuk do të bartet në muajin pasardhës.</p> <p>Transporti për nevoja jo-mjekësore</p> <p>Ju mund të përdorni kartën tuaj Healthy You për të blerë udhëtime për nevoja jo-mjekësore në vende të miratuara, siç janë qendrat e stërvitjes, depot ushqimore, dyqanet ushqimore, farmacitë për të blerë furnizime OTC, shërbimet fetare dhe qendrat e të moshuarve. Për më shumë informacion, ju lutemi shkoni te seksioni i kartës së debitit të financuar paraprakisht Healthy You.</p> <p>Shërbimet komunale*</p> <p>Anëtarët duhet të përfshihen në një vlerësim për të përcaktuar të drejtën për ndihmë sipas përfitimit për ndihmë me Shërbimet komunale (energji elektrike dhe gaz, ujë).</p> <p>Karta “Healthy You” do të mbushet automatikisht me një maksimum prej \$285 në muaj, së bashku me artikujt pa recetë (OTC), aparatet e dëgjimit OTC, ushqimet dhe produktet ushqimore*, transportin për vendndodhjet shëndetësore të miratuara nga plani dhe transportin për nevojat jo-mjekësore.</p> <p>*Kriteret e kualifikimit për sëmundjet kronike</p>	
<p>Fizioterapi me profesionist (SET)</p> <p>SET mbulohet për anëtarët që kanë sëmundje simptomatike të arterieve periferike (PAD).</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim ose bashkëpagesë për anëtarët e kualifikuar për këtë përfitim.</p>


Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
<p>Deri në 36 seanca gjatë një periudhe 12-javore mbuloohen nëse plotësohen kërkesat e programit SET.</p> <p>Programi SET duhet:</p> <p>Fizioterapi me profesionist (SET) (Vazhdim)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Të përbëhet nga seanca që zgjasin 30-60 minuta, që përfshijnë një program ushtrimesh terapeutike-ushtimore për PAD në pacientët me klaudikacion • Të kryhet në një mjedis spitalor për pacientë të jashtëm ose në klinikën e një mjeku • Të dorëzohet nga personeli ndihmës i kualifikuar i nevojshëm për t'u siguruar që përfitimet të tejkalojnë dëmet dhe të cilët janë të trajnuar në terapi ushtimore për PAD • Të jetë nën mbikëqyrjen e drejtpërdrejtë të një mjeku, ndihmës mjeku ose infermieri specialist/infermieri klinik, i cili duhet të trajnohet në teknikat bazë dhe të avancuara për mbajtje në jetë <p>SET mund të mbulohet përtej 36 seancave gjatë 12 javëve për 36 seanca shtesë për një periudhë të zgjatur kohore nëse konsiderohet e nevojshme nga pikëpamja mjekësore nga një ofrues i kujdesit shëndetësor.</p>	<p>Mund të kërkohet autorizim paraprak.</p>
<p>Transporti jo emergjent (Shtesë)</p> <p>Ju keni një kompensim të kombinuar prej \$285 çdo muaj për të shpenzuar për transportin në një vendndodhje shëndetësore sipas gjykimit tuaj në kartën tuaj Healthy You. Kjo shumë nuk korrespondon me një numër të caktuar “udhëtimesh”, por mund të përdoret për të blerë transport jo-emergjent deri në kufirin e përfitimit. Kjo shumë është e kombinuar me artikujt pa recetë (OTC), Ndihamat e Dëgjimit OTC, Ushqimi dhe Produktet*, Transporti për Vendndodhjet Shëndetësore të Miratuara nga Plani dhe Leja Mujore e Shërbimeve. Nëse nuk e përdorni të gjithë shumën e përfitimit mujor, gjendja e mbetur do të skadojë dhe nuk do të mbartet në muajin tjetër.</p> <p>Ju mund të përdorni kartën tuaj të mbushur paraprakisht Healthy You për të blerë udhëtime në aplikacionet e transportit, në shërbime taksi ose drejt formave të tjera të transportit jo-emergjent, të tilla si abonete e autobusëve, abonete e trenit ose forma të tjera të transportit publik. Anëtarët inkurajohen të maksimizojnë numrin e udhëtimeve të disponueshme përmes kësaj kompensimi. Për destinacionet e kërkuara zakonisht, si qendrat e dializës ose objektet e fizioterapisë, kontaktoni direkt objektin ofrues për të parë nëse transporti më ekonomik është i disponueshëm përpara se të planifikoni përmes një shërbimi transporti të përbashkët ose me pakicë.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim ose bashkëpagesë nëse jeni duke përdorur kartën tuaj Healthy You.</p> <p>Ju mund të jeni përgjegjës për kostot nëse tejkalonit shumën e lejuar maksimale vjetore.</p> <p>Mund aplikohen kufizime dhe përjashtime. Nëse keni nevojë për kujdes emergjent, telefononi 911 dhe kërkoni një ambulancë.</p> <p>Referojuni “Shërbimeve të ambulancës” në këtë grafik për të mësuar më shumë rreth transportit të emergjencës.</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	*Kriteret e kualifikimit për sëmundjet kronike	
	<p>Shërbimet urgjentisht të nevojshme</p> <p>Një shërbim i mbuluar nga plani që kërkon kujdes të menjëhershëm mjekësor, por që nuk është urgjencë, është një shërbim i nevojshëm urgjentisht nëse ndodheni përkohësisht jashtë zonës së shërbimit të planit tonë, ose, edhe nëse ndodheni brenda zonës së shërbimit të planit tonë, është e paarsyeshme duke pasur parasysh kohën, vendin dhe rrethanat tuaja të merrni këtë shërbim nga ofruesit e rrjetit. Plani ynë duhet të mbulojë shërbimet urgjentisht të nevojshme dhe duhet t'ju tarifojë vetëm për ndarjen e kostos brenda rrjetit. Shembuj të shërbimeve urgjentisht të nevojshme janë sëmundjet dhe lëndimet mjekësore të paparashikuara, ose shpërthimet e papritura të kushteve ekzistuese. Vizitat rutinë të ofruesve të shërbimeve mjekësore (si kontrollet vjetore) nuk konsiderohen të nevojshme urgjentisht edhe nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit tonë ose rrjeti ynë i planit është përkohësisht i padisponueshëm.</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këto shërbime.
	<p>Kujdesi për sytë (i mbuluar nga Medicare)</p> <p>Shërbimet e mbuluara përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shërbimet e mjekut si pacient i jashtëm për diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve dhe dëmtimeve të syrit, duke përfshirë trajtimin për degjenerimin makular të lidhur me moshën. Original Medicare nuk mbulon ekzaminimet rutinë të syve (refraksionet e syve) për syze/kontakte. • Për personat që janë në rrezik të lartë të glaukomës, ne do të mbulojmë një ekzaminim të glaukomës çdo vit. Personat me rrezik të lartë të glaukomës përfshijnë: personat me një historik glaukome në familje, personat me diabet, afrikano-amerikanët që janë 50 vjeç e lart dhe amerikanët hispanikë që janë 65 vjeç e lart. • Për persona me diabet, ekzaminimi për retinopati diabetike mbulohet një herë në vit • Një palë syze ose lente kontakti pas çdo operacioni të kataraktit që përfshin futjen e një lenteje intraokulare. Nëse bëni 2 operacione të veçanta të kataraktit, nuk mund të rezervoni përfitimin pas operacionit të parë dhe të blini 2 palë syze pas operacionit të dytë. <p>Kujdesi për sytë (Shtesë)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Një ekzaminim rutinë i syve çdo vit • Syzet, limiti deri në \$350 çdo vit <p>Shërbimet e mbuluara nga Medicaid përfshijnë:</p>	Nuk ka asnjë bashkësigurim ose bashkëpagesë për anëtarët e kualifikuar për këtë përfitim. Mund të kërkohet autorizim paraprak për syzet.

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<ul style="list-style-type: none"> Shërbimet e optometristëve, oftalmologëve dhe dispensuesve oftalmikë, duke përfshirë syze, lente kontakti dhe lente polikarbonate të nevojshme nga pikëpamja mjekësore, sy artificialë (të gatshme ose me porosi), pajisje ndihmëse për shikim të ulët dhe shërbime për shikim të ulët. Mbulimi përfshin riparimin ose zëvendësimin e pjesëve. <p>Kujdesi për sytë (i mbuluar nga Medicare) (Vazhdon)</p> <p>Ekzaminimet për diagnostikimin dhe trajtimin e defekteve të shikimit dhe/ose sëmundjeve të syrit. Ekzaminimet për refraksion janë të kufizuara në çdo 2 vjet, përveç nëse është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Duhet të përdorni një ofrues i rrjetit. Shikoni Listën e Ofruesve dhe Farmacive ose telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve për të marrë një listë.</p>	
	<p>Mirë se vini në vizitën parandaluese të Medicare</p> <p>Plani ynë mbulon vizitën parandaluese që kryhet një herë <i>Welcome to Medicare</i>. Vizita përfshin një shqyrtim të shëndetit tuaj, si dhe edukim dhe këshillim në lidhje me shërbimet parandaluese që ju nevojiten (duke përfshirë disa ekzaminime dhe vaksina) dhe referime për kujdes tjetër nëse nevojitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> E rëndësishme: Ne mbulojmë vizitën parandaluese <i>Welcome to Medicare</i> vetëm brenda 12 muajve të parë që keni Medicare Part B. Kur të bëni takimin tuaj, njoftoni klinikën e mjekut që dëshironi të planifikoni vizitën tuaj parandaluese <i>Welcome to Medicare</i>. 	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për vizitën parandaluese <i>Welcome to Medicare</i>.</p>
	<p>Mbulim emergjence në mbarë botën (suplementar)*</p> <p>Si përfitim shtesë, mbulimi juaj përfshin deri në \$10,000 çdo vit kalendarik për kujdes emergjence në mbarë botën jashtë Shteteve të Bashkuara (SHBA)</p> <p>Ky përfitim është i kufizuar në shërbimet që do të klasifikoheshin si kujdes i emergjencës nëse kujdesi i ofruar në SHBA, mbulimi në mbarë botën përfshin kujdesin emergjent dhe kujdesin pas stabilizimit.</p> <p>Kur ndodhin këto situata, ne kërkojmë që ju ose dikush që kujdeset për ju të na telefonojë. Ne do të përpiqemi të organizojmë që ofruesit e rrjetit të marrin përsipër kujdesin tuaj sa më shpejt që ta lejojë gjendja juaj shëndetësore dhe rrethanat.</p> <p>Transporti për në SHBA nga një vend tjetër nuk mbulohet. Kujdesi rutinë dhe procedurat e paracaktuara ose elektive nuk mbuloohen.</p> <p>Taksat dhe tarifat e huaja (duke përfshirë, por pa u kufizuar me, tarifat e konvertimit të monedhës ose transaksionit) nuk mbuloohen.</p>	<p>Nuk ka asnjë bashkësigurim, bashkëpagesë ose shumë të zbritshme për këtë përfitim.</p> <p>Nëse merrni kujdes emergjent jashtë SHBA-së dhe keni nevojë për kujdes si pacient i shtruar pasi gjendja juaj e emergjencës është stabilizuar, ju duhet të ktheheni në një spital të rrjetit në mënyrë që kujdesi juaj të vazhdojë të mbulohet OSE duhet të keni kujdesin tuaj si pacient i shtruar në spitalin jashtë</p>

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

	Shërbimet e mbuluara	Çfarë paguani
	<p>SHBA nënkupton 50 shtetet, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island dhe American Samoa.</p> <p>Mbulim emergjence në mbarë botën (suplementar)* (Vazhdim)</p>	<p>rrjetit të autorizuar nga plani.</p> <p>Kostoja juaj është ndarja e kostos që do të paguanit në një spital të rrjetit. Zbatohet maksimumi i planit.</p> <p>Mund t'ju duhet të paraqisni një kërkesë për rimbursimin e kujdesit emergjent/urgjent të marrë jashtë</p> <p>Sh.B.A.</p> <p>Plani maksimal prej \$10,000 çdo vit kalendarik zbatohet për këtë përfitim.</p>

SEKSIONI 3 Cilat shërbime mbulohen jashtë Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)?

Shërbimet e mëposhtme nuk mbulohen nga Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP), por janë të disponueshme përmes Medicaid:

- Shërbimet e Planifikimit Familjar jashtë rrjetit sipas dispozitave të aksesit të drejtpërdrejtë,
- Përfitimet e farmacisë së Medicaid siç lejohen nga ligji i shtetit (zgjidhni kategoritë e barnave të përjashtuara nga përfitimi i Medicare Part D),
- Programet e trajtimit të rregullt me metadon,
- Shërbimet e rehabilitimit të ofruara për banorët e Rezidencave Komunitare të Licencuara të OMH (CR) dhe programeve të trajtimit të bazuar në familje,
- Zyra për Shërbimet e Personave me Aftësi të Kufizuara në Zhvillim,
- Menaxhimi gjithëpërfshirës i çështjes të Medicaid
- Terapia e vëzhguar drejtpërdrejt (DOT) për sëmundjen e tuberkulozit,

SEKSIONI 4 Shërbime që nuk mbulohen nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) OSE Medicaid

Ky seksion ju tregon se cilat shërbime janë të përjashtuara.

Grafiku më poshtë rendit disa shërbime dhe artikuj që nuk mbulohen nga Medicaid për asnjë gjendje shëndetësore ose mbulohen vetëm nga Medicaid në kushte specifike.

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Nëse merrni shërbime që janë të përjashtuara (nuk mbulohen), ju duhet t'i paguani ato vetë, përveç rrethanave specifike të renditura më poshtë. Edhe nëse i merrni shërbimet e përjashtuara në një institucion emergjence, shërbimet e përjashtuara ende nuk mbulohen dhe plani ynë nuk do të paguajë për to. Përjashtimi i vetëm është nëse bëhet apelim ndaj shërbimit dhe vendoset pas apelimit që ai është një shërbim mjekësor që duhet ta kishim paguar ose mbuluar për shkak të situatës suaj specifike. (Për informacion në lidhje me apelimin e një vendimi që kemi marrë për të mos mbuluar një shërbim mjekësor, shkoni te Kapitulli 9, Seksioni 6.3.)

Shërbimet që nuk mbulohen nga Medicare	Mbuluar vetëm në rrethana specifike
Akupunktura	E disponueshme për njerëzit me dhimbje kronike të mesit në rrethana të caktuara.
Kirurgjia ose procedurat estetike	Mbulohen në rastet e një dëmtimi aksidental ose për përmirësimin e funksionimit të një gjymtyre të keqformuar të trupit. Mbulohen për të gjitha fazat e rindërtimit për një gji pas një mastektomie, si dhe për gjirin e paprekur për të prodhuar një pamje simetrike.
Kujdesi kujdestar Kujdesi kujdestar është kujdesi personal që nuk kërkon vëmendjen e vazhdueshme të personelit të trajnuar mjekësor ose paramjekësor, siç është kujdesi që ju ndihmon me aktivitetet e jetës së përditshme, të tilla si larja ose veshja.	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë
Procedurat eksperimentale mjekësore dhe kirurgjike, pajisjet dhe mjekimet Procedurat dhe artikujt eksperimentalë janë ata artikuj dhe procedura të përcaktuara nga Original Medicare që nuk pranohen përgjithësisht nga komuniteti mjekësor.	Mund të mbulohen nga Original Medicare sipas një studimi kërkimor klinik të miratuar nga Medicare ose nga plani ynë. (Shihni Kapitullin 3, Seksionin 5 për më shumë informacion mbi studimet kërkimore klinike)
Tarifat e tarifuara për kujdesin nga të afërmit tuaj të afërt ose anëtarët e familjes suaj	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë
Kujdesi infermieror me kohë të plotë në shtëpinë tuaj	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë
Gatime të dërguara në shtëpi	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë
Shërbimet në shtëpi përfshijnë ndihmë bazë në shtëpi, duke	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë

Kapitulli 4: Grafiku i përfitimeve mjekësore (çfarë mbulohet)

Shërbimet që nuk mbulohen nga Medicare	Mbuluar vetëm në rrethana specifike
përfshirë punë të lehta shtëpiake ose përgatitjen e vakteve të lehta.	
Shërbimet e naturopatisë (përdorimi i trajtimeve natyrale ose alternative)	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë
Këpucë ortopedike ose pajisje mbështetëse për këmbët	Këpucët që janë pjesë e mbajtëses së këmbës dhe përfshihen në koston e mbajtëses. Këpucë ortopedike ose terapeutike për personat me sëmundje të këmbës diabetike. Këpucët ortopedie mund të mbulohen sipas Medicaid
Sendet personale në dhomën tuaj në një spital ose në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar, të tilla si telefon ose televizor	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë
Dhomë private në një spital	Mbulohet vetëm kur është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore
Zmbrapsja e procedurave të sterilizimit ose furnizimeve kontraceptive pa recetë	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë
Kujdesi rutinë kiropraktik	Manipulimi manual i shtyllës kurrizore për të korrigjuar subluksacionin është i mbuluar
Kujdesi rutinë dentar, të tilla si pastrimet, mbushjet ose protezat	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë Shihni Grafikun e Përfitimeve Mjekësore për më shumë informacion.
Ekzaminimet rutinë të syve, keratotomia radiale, kirurgjia LASIK dhe mjete të tjera ndihmëse për shikimin e dobët.	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë Shihni Grafikun e Përfitimeve Mjekësore për më shumë informacion.
Kujdes rutinë për këmbët	Disa mbulime të kufizuara të ofruara sipas udhëzimeve të Medicare (p.sh. nëse keni diabet) Shihni Grafikun e Përfitimeve Mjekësore për më shumë informacion.
Ekzaminimet rutinë të dëgjimit, aparate dëgjimi ose ekzaminime për të përshtatur aparatet e dëgjimit	Testet dhe ekzaminimet, vlerësimet e aparateve të dëgjimit dhe recetat të mbuluara nga Medicaid (të nevojshme nga ana mjekësore). Shihni Grafikun e Përfitimeve Mjekësore për më shumë informacion.
Shërbimet që konsiderohen jo të arsyeshme dhe të nevojshme, sipas standardeve të Original Medicare	Nuk mbulohet në asnjë rrethanë

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D**KAPITULLI 5:****Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D****Si mund të merrni informacion për kostot e barnave tuaja?**

Për shkak se ju kualifikoheni për Medicaid, ju kualifikoheni dhe po merrni “Extra Help” nga Medicare për të paguar shpenzimet e planit tuaj të barnave me recetë. Sepse jeni në programin Extra Help, **disa informacione në këtë Dëshmi Mbulimi në lidhje me kostot për barnat me recetë të Pjesës D nuk zbatohen për ju.** Ne ju dërguam një fletë të veçantë, të quajtur *Dëshmia e mbulimit Rider për personat që marrin Extra Help për të paguar për barnat me recetë* (i quajtur edhe *Rider i subvencioneve për të ardhura të ulëta ose LIS Rider*), i cili ju tregon për mbulimin e kostove të barnave tuaja. Nëse nuk e keni këtë fletë, kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (telefonojnë përdoruesit e TTY 711) dhe kërkoni për *LIS Rider*.

(Numrat e telefonit për Shërbimet ndaj Anëtarëve janë të printuar në kopertinën e pasme të këtij dokumenti.)

SEKSIONI 1 Rregullat bazë për mbulimin e barnave të Pjesës D nga plani ynë

Shihni Kapitullin 4 për përfitimet e barnave të Medicare Part B dhe përfitimet e barnave për të sëmurët terminalë.

Përveç barnave të mbuluara nga Medicare, disa barna me recetë mbulohe nga përfitimet tuaja të Medicaid.

Për më shumë informacion mbi mbulimin e barnave Medicaid, duhet të kontaktoni zyrën tuaj shtetërore të Medicaid (informacioni i kontaktit është renditur në Kapitullin 2, Seksioni 6).

Plani ynë në përgjithësi do të mbulojë barnat tuaja për sa kohë që ju ndiqni këto rregulla:

- Ju duhet të keni një ofruer (një mjek, dentist ose një mjek tjetër që jep recetë) që t'ju shkruajë një recetë e cila duhet të jetë e vlefshme sipas ligjit në fuqi të shtetit.
- Mjeku juaj që jep recetë nuk duhet të jetë në listat e përjashtimit ose të pengimit të Medicare.
- Në përgjithësi duhet të përdorni një farmaci në rrjet për të plotësuar recetën tuaj (Shkoni te Seksioni 2) mund të plotësoni recetën tuaj përmes shërbimit të porositjes me postë të planit tonë.
- Bari juaj duhet të jetë në Listën e Barnave të planit tonë (Shihni Seksionin 3).
- Bari juaj duhet të përdoret për një indikacion të pranuar nga pikëpamja mjekësore. Një “indikacion i pranuar nga pikëpamja mjekësore” është një përdorim i një bari që është ose i aprovuar nga FDA ose i mbështetur nga disa referenca. (Shihni Seksionin 3 për më shumë informacion në lidhje me një indikacion të pranuar nga ana mjekësore.)
- Bari tuaj mund të kërkojnë miratimin nga plani ynë bazuar në kritere të caktuara përpara se të pranojmë ta mbulojmë atë. (Shihni Seksionin 4 për më shumë informacion)

SEKSIONI 2 Merrni barnat e recetës suaj në një farmaci të rrjetit ose nëpërmjet shërbimit të porosisë me postë të planit tonë

Në shumicën e rasteve, recetat tuaja mbulohe *vetëm* nëse ato mbushen në farmacitë e rrjetit të planit. (Shihni Seksionin 2.5 për informacion se kur do të mbulonim barnat me recetë të marrë në farmacitë jashtë rrjetit).

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

Një farmaci e rrjetit është një farmaci që ka një kontratë me planin tonë për të siguruar barnat tuaja të mbuluara. Termi “barna të mbuluara” nënkupton të gjitha barnat e Pjesës D që janë në Listën e barnave të planit.

Seksioni 2.1 Farmacitë e rrjetit

Gjeni një farmaci të rrjetit në zonën tuaj

Për të gjetur një farmaci të rrjetit, mund të shikoni në *Lista e Ofruesve/Farmacive*, vizitoni faqen tonë të internetit (SWHNY.com), dhe/ose të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

Ju mund të shkoni në ndonjë nga farmacitë e rrjetit tonë.

Nëse farmacia juaj largohet nga rrjeti

Nëse farmacia që keni përdorur del nga rrjeti i planit, do t'ju duhet të gjeni një farmaci të re që është brenda rrjetit. Për të gjetur një farmaci tjetër në zonën tuaj, merrni ndihmë nga Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) ose përdorni *Listën e Ofruesve/Farmacive*. Ju gjithashtu mund të gjeni informacion në faqen tonë të internetit në SWHNY.com.

Farmacitë e specializuara

Disa receta duhet të plotësohet në një farmaci të specializuar. Farmacitë e specializuara përfshijnë:

- Farmacitë që furnizojnë barna për terapinë e infuzionit në shtëpi.
- Farmacitë që furnizojnë barna për banorët e një institucioni të kujdesit afatgjatë (LTC). Zakonisht, një strukturë LTC (si p.sh. një institucion për kujdesjeje) ka farmacinë e vet. Nëse keni vështirësi për të marrë barnat tuaja të Pjesës D në një institucion LTC, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).
- Farmacitë që i shërbejnë Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (nuk ofrohet në Puerto Rico). Përveç rasteve urgjente, vetëm indianët e Amerikës amerikane ose indianët e Alaska kanë akses në këto farmaci në rrjetin tonë.
- Farmaci që shpërndajnë barna të kufizuara nga FDA në vende të caktuara ose që kërkojnë trajtim të veçantë, koordinim të ofruesve ose edukim mbi përdorimin e tyre. Për të gjetur një farmaci të specializuar, shihni *Listën e ofruesve/farmacive* SWHNY.com ose telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

Seksioni 2.2 Përdorimi i shërbimit të planit tonë për porosi me postë

Për lloje të caktuara barnash, mund të përdorni shërbimin e rrjetit të planit tonë të porositjes me postë. Në përgjithësi, barnat e ofruara përmes porosisë me postë janë barna që ju i merrni rregullisht, për një gjendje shëndetësore kronike ose afatgjatë. Barnat që nuk janë të disponueshme përmes shërbimit të porosisë me postë të planit tonë janë shënuar me “NM” për porosi pa postë në “Listën tonë të barnave”.

Shërbimi i porosisë me postë i planit tonë ju lejon të porosisni **një furnizim deri në 100 ditë**.

Për formularët e porosive dhe informacione rreth plotësimit të recetave tuaja me postë, ju lutemi telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve ose vizitoni faqen tonë të internetit në SWHNY.com.

Zakonisht një porosi farmacie me postë do t'ju dorëzohet në jo më shumë se 14 ditë. Nëse ka një nevojë urgjente ose kjo kohë vonohet, ju lutemi telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve për ndihmë në marrjen e një furnizimi të përkohshëm të recetës suaj.

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

Recetat e reja që farmacia merr direkt nga klinika e mjekut tuaj.

Pasi farmacia të marrë një recetë nga një ofruer i kujdesit shëndetësor, ajo do t'ju kontaktojë për të parë nëse dëshironi që mjekimi të plotësohet menjëherë ose më vonë. Është e rëndësishme që të përgjigjeni sa herë që ju kontaktoheni nga farmacia, për t'i bërë të ditur nëse do të dërgoni, vononi ose ndaloni recetën e re.

Marrja e barnave me recetë duke bërë porosi me postë. Për rimbushjen e barnave tuaja, ju keni mundësinë të regjistroheni për një program rimbushjeje automatike. Sipas këtij programi, ne fillojmë të përpunojmë automatikisht rimbushjen tuaj të radhës kur të dhënat tona tregojnë se duhet të jeni afër përfundimit të barit tuaj. Farmacia do t'ju kontaktojë përpara se të dërgojë një rimbushje për t'u siguruar që keni nevojë për më shumë barna dhe mund të anuloni rimbushjet e planifikuara nëse keni mjaft barna ose mjekimi juaj ka ndryshuar.

Nëse vendosni të mos përdorni programin tonë të rimbushjes automatike, por ende dëshironi që farmacia e porosive me postë t'ju dërgojë barnat e recetës suaj, kontaktoni farmacinë tuaj 14 ditë përpara se të mbarojnë barnat e recetës suaj aktuale. Kjo do të sigurojë që porosia juaj t'ju dërgohet në kohë.

Për të hequr dorë nga programi ynë që përgatit automatikisht rimbushjet me porosi me postë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve ose vizitoni faqen tonë të internetit në SWHNY.com.

Nëse merrni një rimbushje automatikisht me postë që nuk e dëshironi, mund të keni të drejtë për një rimbursim.

Seksioni 2.3 Si mund të merrni një furnizim afatgjatë barnash

Plani ynë ofron dy mënyra për të marrë një furnizim afatgjatë (i quajtur edhe furnizim i zgjatur) i barnave të rregullta në Listën e barnave të planit tonë. (Barnat e rregullta janë barna që i merrni rregullisht, për një gjendje shëndetësore kronike ose afatgjatë).

1. Disa farmaci me pakicë në rrjetin tonë ju lejojnë të merrni një furnizim afatgjatë të barnave të rregullta. *Lista e ofruerëve/farmacive* SWHNY.com ju tregon se cilat farmaci në rrjetin tonë mund t'ju ofrojnë një furnizim afatgjatë me barna të rregullta. Gjithashtu mund të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për më shumë informacion
2. Ju gjithashtu mund të merrni barna të rregullta përmes programit tonë të porositjes me postë. Shihni Seksionin 2.3 për më shumë informacion.

Seksioni 2.4 Duke përdorur një farmaci që nuk është në rrjetin e planit tonë

Në përgjithësi, ne mbulojmë barnat e mbushura në një farmaci jashtë rrjetit *vetëm* kur nuk jeni në gjendje të përdorni një farmaci të rrjetit. Gjithashtu kemi farmaci rrjeti jashtë fushës sonë të shërbimit ku mund të merrni receta të plotësuar si anëtar i planit tonë. **Ju lutemi kontrolloni fillimisht Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711)** për të parë nëse ka një farmaci rrjeti afër.

Ne mbulojmë recetat e plotësuar në një farmaci jashtë rrjetit *vetëm* në këto rrethana:

- Nëse receta lidhet me kujdesin urgjentisht të nevojshëm
- Nëse këto receta lidhen me kujdesin për një emergjencë mjekësore
- Mbulimi do të kufizohet në një furnizim 31-ditor, përveç nëse receta është shkruar për më pak.

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

Nëse duhet të përdorni një farmaci jashtë rrjetit, në përgjithësi do t'ju duhet të paguani koston e plotë (në vend të ndarjes së kostos suaj normale) në momentin që plotësoni recetën tuaj. Ju mund të kërkoni që plani ynë t'ju rimbursojë për pjesën tonë të kostos. (Shihni Kapitullin 7, Seksioni 2 për informacion se si të kërkoni që plani ynë t'ju kthejë paratë.) Neve mund të mos na kërkohet t'ju kthejmë diferencën midis asaj që keni paguar për barin në farmacinë jashtë rrjetit dhe koston që do të paguanim në një farmaci brenda rrjetit.

SEKSIONI 3 Barnat tuaja duhet të jenë në Listën e barnave të planit tonë

Seksioni 3.1 Lista e barnave tregon se cilat barna të Pjesës D mbulohen

Plani ynë ka një *Lista e Barnave të Mbuluara* (formulari). Në këtë *Dëshmi të mbulimit*, **ne e quajmë Lista e barnave**.

Barnat në këtë listë zgjidhen nga plani me ndihmën e një ekipi mjekësh dhe farmacistësh. Lista plotëson kërkesat e Medicare dhe është e miratuar nga Medicare.

Lista e barnave rendit barnat që mbulohen nga Medicare Part D. Përveç barnave të mbuluara nga Medicare, disa barna me recetë mbulohen për ju sipas përfitimeve tuaja të Medicaid. Për më shumë informacion mbi mbulimin e barnave Medicaid, duhet të kontaktoni zyrën tuaj shtetërore të Medicaid (informacioni i kontaktit është renditur në Kapitullin 2, Seksioni 6).

Ne në përgjithësi do të mbulojmë një bar në “Listën e barnave” të planit tonë për sa kohë që ju ndiqni rregullat e tjera të mbulimit të shpjeguara në këtë kapitull dhe përdorimi i barit është një tregues i pranuar nga pikëpamja mjekësore. Një tregues i pranuar nga pikëpamja mjekësore është përdorimi i barit që është ose:

- I miratuar nga FDA për diagnozën ose gjendjen për të cilën është përshkruar, ose
- I mbështetur nga referenca të caktuara, të tilla si Informacioni për Barnat e Shërbimit Amerikan Formular të Spitaleve dhe Sistemi i Informacionit Micromedex DRUGDEX.

“Lista e barnave” përfshin barnat me emër të markës, barnat gjenerike dhe produktet biologjike (që mund të përfshijë biosimilarët).

Një bar me emër të markës është një bar me recetë që shitet me një emër të regjistruar me markë tregtare në pronësi të prodhuesit të barit. Produktet biologjike janë barna që janë më komplekse se barnat tipike. Në “listën e barnave”, kur u referohemi “barnave”, kjo mund të nënkuptojë një bar ose një produkt biologjik.

Një bar gjenerik është një bar me recetë që ka të njëjtin ingredient aktiv si bari me emër të markës. Produktet biologjike kanë alternativa që quhen biosimilarë. Në përgjithësi, barnat gjenerike dhe biosimilarët funksionojnë po aq mirë sa bari ose produkti biologjik origjinal me emër të markës dhe zakonisht kushtojnë më pak. Ka zëvendësues të barnave gjenerike të disponueshme për shumë barna me emër të markës dhe alternativa biosimilare për disa produkte biologjike origjinale. Disa biosimilarë janë biosimilarë të këmbyeshëm dhe, në varësi të ligjit në fuqi të shtetit, mund të zëvendësohen me produktin biologjik origjinal në farmaci pa pasur nevojë për një recetë të re, ashtu si barnat gjenerike mund të zëvendësohen me barnat me emër të markës.

Shihni Kapitullin 12 për përkufizimet e llojeve të barnave që mund të jenë në Listën e barnave.

Barnat pa recetë

Plani ynë mbulon gjithashtu barnat pa recetë. Disa barna pa recetë janë më pak të kushtueshme se barnat me recetë dhe funksionojnë po aq mirë. Për më shumë informacion, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

Barnat që nuk janë në Listën e barnave

Plani nuk i mbulon të gjitha barnat me recetë.

- Në disa raste, ligji nuk lejon asnjë plan të Medicare të mbulojë disa lloje barnash. (Për më shumë informacion, shihni Seksionin 7.)
- Në raste të tjera, ne kemi vendosur të mos përfshijmë një bar të caktuar në Listën e barnave.
- Në disa raste, mund të jeni në gjendje të merrni një bar që nuk është në Listën tonë të Barnave. (Për më shumë informacion, shihni Kapitullin 9.)

Seksioni 3.2 Gjashtë (6) nivelet e ndarjes së kostos për barnat në Listën e Barnave

Çdo bar në Listën e Barnave të planit tonë është në një nga gjashtë (6) nivelet e ndarjes së kostos. Në përgjithësi, sa më i lartë të jetë niveli, aq më i lartë është kostoja juaj për barin:

- Niveli 1 - Gjenerik i Preferuar
- Niveli 2 - Gjenerik
- Niveli 3 - Marka e preferuar
- Niveli 4 - Bar jo i preferuar
- Niveli 5 - Barna të Specializuara
- Niveli 6 - Barna të Përzgjedhura të Kujdesit:

Për të zbuluar se në cilin nivel të ndarjes së kostos ndodhet bari juaj, kërkojeni atë në “Listën e barnave” të planit. Shuma që paguani për barnat në çdo nivel të ndarjes së kostos tregohet në Kapitullin 6.

Seksioni 3.3 Si të zbuloni nëse një bar specifik është në Listën e barnave

Për të zbuluar nëse një bar është në listën tonë të barnave, ju keni këto mundësi:

- Shihni “Listën e barnave” më të fundit që kemi dhënë në mënyrë elektronike.
- Vizitoni faqen e internetit të planit (SWHNY.com). “Lista e barnave” në faqen e internetit është gjithmonë ajo më aktualja.
- Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për të mësuar nëse një bar i caktuar është në Listën e Barnave të planit tonë ose kërkonti një kopje të listës.
- Përdorni “Real-Time Benefit Tool” të planit tonë (Caremark.com ose duke telefonuar Shërbimet ndaj Anëtarëve). Kërkonti për barna në Listën e Barnave për të marrë një vlerësim të asaj që do të paguani dhe për të parë nëse ka barna alternative në Listën e Barnave që mund të trajtojnë të njëjtën gjendje. Gjithashtu mund të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

SEKSIONI 4 Barna me kufizime në mbulim

Seksioni 4.1 Pse disa barna kanë kufizime

Për disa barna me recetë, rregulla të veçanta kufizojnë se si dhe kur plani ynë i mbulon ato. Një ekip mjekësh dhe farmacistësh kanë zhvilluar këto rregulla për t'ju inkurajuar juve dhe ofruesin tuaj t'i përdorni barnat në

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

mënyrën më efektive. Për të zbuluar nëse ndonjë nga këto kufizime zbatohet për një bar që ju merrni ose dëshironi ta merrni, shihni “Listën e barnave”.

Nëse një bar i sigurt dhe me kosto më të ulët do të funksionojë po aq mirë nga pikëpamja mjekësore sa një bar me kosto më të lartë, rregullat e planit janë krijuar për t'ju inkurajuar juve dhe ofruesin tuaj që të përdorni atë opsion me kosto më të ulët.

Vini re se ndonjëherë një bar mund të shfaqet më shumë se një herë në “Listën tonë të barnave”. Kjo për shkak se të njëjtët barna mund të ndryshojnë në bazë të fuqisë, sasisë ose formës së barit të dhënë me recetë nga ofruesi juaj i kujdesit shëndetësor dhe kufizime të ndryshme ose ndarja e kostos mund të zbatohen për versionet e ndryshme të barit (për shembull, 10 mg kundrejt 100 mg, një tabletë në ditë kundrejt 2 tabletave në ditë; tableta ose lëng).

Seksioni 4.2 Llojet e kufizimeve

Nëse ka një kufizim për barin tuaj, zakonisht do të thotë që ju ose ofruesi juaj do të duhet të ndërmerri hapa shtesë në mënyrë që ne të mbulojmë barin. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për të mësuar se çfarë mund të bëni ju ose ofruesi juaj për të marrë mbulim për barin. **Nëse dëshironi që ne të heqim dorë nga kufizimi për ju, do t'ju duhet të përdorni procesin e vendimit të mbulimit dhe të na kërkonti të bëjmë një përjashtim.** Ne mund ose mund të mos pranojmë të heqim dorë nga kufizimi për ju. (Shko te Kapitulli 9.)

Marrja paraprake e miratimit të planit

Për disa barna, ju ose ofruesi juaj i kujdesit shëndetësor duhet të merrni miratimin nga plani ynë bazuar në kriteret specifike përpara se të biem dakord ta mbulojmë barin për ju. Ky quhet **autorizim paraprak**. Kjo është vendosur për të garantuar sigurinë e medikamentit dhe për të ndihmuar në drejtimin e përdorimit të duhur të barnave të caktuara. Nëse nuk e merrni këtë miratim, bari juaj mund të mos mbulohet nga plani. Kriteret e autorizimit paraprak të planit tonë mund të merren duke telefonuar Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) ose në faqen tonë të internetit SWHNY.com.

Marrja fillimisht e një bari tjetër

Kjo kërkesë ju inkurajon të provoni barna më pak të kushtueshme, por zakonisht po aq efektive përpara se plani ynë të mbulojë një bar tjetër. Për shembull, nëse bari A dhe bari B trajtojnë të njëjtën gjendje shëndetësore dhe bari A është më pak i kushtueshëm, plani mund t'ju kërkojë të provoni së pari barin A. Nëse bari A nuk funksionon për ju, plani do të mbulojë më pas barin B. Kjo kërkesë për të provuar fillimisht një bar tjetër quhet **terapi me hapa**. Kriteret e terapisë me hapa të planit tonë mund të merren duke telefonuar Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) ose në faqen tonë të internetit SWHNY.com.

Kufijtë e sasisë

Për barna të caktuara, ne kufizojmë sasinë e një bari që mund të merrni sa herë që plotësoni recetën tuaj. Për shembull, nëse normalisht konsiderohet e sigurt marrja vetëm e një pilule në ditë për një bar të caktuar, ne mund ta kufizojmë mbulimin për recetën tuaj në jo më shumë se një pilulë në ditë.

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

SEKSIONI 5 Çfarë mund të bëni nëse një nga barna tuaja nuk mbulohet në mënyrën që ju dëshironi

Ka situata kur një bar me recetë që merrni, ose që ju dhe ofruesi juaj i kujdesit shëndetësor mendoni se duhet ta merrni, nuk është në Listën e Barnave ose ka kufizime. Për shembull:

- Bari mund të mos mbulohet fare. Ose ndoshta një version gjenerik i barit mbulohet, por versioni me emër të markës që dëshironi të merrni nuk mbulohet.
- Bari është i mbuluar, por ka rregulla ose kufizime shtesë për mbulimin e atij bari.

Nëse bari juaj është në një nivel të ndarjes së kostos që e bën koston tuaj më të shtrenjtë se sa mendoni se duhet të jetë, shkoni në Seksionin 5.1 për të mësuar se çfarë mund të bëni.

Nëse bar juaj nuk është në Listën e Barnave ose është i kufizuar, ja disa opsione për atë që mund të bëni:

- Ju mund të jeni në gjendje të merrni një furnizim të përkohshëm të barit.
- Ju mund të kaloni në një bar tjetër.
- Ju mund të kërkonti një përjashtim dhe t'i kërkonti planit të mbulojë barin ose të heqë kufizimet nga bari.

Ju mund të jeni në gjendje të merrni një furnizim të përkohshëm

Nën rrethana të caktuara, plani ynë duhet të sigurojë një furnizim të përkohshëm të një bari që ju tashmë po merrni. Ky furnizim i përkohshëm ju jep kohë për të biseduar me ofruesin tuaj për ndryshimin.

Për t'u kualifikuar për një furnizim të përkohshëm, bari që merrni **nuk duhet të jetë më në Listën e barnave të planit OSE tani është i kufizuar në njëfarë mënyre.**

- **Nëse jeni anëtar i ri**, ne do të mbulojmë një furnizim të përkohshëm të barit tuaj gjatë **90 ditëve** të para të anëtarësimit tuaj në plan.
- **Nëse keni qenë në planin tonë vitin e kaluar**, ne do të mbulojmë një furnizim të përkohshëm të barit tuaj gjatë 90 ditëve të para të vitit kalendarik.
- Ky furnizim i përkohshëm do të jetë për një maksimum prej 31 ditësh. Nëse receta juaj plotësohet për më pak ditë, ne do të lejojmë disa rimbushje recetës që sigurojnë një furnizim të medikamentit për një maksimum prej 31 ditë furnizim. Receta duhet të plotësohet në një farmaci të rrjetit. (Vini re se farmacia e kujdesit afatgjatë mund ta ofrojë barin në sasi më të vogla në të njëjtën kohë për të parandaluar harxhimet).
- **Për anëtarët që kanë qenë në plan për më shumë se 90 ditë dhe jetojnë në një institucion të kujdesit afatgjatë dhe kanë nevojë për furnizim menjëherë:** Ne do të mbulojmë një furnizim emergjence 31-ditor të një bari të caktuar, ose më pak nëse receta juaj është shkruar për më pak ditë. Kjo është përveç furnizimit të përkohshëm të mësipërm.

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

- Nëse jeni banor i ri i një institucioni LTC dhe jeni regjistruar në planin tonë për më shumë se 90 ditë dhe keni nevojë për një medikament që nuk është në formularin tonë ose u nënshtrohet kufizimeve të tjera, të tilla si terapia me hapa ose limitet për sasinë (limitet e dozës), ne do të mbulojmë një furnizim të përkohshëm urgjent 31-ditor të atij bari (përveç nëse receta është për më pak ditë) ndërkohë që anëtari ndjek një përjashtim të formularit. Përjashtimet janë të disponueshme në situatat kur përjetoni një ndryshim në nivelin e kujdesit që po merrni, i cili gjithashtu kërkon që ju të kaloni nga një institucion ose qendër trajtimi në tjetrin. Në rrethana të tilla, ju do të kualifikoheni për një përjashtim të përkohshëm mbushjeje, një herë, edhe nëse jeni jashtë 90 ditëve të para si anëtar i planit. Ju lutemi vini re se polica jonë e tranzicionit zbatohet vetëm për ato barna që janë në “Pjesën D” dhe të blera në një farmaci të rrjetit. Politika e tranzicionit nuk mund të përdoret për të blerë një bar që nuk është bar i Pjesës D ose një bar jashtë rrjetit, përveç nëse kualifikoheni për akses jashtë rrjetit.

Për pyetje në lidhje me një furnizim të përkohshëm, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

Gjatë kohës kur jeni duke përdorur një furnizim të përkohshëm të një bari, duhet të flisni me ofruesin tuaj për të vendosur se çfarë të bëni kur furnizimi juaj i përkohshëm të mbarojë. Ju keni 2 opsione:

Opsioni 1: Ju mund të kaloni në një bar tjetër

Bisedoni me ofruesin tuaj nëse ka një bar tjetër të mbuluar nga plani ynë që mund të funksionojë po aq mirë për ju. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për të kërkuar një listë të barnave të mbuluara që trajtojnë të njëjtën gjendje shëndetësore. Kjo listë mund ta ndihmojë ofruesin tuaj të gjejë një bar të mbuluar që mund të funksionojë për ju.

Opsioni 2: Mund të kërkonte një përjashtim

Ju dhe ofruesi juaj mund t’i kërkonte planit të bëjë një përjashtim dhe ta mbulojë barin në mënyrën që dëshironi të mbulohet. Nëse ofruesi juaj thotë se keni arsye mjekësore që justifikojnë të na kërkonte një përjashtim, ofruesi juaj mund t’ju ndihmojë të kërkonte një përjashtim. Për shembull, ju mund t’i kërkonte planit tonë të mbulojë një bar edhe pse ai nuk është në “Listën e barnave” të planit tonë. Ose mund t’i kërkonte planit tonë që të bëjë një përjashtim dhe të mbulojë barin tuaj pa kufizime.

Nëse jeni anëtar aktual dhe një bar që po merrni do të hiqet nga formulari ose do të kufizohet në një farë mënyre për vitin e ardhshëm, ne do t’ju tregojmë për çdo ndryshim përpara vitit të ri. Mund të kërkonte një përjashtim para vitit të ardhshëm dhe ne do t’ju japim një përgjigje brenda 72 orëve pasi të marrim kërkesën tuaj (ose deklaratën mbështetëse të dhënësit të recetës). Nëse e miratojmë kërkesën tuaj, ne do të autorizojmë mbulimin për barin përpara se ndryshimi të hyjë në fuqi.

Nëse ju dhe ofruesi juaj i shërbimit dëshironi të kërkonte një përjashtim, shihni Kapitullin 8, Seksioni 7,4 për të mësuar se çfarë të bëni. Ai shpjegon procedurat dhe afatet e përcaktuara nga Medicare për t’u siguruar që kërkesa juaj të trajtohet menjëherë dhe në mënyrë të drejtë.

Seksioni 5.1 Çfarë të bëni nëse bari juaj është në një nivel të ndarjes së kostos që mendoni se është tepër i lartë

Nëse bari juaj është në një nivel të ndarjes së kostos që mendoni se është tepër i lartë, ja se çfarë mund të bëni:

Ju mund të kaloni në një bar tjetër

Nëse bari juaj është në një nivel të ndarjes së kostos që mendoni se është tepër i lartë, flisni me ofruesin tuaj. Mund të ketë një bar tjetër në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos që mund të funksionojë po aq mirë për

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

ju. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për të kërkuar një listë të barnave të mbuluara që trajtojnë të njëjtën gjendje shëndetësore. Kjo listë mund ta ndihmojë ofruesin tuaj të gjejë një bar të mbuluar që mund të funksionojë për ju.

Mund të kërkonte një përjashtim

Ju dhe ofruesi juaj mund t'i kërkonte planit të bëjë një përjashtim në nivelin e ndarjes së kostos për barin, në mënyrë që të paguani më pak për të. Nëse ofruesi juaj thotë se keni arsye mjekësore që justifikojnë të na kërkonte një përjashtim, ofruesi juaj mund t'ju ndihmojë të kërkonte një përjashtim nga rregulli.

Nëse ju dhe ofruesi juaj i shërbimit dëshironi të kërkonte një përjashtim, shihni Kapitullin 9, Seksioni 7 për të mësuar se çfarë duhet të bëni. Ai shpjegon procedurat dhe afatet e përcaktuara nga Medicare për t'u siguruar që kërkesa juaj të trajtohet menjëherë dhe në mënyrë të drejtë.

Barnat Specializuara të Nivelit 5 nuk janë të pranueshme për këtë lloj përjashtimi. Ne nuk e ulim shumën e ndarjes së kostos për barnat në këtë nivel.

SEKSIONI 6 Lista jonë e barnave mund të ndryshojë gjatë vitit

Shumica e ndryshimeve në mbulimin e barnave ndodhin në fillim të çdo viti (1 janar). Megjithatë, gjatë vitit, plani ynë mund të bëjë disa ndryshime në Listën e barnave. Për shembull, plani mund:

- **Të shtojë ose heqë barnat nga Lista e barnave.**
- **Të shtojë ose heqë një kufizim në mbulimin për një bar.**
- **Të zëvendësojë një bar me emër të markës me një version gjenerik të barit.**
- **Të zëvendësojë një produkt biologjik origjinal me një version biosimilar të këmblyshëm të produktit biologjik.**

Ne duhet të ndjekim kërkesat e Medicare përpara se të ndryshojmë “Listën e barnave” të planit tonë.

Informacion mbi ndryshimet në mbulimin e barnave

Kur ndodhin ndryshime në “Listën e barnave”, ne postojmë informacion në faqen tonë të internetit për ato ndryshime. Ne gjithashtu përditësojmë “Listën e barnave” në internet rregullisht. Ndonjëherë do të merrni njoftim të drejtpërdrejtë nëse janë bërë ndryshime për një bar që merrni.

Ndryshimet në mbulimin tuaj të barnave që ju prekin gjatë vitit të planit

- **Shtimi i barnave të reja në listën e barnave dhe heqja e menjëhershme ose kryerja e ndryshimeve në një bar të ngjashëm në listën e barnave.**
 - Ne mund ta heqim menjëherë një bar të ngjashëm nga Lista e Barnave, ta zhvendosim barin e ngjashëm në një nivel tjetër të ndarjes së kostos, të shtojmë kufizime të reja ose të dyja. Versioni i ri i barit do të jetë në të njëjtin nivel ose në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos dhe me të njëjtat ose më pak kufizime.
 - Do t'i bëjmë këto ndryshime të menjëhershme vetëm nëse shtojmë një version të ri gjenerik të një emri marke ose shtojmë versione të caktuara të reja biosimilare të një produkti origjinal biologjik që ishte tashmë në Listën e Barnave.
 - Ne mund t'i bëjmë këto ndryshime menjëherë dhe t'ju njoftojmë më vonë, edhe nëse merrni barin që ne e heqim ose që ne i bëjmë ndryshime. Nëse merrni barin e ngjashëm në kohën kur bëjmë ndryshimin, do t'ju njoftojmë për çdo ndryshim specifik që kemi bërë.

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

- **Shtimi i barnave në listën e barnave dhe heqja ose bërja e ndryshimeve në një bar të ngjashëm në Listën e barnave me njoftim paraprak.**
 - Kur shtojmë një version tjetër të një bari në listën e barnave, ne mund të heqim një bar të ngjashëm nga lista e barnave, ta lëvizim atë në një nivel tjetër të ndarjes së kostos, të shtojmë kufizime të reja ose të dyja. Versioni i barit që ne shtojmë do të jetë në të njëjtin nivel ose në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos dhe me të njëjtat ose më pak kufizime.
 - Ne do t'i bëjmë këto ndryshime vetëm nëse shtojmë një version të ri gjenerik të një bari me emër të markës ose shtojmë disa versione të reja biosimilare të një produkti biologjik origjinal që ishte tashmë në listën e barnave.
 - Ne do t'ju tregojmë të paktën 30 ditë përpara se të bëjmë ndryshimin, ose do t'ju tregojmë për ndryshimin dhe do të mbulojmë një furnizim 31-ditor të versionit të barit që po merrni.
- **Heqja e barnave të pasigurta dhe barnat e tjera në Listën e barnave që tërhiqen nga tregu.**
 - Ndonjëherë një bar mund të konsiderohet i pasigurt ose të hiqet nga tregu për një arsye tjetër. Nëse ndodh kjo, ne mund ta heqim menjëherë barin nga “Lista e barnave”. Nëse po e merrni atë bar, do t'ju njoftojmë pasi të bëjmë ndryshimin.
- **Bërja e ndryshimeve të tjera në barnat në “Listën e barnave”**
 - Ne mund të bëjmë ndryshime të tjera sapo të fillojë viti, të cilat ndikojnë në barnat që po merrni. Për shembull, ne jemi bazuar në paralajmërimet e vendosura në FDA ose udhëzimet e reja klinike të njohura nga Medicare.
 - Ne do t'ju tregojmë të paktën 30 ditë përpara se të bëjmë këto ndryshime, ose do t'ju tregojmë për ndryshimin dhe do të mbulojmë një furnizim shtesë 31-ditor të barit që po merrni.

Nëse bëjmë ndonjë nga këto ndryshime në ndonjërin prej barnave që po merrni, bisedoni me mjekun tuaj për opsionet që do të funksiononin më mirë për ju, duke përfshirë ndryshimin në një bar tjetër për të trajtuar gjendjen tuaj ose duke kërkuar një vendim mbulimi për të përmbushur ndonjë kufizim të ri për barin që po merrni. Ju ose mjeku juaj mund të na kërkonin një përjashtim për të vazhduar mbulimin e barit ose versionit të barit që keni marrë. Për më shumë informacion se si të kërkonin një vendim mbulimi, duke përfshirë një përjashtim, shihni Kapitullin 9.

Ndryshimet në “Listën e barnave” që nuk ju prekin gjatë vitit aktual të planit

Ne mund të bëjmë disa ndryshime në Listën e barnave që nuk janë përshkruar më sipër. Në këto raste, ndryshimi nuk do të zbatohet për ju nëse jeni duke marrë barin kur bëhet ndryshimi; megjithatë, këto ndryshime ka të ngjarë të ndikojnë te ju duke filluar nga 1 janari i vitit të ardhshëm të planit nëse qëndroni në të njëjtin plan.

Në përgjithësi, ndryshimet që nuk do të ndikojnë te ju gjatë vitit aktual të planit janë:

- Ne e zhvendosim barin tuaj në një nivel më të lartë të ndarjes së kostos.
- Ne kemi vendosur një kufizim të ri në përdorimin e barit tuaj.
- Ne e heqim barin tuaj nga “Lista e barnave”.

Nëse ndonjë nga këto ndryshime ndodh për një bar që po e merrni (përveç tërheqjes nga tregu, një bar gjenerik që zëvendëson një bar me emër të markës ose ndryshim tjetër të shënuar në seksionet e mësipërme), atëherë ndryshimi nuk do të ndikojë në përdorimin tuaj ose atë që paguani si pjesë juaj e kostos deri më 1 janar të vitit të ardhshëm.

Ne nuk do t'ju tregojmë për këto lloje ndryshimesh drejtpërdrejt gjatë vitit të planit aktual. Do t'ju duhet të kontrolloni “Listën e barnave” për vitin e ardhshëm të planit (kur lista është e disponueshme gjatë periudhës

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

së regjistrimit të hapur) për të parë nëse ka ndonjë ndryshim në barnat që po merrni që do të ndikojnë tek ju gjatë vitit të ardhshëm të planit.

SEKSIONI 7 Llojet e barnave që ne nuk i mbulojmë

Disa lloje barnash me recetë përjashtohen. Kjo do të thotë që Medicare nuk paguan për këto barna.

Nëse apeloni dhe zbulohet se bari i kërkuar nuk është i përjashtuar sipas Pjesës D, ne do ta paguajmë ose do ta mbulojmë atë. (Për informacion rreth apelimit të një vendimi, shkoni te Kapitulli 9.) Nëse bari i përjashtuar nga plani ynë është gjithashtu i përjashtuar nga Medicaid, ju duhet ta paguani vetë.

Këtu janë 3 rregulla të përgjithshme në lidhje me barnat që planet e barnave të Medicare nuk do t'i mbulojnë sipas Pjesës D:

- Mbulimi i barnave të Pjesës D të planit tonë nuk mund të mbulojë një bar që do të mbulohej nga Medicare Part A ose Part B.
- Plani ynë nuk mund të mbulojë një bar të blerë jashtë Shteteve të Bashkuara ose territoreve të saj.
- Plani ynë nuk mund të mbulojë përdorimin *jashtë etiketës* të një bari kur përdorimi nuk mbështetet nga referenca të caktuara, të tilla si Informacioni i Barnave të Shërbimit Formulari të Spitaleve Amerikane dhe Sistemi i Informacionit Micromedex DRUGDEX. Përdorimi *jashtë etiketës* është çdo përdorim i barit, përveç atyre të treguara në etiketën e një bari siç është miratuar nga FDA.

Përveç kësaj, me ligj, kategoritë e mëposhtme të barnave të renditura më poshtë nuk mbulohen nga Medicare. Megjithatë, disa nga këto barna mund të mbulohen për ju nën mbulimin tuaj të barnave Medicaid. Për më shumë informacion mbi mbulimin e barnave Medicaid, duhet të kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve ose zyrën tuaj shtetërore të Medicaid (informacioni i kontaktit është renditur në Kapitullin 2, Seksioni 6).

- Barnat pa recetë (të quajtura edhe barna “over-the-counter”)
 - Barnat e përdorura për të nxitur fertilitetin
 - Barnat që përdoren për lehtësimin e simptomave të kollës ose të ftohjes
 - Barnat e përdorura për qëllime kozmetike ose për të nxitur rritjen e flokëve
 - Vitaminat dhe produktet minerale me recetë, përveç vitaminave prenatale dhe preparateve fluoride
 - Barnat që përdoren për trajtimin e mosfunksionimit seksual ose erektil
 - Barnat që përdoren për trajtimin e anoreksisë, humbjes së peshës ose shtimit në peshë
 - Barnat për pacientët e jashtëm për të cilat prodhuesi kërkon që testet përkatëse ose shërbimet e monitorimit të blihen vetëm nga prodhuesi si kusht shitjeje

Nëse merrni Extra Help për të paguar për recetat tuaja, Extra Help nuk do të paguajë për barnat që normalisht nuk mbulohen. Nëse keni mbulim të barnave përmes Medicaid, programi juaj shtetëror Medicaid mund të mbulojë disa barna me recetë që nuk mbulohen normalisht në një plan të barnave të Medicare. Kontaktoni programin tuaj shtetëror Medicaid për të përcaktuar se çfarë mbulimi me barna mund të jetë i disponueshëm për ju. (Gjeni numrat e telefonit dhe informacionin e kontaktit për Medicaid në Kapitullin 2, Seksioni 6.)

SEKSIONI 8 Si të merrni barna të një recete

Për të marrë barnat e recetës suaj, jepni informacionet e anëtarësimit në planin tuaj, të cilat mund të gjenden në kartën tuaj të anëtarësimit, në farmacinë e rrjetit që zgjidhni. Farmacia e rrjetit do të faturojë automatikisht

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

planin për pjesën tonë të kostove të barit tuaj. Do t'ju duhet t'i paguani farmacisë pjesën tuaj të kostos kur merrni barnat me recetë.

Nëse nuk keni me vete informacionin e anëtarësimit në planin tonë, ju ose farmacia mund të telefononi planin tonë për të marrë informacionin, ose mund t'i kërkonti farmacisë të kërkojë informacionin e regjistrimit në planin tonë.

Nëse farmacia nuk është në gjendje të marrë informacionin e nevojshëm, **mund t'ju duhet të paguani koston e plotë të recetës kur ta merrni.** Më pas **mund të na kërkonti t'ju rimbursojmë** për pjesën tuaj. Shihni Kapitullin 7, Seksioni 2 për informacion se si të kërkonti rimbursim nga plani.

SEKSIONI 9 Mbulimi i barnave të Pjesës D në situata të veçanta

Seksioni 9.1 Në një spital ose në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar për një qëndrim që mbulohet nga plani ynë

Nëse shtroheni në një spital ose në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar për një qëndrim të mbuluar nga plani, ne përgjithësisht do të mbulojmë koston e barnave tuaja me recetë gjatë qëndrimit tuaj. Pasi të largoheni nga spitali ose institucioni i kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar, plani do të mbulojë barnat tuaja me recetë për sa kohë që barnat përmbushin të gjitha rregullat tona për mbulimin e përshkruar në këtë Kapitull.

Seksioni 9.2 Si një banor në një institucion të kujdesit afatgjatë (LTC)

Zakonisht, një institucion i kujdesit afatgjatë (LTC) (si p.sh. një institucion përkuajdesjeje) ka farmacinë e vet, ose përdor një farmaci që furnizon medikamente për të gjithë banorët e saj. Nëse jeni banor i një institucioni të LTC-së, mund t'i merrni barnat tuaja me recetë nëpërmjet farmacisë së institucionit ose asaj që ai përdor, për sa kohë që është pjesë e rrjetit tonë.

Shihni *Listën e ofruesve/farmacive* SWHNY.com për të mësuar nëse farmacia e institucionit tuaj LTC ose ajo që përdor është pjesë e rrjetit tonë. Nëse nuk është, ose nëse keni nevojë për më shumë informacion ose ndihmë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711). Nëse jeni në një institucion LTC, ne duhet të sigurojmë që ju të jeni në gjendje të merrni në mënyrë rutinë përfitimet tuaja të Pjesës D përmes rrjetit tonë të farmacive të LTC.

Nëse jeni banor në një institucion LTC dhe keni nevojë për një medikament që nuk është në Listën tonë të Barnave ose që është i kufizuar në një farë mënyre, shkoni te Seksioni 5 për informacion rreth marrjes së një furnizimi të përkohshëm ose urgjent.

Seksioni 9.3 Nëse merrni gjithashtu mbulim barnash nga një plan grupi i punëdhënësit ose i pensionistëve

Nëse keni mbulim tjetër të barnave me recetë përmes punëdhënësit ose grupit të pensioneve (ose bashkëshortit/bashkëshortes suaj ose partnerit/partneres shtëpiake), ju lutemi kontaktoni **administratorin e përfitimeve të atij grupi**. Ato mund t'ju ndihmojë të përcaktoni se si do të funksionojë mbulimi aktual i barnave me recetë me planin tonë.

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

Në përgjithësi, nëse keni mbulim grupi punonjësish ose pensionistësh, mbulimi i barnave që merrni nga ne do të jetë *dytësor* ndaj mbulimit të grupit tuaj. Kjo do të thotë që mbulimi juaj në grup paguan i pari.

Shënim i veçantë në lidhje me mbulimin e kreditueshëm:

Çdo vit grupi juaj i punëdhënësit ose i pensionistëve duhet t'ju dërgojë një njoftim që tregon nëse mbulimi juaj i barnave me recetë për vitin e ardhshëm kalendarik është i kreditueshëm.

Nëse mbulimi nga plani i grupit është i kreditueshëm, do të thotë që plani ka mbulim medikamentesh që pritet të paguajë, mesatarisht, të paktën aq sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare.

Mbaj çdo njoftim rreth mbulimit të kreditueshëm sepse mund të të duhen këto njoftime më vonë për të treguar se ke ruajtur mbulim të kreditueshëm. Nëse nuk e keni marrë njoftimin e mbulimit të kreditueshëm, kërkoni një kopje nga administratori i përfitimeve të planit të punëdhënësit ose pensionistëve ose punëdhënësi ose sindikata.

Seksioni 9.4 Nëse jeni në kujdes të certifikuar nga Medicare për të sëmurët terminalë

Kujdesi për të sëmurët terminalë dhe plani ynë nuk mbulojnë të njëjtin bar në të njëjtën kohë. Nëse jeni regjistruar në kujdesin e Medicare për të sëmurët terminalë dhe keni nevojë për barna të caktuara (p.sh., barna kundër të përzierave, laksativë, barna kundër dhimbjeve ose barna kundër ankthit) që nuk mbulohej nga kujdesi juaj për të sëmurët terminalë sepse nuk kanë lidhje me sëmundjen tuaj terminale dhe kushtet e lidhura me to, plani ynë duhet të marrë njoftim ose nga mjeku që jep recetë ose nga ofruesi juaj i kujdesit për të sëmurët terminalë se bari nuk është i lidhur përpara se plani ynë të mbulojë barin. Për të parandaluar vonesat në marrjen e këtyre barnave që duhet të mbulohej nga plani ynë, kërkoni nga ofruesi i kujdesit për të sëmurët terminalë ose mjeku që jep recetën që të japë njoftim përpara se të merren barnat e recetës suaj.

Në rast se ju ose anuloni zgjedhjen tuaj për kujdesin për të sëmurët terminalë ose dilni nga spitali, plani ynë duhet të mbulojë barnat tuaja siç shpjegohet në këtë dokument. Për të parandaluar çdo vonesë në një farmaci kur mbaron përfitimi juaj i kujdesit të Medicare për të sëmurët terminalë, sillni dokumentacionin në farmaci për të verifikuar revokimin ose daljen tuaj.

SEKSIONI 10 Programet për sigurinë e barnave dhe menaxhimin e medikamenteve

Ne kryejmë shqyrtime të përdorimit të barit për të ndihmuar në sigurimin që anëtarët tanë të marrin kujdes të sigurt dhe të përshtatshëm.

Ne bëjmë një shqyrtim sa herë që merrni barna të një recete. Ne gjithashtu i shqyrtojmë të dhënat tona rregullisht. Gjatë këtyre shqyrtimeve, ne kërkojmë për probleme të mundshme si:

- Gabimet e mundshme në mjekim
- Barna që mund të mos jenë të nevojshme sepse po merrni një bar tjetër të ngjashëm për të trajtuar të njëjtën gjendje
- Barna që mund të mos jenë të sigurta ose të përshtatshme për shkak të moshës ose gjinisë suaj
- Kombinime të caktuara të barnave që mund t'ju dëmtojnë nëse merren në të njëjtën kohë
- Receta për barna që kanë përbërës ndaj të cilëve keni alergji
- Gabime të mundshme në sasinë (dozën) e një bari që po merrni
- Sasi të pasigurta të barnave opioide kundër dhimbjeve

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

Nëse shohim një problem të mundshëm në përdorimin tuaj të medikamenteve, ne do të punojmë me ofruesin tuaj për të korrigjuar problemin.

Seksioni 10.1 Programi i Menaxhimit të Barnave (DMP) për të ndihmuar anëtarët të përdorin në mënyrë të sigurt barnat opioide

Ne kemi një program që ndihmon të sigurohemi që anëtarët të përdorin në mënyrë të sigurt opioidet me recetë dhe medikamente të tjera me të cilat abuzohet shpesh. Ky program quhet Programi i Menaxhimit të Barnave (DMP). Nëse përdorni medikamente opioidësh që merrni nga disa dhënës barnash me recetë ose farmaci, ose nëse keni pasur një mbidozë të opioideve kohët e fundit, ne mund të flasim me dhënësit tuaj të barnave me recetë tuaj për t'u siguruar që përdorimi i barnave opioid nga ju është i përshtatshëm dhe i nevojshëm nga pikëpamja mjekësore. Duke punuar me dhënësit tuaj të barnave me recetë, nëse vendosim që përdorimi i barnave opioide ose me benzodiazepinë me recetë mund të mos jetë i sigurt, ne mund të kufizojmë mënyrën se si mund t'i merrni ato medikamente. Nëse ju vendosim në DMP-në tonë, kufizimet mund të jenë:

- T'ju kërkohet që të merrni të gjitha recetat tuaja për barnat opioide ose me benzodiazepinë nga farmaci të caktuara
- T'ju kërkohet që të merrni të gjitha recetat tuaja për barnat opioide ose me benzodiazepinë nga dhënës të caktuar barnash me recetë
- Të kufizojmë sasinë e medikamenteve opioide ose me benzodiazepinë që ne do të mbulojmë për ju

Nëse planifikojmë të kufizojmë mënyrën se si mund t'i merrni këto medikamente ose sa mund të merrni, ne do t'ju dërgojmë një letër paraprakisht. Letra do t'ju tregojë nëse kufizojmë mbulimin e këtyre barnave për ju, ose nëse do t'ju kërkohet të merrni recetat për këto barna vetëm nga një dhënës barnash me recetë ose farmaci specifike. Ju do të keni mundësinë të na tregoni se cilët dhënës barnash me recetë ose farmaci preferoni të përdorni dhe për çdo informacion tjetër që mendoni se është i rëndësishëm për ne. Pasi të keni pasur mundësinë të përgjigjeni, nëse vendosim të kufizojmë mbulimin tuaj për këto medikamente, ne do t'ju dërgojmë një letër tjetër që konfirmon kufizimin. Nëse mendoni se kemi bërë një gabim ose nuk jeni dakord me vendimin tonë ose me kufizimin, ju dhe mjeku që jep recetën keni të drejtë të apeloni. Nëse apeloni, ne do ta shqyrtojmë rastin tuaj dhe do t'ju japim një vendim të ri. Nëse vazhdojmë të refuzojmë ndonjë pjesë të kërkesës suaj në lidhje me kufizimet që zbatohen për aksesin tuaj në medikamente, ne do ta dërgojmë automatikisht rastin tuaj te një shqyrtues i pavarur jashtë planit tonë. Shihni Kapitullin 9 për informacion se si të kërkonin një apelim.

Ju nuk do të vendoseni në DMP-në tonë nëse keni gjendje të caktuara shëndetësore, të tilla si dhimbje të lidhura me kancerin ose anemi, jeni duke marrë kujdes për të sëmurët terminalë, kujdes paliativ ose terminal, ose jetoni në një institucion kujdesi afatgjatë.

Seksioni 10.2 Programi Medication Therapy Management (MTM) për të ndihmuar anëtarët të menaxhojnë medikamentet e tyre

Ne kemi një program që mund të ndihmojë anëtarët tanë me nevoja komplekse shëndetësore. Programi ynë quhet program i Menaxhimit të Terapisë Mjekësore (MTM). Ky program është vullnetar dhe falas. Një ekip farmacistësh dhe mjekësh zhvilluan programin për ne për të ndihmuar që anëtarët tanë të përfitojnë sa më shumë nga barnat që marrin.

Disa anëtarë që kanë sëmundje të caktuara kronike dhe marrin medikamente që tejkalojnë një kosto specifike bari ose janë në një DMP për të ndihmuar anëtarët t'i përdorin opioidet në mënyrë të sigurt, mund të jenë në gjendje të marrin shërbime përmes një programi MTM. Nëse kualifikoheni për programin, një farmacist ose

Kapitulli 5: Përdorimi i mbulimit të planit për barnat e Pjesës D

një profesionist tjetër shëndetësor do t'ju japë një shqyrtim gjithëpërfshirës të të gjitha medikamenteve tuaja. Gjatë shqyrtimit, ju mund të flisni për medikamentet tuaja, kostot tuaja dhe çdo problem apo pyetje që keni në lidhje me medikamentet tuaja me recetë dhe ato pa recetë. Ju do të merrni një përmbledhje me shkrim e cila ka një listë të rekomanduar të detyrave që përfshin hapat që duhet të ndërmerreni për të marrë rezultatet më të mira nga medikamentet tuaja. Ju do të merrni gjithashtu një listë medikamentesh që do të përfshijë të gjitha medikamentet që po merrni, sa merrni dhe kur dhe pse i merrni ato. Përveç kësaj, anëtarët në programin MTM do të marrin informacion për asgjësimin e sigurt të medikamenteve me recetë që janë substanca të kontrolluara.

Është ide e mirë të flisni me mjekun tuaj për listën e rekomanduar të asaj që duhet të bëni dhe listën e medikamenteve. Silleni përmbledhjen me vete në vizitën tuaj ose sa herë që flisni me mjekët, farmacistët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor. Mbani të përditësuar dhe me vete listën tuaj të barnave (për shembull, me ID-në tuaj) në rast se shkoni në spital ose në urgjencë.

Nëse kemi një program që u përshtatet nevojave tuaja, ne do t'ju regjistrojmë automatikisht në program dhe do t'ju dërgojmë informacion. Nëse vendosni të mos merrni pjesë, ju lutemi na njoftoni dhe ne do t'ju tërheqim. Për pyetje në lidhje me këtë program, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D**KAPITULLI 6:****Çfarë paguani për barnat e Pjesës D****SEKSIONI 1 Çfarë paguani për barnat e Pjesës D**

Ne përdorim fjalën “bar” në këtë kapitull për të nënkuptuar një bar me recetë të Pjesës D. Jo të gjitha barnat janë barna të Pjesës D. Disa barna përjashtohen nga mbulimi i Pjesës D me ligj. Disa nga barnat e përjashtuara nga mbulimi i Part D mbulojnë nën Medicare Part A ose Part B.

Për të kuptuar informacionin e pagesës, ju duhet të dini se cilat barna mbulojnë, ku të plotësoni recetat tuaja dhe cilat rregulla duhet të ndiqni kur merrni barnat tuaja të mbuluara. Kapitulli 5 shpjegon këto rregulla. Kur përdorni “Mjetin e përfitimit në kohë reale” të planit tonë për të kërkuar mbulimin e barnave (SWHNY.com), kostoja që shihni tregon një vlerësim të kostove nga xhepi juaj që pritet të paguani. Gjithashtu mund të merrni informacionin e dhënë në “Mjetin e përfitimit në kohë reale” duke telefonuar Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

Si mund të merrni informacion në lidhje me kostot e barnave nëse merrni Extra Help me kostot e barnave me recetë të Pjesës D?

Për shkak se ju kualifikoheni për Medicaid, ju kualifikoheni dhe po merrni “Extra Help” nga Medicare për të paguar shpenzimet e planit tuaj të barnave me recetë. Duke qenë se keni Extra Help, **disa informacione në këtë Dëshmi Mbulimi në lidhje me kostot për barnat me recetë të Pjesës D mund të mos vlejnë për ju.** Ne ju dërguam një fletë të veçantë, të quajtur *Dëshmia e mbulimit Rider për personat që marrin Extra Help për të paguar për barnat me recetë* (i quajtur edhe *Rider i subvencioneve për të ardhura të ulëta ose LIS Rider*), i cili ju tregon për mbulimin e kostove të barnave tuaja. Nëse nuk e keni këtë fletë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) dhe kërkoni për *LIS Rider*.

Seksioni 1.1 Llojet e kostove nga xhepi që mund të paguani për barnat e mbuluara

Ekzistojnë 3 lloje të ndryshme të kostove nga xhepi për barnat e mbuluara të Pjesës D që mund t'ju kërkohet të paguani:

- **Shuma e zbritshme** është shuma që duhet të paguani për barnat përpara se plani ynë të fillojë të paguajë pjesën e tij.
- **Bashkëpagesa** është shuma fikse që paguani sa herë që merrni barnat e një recete.
- **Bashkësigurimi** është përqindja e kostos totale që paguani sa herë që merrni barnat e një recete.

Seksioni 1.2 Si i llogarit Medicare kostot tuaja nga xhepi

Medicare ka rregulla për atë që llogaritet dhe çfarë nuk llogaritet në kostot tuaja nga xhepi.

Këtu janë rregullat që duhet të ndjekim për të mbajtur nën kontroll kostot tuaja nga xhepi.

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D**Këto pagesa përfshihen në kostot tuaja nga xhepi**

Shpenzimet tuaja nga xhepi **përfshijnë** pagesat e renditura më poshtë (për sa kohë që ato janë për barnat e mbuluara të Pjesës D dhe ju keni ndjekur rregullat për mbulimin e barnave të shpjguara në Kapitullin 5):

- Shuma që paguani për barnat kur jeni në fazat e mëposhtme të pagesës së barnave:
 - Faza e Shumës së Zbritshme
 - Faza e Mbulimit Fillestar
- Çdo pagesë që keni bërë gjatë këtij viti kalendarik si anëtar i një plani tjetër barnash Medicare përpara se të bashkoheshit me planin tonë.
- Çdo pagesë për barnat tuaja të bëra nga familja ose miqtë
- Çdo pagesë e bërë për barnat tuaja nga Ndihma Ekstra nga Medicare, planet shëndetësore të punëdhënësit ose sindikatës, Shërbimi Shëndetësor Indian, programet e ndihmës për drogën kundër AIDS-it, Programet Shtetërore të Ndihmës Farmaceutike (SPAP) dhe shumica e bamirësive

Kalimi në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike:

Kur ju (ose ata që paguajnë në emrin tuaj) të keni shpenzuar një total prej \$2,100 në kosto nga xhepi brenda vitit kalendarik, ju do të kaloni nga Faza e Mbulimit Fillestar në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike.

Këto pagesa përfshihen në kostot tuaja nga xhepi

Kostot tuaja nga xhepi **nuk përfshijnë** asnjë nga këto lloje pagesash:

- Barnat që blini jashtë Shteteve të Bashkuara dhe territoreve të saj
- Shërbimet që nuk mbulohen nga plani ynë.
- Barnat që merrni në një farmaci jashtë rrjetit që nuk plotësojnë kërkesat e planit për mbulimin jashtë rrjetit.
- Barnat që nuk janë të Pjesës D, duke përfshirë barnat me recetë të mbuluara nga Pjesa A ose Pjesa B dhe barna të tjera të përjashtuara nga mbulimi nga Medicare
- Barnat me recetë të mbuluara nga Pjesa A ose Pjesa B
- Pagesat që bëni për barnat e mbuluara nga mbulimi ynë shtesë, por që normalisht nuk mbulohen në një Plan Barnash Medicare
- Pagesat që bëni për barnat që nuk mbulohen normalisht në një plan të barnave Medicare.
- Pagesat për barnat tuaja të bëra nga plane të caktuara sigurimi dhe programe shëndetësore të financuara nga qeveria, të tilla si TRICARE dhe Administrata e Shëndetit të Veteranëve (VA)
- Pagesat për barnat tuaja të bëra nga një palë e tretë me një detyrim ligjor për të paguar kostot e recetës (për shembull, kompensimi i punëtorëve).
- Pagesat e bëra nga prodhuesit e barnave sipas Manufacturer Discount Program

Kujtesë: Nëse ndonjë organizatë tjetër si ato të renditura më sipër paguan një pjesë ose të gjitha shpenzimet tuaja nga xhepi për barnat, ju duhet të tregoni planin tonë duke telefonuar Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit TTY telefonojnë 711).

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

Monitorimi i kostove tuaja totale nga xhepi

- Shpjegimi i Përfitimeve të Pjesës D (EOB) që merrni përfshin totalin aktual të kostove tuaja nga xhepi. Kur kjo shumë të arrijë \$2,100, Pjesa D EOB do t'ju tregojë se keni lënë Fazën e Mbulimit Fillestar dhe keni kaluar në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike.
- **Sigurohuni që të kemi informacionin që na nevojitet.** Shihni Seksionin 3.1 për të mësuar se çfarë mund të bëni për t'u siguruar që të dhënat tona të shpenzimeve tuaja janë të plota dhe të përditësuara.

SEKSIONI 2 Fazat e pagesës së barnave për anëtarët e Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Ka **3 faza të pagesës së barit** për mbulimin e barnave tuaja sipas Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Shuma që paguani për secilën recetë varet nga faza në të cilën ndodheni kur merrni një recetë të plotësuar ose të rimbushur. Detajet e secilës fazë shpjegohen në këtë kapitull. Fazat janë:

- **Faza 1: Faza vjetore e Shumës së Zbritshme**
- **Faza 2: Faza e Mbulimit Fillestar**
- **Faza 3: Faza e Mbulimit në raste Katastrofike**

SEKSIONI 3 Shpjegimi i Përfitimeve të Pjesës D shpjegon se në cilën fazë pagese je

- Plani ynë mban nën kontroll kostot e barnave tuaja me recetë dhe pagesat që bëni kur merrni receta në farmaci. Në këtë mënyrë, ne mund t'ju tregojmë se kur keni kaluar nga një fazë e pagesës së barnave në tjetrën. Ne monitorojmë 2 lloje kostosh:
- **Kostot jashtë xhepit:** kjo është sa keni paguar. Kjo përfshin atë që keni paguar kur merrni një bar të mbuluar të Pjesës D, çdo pagesë për barnat tuaja të bëra nga familja ose miqtë dhe çdo pagesë të bërë për barnat tuaja nga “Extra Help” nga Medicare, planet shëndetësore të punëdhënësit ose sindikatës, Indian Health Service, Programet e Ndihmës për Barnat kundër AIDS, bamirësitë dhe shumicën e Programeve të Ndihmës Farmaceutike Shtetërore (SPAP).
- **Kostot Totale të Barnave:** ky është totali i të gjitha pagesave të bëra për barnat tuaja të mbuluara të Pjesës D. Ai përfshin atë që ka paguar plani, atë që keni paguar ju dhe cilat programe ose organizata të tjera kanë paguar për barnat tuaja të mbuluara të Pjesës D.

Nëse keni plotësuar një ose më shumë receta përmes planit tonë gjatë muajit të kaluar, ne do t'ju dërgojmë një Formular EOB të Pjesës D.. Pjesa D EOB përfshin:

- **Informacion për atë muaj.** Ky raport jep detajet e pagesës për recetat për të cilat keni marrë barna gjatë muajit të kaluar. Ai tregon kostot totale të barnave, çfarë ka paguar plani dhe çfarë keni paguar ju dhe të tjerët në emrin tuaj.
- **Totali për vitin që nga 1 janari.** Tregon kostot totale të barnave dhe pagesat totale për barnat tuaja që nga fillimi i vitit.
- **Informacion mbi çmimin e barnave.** Ky shfaq çmimin total të barit dhe informacionin rreth rritjes së çmimit nga marrjes së parë të barnave të recetës për çdo pretendim për recetë të së njëjtës sasi.
- **Receta alternative me kosto më të ulët të disponueshme.** Kjo do të paraqesë informacion rreth barnave të tjera të disponueshme me ndarje më të ulët të kostos për çdo reklamim për recetë, nëse zbatohet.

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

Seksioni 3.1 Na ndihmoni ta mbajmë të përditësuar informacionin tonë për pagesat e barnave tuaja

Për të mbajtur nën kontroll kostot e barnave tuaja dhe pagesat që bëni për barnat, ne përdorim të dhënat që marrim nga farmacitë. Ja se si mund të na ndihmoni ta mbajmë informacionin tuaj të saktë dhe të përditësuar:

- **Tregoni kartën tuaj të anëtarësimit sa herë që ju merrni barnat e një recete.** Kjo na ndihmon të sigurohemi se dimë për barnat e recetave që po merrni dhe çfarë paguani.
- **Sigurohuni që të kemi informacionin që na nevojitet.** Ka raste që ju mund të paguani për të gjithë koston e një bari me recetë. Në këto raste, ne nuk do të marrim automatikisht informacionin që na nevojitet për të mbajtur nën kontroll kostot tuaja nga xhepi. Për të na ndihmuar të monitorojmë shpenzimet tuaja nga xhepi, na jepni kopjet e faturave tuaja. **Shembuj** se kur duhet të na jepni kopjet e faturave të barnave tuaja:
 - Kur blini një bar të mbuluar në një farmaci të rrjetit me një çmim të veçantë ose duke përdorur një kartë zbritjeje që nuk është pjesë e përfitimit të planit tonë
 - Kur keni bërë një bashkëpagesë për barnat që ofrohen sipas një programi i ndihmës për pacientët nga prodhuesi i barnave
 - Sa herë që keni blerë barna të mbuluara në farmacitë jashtë rrjetit ose që paguani çmimin e plotë për një bar të mbuluar në rrethana të veçanta

Nëse faturoheni për një bar të mbuluar, mund të kërkonti që plani ynë të paguajë pjesën tonë të kostos. Për udhëzime se si ta bëni këtë, shkoni te Kapitulli 7, Seksioni 2.

- **Na dërgoni informacion në lidhje me pagesat që të tjerët kanë bërë për ju.** Pagesat e bëra nga disa individë dhe organizata të tjera llogariten gjithashtu në kostot tuaja nga xhepi. Për shembull, pagesat e bëra nga një Program i Ndihmës Farmaceutike Shtetërore, një program i ndihmës për barnat kundër AIDS-s (ADAP), Indian Health Service, dhe organizatat bamirëse llogariten në kostot tuaja nga xhepi. Mbani një regjistër të këtyre pagesave dhe na i dërgoni ato në mënyrë që ne të mund të monitorojmë kostot tuaja.
- **Kontrolloni raportin me shkrim që ju dërgojmë.** Kur të merrni Pjesën D EOB, shihni për t'u siguruar që informacioni është i plotë dhe i saktë. Nëse mendoni se diçka mungon ose keni pyetje, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë TTY 711). Anëtarët e planit mund të kenë akses në EOB-të e tyre në internet në Caremark.com. Sigurohuni t'i mbani këto raporte.

SEKSIONI 4 Faza e Shumës së Zbritshme

Për shkak se shumica e anëtarëve tanë marrin Extra Help për kostot e barnave të tyre me recetë, Faza e Shumës së Zbritshme nuk zbatohet për shumicën e anëtarëve. Nëse merrni Extra Help, kjo fazë pagese nuk vlen për ju.

Nëse nuk merrni Extra Help, Faza e Shumës së Zbritshme është faza e parë e pagesës për mbulimin tuaj të barnave. Kjo fazë fillon kur plotësoni recetën tuaj të parë të vitit. Kur jeni në këtë fazë pagese, **duhet të paguani koston e plotë të barnave tuaja** derisa të arrini shumën e zbritshme të planit, e cila është \$615 për 2026. Shuma e zbritshme nuk zbatohet për produktet e mbuluara të insulinës dhe për shumicën e vaksinave të rritura të Pjesës D, duke përfshirë vaksinat e herpesit, tetanozit dhe udhëtimit. Do të paguani një shumë të zbritshme vjetore prej \$615 për barnat e Nivelit 2-5. **Ju duhet të paguani koston e plotë prej \$615 për barnat e Nivelit 2-5** derisa të arrini shumën e zbritshme të planit tonë. Për të gjitha barnat e tjera, nuk do të duhet të paguani

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

asnjë shumë të zbritshme. **“Kostoja e plotë”** është zakonisht më e ulët se çmimi normal i plotë i barit, pasi plani ynë ka negociuar kosto më të ulëta për shumicën e barnave në farmacitë e rrjetit. Kostoja e plotë nuk mund të tejkalojë çmimin maksimal të drejtë plus tarifat e shpërndarjes për barnat me çmime të negociuara sipas Programit Medicare Drug Price Negotiation.

Pasi të paguani \$615 për barnat e Nivelit 2-5, ju dilni nga Faza e Shumës së Zbritshme dhe kaloni në Fazën e Mbulimit Fillestar.

SEKSIONI 5 Faza e Mbulimit Fillestar

Seksioni 5.1 Ajo që paguani për një bar varet nga bari dhe nga vendi ku merrni barnat e recetës suaj

Gjatë Fazës së Mbulimit Fillestar, plani paguan ndarjen e kostos së barnave tuaja të mbuluara, ndërsa ju paguani ndarjen që ju takon (bashkëpagesën ose shumën e bashkësigurimit tuaj). Ndarja juaj e kostos do të ndryshojë në varësi të barit dhe vendit ku merrni barnat e recetës suaj.

Plani ynë ka gjashtë (6) nivele të ndarjes së kostos

Çdo bar në Listën e Barnave të planit tonë është në një nga gjashtë (6) nivelet e ndarjes së kostos. Në përgjithësi, sa më i lartë të jetë numri i nivelit të ndarjes së kostos, aq më e lartë është kostoja juaj për barin:

- *Niveli 1 - Gjenerik i Preferuar*
- *Niveli 2 - Gjenerik*
- *Niveli 3 - Marka e preferuar*
- *Niveli 4 - Bar jo i preferuar*
- *Niveli 5 - Barna të Specializuara*
- *Niveli 6 - Barna të Përzgjedhura të Kujdesit:*

Për të zbuluar se në cilin nivel të ndarjes së kostos ndodhet bari juaj, kërkojeni atë në “Listën e barnave” të planit.

Zgjedhjet tuaja të farmacisë

Sa paguani për një bar varet nëse e merrni barin nga:

- Një farmaci e shitjes me pakicë pjesë e rrjetit
- Një farmaci që nuk është në rrjetin e planit. Ne mbulojmë recetat e plotësuara në farmacitë jashtë rrjetit vetëm në situata të kufizuara. Shihni Kapitullin 5, Seksioni 2.5 për të mësuar se kur do të mbulojmë barnat me recetë të marra në një farmaci jashtë rrjetit.
- Shërbimi i porosisë me postë i planit tonë.

Për më shumë informacion në lidhje me këto zgjedhje farmacish dhe plotësimin e recetave tuaja, shkoni te Kapitulli 5 dhe te *Lista e Farmacive* e planit tonë.

Seksioni 5.2 Shpenzimet tuaja për një furnizim një-mujor të një bari të mbuluar

Gjatë Fazës së Mbulimit Fillestar, pjesa juaj e kostos së një bari të mbuluar do të jetë ose një bashkëpagesë ose bashkësigurim.

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

Ndonjëherë kostoja e barit është më e ulët se kompensimi juaj. Në këto raste, ju paguani çmimin më të ulët për barin në vend të bashkëpagesës.

Shpenzimet tuaja për një furnizim një-mujor të një bari të mbuluar të Pjesës D

Niveli	Ndarja standarde e koston me pakicë brenda rrjetit (furnizim deri në 31 ditë)	Ndarja e koston për porosi me postë (furnizim deri në 31 ditë)	Ndarja e koston për kujdesin afatgjatë (LTC) (furnizim deri në 31 ditë)	Ndarja e koston jashtë rrjetit (Mbulimi është i kufizuar në situata të caktuara; shkoni te Kapitulli 5 për detaje.) (furnizim deri në 31 ditë)
Niveli 1 i Ndarjes së Koston (Gjenerik i Preferuar)	\$0 bashkëpagesë	\$0 bashkëpagesë	\$0 bashkëpagesë	\$0 bashkëpagesë
Niveli 2 i Ndarjes së Koston (Gjenerik)	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë
Niveli 3 i Ndarjes së Koston (Marka e preferuar)	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

Niveli	Ndarja standarde e kostos me pakicë brenda rrjetit (furnizim deri në 31 ditë)	Ndarja e kostos për porosi me postë (furnizim deri në 31 ditë)	Ndarja e kostos për kujdesin afatgjatë (LTC) (furnizim deri në 31 ditë)	Ndarja e kostos jashtë rrjetit (Mbulimi është i kufizuar në situata të caktuara; shkonte Kapitulli 5 për detaje.) (furnizim deri në 31 ditë)
Niveli 4 i Ndarjes së Kostos (Bar jo i preferuar)	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë
Niveli 5 i Ndarjes së Kostos (Barna të Specializuara)	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë
Niveli 6 i Ndarjes së Kostos (Barna të Përzgjedhura të Kujdesit)	\$0 bashkëpagesë	\$0 bashkëpagesë	\$0 bashkëpagesë	\$0 bashkëpagesë

Shihni Seksionin 8 për më shumë informacion mbi ndarjen e kostos për vaksinat e Pjesës D.

Seksioni 5.3 Nëse mjeku juaj përshkruan më pak se furnizimin e plotë mujor, mund të mos ju duhet të paguani koston e furnizimit të gjithë muajit

Në mënyrë tipike, shuma që paguani për një bar mbulon furnizimin e plotë të një muaji. Mund të ketë raste kur ju ose mjeku juaj do të dëshironi që ju të keni më pak se një furnizim mujor të një bari (për shembull, kur po provoni një bar për herë të parë). Ju gjithashtu mund t' i kërkonti mjekut tuaj t' ju japë recetë dhe farmacistit tuaj t' ju japë më pak se një furnizim të plotë mujor nëse kjo do t' ju ndihmojë të planifikoni më mirë datat e rimbushjes.

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

Nëse merrni më pak se një muaj furnizim të plotë të barnave të caktuara, nuk do të duhet të paguani për furnizimin e plotë të muajit

- Nëse jeni përgjegjës për një bashkësigurim, ju paguani një *përqindje* të kostos totale të barit. Meqenëse bashkësigurimi bazohet në koston totale të barit, kostoja juaj do të jetë më e ulët pasi kostoja totale për barin do të jetë më e ulët.
- Nëse jeni përgjegjës për një bashkëpagesë për barin, paguani vetëm për numrin e ditëve të barit që merrni në vend të një muaji të tërë. Ne do të llogarisim shumën që paguani në ditë për barin tuaj (“norma e ndarjes së koston ditore”) dhe do ta shumëzojmë atë me numrin e ditëve të barit që merrni.

Seksioni 5.4 Kostot tuaja për një furnizim afatgjatë (deri në 100-ditë) të një bari të mbuluar nga Pjesa D

Për disa barna, ju mund të merrni një furnizim afatgjatë (i quajtur edhe furnizim i zgjatur). Një furnizim afatgjatë mund të zgjasë deri në 100-ditë.

Kostot tuaja për një furnizim afatgjatë të një bari të mbuluar nga Pjesa D

Niveli	Ndarja standarde e koston me pakicë (brenda rrjetit) (furnizim deri në 100 ditë)	Ndarja e koston për porosi me postë (furnizim deri në 100 ditë)
Niveli 1 i Ndarjes së Koston (Gjenerik i Preferuar)	\$0 bashkëpagesë	\$0 bashkëpagesë
Niveli 2 i Ndarjes së Koston (Gjenerik)	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë
Niveli 3 i Ndarjes së Koston (Marka e preferuar)	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë
Niveli 4 i Ndarjes së Koston (Bar jo i preferuar)	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë	\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike) \$0, \$4.90 ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për çdo recetë

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

Niveli	Ndarja standarde e kostos me pakicë (brenda rrjetit) (furnizim deri në 100 ditë)	Ndarja e kostos për porosi me postë (furnizim deri në 100 ditë)
Niveli 5 i Ndarjes së Kostos (Barna të Specializuara)	Një furnizim afatgjatë nuk është i disponueshëm për barnat në nivelin pesë (5).	Një furnizim afatgjatë nuk është i disponueshëm për barnat në nivelin pesë (5).
Niveli 6 i Ndarjes së Kostos (Barna të Përzgjedhura të Kujdesit)	\$0 bashkëpagesë	\$0 bashkëpagesë

Seksioni 5.5 Ju qëndroni në Fazën e Mbulimit Fillestar derisa kostot tuaja të barnave për vitin të arrijnë \$2,100

Ju qëndroni në Fazën e mbulimit fillestar derisa kostot tuaja totale të xhepit të arrijnë \$2,100. Më pas kaloni në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike.

Pjesa D EOB që merrni do t'ju ndihmojë të monitoroni se sa ju, plani dhe çdo palë e tretë keni shpenzuar në emrin tuaj gjatë vitit. Jo të gjithë anëtarët do të arrijnë limitin e kostos nga \$2,100 xhepi brenda një viti.

Do të të njoftojmë nëse e arrini këtë shumë. Shihni Seksionin 1.3 për më shumë informacion se si i llogarit Medicare kostot tuaja nga xhepi.

SEKSIONI 6 Faza e Mbulimit në raste Katastrofike

Gjatë Fazës së Mbulimit në raste Katastrofike, ju nuk paguani asgjë për barnat e mbuluara të Pjesës D. Ju hyni në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike kur kostot tuaja nga xhepi kanë arritur kufirin \$2,100 për vitin kalendarik. Pasi të jeni në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike, ju qëndroni në këtë fazë pagese deri në fund të vitit kalendarik.

Gjatë kësaj faze pagese, ju nuk paguani asgjë për barnat tuaja të mbuluara të Pjesës D.

SEKSIONI 7 Çfarë paguani për vaksinat e Pjesës D

Mesazh i rëndësishëm rreth asaj që paguani për vaksinat – Disa vakcina konsiderohen si përfitime mjekësore dhe mbulohen nga Pjesa B. Vaksinat e tjera konsiderohen si barna të Pjesës D. Ju mund t'i gjeni këto vakcina të renditura në Listën e barnave të planit tonë. Plani ynë mbulon shumicën e vaksinave për të rritur të Pjesës D pa kosto për ju. Shihni Listën e Barnave të planit tonë ose telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për detaje mbi mbulimin dhe ndarjen e kostos në lidhje me vaksinat specifike.

Mbulimi ynë i vaksinave të Pjesës D ka 2 pjesë:

- Pjesa e parë është kostoja e **vetë vaksinës**.
- Pjesa e dytë është për koston e **dhënies së vaksinës**. (Kjo nganjëherë quhet administrimi i vaksinës).

Kostot tuaja për një vaksinim të Pjesës D varen nga 3 gjëra:

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

1. Nëse vaksina rekomandohet për të rriturit nga një organizatë e quajtur Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

- Shumica e vaksinimeve të Pjesës D për të rriturit rekomandohen nga ACIP dhe nuk ju kushtojnë asgjë.

2. Ku e merrni vaksinën.

- Vetë vaksina mund të shpërndahet nga një farmaci ose do të ofrohet nga klinika e mjekut.

3. Kush jua bën vaksinën.

- Një farmacist ose një ofruer tjetër mund të bëjë vaksinën në farmaci. Ose, një ofruer mund ta bëjë atë në klinikën e mjekut.

Ajo që paguani në momentin që merrni vaksinimin e Pjesës D mund të ndryshojë në varësi të rrethanave dhe në cilën **fazë të pagesës së barnave** jeni.

- Kur bëni një vaksinë, mund t'ju duhet të paguani të gjithë koston si për vetë vaksinën, ashtu edhe për koston që ofruesi do t'ju japë vaksinën. Ju mund të kërkonti që plani ynë t'ju paguajë për pjesën tonë të koston. Për shumicën e vaksinave për të rriturit të Pjesës D, kjo do të thotë se do t'ju rimbursohet e gjithë kostoja që keni paguar.
- Herë të tjera, kur të bëni një vaksinë, do të paguani vetëm pjesën tuaj të kostosipas përfitimit të Pjesës D. Për shumicën e vaksinave të Pjesës D për të rriturit, nuk do të paguani asgjë.

Më poshtë janë 3 shembuj të mënyrave se si mund të bëni një vaksinë të Pjesës D.

Situata 1: Ju e bëni vaksinën e Pjesës D në farmacinë e rrjetit. (Nëse e keni këtë zgjedhje varet nga vendi ku jetoni. Disa shtete nuk i lejojnë farmacinë të bëjnë disa vaksina).

- Për shumicën e vaksinave të Pjesës D për të rriturit, nuk do të paguani asgjë.
- Për vaksinat e tjera të Pjesës D, ju do t'i paguani farmacinë bashkësigurim OSE bashkëpagesë për vetë vaksinën, e cila përfshin koston e bërjes së vaksinës.
- Planin ynë do të paguajë pjesën e mbetur të kostove.

Situata 2: Ju e bëni vaksinimin e Pjesës D në klinikën e mjekut tuaj.

- Kur të bëni vaksinën, mund t'ju duhet të paguani për të gjithë koston e vetë vaksinës dhe koston që ofruesi t'ju bënë atë.
- Më pas mund t'i kërkonti planit tonë të paguajë pjesën tonë të koston duke përdorur procedurat e përshkruara në Kapitullin 7.
- Për shumicën e vaksinave për të rriturit të Pjesës D, do t'ju rimbursohet shuma e plotë që keni paguar. Për vaksinat e tjera të Pjesës D, do t'ju rimbursohet shuma që keni paguar minus çdo bashkësigurim OSE bashkëpagesë për vaksinën (duke përfshirë administrimin) dhe minus çdo diferencë midis shumës që paguan mjeku dhe asaj që ne paguajmë zakonisht. (Nëse merrni Extra Help, ne do t'ju rimbursojmë për këtë diferencë).

Situata 3: Ju e blini vetë vaksinën e Pjesës D në farmacinë e rrjetit dhe më pas e çoni në klinikën e mjekut ku jua bëjnë vaksinën.

- Për shumicën e vaksinave të Pjesës D për të rriturit, nuk do të paguani asgjë për vetë vaksinën.
- Për vaksinat e tjera të Pjesës D, ju do t'i paguani farmacinë bashkësigurim OSE bashkëpagesë për vetë vaksinën.
- Kur mjeku juaj ju bënë vaksinën, mund t'ju duhet të paguani të gjithë koston për këtë shërbim.
- Më pas mund t'i kërkonti planit tonë të paguajë pjesën tonë të koston duke përdorur procedurat në Kapitullin 7.

Kapitulli 6: Çfarë paguani për barnat e Pjesës D

- Për shumicën e vaksinave për të rriturit të Pjesës D, do t'ju rimburohet shuma e plotë që keni paguar. Për vaksinat e tjera të Pjesës D, do t'ju rimburohet shuma që keni paguar minus çdo bashkësigurim për administrimin e vaksinës dhe minus çdo diferencë midis shumës që paguan mjeku dhe asaj që ne paguajmë zakonisht. (Nëse merrni Extra Help, ne do t'ju rimburojmë për këtë diferencë.)

Kapitulli 7: Na kërkoni të paguajmë një faturë për pjesën tonë të një fature për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara

KAPITULLI 7:**Na kërkoni të paguajmë një faturë për pjesën tonë të një fature për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara****SEKSIONI 1 Situatat kur duhet të na kërkoni të paguajmë pjesën tonë për shërbimet ose barnat e mbuluara**

Ofruesit tanë të rrjetit e faturojnë planin tonë drejtpërdrejt për shërbimet dhe barnat tuaja të mbuluara. Nëse merrni faturë për koston e plotë të kujdesit mjekësor ose barnave që keni marrë, dërgoni këtë faturë tek ne që ne ta paguajmë. Kur të na dërgoni faturën, ne do ta shikojmë faturën dhe do të vendosim nëse shërbimet dhe barnat duhet të mbulohen. Nëse vendosim se ato duhet të mbulohen, ne do ta paguajmë ofruesin drejtpërdrejt.

Nëse keni paguar tashmë për një shërbim ose artikull të Medicare të mbuluar nga plani ynë, ju mund të kërkoni nga plani ynë që t'ju kthejë paratë (kthimi i parave shpesh quhet **rimbursim**). Është e drejta juaj të kompensoheni nga plani ynë sa herë që keni paguar më shumë se pjesa juaj e koston për shërbimet mjekësore ose barnat që mbulohen nga plani ynë. Mund të ketë afate që duhet të përmbushni për t'u rimbursuar. Shihni Seksionin 2 të këtij kapitulli. Kur të na dërgoni një faturë që e keni paguar tashmë, ne do ta shikojmë faturën dhe do të vendosim nëse shërbimet ose barnat duhet të mbulohen. Nëse vendosim që ato duhet të mbulohen, ne do t'ju paguajmë për shërbimet ose barnat.

Mund të ketë gjithashtu raste kur merrni një faturë nga një ofrues për koston e plotë të kujdesit mjekësor që keni marrë ose për më shumë se pjesa juaj e ndarjes së koston. Së pari, përpiquni të zgjidhni faturën me ofruesin. Nëse kjo nuk funksionon, na e dërgoni neve faturën në vend që ta paguani. Ne do ta shikojmë faturën dhe do të vendosim nëse shërbimet duhet të mbulohen. Nëse vendosim se ato duhet të mbulohen, ne do ta paguajmë ofruesin drejtpërdrejt. Nëse vendosim të mos e paguajmë, do të njoftojmë ofruesin. Ju nuk duhet të paguani kurrë më shumë sesa ndarja e koston së lejuar nga plani. Nëse ky ofrues është i kontraktuar, ju keni ende të drejtën për trajtim.

Shembuj të situatave në të cilat mund t'ju duhet të kërkoni nga plani ynë që t'ju kthejë paratë ose të paguajë një faturë që keni marrë:

1. Kur keni marrë kujdes mjekësor emergjent ose keni nevojë urgjente nga një ofrues që nuk është në rrjetin e planit tonë

Ju mund të merrni shërbime emergjente ose urgjentisht të nevojshme nga çdo ofrues, pavarësisht nëse ofruesi është apo jo pjesë e rrjetit tonë. Në këto raste, kërkoni nga ofruesi të faturojë planin.

- Nëse e paguani vetë të gjithë shumën në momentin që merrni kujdesin, na kërkoni që t'ju kthejmë paratë për pjesën tonë të koston. Na dërgoni faturën, së bashku me dokumentacionin e çdo pagese që keni bërë.
- Ju mund të merrni një faturë nga ofruesi që kërkon pagesë që mendoni se nuk detyroheni. Na dërgoni faturën, së bashku me dokumentacionin e çdo pagese që keni bërë.

Kapitulli 7: Na kërkoni të paguajmë një faturë për pjesën tonë të një fature për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara

- Nëse ofruesit i detyroheni ndonjë gjë, ne do ta paguajmë ofruesin drejtpërdrejt.
- Nëse tashmë keni paguar më shumë se pjesa juaj e kostos për shërbimin, ne do të përcaktojmë se sa i keni borxh dhe do t'ju rimbursojmë për pjesën tonë të kostos.

2. Kur një ofrues i rrjetit ju dërgon një faturë që ju mendoni se nuk duhet ta paguani

Ofruesit e rrjetit duhet gjithmonë ta faturojnë planin drejtpërdrejt. Por ndonjëherë ata bëjnë gabime dhe ju kërkojnë të paguani për shërbimet tuaja OSE më shumë sesa ndarja juaj e kostos.

- Ju duhet ta paguani shumën tuaj të ndarjes së kostos vetëm kur të merrni shërbimet e mbuluara. Ne nuk i lejojmë ofruesit të shtojnë tarifa shtesë të veçanta, të quajtura faturim i balancës. Kjo mbrojtje (që nuk paguani kurrë më shumë se shuma e ndarjes së kostos) vlen edhe nëse i paguajmë ofruesit më pak se tarifat e ofruesit për një shërbim dhe edhe nëse ka një mosmarrëveshje dhe ne nuk paguajmë tarifa të caktuara nga ofruesi. Ne nuk i lejojmë ofruesit t'ju faturojnë për shërbimet e mbuluara. Ne i paguajmë ofruesit tanë direkt dhe ju mbrojmë nga çdo tarifë. Kjo është e vërtetë edhe nëse i paguajmë ofruesit më pak se tarifat e ofruesit për një shërbim. Sa herë që merrni një faturë nga një ofrues i rrjetit që mendoni se është më shumë sesa duhet të paguani, na e dërgoni neve faturën. Ne do të kontaktojmë drejtpërdrejt ofruesin dhe do të zgjidhim problemin e faturimit.
- Nëse i keni paguar tashmë një faturë një ofruesi të rrjetit, por mendoni se keni paguar më shumë se sa duhet, na dërgoni faturën, së bashku me dokumentacionin e çdo pagese që keni bërë. Ju duhet të na kërkoni që t'ju rimbursojmë për shërbimet tuaja të mbuluara për diferencën midis shumës që keni paguar dhe shumës që detyroheni sipas planit.

3. Nëse jeni regjistruar në mënyrë retroaktive në planin tonë

Ndonjëherë regjistrimi i një personi në plan është retroaktiv. (Kjo do të thotë se dita e parë e regjistrimit të tyre tashmë ka kaluar. Data e regjistrimit mund të ketë ndodhur edhe vitin e kaluar).

Nëse jeni regjistruar në mënyrë retroaktive në planin tonë dhe keni paguar nga xhepi për ndonjë nga shërbimet ose barnat tuaja të mbuluara pas datës së regjistrimit, mund të na kërkoni që t'ju kthejmë paratë për pjesën tonë të kostove. Ju do të duhet të dorëzoni dokumente të tilla si fatura dhe fatura që ne të trajtojmë rimbursimin.

4. Kur përdorni një farmaci jashtë rrjetit për të marrë një recetë

Nëse shkoni në një farmaci jashtë rrjetit, farmacia mund të mos jetë në gjendje ta paraqesë kërkesën drejtpërdrejt tek ne. Kur të ndodhë kjo, do t'ju duhet të paguani koston e plotë të recetës suaj.

Ruajeni faturën tuaj dhe na dërgoni një kopje kur të na kërkoni t'ju kthejmë paratë për pjesën tonë të kostove. Mos harroni se ne i mbulojmë farmacinë jashtë rrjetit vetëm në rrethana të kufizuara. Kapitulli 5, Seksioni 2,5 ju tregon më shumë rreth këtyre programeve. Ne mund të mos ju kthejmë diferencën midis asaj që keni paguar për barin në farmacinë jashtë rrjetit dhe shumës që do të paguanim në një farmaci brenda rrjetit.

5. Kur paguani koston e plotë për një recetë, sepse nuk e keni me vete kartën e anëtarësimit në plan

Nëse nuk e keni me vete kartën e anëtarësimit në planin tonë, mund t'i kërkoni farmacisë të telefonojë planin tonë ose të kërkojë informacionin e regjistrimit në plan. Megjithatë, nëse farmacia nuk mund ta marrë menjëherë informacionin e regjistrimit që i nevojitet, mund t'ju duhet ta paguani vetë koston e plotë të recetës.

Kapitulli 7: Na kërkoni të paguajmë një faturë për pjesën tonë të një fature për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara

Ruajeni faturën tuaj dhe na dërgoni një kopje kur të na kërkoni t'ju kthejmë paratë për pjesën tonë të kostove. Ne mund të mos ju rimburojmë koston e plotë që keni paguar nëse çmimi në para që keni paguar është më i lartë se çmimi ynë i negociuar për recetën.

6. Kur paguani koston e plotë për një recetë në situata të tjera

Ju mund të paguani koston e plotë të recetës sepse zbuloni se bari nuk mbulohet për ndonjë arsye.

- Për shembull, bari mund të mos jetë në “Listën e barnave” të planit ose mund të ketë një kërkesë ose kufizim që ju nuk e dinit ose nuk mendoni se duhet të zbatohet për ju. Nëse vendosni të merrni barin menjëherë, mund t'ju duhet të paguani koston e plotë për të.
- Ruajeni faturën tuaj dhe na dërgoni një kopje kur të na kërkoni t'ju kthejmë. Në disa situata, mund të na duhet të marrim më shumë informacion nga mjeku juaj që t'ju paguajmë paratë për pjesën tonë të kostove për barin. Ne mund të mos ju rimburojmë koston e plotë që keni paguar nëse çmimi në para që keni paguar është më i lartë se çmimi ynë i negociuar për recetën.

Kur na dërgoni një kërkesë për pagesë, ne do ta shqyrtojmë kërkesën tuaj dhe do të vendosim nëse shërbimi ose bari duhet të mbulohet. Kjo quhet marrja e një **vendimi mbulimi**. Nëse vendosim se duhet të mbulohet, ne do të paguajmë pjesën tonë të kostove për shërbimin ose barin. Nëse ne refuzojmë kërkesën tuaj për pagesë, ju mund të apeloni vendimin tonë. Kapitulli 9 i këtij dokumenti përmban informacion se si të bëni një apelim.

SEKSIONI 2 Si të na kërkoni t'ju rimburojmë ose të paguajmë një faturë që keni marrë

Ju mund të na kërkoni që t'ju rimburojmë duke na dërguar një kërkesë me shkrim. Nëse dërgoni një kërkesë me shkrim, të dërgoni faturën dhe dokumentacionin e çdo pagese që keni bërë. Është një ide e mirë të bëni një kopje të faturës dhe mandatpagesave tuaja për t'i pasur për informacionet tuaja. **Ju duhet të na paraqisni kërkesën tuaj brenda një (1) viti kalendarik** nga data kur keni marrë shërbimin dhe/ose artikullin, ose brenda 36 muajve nga data kur keni marrë barin.

Për t'u siguruar që po na jepni të gjithë informacionin që na nevojitet për të marrë një vendim, mund të plotësoni formularin tonë të kërkesës për të bërë kërkesën tuaj për pagesë.

- Nuk është e detyrueshme të përdorni formularin, por ai do të na ndihmojë ta përpunojmë informacionin më shpejt.
- Shkarkoni një kopje të formularit nga faqja jonë e internetit (SWHNY.com) ose telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) dhe kërkoni formularin.

Na e dërgoni me postë kërkesën tuaj për pagesë së bashku me çdo faturë ose mandapagesë të paguar në këtë adresë:

Rimbursimet e shërbimeve mjekësore:

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

Rimbursimet e barnave me recetë:

Kapitulli 7: Na kërkoni të paguajmë një faturë për pjesën tonë të një fature për shërbime mjekësore ose barna të mbuluara

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

SEKSIONI 3 Ne do ta shqyrtojmë kërkesën tuaj për pagesë dhe do të themi “po” ose “jo”

Kur të marrim kërkesën tuaj për pagesë, ne do t'ju njoftojmë nëse kemi nevojë për ndonjë informacion shtesë nga ju. Përndryshe, ne do të shqyrtojmë kërkesën tuaj dhe do të marrim një vendim mbulimi.

- Nëse vendosim që kujdesi mjekësor ose bari mbulohet dhe ju keni ndjekur të gjitha rregullat, ne do të paguajmë për pjesën tonë të kostos për shërbimin ose barin. Nëse keni paguar tashmë për shërbimin ose barin, ne do t'ju dërgojmë me postë rimbursimin e pjesës sonë të kostos. Nëse keni paguar koston e plotë të një bari, mund të mos ju rimbursohet shuma e plotë që keni paguar (për shembull, nëse keni marrë një bar në një farmaci jashtë rrjetit ose nëse çmimi në para që keni paguar për një bar është më i lartë se çmimi ynë i negociuar). Nëse nuk keni paguar ende për shërbimin ose barin, ne do ta dërgojmë me postë pagesën direkt tek ofruesi.
- Nëse vendosim që kujdesi mjekësor ose bari nuk mbulohet, ose ju nuk keni ndjekur të gjitha rregullat, ne nuk do të paguajmë pjesën tonë të kostos për kujdesin ose barin. Ne do t'ju dërgojmë një letër që shpjegon arsyet pse nuk po e dërgojmë pagesën dhe të drejtat tuaja për të apeluar atë vendim.

Seksioni 3.1 Nëse ju themi se nuk do të paguajmë për të gjithë ose një pjesë të kujdesit mjekësor ose barit, ju mund të bëni një apelim

Nëse mendoni se kemi bërë një gabim duke refuzuar kërkesën tuaj për pagesë ose shumën që po paguajmë, mund të bëni një apelim. Nëse bëni një apelim, do të thotë se po na kërkoni të ndryshojmë vendimin që morëm kur refuzuam kërkesën tuaj për pagesë. Procesi i apelimit është një proces formal me procedura të detajuara dhe afate të rëndësishme. Për detaje se si të bëni këtë apelim, shihni Kapitullin 9.

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**KAPITULLI 8:****Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja****SEKSIONI 1 Plani ynë duhet të respektojë të drejtat dhe ndjeshmëritë tuaja kulturore****Seksioni 1.1 Ne duhet të japim informacion në një mënyrë që funksionon për ju dhe në përputhje me ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, braile, shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative etj.)**

Planit tuaj i kërkohet të sigurohet që të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike, ofrohen në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë ata me aftësi të kufizuara në anglisht, aftësi të kufizuara leximi, paaftësi në dëgjim ose ata 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, makinave të shkrimit ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me makinë shkrimi).

Plani ynë disponon shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në braile, në shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto nëse ju nevojitet. 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 që funksionon për ju, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

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

Nëse 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 e gjeni veten në 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 keni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankim te Shërbimet ndaj Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, e hënë - e premte, 8 a.m. - 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY, ju lutemi telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

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

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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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.).

Vash plani duhet të ndiqet për të siguruar që të gjithë shërbimet, si klinike dhe jo klinike, ofrohen me konsideratë për karakteristikat kulturore të pacientit dhe janë të aksesueshme për të gjithë pjesëmarrësit e planit, në numër të paktit me njohuri të anglishtes, aftësi të kufizuara të leximit dhe shprehjeve të dëgjimit ose me karakteristika kulturore dhe etnike të ndryshme. Shembuj të mënyrave se si plani mund të plotësojë këto kërkesa, përfshijnë, përveç tjerash, ofrimin e shërbimeve të gojshme dhe të shkruara të përkthimit, si dhe linjat për të dëgjuesit (TTY — telefon i shkruar ose teletajp).

Në planin tonë ka shërbime të përkthimit gojshme, të gatshme për të përgjigjur pyetjeve të pjesëmarrësve, jo folësve të anglishtes. Shërbimet gojshme të përkthimit ofrohen pa pagesë. Përveç kësaj, nëse është e nevojshme, ne mund t'ju dërgojmë pa pagesë materialet tona, të shtypura me shifër të mëdha ose me shifër Braille, ose në formate alternative të ndryshme. Informacionet për shërbimet tona duhet të komunikohen në një formë të aksesueshme dhe të përshtatshme për ju. Për të marrë informacionet në një formë të aksesueshme për ju, telefononi në departamentin tonë të shërbimit të klientit.

Planin tonë duhet të japë grupeve të pjesëmarrësve mundësinë të drejtë për të kontaktuar menjëherë ginekologët, të cilët bashkëpunojnë me planin, për shërbime të zakonshme dhe të profilaktike të shërbimit.

Nëse nuk ka asnjë mjek të nevojshëm specializim në planin tonë, plani duhet të gjejë për ju një specialistë jashtë rrjetit. Në një situatë të tillë, ju pagësoni vetëm shërbimet brenda rrjetit. Nëse zbulohet se mjekët e nevojshëm për ju specializim me planin tonë nuk bashkëpunojnë, telefononi në departamentin tonë të shërbimit të klientit. Ata do t'ju shpjegojnë, tek kush të ktheheni për të marrë shërbimet tona, duke paguar vetëm shumën e parashikuar në planin tonë.

Nëse ju vjen në mendje probleme me marrjen e informacionit nga plani tonë në një formë të aksesueshme për ju, telefononi në departamentin tonë të shërbimit të klientit në numër (833) 671-0440 dhe dorëzojmë një kërkesë (nga mërkurja në enjete nga 08:00 deri në 20:00 në kohën lokale). Kur përdorni TTY, numëroni 711. Përveç kësaj, mund të kërkesë në programin Medicare (telefon: 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227) ose menjëherë në Zyra të Drejtat Civile (Zyra për të Drejtat Civile) (telefon: 1-800-368-1019 ose TTY: 1-800-537-7697).

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

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

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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**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. Epiou, nou kapab ba w enfòmasyon an bray, an gwo karaktè, oswa an lòt fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

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

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

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

1.1 סעקציע מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפראכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאָטירונגען, אאז"ו.)

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

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

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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Kononoi bashkëpunuesit të shërbimit të shëndetit të tu për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Nëse nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Kononoi bashkëpunuesit të shërbimit të shëndetit të tu për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Nëse nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Planin tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe që 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 kufizuara 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).

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

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.)

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

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

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

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

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet ndaj 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 te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

Το πρόγραμμά μας διαθέτει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσετε σε ερωτήσεις από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε, επίσης, να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές χωρίς κόστος, εάν τις χρειάζεστε. Είμαστε υποχρεωμένοι να σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές του προγράμματος σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς. Για να λάβετε πληροφορίες από εμάς με τρόπο που σας εξυπηρετεί, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Το πρόγραμμά μας απαιτείται να δώσει στις γυναίκες εγγεγραμμένους τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε έναν ειδικό υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Εάν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι ευθύνη του προγράμματος να εντοπίσει εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. Εάν βρεθείτε σε μια κατάσταση όπου δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυο του προγράμματος που να καλύπτουν μια υπηρεσία που χρειάζεστε, καλέστε το πρόγραμμα για πληροφορίες σχετικά με το πού να πάτε για να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που να είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 π.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

1.1 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

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

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

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

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

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

Seksioni 1.2 Ne duhet të sigurojmë që të keni akses në kohë në shërbimet dhe barnat e mbuluara

Ju keni të drejtë të zgjidhni një ofrues të kujdesit parësor (PCP) në rrjetin e planit për të ofruar dhe rregulluar shërbimet tuaja të mbuluara. Ju gjithashtu keni të drejtë të shkoni te një specialist i shëndetit të grave (si p.sh. gjinekologu) pa rekomandim.

Ju keni të drejtë të merrni takime dhe shërbime të mbuluara nga rrjeti i ofruesve të planit *brenda një kohe të arsyeshme*. Kjo përfshin të drejtën për të marrë shërbime në kohë nga specialistë kur keni nevojë për atë kujdes. Ju gjithashtu keni të drejtë të merrni barna ose merrni rimbushje me recetat tuaja në cilëndo nga farmacitë e rrjetit tonë pa vonesa të gjata.

Nëse mendoni se nuk po merrni kujdesin tuaj mjekësor ose barnat e Pjesës D brenda një kohe të arsyeshme, Kapitulli 9 tregon se çfarë mund të bëni.

Seksioni 1.3 Ne duhet të mbrojmë privatësinë e informacionit tuaj personal shëndetësor

Ligjet federale dhe shtetërore mbrojnë privatësinë e kartelës mjekësore dhe të informacionit personal shëndetësor. Ne mbrojmë të informacionin personal shëndetësor siç kërkohet nga këto ligje.

- Informacioni juaj personal shëndetësor përfshin **informacionin personal** që na keni dhënë kur jeni regjistruar në këtë plan, si dhe kartelën mjekësore dhe informacione të tjera mjekësore dhe shëndetësore.
- Ju keni të drejta në lidhje me informacionin tuaj dhe kontrollin se si përdoret informacioni juaj shëndetësor. Ne ju japim një njoftim me shkrim, të quajtur *Njoftimi i praktikës së privatësisë*, që tregon për këto të drejta dhe shpjegon se si ne e mbrojmë privatësinë e informacionit tuaj shëndetësor.

Si e mbrojmë privatësinë e informacionit tuaj shëndetësor?

- Ne sigurohemi që personat e paautorizuar të mos i shohin ose ndryshojnë të dhënat tuaja.
- Përveç rrethanave të shënuara më poshtë, nëse synojmë t'i japim informacionin tuaj shëndetësor dikujt që nuk ofron kujdesin tuaj ose nuk paguan për kujdesin tuaj, *na kërkohet të marrim më parë leje me shkrim nga ju ose dikush të cilit i keni dhënë fuqi ligjore për të marrë vendime për ju.*

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

- Ka disa përjashtime që nuk kërkojnë që ne fillimisht të marrim lejen tuaj me shkrim. Këto përjashtime lejohen ose kërkojnë me ligj.
 - Na kërkohet të japim informacion shëndetësor për agjencitë qeveritare që kontrollojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor.
 - Për shkak se ju jeni anëtar i planit tonë nëpërmjet Medicare, neve na kërkohet t'i japim Medicare informacionin tuaj shëndetësor, duke përfshirë informacionin rreth barnave tuaja me recetë të Pjesës D. Nëse Medicare e lëshon informacionin tuaj për kërkime ose përdorime të tjera, kjo do të bëhet sipas statuteve dhe rregulloreve federale; zakonisht, kjo kërkon që informacioni që ju identifikon në mënyrë unike të mos shpërndahe.

Ju mund ta shihni informacionin në të dhënat tuaja dhe të dini se si është ndarë me të tjerët

Ju keni të drejtë të shihni kartelën mjekësore që mban plani dhe të merrni një kopje të të dhënave tuaja. Ne lejohe mi t'ju tarifojmë një tarifë për të bërë kopje. Ju gjithashtu keni të drejtë të na kërkoni të bëjmë shtesa ose korrigjime në të kartelën mjekësore. Nëse na kërkoni ta bëjmë këtë, ne do të punojmë me ofruesin tuaj të kujdesit shëndetësor për të vendosur nëse duhen bërë ndryshimet.

Ju keni të drejtë të dini se si është ndarë informacioni juaj shëndetësor me të tjerët për çdo qëllim që nuk është rutinë.

Nëse keni pyetje ose shqetësime në lidhje me privatësinë e informacionit tuaj personal shëndetësor, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve.

NJOFTIM PËR PRAKTIKAT E PRIVATËSISË

KY NJOFTIM PËRSHKRUAN SE SI MUND TË PËRDORËT DHE ZBULOHET INFORMACIONI MJEKËSOR PËR JU DHE SI MUND TË KENI AKSES NË KËTË INFORMACION. JU LUTEM LEXONI ME KUJDES.

Ky njoftim përshkruan praktikën e privatësisë së planeve shëndetësore të lidhura me Molina Healthcare (të referuara këtu si “Molina”, “ne” ose “jonë”). Ne përdorim dhe ndajmë informacion të mbrojtur shëndetësor (“PHI”) rreth jush për të ofruar përfitimet tuaja shëndetësore si anëtar i Molina. Ne i përdorim dhe i ndajmë PHI për të kryer trajtime, pagesa dhe operacione të kujdesit shëndetësor. Ne gjithashtu përdorim dhe ndajmë PHI për arsye të tjera, siç lejohet dhe kërkohet me ligj. Ne kemi për detyrë ta mbajmë informacionin tuaj shëndetësor privat dhe të respektojmë kushtet e këtij njoftimi. Data e hyrjes në fuqi të këtij njoftimi është 1 janar 2026.

PHI është informacion shëndetësor që përfshin emrin tuaj, numrin e anëtarit ose identifikues të tjerë, dhe përdoret ose ndahet nga ne. PHI përfshin informacion shëndetësor në lidhje me çrregullimet e përdorimit të substancave dhe informacione biometrike (si zëri).

Pse e përdorim ose e ndajmë PHI-në tuaj?

Ne e përdorim ose shpërndajmë PHI-në tuaj për t'ju ofruar përfitime të kujdesit shëndetësor. PHI-ja juaj përdoret ose ndahet gjithashtu për trajtim, pagesë dhe operacione të kujdesit shëndetësor.

Për trajtimin

Ne mund ta përdorim ose ta ndajmë PHI-në tuaj për t'ju dhënë ose për të rregulluar kujdesin tuaj mjekësor. Ky trajtim përfshin gjithashtu rekomandime midis mjekëve tuaj ose ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor. Për shembull, ne mund të ndajmë informacion për gjendjen tuaj shëndetësore me një specialist. Kjo e ndihmon specialistin të flasë për trajtimin tuaj me mjekun tuaj.

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Për pagesë

Ne mund të përdorim ose ndajmë PHI-në për të marrë vendime mbi pagesën. Kjo mund të përfshijë pretendime, miratime për trajtim dhe vendime për nevojën mjekësore. Emri juaj, gjendja juaj, trajtimi juaj dhe furnizimet e dhëna mund të shënohen në faturë. Për shembull, ne mund t'i bëjmë të ditur një mjeku se ju keni përfitimet tona. Ne do t'i tregonim mjekut edhe shumën e faturës që do të paguanim.

Për operacionet e kujdesit shëndetësor

Ne mund të përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj për të menaxhuar planet tona shëndetësore. Për shembull, ne mund të përdorim informacionin nga pretendimi juaj për t'ju njoftuar për një program shëndetësor që mund t'ju ndihmojë. Ne gjithashtu mund të përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj për të zgjidhur shqetësimet tuaja. PHI-ja juaj mund të përdoret gjithashtu për të parë që pretendimet paguhen siç duhet.

Operacionet e kujdesit shëndetësor përfshijnë shumë nevoja të përditshme të biznesit. Ai përfshin, por nuk kufizohet me, sa vijon:

- Përmirësimi i cilësisë;
- Veprimet në programet shëndetësore për të ndihmuar anëtarët me kushte të caktuara (siç është astma);
- Kryerja ose organizimi i shqyrtimit mjekësor;
- Shërbimet ligjore, duke përfshirë programet e zbulimit dhe ndjekjes penale të mashtrimit dhe abuzimit;
- Veprime për të na ndihmuar t'u bindemi ligjeve;
- Adresimi i nevojave të anëtarëve, duke përfshirë zgjidhjen e ankesave dhe ankimeve.

Ne do ta ndajmë PHI-në tuaj me kompani të tjera (“**bashkëpunëtorë biznesi**”) që kryejnë lloje të ndryshme aktiviteteve për planin tonë shëndetësor. Ne gjithashtu mund ta përdorim PHI-në tuaj për t'ju kujtuar për takimet tuaja. Ne mund ta përdorim PHI-në tuaj për t'ju dhënë informacion në lidhje me trajtime të tjera ose përfitime dhe shërbime të tjera që lidhen me shëndetin.

Kur mund të përdorim ose të ndajmë PHI-në tuaj pa marrë autorizim (miratim) me shkrim nga ju?

Përveç trajtimit, pagesës dhe operacioneve të kujdesit shëndetësor, ligji e lejon ose kërkon që Molina të përdorë dhe të shpërndajë PHI-në tuaj për disa qëllime të tjera, duke përfshirë si në vijim:

Nëse kërkohet me ligj

Ne do të përdorim ose ndajmë informacion rreth jush siç kërkohet me ligj. Ne do ta ndajmë PHI-në tuaj kur kërkohet nga Sekretari i Department of Health and Human Services (HHS). Kjo mund të jetë për një çështje gjyqësore, shqyrtim tjetër ligjor ose kur kërkohet për qëllime të zbatimit të ligjit.

Shëndeti publik

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet për aktivitete të shëndetit publik. Kjo mund të përfshijë ndihmën e agjencive të shëndetit publik për të parandaluar ose kontrolluar sëmundjet.

Mbikëqyrja e kujdesit shëndetësor

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet me organet qeveritare. Ata mund të kenë nevojë për PHI-në tuaj për auditime.

Kërkime

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet për kërkime në raste të caktuara, si p.sh. kur miratohet nga një bord institucional ose për rishikimin e privatësisë.

Procedurat ligjore ose administrative

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet për procedime ligjore, si p.sh. në përgjigje të një urdhri gjykate.

Organet e zbatimit të ligjit

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet me policinë për qëllime të zbatimit të ligjit, të tilla si për të ndihmuar në gjetjen e një të dyshuari, dëshmitari ose personi të zhdukur.

Shëndeti dhe siguria

PHI-ja juaj mund të ndahen për të parandaluar një kërcënim serioz dhe të menjëhershëm për shëndetin ose sigurinë e një personi ose të publikut.

Funksionet e qeverisë

PHI-ja juaj mund të ndahet me qeverinë për funksione të veçanta. Një shembull do të ishte mbrojtja e Presidentit.

Viktimat e abuzimit, neglizhencës ose dhunës në familje

PHI-ja juaj mund të ndahet me autoritetet ligjore nëse besojmë se një person është viktimë e abuzimit ose neglizhencës.

Kompensimi i punëtorëve

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet për t'iu bindur ligjeve të Kompensimit të Punëtorëve.

Zbulime të tjera

PHI-ja juaj mund të ndahet me drejtorët e funeraleve ose ekspertët mjekoligjorë për t'iu ndihmuar ata të bëjnë punën e tyre.

Kufizime shtesë për përdorimin dhe zbulimin.

Disa ligje federale dhe shtetërore mund të kërkojnë mbrojtje të veçanta të privatësisë që kufizojnë përdorimin dhe zbulimin e llojeve të caktuara të informacionit shëndetësor. Këto ligje mund të mbrojnë llojet e mëposhtme të informacionit: çrregullimet e përdorimit të alkoolit dhe substancave, informacionin biometrik, abuzimin ose neglizhencën ndaj fëmijëve ose të rriturve, përfshirë sulmin seksual, sëmundjet ngjitëse, informacionin gjenetik, HIV/AIDS-in, shëndetin mendor, informacionin për të miturit, recetat, shëndetin riprodhues dhe sëmundjet seksualisht të transmetueshme. Ne do të ndjekim ligjin më të rreptë, aty ku zbatohet për ne.

Informacioni për çrregullimin e përdorimit të substancave (SUD). Megjithëse ne nuk jemi një program i trajtimit të çrregullimeve nga përdorimi i substancave sipas ligjit federal (një "Program SUD"), ne mund të marrim informacion nga një Program SUD për ju. Ne nuk mund të zbulojmë informacionin e SUD për përdorim në një procedurë civile, penale, administrative ose legislative kundër jush nëse nuk kemi (i) pëlqimin tuaj me shkrim, ose (ii) një urdhër gjykate të shoqëruar me një thirrje ose kërkesë tjetër ligjore për zbulim të detyrueshëm të lëshuar pasi ne dhe ju u njoftuam dhe një mundësi për t'iu dëgjuar.

Kur na duhet autorizimi juaj me shkrim (miratimi) për të përdorur ose ndarë PHI-në tuaj?

Na duhet miratimi juaj me shkrim për të përdorur ose ndarë PHI-në tuaj për një qëllim tjetër nga ato të renditura në këtë Njoftim. Na duhet autorizimi juaj përpara se të zbulojmë PHI-në tuaj për sa vijon: (1) shumicën e përdorimeve dhe zbulimeve të shënimeve të psikoterapisë; (2) përdorimet dhe zbulimet për qëllime marketingu; dhe (3) përdorimet dhe zbulimet që përfshijnë shitjen e PHI-së. Ju mund të anuloni një miratim me shkrim që na keni dhënë. Anulimi juaj nuk do të zbatohet për veprimet e ndërmarra tashmë nga ne për shkak të miratimit që na keni dhënë tashmë.

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Cilat janë të drejtat tuaja për informacionin shëndetësor?

Ju keni të drejtë të:

Kërkoni kufizime për përdorimet ose zbulimet e PHI-së (Ndarja e PHI-së suaj)

Ju mund të na kërkoni që të mos e ndajmë PHI-në tuaj për të kryer trajtim, pagesë ose operacion të kujdesit shëndetësor. Ju gjithashtu mund të na kërkoni që të mos ndajmë PHI-në tuaj me familjen, miqtë ose personat e tjerë që përmendni, të cilët janë të përfshirë në kujdesin tuaj shëndetësor. Megjithatë, neve nuk na kërkohet të pajtohemi me kërkesën tuaj. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

Kërkoni për komunikime konfidenciale të PHI-së

Mund t'i kërkoni Molina t'ju japë PHI-në tuaj në një mënyrë të caktuar ose në një vend të caktuar për të ndihmuar në ruajtjen e privatësisë së PHI-së tuaj. Ne do të ndjekim kërkesat e arsyeshme, nëse na tregoni se si ndarja e të gjithë ose një pjesë e asaj PHI-je mund të rrezikojë jetën tuaj. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

Rishikoni dhe kopjoni PHI-në tuaj

Ju gëzoni të drejtën të rishikoni dhe të merrni një kopje të PHI-së tuaj të mbajtur nga ne. Kjo mund të përfshijë të dhëna të përdorura në bërjen e mbulimit, kërkesave dhe vendimeve të tjera në lidhje me ju si anëtar i yni. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj. Ne mund t'ju paguajmë një tarifë të arsyeshme për kopjimin dhe dërgimin me postë të të dhënave tuaja. Në disa raste, ne mund ta refuzojmë kërkesën. Shënim i rëndësishëm: Ne nuk kemi kopje të plota të kartelës tuaj mjekësore. Nëse dëshironi të shihni, të merrni një kopje ose të ndryshoni kartelën tuaj mjekësore, ju lutemi kontaktoni me mjekun ose klinikën tuaj.

Të ndryshoni PHI-në tuaj

Ju mund të kërkoni që ne të ndryshojmë PHI-në tuaj. Kjo përfshin vetëm ato të dhëna të mbajtura nga ne për ju si anëtar. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj. Ju mund të depozitoni një shkresë që nuk pajtoheni me ne nëse ne e refuzojmë kërkesën.

Pyesni se kujt i zbulohet PHI-ja (ndarja e PHI-së tuaj)

Ju mund të kërkoni që ne t'ju japim një listë të palëve të caktuara me të cilat kemi ndarë PHI-në tuaj gjatë gjatë viteve para datës së kërkesës suaj. Lista nuk do të përfshijë PHI-në e ndarë si në vijim:

- për trajtimin, pagesën ose operacionet e kujdesit shëndetësor;
- drejtuar personave në lidhje me PHI-në e tyre;
- ndarjen e bërë me autorizimin tuaj;
- incidentet me përdorimin ose zbulimin e lejuar ose të kërkuar ndryshe sipas ligjit në fuqi;
- PHI-në e dhënë në interes të sigurisë kombëtare ose për qëllime të inteligjencës; ose
- si pjesë e një grupi të kufizuar të dhënash në përputhje me ligjin në fuqi.

Ne do të paguajmë një tarifë të arsyeshme për secilën listë nëse e kërkoni këtë listë më shumë se një herë brenda një periudhe 12-mujore. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

Ju mund të bëni secilën nga kërkesat e renditura më sipër, ose mund të merrni një kopje letre të këtij njoftimi. Ju lutemi telefononi departamentin tonë të Shërbimeve ndaj Anëtarëve në numrin pa pagesë që ndodhet në

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit, 7 ditë të javës, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/TDD, ju lutemi telefononi 711.

Çfarë mund të bëni nëse të drejtat tuaja nuk janë mbrojtur?

Ju mund të ankoheni te ne dhe te Department of Health and Human Services nëse besoni se ju janë cenuar të drejtat tuaja të privatësisë. Ne nuk do të bëjmë asgjë kundër jush për paraqitjen e një ankese. Kujdesi dhe përfitimet tuaja nuk do të ndryshojnë në asnjë mënyrë.

Ju mund të bëni një ankesë tek ne në:

Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin e telefonit falas që gjendet në kartën tuaj të identitetit, 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/TDD, ju lutemi telefononi 711. Ose na shkruani në:

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

Ju mund të paraqisni një ankesë tek Sekretari i U.S. Department of Health and Human Services në:

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

Cilat janë detyrat tona?

Ne duhet të:

- Të mbajë PHI-në tuaj private;
- T'ju japë informacione me shkrim si ky mbi detyrat tona dhe praktikën e privatësisë në lidhje me PHI-në tuaj;
- T'ju japë një njoftim në rast të ndonjë shkeljeje të PHI-së tuaj të pasiguruar;
- Të mos përdorë ose zbulojë informacionin tuaj gjenetik për qëllime nënshkrimi;
- Ndiqni kushtet e këtij njoftimi.

Ky njoftim është subjekt ndryshimi

Ne gëzojmë të drejtën të ndryshojmë praktikën e tij të informacionit dhe kushtet e këtij Njoftimi në çdo kohë. Nëse e bëjmë këtë, kushtet dhe praktikën e reja do të zbatohen më pas për të gjitha PHI-të që mbajmë. Nëse bëjmë ndonjë ndryshim material, ne do ta postojmë Njoftimin e rishikuar në faqen tonë të internetit dhe do ta dërgojmë Njoftimin e rishikuar, ose informacionin në lidhje me ndryshimin material dhe mënyrën e marrjes së Njoftimit të rishikuar, në dërgimin tonë të ardhshëm vjetor me postë drejtuar anëtarëve tanë që mbulohen nga ne në atë kohë. Ky njoftim është i disponueshëm në faqen tonë të internetit në www.molinahealthcare.com.

Informacioni i kontaktit

Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me këtë Njoftim, ju lutemi na kontaktoni.

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Ju lutemi telefononi departamentin tonë të Shërbimeve ndaj Anëtarëve në numrin pa pagesë që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit, 7 ditë të javës, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/TDD, ju lutemi telefononi 711. Ose shkruani Shërbimeve ndaj Anëtarëve të Molina, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Mund ta merrni këtë dokument falas në formate të tjera, si në formatin me shkronja të mëdha, braile, ose audio. Telefononi (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Telefonata është pa pagesë.

Seksioni 1.4 Ne duhet t'ju japim informacione për planin tonë, rrjetin e ofruesve tanë dhe shërbimet tuaja të mbuluara

Si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ju keni të drejtë të merrni disa lloje informacioni nga ne.

Nëse dëshironi ndonjë nga llojet e mëposhtme të informacionit, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711):

- **Informacion rreth planit tonë.** Kjo përfshin, për shembull, informacion në lidhje me gjendjen financiare të planit.
- **Informacion rreth ofruesve të rrjetit dhe farmacive tona.** Ju keni të drejtë të merrni informacion në lidhje me kualifikimet e ofruesve dhe farmacive në rrjetin tonë dhe mënyrën se si ne i paguajmë ofruesit në rrjetin tonë.
- **Informacion në lidhje me mbulimin tuaj dhe rregullat që duhet të ndiqni kur përdorni mbulimin tuaj.** Kapitujt 3 dhe 4 ofrojnë informacion në lidhje me shërbimet mjekësore. Kapitulli 5 dhe 6 ofron informacion rreth mbulimit të barnave me recetë të Pjesës D.
- **Informacion rreth asaj se pse diçka nuk mbulohet dhe çfarë mund të bëni për të.** Kapitulli 9 ofron informacion për të kërkuar një shpjegim me shkrim se përse një shërbim mjekësor ose bari i Pjesës D nuk mbulohet ose nëse mbulimi juaj është i kufizuar. Kapitulli 9 jep gjithashtu informacion për të na kërkuar ndryshimin e një vendimi, i quajtur gjithashtu apelim.

Seksioni 1.5 Ju keni të drejtën të dini opsionet tuaja të trajtimit dhe të merrni pjesë në vendimet për kujdesin tuaj shëndetësor

Ju keni të drejtë të merrni informacion të plotë nga mjekët tuaj dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor. Ofruesit tuaj duhet të shpjegojnë gjendjen tuaj shëndetësore dhe zgjedhjet tuaja të trajtimit në një mënyrë që ju mund ta kuptoni.

Ju gjithashtu keni të drejtë të merrni pjesë plotësisht në vendimet për kujdesin tuaj shëndetësor. Për t'ju ndihmuar të merrni vendime me mjekët tuaj se cili trajtim është më i miri për ju, të drejtat tuaja përfshijnë sa vijon:

- **Për të ditur rreth të gjitha zgjedhjeve tuaja.** Ju keni të drejtën të informoheni për të gjitha opsionet e trajtimit që rekomandohen për gjendjen tuaj, pa marrë parasysh sa kushtojnë ose nëse ato mbulohen nga plani ynë. Ai gjithashtu përfshin informacionin për programet që ofron plani ynë për të ndihmuar anëtarët të menaxhojnë medikamentet e tyre dhe t'i përdorin barnat në mënyrë të sigurt.

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

- **Për të ditur për rreziqet.** Ju keni të drejtë të informoheni për çdo rrezik të përfshirë në kujdesin tuaj. Duhet t'ju thuhet paraprakisht nëse ndonjë kujdes mjekësor ose trajtim i propozuar është pjesë e një eksperimenti kërkimor. Ju keni gjithmonë zgjedhjen të refuzoni çdo trajtim eksperimental.
- **E drejta për të thënë “jo”.** Ju keni të drejtë të refuzoni çdo trajtim të rekomanduar. Kjo përfshin të drejtën për t'u larguar nga një spital ose një institucion tjetër mjekësor, edhe nëse mjeku juaj ju këshillon të mos largoheni. Ju gjithashtu keni të drejtë të ndaloni marrjen e barnave. Nëse refuzoni trajtimin ose ndaloni marrjen e barnave, ju pranoni përgjegjësinë e plotë për atë që i ndodh trupit tuaj si rezultat.

Ju keni të drejtë të jepni udhëzime se çfarë duhet bërë nëse nuk jeni në gjendje të merrni vendime mjekësore për veten

Ndonjëherë njerëzit bëhen të paaftë për të marrë vendime për kujdesin shëndetësor për veten e tyre për shkak të aksidenteve ose sëmundjeve të rënda. Ju keni të drejtë të thoni atë që dëshironi të ndodhë nëse jeni në këtë situatë. Kjo do të thotë që, *nëse dëshironi*, mund:

- Të plotësoni një formular me shkrim për t'i dhënë **dikujt autoritetin ligjor për të marrë vendime mjekësore për ju** nëse bëheni ndonjëherë i paftë për të marrë vendime për veten tuaj.
- **T'u jepni mjekëve tuaj udhëzime me shkrim** se si dëshironi që ata të trajtojnë kujdesin tuaj mjekësor nëse bëheni i paftë të merrni vendime për veten tuaj.

Dokumentet ligjore që mund të përdorni për të dhënë udhëzimet tuaja paraprakisht në këto situata quhen **direktiva paraprake**. Dokumentet si p.sh. **testament për jetën** dhe **prokurë për kujdesin shëndetësor** janë shembuj të direktivave paraprake.

Si të krijoni një direktivë paraprake për të dhënë udhëzime:

- **Merrni një formular.** Ju mund të merrni një formular të direktivave paraprake nga avokati juaj, një punonjës social ose nga disa dyqane kancelarie. Ndonjëherë ju mund të merrni formularë të direktivave paraprake nga organizatat që u japin personave informacione rreth Medicare. Gjithashtu mund të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për të kërkuar formularët.
- **Plotësoni formularin dhe nënshkruajeni atë.** Pavarësisht se ku e merrni këtë formular, është një dokument ligjor. Konsideroni të keni një avokat që t'ju ndihmojë ta përgatisni atë.
- **Jepuni kopje të formularit njerëzve të duhur.** Ju duhet t'i jepni një kopje të formularit mjekut tuaj dhe personit që përmendni në formular, i cili mund të marrë vendime për ju nëse ju nuk mundeni vetë. Këshillohet që t'u jepni kopje miqve të ngushtë ose anëtarëve të familjes. Mbani një kopje në shtëpi.

Nëse e dini paraprakisht se do të shtroheni në spital dhe keni nënshkruar një direktivë paraprake, **merrni një kopje me vete në spital.**

- Spitali do t'ju pyesë nëse keni nënshkruar një formular direktive paraprake dhe nëse e keni me vete.
- Nëse nuk keni nënshkruar një formular direktive paraprake, spitali ka formularë në dispozicion dhe do t'ju pyesë nëse dëshironi ta nënshkruani një të tillë.

Plotësimi i një direktive paraprake është zgjedhja juaj (duke përfshirë nëse dëshironi të nënshkruani një të tillë nëse jeni në spital). Sipas ligjit, askush nuk mund t'ju refuzojë kujdesin ose t'ju diskriminojë bazuar në faktin nëse keni nënshkruar ose jo një direktivë paraprake.

Nëse udhëzimet e tua nuk ndiqen

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

Nëse nënshkruani një direktivë paraprake dhe besoni se një mjek ose spital nuk i ka ndjekur udhëzimet në të, mund të paraqisni një ankesë në linjën telefonike të ankesave të New York State Department of Health në numrin 1-866-334-9866 (TTY 711).

Seksioni 1.6 Ju keni të drejtë të bëni ankesa dhe të kërkonti nga ne që të rishqyrtojmë vendimet që kemi marrë

Nëse keni ndonjë problem, shqetësim ose ankesë dhe keni nevojë të kërkonti mbulim ose të bëni një apelim, Kapitulli 9 i këtij dokumenti tregon se çfarë mund të bëni. Çfarëdo që të bëni—të kërkonti një vendim mbulimi, të bëni një apelim ose të bëni një ankesë—**ne duhet t'ju trajtojmë me drejtësi.**

Seksioni 1.7 Nëse besoni se po trajtoheni në mënyrë të padrejtë ose të drejtat tuaja nuk po respektohen

Nëse besoni se jeni trajtuar padrejtësisht ose të drejtat tuaja nuk janë respektuar për shkak të racës, aftësisë së kufizuar, fesë, seksit, shëndetit, etnisë, besimit (besimeve), moshës ose origjinës kombëtare, telefononi **Zyrën për të Drejtat Civile** të Department of Health and Human Service në numrin 1-800-368-1019 (përdoruesit e TTY telefonojnë në numrin 1-800-537-7697) ose telefononi Zyrën tuaj lokale për të Drejtat Civile.

Nëse besoni se jeni trajtuar në mënyrë të padrejtë ose të drejtat tuaja nuk janë respektuar *dhenuk* ka të bëjë me diskriminimin, mund të merrni ndihmë për t'u marrë me problemin që keni:

- **Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve të Planit tonë në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).**
- **Telefononi SHIP tuaj lokal** në SHIP. Informacioni i kontaktit është i disponueshëm në Kapitullin 2, Seksioni 3.
- **Telefononi Medicare** në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (përdoruesit e TTY telefonojnë 1-877-486-2048)

Seksioni 1.8 Si të merrni më shumë informacion për të drejtat tuaja

Merrni më shumë informacion për të drejtat tuaja nga këto vende:

- **Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711)**
- **Telefononi SHIP tuaj lokal** në (800) 701-0501
- **Kontakti Medicare**
 - Vizitoni www.Medicare.gov për të lexuar botimin *Medicare Rights & Protections* (i disponueshëm në: Të drejtat dhe mbrojtjet e Medicare)
 - Telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048)

SEKSIONI 2 Përgjegjësitë tuaja si anëtar i planit tonë

Gjërat që duhet të bëni si anëtar i planit janë renditur më poshtë. Për pyetje, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711).

Kapitulli 8: Të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja

- **Njihuni me shërbimet tuaja të mbuluara dhe rregullat që duhet të ndiqni për të marrë këto shërbime të mbuluara.** Përdorni këtë Dëshmi mbulimi për të mësuar se çfarë mbulohet për ju dhe rregullat që duhet të ndiqni për të marrë shërbimet tuaja të mbuluara.
 - Kapitujt 3 dhe 4 japin detaje rreth shërbimeve tuaja mjekësore.
 - Kapitulli 5 dhe 6 jep detaje rreth mbulimit të barnave të Pjesës D.
- **Nëse keni ndonjë mbulim tjetër shëndetësor ose mbulim për barnat përveç planit tonë, duhet të na tregoni.** Kapitulli 1 ju tregon për koordinimin e këtyre përfitimeve.
- **Tregojini mjekut tuaj dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor që jeni regjistruar në planin tonë.** Tregoni kartën e anëtarësimin në planin tonë sa herë që merrni kujdes mjekësor ose barna të Pjesës D.
- **Ndihmojini mjekët tuaj dhe ofruesit e tjerë t'ju ndihmojnë duke u dhënë atyre informacion, duke bërë pyetje dhe duke ndjekur kujdesin tuaj.**
 - Për të ndihmuar në marrjen e kujdesit më të mirë, tregojini mjekëve tuaj dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor për problemet tuaja shëndetësore. Ndiqni planet dhe udhëzimet e trajtimit për të cilat ju dhe mjekët tuaj bini dakord.
 - Sigurohuni që mjekët tuaj të dinë të gjitha barnat që po merrni, duke përfshirë barnat pa recetë, vitaminat dhe suplementet.
 - Nëse keni ndonjë pyetje, sigurohuni që të pyesni dhe të merrni një përgjigje që mund ta kuptoni.
- **Tregoni konsideratë.** Ne presim që të gjithë anëtarët tanë të respektojnë të drejtat e pacientëve të tjerë. Ne gjithashtu presim që ju të veproni në një mënyrë që ndihmon mbarëvajtjen e klinikës së mjekut, spitaleve dhe klinikave të tjera.
- **Paguani atë që detyroheni.** Si anëtar i planit, ju jeni përgjegjës për këto pagesa:
 - Ju duhet të vazhdoni të paguani primet tuaja të Medicare për të qëndruar anëtar i planit.
 - Nëse ju kërkohet të paguani shumë shtesë për Pjesën D për shkak të të ardhurave tuaja më të larta (siç raportohet në deklaratën tuaj të fundit tatimore), ju duhet të vazhdoni t'ia paguani shumë shtesë drejtpërdrejt qeverisë për të qëndruar anëtar i planit.
- **Nëse lëvizni jashtë fushës së shërbimit të planit tonë, ne duhet ta dimë** që të mund të mbajmë të përditësuar të dhënat tuaja të anëtarësimin dhe të dimë se si t'ju kontaktojmë.
- **Nëse lëvizni jashtë fushës së shërbimit të planit tonë, nuk mund të mbeteni anëtar i planit tonë.**
- **Nëse transferoheni, njoftoni Sigurimet Shoqërore (ose Railroad Retirement Board).**

KAPITULLI 9:

Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

SEKSIONI 1 Çfarë duhet të bëni nëse keni një problem apo shqetësim

Ky kapitull shpjegon proceset për trajtimin e problemeve dhe shqetësimeve. Procesi që përdorni për të trajtuar problemin tuaj varet nga lloji i problemit që keni:

- Për disa probleme, ju duhet të përdorni **procesin për vendimet e mbulimit dhe apelimet**.
- Për probleme të tjera, duhet të përdorni **procesin e ankesave**; këto quhen edhe ankime.

Seksioni 1.1 Termat ligjorë

Ekzistojnë terma ligjorë për disa nga rregullat, procedurat dhe llojet e afateve të shpjeguara në këtë kapitull. Shumë nga këto terma janë të panjohura për shumicën e njerëzve. Për t'i bërë gjërat më të lehta, ky kapitull përdor fjalë më të njohura në vend të disa termave ligjorë.

Megjithatë, ndonjëherë është e rëndësishme të njihni termat e duhura ligjorë. Për t'ju ndihmuar të dini se cilat terma duhet të përdorni për të marrë ndihmën ose informacionin e duhur, **ne** i përfshijmë këto terma ligjorë kur japim detaje për trajtimin e situatave specifike.

SEKSIONI 2 Ku mund të merrni më shumë informacion dhe ndihmë të personalizuar

Ne jemi gjithmonë në dispozicion për t'ju ndihmuar. Edhe nëse keni një ankesë për trajtimin që kemi ndaj jush, ne jemi të detyruar të respektojmë të drejtën tuaj për t'u ankuar. Gjithmonë duhet të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për ndihmë. Në disa situata mund të kërkonti ndihmë ose udhëzime nga dikush që nuk është i lidhur me ne. Dy organizata që mund të ndihmojnë janë:

Programi State Health Insurance Assistance (SHIP)

Çdo shtet ka një program qeveritar me konsulentë të trajnuar. Programi nuk është i lidhur me ne ose me ndonjë kompani sigurimi apo plan shëndetësor. Konsulentët në këtë program mund t'ju ndihmojnë të kuptoni se cilin proces duhet të përdorni për të trajtuar një problem që keni. Ata gjithashtu mund t'u përgjigjen pyetjeve tuaja, t'ju japin më shumë informacion dhe të ofrojnë udhëzime se çfarë të bëni.

Shërbimet e konsulentëve të SHIP janë falas. Informacioni i kontaktit të SHIP është i disponueshëm në Kapitullin 2, Seksioni 3.

Medicare

Ju gjithashtu mund të kontaktoni me Medicare për të marrë ndihmë.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)

- Telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048.
- Vizitoni www.Medicare.gov

Ju mund të merrni ndihmë dhe informacion nga Medicaid

- Mund të telefononi Linjën e Ndihmës së Medicaid në numrin 1-800-541-2831 (TTY 711) nga e hëna në të premte, ora 8:00AM-8:00PM dhe të shtunën nga ora 9 a.m.-1 p.m.
- Mund t'i shkruani Departamentit tuaj Lokal të Shërbimeve Sociale (LDSS). Gjeni adresën për LDSS-në tuaj në: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
- Ju gjithashtu mund të vizitoni faqen e internetit të New York State Medicaid: www.health.ny.gov/health_care/medicaid

SEKSIONI 3 Si të kuptoni ankesat dhe apelimet e Medicare dhe Medicaid në planin tonë

Ju keni Medicare dhe merrni ndihmë nga Medicaid. Informacioni në këtë kapitull vlen për të **gjitha** përfitimet tuaja nga Medicare dhe Medicaid. Ky quhet proces i integruar sepse kombinon ose integron proceset e Medicare dhe Medicaid.

Ndonjëherë proceset e Medicare dhe Medicaid nuk kombinohen. Në ato situata, ju përdorni një proces të Medicare për një përfitim të mbuluar nga Medicare dhe një proces Medicaid për një përfitim të mbuluar nga Medicaid. Këto situata shpjegohen në **Seksionin 6.4**.

SEKSIONI 4 Cilin proces duhet të përdorni për problemin tuaj

Nëse keni një problem ose shqetësim, ju duhet të lexoni vetëm pjesët e këtij kapitulli që vlejnjë për situatën tuaj. Informacioni i mëposhtëm do t'ju ndihmojë të gjeni Seksionin e duhur të këtij kapitulli për problemet ose ankesat rreth **përfitimeve të mbuluara nga Medicare ose Medicaid**.

A lidhet problemi ose shqetësimi juaj me përfitimet ose mbulimin tuaj?

Kjo përfshin problemet nëse kujdesi mjekësor (artikuj mjekësorë, shërbimet dhe/ose barnat e Pjesës B) mbulohen apo jo, mënyra se si mbulohen dhe problemet që lidhen me pagesën për kujdesin mjekësor.

Po.

Shihni **Seksionin 5, Një udhëzues për vendimet e mbulimit dhe apelimet**.

Jo.

Shihni **Seksionin 11, Si të bëni një ankesë për cilësinë e kujdesit shëndetësor, kohën e pritjes, shërbimin ndaj klientit ose shqetësime të tjera**.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Vendimet e mbulimit dhe apelimet****SEKSIONI 5 Një udhëzues për vendimet e mbulimit dhe apelimet**

Vendimet e mbulimit dhe apelimet kanë të bëjnë me problemet që lidhen me përfitimet tuaja dhe mbulimin për kujdesin tuaj mjekësor (shërbimet, artikujt dhe barnat me receta të Pjesës B, duke përfshirë pagesën). Për t'i mbajtur gjërat të thjeshta, ne përgjithësisht u referohemi artikujve, shërbimeve mjekësore dhe barnave me receta të Medicare Part B si **kujdes mjekësor**. Ju e përdorni vendimin e mbulimit dhe procesin e apelimit për çështje të tilla si nëse diçka mbulohet apo jo dhe mënyra se si mbulohet diçka.

Kërkimi i vendimeve të mbulimit përpara marrjes së shërbimeve

Me fjalë të tjera, nëse doni të dini nëse do të mbulojmë një kujdes mjekësor përpara se ta merrni atë, mund të na kërkoni që të marrim një vendim mbulimi për ju. Një vendim mbulimi është një vendim që marrim në lidhje me përfitimet dhe mbulimin tuaj ose në lidhje me shumën që do të paguajmë kujdesin tuaj mjekësor. Për shembull, nëse mjeku i rrjetit të planit tuaj ju rekomandon të një specialist mjekësor jashtë rrjetit, ky rekomandim konsiderohet një vendim i favorshëm mbulimi, përveç rasteve kur mjeku juaj i rrjetit mund të tregojë se keni marrë një njoftim standard të refuzimit për këtë specialist mjekësor, ose Dëshmia e Mbulimit e bën të qartë se shërbimi i referuar nuk mbulohet asnjë në asnjë rrethanë. Ju ose mjeku juaj mund të na kontaktoni gjithashtu dhe të kërkoni një vendim mbulimi nëse mjeku juaj nuk është i sigurt nëse ne do të mbulojmë një shërbim të caktuar mjekësor ose refuzon të ofrojë kujdesin mjekësor që mendoni se keni nevojë.

Në rrethana të kufizuara, një kërkesë për një vendim mbulimi do të refuzohet, gjë që do të thotë se ne nuk do ta shqyrtojmë kërkesën. Shembujt se kur një kërkesë **do të** refuzohet përfshijnë nëse kërkesa është e paplotë, nëse dikush e bën kërkesën në emrin tuaj, por nuk është ligjërisht i autorizuar për ta bërë këtë ose nëse ju kërkoni që kërkesa juaj të tërhiqet. Nëse hedhim poshtë një kërkesë për një vendim mbulimi, ne do të dërgojmë një njoftim që shpjegon pse kërkesa u rrëzua dhe si të kërkojmë shqyrtimin e pushimit nga puna.

Ne marrim një vendim mbulimi për ju sa herë që vendosim se çfarë mbulohet për ju dhe sa paguajmë. Në disa raste, ne mund të vendosim që kujdesi mjekësor nuk mbulohet ose nuk mbulohet më për ju. Nëse nuk jeni dakord me këtë vendim mbulimi, mund të bëni një apelim.

Bërja e një apelimi

Nëse marrim një vendim mbulimi, para ose pas marrjes së një përfitimi, dhe ju nuk jeni të kënaqur, ju mund ta **apeloni** vendimin. Një apelim është një mënyrë formale për të na kërkuar të shqyrtojmë dhe ndryshojmë një vendim mbulimi që kemi marrë. Në rrethana të caktuara, mund të kërkoni një **apelim të përshpejtuar** ose të shpejtë të një vendimi të mbulimit. Apelimi juaj trajtohet nga shqyrtues të ndryshëm nga ata që morën vendimin fillestar.

Kur e apeloni një vendim për herë të parë, ky quhet apelim i Nivelit 1. Në këtë apelim, ne shqyrtojmë vendimin e mbulimit që morëm për të kontrolluar nëse po ndiqnim siç duhet rregullat. Kur ta kemi përfunduar shqyrtimin, ne ju japim vendimin tonë.

Në rrethana të kufizuara, një kërkesë për një apelim të Nivelit 1 do të refuzohet, gjë që do të thotë se ne nuk do ta shqyrtojmë kërkesën. Shembujt se kur një kërkesë do të refuzohet përfshijnë nëse kërkesa është e paplotë, nëse dikush e bën kërkesën në emrin tuaj, por nuk është ligjërisht i autorizuar për ta bërë këtë ose nëse ju kërkoni që kërkesa juaj të tërhiqet. Nëse hedhim poshtë një apelim të Nivelit 1, ne do të dërgojmë një njoftim që shpjegon pse kërkesa u rrëzua dhe si të kërkojmë shqyrtimin e pushimit nga puna.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Nëse i themi jo të gjithë ose një pjesë të apelimit tuaj të Nivelit 1 për kujdes mjekësor, apelimi juaj do të kalojë automatikisht në nivelin 2. Apelimi i Nivelit 2 kryhet nga një organizatë e pavarur e shqyrtimit që nuk është e lidhur me ne.

- Nuk është nevoja të ndërmerri veprim për të nisur një apelim të Nivelit 2. Rregullat e Medicare kërkojnë që ne ta dërgojmë automatikisht apelimin tuaj për kujdes mjekësor në Nivelin 2 nëse nuk pajtohemi plotësisht me apelimin tuaj të Nivelit 1.
- Shihni **Seksionin 6.4** të këtij kapitulli për më shumë informacion rreth apelimeve të Nivelit 2 për kujdes mjekësor.
- Apelimet e Pjesës D diskutohen më tej në Seksionin 7 të këtij kapitulli.

Nëse nuk jeni i kënaqur me vendimin në apelimin e Nivelit 2, mund të jeni në gjendje të vazhdoni përmes niveleve shtesë të apelimit (ky kapitull shpjegon proceset e apelimit të Nivelit 3, 4 dhe 5).

Seksioni 5.1 Merrni ndihmë për të kërkuar një vendim mbulimi ose për të bërë një apelim

Këtu janë burimet nëse vendosni të kërkonin ndonjë lloj vendimi mbulimi ose të apeloni një vendim:

- **Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711)**
- **Merrni ndihmë falas** nga Programi State Health Insurance Assistance.
- **Mjeku juaj ose një ofrues tjetër i kujdesit shëndetësor mund të bëjë një kërkesë për ju.** Nëse mjeku juaj ju ndihmon me një apelim të Nivelit 2, ata do të duhet të emërohen si përfaqësuesi juaj. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) dhe kërkonin formularin “Emërimi i Përfaqësuesit”. (Formulari është gjithashtu i disponueshëm në www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)
 - Për kujdesin mjekësor, mjeku juaj ose një ofrues tjetër i kujdesit shëndetësor mund të kërkojë një vendim mbulimi ose një apelim të Nivelit 1 në emrin tuaj. Nëse apelimi juaj refuzohet në Nivelin 1, ai do të përcillet automatikisht në Nivelin 2.
 - Nëse mjeku juaj ose një ofrues tjetër shëndetësor kërkon që një shërbim ose artikull që po merrni tashmë të vazhdojë gjatë apelimit tuaj, **mund t'ju duhet të përmendni mjekun tuaj ose një mjek tjetër që jep recetën si përfaqësuesin tuaj për të vepruar në emrin tuaj.**
 - Për barnat me recetë të Pjesës D, mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë mund të kërkojë një vendim mbulimi ose një apelim të Nivelit 1 në emrin tuaj. Nëse apelimi juaj i Nivelit 1 refuzohet, mjeku juaj ose mjeku që jep recetë mund të kërkojë një apelim të Nivelit 2.
- **Ju mund t'i kërkonin dikujt të veprorë në emrin tuaj.** Nëse dëshironi, mund të emëroni një person tjetër që të veprorë për ju si përfaqësuesi juaj për të kërkuar një vendim mbulimi ose për të bërë një apelim.

Nëse dëshironi që një mik, i afërm ose një person tjetër të jetë përfaqësuesi juaj, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) dhe kërkonin formularin e *Emërimit të Përfaqësuesit*. (Formulari është gjithashtu i disponueshëm në www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) Formulari i jep atij personi lejen të veprorë në emrin tuaj. Ai duhet të nënshkruhet nga ju dhe nga personi që dëshironi të veprorë në emrin tuaj. Ju duhet të na jepni një kopje të formularit të nënshkruar.

Ndonëse mund të pranojmë një kërkesë apelimi pa formularin, nuk mund ta fillojmë ose të përfundojmë shqyrtimin tonë derisa ta marrim atë. Nëse nuk e marrim formularin përpara afatit tonë për marrjen e një

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)

vendimi mbi apelimin tuaj, kërkesa juaj e apelimit do të refuzohet. Nëse kjo ndodh, ne do t'ju dërgojmë një njoftim me shkrim duke shpjeguar të drejtën tuaj për t'i kërkuar organizatës së pavarur të shqyrtimit të shqyrtojë vendimin tonë për të refuzuar apelimin tuaj.

- **Ju gjithashtu keni të drejtë të punësoni një avokat.** Ju mund të kontaktoni avokatin tuaj ose të merrni emrin e një avokati nga shoqata lokale e avokatëve ose shërbime të tjera referimi. Ka edhe grupe që do t'ju japin shërbime ligjore falas nëse kualifikoheni. Megjithatë, **nuk ju kërkohet të punësoni një avokat** për të kërkuar ndonjë lloj vendimi mbulimi ose për të apeluar një vendim.

Seksioni 5.2 Rregullat dhe afatet për situata të ndryshme

Ka 4 situata të ndryshme që përfshijnë vendime mbulimi dhe apeline. Duke qenë se çdo situatë ka rregulla dhe afate të ndryshme, ne japim detajet për secilën situatë:

- **Seksioni 6:** “Kujdesi mjekësor: Si të kërkonit një vendim mbulimi ose të bëni një apelim”
- **Seksioni 7:** “Barnat e Pjesës D: Si të kërkonit një vendim mbulimi ose të bëni një apelim”
- **Seksioni 8:** “Si të na kërkonit të mbulojmë një qëndrim më të gjatë në spital për pacientë të shtruar nëse mendoni se po dilni shumë shpejt”
- **Seksioni 9:** “Si të na kërkonit të vazhdojmë të mbulojmë shërbime të caktuara mjekësore nëse mendoni se mbulimi juaj po mbaron shumë shpejt” (Vlen vetëm për këto shërbime: kujdes shëndetësor në shtëpi, kujdes i kujdesit të specializuar në institucione kujdesi të kualifikuar shëndetësor për të moshuar dhe shërbime të Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility [CORF])

Nëse nuk jeni i sigurt se cili informacion vlen për ju, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711). Gjithashtu mund të merrni ndihmë ose informacion nga SHIP.

SEKSIONI 6 Kujdesi mjekësor: Si të kërkonit një vendim mbulimi ose të bëni një apelim

Seksioni 6.1 Çfarë duhet të bëni nëse keni probleme me marrjen e mbulimit për kujdesin mjekësor ose dëshironi që ne t'ju rimbursojmë për kujdesin tuaj

Përfitimet tuaja për kujdesin mjekësor përshkruhen në Kapitullin 4 në grafikun e përfitimeve mjekësore. Në disa raste, aplikohen rregulla të ndryshme për një kërkesë për një bar me recetë të Pjesës B. Në ato raste, ne do të shpjegojmë se si rregullat për barnat me recetë të Pjesës B janë të ndryshme nga rregullat për artikujt dhe shërbimet mjekësore.

Ky seksion tregon se çfarë mund të bëni nëse jeni në ndonjë nga 5 situatat e mëposhtme:

1. Ju nuk po merrni kujdesin e caktuar mjekësor që dëshironi dhe besoni se plani ynë e mbulon këtë kujdes. **Kërkoni një vendim mbulimi. Seksioni 6.2.**
2. Planin ynë nuk e miraton kujdesin mjekësor që dëshiron t'ju japë mjeku juaj ose ofruesi tjetër i kujdesit shëndetësor dhe ju besoni se plani ynë e mbulon këtë kujdes. **Kërkoni një vendim mbulimi. Seksioni 6.2.**
3. Ju keni marrë kujdes mjekësor që besoni se plani ynë duhet ta mbulojë, por ne kemi thënë se nuk do të paguajmë për këtë kujdes. **Bërja e një apelimi. Seksioni 6.3.**
4. Ju keni marrë dhe paguar për kujdesin mjekësor që besoni se plani ynë duhet të mbulojë dhe dëshironi të kërkonit nga plani ynë që t'ju rimbursojë për këtë kujdes. **Na dërgoni faturën. Seksioni 6.5.**

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

5. Ju thuhet se mbulimi për kujdes mjekësor të caktuar që keni marrë, (që ne e kemi miratuar më parë) do të reduktohet ose ndërpritet, dhe ju besoni se reduktimi ose ndalimi i këtij kujdesi mund të dëmtojë shëndetin tuaj. **Bërja e një apelimi. Seksioni 6.3.**

Shënim: Nëse mbulimi që do të ndërpritet është për kujdesin spitalor, kujdesin shëndetësor në shtëpi ose kujdesin e kualifikuar shëndetësor për të moshuar, ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF), shihni Seksionin 8 dhe 9. Për këto lloj kujdesi aplikohen rregulla të veçanta.

Seksioni 6.2 Si të kërkonti një vendim mbulimi

Termet ligjorë:

Një vendim mbulimi që përfshin kujdesin tuaj mjekësor quhet **përcaktim i organizatës**.

Një vendim i shpejtë mbulimi quhet **vendim i përshpejtuar**.

Hapi 1: Vendorsni nëse keni nevojë për një vendim standard mbulimi ose një vendim të shpejtë mbulimi.

Një vendim standard mbulimi zakonisht bëhet brenda 7 ditëve kalendarike kur artikulli ose shërbimi mjekësor i nënshtrohet rregullave tona të autorizimit paraprak, 14 ditëve kalendarike për të gjitha artikujt dhe shërbimet e tjera mjekësore, ose 72 orëve për barnat e Pjesës B. Një “vendim i shpejtë mbulimi” zakonisht merret brenda 72 orëve, për shërbimet mjekësore, brenda 24 orëve për barnat e Pjesës B.

- Ju mund të merrni një vendim të shpejtë mbulimi *vetëm* nëse përdorimi i afateve standarde mund të *shkaktojë dëm serioz në shëndetin tuaj ose të dëmtojë aftësinë tuaj për të funksionuar*.
- **Nëse mjeku juaj na thotë se shëndeti juaj kërkon një vendim të shpejtë mbulimi, ne do të jemi automatikisht dakord që t'ju japim një vendim të shpejtë mbulimi.**
- **Nëse kërkonti vetë një vendim mbulimi të shpejtë, pa mbështetjen e mjekut tuaj, ne do të vendosim nëse shëndeti juaj kërkon që ne t'ju japim një vendim të shpejtë mbulimi.** Nëse nuk e miratojmë një vendim të shpejtë mbulimi, ne do t'ju dërgojmë një letër që:
 - Shpjegon se do të përdorim afatet standarde.
 - Shpjegon nëse mjeku juaj kërkon vendimin të shpejtë mbulimi, ne do t'ju japim automatikisht një vendim të shpejtë mbulimi.
 - Shpjegon se ju mund të paraqisni një “ankesë të shpejtë” në lidhje me vendimin tonë për t'ju dhënë një vendim standard mbulimi në vend të vendimit të shpejtë të mbulimit që keni kërkuar.

Hapi 2: Kërkojini planit tonë të marrë një vendim mbulimi ose një vendim të shpejtë mbulimi.

- Filloni duke i telefonuar, shkruar ose dërguar faks planit tonë për të bërë kërkesën tuaj që ne të autorizojmë ose të ofrojmë mbulim për kujdesin mjekësor që dëshironi. Këtë mund ta bëni ju, mjeku juaj ose përfaqësuesi juaj. Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.

Hapi 3: Ne e konsiderojmë kërkesën tuaj për mbulim të kujdesit mjekësor dhe ju japim përgjigjen tonë.

Për vendimet standarde të mbulimit ne përdorim afatet standarde.

Kjo do të thotë që ne do t'ju japim një përgjigje brenda 7 ditëve kalendarike pasi të marrim kërkesën tuaj për një artikull ose shërbim mjekësor që i nënshtrohet rregullave tona të autorizimit paraprak. Nëse

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

artikulli ose shërbimi juaj mjekësor i kërkuar nuk i nënshtrohet rregullave tona të autorizimit paraprak, ne do t'ju japim një përgjigje brenda 14 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj. Nëse kërkesa juaj është për një **bar të Pjesës B**, ne do t'ju japim një përgjigje **brenda 72 orëve** pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.

- **Megjithatë**, nëse kërkon më shumë kohë ose nëse na duhen më shumë informacione që mund t'ju sjellin dobi, **mund të na duhen deri në 14 ditë kalendarike të tjera** nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse na duhen ditë shtesë, do t'ju tregojmë me shkrim. Nuk mund të marrim kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar të Pjesës B.
- Nëse besoni se *nuk* duhet të marrim ditë shtesë, mund të paraqisni një ankesë të shpejtë. Ne do t'ju japim një përgjigje për ankesën tuaj sapo të marrim vendimin. (Procesi i ankesës është i ndryshëm nga procesi i vendimeve të mbulimit dhe apelimeve. Shihni Seksionin 11 për informacion mbi ankesat.)

Për vendimet e shpejta të mbulimit ne përdorim një afat kohor të përshpejtuar

Një vendim i shpejtë mbulimi do të thotë që ne do të përgjigjemi brenda 72 orëve nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Pjesës B, ne do të japim përgjigje brenda 24 orëve.

- **Megjithatë**, nëse kërkon më shumë kohë ose nëse na duhen më shumë informacione që mund t'ju sjellin dobi, **mund të duam deri në 14 ditë të tjera kalendarike**. Nëse na duhen ditë shtesë, do t'ju tregojmë me shkrim. Nuk mund të marrim kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar të Pjesës B.
- Nëse besoni se *nuk* duhet të marrim ditë shtesë, mund të paraqisni një ankesë të shpejtë. (Shihni Seksionin 11 për informacion mbi ankesat.) Ne do t'ju telefonojmë sapo të marrim vendimin.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne do t'ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse thamë “jo”.

Hapi 4: Nëse i themi “jo” kërkesës suaj për mbulim me kujdes mjekësor, ju mund ta apeloni.

- Nëse ju themi “jo”, ju keni të drejtë të na kërkon të rishqyrtojmë këtë vendim duke bërë apelim. Kjo do të thotë të kërkon përsëri që të merrni mbulimin me kujdes mjekësor që dëshironi. Nëse bëni një apel, do të thotë se po kaloni në Nivelin 1 të procesit të apelimit.

Seksioni 6.3 Si të bëni një apelim të Nivelit 1**Termet ligjorë:**

Një ankim ndaj planit për një vendim të mbulimit të kujdesit mjekësor quhet një **rishqyrtim i planit**.

Një apelim i shpejtë quhet gjithashtu një **rishqyrtim i përshpejtuar**.

Hapi 1: Vendorsi nëse keni nevojë për një “apelim standard” ose “apelim të shpejtë”.

Një apelim standard zakonisht bëhet brenda 30 ditëve kalendarike ose 7 ditëve kalendarike për barnat e Pjesës B. Një “apelim i shpejtë” zakonisht bëhet brenda 72 orëve.

- Nëse po apeloni një vendim që kemi marrë në lidhje me mbulimin për kujdesin shëndetësor, ju dhe/ose mjeku juaj duhet të vendosni nëse keni nevojë për një apelim të shpejtë. Nëse mjeku juaj na thotë se shëndeti juaj kërkon një apelim të shpejtë, ne do t'ju bëjmë një apelim të shpejtë.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)

- Kërkesat për të marrë një apelim të shpejtë janë të njëjta me ato për të marrë një vendim të shpejtë mbulimi në Seksionin 6.2.

Hapi 2: Kërkoni planin tonë për një apelim ose një apelim të shpejtë

- **Nëse po kërkoni një apelim standard, paraqisni apelimin tuaj standard me shkrim.** Ju gjithashtu mund të kërkoni një apelim duke na telefonuar. Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- **Nëse po kërkoni një apelim të shpejtë, bëjeni apelimin tuaj me shkrim ose na telefononi.** Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- **Ju duhet ta bëni kërkesën tuaj të apelimet brenda 65 ditëve kalendarike** nga data e njoftimit me shkrim që kemi dërguar për t'ju dhënë përgjigjen tonë për vendimin e mbulimit. Nëse e humbisni këtë afat dhe keni një arsye të fortë për ta humbur atë, shpjegoni arsyen pse ankesa juaj është vonuar kur të bëni apelimin tuaj. Mund t'ju japim më shumë kohë për të bërë apelimin tuaj. Shembuj të arsyeve të forta mund të përfshijnë një sëmundje të rëndë që ju pengoi të kontaktoni me ne ose nëse ju kemi dhënë informacion të pasaktë ose të paplotë në lidhje me afatin për të kërkuar apelim.
- **Ju mund të kërkoni një kopje falas të informacionit në lidhje me vendimin tuaj mjekësor. Ju dhe mjeku juaj mund të shtoni më shumë informacion për të mbështetur apelimin tuaj.**

Nëse ju thamë se do të ndalonim ose reduktonim shërbimet ose artikujt që po merrnit tashmë, mund t'i mbani ato shërbime ose artikuj gjatë apelimet tuaj.

- Nëse vendosëm të ndryshojmë ose të ndalojmë mbulimin për një shërbim ose artikull që merrni aktualisht, ne do t'ju dërgojmë një njoftim përpara se të ndërmarrim veprimin e propozuar.
- Nëse nuk jeni dakord me veprimin, mund të paraqisni një apelim të Nivelit 1. Ne do të vazhdojmë të mbulojmë shërbimin ose artikullin nëse kërkoni një apelim të Nivelit 1 brenda 10 ditëve kalendarike nga data e vulës postare në letrën tonë ose deri në datën e parashikuar të hyrjes në fuqi të veprimit, cilado qoftë më vonë.
- Nëse e përmbushni këtë afat, mund të vazhdoni ta merrni shërbimin ose artikullin pa ndryshime ndërkohë që apelimi juaj i Nivelit 1 është në pritje. Ju gjithashtu do të vazhdoni të merrni të gjitha shërbimet ose artikujt e tjerë (që nuk janë objekt i apelimet tuaj) pa ndryshime.

Hapi 3: Ne e konsiderojmë ankesën tuaj dhe ju japim përgjigjen tonë.

- Kur shqyrtojmë apelimin tuaj, i shqyrtojmë me kujdes të gjitha informacionet. Ne kontrollojmë nëse po ndiqnim të gjitha rregullat kur i thamë “jo” kërkesës suaj.
- Ne do të mbledhim më shumë informacion nëse është e nevojshme, ndoshta duke ju kontaktuar juve ose mjekun tuaj.

Afatet për një “apelim të shpejtë”

- Për apelimet e shpejta, ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë **brenda 72 orëve pasi të kemi marrë apelimin tuaj.** Ne do t'ju japim përgjigjen tonë më shpejt nëse shëndeti juaj e kërkon këtë.
 - Nëse kërkoni më shumë kohë ose nëse na duhen më shumë informacione që mund t'ju sjellin dobi, **mund të na duhen deri në 14 ditë kalendarike të tjera** nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse na duhen ditë shtesë, do t'ju tregojmë me shkrim. Ne nuk mund të marrim kohë shtesë nëse kërkesa juaj është për një bar të Pjesës B.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Nëse nuk ju japim përgjigje brenda 72 orëve (ose deri në fund të periudhës kohore të zgjatur nëse kemi marrë ditë shtesë), na kërkohet të dërgojmë automatikisht kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë shqyrtimi të pavarur. Seksioni 6.4 shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 2.
- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne duhet të autorizojmë ose të ofrojmë mbulimin që kemi rënë dakord të ofrojmë brenda 72 orëve pasi kemi marrë apelimin tuaj.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne do t'ju dërgojmë vendimin tonë me shkrim dhe do ta përcjellim automatikisht apelimin tuaj tek organizata e shqyrtimit të pavarur për një apelim të Nivelit 2. Organizata e shqyrtimit të pavarur do t'ju njoftojë me shkrim kur të marrë ankesën tuaj.

Afatet për një apelim “standard”

- Për apelimet standarde, ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë **brenda 30 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë apelimin tuaj. Nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Pjesës B që nuk e keni marrë ende, ne do t'ju japim përgjigjen tonë **brenda 7 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë apelimin tuaj. Ne do t'ju japim vendimin tonë më shpejt nëse gjendja juaj shëndetësore na e kërkon këtë.
 - Megjithatë, nëse kërkoni më shumë kohë ose nëse na duhen më shumë informacione që mund t'ju sjellin dobi, **mund të na duhen deri në 14 ditë kalendarike të tjera** nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor. Nëse na duhen ditë shtesë, do t'ju tregojmë me shkrim. Nuk mund të marrim kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar të Pjesës B.
 - Nëse besoni se *nuk* duhet të marrim ditë shtesë, mund të paraqisni një ankesë të shpejtë. Kur paraqisni një ankesë të shpejtë, ne do t'ju japim një përgjigje për ankesën tuaj brenda 24 orëve. (Për më shumë informacion rreth procesit të bërjes së ankesave, duke përfshirë ankesat e shpejta, shihni **Seksionin 11**.)
 - Nëse nuk ju japim një përgjigje brenda afatit të caktuar (ose deri në fund të periudhës së zgjatur kohore), ne do ta dërgojmë kërkesën tuaj në një apelim të Nivelit 2, ku një organizatë e shqyrtimit të pavarur do ta shqyrtojë apelimin. Seksioni 6.4 shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 2.
- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose të gjithë atë që keni kërkuar**, ne duhet të autorizojmë ose të ofrojmë mbulimin brenda **30 ditëve kalendarike**, ose **brenda 7 ditëve kalendarike** nëse kërkesa juaj është për një bar të Pjesës B.
- **Nëse plani ynë thotë “jo” për një pjesë ose të gjithë apelimin tuaj, ju keni të drejta shtesë apelimi.**
- Nëse i themi “jo” një pjese ose të gjithë asaj që keni kërkuar, ne do t'ju dërgojmë një letër.
 - Nëse problemi juaj ka të bëjë me mbulimin e një shërbimi ose artikulli të Medicare, letra do t'ju tregojë se ne e dërguam çështjen tuaj në organizatën e shqyrtimit të pavarur për një apelim të Nivelit 2.
 - Nëse problemi juaj lidhet me mbulimin e një shërbimi ose artikulli të Medicaid, letra do t'ju tregojë se si të depozitoni vetë një apelim të Nivelit 2.

Seksioni 6.4 Procesi i apelimit të Nivelit 2

Term ligjor:

Emri zyrtar për organizatën e shqyrtimit të pavarur është **Enti i Shqyrtimit të Pavarur**. Ndonjëherë quhet **“IRE”**.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Organizata e shqyrtimit të pavarur është një organizatë e pavarur që punësohet nga Medicare. Ajo nuk është e lidhur me ne dhe nuk është një agjenci qeveritare. Kjo organizatë vendos nëse vendimi që kemi marrë është i saktë apo nëse duhet ndryshuar. Medicare mbikëqyr punën e saj.

- Nëse problemi yt ka të bëjë me një shërbim ose artikull që zakonisht **mbulohet nga Medicare**, ne do ta dërgojmë automatikisht çështjen tënde në Nivelin 2 të procesit të apelimit sapo të përfundojë apelimi i Nivelit 1.
- Nëse problemi yt ka të bëjë me një shërbim ose artikull që zakonisht **mbulohet nga Medicaid**, mund të paraqesësh vetë një apelim të Nivelit 2. Shkresa do t'ju shpjegojë se si ta bëni këtë. Informacioni gjendet gjithashtu më poshtë.
- Nëse problemi juaj lidhet me një shërbim ose artikull që mund të **mbulohet nga Medicare dhe Healthy Connections Medicaid**, do të merrni automatikisht një apelim të Nivelit 2 me organizatën e shqyrtimit të pavarur. Ju gjithashtu mund të kërkonit një seancë dëgjimore me shtetin.

Nëse jeni kualifikuar për vazhdimin e përfitimeve kur keni bërë apelimin tuaj të Nivelit 1, përfitimet tuaja për shërbimin, artikullin ose barin nën apelim mund të vazhdojnë gjithashtu edhe gjatë Nivelit 2. Shkoni në faqen 138 për informacion në lidhje me vazhdimin e përfitimeve tuaja gjatë apelimeve të Nivelit 1.

- Nëse problemi juaj ka të bëjë me një shërbim që zakonisht mbulohet vetëm nga Medicare, përfitimet tuaja për atë shërbim nuk do të vazhdojnë gjatë procesit të apelimit të Nivelit 2 me organizatën e shqyrtimit të pavarur.
- Nëse problemi juaj ka të bëjë me një shërbim që zakonisht mbulohet nga Medicaid, përfitimet tuaja për atë shërbim do të vazhdojnë nëse paraqisni një apelim të Nivelit 2 brenda 10 ditëve kalendarike pas marrjes së letrës së vendimit të planit.

Nëse problemi juaj ka të bëjë me një shërbim ose artikull që Medicare zakonisht mbulon:**Hapi 1: Organizata e shqyrtimit të pavarur shqyrton apelimin tuaj.**

- Ne do t'ia dërgojmë informacionin rreth apelimit tuaj kësaj organizate. Ky informacion quhet **dosja juaj e çështjes**. **Ju keni të drejtë të na kërkonit një kopje falas të dosjes suaj të çështjes.**
- Ju keni të drejtë t'i jepni organizatës së shqyrtimit të pavarur informacion shtesë për të mbështetur apelimin tuaj.
- Shqyrtuesit në organizatën e shqyrtimit të pavarur do të shikojnë me kujdes të gjithë informacionin në lidhje me apelimin tuaj.

Nëse keni pasur një apelim të shpejtë në Nivelin 1, ju mund të keni gjithashtu një apelim të shpejtë në Nivelin 2

- Për apelimin e shpejtë organizata e shqyrtimit të pavarur duhet t'ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 72 orëve** nga marrja e apelimit tuaj.
- Nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor dhe organizata e shqyrtimit të pavarur duhet të mbledhë më shumë informacion që mund t'ju sjellë dobi, **mund të duhen deri në 14 ditë të tjera kalendarike**. Organizata e shqyrtimit të pavarur nuk mund të marrë kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar të Pjesës B.

Nëse keni pasur një apelim “standard” në Nivelin 1, do të keni gjithashtu një apelim “standard” në Nivelin 2

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Për apelimin standard nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor, organizata e shqyrtimit të pavarur duhet t'ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 30 ditëve kalendarike** nga marrja e apelimit tuaj. Nëse kërkesa juaj është për një bar me recetë të Medicare Part B, organizata e shqyrtimit të pavarur duhet t'ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 7 ditëve kalendarike** nga marrja e apelimit tuaj.
- Nëse kërkesa juaj është për një artikull ose shërbim mjekësor dhe organizata e shqyrtimit të pavarur duhet të mbledhë më shumë informacion që mund t'ju sjellë dobi, **mund të duhen deri në 14 ditë të tjera kalendarike**. Organizata e shqyrtimit të pavarur nuk mund të marrë kohë shtesë për të marrë një vendim nëse kërkesa juaj është për një bar të Pjesës B.

Hapi 2: Organizata e shqyrtimit të pavarur ju jep përgjigjen e tyre.

Organizata e shqyrtimit të pavarur do t'ju njoftojë me shkrim për vendimin e saj dhe do të shpjegojë arsyet lidhur me të.

- **Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë po për një pjesë ose të gjithë kërkesën për një artikull ose shërbim mjekësor**, ne duhet të autorizojmë mbulimin e kujdesit mjekësor brenda **72 orëve** ose të ofrojmë shërbimin brenda 14 ditëve kalendarike pasi të marrim vendimin nga organizata e pavarur e shqyrtimit për **kërkesat standarde**. Për **kërkesa të përsheptuara** kemi **72 orë** nga data e marrjes së vendimit nga organizata e shqyrtimit të pavarur.
- **Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë po për një pjesë ose të gjithë kërkesën për një bar të Pjesës B**, ne duhet të autorizojmë ose të ofrojmë barin e Pjesës B brenda **72 orëve** pasi të marrim vendimin nga organizata e pavarur e shqyrtimit për **kërkesat standarde**. Për **kërkesat e përsheptuara** kemi **24 orë** nga data kur marrim vendimin nga organizata e shqyrtimit të pavarur.
- **Nëse kjo organizatë e shqyrtimit të pavarur thotë jo për një pjesë ose të gjithë apelimin tuaj**, kjo do të thotë se ata pajtohen me planin tonë që kërkesa juaj (ose një pjesë e kërkesës suaj) për mbulim për kujdes mjekësor nuk duhet të miratohet. (Kjo quhet **lënia në fuqi e vendimit** ose **refuzimi i apelit tuaj**.) Në këtë rast, organizata e shqyrtimit të pavarur do t'ju dërgojë një letër që:
 - Shpjegon vendimin.
 - Duke ju njoftuar për të drejtën për një apelim të Nivelit 3 nëse vlera në dollarë e mbulimit të kujdesit mjekësor plotëson një minimum të caktuar. Njoftimi me shkrim që merrni nga organizata e shqyrtimit të pavarur do t'ju tregojë shumën në dollarë që duhet të përmbushni për të vazhduar procesin e apelimit.
 - Duke ju treguar se si të paraqisni një apelim të Nivelit 3.
- Nëse apelimi juaj i Nivelit 2 refuzohet dhe ju i plotësoni kërkesat për të vazhduar me procesin e apelimit, duhet të vendosni nëse doni të kaloni në Nivelin 3 dhe të bëni një apelim të tretë. Detajet se si ta bëni këtë gjenden në njoftimin me shkrim që merrni pas apelimit tuaj të Nivelit 2.
 - Apelimi i Nivelit 3 shqyrtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një avokat. **Seksioni 10** në këtë kapitull shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 3, 4 dhe 5.

Nëse problemi juaj ka të bëjë me një shërbim ose artikull, Medicaid zakonisht mbulon:

Hapi 1: Kërkoni një seancë dëgjimore me shtetin.

- Niveli 2 i procesit të apelimit për shërbimet që zakonisht mbulohen nga Medicaid është një seancë dëgjimore me shtetin. Ju duhet të kërkoni një Seancë Dëgjimore me shkrim ose nëpërmjet telefonit brenda 60 ditëve kalendarike nga data kur ne kemi dërguar letrën e vendimit mbi apelimin tuaj të Nivelit 1. Në letrën që merrni nga ne do të përcaktohet se ku ta paraqisni kërkesën tuaj për seancën dëgjimore.
- Me telefon: 1-800-342-3334 (TTY telefononi 711 dhe kërkoni nga operatori të telefonojë 1-877-502-6155)

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)

- Nëpërmjet faksit: 518-473-6735
- Nëpërmjet internetit: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Nëpërmjet postës: NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

- Personalisht: Për jo-banorët e New York City:

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

- Për banorët e New York City:

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

Pasi të kërkonti një seancë dëgjimore, shteti do t'ju dërgojë një njoftim me kohën dhe vendin e seancës. Në seancë do t'ju kërkohet të shpjegoni pse mendoni se ky vendim është i gabuar. Një oficer i seancës dëgjimore do të dëgjojë nga ju dhe plani dhe do të vendosë nëse vendimi ynë ishte i gabuar. Nëse shteti refuzon kërkesën tuaj për një seancë dëgjimore të shpejtë, ata do t'ju telefonojnë dhe do t'ju dërgojnë një letër. Nëse kërkesa juaj për një Seancë Dëgjimore të përshpejtuar refuzohet, Shteti do të përpunojë Seancën Dëgjimore brenda 90 ditësh.

Nëse shteti miraton kërkesën tuaj për një seancë dëgjimore të shpejtë, ata do t'ju telefonojnë për t'ju dhënë kohën dhe datën e seancës suaj. Të gjitha seancat dëgjimore do të mbahen nëpërmjet telefonit.

Për t'ju përgatitur për seancën:

- **Ne do t'ju dërgojmë një kopje të “paketës së provës” përpara seancës.** Ky është informacioni që kemi përdorur për të marrë vendimin lidhur me shërbimet tuaja. Ne do t'ia japim këtë informacion oficerit të seancës dëgjimore për të shpjeguar vendimin tonë. Nëse nuk ka kohë të mjaftueshme për t'ju dërguar me postë, ne do të sjellim një kopje të paketës së dëshmisë të seanca dëgjimore për ju. Nëse nuk e merrni paketën e provave brenda javës para seancës dëgjimore, mund të telefononi në 1-800 MCO-PLAN për ta kërkuar atë.
- **Ju keni të drejtë të shihni dosjen tuaj të çështjes dhe dokumente të tjera.** Dosja juaj e çështjes ka të dhënat tuaja shëndetësore dhe mund të ketë më shumë informacion se pse shërbimi juaj i kujdesit shëndetësor u ndryshua ose nuk u miratua. Gjithashtu mund të kërkonti të shihni udhëzimet dhe çdo dokument tjetër që kemi përdorur për të marrë këtë vendim. Ju mund të telefononi 1-800 MCO-PLAN për të parë dosjen tuaj të çështjes dhe dokumente të tjera, ose për të kërkuar një kopje falas. Kopjet do t'ju dërgohen me postë vetëm nëse thoni se dëshironi që ato të dërgohen me postë.
- **Ju keni të drejtë të sillni me vete një person për t'ju ndihmuar në seancë**, si një avokat, një mik, një të afërm ose dikë tjetër. Në seancë, ju ose ky person mund t'ju jepni nëpunësit të dëgjimit diçka me shkrim, ose thjesht të thoni pse vendimi ishte i gabuar. Ju gjithashtu mund t'ju sillni njerëzit të flasin në favorin tuaj. Ju ose ky person gjithashtu mund të bëni pyetje të ndonjë personi tjetër në seancë.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- **Ju keni të drejtën të paraqisni dokumente për të mbështetur çështjen tuaj.** Sillni një kopje të çdo dokumenti që mendoni se do t'ju ndihmojë në rastin tuaj, siç janë letrat e mjekut, faturat e kujdesit shëndetësor dhe mandatpagesat. Mund të jetë e dobishme të sillni një kopje të këtij njoftimi dhe të gjitha faqet që erdhën me të në dëgjimin tuaj.
- **Ju mund të merrni ndihmë ligjore** duke telefonuar Shoqatën tuaj lokale të Ndihmës Juridike ose grupin e avokatëve. Për të gjetur një avokat, kontrolloni Yellow
- Pages nën “Avokatët” ose vizitoni www.LawhelpNY.org. Në New York City, telefononi në 311.

Apelimet e Jashtme

Ju keni të drejta të tjera apelimi nëse kemi thënë se shërbimi që po kërkonti:

1. nuk ishte i nevojshëm nga ana mjekësore;
2. ishte eksperimental ose hulumtues;
3. nuk ishte i ndryshëm nga kujdesi që mund të merrni në rrjetin e planit; ose
4. është në dispozicion nga një ofruer pjesëmarrës i cili ka trajnim dhe përvojë të saktë për të përmbushur nevojat tuaja.

Për këto lloj vendimesh, mund t'i kërkonti Shtetit të New York (NYS) një Apelim të Jashtëm të pavarur. Kjo quhet Apelim i Jashtëm sepse vendimi është marrë nga shqyrtues të cilët nuk punojnë për Senior Whole Health of New York NHC or NYS. Këta shqyrtues janë njerëz të kualifikuar të miratuar nga NYS. Shërbimi duhet të jetë në paketën e përfitimeve të planit ose të jetë një trajtim eksperimental, provë klinike ose trajtim për një sëmundje të rrallë. Juve nuk ju duhet të paguani për një Apelim të Jashtëm.

Keni 4 muaj kohë nga data kur kemi dërguar letrën e vendimit mbi apelimin tuaj të Nivelit 1 për të kërkuar një Apelim të Jashtëm. Nëse ju dhe Senior Whole Health of New York NHC keni rënë dakord të anashkaloni procesin tonë të apelimit, atëherë duhet të kërkonti Apelimin e Jashtëm brenda **4 muajve** nga data kur keni bërë atë marrëveshje.

Për të kërkuar një apelim të jashtëm, plotësoni një aplikim dhe dërgojeni atë në Departamentin e Shërbimeve Financiare. Ju mund të telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin e pjesës së pasme të kartës suaj të identitetit të anëtarit nëse keni nevojë për ndihmë për të paraqitur një Apelim të Jashtëm. Ju dhe mjekët tuaj do të duhet të jepni informacion për problemin tuaj mjekësor. Aplikimi i apelimit të jashtëm thotë se çfarë informacioni do të nevojitet.

Ja disa mënyra për të marrë një aplikim për apelim të jashtëm:

- Telefononi Departamentin e Shërbimeve Financiare në 1-800-400-8882
- Shkoni në faqen e internetit të Departamentit të Shërbimeve Financiare në www.dfs.ny.gov.
- Na kontaktoni në 833) 671-0440

Vendimi për Apelimin e Jashtëm do të merret brenda 30 ditëve. Mund të duhet më shumë kohë (deri në pesë ditë pune) nëse shqyrtuesi i Apelimit të Jashtëm kërkon më shumë informacion. Ju dhe Senior Whole Health of New York NHC do të informoheni për vendimin përfundimtar brenda dy ditësh pasi të jetë marrë vendimi.

Mund të merrni një vendim më të shpejtë nëse:

- Mjeku thotë se një vonesë do t'i shkaktonte dëm të rëndë shëndetit tuaj; ose
- Ndodheni në spital pasi keni shkuar tek urgjenca dhe kujdesi spitalor refuzohet nga plani juaj.

Ky quhet apelim i jashtëm i përshpejtuar. Shqyrtuesi i apelimit të jashtëm do të vendosë një apelim të përshpejtuar brenda 72 orësh ose më pak.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)

Nëse keni kërkuar për trajtim lidhur me çrregullimin e përdorimit të substancave për pacientë të shtruar të paktën 24 orë para se të largoheshit nga spitali, ne do të vazhdojmë të paguajmë për qëndrimin tuaj nëse:

- keni kërkuar një apelim të përshpejtuar të Nivelit 1 brenda 24 orëve, DHE
- kërkonit një Apelim të Jashtëm të përshpejtuar njëkohësisht.

Ne do të vazhdojmë të paguajmë për qëndrimin tuaj derisa të merret një vendim lidhur me apelimet tuaja. Ne do të marrim një vendim në lidhje me apelimin tuaj të përshpejtuar të Nivelit 1 brenda 24 orësh. Vendimi lidhur me Apelimin e Jashtëm të përshpejtuar do të merret brenda 72 orësh.

Shqyrtuesi i Apelimit të Jashtëm do t'ju tregojë menjëherë me telefon ose faks lidhur me vendimin e planit. Më vonë do të dërgohet një letër që ju tregon për vendimin.

Mund të kërkonit një Seancë Dëgjimore ose mund të kërkonit një Apelim të Jashtëm, ose të dyja. Nëse kërkonit një Seancë Dëgjimore dh një Apelim të Jashtëm, vendimi i oficerit të seancës dëgjimore do të jetë ai që ka përparësi.

Në seksionin 10.2, Apelimi Shtesë për Medicaid, MMCP nuk duhet të përfshijë gjuhë shtesë aty ku EOC udhëzon MMCP-në të fusë një përshkrim të procedurave dhe udhëzimeve në lidhje me paraqitjen e ankimeve shtesë në shtet.

Në seksionin 11.4, Ju gjithashtu mund t'i tregoni Medicare dhe Medicaid për ankesën tuaj:

1. MMCP duhet të vendosë “dhe Medicaid” në titullin e këtij seksioni.
2. MMCP që operon programin MAP duhet të përfshijë informacionin e mëposhtëm të kontaktit të ankesave të agjencisë Medicaid:

Ju gjithashtu keni të drejtë të kontaktoni New York State Department of Health për ankesën tuaj.

Kontakttoni Departamentin e Shëndetësisë duke:

- Nr. i telefonit: 1-866-712-7197
- Posta: 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
- Email: mltctac@health.ny.gov”

Ju gjithashtu keni të drejtë të kontaktoni New York State Department of Health about për ankesën tuaj.

Kontakttoni Departamentin e Shëndetësisë duke:

- Nr. i telefonit: 1-800-206-8125
- Posta: New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
E-mail: managedcarecomplaint@health.ny.gov

Hapi 2: Zyra e Seancës Dëgjimore ju jep përgjigjen e saj.

Zyra e Seancës Dëgjimore do t'ju njoftojë me shkrim për vendimin e saj dhe do të shpjegojë arsyet lidhur me të.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- **Nëse Zyra e Seancës Dëgjimore thotë ‘po’ për një pjesë ose të gjithë një kërkesë për një artikull ose shërbim mjekësor**, ne duhet të autorizojmë ose ofrojmë shërbimin ose artikullin brenda 72 orëve pasi të marrim vendimin nga Zyra e Dëgjimit.
- **Nëse Zyra e Seancës Dëgjimore thotë ‘jo’ për një pjesë ose të gjithë apelimin tuaj**, ata pajtohen me planin tonë që kërkesa juaj (ose një pjesë e kërkesës suaj) për mbulim për kujdes mjekësor nuk duhet të miratohet. (Kjo quhet **lënia në fuqi e vendimit** ose **refuzimi i apelit tuaj**.)

Nëse vendimi është jo për të gjithë ose për një pjesë të asaj që keni kërkuar, mund të bëni një apelim tjetër.

Nëse vendimi i organizatës së shqyrtimit të pavarur ose i zyrës së Seancës Dëgjimore është “jo” për të gjithë ose një pjesë të asaj që keni kërkuar, ju keni **të drejta shtesë apelimi**.

Letra që merrni nga zyra e Seancës Dëgjimore do të përshkruajë këtë opsion tjetër të apelimit.

Shihni Seksionin 10 për më shumë informacion mbi të drejtat tuaja të apelimit pas Nivelit 2.

Seksioni 6.5 Nëse na kërkon t'ju rimbursojmë për një faturë që keni marrë për kujdesin mjekësor

Ne nuk mund t'ju rimbursojmë drejtpërdrejt për një shërbim ose artikull të Medicaid. Nëse merrni një faturë për shërbimet dhe artikujt e mbuluar nga Medicaid, na dërgoni faturën. **Mos e paguani faturën vetë.** Ne do të kontaktojmë drejtpërdrejt ofruesin dhe do të zgjidhim problemin. Por nëse paguani faturën, ju mund të merrni një rimbursim nga ai ofrues i kujdesit shëndetësor nëse keni ndjekur rregullat për marrjen e shërbimit ose artikullit.

Të kërkon rimbursim është të kërkon një vendim mbulimi nga ne.

Nëse na dërgoni dokumentet duke kërkuar rimbursim, ju po kërkon një vendim mbulimi. Për të marrë këtë vendim, ne do të kontrollojmë nëse kujdesi mjekësor për të cilin keni paguar është i mbuluar. Ne do të kontrollojmë gjithashtu nëse keni ndjekur të gjitha rregullat për përdorimin e mbulimit tuaj për kujdesin mjekësor.

Nëse dëshironi që ne t'ju rimbursojmë për një shërbim ose artikull të **Medicare** ose po na kërkon të paguajmë një ofrues të kujdesit shëndetësor për një shërbim ose artikull të Medicaid për të cilin keni paguar, do të na kërkon të marrim këtë vendim mbulimi. Ne do të kontrollojmë për të parë nëse kujdesi mjekësor për të cilin keni paguar është një shërbim i mbuluar. Ne do të kontrollojmë gjithashtu nëse keni ndjekur të gjitha rregullat për përdorimin e mbulimit tuaj për kujdesin mjekësor.

- **Nëse i themi “po” kërkesës suaj:** Nëse kujdesi mjekësor nga Medicare është i mbuluar, ne do t'ju dërgojmë pagesën për koston brenda 60 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Nëse kujdesi i Medicaid për të cilin keni paguar një ofrues të kujdesit shëndetësor është i mbuluar dhe ju mendoni se ne duhet të paguajmë ofruesin e kujdesit shëndetësor në vend të kësaj, ne do t'i dërgojmë ofruesit tuaj të kujdesit shëndetësor pagesën për koston brenda 60 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Më pas do t'ju duhet të kontaktoni ofruesin tuaj të kujdesit shëndetësor për ta bërë atë t'ju paguajë. Nëse nuk keni paguar për kujdesin mjekësor, ne do ta dërgojmë me postë pagesën direkt tek ofruesi.
- **Nëse i themi “jo” kërkesës suaj:** Nëse kujdesi mjekësor nuk mbulohet, ose nuk keni ndjekur të gjitha rregullat, ne nuk do të dërgojmë pagesë. Në vend të kësaj, ne do t'ju dërgojmë një letër që thotë se nuk do të paguajmë për kujdesin mjekësor dhe arsyet pse.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Nëse nuk jeni dakord me vendimin tonë për t'ju refuzuar, **mund të bëni një apel**. Nëse bëni një apelim, do të thotë se po na kërkon të ndryshojmë vendimin e mbulimit që morëm kur refuzuam kërkesën tuaj për pagesë.

Për ta bërë këtë apelim, ndiqni procesin e apelimit që përshkruajmë në Seksionin 6.3. Për ankesat në lidhje me rimbursimin, vini re:

- Ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë brenda 30 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë apelimin tuaj.
- Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur vendos që ne duhet të paguajmë, ne duhet t'ju dërgojmë juve ose ofruesit pagesën brenda 30 ditëve kalendarike. Nëse përgjigja për apelimin tuaj është “po” në çdo fazë të procesit të apelimit pas Nivelit 2, ne duhet t'ju dërgojmë pagesën që keni kërkuar juve ose ofruesit të kujdesit shëndetësor brenda 60 ditëve kalendarike.

SEKSIONI 7 Barnat e Pjesës D: Si të kërkon një vendim mbulimi ose të bëni një apelim**Seksioni 7.1 Ky seksion tregon se çfarë të bëni nëse keni probleme me marrjen e një bari të Pjesës D ose nëse dëshironi që ne t'ju rimburojmë për një bar të Pjesës D**

Përfitimet tuaja përfshijnë mbulimin për shumë barna me recetë. Për t'u mbuluar, bari duhet të përdoret për një indikacion të pranuar nga pikëpamja mjekësore. (Shihni Kapitullin 5 për më shumë informacion rreth një treguesi të pranuar nga pikëpamja mjekësore.) Për detaje rreth barnave, rregullave, kufizimeve dhe kostove të Pjesës D, ju lutemi shihni Kapitujt 5 dhe 6. **Ky seksion ka të bëjë vetëm me barnat tuaja të Pjesës D.** Për t'i mbajtur gjërat të thjeshta, ne përgjithësisht themi *bar* në Pjesën tjetër të këtij seksioni, në vend që të përsërisim çdo herë *barin e mbuluar me recetë për pacientët e jashtëm* ose *barin e Pjesës D*. Ne përdorim gjithashtu termin “Lista e barnave” në vend të *Listës së barnave të mbuluara* ose Formularit.

- Nëse nuk e dini nëse një bar mbulohet ose nëse i përmbushni rregullat, mund të na pyesni. Disa barna kërkojnë miratimin tonë përpara se ne t'i mbulojmë.
- Nëse farmacia juaj ju thotë se receta juaj nuk mund të plotësohet siç është shkruar, farmacia do t'ju japë një njoftim me shkrim që shpjegon se si të na kontaktoni për të kërkuar një vendim mbulimi.

Vendimet e mbulimit dhe apelimet e Pjesës D**Term ligjor:**

Një vendim i mbulimit fillestar për barnat tuaja të Pjesës D quhet **përcaktim mbulimi**.

Një vendim mbulimi është një vendim që marrim në lidhje me përfitimet dhe mbulimin tuaj ose në lidhje me shumën që do të paguajmë barnat tuaja. Ky seksion tregon se çfarë mund të bëni nëse jeni në ndonjë nga situatat e mëposhtme:

- Kërkon të mbuloni një bar të Pjesës D që nuk është në Listën e barnave të mbuluara të planit. **Kërkon një përjashtim. Seksioni 7.2.**
- Kërkimi i heqjes dorë nga një kufizim në mbulimin e planit për një bar (siç janë kufizimet në sasinë e barit që mund të merrni, kriteret e autorizimit paraprak, ose kërkesa për të provuar një bar tjetër në fillim). **Kërkon një përjashtim. Seksioni 7.2.**
- Kërkimi për të marrë miratimin paraprak për një bar. **Kërkon një vendim mbulimi. Seksioni 7.4.**
- Paguani për një bar me recetë që e keni blerë tashmë. **Na kërkon që t'ju rimburojmë. Seksioni 7.4.**

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Nëse nuk jeni dakord me një vendim mbulimi që kemi marrë, ju mund ta apeloni vendimin tonë.

Ky seksion ju tregon se si të kërkonti vendime mbulimi dhe si të kërkonti një apelim.

Seksioni 7.2 Kërkonti një përjashtim**Termet ligjorë:**

Kërkesa për mbulimin e një bari që nuk është në Listën e barnave është një **përjashtim formular**.

Kërkesa për heqjen e një kufizimi në mbulimin për një bar nganjëherë quhet kërkesa për një **përjashtim formular**.

Kërkesa për të paguar një çmim më të ulët për një bar jo të preferuar të mbuluar është një **përjashtim niveli**.

Nëse një bar nuk mbulohet në mënyrën që ju dëshironi të mbulohet, ju mund të na kërkonti të bëjmë një **përjashtim**. Një përjashtim është një lloj vendimi mbulimi.

Që ne të shqyrtojmë kërkesën tuaj për përjashtim, mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë do të duhet të shpjegojë arsyet mjekësore pse ju duhet miratimi i përjashtimit. Këtu janë 3 shembuj të përjashtimeve që ju ose mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë mund të na kërkonti të bëjmë:

- 1. Mbulimi i një bari të Pjesës D për ju që nuk është në Listën tonë të barnave.** Nëse biem dakord të mbulojmë një bar që nuk është në Listën e Barnave, do t'ju duhet të paguani shumën e ndarjes së kostos që vlen për barnat në *Specialitetin* e Nivelit 5. Ju nuk mund të kërkonti një përjashtim nga shumën e ndarjes së kostos që ne kërkojmë që ju të paguani për barin.
- 2. Heqja e një kufizimi për një bar të mbuluar.** Kapitulli 5 përshkruan rregullat ose kufizimet shtesë që zbatohen për barna të caktuara në listën tonë të barnave. Nëse biem dakord të bëjmë një përjashtim dhe të heqim dorë nga një kufizim për ju, ju mund të kërkonti një përjashtim nga bashkëpagesa ose shumën e bashkësigurimit që ne kërkojmë që ju të paguani për barin.
- 3. Ndryshimi i mbulimit të një bari në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos.** Çdo bar në Listën tonë të Barnave është në një nga gjashtë (6) nivelet e ndarjes së kostos. Në përgjithësi, sa më i ulët të jetë numri i nivelit të ndarjes së kostos, aq më pak paguani si pjesën tuaj të kostos së barit.
 - Nëse Lista jonë e barnave përmban barna alternative për trajtimin e gjendjes suaj mjekësore që janë në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos sesa bari juaj, ju mund të na kërkonti që ta mbulojmë barin tuaj në shumën e ndarjes së kostos që zbatohet për barnat alternative.
 - Nëse bari që po merrni është një bar me emrin e markës, mund të na kërkonti të mbulojmë barin tuaj në shumën e ndarjes së kostos që vlen për nivelin më të ulët që përmban alternativa të emrit të markës për trajtimin e gjendjes suaj.
 - Nëse bari që po merrni është një bar gjenerik, mund të na kërkonti që të mbulojmë barin tuaj në shumën e ndarjes së kostos që vlen për nivelin më të ulët që përmban ose markë ose alternativa gjenerike për trajtimin e gjendjes suaj.
 - Ju nuk mund të na kërkonti të ndryshojmë nivelin e ndarjes së kostos për çdo bar në *Specialitetin* e Nivelit 5.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Nëse e miratojmë kërkesën tuaj për përjashtim të kategorive dhe ka më shumë se një nivel më të ulët të ndarjes së kostove me barna alternative që nuk mund të merrni, zakonisht paguani shumën më të ulët.

Seksioni 7.3 Gjëra të rëndësishme që duhet të dini për të kërkuar përjashtime**Mjeku juaj duhet të na tregojë arsyet mjekësore**

Mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë duhet të na japë një deklaratë që shpjegon arsyet mjekësore për të kërkuar një përjashtim. Për një vendim më të shpejtë, përfshini këtë informacion mjekësor nga mjeku juaj ose nga një mjek tjetër që jep recetë kur kërkonti përjashtimin.

Në mënyrë tipike, Lista jonë e barnave përfshin më shumë se një bar për trajtimin e një gjendjeje të caktuar. Këto mundësi të ndryshme quhen barna **alternative**. Nëse një bar alternativ do të ishte po aq efektiv sa bari që po kërkonti dhe nuk do të shkaktonte më shumë efekte anësore ose probleme të tjera shëndetësore, ne në përgjithësi nuk do ta miratojmë kërkesën tuaj për një përjashtim. Nëse na kërkonti një përjashtim për kategoritë, ne në përgjithësi nuk do ta miratojmë kërkesën tuaj për një përjashtim nëse të gjitha barnat alternative në nivelet më të ulëta të ndarjes së kostos nuk do të funksionojnë aq mirë për ju ose ka të ngjarë të shkaktojnë një reagim negativ ose dëmtim tjetër.

Ne mund t'i themi “po” ose “jo” kërkesës tuaj

- Nëse e miratojmë kërkesën tuaj për një përjashtim, miratimi ynë zakonisht është i vlefshëm deri në fund të vitit të planit. Kjo është e vërtetë për sa kohë që mjeku juaj vazhdon të japë me recetë barin për ju dhe ai bar vazhdon të jetë i sigurt dhe efikas për trajtimin e gjendjes suaj.
- Nëse i themi “jo” kërkesës suaj, mund të kërkonti një shqyrtim tjetër duke bërë një apelim.

Seksioni 7.4 Si të kërkonti një vendim mbulimi, duke përfshirë një përjashtim**Term ligjor:**

Një vendim i shpejtë mbulimi quhet **vendim i përshpejtuar i mbulimit**.

Hapi 1: Vendosni nëse keni nevojë për një vendim standard mbulimi ose një vendim të shpejtë mbulimi.

Vendimet standarde të mbulimit merren brenda **72 orëve** pasi kemi marrë deklaratën e mjekut tuaj. **Vendimet e shpejta të mbulimit** merren brenda **24 orëve** pasi kemi marrë deklaratën e mjekut tuaj.

Nëse e kërkon shëndeti juaj, na kërkonti t'ju japim një “vendim të shpejtë mbulimi”. Për të marrë një vendim të shpejtë mbulimi, duhet të plotësoni 2 kërkesa:

- Ju duhet të kërkonti një bar që nuk e keni marrë ende. (Ju nuk mund të kërkonti që vendimi i shpejtë i mbulimit të paguhet për një bar që e keni blerë tashmë.)
- Përdorimi i afateve standarde mund të shkaktojë dëm serioz në shëndetin tuaj ose të dëmtojë aftësinë tuaj për të funksionuar.
- **Nëse mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë na thotë se shëndeti juaj kërkon një vendim të shpejtë mbulimi, ne do t'ju japim automatikisht një vendim të shpejtë mbulimi.**

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- **Nëse kërkonti vetë një vendim të shpejtë mbulimi, pa mbështetjen e mjekut tuaj ose të mjekut që jep recetë, ne do të vendosim nëse shëndeti juaj kërkon që ne t'ju japim një vendim të shpejtë mbulimi.** Nëse nuk e miratojmë një vendim të shpejtë mbulimi, ne do t'ju dërgojmë një letër që:
 - Shpjegon se do të përdorim afatet standarde.
 - Shpjegon nëse mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë kërkon vendim të shpejtë mbulimi, ne do t'ju japim automatikisht një vendim të shpejtë mbulimi.
 - Ju tregon se si mund të paraqisni një “ankesë të shpejtë” në lidhje me vendimin tonë për t'ju dhënë një vendim standard mbulimi në vend të vendimit të shpejtë të mbulimit që keni kërkuar. Ne do t'i përgjigjemi ankesës suaj brenda 24 orëve nga marrja.

Hapi 2: Kërkonti një “vendim standard mbulimi” ose “vendim të shpejtë mbulimi”.

Filloni duke i telefonuar, shkruar ose dërguar faks planit tonë për të bërë kërkesën tuaj që ne të autorizojmë ose të ofrojmë mbulim për kujdesin mjekësor që dëshironi. Ju gjithashtu mund të hyni në procesin e vendimit të mbulimit përmes faqes sonë të internetit. Ne duhet të pranojmë çdo kërkesë me shkrim, duke përfshirë një kërkesë të paraqitur në Formularin e *Kërkesës për Përcaktimin e Mbulimit të Modelit CMS*, i cili është i disponueshëm në faqen tonë të internetit SWHNY.com. Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit. Për të na ndihmuar në përpunimin e kërkesës suaj, ju lutemi sigurohuni që të përfshini emrin tuaj, informacionin e kontaktit dhe informacionin që identifikon se cili pretendim i mohuar po apelohe.

Këtë mund ta bëni ju, mjeku juaj (ose një mjek tjetër që jep recetë) ose përfaqësuesi juaj. Ju gjithashtu mund t'i kërkonti një avokati të veprorë në emrin tuaj. Seksioni 4 i këtij kapitulli tregon se si mund t'i jepni leje me shkrim dikujt tjetër që të veprorë si përfaqësuesi juaj.

- **Nëse po kërkonti një përjashtim, jepni deklaratën mbështetëse**, e cila është arsyeja mjekësore për përjashtimin. Mjeku juaj ose mjeku tjetër që lëshon recetën mund të na e dërgojë deklaratën me faks ose me postë. Ose mjeku juaj ose mjeku tjetër që jep recetë mund të na tregojë në telefon dhe të dërgojë më pas me faks ose me postë një deklaratë me shkrim nëse është e nevojshme.

Hapi 3: Ne e konsiderojmë kërkesën tuaj dhe ju japim përgjigjen tonë.

Afatet për një “vendim të shpejtë mbulimi”

- Në përgjithësi, ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë **brenda 24 orëve** pasi kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Për përjashtime, ne do t'ju japim përgjigjen tonë brenda 24 orëve pasi të kemi marrë deklaratën mbështetëse të mjekut tuaj. Ne do t'ju japim përgjigjen tonë më shpejt nëse shëndeti juaj e kërkon këtë.
 - Nëse nuk e përmbushim këtë afat, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e shqyrtimit të pavarur.
- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne duhet të ofrojmë mbulimin që kemi rënë dakord të ofrojmë brenda 24 orëve pasi kemi marrë kërkesën tuaj ose deklaratën e mjekut që mbështet kërkesën tuaj.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne do t'ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse ne thamë “jo”. Ne do t'ju tregojmë gjithashtu se si mund të apelon.

Afatet për një vendim mbulimi “standard” për një bar që nuk e keni marrë ende

- Në përgjithësi, ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë brenda **72 orëve** pasi kemi marrë kërkesën tuaj.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)

- Për përjashtime, ne do t'ju japim përgjigjen tonë brenda 72 orëve pasi të kemi marrë deklaratën mbështetëse të mjekut tuaj. Ne do t'ju japim përgjigjen tonë më shpejt nëse shëndeti juaj e kërkon këtë.
- Nëse nuk e përmbushim këtë afat, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelim, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e shqyrtimit të pavarur.
- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne duhet të ofrojmë mbulimin që kemi rënë dakord të ofrojmë brenda 72 orëve pasi kemi marrë kërkesën tuaj ose deklaratën e mjekut që mbështet kërkesën tuaj.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne do t'ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse ne thamë “jo”. Ne do t'ju tregojmë gjithashtu se si mund të apelsoni.

Afatet për një vendim mbulimi standard në lidhje me pagesën për një bar që e keni blerë tashmë

- Ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë brenda 14 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Nëse nuk e përmbushim këtë afat, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelim, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e shqyrtimit të pavarur.
- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne gjithashtu duhet t'ju bëjmë pagesën brenda 14 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne do t'ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse ne thamë “jo”. Ne do t'ju tregojmë gjithashtu se si mund të apelsoni.

Hapi 4: Nëse i themi “jo” kërkesës tuaj për mbulim, ju mund të bëni një apel.

- Nëse ju themi “jo”, ju keni të drejtë të na kërkoni të rishqyrtojmë këtë vendim duke bërë apelim. Kjo do të thotë të kërkoni përsëri për të marrë mbulimin e barnave që dëshironi. Nëse bëni një apel, do të thotë se po kaloni në Nivelin 1 të procesit të apelim.

Seksioni 7.5 Si të bëni një apelim të Nivelit 1**Termet ligjorë:**

Një apelim ndaj planit në lidhje me një vendim të mbulimit të barit në Pjesën D quhet një **“vendim i dytë”** nga plani.

Një “apelim i shpejtë” quhet gjithashtu një **“vendim i dytë i përshpejtuar”**.

Hapi 1: Vendosni nëse keni nevojë për një “apelim standard” ose “apelim të shpejtë”.

Një “apelim standard” zakonisht bëhet brenda 7 ditëve kalendarike. Një “apelim i shpejtë” zakonisht bëhet brenda 72 orëve. Nëse e kërkon shëndeti juaj, kërkoni një “apelim të shpejtë”

- Nëse po apelsoni një vendim që kemi marrë në lidhje me një bar që nuk e keni marrë ende, ju dhe mjeku juaj ose një mjek tjetër që jep recetë do të duhet të vendosni nëse keni nevojë për një “apelim të shpejtë”.
- Kërkesat për të marrë një apelim të shpejtë janë të njëjta me ato për të marrë një vendim të shpejtë mbulimi në Seksionin 7.4.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Hapi 2: Ju, përfaqësuesi juaj, mjeku juaj ose mjek tjetër që jep recetë duhet të na kontaktoni dhe të bëni apelimin tuaj të Nivelit 1. Nëse shëndeti juaj kërkon një përgjigje të shpejtë, duhet të kërkonti një apelim të shpejtë.

- **Për ankesat standarde, paraqisni një kërkesë me shkrim ose na telefononi.** Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- **Për apelime të shpejta, paraqitni ankesën tuaj me shkrim ose na telefononi në numrin në anën e pasme të kartës suaj të identitetit të anëtarit.** Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.
- **Ne duhet të pranojmë çdo kërkesë me shkrim,** duke përfshirë një kërkesë të paraqitur në Formularin e Kërkesës për Ripërcaktimin e Modelit CMS, i cili është i disponueshëm në faqen tonë të internetit SWHNY.com. Përfshini emrin tuaj, informacionin e kontaktit dhe informacionin në lidhje me kërkesën tuaj për të na ndihmuar të përpunojmë kërkesën tuaj.
- **Ju duhet ta bëni kërkesën tuaj të apelimit brenda 65 ditëve kalendarike** nga data e njoftimit me shkrim që kemi dërguar për t'ju dhënë përgjigjen tonë për vendimin e mbulimit. Nëse e humbisni këtë afat dhe keni një arsye të fortë për ta humbur atë, shpjegoni arsyen pse ankesa juaj është vonuar kur të bëni apelimin tuaj. Mund t'ju japim më shumë kohë për të bërë apelimin tuaj. Shembuj të arsyeve të forta mund të përfshijnë një sëmundje të rëndë që ju pengoi të kontaktoni me ne ose nëse ju kemi dhënë informacion të pasaktë ose të paplotë në lidhje me afatin për të kërkuar apelim.
- **Mund të kërkonti një kopje të informacionit në apelimin tuaj dhe të shtoni më shumë informacion.** Ju dhe mjeku juaj mund të shtoni më shumë informacion për të mbështetur apelimin tuaj.

Hapi 3: Ne e konsiderojmë ankesën tuaj dhe ju japim përgjigjen tonë.

- Kur shqyrtojmë apelimin tuaj, i shqyrtojmë me kujdes të gjitha informacionet në lidhje me kërkesën tuaj për mbulim. Ne kontrollojmë nëse po ndiqnim të gjitha rregullat kur i thamë “jo” kërkesës suaj. Ne mund t'ju kontaktojmë ju ose mjekun tuaj ose një mjek tjetër që lëshon recetën për të marrë më shumë informacion.

Afatet për një “apelim të shpejtë”

- Për apelimet e shpejta, ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë **brenda 72 orëve pasi të kemi marrë apelimin tuaj.** Ne do t'ju japim përgjigjen tonë më shpejt nëse shëndeti juaj e kërkon këtë.
 - Nëse nuk ju japim një përgjigje brenda 72 orëve, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e shqyrtimit të pavarur. **Seksioni 7.6** shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 2.
- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar,** ne duhet të ofrojmë mbulimin që kemi rënë dakord të ofrojmë brenda 72 orëve pasi kemi marrë apelimin tuaj.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar,** ne do t'ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse thamë “jo” dhe si mund ta apeloni vendimin tonë.

Afatet për një apelim standard për një bar që nuk e keni marrë ende

- Për apelimet standarde, ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë **brenda 7 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë apelimin tuaj. Ne do t'ju japim vendimin tonë më shpejt nëse nuk e keni marrë ende barin dhe gjendja juaj shëndetësore na kërkon ta bëjmë këtë.
 - Nëse nuk ju japim një vendim brenda 7 ditëve kalendarike, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e shqyrtimit të pavarur. **Seksioni 7.6** shpjegon procesin e apelimit të Nivelit 2.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne duhet të ofrojmë mbulimin aq shpejt sa e kërkon shëndeti juaj, por jo më vonë se **7 ditë kalendarike** pasi të kemi marrë apelimin tuaj.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne do t'ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse thamë “jo” dhe si mund ta apeloni vendimin tonë.

Afatet për një apelim standard në lidhje me pagesën për një bar që e keni blerë tashmë

- Ne duhet t'ju japim përgjigjen tonë **brenda 14 ditëve kalendarike** pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
 - Nëse nuk e përmbushim këtë afat, neve na kërkohet të dërgojmë kërkesën tuaj në Nivelin 2 të procesit të apelimit, ku do të shqyrtohet nga një organizatë e shqyrtimit të pavarur.
- **Nëse përgjigja jonë është “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne gjithashtu duhet t'ju bëjmë pagesën brenda 30 ditëve kalendarike pasi të kemi marrë kërkesën tuaj.
- **Nëse përgjigja jonë është “jo” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne do t'ju dërgojmë një deklaratë me shkrim që shpjegon pse ne thamë “jo”. Ne do t'ju tregojmë gjithashtu se si mund të apeloni.

Hapi 4: Nëse i themi “jo” ankesës tuaj, ju vendosni nëse dëshironi të vazhdoni me procesin e apelimit dhe të bëni një tjetër apelim.

- Nëse vendosni të bëni një tjetër apelim, kjo do të thotë se apelimi juaj vazhdon në Nivelin 2 të procesit të apelimit.

Term ligjor

Emri zyrtar për organizatën e shqyrtimit të pavarur është **Enti i Shqyrtimit të Pavarur**. Nganjëherë quhet **“IRE”**.

Organizata e shqyrtimit të pavarur është një organizatë e pavarur që punësohet nga Medicare. Ajo nuk është e lidhur me ne dhe nuk është një agjenci qeveritare. Kjo organizatë vendos nëse vendimi që kemi marrë është i saktë apo nëse duhet ndryshuar. Medicare mbikëqyr punën e saj.

Hapi 1: Ju (ose përfaqësuesi juaj ose mjeku juaj ose mjek tjetër që jep recetë) duhet të kontaktoni me organizatën e shqyrtimit të pavarur dhe të kërkonit një shqyrtim të rastit tuaj.

- Nëse i themi “jo” apelimit tuaj të Nivelit 1, njoftimi me shkrim që ju dërgojmë do të përfshijë **udhëzime se si të bëni një apelim të Nivelit 2** me organizatën e shqyrtimit të pavarur. Këto udhëzime do të tregojnë se kush mund ta bëjë këtë apelim të Nivelit 2, cilat afate duhet të ndiqni dhe si të kontaktoni me organizatën e shqyrtimit të pavarur.
- **Ju duhet ta bëni kërkesën tuaj të apelimit brenda 65 ditëve kalendarike** nga data e njoftimit me shkrim.
- Nëse nuk e kemi përfunduar shqyrtimin tonë brenda kornizës kohore të zbatueshme, ose nuk kemi marrë një vendim të pafavorshëm në lidhje me përcaktimin e **rrezikut** sipas programit tonë të menaxhimit të barit, ne do ta përcjellim automatikisht kërkesën tuaj tek IRE.
- Ne do t'ia dërgojmë informacionin rreth apelimit tuaj kësaj organizate. Ky informacion quhet **dosja juaj e çështjes. Ju keni të drejtë të na kërkonit një kopje të dosjes suaj të çështjes.**
- Ju keni të drejtë t'i jepni organizatës së shqyrtimit të pavarur informacion shtesë për të mbështetur apelimin tuaj.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Hapi 2: Organizata e shqyrtimit të pavarur shqyrton apelimin tuaj.**

Shqyrtuesit në organizatën e shqyrtimit të pavarur do të shikojnë me kujdes të gjithë informacionin në lidhje me apelimin tuaj.

Afatet për “apelim të shpejtë”

- Nëse e kërkon shëndeti juaj, kërkon nga organizata e shqyrtimit të pavarur një “apelim të shpejtë”.
- Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur pranon t'ju bëjë një “apelim të shpejtë”, organizata duhet t'ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 72 orëve** pasi të ketë marrë kërkesën tuaj për apelim.

Afatet për një “apelim standard”

- Për apelimet standarde, organizata e shqyrtimit të pavarur duhet t'ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 7 ditëve kalendarike** pasi të ketë marrë apelimin tuaj, nëse është për një bar që nuk e keni marrë ende. Nëse po kërkon që t'ju paguajmë për një bar që e keni blerë tashmë, organizata e shqyrtimit të pavarur duhet t'ju japë një përgjigje për apelimin tuaj të Nivelit 2 **brenda 14 ditëve kalendarike** pasi të ketë marrë kërkesën tuaj.

Hapi 3: Organizata e shqyrtimit të pavarur ju jep përgjigjen e tyre.***Për “apelime të shpejta”:***

- **Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “po” për një pjesë ose për të gjithë atë që keni kërkuar**, ne duhet të ofrojmë mbulimin e barnave që është miratuar nga organizata e shqyrtimit të pavarur **brenda 24 orëve** pasi kemi marrë vendimin nga organizata e shqyrtimit të pavarur.

Për “apelimet standarde”:

- **Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “po” për një pjesë ose të gjithë kërkesën tuaj për mbulim**, ne duhet të ofrojmë mbulimin e barnave që është miratuar nga organizata e shqyrtimit të pavarur **brenda 72 orëve** pasi kemi marrë vendimin nga organizata e shqyrtimit të pavarur.
- **Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur e rishikimit thotë “po” për një pjesë ose të gjithë kërkesën tuaj për t'ju rimbursuar** për një bar që e keni blerë tashmë, ne duhet t'ju **dërgojmë pagesën brenda 30 ditëve kalendarike** pasi të marrim vendimin nga organizata e shqyrtimit të pavarur.

Po sikur organizata e shqyrtimit të pavarur t'i thotë “jo” apelimit tuaj?

Nëse organizata e pavarur thotë “jo” për një pjesë ose të gjithë apelimin tuaj, kjo do të thotë se ata pajtohen me vendimin tonë për të mos miratuar kërkesën tuaj (ose një pjesë të kërkesës suaj). (Kjo quhet **lënia në fuqi e vendimit** ose **refuzimi i apelit tuaj**.) Në këtë rast, organizata e shqyrtimit të pavarur do t'ju dërgojë një letër që:

- Shpjegon vendimin.
- Duke ju njoftuar për të drejtën për një apelim të Nivelit 3 nëse vlera në dollarë e mbulimit të barnave që po kërkon plotëson një minimum të caktuar. Nëse vlera në dollarë e mbulimit të barnave që po kërkon është shumë e ulët, nuk mund të bëni një ankim tjetër dhe vendimi në Nivelin 2 është i formës së prerë.
- Duke ju thënë vlerën në dollarë që duhet të diskutohet për të vazhduar me procesin e apelimit.

Hapi 4: Nëse çështja juaj plotëson kërkesat, ju zgjidhni nëse dëshironi ta çoni më tej apelimin tuaj.

- Ka 3 nivele shtesë në procesin e apelimit pas Nivelit 2 (për një total prej 5 nivelesh apelimi). Nëse dëshironi të vazhdoni në një apelim të Nivelit 3, detajet se si ta bëni këtë gjenden në njoftimin me shkrim që merrni pas vendimit të apelimit të Nivelit 2.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Apeli i Nivelit 3 shqyrtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një avokat. **Seksioni 10** tregon më shumë rreth procesit të apelit të Nivelit 3, 4 dhe 5.

SEKSIONI 8 Si të na kërkoni të mbulojmë një qëndrim më të gjatë në spital për pacientë të shtruar nëse mendoni se po dilni shumë shpejt

Kur shtroheni në spital, keni të drejtë të merrni të gjitha shërbimet e kujdesit spitalor të mbuluara që janë të nevojshme për të diagnostikuar dhe trajtuar sëmundjen ose dëmtimin tuaj.

Gjatë qëndrimit tuaj të mbuluar në spital, mjeku juaj dhe stafi i spitalit do të punojnë me ju për t'u përgatitur për ditën që do të largoheni nga spitali. Ata do t'ju ndihmojnë të organizoni kujdesin që mund t'ju nevojitet pasi të largoheni.

- Dita që dilni nga spitali quhet **data juaj e daljes nga spitali**.
- Kur të vendoset data e daljes tuaj nga spitali, do t'ju tregojë mjeku ose personeli i spitalit.
- Nëse mendoni se po ju kërkohet të dilni nga spitali shumë shpejt, mund të kërkoni një shtrim më të gjatë në spital dhe kërkesa juaj do të merret parasysh.

Seksioni 8.1 Gjatë qëndrimit tuaj në spital si pacient i shtruar, ju do të merrni një njoftim me shkrim nga Medicare që ju tregon për të drejtat tuaja

Brenda 2 ditëve kalendarike nga shtrimi në spital, do t'ju jepet një njoftim me shkrim i quajtur *Një mesazh i rëndësishëm nga Medicare për të drejtat tuaja*. Të gjithë që kanë Medicare e marrin një kopje të këtij njoftimi.

Nëse nuk e merrni njoftimin nga dikush në spital (për shembull, një punonjës i çështjes ose infermiere), kërkoni atë nga ndonjë punonjës spitali. Nëse keni nevojë për ndihmë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin (833) 671-0440 (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711) ose në numrin 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 1-877-486-2048).

1. Lexojeni me kujdes këtë njoftim dhe bëni pyetje nëse nuk e kuptoni. Ai ju tregon:

- Të drejtën tuaj për të marrë shërbime të mbuluara nga Medicare gjatë dhe pas shtrimit në spital, siç porositet nga mjeku juaj. Kjo përfshin të drejtën për të ditur se cilat janë këto shërbime, kush do të paguajë për to dhe ku mund t'i merrni ato.
- Të drejtën tuaj për t'u përfshirë në çdo vendim për shtrimin tuaj në spital.
- Ku të raportoni çdo shqetësim që keni në lidhje me cilësinë e kujdesit spitalor.
- Të drejtën tuaj për të **kërkuar një shqyrtim të menjëhershëm** të vendimit për t'ju liruar nëse mendoni se po dilni shumë shpejt nga spitali. Kjo është një mënyrë zyrtare, ligjore për të kërkuar një vonesë në datën e daljes tuaj nga spitali në mënyrë që ne ta mbulojmë kujdesin tuaj spitalor për një kohë më të gjatë.

2. Do t'ju kërkohet të nënshkruani njoftimin me shkrim për të treguar se e keni marrë atë dhe i kuptoni të drejtat tuaja.

- Juve ose dikujt që vepron në emrin tuaj do t'ju kërkohet të nënshkruani njoftimin.
- Nënshkrimi i njoftimit tregon **vetëm** se ju keni marrë informacionin për të drejtat tuaja. Njoftimi nuk jep datën e daljes tuaj nga spitali. Nënshkrimi i njoftimit **nuk do të thotë** se jeni dakord për një datë daljeje nga spitali.

3. Mbajeni kopjen tuaj të njoftimit, në mënyrë që të keni informacionin në lidhje me apelin (ose raportimin e një shqetësimi për cilësinë e kujdesit shëndetësor) nëse ju nevojitet.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Nëse e nënshkruani njoftimin më shumë se 2 ditë kalendrike përpara datës së daljes nga spitali, do të merrni një kopje tjetër përpara se të planifikoni të dilni nga spitali.
- Për të parë një kopje të këtij njoftimi paraprakisht, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711) ose 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Ju gjithashtu mund të merrni njoftimin në internet në www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Seksioni 8.2 Si të bëni një apelim të Nivelit 1 për të ndryshuar datën e daljes nga spitali

Për të na kërkuar të mbulojmë shërbimet e shtrimit në spital për një kohë më të gjatë, përdorni procesin e apelimit për të bërë këtë kërkesë. Para se të filloni, kuptoni se çfarë duhet të bëni dhe cilat janë afatet.

- **Ndiqni procesin**
- **Respektoni afatet**
- **Kërkoni ndihmë nëse keni nevojë.** Nëse keni pyetje ose keni nevojë për ndihmë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711). Ose telefononi Programin State Health Insurance Assistance (SHIP), për ndihmë të personalizuar. Informacioni i kontaktit të SHIP është i disponueshëm në Kapitullin 2, Seksioni 3.

Gjatë një apelimi të Nivelit 1, Quality Improvement Organization shqyrton apelimin tuaj. Ajo kontrollon për të parë nëse data juaj e planifikuar e daljes nga spitali është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore për ju.

Quality Improvement Organization është një grup mjekësh dhe profesionistësh të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga qeveria federale për të kontrolluar dhe ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor për personat me Medicare. Kjo përfshin shqyrtimin e datave të daljes nga spitali për personat me Medicare. Këta ekspertë nuk janë pjesë e planit tonë.

Hapi 1: Kontaktoni Quality Improvement Organization për gjendjen tuaj dhe kërkoni një shqyrtim të menjëhershëm të daljes nga spitali. Ju duhet të veproni shpejt.

Si mund të kontaktoni me këtë organizatë?

- Njoftimi me shkrim që keni marrë (*Një mesazh i rëndësishëm nga Medicare për të drejtat tuaja*) ju tregon se si të kontaktoni me këtë organizatë. Ose gjeni emrin, adresën dhe numrin e telefonit të Quality Improvement Organization për shtetin tuaj në Kapitullin 2.

Veproni shpejt:

- Për të bërë apelimin tuaj, duhet të kontaktoni Quality Improvement Organization **përpara** se të dilni nga spitali dhe **jo më vonë se mesnata e ditës së daljes**.
 - **Nëse e përmbushni këtë afat**, mund të qëndroni në spital **pas** datës së daljes nga spitali **pa paguar për këtë**, ndërsa prisni të merrni vendimin nga Quality Improvement Organization.
 - **Nëse nuk e përmbushni këtë afat, na kontaktoni.** Nëse vendosni të qëndroni në spital pas datës së planifikuar të daljes nga spitali, *mund t'ju duhet të paguani të gjitha shpenzimet* për kujdesin spitalor që merrni pas datës së planifikuar të daljes.

Pasi të kërkoni një shqyrtim të menjëhershëm të daljes nga spitali, Quality Improvement Organization do të na kontaktojë. Deri në mesditën e ditës pasi jemi kontaktuar, ne do t'ju japim një **Njoftim të detajuar të daljes**. Ky njoftim jep datën e planifikuar të daljes tuaj nga spitali dhe shpjegon në detaje arsyet pse mjeku juaj, spitali dhe ne mendojmë se është e drejtë (e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore) që ju të dilni në atë datë.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Mund të merrni një kopje të **Njoftimit të detajuar të daljes nga spitali** duke telefonuar Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711) ose 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Ose mund të merrni një shembull të njoftimit në internet në www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Hapi 2: Quality Improvement Organization kryen një shqyrtim të pavarur të rastit tuaj.

- Profesionistët e shëndetësisë në Quality Improvement Organization (shqyrtuesit) do t'ju pyesin juve (ose përfaqësuesin tuaj) pse besoni se mbulimi për shërbimet duhet të vazhdojë. Ju nuk keni nevojë të përgatisni asgjë me shkrim, por mund ta bëni këtë nëse dëshironi.
- Shqyrtuesit do të shikojnë gjithashtu informacionin tuaj mjekësor, do të bisedojnë me mjekun tuaj dhe do të shqyrtojnë informacionin që spitali dhe ne u kemi dhënë atyre.
- Deri në mesditën e ditës pasi shqyrtuesit na thonë për apelin tuaj, ju do të merrni një njoftim me shkrim nga ne që jep datën tuaj të planifikuar të daljes nga spitali. Ky njoftim gjithashtu shpjegon në detaje arsyet pse mjeku juaj, spitali dhe ne mendojmë se është e drejtë (e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore) që ju të dilni në atë datë.

Hapi 3: Brenda një dite të plotë pasi të ketë të gjitha informacionet e nevojshme, Quality Improvement Organization do t'ju japë përgjigjen e saj për apelin tuaj.

Çfarë ndodh nëse përgjigja është “po”?

- Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë po, **ne duhet të vazhdojmë t'ju ofrojmë shërbimet tuaja të mbuluara të kujdesit spitalor si pacient i shtruar për aq kohë sa këto shërbime janë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore.**
- Ju do të duhet të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostove (të tilla si shumat e zbritshme ose bashkëpagesat, nëse zbatohen). Përveç kësaj, mund të ketë kufizime në shërbimet e mbuluara të kujdesit spitalor.

Çfarë ndodh nëse përgjigja është “jo”?

- Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “jo”, ata po thonë se data juaj e planifikuar e daljes nga spitali është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore. Nëse ndodh kjo, **mbulimi ynë për shërbimet tuaja të kujdesit spitalor si pacient i shtruar do të përfundojë** në mesditën e ditës **pasi** Quality Improvement Organization t'ju japë përgjigjen e saj për apelin tuaj.
- Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur i thotë jo apelim tuaj dhe ju vendosni të qëndroni në spital, atëherë **mund t'ju duhet të paguani koston e plotë** të kujdesit spitalor që merrni pas mesditës të ditës pasi Quality Improvement Organization t'ju japë përgjigjen e saj për apelin tuaj.

Hapi 4: Nëse përgjigja për apelin tuaj të Nivelit 1 është “jo”, ju vendosni nëse dëshironi të bëni një tjetër apelin.

- Nëse Quality Improvement Organization i ka thënë jo apelim tuaj, **dhe** ju qëndroni në spital pas datës së planifikuar të daljes nga spitali, atëherë mund të bëni një tjetër apelin. Bërja e një apeli tjetër do të thotë se po kaloni në “Nivelin 2” të procesit të apelim.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Seksioni 8.3 Si të bëni një apelim të Nivelit 2 për të ndryshuar datën e daljes nga spitali**

Gjatë një apelimi të Nivelit 2, ju i kërkon Quality Improvement Organization që ta rishqyrtojë vendimin për apelimin tuaj të parë. Nëse Organizata e Përmirësimit të Cilësisë e refuzon apelimin tuaj të Nivelit 2, mund t'ju duhet të paguani koston e plotë për qëndrimin tuaj pas datës së planifikuar të daljes nga spitali.

Hapi 1: Kontaktoni përsëri me Quality Improvement Organization dhe kërkon një shqyrtim tjetër.

- Ju duhet ta kërkon këtë shqyrtim **brenda 60 ditëve kalendarike** pas datës kur Quality Improvement Organization i tha jo apelimit tuaj të Nivelit 1. Ju mund ta kërkon këtë shqyrtim vetëm nëse qëndroni në spital pas datës kur mbulimi juaj për kujdesin përfundoi.

Hapi 2: Quality Improvement Organization kryen një shqyrtim të dytë të situatës suaj.

- Shqyrtuesit në Organizatën e Përmirësimit të Cilësisë do të shikojnë edhe një herë me kujdes të gjithë informacionin në lidhje me apelimin tuaj.

Hapi 3: Brenda 14 ditëve kalendarike nga marrja e kërkesës suaj për një apelim të Nivelit 2, shqyrtuesit do të vendosin për apelimin tuaj dhe do t'ju tregojnë vendimin e tyre.**Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “po”:**

- Ne duhet t'ju rimbursojmë** për pjesën tonë të kostove të kujdesit spitalor që keni marrë që nga mesdita e ditës pas datës kur apelimi juaj i parë u refuzua nga Quality Improvement Organization. **Ne duhet të vazhdojmë të ofrojmë mbulim për kujdesin tuaj spitalor si pacient i shtruar për aq kohë sa është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore.**
- Ju duhet të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostove dhe mund të zbatohen kufizime në mbulim.

Nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “jo”:

- Do të thotë se ata pajtohen me vendimin e marrë për apelimin tuaj të Nivelit 1.
- Njoftimi që merrni do t'ju tregojë me shkrim se çfarë mund të bëni nëse dëshironi të vazhdoni me procesin e shqyrtimit.

Hapi 4: Nëse përgjigja është “jo”, do t'ju duhet të vendosni nëse dëshironi ta çoni më tej apelimin tuaj duke shkuar në Nivelin 3.

- Ka 3 nivele shtesë në procesin e apelimit pas Nivelit 2 (për një total prej 5 nivelesh apelimi). Nëse dëshironi të vazhdoni në një apelim të Nivelit 3, detajet se si ta bëni këtë gjenden në njoftimin me shkrim që merrni pas vendimit të apelimit të Nivelit 2.
- Apelimi i Nivelit 3 shqyrtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një avokat. **Seksioni 10** tregon më shumë rreth procesit të apelimit të Nivelit 3, 4 dhe 5.

SEKSIONI 9 Si të na kërkon që të vazhdojmë të mbulojmë disa shërbime mjekësore nëse mendoni se mbulimi juaj po përfundon shumë shpejt

Kur jeni duke marrë **shërbime të mbuluara të kujdesit shëndetësor në shtëpi, kujdes shëndetësor për të moshuarit ose kujdes rehabilitues (institucion gjithëpërfshirës i rehabilitimit për pacientë të jashtëm)**, ju keni të drejtë të vazhdoni të merrni shërbimet tuaja për atë lloj kujdesi për aq kohë sa kujdesi është i nevojshëm për të diagnostikuar dhe trajtuar sëmundjen apo lëndimin.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Kur vendosim se është koha të ndalojmë mbulimin e ndonjë prej 3 llojeve të kujdesit për ju, ne duhet t'ju tregojmë paraprakisht. Kur të përfundojë mbulimi juaj për atë kujdes, *ne do të ndalojmë së paguari për kujdesin tuaj*.

Nëse mendoni se po i japim fund mbulimit të kujdesit tuaj shumë shpejt, **mund ta apeloni vendimin tonë**. Ky seksion ju tregon se si të kërkonti një apelim.

Seksioni 9.1 Ne do t'ju tregojmë paraprakisht se kur do të përfundojë mbulimi juaj**Term ligjor:**

Njoftimi i mosmbulimit të Medicare. Ju tregon se si mund të kërkonti një **apelim të shpejtë**. Kërkimi i një apelimi të shpejtë është një mënyrë zyrtare dhe ligjore për të kërkuar një ndryshim në vendimin tonë të mbulimit se kur duhet të ndalojmë kujdesin tuaj.

- 1. Ju merrni një njoftim me shkrim** të paktën 2 ditë kalendarike përpara se plani ynë të ndalojë mbulimin e kujdesit tuaj. Njoftimi ju thotë:
 - Datën kur do të ndalojmë mbulimin e kujdesit për ju.
 - Si të kërkonti një apelim të shpejtë për të na kërkuar që të vazhdojmë të mbulojmë kujdesin tuaj për një periudhë më të gjatë kohore.
- 2. Juve ose dikujt që vepron në emrin tuaj do t'ju kërkohet të nënshkruani njoftimin me shkrim për të treguar se e keni marrë atë.** Nënshkrimi i njoftimit tregon *vetëm* se ju keni marrë informacionin se kur do të ndalojë mbulimi juaj. **Nënshkrimi i tij *nuk* do të thotë se jeni dakord** me vendimin e planit për të ndaluar kujdesin.

Seksioni 9.2 Si të bëni një apelim të Nivelit 1 që plani ynë të mbulojë kujdesin tuaj për një kohë më të gjatë

Nëse dëshironi të na kërkonti të mbulojmë kujdesin tuaj për një periudhë më të gjatë kohore, do t'ju duhet të përdorni procesin e apelimit për të bërë këtë kërkesë. Para se të filloni, kuptoni se çfarë duhet të bëni dhe cilat janë afatet.

- **Ndiqni procesin**
- **Respektoni afatet**
- **Kërkonti ndihmë nëse keni nevojë.** Nëse keni pyetje ose keni nevojë për ndihmë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711). Ose telefononi Programin State Health Insurance Assistance Program (SHIP) për ndihmë të personalizuar. Informacioni i kontaktit të SHIP është i disponueshëm në Kapitullin 2, Seksioni 3.

Gjatë një apelimi të Nivelit 1, Quality Improvement Organization shqyrton apelimin tuaj. Ajo vendos nëse data e përfundimit për kujdesin tuaj është e përshtatshme nga pikëpamja mjekësore.

Quality Improvement Organization është një grup mjekësh dhe ekspertësh të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga qeveria federale për të kontrolluar dhe ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor për personat me Medicare. Kjo përfshin shqyrtimin e vendimeve të planit se kur është koha për të ndaluar mbulimin e llojeve të caktuara të kujdesit mjekësor. Këta ekspertë nuk janë pjesë e planit tonë.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Hapi 1: Bëni apelimin tuaj të Nivelit 1: kontaktoni Quality Improvement Organization dhe kërkoni një apelim të shpejtë. Ju duhet të veproni shpejt.

Si mund të kontaktoni me këtë organizatë?

- Njoftimi me shkrim që keni marrë (*Njoftimi për mosmbulimin nga Medicare*) ju tregon se si të kontaktoni me këtë organizatë. Ose gjeni emrin, adresën dhe numrin e telefonit të Quality Improvement Organization për shtetin tuaj në Kapitullin 2.

Veproni shpejt:

- Ju duhet të kontaktoni Quality Improvement Organization për të filluar apelimin tuaj **deri në mesditën e ditës përpara datës efektive** në Njoftimin për mosmbulimin nga Medicare.
- Nëse e humbisni afatin dhe doni të paraqisni një apelim, keni ende të drejta për apelimin. Kontaktoni me Quality Improvement Organization.

Hapi 2: Quality Improvement Organization kryen një shqyrtim të pavarur të rastit tuaj.

Term ligjor:

Shpjegimi i detajuar i mosmbulimit. Njoftim që jep detaje mbi arsyet e përfundimit të mbulimit.

Çfarë ndodh gjatë këtij shqyrtimi?

- Profesionistët e shëndetësisë në Quality Improvement Organization (shqyrtuesit) do t'ju pyesin juve, ose përfaqësuesin tuaj, pse besoni se mbulimi për shërbimet duhet të vazhdojë. Ju nuk keni nevojë të përgatisni asgjë me shkrim, por mund ta bëni këtë nëse dëshironi.
- Organizata e shqyrtimit të pavarur do të shikojë gjithashtu informacionin tuaj mjekësor, do të bisedojnë me mjekun tuaj dhe do të shqyrtojnë informacionin që plani ynë u ka dhënë atyre.
- Deri në fund të ditës që shqyrtuesit na thonë për apelimin tuaj, ju do të merrni **Shpjegimin e detajuar të Mos-Mbulimit** nga ne që shpjegon në detaje arsyet tona për përfundimin e mbulimit tonë për shërbimet tuaja.

Hapi 3: Brenda një dite të plotë pasi të kenë të gjithë informacionin që u nevojitet, shqyrtuesit do t'ju tregojnë vendimin.

Çfarë ndodh nëse shqyrtuesit thonë “po”?

- Nëse shqyrtuesit i thonë “po” apelimit tuaj, atëherë **ne duhet të vazhdojmë të ofrojmë shërbimet tuaja të mbuluara për aq kohë sa është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore.**
- Ju do të duhet të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostove (të tilla si shumat e zbritshme ose bashkëpagesat, nëse zbatohen). Mund të ketë kufizime në shërbimet e mbuluara për ju.

Çfarë ndodh nëse shqyrtuesit thonë “jo”?

- Nëse shqyrtuesit thonë *jo*, atëherë **mbulimi juaj do të përfundojë në datën që ju kemi thënë.**
- Nëse vendosni të vazhdoni të merrni kujdesin shëndetësor në shtëpi, ose kujdesin e kualifikuar shëndetësor për të moshuar, ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit si pacientë të jashtëm (CORF) **pas** kësaj date kur përfundon mbulimi juaj, atëherë **do t'ju duhet ta paguani koston e plotë** të këtij kujdesi vetë.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**Hapi 4: Nëse përgjigja për apelimin tuaj të Nivelit 1 është “jo”, ju vendosni nëse dëshironi të bëni një tjetër apelim.**

- Nëse shqyrtuesit i thonë jo apelimit tuaj të Nivelit 1 dhe ju zgjidhni të vazhdoni të merrni kujdes pasi të ketë përfunduar mbulimi juaj për kujdesin, atëherë mund të bëni një apelim të Nivelit 2.

Seksioni 9.3 Si të bëni një apelim të Nivelit 2 që plani ynë të mbulojë kujdesin tuaj për një kohë më të gjatë

Gjatë një apelimi të Nivelit 2, ju i kërkon Quality Improvement Organization që ta rishqyrtojë vendimin për apelimin tuaj të parë. Nëse Quality Improvement Organization e refuzon apelimin tuaj të Nivelit 2, mund t'ju duhet të paguani koston e plotë për kujdesin tuaj shëndetësor në shtëpi, ose kujdesin e kualifikuar shëndetësor për të moshuar, ose shërbimet në institucion gjithëpërfshirës të rehabilitimit si pacientë të jashtëm (CORF) pas datës kur thamë se mbulimi juaj do të përfundojë.

Hapi 1: Kontaktoni përsëri me Quality Improvement Organization dhe kërkon një shqyrtim tjetër.

- Ju duhet ta kërkon këtë shqyrtim **brenda 60 ditëve kalendarike** pas datës kur Quality Improvement Organization i tha jo apelimit tuaj të Nivelit 1. Ju mund ta kërkon këtë shqyrtim vetëm nëse vazhdoni të merrni kujdes pas datës kur mbulimi juaj për kujdesin përfundoi.

Hapi 2: Quality Improvement Organization kryen një shqyrtim të dytë të situatës suaj.

- Shqyrtuesit në Organizatën e Përmirësimit të Cilësisë do të shikojnë edhe një herë me kujdes të gjithë informacionin në lidhje me apelimin tuaj.

Hapi 3: Brenda 14 ditëve kalendarike nga marrja e kërkesës suaj të apelimit, shqyrtuesit do të vendosin për apelimin tuaj dhe do t'ju tregojnë vendimin.**Çfarë ndodh nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “po”?**

- **Ne duhet t'ju rimbursojmë** pjesën tonë të kostove të kujdesit që keni marrë që nga data kur thamë se mbulimi juaj do të përfundonte. **Ne duhet të vazhdojmë të ofrojmë mbulim** për kujdesin për aq kohë sa është e nevojshme nga pikëpamja mjekësore.
- Ju duhet të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostove dhe mund të ketë kufizime mbulimi që zbatohen.

Çfarë ndodh nëse organizata e shqyrtimit të pavarur thotë “jo”?

- Do të thotë se ata pajtohen me vendimin e marrë për apelimin tuaj të Nivelit 1.
- Njoftimi që merrni do t'ju tregojë me shkrim se çfarë mund të bëni nëse dëshironi të vazhdoni me procesin e shqyrtimit. Ai do t'ju japë detaje se si të kaloni në nivelin tjetër të apelimit, i cili trajtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një avokat.

Hapi 4: Nëse përgjigja është “jo”, do t'ju duhet të vendosni nëse dëshironi ta çoni më tej apelimin tuaj.

- Ka 3 nivele shtesë të apelimit pas Nivelit 2, për një total prej 5 nivelesh apelimi. Nëse dëshironi të vazhdoni në një apelim të Nivelit 3, detajet se si ta bëni këtë gjenden në njoftimin me shkrim që merrni pas vendimit të apelimit të Nivelit 2.
- Apelimi i Nivelit 3 shqyrtohet nga një gjyqtar i së drejtës administrative ose një avokat. **Seksioni 10** i këtij kapitulli tregon më shumë rreth procesit të apelimit të Nivelit 3, 4 dhe 5.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)**SEKSIONI 10 Duke e çuar apelimin tuaj në Nivelin 3, 4 dhe 5****Seksioni 10.1 Nivelet 3, 4 dhe 5 të Apelimit për kërkesat e shërbimit mjekësor**

Ky seksion mund të jetë i përshtatshëm për ju nëse keni bërë një apelim të Nivelit 1 dhe një apelim të Nivelit 2, dhe të dy apelimet tuaja janë refuzuar.

Nëse vlera në dollarë e artikullit ose e shërbimit mjekësor që keni apeluar plotëson nivele të caktuara minimale, mund të jeni në gjendje të vazhdoni në nivele shtesë apelimi. Nëse vlera në dollarë është më e ulët se niveli minimal, ju nuk mund të apeloni më tej. Përgjigja me shkrim që merrni për apelimin tuaj të Nivelit 2 do të shpjegojë se si të bëni një apelim të Nivelit 3.

Për shumicën e situatave që përfshijnë apelime, 3 nivelet e fundit të apelimit funksionojnë në të njëjtën mënyrë si 2 nivelet e para. Ja kush merret me shqyrtimin e apelimit tuaj në secilin prej këtyre niveleve.

Procesi i apelimit të Nivelit 3

Një **gjykatës i së drejtës administrative** ose avokat që punon për qeverinë federale do të shqyrtojë apelimin tuaj dhe do t'ju japë një përgjigje.

- **Nëse gjyqtari i së drejtës administrative ose avokati i thotë “po” ankesës suaj, procesi i apelimit mund ose mund të mos përfundojë.** Ndryshe nga një vendim në Nivelin 2, ne kemi të drejtë të apelojmë një vendim të Nivelit 3 që është i favorshëm për ju. Nëse vendosim të apelojmë, do të kalojmë në një apelim të Nivelit 4.
 - Nëse vendosim të *mos* apelojmë vendimin, duhet t'ju autorizojmë ose t'ju ofrojmë kujdesin mjekësor brenda 60 ditëve kalendarike pas marrjes së vendimit të Gjykatësit të Ligjit Administrativ ose vendimit të avokatit.
 - Nëse vendosim të apelojmë vendimin, do t'ju dërgojmë një kopje të kërkesës së apelimit të Nivelit 4 me çdo dokument shoqëruar. Mund të presim vendimin e apelimit të Nivelit 4 përpara se të autorizojmë ose ofrojmë kujdesin mjekësor për të cilin është mosmarrëveshja.
- **Nëse gjyqtari i së drejtës administrative ose avokati i thotë “jo” ankesës suaj, procesi i apelimit mund ose mund të mos përfundojë.**
 - Nëse vendosni të pranoni këtë vendim që refuzon apelimin tuaj, procesi i apelimit ka përfunduar.
 - Nëse nuk dëshironi ta pranoni vendimin, mund të vazhdoni në nivelin tjetër të procesit të shqyrtimit. Njoftimi që merrni do t'ju tregojë se çfarë të bëni për një apelim të Nivelit 4.

Procesi i apelimit të Nivelit 4

Këshilli i Apelimit të Medicare (Këshilli) do të shqyrtojë apelimin tuaj dhe do t'ju japë një përgjigje. Këshilli është pjesë e qeverisë federale.

- **Nëse përgjigja është “po”, ose nëse Këshilli e refuzon kërkesën tonë për të shqyrtuar një vendim të favorshëm apelimi të Nivelit 3, procesi i apelimit mund ose mund të mos përfundojë.** Ndryshe nga një vendim në Nivelin 2, ne kemi të drejtë të apelojmë një vendim të Nivelit 4 që është i favorshëm për ju. Ne do të vendosim nëse do ta apelojmë këtë vendim në Nivelin 5.
 - Nëse vendosim të *mos* apelojmë vendimin, duhet t'ju autorizojmë ose t'ju ofrojmë kujdesin mjekësor brenda 60 ditëve kalendarike pas marrjes së vendimit të Këshillit.
 - Nëse vendosim ta apelojmë vendimin, do t'ju njoftojmë me shkrim.
- **Nëse përgjigja është “jo”, ose nëse Këshilli e refuzon kërkesën për shqyrtim, procesi i apelimit mund ose mund të mos përfundojë.**

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Nëse vendosni të pranoni këtë vendim që refuzon apelimin tuaj, procesi i apelimit ka përfunduar.
- Nëse nuk dëshironi ta pranoni vendimin, mund të jenë në gjendje të vazhdoni në nivelin tjetër të procesit të shqyrtimit. Nëse Këshilli i thotë “jo” apelimit tuaj, njoftimi që merrni do t'ju tregojë nëse rregullat ju lejojnë të vazhdoni në një apelim të Nivelit 5 dhe si të vazhdoni me një apelim të Nivelit 5.

Procesi i apelimit të Nivelit 5

Një gjyqtar në **Gjykatën Federale të Distriktit** do të shqyrtojë apelimin tuaj.

- Një gjyqtar do të shqyrtojë të gjithë informacionin dhe do të vendosë “po” ose “jo” për kërkesën tuaj. Kjo është një përgjigje e formës së prerë. Nuk ka më nivele të apelimit pas Gjykatës Federale të Distriktit.

Seksioni 10.2 Apelimet shitesë të Medicaid

Ju gjithashtu keni të drejta të tjera apelimi nëse apelimi juaj ka të bëjë me shërbime ose artikuj që Medicaid zakonisht i mbulon. Letra që merrni nga Zyra e Seancës Dëgjimore do t'ju tregojë se çfarë të bëni nëse dëshironi të vazhdoni procesin e apelimit.

Seksioni 10.3 Nivelet e Apelimit 3, 4 dhe 5 për kërkesat për barna të Pjesës D

Ky seksion mund të jetë i përshtatshëm për ju nëse keni bërë një apelim të Nivelit 1 dhe një apelim të Nivelit 2, dhe të dy apelimet tuaja janë refuzuar.

Nëse vlera e barit që keni apeluar plotëson një shumë të caktuar në dollarë, mund të jeni në gjendje të vazhdoni në nivele shitesë apelimi. Nëse shumta në dollarë është më e vogël, nuk mund të apelonit më tej. Përgjigja me shkrim që merrni për apelimin tuaj të Nivelit 2 do të shpjegojë se me kë të kontaktoni dhe çfarë të bëni për të kërkuar një apelim të Nivelit 3.

Për shumicën e situatave që përfshijnë apelime, 3 nivelet e fundit të apelimit funksionojnë në të njëjtën mënyrë si 2 nivelet e para. Ja kush merret me shqyrtimin e apelimit tuaj në secilin prej këtyre niveleve.

Procesi i apelimit të Nivelit 3

Një **gjykatës i së drejtës administrative** ose avokat që punon për qeverinë federale do të shqyrtojë apelimin tuaj dhe do t'ju japë një përgjigje.

- **Nëse përgjigja është “po”, procesi i apelimit ka përfunduar.** Ne duhet të **autorizojmë ose sigurojmë mbulimin e barnave** që është miratuar nga gjyqtari i ligjit administrativ ose avokati **brenda 72 orëve (24 orë për apelimet e përshpejtuara) ose të bëjmë pagesën jo më vonë se 30 ditë kalendarike** pasi kemi marrë vendimin.
- **Nëse gjyqtari i së drejtës administrative ose avokati i thotë “jo” ankesës suaj, procesi i apelimit mund ose mund të mos përfundojë.**
 - Nëse vendosni të pranoni këtë vendim që refuzon apelimin tuaj, procesi i apelimit ka përfunduar.
 - Nëse nuk dëshironi ta pranoni vendimin, mund të vazhdoni në nivelin tjetër të procesit të shqyrtimit. Njoftimi që merrni do t'ju tregojë se çfarë të bëni për një apelim të Nivelit 4.

Procesi i apelimit të Nivelit 4

Këshilli i Apelimit të Medicare (Këshilli) do të shqyrtojë apelimin tuaj dhe do t'ju japë një përgjigje. Këshilli është pjesë e qeverisë federale.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- **Nëse përgjigja është “po”, procesi i apelimit ka përfunduar.** Ne duhet të **autorizojmë ose sigurojmë mbulimin e barnave** që është miratuar nga Këshilli **brenda 72 orëve (24 orë për apelimet e përsheptuara) ose të bëjmë pagesën jo më vonë se 30 ditë kalendarike** pasi kemi marrë vendimin.
- **Nëse përgjigja është “jo”, ose nëse Këshilli e refuzon kërkesën për shqyrtim, procesi i apelimit mund ose mund të mos përfundojë.**
 - Nëse vendosni të pranoni këtë vendim që refuzon apelimin tuaj, procesi i apelimit ka përfunduar.
 - Nëse nuk dëshironi ta pranoni vendimin, mund të jenë në gjendje të vazhdoni në nivelin tjetër të procesit të shqyrtimit. Nëse Këshilli i thotë “jo” apelimit tuaj, njoftimi që merrni do t'ju tregojë nëse rregullat ju lejojnë të vazhdoni në një apelim të Nivelit 5 dhe si të vazhdoni me një apelim të Nivelit 5.

Procesi i apelimit të Nivelit 5

Një gjyqtar në **Gjykatën Federale të Distriktit** do të shqyrtojë apelimin tuaj.

- Një gjyqtar do të shqyrtojë të gjithë informacionin dhe do të vendosë “po” ose “jo” për kërkesën tuaj. Kjo është një përgjigje e formës së prerë. Nuk ka më nivele të apelimit pas Gjykatës Federale të Distriktit.

Bërja e një ankesë

SEKSIONI 11 Si të bëni një ankesë për cilësinë e kujdesit shëndetësor, kohën e pritjes, shërbimin ndaj klientit ose shqetësime të tjera

Seksioni 11.1 Cilat lloje të problemeve trajtohen nga procesi i ankesave?

Procesi i ankesës përdoret *vetëm* për disa lloje problemesh. Kjo përfshin probleme që lidhen me cilësinë e kujdesit shëndetësor, kohën e pritjes dhe shërbimin ndaj klientit. Më poshtë jepen shembuj të llojeve të problemeve të trajtuara nga procesi i ankimit.

Ankesa	Shembull
Cilësia e kujdesit tuaj mjekësor	<ul style="list-style-type: none"> • Jeni i pakënaqur me cilësinë e kujdesit që keni marrë (duke përfshirë kujdesin në spital)?
Respektimi i privatësisë suaj	<ul style="list-style-type: none"> • Nuk e respektoi dikush të drejtën tuaj për privatësi ose e shpërndau informacionin tuaj konfidencial?
Mosrespektimi, shërbimi i dobët ndaj klientit ose sjellje të tjera negative	<ul style="list-style-type: none"> • A ka qenë dikush i pasjellshëm ose mosrespektues ndaj jush? • Jeni i pakënaqur me Shërbimet ndaj Anëtarëve? • A mendoni se jeni duke u inkurajuar të largoheni nga plani?
Koha e pritjes	<ul style="list-style-type: none"> • A keni vështirësi për të lënë një takim, apo po prisni shumë gjatë për ta lënë atë? • A jeni mbajtur në pritje për një kohë të gjatë nga mjekët, farmacistët ose profesionistë të tjerë të shëndetit? Apo nga Shërbimet tona ndaj Anëtarëve ose nga stafi tjetër në planin tonë?

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

Ankesa	Shembull
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Shembujt përfshijnë pritjen e gjatë në telefon, në dhomën e pritjes ose të ekzaminimit ose marrjen e një recete.
Pastërtia	<ul style="list-style-type: none"> • Jeni i pakënaqur me pastërtinë ose gjendjen e një klinike, spitali ose klinike mjeku?
Informacioni që merrni nga ne	<ul style="list-style-type: none"> • Nuk ju dhamë një njoftim të kërkuar? • Është i vështirë për t'u kuptuar informacioni ynë i shkruar?
Afatet kohore (Këto lloje ankesash lidhen të gjitha me afatin kohor të veprimeve tona në lidhje me vendimet e mbulimit dhe apelimet)	Nëse keni kërkuar një vendim mbulimi ose keni bërë një apelim dhe mendoni se nuk po përgjigjemi me shpejtësi të mjaftueshme, mund të bëni një ankesë për ngadalësinë tonë. Ja janë shembuj: <ul style="list-style-type: none"> • Ju na kërkuat një <i>vendim mbulimi të shpejtë</i> ose një <i>apelim të shpejtë</i> dhe ne kemi thënë “jo”; mund të bëni një ankesë. • Ju besoni se ne nuk po respektojmë afatet për vendimet e mbulimit ose apelimet; mund të bëni një ankesë. • Ju besoni se ne nuk po respektojmë afatet për mbulimin ose rimbursimin tuaj për disa artikuj ose shërbime mjekësore ose barna që janë miratuar; mund të bëni një ankesë. • Ju besoni se ne nuk arritëm t'i përmbushim afatet e kërkuara për përcjelljen e çështjes tuaj te organizata e shqyrtimit të pavarur; mund të bëni një ankesë.

Seksioni 11.2 Si të bëni një ankesë**Termet ligjorë:**

Një **ankesë** quhet gjithashtu një **ankim**.

Bërja e një ankese quhet gjithashtu **paraqitja e një ankimi**.

Përdorimi i procesit për ankesat quhet **përdorimi i procesit për paraqitjen e një ankimi**.

Një **ankesë e shpejtë** quhet gjithashtu një **ankim i përshpejtuar**.

Hapi 1: Na kontaktoni menjëherë - me telefon ose me shkrim.

- **Thirrja e Shërbimeve ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440** (përdoruesit e TTY telefonojnë **711**) është **zakonisht hapi i parë**. Nëse ka ndonjë gjë tjetër që duhet të bëni, Shërbimet ndaj Anëtarëve do t'ju njoftojnë.
- **Nëse nuk doni të telefononi (ose keni telefonuar dhe nuk keni mbetur të kënaqur), mund ta bëni ankesën tuaj me shkrim dhe ta dërgoni atë te ne.** Nëse e bëni ankesën tuaj me shkrim, ne do t'i përgjigjemi ankesës tuaj me shkrim.

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apelime, ankesa)

- Ne do të përpiqemi ta zgjidhim ankesën tuaj përmes telefonit. Nëse kërkon një përgjigje me shkrim, paraqisni një ankim me shkrim ose ankesa juaj lidhet me cilësinë e kujdesit shëndetësor, ne do t'ju përgjigjemi me shkrim. Nëse nuk mund ta zgjidhim ankesën tuaj me telefon, ne kemi një procedurë zyrtare për të shqyrtuar ankesën tuaj. Ne e quajmë këtë Procesi ynë i Ankimeve të Anëtarëve.
- Ju, ose përfaqësuesi juaj i autorizuar, keni të drejtë të paraqisni një ankim të përshpejtuar sa herë që Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) merr një zgjatje afati në marrjen e një vendimi për përcaktimin ose rishqyrtimin e organizatës, ose kur ne refuzojmë një kërkesë për të përshpejtuar një përcaktim apo rishqyrtim organizate. (Ne nuk mund të bëjmë një zgjatje afati kur marrim një vendim mbulimi ose vendosim një apelim që përfshin një bar të Pjesës B ose të Pjesës D.) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) do t'ju përgjigjet këtyre ankimeve të përshpejtuara brenda (24) orëve pas marrjes.
- Ne duhet ta adresojmë ankimin tuaj aq shpejt sa e kërkon rasti juaj bazuar në gjendjen tuaj shëndetësore, por jo më vonë se 30 ditë pas marrjes së ankesës suaj. Ne mund ta zgjasim afatin kohor deri në 14 ditë nëse ju kërkon zgjatjen e afatit, ose nëse kemi nevojë për informacion shtesë dhe vonesa është në interesin tuaj më të mirë.
- **Pavarësisht nëse telefononi ose shkruani, duhet të kontaktoni menjëherë Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) menjëherë.** Ju mund ta bëni ankesën në çdo kohë pasi keni pasur problemin për të cilin dëshironi të ankoheni.

Hapi 2: Ne e shqyrtojmë ankesën tuaj dhe ju japim përgjigjen tonë.

- **Nëse është e mundur, ne do t'ju përgjigjemi menjëherë.** Nëse na telefononi me një ankesë, ne mund të jemi në gjendje t'ju japim një përgjigje në të njëjtën telefonatë.
- **Shumica e ankesave marrin përgjigje brenda 30 ditëve kalendarike.** Nëse kemi nevojë për më shumë informacion dhe vonesa është në interesin tuaj më të mirë ose nëse kërkon më shumë kohë, mund të na duhen deri në 14 ditë të tjera kalendarike (gjithsej 44 ditë kalendarike) për t'iu përgjigjur ankesës suaj. Nëse vendosim të marrim ditë shtesë, do t'ju tregojmë me shkrim.
- **Nëse jeni duke bërë një ankesë sepse ne kemi refuzuar kërkesën tuaj për një vendim të shpejtë mbulimi ose një apelim të shpejtë, ne do t'ju japim automatikisht një ankesë të shpejtë.** Nëse keni një ankesë të shpejtë, do të thotë se ne do t'ju japim një përgjigje brenda 24 orëve.
- **Nëse nuk jemi dakord** me disa ose të gjitha ankesat tuaja ose nuk marrim përgjegjësi për problemin për të cilin ankoheni, ne do të përfshijmë arsyet tona në përgjigjen tonë ndaj jush.

Seksioni 11.3 Ju gjithashtu mund të bëni ankesa për cilësinë e kujdesit shëndetësor të Quality Improvement Organization

Kur ankesa juaj ka të bëjë me **cilësinë e kujdesit shëndetësor**, ju keni gjithashtu 2 opsione shtesë:

- **Ju mund ta bëni ankesën tuaj direkt në Quality Improvement Organization.** Organizata e Përmirësimit të Cilësisë është një grup mjekësh praktikantë dhe ekspertë të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga qeveria federale për të kontrolluar dhe përmirësuar kujdesin që u jepet pacientëve të Medicare. Kapitulli 2 ka informacionin e kontaktit.

Ose

- **Ju mund ta bëni ankesën tuaj si te Quality Improvement Organization ashtu edhe te ne në të njëjtën kohë.**

Kapitulli 9: Nëse keni një problem ose ankesë (vendime mbulimi, apeline, ankesa)

Seksioni 11.4 Ju gjithashtu mund t'i tregoni Medicare dhe Medicaid për ankesën tuaj

Ju mund të paraqisni një ankesë për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) direkt te Medicare. Për të paraqitur një ankesë në internet te Medicare, shkoni te www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Gjithashtu mund të telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY/TDD mund të telefonojnë 1-877-486-2048.

Kapitulli 10: Përfundimi i anëtarësimit në planin tonë

KAPITULLI 10:**Përfundimi i anëtarësimit në planin tonë****SEKSIONI 1 Përfundimi i anëtarësimit tuaj në planin tonë**

Përfundimi i anëtarësimit ruaj në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mund të jetë **vullnetar** (zgjedhja juaj) ose **jovullnetar** (jo zgjedhja juaj):

- Ju mund të largoheni nga plani ynë sepse keni vendosur që dëshironi të largoheni. Seksionet 2 dhe 3 ofrojnë informacione për përfundimin vullnetarisht të anëtarësimit tuaj.
- Ekzistojnë gjithashtu situata të kufizuara ku na kërkohet të përfundojmë anëtarësimin tuaj. Seksioni 5 ju tregon për situatat kur duhet t'i japim fund anëtarësimit tuaj.

Nëse po largoheni nga plani ynë, plani ynë duhet të vazhdojë të ofrojë kujdesin tuaj mjekësor dhe barnat me recetë dhe ju do të vazhdoni të paguani pjesën tuaj të kostos derisa të përfundojë anëtarësimi juaj.

SEKSIONI 2 Kur mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë?

Seksioni 2.1 Ju mund të jeni në gjendje të përfundoni anëtarësimin tuaj sepse keni Medicare dhe Medicaid

- Shumica e personave me Medicare mund ta përfundojnë anëtarësimin e tyre vetëm gjatë periudhave të caktuara të vitit. Meqenëse keni Medicaid, mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë duke zgjedhur një nga opsionet e mëposhtme të Medicare në çdo muaj të vitit:
 - Original Medicare *me* një plan të veçantë barnash me recetë Medicare,
 - Original Medicare *pa* një plan i veçantë i barnave me recetë të Medicare (Nëse zgjidhni këtë opsion dhe merrni Extra Help, Medicare mund t'ju regjistrojë në një plan barnash, përveç nëse keni zgjedhur të mos merrni pjesë në regjistrimin automatik), ose
 - Nëse përzgjidheni, një D-SNP i integruar që ofron Medicare tuaj dhe pjesën më të madhe ose të gjitha përfitimet dhe shërbimet tuaja të Medicaid në një plan.

Shënim: Nëse çregjistroheni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë për një periudhë të vazhdueshme prej 63 ditësh ose më shumë, mund t'ju duhet të paguani një penaltet për regjistrimin me vonesë në Pjesën D nëse i bashkoheni një plani barnash Medicare më vonë.

- Telefononi në Zyrën Shtetërore të Medicaid në (833) 671-0440 për të mësuar rreth opsioneve të planit tuaj të ndihmës mjekësore.
- Opsione të tjera të planit shëndetësor Medicare janë të disponueshme gjatë **periudhës së hapur të regjistrimit**. Seksioni 2.2 ju tregon më shumë rreth periudhës vjetore të regjistrimit.

Kapitulli 10: Përfundimi i anëtarësimit në planin tonë

- **Anëtarësimi juaj zakonisht përfundon në ditën e parë të muajit pasi të kemi marrë kërkesën tuaj për të ndryshuar planet tuaja.** Regjistrimi juaj në planin tuaj të ri do të fillojë gjithashtu në këtë ditë.

Seksioni 2.2 Ju mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj gjatë periudhës së hapur të regjistrimit

Ju mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj gjatë **periudhës së hapur të regjistrimit** çdo vit. Gjatë kësaj kohe, shqyrtoni mbulimin tuaj shëndetësor dhe të barnave dhe vendosni për mbulimin për vitin e ardhshëm.

- **Periudha e hapur e regjistrimit** është nga data **15 tetor deri më 7 dhjetor**.
- **Zgjidhni të mbani mbulimin tuaj aktual ose të bëni ndryshime në mbulimin tuaj për vitin e ardhshëm.** Nëse vendosni të kaloni në një plan të ri, mund të zgjidhni një nga llojet e mëposhtme të planeve:
 - Një tjetër plan shëndetësor i Medicare, me ose pa mbulim të barnave me recetë.
 - Original Medicare me një plan të veçantë barnash Medicare
 - *Original Medicare pa një plan të veçantë barnash Medicare*
 - Nëse përzgjidhni, një D-SNP i integruar që ofron Medicare tuaj dhe pjesën më të madhe ose të gjitha përfitimet dhe shërbimet tuaja të Medicaid në një plan.

Ju merrni Extra Help nga Medicare për të paguar barnat tuaja me recetë: Nëse kaloni në Original Medicare dhe nuk regjistroheni në një plan të veçantë barnash me recetë Medicare, Medicare mund t'ju regjistrojë në një plan barnash përveçse kur ju keni zgjidhur të dilni nga regjistrimi automatik.

Shënim: Nëse çregjistroheni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni 63 ditë ose më shumë radhazi pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë, mund t'ju duhet të paguani një penaltet për regjistrimin me vonesë në Pjesën D nëse i bashkoheni një plani barnash Medicare më vonë.

- **Anëtarësimi juaj do të përfundojë në planin tonë** kur të fillojë mbulimi i planit tuaj të ri më 1 janar.

Seksioni 2.3 Ju mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj gjatë periudhës së regjistrimit të hapur në Medicare Advantage

Ju keni mundësinë të bëni *një* ndryshim në mbulimin tuaj shëndetësor gjatë **periudhës së regjistrimit të hapur në Medicare Advantage** çdo vit.

- **Periudha e regjistrimit të hapur në Medicare Advantage** është nga 1 janari deri në 31 mars si edhe për përfituesit e rinj të Medicare që janë të regjistruar në një plan MA, nga muaji i kualifikimit për Pjesën A dhe Pjesën B deri në ditën e fundit të muajit të 3-të të kualifikimit.
- **Gjatë periudhës së regjistrimit të hapur të Medicare Advantage** ju mund:
 - Të kaloni në një plan tjetër Medicare Advantage me ose pa mbulim të barnave.
 - Të çregjistroheni nga plani ynë dhe të merrni mbulim nëpërmjet Original Medicare. Nëse zgjidhni të kaloni në Original Medicare gjatë kësaj periudhe, ju gjithashtu mund të bashkoheni në një plan të veçantë barnash Medicare në atë kohë.
- **Anëtarësimi juaj do të përfundojë** në ditën e parë të muajit pasi të regjistroheni në një plan tjetër të Medicare Advantage ose ne marrim kërkesën tuaj për të kaluar në Original Medicare. Nëse zgjidhni gjithashtu të regjistroheni në një plan barnash Medicare, anëtarësimi juaj në planin e barnave do të fillojë ditën e parë të muajit pasi plani i barnave të marrë kërkesën tuaj për regjistrim.

Kapitulli 10: Përfundimi i anëtarësimit në planin tonë

Seksioni 2.4 Në situata të caktuara, ju mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj gjatë një periudhe të veçantë regjistrimi

Në situata të caktuara, mund të keni të drejtë ta përfundoni anëtarësimin tuaj në periudha të tjera të vitit. Kjo njihet si një **Periudhë speciale regjistrimi**.

Ju mund të keni të drejtë t'i jepni fund anëtarësimit gjatë një Periudhe speciale regjistrimi nëse ndonjë nga situatat e mëposhtme aplikohet për ju. Këta janë vetëm shembuj. Për listën e plotë mund të kontaktoni me planin tonë, të telefononi Medicare ose të vizitoni www.Medicare.gov.

- Zakonisht, kur lëvizni
- Nëse keni New York Medicaid.
- Nëse kualifikoheni për Extra Help për të paguar për mbulimin tuaj të barnave nga Medicare
- Nëse ne shkelim kontratën tonë me ju.
- Nëse po merrni kujdes në një institucion, si p.sh. në një institucion për kujdesje ose në spital të kujdesit afatgjatë (LTC).
- Nëse regjistroheni në Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).
- **Shënim:** Nëse jeni në një program për menaxhimin e barnave, mund të jeni të kualifikuar vetëm për disa Periudha të Veçanta Regjistrimi. Kapitulli 5, Seksioni 10 ju tregon më shumë rreth programeve të menaxhimit të barnave.
- **Shënim:** Seksioni 2.1 ju tregon më shumë rreth periudhës speciale të regjistrimit për personat me Medicaid.

Periudhat kohore të regjistrimit ndryshojnë në varësi të situatës suaj.

Për të zbuluar nëse keni të drejtë për një Periudhë speciale regjistrimi, ju lutemi telefononi Medicare në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. Nëse keni të drejtë ta përfundoni anëtarësimin tuaj për shkak të një situatë të veçantë, mund të zgjidhni të ndryshoni mbulimin tuaj shëndetësor të Medicare dhe mbulimin e barnave me recetë. Ju mund të zgjidhni:

- Një tjetër plan shëndetësor i Medicare, me ose pa mbulim të barnave.
- Original Medicare *me* një plan të veçantë barnash Medicare
- Original Medicare *pa* një plan të veçantë barnash Medicare
- Nëse përzgjidheni, një D-SNP i integruar që ofron Medicare tuaj dhe pjesën më të madhe ose të gjitha përfitimet dhe shërbimet tuaja të Medicaid në një plan.

Shënim: Nëse çregjistroheni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni 63 ditë ose më shumë radhazi pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë, mund t'ju duhet të paguani një penaltet për regjistrimin me vonësë në Pjesën D nëse i bashkoheni një plani barnash Medicare më vonë.

Nëse merrni Extra Help nga Medicare për të paguar për barnat tuaja të mbulimit të barnave: Nëse kaloni në Original Medicare dhe nuk regjistroheni në një plan të veçantë barnash Medicare, Medicare mund t'ju regjistrojë në një plan barnash përveçse kur ju keni zgjidhur të dilni nga regjistrimi automatik.

Anëtarësimi juaj zakonisht përfundon në ditën e parë të muajit pas marrjes së kërkesës tuaj për të ndryshuar planin tuaj.

Shënim: Seksionet 2.1 dhe 2.2 ju tregojnë më shumë rreth periudhës speciale të regjistrimit për personat me Medicaid dhe “Extra Help”.

Kapitulli 10: Përfundimi i anëtarësimit në planin tonë**Seksioni 2.5 Merrni më shumë informacion se kur mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj**

Nëse keni pyetje në lidhje me përfundimin e anëtarësimit, mund të:

- **Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë në 711).**
- Gjeni informacionin në broshurën *Medicare & You 2026*.
- Telefononi **Medicare** në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (përdoruesit e TTY telefonojnë 1-877-486-2048).

SEKSIONI 3 Si ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë

Tabela më poshtë shpjegon se si duhet ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë.

Për të kaluar nga plani ynë te:	Ja çfarë duhet të bëni:
Një tjetër plan shëndetësor i Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Regjistrohuni në planin e ri shëndetësor të Medicare. • Ju do të çregjistroheni automatikisht nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kur të fillojë mbulimi i planit tuaj të ri.
Original Medicare <i>me</i> një plan të veçantë barnash Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Regjistrohuni në një plan të ri barnash të Medicare. • Ju do të çregjistroheni automatikisht nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kur të fillojë mbulimi i planit tuaj të ri.
Original Medicare <i>pa</i> një plan të veçantë barnash Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Na dërgoni një kërkesë me shkrim për t'u çregjistruar. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë në 711) nëse keni nevojë për më shumë informacion se si ta bëni këtë. • Ose telefononi Medicare në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) dhe kërkonte të çregjistroheni. Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048. • Ju do të çregjistroheni nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kur të fillojë mbulimi juaj në Original Medicare.

Shënim: Nëse çregjistroheni nga mbulimi i barnave me recetë të Medicare dhe kaloni 63 ditë ose më shumë radhazi pa mbulim të kreditueshëm të barnave me recetë, mund t'ju duhet të paguani një penalitet për regjistrimin me vonesë në Pjesën D nëse i bashkoheni një plani barnash Medicare më vonë.

Për pyetje rreth përfitimeve tuaja të Medicaid, kontaktoni me New York Medicaid në (800) 505-5678, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 ose Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, nga e hëna në të premte, 8:30 a.m. – 8 p.m., të shtunën

Kapitulli 10: Përfundimi i anëtarësimit në planin tonë

10 a.m. – 6 p.m. Pyesni se si ndikon bashkimi me një plan tjetër ose kthimi në Original Medicare në mënyrën se si e merrni mbulimin tuaj me Medicaid.

SEKSIONI 4 Derisa anëtarësimi juaj të përfundojë, ju duhet të vazhdoni të merrni artikujt, shërbimet dhe barnat tuaja mjekësore përmes planit tonë

Derisa të përfundojë anëtarësimi juaj Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dhe të fillojë mbulimi juaj i ri i Medicare, ju duhet të vazhdoni të merrni artikujt, shërbimet dhe barnat me recetë përmes planit tonë.

- **Vazhdoni të përdorni ofruesit tanë të rrjetit për të marrë kujdes mjekësor.**
- **Vazhdoni të përdorni farmacitë e rrjetit tonë për të marrë barnat e recetave tuaja.**
- **Nëse shtroheni në spital ditën që përfundon anëtarësimi juaj, shtrimi juaj në spital do të mbulohet nga plani ynë derisa të dilni** (edhe nëse dilni pasi të fillojë mbulimi juaj i ri shëndetësor).

SEKSIONI 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet ta përfundojë anëtarësimin tuaj në plan në situata të caktuara

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) duhet të ndërpresë anëtarësimin tuaj në planin tonë nëse ndodh ndonjë nga situatat në vijim:

- Nëse nuk keni më Medicare Part A dhe Part B.
- Nëse nuk kualifikoheni më për Medicaid. Siç thuhet në Kapitullin 1, Seksioni 2.1, plani ynë është për personat që kanë të drejtë për Medicare dhe Medicaid. Kur Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) përcakton se nuk i plotësoni më kërkesat e *veçanta* të përshtatshmërisë, do të merrni një letër njoftimi ku deklarohet arsyeja për çregjistrimin e mundshëm. Më pas do të keni 6 muaj (180 ditë) nga data e letrës për t'u përgjigjur për rishqyrtimin e kualifikimit suaj për anëtarësim në Plan.
- Nëse largoheni nga fusha jonë e shërbimit.
- Nëse jeni larg fushës sonë të shërbimit për më shumë se 6 muaj.
 - Nëse zhvendoseni ose bëni një udhëtim të gjatë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë në 711) për të mësuar nëse vendi ku po zhvendoseni ose udhëtoni është brenda zonës së planit tonë.
- Nëse burgoseni (shkoni në burg)
- Nëse nuk jeni më shtetas i Shteteve të Bashkuara ose i pranishëm ligjërisht në Shtetet e Bashkuara
- Nëse gënjeni ose nuk tregoni ndonjë informacion në lidhje me sigurimet e tjera që keni që ofron mbulim të barnave me recetë
- Nëse qëllimisht na jepni informacione të pasakta kur jeni duke u regjistruar në planin tonë dhe ky informacion ndikon në kualifikimin tuaj për planin tonë. (Ne nuk mund t'ju detyrojmë të largoheni nga plani ynë për këtë arsye nëse nuk marrim leje nga Medicare më parë.)
- Nëse silleni vazhdimisht në një mënyrë që është përçarëse dhe e bën të vështirë për ne që të ofrojmë kujdes mjekësor për ju dhe anëtarët e tjerë të planit tonë. (Ne nuk mund t'ju detyrojmë të largoheni nga plani ynë për këtë arsye nëse nuk marrim leje nga Medicare më parë.)
- Nëse lejoni dikë tjetër të përdorë kartën tuaj të anëtarësimit për të marrë kujdes mjekësor. (Ne nuk mund t'ju detyrojmë të largoheni nga plani ynë për këtë arsye nëse nuk marrim leje nga Medicare më parë.)

Kapitulli 10: Përfundimi i anëtarësimit në planin tonë

- Nëse e përfundojmë anëtarësimin tuaj për këtë arsye, Medicare mund të kërkojë që rasti juaj të hetohet nga Inspektori i Përgjithshëm.
- Nëse ju kërkohet të paguani shumën shtesë të Pjesës D për shkak të të ardhurave tuaja dhe nuk e paguani atë, Medicare do t'ju heqë nga plani ynë.

Nëse keni pyetje ose dëshironi më shumë informacion se kur mund ta përfundojmë anëtarësimin tuaj, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë në 711).

Seksioni 5.1 Ne nuk mund t'ju kërkojmë të largoheni nga plani ynë për ndonjë arsye shëndetësore

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nuk lejohet t'ju kërkojë të largoheni nga plani ynë për ndonjë arsye të lidhur me shëndetin.

Çfarë duhet të bëni nëse ndodh kjo?

Nëse mendoni se po ju kërkohet të largoheni nga plani ynë për shkak të një arsyeje që lidhet me shëndetin, telefononi Medicare në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit TTY të telefonojnë 1-877-486-2048.

Seksioni 5.2 Ju keni të drejtë të bëni një ankesë nëse ne e përfundojmë anëtarësimin tuaj në planin tonë

Nëse e përfundojmë anëtarësimin tuaj në planin tonë, duhet t'ju tregojmë me shkrim arsyet tona për përfundimin e anëtarësimit tuaj. Ne gjithashtu duhet të shpjegojmë se si mund të paraqisni një ankim ose të bëni një ankesë për vendimin tonë për t'i dhënë fund anëtarësimit tuaj.

Kapitulli 11: Njoftime ligjore

KAPITULLI 11:

Njoftime ligjore

SEKSIONI 1 Njoftim për ligjin në fuqi

Ligji kryesor që zbatohet për këtë dokument të Dëshmisë së Mbulimit është Kreu XVIII i Ligjit të Sigurimeve shoqërore dhe rregulloret e hartuara sipas Ligjit të Sigurimeve shoqërore nga Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Përveç kësaj, mund të zbatohen ligje të tjera federale dhe, në rrethana të caktuara, ligjet e shtetit ku jetoni. Kjo mund të ndikojë në të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja edhe nëse ligjet nuk përfshihen ose shpjegohen në këtë dokument.

SEKSIONI 2 Njoftim për mosdiskriminimin

Ne nuk diskriminojmë në bazë të racës, përkatësisë etnike, origjinës kombëtare, ngjyrës, fesë, seksit, gjinisë, moshës, aftësisë së kufizuar mendore ose fizike, gjendjes shëndetësore, përvojës me reklamimet, historikut mjekësor, informacionit gjenetik, dëshmisë së sigurimit ose vendndodhjes gjeografike brenda fushës së shërbimit. Të gjitha organizatat që ofrojnë plane Medicare Advantage, si plani ynë, duhet t'u binden ligjeve federale kundër diskriminimit, duke përfshirë Titullin VI të Ligjit të të Drejtave Civile të vitit 1964, Ligjit të Rehabilitimit të vitit 1973, Ligjit të Diskriminimit të Moshave të vitit 1975, Ligjit për Amerikanët me Aftësi të Kufizuara, Seksioni 1557 i Ligjit të Kujdesit të Përballueshëm, të gjitha ligjet e tjera që zbatohen për organizatat që marrin fonde federale, dhe çdo ligj dhe rregullore tjetër që zbatohet për ndonjë arsye tjetër.

Nëse dëshironi më shumë informacion ose keni shqetësime rreth diskriminimit ose trajtimit të padrejtë, ju lutemi telefononi Department of Health and Human Services të **Office for Civil Rights** në numrin 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ose Zyrën tuaj lokale për të Drejtat Civile. Ju gjithashtu mund të rishikoni informacionin nga Zyra për të Drejtat Civile të Department of Health and Human Services në www.HHS.gov/ocr/index.html.

Nëse keni ndonjë aftësi të kufizuar dhe keni nevojë për ndihmë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711). Nëse keni një ankesë, si p.sh. një problem me aksesin e karriges me rrota, Shërbimet ndaj Anëtarëve mund t'ju ndihmojnë.

SEKSIONI 3 Njoftim për të drejtat e zëvendësimit të Paguesit Sekondar të Medicare

Ne kemi të drejtën dhe përgjegjësinë të mbledhim pagesa për shërbimet e mbuluara të Medicare për të cilat Medicare nuk është pagesi kryesor. Sipas rregulloreve të CMS në seksionet 422.108 dhe 423.462 të 42 CFR, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), si një Organizatë Medicare Advantage do të ushtrojë të njëjtat të drejta për rikuperim që ushtron Sekretari sipas rregulloreve të CMS-së në nënpjesët B deri në D të pjesës 411 të 42 CFR dhe rregullat e përcaktuara në këtë seksion zëvendësojnë çdo ligj shtetëror.

Kapitulli 12: Përkufizime

KAPITULLI 12:

Përkufizime

Qendra kirurgjike për pacientë të jashtëm – Qendra kirurgjike për pacientë të jashtëm është një ent që operon ekskluzivisht për qëllimin e ofrimit të shërbimeve kirurgjikale si pacient i jashtëm për pacientët që nuk kanë nevojë për shtrimin në spital dhe qëndrimi i pritshëm i të cilëve në qendër nuk i kalon 24 orë.

Apelimi – Apelimi është diçka që bëni nëse nuk jeni dakord me vendimin tonë për të refuzuar një kërkesë për mbulimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor ose barnave me recetë ose pagesën për shërbimet ose barnat që keni marrë tashmë. Ju gjithashtu mund të bëni një apelim nëse nuk jeni dakord me vendimin tonë për të ndaluar shërbimet që po merrni.

Periudha e përfitimit – Mënyra se si plani ynë dhe Original Medicare matin përdorimin tuaj të shërbimeve spitalore dhe institucionit të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar (SNF). Një periudhë përfitimi fillon ditën kur shkoni në një spital ose në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar . Periudha e përfitimit përfundon kur nuk keni marrë asnjë kujdes spitalor për pacientë të shtruar (ose kujdes të kualifikuar në një SNF) për 60 ditë rresht. Nëse shkoni në një spital ose në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar pasi të ketë mbaruar një periudhë përfitimi, fillon një periudhë e re përfitimi. Nuk ka limit për numrin e periudhave të përfitimit.

Produkt biologjik - Një bar me recetë që prodhohet nga burime natyrore dhe të gjalla si qelizat e kafshëve, qelizat bimore, bakteret ose majaja. Produktet biologjike janë më komplekse se barnat e tjera dhe nuk mund të kopjohen saktësisht, kështu që format alternative quhen biosimilarë. (Shihni “**Produkti biologjik origjinal**” dhe “**Biosimilar**”).

Biosimilar - Një produkt biologjik që është shumë i ngjashëm, por jo identik, me produktin biologjik origjinal. Biosimilarët janë po aq të sigurt dhe efektiv sa produkti biologjik origjinal. Disa biosimilarë mund të zëvendësohen me produktin biologjik origjinal në farmaci pa pasur nevojë për një recetë të re (Shihni “**Biosimilar i këmbëshëm**”).

Barnat me emër të markës - Një bar me recetë që prodhohet dhe shitet nga kompania farmaceutike që fillimisht e ka hulumtuar dhe zhvilluar barin. Barnat me emër të markës kanë të njëjtën formulë të përbërësit aktiv si versioni gjenerik i barit. Megjithatë, barnat gjenerike prodhohen dhe shiten nga prodhues të tjerë të barnave dhe në përgjithësi nuk janë të disponueshme derisa të ketë skaduar patentat për barin me emër të markës.

Faza e Mbulimit në Raste Katastrofike – Faza në përfitimin e barit të Pjesës D që fillon kur ju (ose palë të tjera të kualifikuara në emrin tuaj) keni shpenzuar \$2,100 për barnat e mbuluara të Part D gjatë vitit të mbuluar.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) – Agjencia federale që administron Medicare.

Bashkësigurim – Një shumë që mund t'ju kërkohej të paguani, e shprehur si përqindje (për shembull 20%) si pjesa juaj e kostos për shërbimet ose barnat me recetë.

Ankesë - Emri zyrtar për të bërë një ankesë është **depozitimi i një ankimi**. Procesi i ankesës përdoret vetëm për disa lloje problemesh. Kjo përfshin probleme që lidhen me cilësinë e kujdesit shëndetësor, kohën e pritjes dhe shërbimin ndaj klientit që merrni. Ajo përfshin gjithashtu ankesa nëse plani juaj nuk ndjek periudhat kohore në procesin e apelimit.

Kapitulli 12: Përkufizime

Institucion gjithëpërfshirës i rehabilitimit për pacientë të jashtëm (CORF) – Një strukturë që ofron kryesisht shërbime rehabilitimi pas një sëmundjeje ose dëmtimi, duke përfshirë fizioterapinë, shërbimet sociale ose psikologjike, terapinë e frymëmarrjes, terapinë profesionale dhe shërbimet e patologjisë së të folurit dhe shërbimet e vlerësimit në mjedis shtëpie.

Bashkëpagesë (ose “copay”) – Një shumë që mund t'ju kërkohet të paguani si pjesën tuaj të kostos për një shërbim ose furnizim mjekësor, si vizita te mjeku, vizita në spital si pacient i jashtëm ose një bar me recetë. Një bashkëpagesë është një shumë e caktuar (për shembull \$10), në vend të një përqindjeje.

Ndarja e kostos – Ndarja e kostos i referohet shumave që një anëtar duhet të paguajë kur shërbimet ose barnat janë të nevojshme. Ndarja e kostos përfshin çdo kombinim të 3 llojeve të mëposhtme të pagesave: (1) çdo shumë e zbritshme që një plan mund të vendosë përpara se të mbulohen shërbimet ose barnat; (2) çdo shumë fikse “bashkëpagese” që kërkon një plan kur merret një shërbim ose bar specifik; ose (3) çdo shumë “bashkësigurimi”, një përqindje e shumës totale të paguar për një shërbim ose bar që kërkon një plan kur merret një shërbim ose bar specifik.

Niveli i ndarjes së kostos - Çdo bar në listën e barnave të mbuluara në një nga gjashtë (6) nivelet e ndarjes së kostos. Në përgjithësi, sa më i lartë të jetë niveli i ndarjes së kostos, aq më i lartë është kostoja juaj për barin:

Përcaktimi i mbulimit – Një vendim nëse një bar i dhënë me recetë për ju mbulohet nga plani dhe shuma, nëse ka, që ju kërkohet të paguani për recetën. Në përgjithësi, nëse e sillni recetën tuaj në një farmaci dhe farmacia ju thotë se receta nuk mbulohet nga plani juaj, ky nuk është një përcaktim mbulimi. Ju duhet të telefononi ose t'i shkruani planit tuaj për të kërkuar një vendim zyrtar në lidhje me mbulimin. Përcaktimet e mbulimit quhen vendime mbulimi në këtë dokument.

Barnat e mbuluara – Termi që përdorim për të nënkuptuar të gjitha barnat e mbuluara nga plani ynë.

Shërbimet e mbuluara – Termi që përdorim për të nënkuptuar të gjitha shërbimet dhe furnizimet e kujdesit shëndetësor që mbulohen nga plani ynë.

Mbulimi i kreditueshëm i barnave me recetë – Mbulimi i barnave me recetë (për shembull, nga një punëdhënës ose sindikatë) që pritet të paguajë, mesatarisht, të paktën aq sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare. Personat që kanë këtë lloj mbulimi kur kualifikohen për Medicare, në përgjithësi mund ta mbajnë atë mbulim pa paguar një gjobë, nëse vendosin të regjistrohen në mbulimin e barnave me recetë të Medicare më vonë.

Kujdesi kujdestar - Kujdesi kujdestar është kujdesi personal i ofruar në një institucion për kujdesjeje, institucion për të sëmurët terminalë ose ambiente të tjera kur nuk keni nevojë për kujdes mjekësor të kualifikuar ose kujdes të kualifikuar infermierie. Kujdesi kujdestar, i ofruar nga persona që nuk kanë aftësi ose trajnime profesionale, përfshin ndihmën me aktivitetet e jetës së përditshme si larja, veshja, ngrënia, ulja ose ngritja nga shtrati ose karrigia, lëvizja rrotull dhe përdorimi i banjës. Mund të përfshijë gjithashtu llojin e kujdesit shëndetësor që shumica e personave bëjnë vetë, si përdorimi i pikave të syve. Medicare nuk paguan për kujdesin e kujdestarisë.

Norma e ndarjes së kostos ditore – Një normë ditore e ndarjes së kostos mund të zbatohet kur mjeku juaj ju përshkruan furnizimin e një muaji të plotë të barnave të caktuara dhe ju kërkohet të paguani një bashkëpagesë. Një normë ditore e ndarjes së kostos është bashkëpagesë e pjesëtuar me numrin e ditëve në furnizimin e një muaji. Ja një shembull: Nëse bashkëpagesa juaj për një furnizim njëmuajor të një bari është \$30 dhe furnizimi njëmuajor në planin tuaj është 30 ditë, atëherë “norma juaj ditore e ndarjes së kostos” është \$1 në ditë.

Çregjistroj ose Çregjistrimi – Procesi i përfundimit të anëtarësimit tuaj në planin tonë.

Kapitulli 12: Përkufizime

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – D-SNP-të regjistrojnë individë që kanë të drejtë për Medicare (titulli XVIII i Ligjit të Sigurimeve Shoqërore) dhe ndihmë mjekësore nga një plan shtetëror sipas Medicaid (titulli XIX). Shtetet mbulojnë disa ose të gjitha kostot e Medicare, në varësi të shtetit dhe kualifikimit të individit.

Dually Eligible Individual – Një person që kualifikohet për mbulimin e Medicare dhe Medicaid.

Pajisje mjekësore të qëndrueshme (DME) – Disa pajisje mjekësore që porositen nga mjeku juaj për arsye mjekësore. Shembujt përfshijnë paterica mbështetëse, karrige me rrota, paterica, sistemesh dyshekë të motorizuar, pajisje diabetike, pompa infuzioni IV, pajisje e gjenerimit të të folurit, pajisje oksigjeni, nebulizatorë ose shtretër spitali të porositura nga një ofruer për përdorim në shtëpi.

Emergjencia – Një emergjencë mjekësore është kur ju ose çdo person tjetër i kujdesshëm me njohuri mesatare të shëndetit dhe mjekësisë, besoni se keni simptoma mjekësore që kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor për të parandaluar humbjen e jetës (dhe, nëse jeni grua shtatzënë, humbjen e një fëmije të palindur), humbjen e një gjymtyre ose humbjen e funksionit të një gjymtyre, ose humbjen apo dëmtimin e rëndë të një funksioni trupor. Simptomat mjekësore mund të jenë një sëmundje, lëndim, dhimbje e fortë ose një gjendje shëndetësore që po përkeqësohet shpejt.

Kujdesi emergjent - Shërbimet e mbuluara që: 1) ofrohen nga një ofruer i kualifikuar për të ofruar shërbime emergjence; dhe 2) janë të nevojshme për të trajtuar, vlerësuar ose stabilizuar një gjendje shëndetësore emergjence.

Dëshmia e mbulimit (EOC) dhe informacioni i zbulimit - Ky dokument, së bashku me formularin tuaj të regjistrimit dhe çdo bashkëngjitje tjetër, shtojcë ose mbulim tjetër opsional të zgjedhur, i cili shpjegon mbulimin tuaj, çfarë duhet të bëjmë ne, të drejtat tuaja dhe çfarë duhet të bëni si anëtar i planit tonë.

Përrjashtim – Një lloj vendimi mbulimi që, nëse miratohet, ju lejon të merrni një bar që nuk është në formularin tonë (një përrjashtim i formularit) ose të merrni një bar jo të preferuar në një nivel më të ulët të ndarjes së kostos (një përrjashtim i nivelit). Ju gjithashtu mund të kërkonit një përrjashtim nëse plani ynë kërkon që ju të provoni një bar tjetër përpara se të merrni barin që po kërkonit, nëse plani ynë kërkon një autorizim paraprak për një bar dhe ju doni që të heqim kufizimet e kritereve, ose nëse plani ynë kufizon sasinë ose dozën e barit që po kërkonit (një përrjashtim i formularit).

Extra Help – Një program i Medicare për të ndihmuar personat me të ardhura dhe burime të kufizuara të paguajnë kostot e programit të barnave me recetë të Medicare, të tilla si primet, shumat e zbritshme dhe bashkësigurimi.

Barna gjenerike - Një bar me recetë që është aprovuar nga FDA se ka të njëjtët përbërës aktiv si bari me emër të markës. Në përgjithësi, një bar gjenerik funksionon njësoj si një bar me emër të markës dhe zakonisht kushton më pak.

Ndihmës së kujdesit shëndetësor në shtëpi – Një person që ofron shërbime që nuk kanë nevojë për aftësitë e një infermieri ose terapisti të licencuar, si ndihma për kujdesin personal (p.sh. larja, përdorimi i tualetit, veshja ose kryerja e ushtrimeve të përshkruara).

Qendër për të sëmurët terminalë – Një përfitim që ofron trajtim të veçantë për një anëtar i cili është certifikuar nga pikëpamja mjekësore si i sëmurë terminal, që do të thotë se ka një jetëgjatësi prej 6 muajsh ose më pak. Plani ynë, duhet t'ju ofrojmë një listë të qendrave për të sëmurët terminalë në zonën tuaj gjeografike. Nëse zgjidhni një qendër për të sëmurët terminalë dhe vazhdoni të paguani primet, ju jeni ende anëtar i planit tonë. Ju ende mund të merrni të gjitha shërbimet e nevojshme mjekësore, si dhe përfitimet shtesë që ne ofrojmë.

Kapitulli 12: Përkufizime

Shtrimi në spital si pacient i shtruar - Një qëndrim në spital kur ju jeni pranuar zyrtarisht në spital për shërbime mjekësore të kualifikuara. Edhe nëse qëndroni në spital gjatë natës, përsëri mund të konsideroheni si pacient i jashtëm.

Shuma mujore e përshtatjes në lidhje me të ardhurat (IRMAA) – Nëse të ardhurat tuaja bruto të modifikuara të përshtatura siç raportohen në deklaratën tuaj tatimore të IRS-së nga 2 vjet më parë janë mbi një shumë të caktuar, ju do të paguani shumën standarde të primit dhe një shumë mujore të përshtatjes të lidhur me të ardhurat, e njohur gjithashtu si IRMAA. IRMAA është një tarifë shtesë që i shtohet primit tuaj. Më pak se 5% e personave me Medicare preken, kështu që shumica e personave nuk do të paguajnë një prim më të lartë.

Faza e Mbulimit Fillestar – Kjo është faza përpara se kostot tuaja të para të xhepit për vitin të kenë arritur shumën e pragut nga xhepi.

Periudha fillestare e regjistrimit – Kur kualifikoheni për herë të parë për Medicare, periudha kohore kur mund të regjistroheni për Medicare Part A dhe Part B. Nëse keni të drejtë për Medicare kur të mbushni 65 vjeç, periudha juaj fillestare e regjistrimit është periudha 7-mujore që fillon 3 muaj përpara muajit kur mbushni 65 vjeç, përfshin muajin kur mbushni 65 vjeç dhe përfundon 3 muaj pas muajit kur mbushni 65 vjeç.

D-SNP e integruar – Një D-SNP që mbulon Medicare dhe shumicën ose të gjitha shërbimet e Medicaid sipas një plani të vetëm shëndetësor për grupe të caktuara individësh të kualifikuar si për Medicare ashtu edhe për Medicaid. Këta persona njihen gjithashtu si persona dyfish të kualifikuar me përfitim të plotë.

Ankesë e integruar – Një lloj ankese që bëni në lidhje me planin tonë, ofruesit ose farmacitë, duke përfshirë një ankesë në lidhje me cilësinë e kujdesit tuaj. Kjo nuk përfshin mosmarrëveshje për mbulimin ose pagesën.

Biosimilar i këmblyshëm – Një biosimilar që mund të përdoret si zëvendësim për një produkt origjinal biosimilar në farmaci pa pasur nevojë për një recetë të re sepse plotëson kërkesat shtesë në lidhje me potencialin për zëvendësim automatik. Zëvendësimi automatik në farmaci i nënshtrohet ligjit të shtetit.

Lista e barnave të mbuluara (formulari ose Lista e barnave) – Një listë e barnave me recetë të mbuluara nga plani.

Subvencionimi për të ardhura të ulëta (LIS) – Shihni Extra Help.

Programi Manufacturer Discount – Një program sipas të cilit prodhuesit e barnave paguajnë një pjesë të kostos së plotë të planit për barnat dhe produkte biologjike me emër të markës të mbuluara nga Pjesa D. Zbritjet bazohen në marrëveshjet ndërmjet qeverisë federale dhe disa prodhuesve të barnave.

Shuma maksimale nga xhepi – Maksimumi që paguani nga xhepi gjatë vitit kalendarik për shërbimet e mbuluara të Pjesa A dhe Pjesa B. Shumat që paguani për primet e Medicare Part A dhe Part B dhe barnat me recetë nuk llogariten në shumën maksimale nga xhepi. Nëse kualifikoheni për ndihmë për ndarjen e kostos të Medicare sipas Medicaid, ju nuk jeni përgjegjës për të paguar kostot jashtë xhepit kundrejt shumës maksimale nga xhepi për shërbimet e mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B. (**Shënim:** Duke qenë se anëtarët tanë marrin gjithashtu ndihmë nga Medicaid, shumë pak anëtarë e arrijnë ndonjëherë këtë shumë maksimale nga xhepi.

Medicaid (ose Medical Assistance) – Një program i përbashkët federal dhe shtetëror që ndihmon me kostot mjekësore për disa persona me të ardhura të ulëta dhe burime të kufizuara. Programet shtetërore të Medicaid ndryshojnë, por shumica e kostove të kujdesit shëndetësor mbulohen nëse kualifikoheni si për Medicare ashtu edhe për Medicaid.

Indikacion i pranuar nga ana mjekësore – Një përdorim i një bari që ose është aprovuar nga FDA ose mbështetet nga referenca të caktuara, të tilla si Informacioni i Barnave të Shërbimit të Formularit të Spitaleve Amerikane dhe Sistemi i Informacionit Micromedex DRUGDEX.

Kapitulli 12: Përkufizime

Të nevojshme nga pikëpamja mjekësore – Shërbimet, furnizimet ose barnat që nevojiten për parandalimin, diagnostikimin ose trajtimin e gjendjes suaj shëndetësore dhe përmbushin standardet e pranuar të praktikës mjekësore.

Medicare – Programi federal i sigurimit shëndetësor për persona 65 vjeç e lart, disa persona nën moshën 65 vjeç me aftësi të kufizuara të caktuara dhe personat me sëmundje të veshkave në fazën përfundimtare (në përgjithësi ata me insuficiencë të përhershme të veshkave që kanë nevojë për dializë ose transplant veshkash).

Periodha e regjistrimit të hapur në Medicare Advantage – Periodha kohore nga 1 janari deri më 31 mars, kur anëtarët në një plan Medicare Advantage mund të anulojnë regjistrimin e planit të tyre dhe të kalojnë në një plan tjetër të Medicare Advantage, ose të marrin mbulim nëpërmjet Original Medicare. Nëse zgjidhni të kaloni në Original Medicare gjatë kësaj periudhe, ju gjithashtu mund të bashkoheni në një plan të veçantë barnash me recetë Medicare në atë kohë. Periodha e regjistrimit të hapur në Medicare Advantage është gjithashtu e disponueshme për një periudhë 3-mujore pasi një individ të kualifikohet fillimisht për Medicare.

Plani Medicare Advantage (MA) – Ndonjëherë quhet Medicare Part C. Një plan i ofruar nga një kompani private që kontraktin me Medicare për t'ju siguruar të gjitha përfitimet tuaja të Medicare Part A dhe Part B. Një plan Medicare Advantage mund të jetë një plan i) HMO, ii) PPO, a iii) plani privat Fee-for-Service Medicare (PFFS), ose iv) një plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Përveç zgjedhjes nga këto lloje planesh, një plan Medicare Advantage HMO ose PPO mund të jetë gjithashtu një Special Needs Plan (SNP). Në shumicën e rasteve, planet Medicare Advantage ofrojnë gjithashtu Medicare Part D (mbulim i barnave me recetë). Këto plane quhen plane **Medicare Advantage me Mbulim të Barnave me Recetë**.

Shërbimet e mbuluara nga Medicare – Shërbimet e mbuluara nga Medicare Part A dhe Part B. Të gjitha planet shëndetësore të Medicare duhet të mbulojnë të gjitha shërbimet që mbulohen nga Medicare Part A dhe B. Termi Shërbimet e mbuluara nga Medicare nuk përfshin përfitimet shtesë, si p.sh. sytë, shërbimet dentare ose dëgjimi, që mund të ofrojnë një plan Medicare Advantage.

Medicare Health Plan – Një plan shëndetësor i Medicare ofrohet nga një kompani private që kontraktin me Medicare për të ofruar përfitime të Pjesës A dhe Pjesës B për personat me Medicare që regjistrohen në plan. Ky term përfshin të gjitha planet Medicare Advantage, Medicare Cost, Special Needs, Demonstration/Pilot Programs dhe Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Mbulimi i barnave me recetë të Medicare (Medicare Part D) – Sigurim për të ndihmuar në pagesën e barnave me recetë si pacient i jashtëm, vaksinave, testeve biologjike dhe disa furnizimeve që nuk mbulohen nga Medicare Part A ose Part B.

Medigap (Medicare Supplement Insurance) Policy – Sigurim shtesë i Medicare që shitet nga kompanitë private të sigurimit për të mbushur boshllëqet në Original Medicare. Policat e Medigap funksionojnë vetëm me Original Medicare. (Një plan Medicare Advantage nuk është policë Medigap.)

Anëtar (anëtar i planit tonë, ose anëtar i planit) – Një person me Medicare që ka të drejtë të marrë shërbime të mbuluara, i cili është regjistruar në planin tonë dhe regjistrimi i të cilit është konfirmuar nga Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Shërbimet ndaj Anëtarëve – Një departament brenda planit tonë përgjegjës për t'iu përgjigjur pyetjeve tuaja në lidhje me anëtarësimin, përfitimet, ankimet dhe apelimet tuaja.

Farmacitë e rrjetit – Një farmaci që kontraktin me planin tonë ku anëtarët e planit tonë mund të marrin përfitimet e tyre të barnave me recetë. Në shumicën e rasteve, recetat tuaja mbulohen vetëm nëse ato plotësohen në një nga farmacitë e rrjetit tonë.

Kapitulli 12: Përkufizime

Ofrues i rrjetit - Ofrues është termi i përgjithshëm për mjekët, profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor, spitalet dhe objektet e tjera të kujdesit shëndetësor që janë të licencuara ose të certifikuar nga Medicare dhe nga shteti për të ofruar shërbime të kujdesit shëndetësor. **Ofruesit e rrjetit** kanë një marrëveshje me planin tonë për të pranuar plotësisht pagesën tonë si pagesë dhe në disa raste për të koordinuar, si dhe për të ofruar shërbime të mbuluara për anëtarët e planit tonë. Ofruesit e rrjetit quhen gjithashtu **ofruesit e planit**.

Përcaktimi i organizatës – Një vendim që merr plani ynë nëse mbulohen artikujt ose shërbimet ose sa duhet të paguani për artikujt ose shërbimet e mbuluara. Përcaktimet e organizatës quhen vendime mbulimi në këtë dokument.

Produkt biologjik original – Një produkt biologjik që është miratuar nga FDA dhe shërben si krahasim për prodhuesit që bëjnë një version biosimilar. Quhet gjithashtu edhe si produkt reference.

Original Medicare (Traditional Medicare ose Fee-for-service Medicare) - Original Medicare ofrohet nga qeveria, dhe jo një plan privat shëndetësor si Medicare Advantage Plans dhe planet e barnave me recetë. Në Original Medicare, shërbimet e Medicare mbulohen duke paguar shumat e pagesave të mjekëve, spitaleve dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor të vendosura nga Kongresi. Ju mund të shihni çdo mjek, spital ose ofrues tjetër të kujdesit shëndetësor që pranon Medicare. Ju duhet të paguani shumën e zbritshme. Medicare paguan pjesën e vet të shumës së miratuar nga Medicare dhe ju paguani pjesën tuaj. Original Medicare ka 2 pjesë: Pjesa A (Hospital Insurance) dhe Pjesa B (Medical Insurance) dhe është i disponueshëm kudo në Shtetet e Bashkuara.

Farmaci jashtë rrjetit – Një farmaci që nuk ka një kontratë me planin tonë për të koordinuar ose ofruar barna të mbuluara për anëtarët e planit tonë. Shumica e barnave që merrni nga farmacitë jashtë rrjetit nuk mbulohen nga plani ynë përveçse kur zbatohen kushte të caktuara.

Ofrues jashtë rrjetit ose institucion jashtë rrjetit – Një ofrues ose institucion që nuk ka një kontratë me planin tonë për të koordinuar ose ofruar shërbime të mbuluara për anëtarët e planit tonë. Ofruesit jashtë rrjetit janë ofrues që nuk janë të punësuar, në pronësi ose të operuar nga plani ynë.

Kostot nga xhepi – Shihni përkufizimin për ndarjen e kostos më lart. Kërkesa e një anëtarë për ndarjen e kostos për të paguar për një pjesë të shërbimeve ose barnave të marra referohet gjithashtu si kërkesë e kostos nga xhepi e anëtarit.

Pragu i pagesës jashtë xhepit – Shuma maksimale që paguani nga xhepi për barnat e Pjesës D.

Plani PACE – Një plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) kombinon shërbimet dhe mbështetjen mjekësore, sociale dhe afatgjatë (LTSS) për personat e brishtë për të ndihmuar personat të qëndrojnë të pavarur dhe të jetojnë në komunitetin e tyre (në vend që të transferohen në një institucion përkujdesjeje) për aq kohë sa të jetë e mundur. Personat e regjistruar në planet e PACE i marrin përfitimet e tyre të Medicare dhe Medicaid përmes planit.

Pjesa C – shih planin Medicare Advantage (MA).

Pjesa D – Programi vullnetar i përfitimit të barnave me recetë të Medicare.

Barnat e Pjesës D – Barnat që mund të mbulohen sipas Pjesës D. Ne mund të ofrojmë ose jo të gjitha barnat e Pjesës D. Disa kategori barnash janë përjashtuar nga mbulimi i Pjesës D nga Kongresi. Disa kategori të barnave të Pjesës D duhet të mbulohen nga çdo plan.

Penaliteti për regjistrimit me vonesë në Pjesën D – Një shumë e shtuar në primin tuaj mujor për mbulimin e barnave të Medicare nëse kaloni pa mbulim të kreditueshëm (mbulim që pritët të paguajë, mesatarisht, të paktën aq sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare) për një periudhë të vazhdueshme prej 63 ditë ose më shumë pasi kualifikoheni për herë të parë për t'u bashkuar me një plan të Pjesës D. Nëse humbni Extra

Kapitulli 12: Përkufizime

Help, mund t'i nënshtroheni penalitetit për regjistrimin me vonesë nëse kaloni 63 ditë ose më shumë rresht pa Pjesën D ose mbulim tjetër të kreditueshëm të barnave me recetë.

Prim – Pagesa periodike për Medicare, një kompani sigurimesh ose një plan të kujdesit shëndetësor për mbulimin shëndetësor ose të barnave me recetë.

Ofruesi i kujdesit parësor (PCP) – Mjeku ose një ofruer tjetër që shihni së pari për shumicën e problemeve shëndetësore. Në shumë plane shëndetësore të Medicare, ju duhet të vizitoheni tek ofruesi juaj i kujdesit parësor përpara se të vizitoheni te ndonjë ofruer tjetër i kujdesit shëndetësor.

Autorizim paraprak – Miratimi paraprak për të marrë shërbime ose barna të caktuara. Shërbimet e mbuluara që kanë nevojë për autorizim paraprak janë shënuar në grafikun e përfitimeve mjekësore në Kapitullin 4. Barnat e mbuluara që kanë nevojë për autorizim paraprak janë shënuar në formular dhe kriteret tona janë postuar në faqen tonë të internetit.

Protetikë dhe ortotikë – Pajisje mjekësore duke përfshirë, por pa u kufizuar me, mbajtëset e krahut, shpinës dhe qafës; gjymtyrët artificiale; sytë artificial; dhe pajisje të nevojshme për të zëvendësuar një pjesë ose funksion të brendshëm të trupit, duke përfshirë furnizimet e ostomisë dhe terapinë ushqimore enterale dhe parenterale.

Quality Improvement Organization (QIO) – Një grup mjekësh praktikantë dhe ekspertë të tjerë të kujdesit shëndetësor të paguar nga qeveria federale për të kontrolluar dhe përmirësuar kujdesin që u jepet pacientëve të Medicare.

Kufizimet e sasisë – Një mjet menaxhimi që është krijuar për të kufizuar përdorimin e barnave të zgjedhura për arsye cilësore, sigurie ose përdorimi. Kufizimet mund të jenë në sasinë e barit që ne mbulojmë për recetë ose për një periudhë të caktuar kohe.

“Real-Time Benefit Tool” – Një portal ose aplikacion kompjuterik në të cilin të regjistruarit mund të kërkojnë formularë të plotë, të saktë, në kohë, të përshtatshëm klinikisht, formularë specifikë të regjistruar dhe informacion rreth përfitimit. Kjo përfshin shumat e ndarjes së kostos, medikamentet alternative formulare që mund të përdoren për të njëjtën gjendje shëndetësore si një medikament i caktuar dhe kufizimet e mbulimit (autorizimi paraprak, terapi hapash, kufijtë e sasisë) që zbatohen për medikamentet alternative.

Shërbimet e rehabilitimit – Këto shërbime përfshijnë kujdes rehabilitues për pacientët e shtruar, fizioterapi (për pacientë të jashtëm), terapi të të folurit dhe gjuhës, si dhe terapi profesionale.

Fusha e shërbimit – Një zonë gjeografike ku duhet të jetoni për t'iu bashkuar një plani të caktuar shëndetësor. Për planet që kufizojnë se cilët mjekë dhe spitale mund të përdorni, në përgjithësi është gjithashtu zona ku mund të merrni shërbime rutinë (jo emergjence). Plani duhet t'ju çregjistrojë nëse lëvizni përgjithmonë nga fusha e shërbimit të planit.

Kujdesi në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar (SNF) – Shërbime të kujdesit infermior të kualifikuar dhe rehabilitimit të ofruara në mënyrë të vazhdueshme, të përditshme, në një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar. Shembuj të kujdesit përfshijnë fizioterapi ose injeksione intravenoze që mund të jepen vetëm nga një infermier i regjistruar ose mjek.

Special Needs Plan – Një lloj i veçantë i planit Medicare Advantage që ofron kujdes shëndetësor më të fokusuar për grupe të veçanta personash, si ata që kanë Medicare dhe Medicaid, që jetojnë në një qendër perkujdesjeje ose që kanë gjendje të caktuara shëndetësore kronike.

Terapia me hapa – Një mjet përdorimi që kërkon që së pari të provoni një bar tjetër për të trajtuar gjendjen tuaj shëndetësore përpara se të mbulojmë barin që mund të ketë përshkruar fillimisht mjeku juaj.

Kapitulli 12: Përkufizime

Të ardhura nga Sigurimet Shtesë (SSI) – Një përfitim mujor i paguar nga Sigurimet Shoqërore për personat me të ardhura dhe burime të kufizuara që janë me aftësi të kufizuara, të verbër ose të moshës 65 vjeç e lart. Përfitimet e SSI nuk janë të njëjta me përfitimet e Sigurimeve Shoqërore.

Shërbimet urgjentisht të nevojshme – Një shërbim i mbuluar nga plani që kërkon kujdes të menjëhershëm mjekësor që nuk është emergjencë është një shërbim urgjentisht i nevojshëm nëse jeni përkohësisht jashtë fushës së shërbimit të planit, ose është e paarsyeshme duke pasur parasysh kohën, vendin dhe rrethanat për të marrë këtë shërbim nga ofruesit e rrjetit me të cilët ka kontratë plani. Shembuj të shërbimeve urgjentisht të nevojshme janë sëmundjet dhe lëndimet mjekësore të paparashikuara, ose shpërthimet e papitura të kushteve ekzistuese. Vizitat rutinë të ofruesve të shërbimeve mjekësore (si kontrollet vjetore) nuk konsiderohen të nevojshme urgjentisht edhe nëse jeni jashtë zonës së shërbimit të planit tonë ose rrjeti ynë i planit është përkohësisht i padisponueshëm.

Informacion shtesë i rëndësishëm për kujdesin shëndetësor dhe burimet e anëtarëve

- **Njoftim i disponueshmërisë (NOA) – Shërbimet e ndihmës gjuhësore**
- **Njoftimi i Praktikave të Privatësisë (NPP)**

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供者。

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料をご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસવરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃក៏មានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់សមាស្ស ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သ့ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီၣ်ကျိၣ် အဃိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပှၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ̀ èdè ọ̀fẹ̀ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ̀ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyẹ ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ̀ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì idánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக்கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiniłti', t'áá jii'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáál nihá kée' hólq. T'áá ajilii íiyisí át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodoonígíí biniiyé t'áá jíik'eh nihá kée' hólq Member Services béésh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleet ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipéh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

NJOFTIM PËR PRAKTIKAT E PRIVATËSISË

KY NJOFTIM PËRSHKRUAN SE SI MUND TË PËRDORËT DHE ZBULOHET INFORMACIONI MJEKËSOR PËR JU DHE SI MUND TË KENI AKSES NË KËTË INFORMACION. JU LUTEM LEXONI ME KUJDES.

Ky njoftim përshkruan praktikat e privatësisë së planeve shëndetësore të lidhura me Molina Healthcare (të referuara këtu si “**Molina**”, “**ne**” ose “**jonë**”). Ne përdorim dhe ndajmë informacion të mbrojtur shëndetësor (“**PHI**”) rreth jush për të ofruar përfitimet tuaja shëndetësore si anëtar i Molina. Ne i përdorim dhe i ndajmë PHI për të kryer trajtime, pagesa dhe operacione të kujdesit shëndetësor. Ne gjithashtu përdorim dhe ndajmë PHI për arsye të tjera, siç lejohet dhe kërkohet me ligj. Ne kemi për detyrë ta mbajmë informacionin tuaj shëndetësor privat dhe të respektojmë kushtet e këtij njoftimi. Data e hyrjes në fuqi të këtij Njoftimi është 1 janar 2026.

PHI është informacion shëndetësor që përfshin emrin tuaj, numrin e anëtarit ose identifikues të tjerë, dhe përdoret ose ndahet nga ne. PHI përfshin informacione shëndetësore në lidhje me çrregullimet e përdorimit të substancave dhe informacione biometrike (si zëri).

Pse përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj?

Ne përdorim ose shpërndajmë PHI-në tuaj për t’ju ofruar përfitime të kujdesit shëndetësor. PHI-ja juaj përdoret ose ndahet gjithashtu për trajtim, pagesë dhe operacione të kujdesit shëndetësor.

Për trajtimin

Ne mund ta përdorim ose ta ndajmë PHI-në tuaj për t’ju dhënë ose për të rregulluar kujdesin tuaj mjekësor. Ky trajtim përfshin gjithashtu rekomandime midis mjekëve tuaj ose ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor. Për shembull, ne mund të ndajmë informacion për gjendjen tuaj shëndetësore me një specialist. Kjo e ndihmon specialistin të flasë për trajtimin tuaj me mjekun tuaj.

Për pagesë

Ne mund të përdorim ose ndajmë PHI-në për të marrë vendime mbi pagesën. Kjo mund të përfshijë pretendime, miratime për trajtim dhe vendime për nevojën mjekësore. Emri juaj, gjendja juaj, trajtimi juaj dhe furnizimet e dhëna mund të shënohen në faturë. Për shembull, ne mund t’i bëjmë të ditur një mjeku se ju keni përfitimet tona. Ne do t’i tregonim mjekut edhe shumën e faturës që do të paguanim.

Për operacionet e kujdesit shëndetësor

Ne mund të përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj për të menaxhuar planet tona shëndetësore. Për shembull, ne mund të përdorim informacionin nga pretendimi juaj për t’ju njoftuar për një program shëndetësor që mund t’ju ndihmojë. Gjithashtu, ne mund të përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj për të zgjidhur shqetësimet tuaja. PHI-ja juaj mund të përdoret gjithashtu për të parë që pretendimet paguhen siç duhet.

Operacionet e kujdesit shëndetësor përfshijnë shumë nevoja të përditshme të biznesit. Kjo përfshin, por nuk kufizohet me, sa vijon:

- Përmirësimi i cilësisë;
- Veprimet në programet shëndetësore për të ndihmuar anëtarët me kushte të caktuara (siç është astma);
- Kryerja ose organizimi i shqyrtimit mjekësor;
- Shërbimet ligjore, duke përfshirë programet e zbulimit dhe ndjekjes penale të mashtrimit dhe abuzimit;

- Veprime për të na ndihmuar t'u bindemi ligjeve;
- Adresimi i nevojave të anëtarëve, duke përfshirë zgjidhjen e ankesave dhe ankimeve.

Ne do ta ndajmë PHI-në tuaj me kompani të tjera (“**bashkëpunëtorë biznesi**”) që kryejnë lloje të ndryshme aktiviteteve për planin tonë shëndetësor. Ne gjithashtu mund ta përdorim PHI-në tuaj për t'ju kujtuar për takimet tuaja. Ne mund ta përdorim PHI-në tuaj për t'ju dhënë informacion në lidhje me trajtime të tjera ose përfitime dhe shërbime të tjera që lidhen me shëndetin.

Kur mund të përdorim ose të ndajmë PHI-në tuaj pa marrë autorizim (miratim) me shkrim nga ju?

Përveç trajtimit, pagesës dhe operacioneve të kujdesit shëndetësor, ligji e lejon ose kërkon që Molina të përdorë dhe të shpërndajë PHI-në tuaj për disa qëllime të tjera, duke përfshirë si në vijim:

Nëse kërkohet me ligj

Ne do të përdorim ose ndajmë informacion rreth jush siç kërkohet me ligj. Ne do ta ndajmë PHI-në tuaj kur kërkohet nga Sekretari i Department of Health and Human Services (HHS). Kjo mund të jetë për një çështje gjyqësore, shqyrtim tjetër ligjor ose kur kërkohet për qëllime të zbatimit të ligjit.

Shëndeti publik

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet për aktivitete të shëndetit publik. Kjo mund të përfshijë ndihmën e agjencive të shëndetit publik për të parandaluar ose kontrolluar sëmundjet.

Mbikëqyrja e kujdesit shëndetësor

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet me organet qeveritare. Ata mund të kenë nevojë për PHI-në tuaj për auditime.

Kërkimi

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet për kërkime në raste të caktuara, si p.sh. kur miratohet nga një bord institucional ose për rishikimin e privatësisë.

Procedurat ligjore ose administrative

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet për procedime ligjore, si p.sh. në përgjigje të një urdhri gjykate.

Organet ligjzbatuese

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet me policinë për qëllime të zbatimit të ligjit, të tilla si për të ndihmuar në gjetjen e një të dyshuari, dëshmitari ose personi të zhdukur.

Shëndeti dhe siguria

PHI-ja juaj mund të ndahet për të parandaluar një kërcënim serioz dhe të menjëhershëm për shëndetin ose sigurinë e një personi ose të publikut.

Funksionet e qeverisë

PHI-ja juaj mund të ndahet me qeverinë për funksione të veçanta. Një shembull do të ishte mbrojtja e Presidentit.

Viktimat e abuzimit, neglizhencës ose dhunës në familje

PHI-ja juaj mund të ndahet me autoritetet ligjore nëse besojmë se një person është viktimë e abuzimit ose neglizhencës.

Kompensimi i punëtorëve

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet për t'iu bindur ligjeve të Kompensimit të Punëtorëve.

Zbulime të tjera

PHI-ja juaj mund të ndahet me drejtorët e funeraleve ose ekspertët mjekoligjorë për t'i ndihmuar ata të bëjnë punën e tyre.

Kufizime shtesë për përdorimin dhe zbulimin.

Disa ligje federale dhe shtetërore mund të kërkojnë mbrojtje të veçanta të privatësisë që kufizojnë përdorimin dhe zbulimin e llojeve të caktuara të informacionit shëndetësor. Këto ligje mund të mbrojnë llojet e mëposhtme të informacionit: çrregullimet e përdorimit të alkoolit dhe substancave, informacionin biometrik, abuzimin ose neglizhencën ndaj fëmijëve ose të rriturve, përfshirë abuzimin seksual, sëmundjet ngjithëse, informacionin gjenetik, HIV/AIDS, shëndetin mendor, informacionin për të miturit, recetat, shëndetin riprodhues dhe sëmundjet seksualisht të transmetueshme. Ne do të ndjekim ligjin më të rreptë, aty ku zbatohet për ne.

Informacioni për çrregullimin e përdorimit të substancave (SUD). Megjithëse ne nuk jemi një program i trajtimit të çrregullimeve nga përdorimi i substancave sipas ligjit federal (një “Program SUD”), ne mund të marrim informacion nga një Program SUD për ju. Ne nuk mund të zbulojmë informacionin e SUD për ta përdorur në një procedurë civile, penale, administrative ose legjislative kundër jush nëse nuk kemi (i) pëlqimin tuaj me shkrim, ose (ii) një urdhër gjykatë të shoqëruar me një thirrje në gjyq ose kërkesë tjetër ligjore për zbulim të detyrueshëm të informacionit, të lëshuar pasi ne dhe ju kemi marrë njoftim dhe një mundësi për t'u dëgjuar.

Kur na duhet autorizimi (miratimi) juaj me shkrim për të përdorur ose ndarë PHI-në tuaj?

Na duhet miratimi juaj me shkrim për të përdorur ose ndarë PHI-në tuaj për një qëllim tjetër nga ato të listuara në këtë Njoftim. Na duhet autorizimi juaj përpara se të zbulojmë të dhënat tuaja shëndetësore për sa vijon: (1) shumicën e përdorimeve dhe zbulimeve të shënimeve të psikoterapisë; (2) përdorimet dhe zbulimet për qëllime marketingu; dhe (3) përdorimet dhe zbulimet që përfshijnë shitjen e PHI-së. Ju mund të anuloni një miratim me shkrim që na keni dhënë. Anulimi juaj nuk do të zbatohet për veprimet e ndërmarra tashmë nga ne për shkak të miratimit që na keni dhënë tashmë.

Cilat janë të drejtat tuaja për informacionin shëndetësor?

Ju keni të drejtë të:

- **Kërkoni kufizime për përdorimet ose zbulimet e PHI-së (Ndarja e PHI-së suaj)**

Ju mund të na kërkonit që të mos e ndajmë PHI-në tuaj për të kryer trajtim, pagesë ose operacione të kujdesit shëndetësor. Ju gjithashtu mund të na kërkonit që të mos ndajmë PHI-në tuaj me familjen, miqtë ose personat e tjerë që përmendni, të cilët janë të përfshirë në kujdesin tuaj shëndetësor. Megjithatë, neve nuk na kërkohet të pajtohemi me kërkesën tuaj. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

- **Kërkoni për komunikime konfidenciale të PHI-së**

Mund t'i kërkonit Molina t'ju japë PHI-në tuaj në një mënyrë të caktuar ose në një vend të caktuar për të ndihmuar në ruajtjen e privatësisë së PHI-së tuaj. Ne do të ndjekim kërkesat e arsyeshme, nëse na tregoni se si ndarja e të gjithë ose një pjesë e asaj PHI-je mund të rrezikojë jetën tuaj. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

- **Rishikoni dhe kopjoni PHI-në tuaj**

Ju gëzoni të drejtën të rishikoni dhe të merrni një kopje të PHI-së tuaj të mbajtur nga ne. Kjo mund të përfshijë të dhëna të përdorura në bërjen e mbulimit, kërkesave dhe vendimeve të tjera lidhur me ju si anëtar i yni. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj. Ne mund t'ju paguajmë një tarifë të arsyeshme për kopjimin dhe dërgimin me postë të të dhënave tuaja. Në disa raste, ne mund ta refuzojmë kërkesën. *Shënim i rëndësishëm: Ne nuk kemi kopje të plota të kartelës tuaj mjekësore. Nëse dëshironi të shihni, të merrni një kopje ose të ndryshoni kartelën tuaj mjekësore, ju lutemi kontaktoni me mjekun ose klinikën tuaj.*

- **Ndryshoni PHI-në tuaj**

Ju mund të kërkonte që ne të ndryshojmë PHI-në tuaj. Kjo përfshin vetëm ato të dhëna të mbajtura nga ne për ju si anëtar. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj. Ju mund të depozitoni një shkresë që nuk pajtoheni me ne nëse ne e refuzojmë kërkesën.

- **Merrni një shpjegim të zbulimeve të PHI-së (ndarja e PHI-së tuaj)**

Ju mund të kërkonte që ne t'ju japim një listë të palëve të caktuara me të cilat kemi ndarë PHI-në tuaj gjatë gjashtë viteve para datës së kërkesës suaj. Lista nuk do të përfshijë PHI-në e ndarë si në vijim:

- për trajtimin, pagesën ose operacionet e kujdesit shëndetësor;
- drejtuar personave në lidhje me PHI-në e tyre;
- ndarjen e bërë me autorizimin tuaj;
- incidentet me përdorimin ose zbulimin e lejuar ose të kërkuar ndryshe sipas ligjit në fuqi;
- PHI-në e dhënë në interes të sigurisë kombëtare ose për qëllime të inteligjencës; ose
- si pjesë e një grupi të kufizuar të dhënash në përputhje me ligjin në fuqi.

Ne do të paguajmë një tarifë të arsyeshme për secilën listë nëse e kërkonte këtë listë më shumë se një herë brenda një periudhe 12-mujore. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

Ju mund të bëni secilën nga kërkesat e renditura më sipër, ose mund të merrni një kopje letre të këtij njoftimi. Ju lutemi telefononi departamentin tonë të Shërbimeve ndaj Anëtarëve në numrin pa pagesë që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit, 7 ditë të javës, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/ TDD, ju lutemi telefononi 711.

Çfarë mund të bëni nëse të drejtat tuaja nuk janë mbrojtur?

Ju mund të ankoheni te ne dhe te Department of Health and Human Services nëse besoni se ju janë cenuar të drejtat tuaja të privatësisë. Ne nuk do të bëjmë asgjë kundër jush për paraqitjen e një ankese. Kujdesi dhe përfitimet tuaja nuk do të ndryshojnë në asnjë mënyrë.

Ju mund të bëni një ankese tek ne në:

Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin pa pagesë që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit, 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/TDD, ju lutemi telefononi 711. Ose na shkruani në:

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

Ju mund të paraqisni një ankesë tek Sekretari i U.S. Department of Health and Human Services në:

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

Cilat janë detyrat tona?

Ne duhet të:

- Të mbajë PHI-në tuaj private;
- T'ju japë informacione me shkrim si ky mbi detyrat tona dhe praktikatat e privatësisë në lidhje me PHI-në tuaj;
- T'ju japë një njoftim në rast të ndonjë shkeljeje të PHI-së tuaj të pasiguruar;
- Të mos përdorë ose zbulojë informacionin tuaj gjenetik për qëllime nënshkrimi;
- Ndiqni kushtet e këtij njoftimi.

Ky Njoftim është subjekt ndryshimi

Ne gëzojmë të drejtën për të ndryshuar praktikatat e informacionit dhe kushtet e këtij Njoftimi në çdo kohë. Nëse e bëjmë këtë, kushtet dhe praktikatat e reja do të zbatohen më pas për të gjitha PHI-të që mbajmë. Nëse bëjmë ndonjë ndryshim material, ne do ta postojmë Njoftimin e rishikuar në faqen tonë të internetit dhe do ta dërgojmë Njoftimin e rishikuar, ose informacionin lidhur me ndryshimin material dhe mënyrën e marrjes së Njoftimit të rishikuar, në dërgimin tonë të ardhshëm vjetor me postë drejtuar anëtarëve tanë që janë mbuluar nga ne në atë kohë. Ky Njoftim është i disponueshëm në faqen tonë të internetit në www.molinahealthcare.com.

Informacioni i kontaktit

Nëse keni ndonjë pyetje lidhur me këtë Njoftim, ju lutemi të na kontaktoni.

Telefononi departamentin tonë të Shërbimeve ndaj Anëtarëve në numrin pa pagesë që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit; 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/TDD, ju lutemi telefononi 711. Ose shkruani Shërbimeve ndaj Anëtarëve të Molina, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Mund ta merrni këtë dokument falas në formate të tjera, si në formatin me shkronja të mëdha, braile, ose audio. Telefononi (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Telefonata është pa pagesë.

Senior Whole Health of New York NHC Shërbimet ndaj Anëtarëve

Metoda	Shërbimet ndaj Anëtarëve - Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(833) 671-0440 Telefonatat në këtë numër janë falas. Jemi të disponueshëm nga data 1 tetor – 31 mars, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. Nga 1 prill – 30 shtator, e hënë - e premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Shërbimet ndaj Anëtarëve (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) gjithashtu ofron shërbime përkthimi falas për ata që nuk flasin anglisht.
TTY	711 Ky numër kërkon pajisje të posaçme telefonike dhe është vetëm për personat që kanë vështirësi në dëgjim ose në të folur. Telefonatat në këtë numër janë falas. Jemi të disponueshëm nga data 1 tetor – 31 mars, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. Nga 1 prill – 30 shtator, e hënë - e premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale.
FAKS	(310) 507-6186
SHKRUANI	Senior Whole Health of New York Attn: Shërbimet ndaj Anëtarëve 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
FAQJA E INTERNETIT	SWHNY.com

Programi Health Insurance Information, Counseling and Assistance (HIICAP) (**SHIP** i New York) është një program shtetëror që merr para nga qeveria federale për të dhënë konsulencë falas për sigurimin shëndetësor lokal për personat me Medicare.

Metoda	Informacioni i kontaktit
TELEFONONI	(800) 701-0501 E hënë – e premte, 8:30 a.m. deri në 5 p.m., ora lokale.
SHKRUANI	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
FAQJA E INTERNETIT	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Deklarata e zbulimit e PRA Sipas Paperwork Reduction Act (Ligjit për Reduktimin e Dokumenteve) të vitit 1995, asnjë personi nuk i kërkohet që t'i përgjigjet një mbledhje të informacionit përveç nëse shfaq një numër të vlefshëm kontrolli OMB. Numri i vlefshëm i kontrollit OMB për këtë mbledhje informacioni është 0938-1051. Nëse keni komente ose sugjerime për përmirësimin e këtij formulari, ju lutemi shkruani në: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.