

2026

# Evidence of Coverage

**Senior Whole Health of New York NHC**

**(HMO D-SNP)**

New York H5992-007-000

موثر از 1 جنوری تا 31 دسمبر 2026



## 2026 کے لئے کوریج کا ثبوت:

### آپ کے Medicare کے صحت کے وظائف اور سروسز اور نسخہ جاتی دوا کی کوریج بطور ممبر Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

یہ دستاویز آپ کو 1 جنوری سے 31 دسمبر 2026 تک آپ کے لیے دستیاب Medicare اور منشیات کی کوریج کے بارے میں تفصیلات فراہم کرتی ہے۔ یہ ایک اہم قانونی دستاویز ہے۔ اسے کسی محفوظ جگہ پر رکھیں۔

یہ دستاویز آپ کے وظائف اور حقوق کی وضاحت کرتی ہے۔ مندرجہ ذیل کو سمجھنے کے لیے اس دستاویز کو استعمال کریں:

- ہمارے پلان کے پریمیم اور لاگت کا اشتراک
- ہمارے طبی اور ادویات کے فوائد
- کسی سروس یا علاج سے مطمئن نہیں ہونے پر شکایت درج کرانے کا طریقہ
- ہم سے رابطہ کرنے کی معلومات
- Medicare قانون کے تحت لازم دیگر تحفظات

اس دستاویز کے متعلق سوالات کے لیے، براہ کرم ممبر سروسز سے اس پر رابطہ کریں (833) 671-0440۔ (TTY صارفین 711 پر کال کریں) اوقات کار 1 اکتوبر - 31 مارچ، ہفتے میں 7 دن، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 - رات 8 بجے تک ہیں۔ 1 اپریل - 30 ستمبر، مقامی وقت کے مطابق پیر - جمعہ، صبح 8 سے رات 8 بجے تک ہیں۔ یہ کال مفت ہوتی ہے۔

اس منصوبے، Senior Whole Health of New York NHC (HMO)، کی پیشکش Senior Whole Health of New York, Inc سے کی جاتی ہے۔ (جب اس کوریج کا ثبوت نامی دستاویز میں "ہم"، "ہمیں"، یا "ہمارا" استعمال ہو تو، اس سے مراد Senior Whole Health of New York, Inc ہے۔ جب اس میں "منصوبہ" یا "ہمارا منصوبہ" استعمال ہو تو، اس سے مراد Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ہے۔

Molina Healthcare ایک D-SNP، C-SNP اور HMO منصوبہ ہے جو کہ Medicare کے ساتھ معاہدہ یافتہ ہے۔ D-SNP منصوبے، ریاستی Medicaid پروگرام کے ساتھ ایک معاہدہ رکھتے ہیں۔ اندراج، معاہدے کی تجدید پر منحصر ہے۔

Senior Whole Health قابلِ اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی پاسداری کرتا ہے اور رنگ، نسل، قومی بنیاد، مذہب، صنف، جنس، عمر، دماغی یا جسمانی معذوری، صحت کی حالت، نگہداشت صحت کے حصول، دعوؤں کے تجربے، میڈیکل ہسٹری، جینیاتی معلومات، انشورنس کی اہلیت کے ثبوت، جغرافیائی مقام کی بنیاد پر تفریق نہیں کرتا۔

یہ دستاویز ہسپانوی، چینی، عربی، کوریائی، روسی، اطالوی، فرانسیسی، فرانسیسی کریول، یدش، پولش، تگالوگ، بنگالی، البانیائی، یونانی اور اردو زبان میں مفت دستیاب ہے۔

اس دستاویز کو آپ انگریزی کے علاوہ دیگر زبان (زبانوں) یا دیگر فارمیٹس، جیسا کہ بڑے پرنٹ، بریل یا آڈیو میں بھی مفت حاصل کر سکتے ہیں۔ کال کریں (833) 671-0440، (TTY: 711) پر رابطہ کریں۔ کال مفت ہے۔

1 جنوری 2027 کو فوائد تبدیل ہو سکتے ہیں۔

ہماری فہرست ادویات، فارمیسی نیٹ ورک، اور/یا فراہم کنندہ نیٹ ورک کسی بھی وقت تبدیل ہو سکتا ہے۔ آپ کو کسی بھی ایسی تبدیلی کے بارے میں کم از کم 30 دن پہلے اطلاع مل جائے گی جس کا آپ پر اثر پڑ سکتا ہے۔

## مشمولات کا ٹیبل

<b>باب 1:</b>	<b>ایک رکن کے طور پر شروع کریں.....</b>	<b>4.....</b>
سیکشن 1	آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر کے طور پر اندراج شدہ ہیں۔.....	4.....
سیکشن 2	آپ کی اہلیت کے لیے تقاضے.....	5.....
سیکشن 3	رکنیت کا اہم مواد.....	6.....
سیکشن 4	اہم اخراجات کا خلاصہ.....	8.....
سیکشن 5	آپ کے ماہانہ پلان پریمیم کے بارے میں مزید معلومات.....	12.....
سیکشن 6	ہمارے پلان ممبرشپ کے ریکارڈ کو اپ ٹو ڈیٹ رکھیں.....	12.....
سیکشن 7	دوسری انشورنس ہمارے منصوبے کے ساتھ کیسے کام کرتی ہے.....	13.....
<b>باب 2:</b>	<b>فون نمبرز اور وسائل.....</b>	<b>14.....</b>
سیکشن 1	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے بارے میں.....	14.....
سیکشن 2	Medicare سے مدد حاصل کریں۔.....	16.....
سیکشن 3	اسٹیٹ ہیلتھ انشورنس اسسٹنس پروگرام (SHIP).....	17.....
سیکشن 4	معیار میں بہتری کی تنظیم (QIO).....	18.....
سیکشن 5	سوشل سکیورٹی.....	19.....
سیکشن 6	Medicaid.....	19.....
سیکشن 7	لوگوں کو نسخے کی ادویات کی ادائیگی میں مدد کرنے کے لیے پروگرام.....	22.....
سیکشن 8	ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ (RRB).....	24.....
سیکشن 9	کیا آپ کے پاس آجر کی جانب سے گروپ انشورنس یا دوسری کوئی ہیلتھ انشورنس ہے؟.....	25.....
<b>باب 3:</b>	<b>منصوبے کو اپنی طبی اور دیگر کوورڈ سروسز کے لیے استعمال کرنا.....</b>	<b>26.....</b>
سیکشن 1	ہمارے پلان کے ممبر کے طور پر طبی دیکھ بھال اور دیگر خدمات کیسے حاصل کریں.....	26.....
سیکشن 2	طبی دیکھ بھال اور دیگر خدمات حاصل کرنے کے لیے ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں فراہم کنندگان کا استعمال کریں۔.....	27.....
سیکشن 3	ایمرجنسی، آفت، یا نگہداشت کی فوری ضرورت میں خدمات کیسے حاصل کی جائیں.....	31.....
سیکشن 4	اگر آپ کو آپ کی سروسز کے مکمل اخراجات کا بل براہ راست بھیج دیا جائے تو کیا ہوتا ہے؟.....	32.....
سیکشن 5	کلینیکل تحقیقی مطالعہ کے تحت فراہم کی جانے والی طبی خدمات.....	33.....
سیکشن 6	ایک مذہبی غیر طبی صحت کی دیکھ بھال کے ادارے میں نگہداشت حاصل کرنے کے اصول.....	34.....
سیکشن 7	پائیدار طبی سامان کی ملکیت کے اصول.....	35.....
<b>باب 4:</b>	<b>کور شدہ طبی فوائد کا چارٹ.....</b>	<b>37.....</b>
سیکشن 1	کوورڈ سروسز کو سمجھنا.....	37.....
سیکشن 2	طبی فوائد کا چارٹ آپ کے طبی فوائد اور اخراجات کو ظاہر کرتا ہے.....	37.....
سیکشن 3	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے علاوہ کون سی سروسز کو کوور کیا جاتا ہے؟.....	77.....
سیکشن 4	وہ خدمات جو Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) اور نہ ہی Medicaid کے ذریعے کور کی جاتی ہیں.....	77.....

<b>80</b> .....	<b>پارٹ D ادویات کے لیے پلان کوریج کا استعمال کرنا</b>	<b>باب 5:</b>
80.....	ہمارے پلان کی پارٹ D ادویات کے کوریج کے لیے بنیادی اصول	سیکشن 1
80.....	نیٹ ورک فارمیسی میں یا ہمارے پلان کی میل آرڈر سروس کے ذریعے اپنے نسخے کی دوا لینا	سیکشن 2
83.....	آپ کی ادویات کا ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں شامل ہونا ضروری ہے	سیکشن 3
84.....	کوریج پر پابندیوں والی ادویات	سیکشن 4
85.....	آپ کیا کر سکتے ہیں اگر آپ کی کوئی دوا اس طرح کور نہیں ہو رہی جس طرح آپ چاہتے ہیں	سیکشن 5
87.....	ہماری ادویات کی فہرست سال کے دوران تبدیل ہو سکتی ہے۔	سیکشن 6
89.....	ادویات کی وہ اقسام جو کورڈ نہیں ہیں	سیکشن 7
90.....	نسخہ کی دوا کیسے لیں	سیکشن 8
90.....	خصوصی صورتوں میں حصہ D کی دوا کی کوریج	سیکشن 9
91.....	دوا کے تحفظ اور ادویات کا نظم کرنے کے متعلق پروگرامز	سیکشن 10
<b>94</b> .....	<b>آپ کو پارٹ D ادویات کے لیے کیا ادائیگی کرنی ہوگی</b>	<b>باب 6:</b>
94.....	آپ کو پارٹ D ادویات کے لیے کیا ادائیگی کرنی ہوگی	سیکشن 1
96.....	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ممبران کے لیے ادویات کی ادائیگی کے مراحل	سیکشن 2:
96.....	آپ کی پارٹ D وضاحت برائے فوائد سے یہ پتہ چلتا ہے کہ آپ کس ادائیگی کے مرحلے میں ہیں	سیکشن 3
97.....	کٹوتی کا مرحلہ	سیکشن 4
98.....	ابتدائی کوریج کا مرحلہ	سیکشن 5
101.....	تباہ کن کوریج کا مرحلہ	سیکشن 6
101.....	آپ کو پارٹ D ویکسین کے لیے کیا ادائیگی کرنی ہوتی ہے	سیکشن 7
<b>104</b> .....	<b>ہم سے کورڈ طبی خدمات یا ادویات کے بل کے اپنے حصے کا بل ادا کرنے کے لیے کہنا</b>	<b>باب 7:</b>
104.....	وہ حالات جب آپ کو ہم سے کورڈ خدمات یا ادویات کے لیے اپنے حصے کی ادائیگی کے لیے کہنا چاہیے	سیکشن 1
106.....	ہم سے آپ کو واپس ادا کرنے یا بل کی ادائیگی کے لیے کیسے کہیں	سیکشن 2
106.....	ہم آپ کی ادائیگی کی درخواست پر غور کریں گے اور ہاں یا نہیں میں جواب دیں گے	سیکشن 3
<b>108</b> .....	<b>آپ کے حقوق اور ذمہ داریاں</b>	<b>باب 8:</b>
108.....	1- یہ لازمی ہے کہ ہمارے پلان میں آپ کے حقوق اور ثقافتی تقاضوں کا لحاظ رکھا جائے	سیکشن 1
126.....	ہمارے پلان کے رکن کے طور پر آپ کی ذمہ داریاں	سیکشن 2
<b>127</b> .....	<b>اگر آپ کو کوئی مسئلہ یا شکایت ہے (کوریج کے فیصلے، اپیلیں، شکایات)</b>	<b>باب 9:</b>
127.....	اگر آپ کو کسی مسئلے یا خدشے کا سامنا ہے، تو اس صورت میں کیا کریں	سیکشن 1
127.....	مزید معلومات اور ذاتی مدد کہاں سے حاصل کی جائے	سیکشن 2
128.....	Medicare اور Medicaid شکایات اور اپیلوں کو سمجھنا	سیکشن 3
128.....	جانیں کہ آپ کو اپنے مسئلے کے لیے کون سا عمل استعمال کرنا ہے	سیکشن 4
128.....	کوریج کے فیصلوں اور اپیلوں کے لیے ایک گائیڈ	سیکشن 5
131.....	طبی دیکھ بھال: کوریج کے فیصلے کی درخواست یا اپیل کیسے کریں	سیکشن 6
141.....	پارٹ D ادویات: کوریج کے فیصلے کی درخواست یا اپیل کیسے کریں	سیکشن 7
148.....	ہسپتال میں طویل مدت تک بھرتی رہنے کے خرچ کو کور کرنے کی درخواست اس حالت میں کیسے کریں جب آپ کو یہ لگے کہ آپ کو قبل از وقت ڈسچارج کیا جا رہا ہے	سیکشن 8

اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کی کوریج بہت جلدی ختم ہو رہی ہے تو ہم سے مخصوص طبی خدمات کو کور کرنا جاری رکھنے کی درخواست کیسے کریں.....	151.....	سیکشن 9
اپنی اپیل کو لیول 3، 4 اور 5 تک لے جانا.....	154.....	سیکشن 10
دیکھ بھال کے معیار، انتظار کے اوقات، کسٹمر سروس، یا دیگر خدشات کے بارے میں شکایت کرنے کا طریقہ.....	157.....	سیکشن 11
<b>160 ..... ہمارے پلان کی ممبرشپ ختم کرنا</b>		<b>باب 10:</b>
160..... ہمارے پلان کی اپنی ممبرشپ ختم کرنا		سیکشن 1
160..... آپ ہمارے منصوبے میں اپنی ممبرشپ کب ختم کر سکتے ہیں؟		سیکشن 2
163..... ہمارے پلان کی ممبرشپ ختم کرنے کا طریقہ.....		سیکشن 3
163..... جب تک آپ کی ممبرشپ ختم نہیں ہو جاتی، ہمارے پلان کے لیے لازمی ہے کہ آپ کو طبی اشیاء، خدمات اور ادویات مہیا کرائی جائیں.....		سیکشن 4
164..... Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کو بعض حالات میں ہمارے پلان کی ممبرشپ ختم کرنی ہو گی.....		سیکشن 5
<b>166 ..... قانونی نوٹسز</b>		<b>باب 11:</b>
166..... نافذ العمل قانون کے بارے میں معلومات.....		سیکشن 1
166..... غیر امتیازی سلوک کے بارے میں اطلاع.....		سیکشن 2
166..... Medicare Secondary Payer سب روگیشن حقوق کے بارے میں نوٹس.....		سیکشن 3
<b>167 ..... تعریفیں</b>		<b>باب 12:</b>

## باب 1:

### ایک رکن کے طور پر شروع کریں

سیکشن 1 آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر کے طور پر اندراج شدہ ہیں۔

سیکشن 1.1 آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) میں اندراج یافتہ ہیں، جو کہ ایک خصوصی Medicare Advantage منصوبہ (خصوصی ضروریات کا منصوبہ) ہے

آپ Medicare اور Medicaid دونوں کے ذریعہ کور ہیں:

- **Medicare 65** برس یا اس سے زائد عمر کے افراد، 65 برس سے کم عمر کے کچھ معذور افراد، اور گردوں کی بیماری کے آخری مرحلے (گردوں کا فیل ہو جانا) پر موجود افراد کے لیے وفاقی ہیلتھ انشورنس پروگرام ہے۔
- **Medicaid** وفاقی اور ریاستی حکومت کا ایک مشترکہ پروگرام ہے جو محدود آمدنیوں اور وسائل والے مخصوص افراد کی طبی اخراجات کے حوالے سے مدد کرتا ہے۔ Medicaid کی کوریج ریاست اور آپ کو حاصل Medicaid کی قسم کی بنیاد پر مختلف ہوتی ہے۔ Medicaid کے حامل کچھ افراد اپنے Medicare پریمیز اور دیگر اخراجات کے لیے ادائیگی میں مدد حاصل کرتے ہیں۔ دوسرے لوگ اضافی خدمات اور ادویات کے لیے بھی کوریج حاصل کرتے ہیں جو Medicare میں شامل نہیں ہیں۔

آپ نے اپنی Medicare اور Medicaid کی نگہداشت صحت اور اپنی نسخے کی دوا کی کوریج کو ہمارے منصوبے، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے ذریعے حاصل کرنے کا انتخاب کیا ہے۔ ہمارا منصوبہ حصہ A اور حصہ B کی تمام خدمات کا احاطہ کرتا ہے۔ تاہم، ہمارے پلان میں لاگت کا اشتراک اور فراہم کنندہ تک رسائی Original Medicare سے مختلف ہے۔

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ایک خصوصی Medicare Advantage منصوبہ (ایک Medicare خصوصی ضروریات کا منصوبہ) ہے، جس کا مطلب ہے کہ اس کے وظائف صحت کی نگہداشت کی خصوصی ضروریات کے حامل افراد کے لیے تیار کیے گئے ہیں۔ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ان لوگوں کے لیے تیار کیا گیا ہے جو Medicare کے حامل ہیں اور جو Medicaid سے بھی اعانت حاصل کرنے کے حقدار ہیں۔

چونکہ آپ کو Medicaid سے Medicare پارٹ A اور B لاگت میں حصہ داری (کٹوتیوں، کوپیمنٹ، اور کو انشورنس) کے ساتھ مدد حاصل ہے، آپ کو اپنی Medicare خدمات کے لیے کچھ بھی ادا نہیں کرنا ہوگا۔ Medicaid صحت کی دیکھ بھال کی خدمات کا احاطہ کر کے دیگر فوائد بھی فراہم کرتا ہے جو عام طور پر Medicare کے تحت نہیں آتی ہیں۔ آپ کو Medicare سے اضافی مدد بھی ملے گی تاکہ آپ اپنی Medicare ادویات کے اخراجات ادا کر سکیں۔ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) آپ کے لیے ان تمام وظائف کا نظم کرنے میں مدد کرے گا، تاکہ آپ وہ صحت کی دیکھ بھال کی خدمات اور ادائیگی کی اعانت حاصل کر سکیں جس کے آپ حقدار ہیں۔

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Medicare Advantage Plans کے تمام Medicare Advantage Plans کی طرح، یہ Medicare خصوصی ضروریات کا منصوبہ بھی Medicare کی جانب سے منظور کیا گیا ہے۔ آپ کے Medicaid فوائد کو مربوط کرنے کے لیے ہمارے پلان کا New York Medicaid پروگرام کے ساتھ ایک معاہدہ بھی ہے۔ ہمیں آپ کی Medicare کوریج بشمول ادویات کی کوریج فراہم کرنے پر خوشی ہے۔

### سیکشن 1.2 Evidence of Coverage نامی دستاویز کے متعلق قانونی معلومات

یہ Evidence of Coverage ہمارے آپ سے کیے گئے معاہدے کا اس حوالے سے حصہ ہے کہ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) آپ کی نگہداشت کو کیسے کوور کرتا ہے۔ اس معاہدے کے بقیہ حصوں میں آپ کا اندراج کا فارم، کوور کردہ ادویات

کی فہرست (فارمولوں کا مجموعہ)، اور ایسے کوئی بھی نوٹسز شامل ہیں جنہیں آپ اپنی کوریج میں ہونے والی تبدیلیوں یا اپنی کوریج پر اثر انداز ہونے والی شرائط کے بارے میں ہماری جانب سے موصول کرتے ہیں۔ ان نوٹسز کو بعض اوقات اضافی فقرے یا ترامیم کہا جاتا ہے۔

یہ معاہدہ اُن مہینوں کے لیے نافذ العمل ہے جن میں آپ 1 جنوری 2025 اور 31 دسمبر 2025 کے درمیان Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) میں اندراج یافتہ گئے۔

Medicare ہمیں اپنے ہر ان پلان میں تبدیلیاں کرنے کی اجازت دیتا ہے جو ہم ہر کیلنڈر سال میں پیش کرتے ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ ہم 31 دسمبر 2025 کے بعد Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے اخراجات اور وظائف میں تبدیلی کر سکتے ہیں۔ ہم 31 دسمبر 2026 کے بعد آپ کے سروس ایریا میں اپنے پلان کی پیشکش بند کرنے کا بھی انتخاب کر سکتے ہیں۔

Medicare (مراکز برائے Medicare اور Medicaid سروسز) کا ہر سال Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کی منظوری دینا ضروری ہوتا ہے۔ آپ ہمارے پلان کے ممبر کے طور پر اس وقت تک Medicare کوریج حاصل کرنے کے لیے اپنا پلان ہر سال جاری رکھ سکتے ہیں جب تک کہ ہم اپنے پلان کی پیشکش جاری رکھنے کا انتخاب کرتے ہیں اور Medicare ہمارے پلان کی منظوری کی تجدید کرتا ہے۔

## سیکشن 2 آپ کی اہلیت کے لیے تقاضے

### سیکشن 2.1 آپ کی اہلیت کے لیے تقاضے

آپ ہمارے پلان میں رکنیت کے اہل ہیں جب تک کہ آپ ان تمام شرائط کو پورا کرتے ہیں:

- آپ Medicare حصہ A اور Medicare حصہ B دونوں کے حامل ہوں
- آپ ہمارے جغرافیائی سروس ایریا میں رہتے ہیں (مندرجہ ذیل سیکشن 2.3 میں ہمارے سروس ایریا کی تفصیلات دی گئی ہیں)۔ جیلوں میں قید افراد کو جغرافیائی سروس کے علاقے میں رہائش پذیر نہیں سمجھا جاتا خواہ وہ جسمانی طور پر وہاں موجود ہی کیوں نہ ہوں۔
- آپ ریاستہائے متحدہ کے شہری ہیں یا ریاستہائے متحدہ میں قانونی طور پر موجود ہیں۔
- آپ ذیل میں بیان کردہ خصوصی اہلیت کے تقاضوں کو پورا کرتے ہیں۔

### ہمارے منصوبے کے لیے اہلیت کے خصوصی تقاضے

ہمارا پلان ان لوگوں کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے تیار کیا گیا ہے جو Medicaid کے کچھ فوائد سے استفادہ کرتے ہیں۔ (Medicaid وفاقی اور ریاستی حکومت کا ایک مشترکہ پروگرام ہے جو محدود آمدنیوں اور وسائل والے مخصوص افراد کی طبی اخراجات کے حوالے سے مدد کرتا ہے۔) ہمارے منصوبے کا اہل ہونے کی خاطر آپ کا Medicare اور گُل Medicaid وظائف دونوں کا اہل ہونا ضروری ہے۔

نوٹ کریں: اگر آپ اپنی اہلیت کھو دیتے ہیں لیکن معقول طور پر 6 ماہ کے اندر دوبارہ اہلیت حاصل کرنے کی توقع کی جا سکتی ہے، تو آپ اب بھی رکنیت کے اہل ہیں۔ باب 4، سیکشن 2.1 آپ کو سمجھے جانے والے مسلسل اہلیت کی مدت کے دوران کوریج اور لاگت کے اشتراک کے بارے میں بتاتا ہے۔

## سیکشن 2.2 Medicaid

Medicaid وفاقی اور ریاستی حکومت کا ایک مشترکہ پروگرام ہے جو اُن مخصوص افراد کی طبی اور طویل مدتی نگہداشت کے اخراجات کے حوالے سے مدد کرتا ہے جن کی آمدنیاں اور وسائل محدود ہیں۔ ہر ریاست طے کرتی ہے کہ آمدنی اور وسائل کے طور پر کیا شمار ہوتا ہے، کون اہل ہے، کن سروسز کو کور کیا جاتا ہے، اور سروسز کے اخراجات کیا ہیں۔ ریاستیں یہ بھی فیصلہ کر سکتی ہیں کہ اس پروگرام کو کیسے چلایا جائے جب تک کہ وہ وفاقی رہنما خطوط پر عمل کریں۔

اس کے علاوہ، Medicaid لوگوں کو Medicare کے اخراجات، جیسے کہ ان کے Medicare پریمیم کی ادائیگی میں مدد کرنے کے لیے پروگرام پیش کرتا ہے۔ یہ "Medicare سیونگز پروگرامز" محدود آمدنی اور وسائل والے افراد کی ہر سال پیسوں کی بچت میں مدد کرتے ہیں:

- مکمل وظیفہ دوہری اہلیت (FBDE): کوئی شخص جو کہ Medicare کا حقدار ہو، +QMB اور +SLMB کے لیے آمدنی یا وسیلے کے معیار پر پورا نہ اترتا ہو، لیکن Medicaid کی پوری کوریج کے لیے یا تو مطلقاً یا طبی طور پر ضرورت مند ہونے، داخل شدہ افراد کے لیے آمدنی کے خصوصی درجوں، یا گھر یا کمیونٹی پر مبنی باز ناموں پر مبنی اختیاری کوریج کے گروپس کے تحت اہل ہو۔
- کوالیفائیڈ Medicare بینیفیشری (+QMB): Medicare حصہ A اور حصہ B کے پریمیمز، اور دیگر اخراجات کے اشتراک (جیسے کٹوتیوں، مشترکہ انشورنس، اور مشترکہ ادائیگیوں) کی ادائیگی میں مدد کرتا ہے۔ یہ افراد Medicaid کے مکمل وظائف کے اہل بھی ہیں۔

### سیکشن 2.3 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے لیے منصوبے کا سروس کا علاقہ یہ ہے

Senior Whole Health of New York NHC صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جو ہمارے پلان سروس ایریا میں رہتے ہیں۔ ہمارے پلان کا ممبر بننے کے لیے، آپ کو ہمارے پلان سروس ایریا میں رہنا ہوگا۔

ہمارے سروس کے علاقے میں New York کی درج ذیل کاؤنٹیز شامل ہیں: Bronx; Kings; Nassau; New York; Orange; Queens; Richmond; Rockland; Westchester

اگر آپ کسی نئی ریاست میں نقل مکانی کا ارادہ رکھتے ہیں، تو آپ کو اپنی ریاست کے Medicaid دفتر سے بھی رابطہ کرنا چاہیئے اور پوچھنا چاہیئے کہ یہ نقل مکانی آپ کے Medicaid کے وظائف پر کیسے اثر انداز ہوگی۔ Medicaid کے فون نمبرز اس دستاویز کے باب 2، سیکشن 6 میں موجود ہیں۔

اگر آپ ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر چلے جاتے ہیں، تو آپ اس پلان کے رکن نہیں رہ سکتے۔ ممبر سروسز 833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یہ دیکھنے کے لیے کہ آیا ہمارے پاس آپ کے نئے علاقے میں کوئی منصوبہ ہے۔ جب آپ منتقل ہوتے ہیں، تو آپ کے پاس یا تو اصل Medicare پر سوئچ کرنے یا اپنے نئے مقام پر Medicare Health یا ڈرگ پلان میں اندراج کرنے کے لیے ایک خصوصی اندراج کی مدت ہوگی۔

اگر آپ اپنا میلنگ ایڈریس منتقل یا تبدیل کرتے ہیں، تو سوشل سیکیورٹی کو کال کرنا بھی ضروری ہے۔ سوشل سیکیورٹی کو 1-800-772-1213 پر کال کریں (TTY صارفین 1-800-325-0778 پر کال کریں)۔

### سیکشن 2.4 امریکی شہری یا قانونی موجودگی

Medicare ہیلتھ پلان کا رکن بننے کے لیے آپ کا امریکی شہری ہونا یا قانونی طور پر ریاستہائے متحدہ میں موجود ہونا ضروری ہے۔ اگر آپ اس بنیاد پر ہمارے پلان کے رکن رہنے کے اہل نہیں ہیں، تو Medicare (the Centers for Medicare & Medicaid Services) اس بات کی اطلاع (Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)) کو دیگا۔ اگر آپ اس شرط کو پورا نہیں کرتے ہیں، تو Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کو آپ کا نام خارج کرنا ہوگا۔

### سیکشن 3 رکنیت کا اہم مواد

#### سیکشن 3.1 آپ کا منصوبے کا ممبرشپ کارڈ

جب بھی آپ کو ہمارے پلان کے تحت خدمات حاصل ہوں اور نیٹ ورک فارمیسیوں میں آپ کو نسخے کی دوائیں ملیں تو اپنا ممبرشپ کارڈ استعمال کریں۔ جب بھی آپ علاج کے لیے جائیں، تو ہمیشہ اپنے (Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)) شناختی کارڈ اور Medicaid شناختی کارڈ دونوں کو دکھانا یاد رکھیں۔ آپ کو اپنے فراہم کنندہ کو اپنا Medicaid کارڈ بھی دکھانا چاہیئے۔ آپ کو دکھانے کے لیے کہ آپ کا ممبرشپ کارڈ کیسا ہوگا، بطور نمونہ یہ ہے ایک ممبرشپ کارڈ:

Senior Whole Health  
BY MOLINA HEALTHCARE

Medicare

<LOB>

Member: <MemFIRST> <MemLAST>

Member #: <MemID>

Issue Date: <ISSUDAT>

<ContNum>

SWHNY.com

Member Services: (833) 671-0440 or TTY at 711  
24-Hour Nurse Advice Line in English: (844) 658-8544 or TTY: 711  
24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: (844) 658-8544

Member Services: (844) 658-8544 (TTY: 711)

Pharmacy: 7050 Union Park Center, Suite 600  
Midvale, UT 84047  
Please call Member Services (see above).

اس منصوبے کا ممبر ہونے کے دوران کوور شدہ طبی سروسز کے لیے اپنا سرخ، سفید، اور نیلا Medicare کارڈ استعمال مت کریں۔ اگر آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر شپ کارڈ کے بجائے اپنا Medicare کارڈ استعمال کرتے ہیں، تو آپ کو طبی خدمات کے تمام اخراجات خود ادا کرنے پڑ سکتے ہیں۔ اپنے Medicare کارڈ کو محفوظ جگہ پر رکھیں۔ اگر آپ کو ہسپتال کی خدمات، مریض خانے کی سروسز درکار ہوں، یا آپ Medicare سے منظور شدہ طبی تحقیقی مطالعوں جنہیں طبی ٹرانلز بھی کہا جاتا ہے، میں شرکت کرتے ہیں تو آپ سے اس کو دکھانے کے لیے کہا جا سکتا ہے۔

اگر ہمارا پلان ممبر شپ کارڈ خراب، گم یا چوری ہو جاتا ہے تو فوراً ممبر سروسز (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کریں اور ہم آپ کو ایک نیا کارڈ بھیجیں گے۔

### سیکشن 3.2 فراہم کنندہ/فارمیسی کی ڈائرکٹری

فراہم کنندہ/فارمیسی ڈائرکٹری [SWHNY.com](http://SWHNY.com) میں ہمارے موجودہ نیٹ ورک فراہم کنندگان اور پائیدار طبی سامان کے سپلائرز کے نام درج ہوتے ہیں۔

نیٹ ورک فراہم کنندگان میں وہ ڈاکٹرز اور صحت کی نگہداشت کے دیگر پیشہ ور افراد، طبی گروپس، پائیدار طبی سامان کے سپلائرز، ہسپتال، اور دیگر صحت کی نگہداشت کی سہولت گاہیں شامل ہیں جن کا ہمارے ساتھ ہماری ادائیگی اور منصوبے کے کسی بھی لاگت کے اشتراک کو مکمل ادائیگی کے طور پر قبول کرنے کا معاہدہ ہے۔

آپ کا اپنی طبی دیکھ بھال اور سروسز حاصل کرنے کے لیے نیٹ ورک فراہم کنندگان کا استعمال کرنا ضروری ہے۔ اگر آپ مناسب اجازت کے بغیر کہیں اور جاتے ہیں، تو آپ کو پوری ادائیگی کرنی ہوگی۔ صرف مستثنیات ہنگامی حالات ہیں، فوری طور پر ضروری خدمات جب نیٹ ورک دستیاب نہ ہو (یعنی وہ حالات ہیں جہاں نیٹ ورک میں خدمات حاصل کرنا غیر معقول یا ممکن نہیں ہے)، علاقے سے باہر ڈائلاز خدمات، اور ایسے معاملات جب Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) نیٹ ورک سے باہر فراہم کنندگان کے استعمال کی اجازت دیتا ہے۔

فارمیسی ڈائرکٹری [SWHNY.com](http://SWHNY.com) ہمارے نیٹ ورک فارمیسیوں کی فہرست دیتا ہے۔

نیٹ ورک فارمیسیز وہ تمام فارمیسیز ہیں جو ہمارے منصوبے کے ممبران کے لیے کوور شدہ نسخوں پر ادویات کی فراہمی سے متفق ہیں۔ آپ فراہم کنندہ/فارمیسی کی ڈائرکٹری کو اس نیٹ ورک کی فارمیسی کو تلاش کرنے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں جسے آپ استعمال کرنا چاہتے ہیں۔ اس بارے میں معلومات کے لیے باب 5، سیکشن 2.5 پر جائیں کہ آپ ان فارمیسیوں کو کب استعمال کر سکتے ہیں جو ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں نہیں ہیں۔ فراہم کنندگان، فارمیسیز اور سپلائرز کی سب سے حالیہ فہرست ہماری ویب سائٹ [SWHNY.com](http://SWHNY.com) پر دستیاب ہے۔

اگر آپ کے پاس فراہم کنندہ/فارمیسی ڈائرکٹری نہیں ہے تو، آپ ممبر سروسز (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) سے ایک کاپی (الیکٹرانک یا کاغذی شکل میں) مانگ سکتے ہیں۔ درخواست کردہ کاغذات (فراہم کنندہ کی ڈائرکٹریز) آپ کو 3 کاروباری دنوں کے اندر بھیج دی جائیں گی۔

فارمیسی ڈائریکٹری SWHNY.com ہمارے نیٹ ورک فارمیسیوں کی فہرست دیتا ہے۔ نیٹ ورک فارمیسیز وہ تمام فارمیسیز ہیں جو ہمارے منصوبے کے ممبران کے لیے کور شدہ نسخوں پر ادویات کی فراہمی سے متفق ہیں۔ آپ فراہم کنندہ/فارمیسی کی ڈائریکٹری کو اس نیٹ ورک کی فارمیسی کو تلاش کرنے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں جسے آپ استعمال کرنا چاہتے ہیں۔ اس بارے میں معلومات کے لیے باب 5، سیکشن 2.5 پر جائیں کہ آپ ان فارمیسیوں کو کب استعمال کر سکتے ہیں جو ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں نہیں ہیں۔

### سیکشن 3.3 منشیات کی فہرست (فارمولری)

ہمارے منصوبے میں احاطہ شدہ منشیات کی ایک فہرست ہے (جسے منشیات کی فہرست یا فارمولری بھی کہا جاتا ہے)۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ کون سی نسخے کی دوائیں Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) میں شامل پارٹ ڈی کے فوائد کے تحت آتی ہیں۔ اس فہرست میں موجود دوائیں ڈاکٹروں اور فارماسٹ کی مدد سے ہمارے منصوبے کے مطابق منتخب کی جاتی ہیں۔ یہ لازمی ہے کہ ادویات کی فہرست Medicare کی شرائط کے مطابق ہو۔ Medicare ڈرگ پرائس گفٹ و شنید پروگرام کے تحت طے شدہ قیمتوں کے ساتھ دوائیں آپ کی ڈرگ لسٹ میں شامل کی جائیں گی، اگر انہیں باب 5، سیکشن 6 میں دی گئی معلومات کے مطابق ہٹا کر تبدیل نہیں کیا گیا ہو۔ Medicare نے Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کی ادویات کی فہرست کو منظوری دی ہو۔ ادویات کی فہرست سے یہ بھی پتہ چلتا ہے کہ آیا ایسا کوئی قواعد ہے جس کی وجہ سے کوئی دوا کوریج کے دائرے میں نہیں آتی۔

ہم آپ کو ادویات کی فہرست کی ایک کاپی فراہم کریں گے۔ سب سے مکمل اور موجودہ معلومات حاصل کرنے کے لیے کہ کون سی دوائیاں شامل ہیں، پلان کی ویب سائٹ (SWHNY.com) پر جائیں یا ممبر سروسز (TTY 711) 671-0440 (833) پر کال کریں۔

### سیکشن 4 اہم اخراجات کا خلاصہ

2026 میں آپ کے اخراجات	
\$0	پلان کا ماہانہ پریمیم *آپ کے پریمیم کی رقم اس سے زیادہ بھی ہو سکتی ہے۔ مزید تفصیلات کے لیے سیکشن 4.1 دیکھیں۔
\$9,250	جیب سے ادا کی جانے والی زیادہ سے زیادہ رقم یہ وہ سب سے زیادہ رقم ہے جو آپ اپنی کور شدہ حصہ A اور حصہ B سروسز کے لیے جیب سے ادا کریں گے۔ (تفصیلات کے لیے باب 4 سیکشن 1 پر جائیں۔)
\$0 فی دورہ	بنیادی دیکھ بھال کے دورے اگر آپ Medicaid کے تحت Medicare لاگت میں مدد کے اہل ہیں، تو آپ فی وزٹ \$0 ادا کرتے ہیں۔
\$0 فی دورہ	اسپیشلسٹ کے دفتر کے دورے اگر آپ Medicaid کے تحت Medicare لاگت میں مدد کے اہل ہیں، تو آپ فی وزٹ \$0 ادا کرتے ہیں۔
\$0	ہاسپٹل میں داخل مریض کے قیام اگر آپ Medicaid کے تحت Medicare لاگت میں اشتراک میں مدد کے اہل ہیں، تو آپ \$0 ادا کرتے ہیں۔
	پارٹ D ادویات کوریج کے لیے قابل کٹوتی رقم (تفصیلات کے لیے باب 6 سیکشن 4 پر جائیں۔)
	قابل کٹوتی رقم \$615 ہے۔ اگر آپ کے پاس اضافی مدد ہے، تو یہ کٹوتی آپ پر لاگو نہیں ہوتی ہے۔ باب 6 میں کوریج اور حدود سے متعلق اضافی تفصیلات ہیں۔

## 2026 میں آپ کے اخراجات

ابتدائی کوریج کے مرحلے کے دوران مشترکہ ادائیگی:

ڈرگ ٹائر 1: \$0

ڈرگ ٹائر 2: عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مائی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے۔

ڈرگ ٹائر 3: عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مائی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے۔

ڈرگ ٹائر 4: عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مائی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے۔

ڈرگ ٹائر 5: عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مائی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے۔

ڈرگ ٹائر 6: \$0

تباہ کن صورتحال میں کوریج کا مرحلہ:

ادائیگی کے اس مرحلے کے دوران، آپ اپنی حصہ D کی کوور کردہ ادویات کے لیے کوئی ادائیگی نہیں کرتے۔

حصہ D کی دوا کوریج

(تفصیلات کے لیے باب 6 پر جائیں، بشمول سالانہ کٹوتی، ابتدائی کوریج، اور تباہ کن کوریج کے مراحل۔)

آپ کے اخراجات میں مندرجہ ذیل شامل ہو سکتے ہیں:

- منصوبے کا پریمیم (سیکشن 4.1)
- ماہانہ Medicare حصہ B پریمیم (سیکشن 4.2)
- حصہ D دیر سے اندراج کا جرمانہ (سیکشن 4.3)
- آمدنی سے متعلق ماہانہ ایڈجسٹ کردہ رقم (سیکشن 4.4)
- طبی نسخے کی ادائیگی کے منصوبے کی رقم (سیکشن 4.5)

## سیکشن 4.1 منصوبے کا پریمیم

ہمارے منصوبے کے ممبر کے طور پر، آپ منصوبے کا ماہانہ پریمیم ادا کرتے ہیں۔ 2026 کے لیے، *Senior Whole Health Complete*، *Care (HMO D-SNP)* کے لیے ماہانہ پلان پریمیم \$17.30 ہے۔

اگر آپ پہلے ہی ان پروگراموں میں سے کسی ایک سے مدد حاصل کرتے ہیں تو، اس کوریج کے ثبوت میں پریمیمز کے بارے میں معلومات آپ پر لاگو نہیں ہو سکتی ہیں۔ ہم آپ کو ایک علیحدہ ضمیمہ ارسال کرتے ہیں جسے ان افراد کے کوریج رائیڈر کے لیے ثبوت جو نسخہ جاتی ادویات کے لیے ادائیگی میں اضافی مدد "Extra Help" پاتے ہیں " (کم آمدنی والا سبسڈی رائیڈر یا LIS رائیڈر بھی کہلاتا ہے) کہتے ہیں، جو آپ کو آپ کی دوا کی لاگت کے بارے میں بتاتا ہے۔ اگر آپ کے پلان میں یہ شامل نہیں ہے، تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) اور LIS رائیڈر کے لیے پوچھیں۔

کچھ حالات میں، ہمارا پلان پریمیم کم ہو سکتا ہے۔

Extra Help پروگرام محدود وسائل والے لوگوں کو ان کی دوائیوں کی ادائیگی میں مدد کرتا ہے۔ باب 2، سیکشن 7 میں ان پروگراموں کے بارے میں مزید جانیں۔ اگر آپ اہل ہیں، تو ان پروگراموں میں سے کسی ایک میں داخلہ لینے سے آپ کے ماہانہ پلان پریمیم کم ہو سکتا ہے۔

Medicare پارٹ B اور پارٹ D پریمیم مختلف آمدنی والے لوگوں کے لیے مختلف ہیں۔ اگر آپ کے ان پریمیمز کے بارے میں سوالات ہیں تو، Medicare Cost 2026 نامی سیکشن میں Medicare & You 2026 ہینڈ بک کی اپنی کاپی چیک کریں۔ میڈیکینر کی ویب سائٹ ([www.Medicare.gov/medicare-and-you](http://www.Medicare.gov/medicare-and-you)) سے ایک کاپی ڈاؤن لوڈ کریں یا (1-800-633-4227) - MEDICARE (1-800) پر فون کے ذریعے ایک پرنٹ شدہ کاپی آرڈر کریں۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔

## سیکشن 4.2 ماہانہ Medicare حصہ B پریمیم

کئی ممبرز کو دیگر Medicare پریمیمز کی ادائیگی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے

ماہانہ منصوبہ جاتی پریمیمز کی ادائیگی کے علاوہ، کچھ ممبران کو دیگر Medicare پریمیمز کی ادائیگی کی ضرورت پڑتی ہے۔ جیسا کہ ہمارے پلان کے اہل ہونے کے لیے اوپر سیکشن 2 میں وضاحت کی گئی ہے، آپ کو Medicaid کے لیے اپنی اہلیت کو برقرار رکھنے کے ساتھ ساتھ آپ کے پاس Medicare Part A اور Medicare Part B دونوں ہونا چاہیے۔ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے زیادہ تر ممبران کے لیے، Medicaid آپ کے پارٹ A پریمیم (اگر آپ خود بخود اس کے لیے اہل نہیں ہیں) اور پارٹ B پریمیم کی ادائیگی کرتا ہے۔

اگر Medicaid آپ کے میڈیکینر پریمیم کی ادائیگی نہیں کر رہا ہے، تو آپ کو ہمارے پلان کارکن رہنے کے لیے اپنے Medicare پریمیم کی ادائیگی جاری رکھنی چاہیے۔ اس میں پارٹ B کے لیے آپ کا پریمیم شامل ہے۔ اگر آپ پریمیم فری پارٹ A کے اہل نہیں ہیں، تو آپ کو پارٹ A کے لیے بھی پریمیم ادا کرنا پڑ سکتا ہے۔

## سیکشن 4.3 حصہ D دیر سے اندراج کا جرمانہ

چونکہ آپ کے پاس دوہری اہلیت ہے، LEP اس وقت تک لاگو نہیں ہوتا جب تک کہ آپ اپنی دوہری اہلیت حیثیت کو برقرار رکھتے ہیں۔ اگر آپ اپنی دوہری اہلیت سے محروم ہو جاتے ہیں، تو آپ کو LEP ادا کرنا پڑ سکتا ہے۔ پارٹ D کے لیے دیر سے اندراج کا جرمانہ ایک اضافی پریمیم ہے جسے پارٹ D کوریج کے لیے ادا کرنا ضروری ہے۔ یہ اس وقت ادا کرنا ہوا ہے، جب آپ کی ابتدائی اندراج کی مدت ختم ہونے کے بعد لگاتار 63 دن یا اس سے زیادہ کی مدت تک آپ کے پاس پارٹ D یا دیگر قابل اعتبار ادویات کی کوریج نہ رہی ہو۔ قابل کریڈٹ نسخے کی دوا کی کوریج وہ کوریج ہے جو Medicare کے کم سے کم معیار پر پورا اترتی ہے کیونکہ اس سے اوسطاً، کم از کم Medicare کی معیاری نسخے کی دوا کی کوریج جتنی ادائیگی کی توقع کی جاتی ہے۔ دیر سے اندراج کے جرمانے کی لاگت اس بات پر منحصر ہوتی ہے کہ آپ نے حصہ D یا دیگر کسی قابل کریڈٹ نسخے کی دوا کی کوریج کے بغیر کتنا عرصہ گزارا۔ آپ کو یہ جرمانہ اس وقت تک ادا کرنا پڑے گا جب تک کہ آپ کے پاس پارٹ D کوریج رہیگا۔

آپ کو پارٹ D دیر سے اندراج کا جرمانہ ادا کرنے کی ضرورت نہیں ہے اگر:

- آپ کو اپنی ادویات کی لاگت ادا کرنے میں مدد کے لیے Medicare کی جانب سے Extra Help فراہم کیا گیا ہے۔
- آپ نے قابل کریڈٹ کوریج کے بغیر لگاتار 63 دن سے بھی کم گزارے۔
- آپ کے پاس دیگر ذریعہ (جیسے سابق آجر، یونین، TRICARE، یا ویٹرنز ہیلتھ ایڈمنسٹریشن (VA)) کے ذریعے قابل کریڈٹ ادویات کی کوریج تھی۔ آپ کا بیمہ کنندہ یا انسانی وسائل کا محکمہ آپ کو ہر سال بتائے گا کہ آیا آپ کی دوائیوں کی قابل کریڈٹ کوریج ہے۔ آپ کو یہ معلومات اس پلان کے ساتھ موصول ہونے والے ایک خط یا نیوز لیٹر میں مل سکتی ہے۔ یہ معلومات اپنے پاس رکھیں، کیونکہ اگر آپ بعد میں Medicare کے دوا کے پلان میں شامل ہوتے ہیں تو آپ کو اس کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
- نوٹ کریں: اس خط یا نوٹس میں اس بات کا ذکر لازمی طور پر ہونا چاہیے کہ آپ کے پاس قابل کریڈٹ نسخے کی ادویات کا کوریج ہے جس سے اتنی ہی رقم کی ادائیگی کی توقع ہے جتنی Medicare کے معیاری ادویاتی پلان کے تحت کی جاتی ہے۔
- نوٹ کریں: نسخے کی دوائیوں کے ڈسکاؤنٹ کارڈز، مفت کلینکس، اور ڈرگ ڈسکاؤنٹ ویب سائٹس نسخے کی قابل کریڈٹ ادویات کی کوریج نہیں ہیں۔

Medicare، پارٹ D دیر سے اندراج کے جرمانے کی رقم کا تعین کرتا ہے۔ اس کے کام کرنے کا طریقہ یہاں بتایا گیا ہے:

- پہلے، پورے مہینوں کی اُس تعداد کی گنتی کریں جس میں آپ نے اندراج کے اہل ہونے کے بعد Medicare دوا کے پلان میں اندراج کرنے میں تاخیر کی۔ یا اگر کوریج میں 63 دن یا اس سے زیادہ کا وقفہ تھا تو پورے مہینوں کی اُس تعداد کی گنتی کریں جس میں آپ کے پاس قابل کریڈٹ نسخے کی دوا کی کوریج نہیں تھی۔ جن مہینے کی آپ کے پاس کوریج نہیں تھی ان مہینوں کے لیے آپ کو 1% جرمانہ فی مہینے کے حساب سے دینا ہوگا۔ مثال کے طور پر، اگر آپ 14 مہینے تک بغیر کوریج کے رہتے ہیں، تو جرمانے کا فیصد 14% ہوگا۔

- پھر Medicare گزشتہ سال سے ملک میں Medicare ڈرگ پلانز کے لیے اوسط ماہانہ پلان پریمیم کی رقم کا تعین کرتا ہے (نیشنل بیس بینیفٹسری پریمیم)۔ 2025 کے لیے، یہ اوسط پریمیم رقم \$36.78 تھی۔ یہ رقم 2026 کے لیے تبدیل ہو سکتی ہے۔
- اپنے ماہانہ جرمانے کا حساب لگانے کے لیے، جرمانے کے فیصد اور اوسط ماہانہ پریمیم کو ضرب دیں اور پھر اسے قریب ترین 10 سینٹ تک مکمل عدد میں تبدیل کر دیں۔ یہاں دی گئی مثال میں، یہ 14% ضرب \$36.78 ہو گا، جو کہ \$5.15 بنتا ہے۔ یہ گل ملا کر \$5.20 بن جاتا ہے۔ یہ رقم حصہ D کے تاخیر سے اندراج کے جرمانے کے حامل کسی فرد کے ماہانہ پریمیم میں شامل کر دی جائے گی۔

ماہانہ پارٹ D کے لیے دیر سے اندراج کے جرمانے کے بارے میں جاننے کے لیے تین اہم چیزیں:

- **جرمانہ ہر سال تبدیل ہو سکتا ہے**، کیونکہ نیشنل بیس بینیفٹسری پریمیم ہر سال تبدیل ہو سکتا ہے۔
- دوسرے، جب تک آپ ایک ایسے منصوبے میں شامل ہیں جس میں Medicare حصہ D دوا کے وظائف ہیں تب تک آپ ہر ماہ **جرمانے کی ادائیگی جاری رکھیں گے**، خواہ آپ منصوبہ تبدیل ہی کیوں نہ کر لیں۔
- اگر آپ کی عمر 65 سال سے کم ہے اور آپ Medicare میں اندراج شدہ ہیں، تو آپ کے 65 سال کے ہونے پر پارٹ D کے لیے دیر سے اندراج کا جرمانہ ہٹا دیا جائے گا۔ 65 برس کی عمر کے بعد، آپ کا حصہ D تاخیر سے اندراج کا جرمانہ صرف ان مہینوں پر مبنی ہو گا جن میں آپ کے پاس Medicare کی عمر کو پہنچنے پر اپنے ابتدائی اندراج کے دورانیے کے بعد کوریج نہیں ہے۔

اگر آپ اپنے حصہ D کے دیر سے اندراج کے جرمانے سے غیر متفق ہیں، تو آپ یا آپ کا نمائندہ نظر ثانی کی درخواست کر سکتا ہے۔ عام طور پر، آپ کو اس پہلے خط کی تاریخ سے 60 دنوں کے اندر اس جائزے کے لیے درخواست کرنی چاہیے جس میں آپ کو یہ بتایا گیا ہے کہ آپ کو دیر سے اندراج کا جرمانہ ادا کرنا ہوگا۔ تاہم، اگر آپ ہمارے پلان میں شامل ہونے سے پہلے جرمانہ ادا کر رہے تھے، تو ہو سکتا ہے آپ کو اس تاخیر سے اندراج کے جرمانے پر نظر ثانی کرنے کا ایک اور موقع نہ ملے۔

#### سیکشن 4.4 آمدنی سے متعلق ماہانہ ایڈجسٹمنٹ کی رقم

اگر آپ متعلقہ ماہانہ تبدیلی رقم کی وجہ سے اس پلان کے لیے اہلیت کھو دیتے ہیں، تو کچھ ممبران کو اپنے Medicare پلان کے لیے اضافی چارج ادا کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے، جسے پارٹ D متعلقہ ماہانہ تبدیلی رقم (IRMAA) کہا جاتا ہے۔ اضافی چارج کا حساب آپ کی ایڈجسٹمنٹ کے بعد ترمیم شدہ اس مجموعی آمدنی کا استعمال کر کے لگایا جاتا ہے جو آپ کے 2 سال پہلے کے IRS ٹیکس ریٹرن میں بتائی گئی تھی۔ اگر یہ رقم ایک مخصوص رقم سے زیادہ ہو، تو آپ معیاری پریمیم کی رقم اور اضافی IRMAA کی ادائیگی کریں گے۔ آپ کی آمدنی میں اضافہ کی بنیاد پر جو اضافی رقم آپ کو ادا کرنی پڑ سکتی ہے اس کے بارے میں مزید معلومات کے لیے ملاحظہ کریں [www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](http://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs)

اگر آپ کو کوئی اضافی رقم ادا کرنے کی ضرورت ہو، تو سوشل سکیورٹی، نہ کہ آپ کا Medicare منصوبہ، آپ کو ایک خط ارسال کرے گا جو کہ آپ کو بتائے گا وہ اضافی رقم کتنی ہو گی۔ اضافی رقم، اس سے قطع نظر کہ آپ عام طور پر اپنے منصوبے کے پریمیم کی ادائیگی کیسے کرتے ہیں، آپ کے سوشل سکیورٹی، ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ، یا دفتر برائے عملے کا نظم کے وظیفے کے چیک سے روکی جائے گی، ماسوائے اس صورت کے کہ جب آپ کا ماہانہ وظیفہ واجب الادا اضافی رقم کی ادائیگی کے لیے ناکافی ہو۔ اگر آپ کا بینیفٹ چیک اضافی رقم کو پورا کرنے کے لیے کافی نہیں ہوا، تو آپ کو Medicare سے ایک بل ملے گا۔ آپ کو حکومت کو اضافی IRMAA ادا کرنا ہوگا۔ یہ آپ کے ماہانہ پلان پریمیم کے ساتھ ادا نہیں کیا جا سکتا۔ اگر آپ اضافی IRMAA ادا نہیں کرتے ہیں، تو آپ کو ہمارے پلان سے خارج کر دیا جائے گا اور آپ نسخے کی ادویات کی کوریج سے محروم ہو جائیں گے۔

اگر آپ اضافی IRMAA کی ادائیگی کے بارے میں متفق نہیں ہیں، تو آپ سوشل سکیورٹی سے فیصلے پر نظر ثانی کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ ایسا کرنے کا طریقہ جاننے کے لیے، سوشل سکیورٹی کو 1-800-772-1213 پر کال کریں (TTY صارفین 1-800-325-0778 پر کال کریں)۔

#### سیکشن 4.5 میڈیکیشن نسخے کی ادائیگی کے منصوبے کی رقم

اگر آپ Medicare Prescription Payment Plan میں حصہ لے رہے ہیں، تو ہر ماہ آپ ہمارے پلان کا پریمیم ادا کریں گے (اگر آپ کے پاس ہے) اور آپ کو اپنی صحت یا دوا کے پلان سے آپ کے نسخے کی دوائیوں کا بل ملے گا (فارمیسی کو ادا کرنے کے بجائے)۔ آپ کا ماہانہ بل کا حساب لگانے کے لیے آپ کو ملنے والے کسی بھی نسخے کی بقایہ ادائیگی میں آپ کے پچھلے مہینے کی بقیہ رقم کو جوڑ دیا جاتا ہے اور حاصل جمع کو، سال میں باقی رہ جانے والے مہینوں کی تعداد سے تقسیم کیا جاتا ہے۔ باب 2، سیکشن 7 میں Medicare Prescription

Payment Plan کے بارے میں مزید تفصیلات درج ہیں۔ اگر آپ اس ادائیگی کے اختیار کے حصے کے طور پر بل کی گئی رقم سے متفق نہیں ہیں، تو آپ شکایت یا اپیل کرنے کے لیے باب 9 میں درج مراحل پر عمل کر سکتے ہیں۔

## سیکشن 5 آپ کے ماہانہ پلان پریمیم کے بارے میں مزید معلومات

### سیکشن 5.1 ہمارا ماہانہ پلان پریمیم سال کے دوران تبدیل نہیں ہوگا۔

ہمیں سال کے دوران اپنے پلان کے ماہانہ پلان کی پریمیم رقم کو تبدیل کرنے کی اجازت نہیں ہے۔ اگر اگلے سال کے لیے ماہانہ پلان پریمیم تبدیل ہوتا ہے، تو ہم آپ کو ستمبر میں بتائیں گے، اور نیا پریمیم 1 جنوری سے نافذ العمل ہوگا۔

اگر آپ Extra Help کے اہل ہو جاتے ہیں یا سال کے دوران Extra Help کے لیے اپنی اہلیت سے محروم ہو جاتے ہیں، تو ہمارے پلان پریمیم کا وہ حصہ تبدیل ہو سکتا ہے جو آپ کو ادا کرنا ہے۔ اگر آپ اپنے ادویات کی کوریج کے اخراجات میں Extra Help کے لیے اہل ہیں، تو اضافی مدد آپ کے ماہانہ پلان پریمیم کا حصہ ادا کرتی ہے۔ اگر آپ سال کے دورانExtra Help کی اہلیت کھو دیتے ہیں، تو آپ کو مکمل ماہانہ پلان پریمیم کی ادائیگی شروع کرنی ہوگی۔ باب 2، سیکشن 7 میںExtra Help کے بارے میں مزید معلومات حاصل کریں۔

### سیکشن 6 ہمارے پلان ممبرشپ کے ریکارڈ کو اپ ٹو ڈیٹ رکھیں

آپ کے رکنیت کے ریکارڈ میں آپ کے اندراج کے فارم سے معلومات ہوتی ہیں، بشمول آپ کا پتہ اور فون نمبر۔ یہ آپ کے مخصوص منصوبے کی کوریج بشمول آپ کے بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ کو ظاہر کرتا ہے۔

ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں ڈاکٹر، ہسپتال، فارماسٹ، اور دیگر فراہم کنندگان آپ کی رکنیت کا ریکارڈ یہ جاننے کے لیے استعمال کرتے ہیں کہ کون سی خدمات اور ادویات کو کور کیا گیا ہے اور آپ کی لاگت کے اشتراک کی رقم کیا ہے۔ اس وجہ سے، آپ کی معلومات کو اپ ٹو ڈیٹ رکھنے میں ہماری مدد کرنا بہت ضروری ہے۔

### اگر آپ کی معلومات میں ان کے تعلق سے کوئی تبدیلی ہوئی ہو، تو ہمیں بتائیں:

- آپ کے نام، پتہ، یا فون نمبر میں تبدیلیاں
- آپ کو حاصل کسی دوسری ہیلتھ انشورنس کوریج میں تبدیلیاں (جیسا کہ آپ کے آجر کی جانب سے، آپ کے شوہر/بیوی یا گھریلو ساتھی کے آجر کی جانب سے، کارکنان کا زر تلافی، یا Medicaid)
- کسی بھی ذمہ داری کے دعوے، جیسے کہ آٹوموبائل حادثے کے دعوے۔
- اگر آپ نرسنگ ہوم میں داخل ہیں۔
- اگر آپ کو علاقے سے باہر یا نیٹ ورک سے باہر ہسپتال یا ایمرجنسی روم میں دیکھ بھال ملتی ہے۔
- اگر آپ کا مقررہ ذمہ دار فریق (جیسا کہ نگہداشت فراہم کنندہ) تبدیل ہوتا ہے
- اگر آپ کلینیکل ریسرچ اسٹڈی میں حصہ لیتے ہیں (نوٹ: آپ کو ان کلینیکل ریسرچ اسٹڈیز کے بارے میں ہمارے پلان کی مطلوبہ جانکاری میں خلاصہ کرنے کی ضرورت نہیں جس میں آپ شرکت کرنا چاہتے ہیں، لیکن ہم آپ کو ایسا کرنے کی ترغیب دیتے ہیں۔)

اگر اس معلومات میں کوئی تبدیلی آتی ہے، تو ہمیں ممبر سروسز 671-0440 (833) (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کر کے بتائیں۔ ممبرز اپنا ڈاکٹر تبدیل کرنے، اپنی رابطے کی معلومات کو اپڈیٹ کرنے، نئے ID کارڈ کی درخواست دینے، خود کو درکار سروسز کے حوالے سے صحت کی یاد دہانیاں حاصل کرنے، یا اپنی سروس کی تاریخ دیکھنے کے لیے ایک آن لائن My Senior Whole Health اکاؤنٹ تخلیق کر سکتے ہیں۔ اپنا My Senior Whole Health اکاؤنٹ تخلیق کرنے یا اس تک رسائی حاصل کرنے کے لیے <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> ملاحظہ کریں۔

اگر آپ نقل مکانی کرتے ہیں یا اپنا ڈاک کا پتہ تبدیل کرتے ہیں تو تب بھی سوشل سکیورٹی سے رابطہ کرنا اہم ہوتا ہے۔ سوشل سکیورٹی کو 1-800-772-1213 پر کال کریں (TTY صارفین 1-800-325-0778 پر کال کریں)۔

## سیکشن 7

## دوسری انشورنس ہمارے منصوبے کے ساتھ کیسے کام کرتی ہے

## دیگر انشورنس

Medicare کا تقاضا ہے کہ ہم آپ کے پاس موجود کسی بھی دوسرے طبی یا ادویاتی کوریج کے بارے میں معلومات جمع کریں تاکہ ہم اپنے پلان کے تحت آپ کے فوائد کے ساتھ کسی دوسری کوریج کو مربوط کر سکیں۔ اسے **وظائف کا ربط** کہا جاتا ہے۔

سال میں ایک بار، ہم آپ کو ایک خط بھیجیں گے۔ اس میں کسی ایسے دوسرے طب یا دوا کی کوریج کی فہرست دی گئی ہوگی جس کے بارے میں ہم جانتے ہیں۔ اس معلومات کو غور سے پڑھیں۔ اگر یہ درست ہے تو آپ کو کچھ کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر معلومات درست نہیں ہیں، یا اگر آپ کے پاس کوئی اور کوریج ہے جو درج نہیں ہے تو ممبر سروسز 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ آپ کو اپنے دوسرے بیمہ کنندگان کو ہمارے پلان ممبر کا شناختی نمبر دینے کی ضرورت پڑ سکتی ہے (ایک بار جب آپ ان کی شناخت کی تصدیق کر لیتے ہیں) تاکہ آپ کے بل صحیح طریقے سے اور وقت پر ادا کیے جائیں۔

اگر آپ کے پاس کوئی اور بیمہ ہو (جیسے آجر گروپ ہیلتھ کوریج)، تو Medicare کے قواعد کے مطابق فیصلہ کیا جائیگا کہ بلوں کی ادائیگی کون پہلے کریگا، ہمارا پلان یا آپ کا دوسرا انشورنس۔ پہلے ادائیگی کرنے والا انشورنس ("بنیادی ادائیگی کنندہ") اپنی کوریج کی حد تک ادائیگی کریگا۔ جو انشورنس دوسرے نمبر پر ادائیگی کرتا ہے ("ثانوی ادائیگی کنندہ")، وہ صرف اسی صورت میں ادائیگی کرتا ہے جب بنیادی کوریج کی طرف سے اخراجات پورے نہ ہوئے ہوں۔ ثانوی ادائیگی کنندہ تمام پورے بقیہ بل کی ادائیگی نہیں کر سکتا ہے۔ اگر آپ کے پاس کوئی دوسری انشورنس ہے، تو اپنے ڈاکٹر، ہسپتال، اور فارمیسی کو بتائیں۔

آجر یا یونین گروپ کے ہیلتھ پلان کی کوریج پر ان اصولوں کا اطلاق ہوتا ہے:

- اگر آپ کے پاس ریٹائر فرد کی کوریج ہے، تو Medicare پہلے ادائیگی کرتا ہے۔
- اگر آپ کے گروپ کی ہیلتھ پلان کی کوریج آپ کی یا آپ کے کسی فرد خانہ کی موجودہ ملازمت پر مبنی ہے، تو پہلے ادائیگی کون کرے گا اس بات کا انحصار آپ کی عمر، آپ کے آجر کی جانب سے ملازمت پر مامور افراد کی تعداد، اور اس بات پر ہے کہ آیا آپ عمر، معذوری، یا گردوں کی آخری مرحلے کی بیماری (ESRD) پر مبنی Medicare کے حامل ہیں:
- اگر آپ کی عمر 65 سال سے کم ہے اور آپ معذور ہیں اور آپ (یا آپ کے خاندان کے رکن) اب بھی کام کر رہے ہیں، تو آپ کا گروپ ہیلتھ پلان پہلے ادائیگی کرتا ہے اگر آجر کے پاس 100 یا اس سے زیادہ ملازمین ہیں یا ایک سے زیادہ آجر کے پلان میں کم از کم ایک آجر کے 100 سے زیادہ ملازمین ہیں۔
- اگر آپ کی عمر 65 سال سے زیادہ ہے اور آپ (یا آپ کی شریک حیات یا گھریلو ساتھی) اب بھی کام کر رہے ہیں، تو آپ کا گروپ ہیلتھ پلان پہلے ادائیگی کرتا ہے اگر آجر کے پاس 20 یا اس سے زیادہ ملازمین ہیں یا ایک سے زیادہ آجر کے پلان میں کم از کم ایک آجر کے 20 سے زیادہ ملازمین ہیں۔
- اگر آپ ESRD کی وجہ سے Medicare کے حامل ہیں، تو آپ کے Medicare کے لیے اہل ہونے کے بعد پہلے 30 ماہ کی ادائیگی پہلے آپ کا گروپ ہیلتھ پلان کرے گا۔

کوریج کی یہ اقسام ہر قسم سے متعلقہ سروسز کے لیے عموماً پہلے ادائیگی کرتی ہیں:

- بلا قصور انشورنس (بشمول گاڑی کی انشورنس)
- ذمہ داری (بشمول گاڑی کی انشورنس)
- سیاہ پھیپھڑوں کے مرض کے وظائف
- کارکن کا معاوضہ

Medicaid اور TRICARE کبھی بھی Medicare کی کوور شدہ سروسز کے لیے پہلے ادائیگی نہیں کرتے۔ وہ صرف تب ادائیگی کرتے ہیں جب Medicare اور/یا آجر کے گروپ کے صحت کے منصوبوں نے ادائیگی کر دی ہو۔

## باب 2:

## فون نمبرز اور وسائل

## Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے بارے میں

## سیکشن 1

دعووں، بلنگ، یا ممبر کارڈ کے سوالات سے متعلق مدد کے لیے، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کی ممبر سروسز کو کال کریں یا لکھیں۔ ہمیں آپ کی مدد کرنے میں خوشی ہوگی۔

## ممبر سروسز - رابطے کی معلومات

(833) 671-0440

کال کریں

ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ اوقات: 1 اکتوبر - 31 مارچ، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، ہفتے کے 7 دن۔ 1 اپریل - 30 ستمبر، سوموار تا جمعہ مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک۔

ممبر سروسز (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) میں غیر انگریزی بولنے والوں کے لیے زبان کی مفت ترجمانی کی خدمات بھی دستیاب ہیں۔

711

TTY

اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔

ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ اوقات: 1 اکتوبر - 31 مارچ، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، ہفتے کے 7 دن۔ 1 اپریل - 30 ستمبر، سوموار تا جمعہ مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک۔

(310) 507-6186

فیکس

Attn: Member Services

خط لکھیں

[SWHNY.com](http://SWHNY.com)

ویب سائٹ

اپنی طبی دیکھ بھال کے بارے میں کوریج کے فیصلے یا اپیل کے لیے کیسے پوچھیں۔

کوریج کا فیصلہ وہ فیصلہ ہے جو ہم آپ کے فوائد اور کوریج کے بارے میں یا اس رقم کے بارے میں کرتے ہیں جو ہم آپ کی طبی خدمات یا پارٹ D دوائیوں کے لیے ادا کرتے ہیں۔ اپیل ہم سے کوریج کے فیصلے پر نظر ثانی کرنے اور اسے تبدیل کرنے کے لیے کہنے کا ایک رسمی طریقہ ہے۔ اپنی طبی نگہداشت یا پارٹ D دوائیوں کے بارے میں کوریج کے فیصلوں یا اپیلوں کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، باب 9 پر جائیں۔

طبی نگہداشت یا پارٹ D ادویات کے لیے کوریج کے فیصلے اور اپیلیں - رابطہ کی معلومات

(833) 671-0440

کال کریں

ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔

ہفتے کے 7 دن صبح 8 بجے سے شام 5 بجے، مقامی وقت کے مطابق

711

TTY

اس نمبر کو خصوصی ٹیلی فون کا سامان درکار ہوتا ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہوتا ہے۔

## طبی نگہداشت یا پارٹ D ادویات کے لیے کوریج کے فیصلے اور اپیلیں - رابطہ کی معلومات

ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔

ہفتے کے 7 دن صبح 8 بجے سے شام 5 بجے، مقامی وقت کے مطابق

ایڈوانسڈ امیجنگ: (877) 731-7218؛

ٹرانسپلانٹس (877) 813-1206؛

طبی/بیرونی مریض کی رو بہ جاتی صحت 251-1450 (844)؛

اندرونی مریض 834-2152 (844)؛

RX/Jcodes (866) 290-1309

فیکس

Molina Healthcare

Attn: Coverage Request

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

نسخہ دوائی:

Attn: Medicare کا شعبہ فارمیسی

7050 Union Park Center, Suite 600

Midvale, UT 84047

خط لکھیں

SWHNY.com

ویب سائٹ

اپنی طبی دیکھ بھال کے بارے میں شکایت کیسے کریں۔

آپ ہمارے متعلق یا ہمارے نیٹ ورک فراہم کنندگان یا فارمیسیوں میں سے کسی کے خلاف شکایت، بشمول اپنی نگہداشت کے معیار کے متعلق شکایت کر سکتے ہیں۔ اس قسم کی شکایت میں کوریج یا ادائیگی کے تنازعات شامل نہیں ہیں۔ اپنی طبی دیکھ بھال کے بارے میں شکایت کرنے کے طریقے کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، باب 9 پر جائیں۔

## طبی نگہداشت کے بارے میں شکایات - رابطے کی معلومات

(833) 671-0440

کال کریں

ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔

ہفتے کے 7 دن صبح 8 بجے سے شام 5 بجے، مقامی وقت کے مطابق

711

TTY

اس نمبر کو خصوصی ٹیلی فون کا سامان درکار ہوتا ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہوتا ہے۔

ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ ہفتے کے 7 دن، صبح 8 بجے سے شام 5 بجے، مقامی وقت کے مطابق۔

(562) 499-0610

فیکس

Molina Healthcare

Attn: Appeals &amp; Grievances

P.O. Box 22816

Long Beach, CA 90801-9977

خط لکھیں

SWHNY.com

ویب سائٹ

ہم سے طبی دیکھ بھال یا آپ کو ملنے والی دوا کی قیمت ادا کرنے کے لیے کیسے کہا جائے۔

اگر آپ کو کوئی بل موصول ہوا ہے یا خدمات کے لیے ادائیگی کی گئی ہے (جیسے فراہم کنندہ کا بل) اور آپ کے حساب سے ہمیں ادائیگی کرنی چاہیے، تو آپ کو ہم سے معاوضہ یا فراہم کنندہ کا بل ادا کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ مزید معلومات کے لیے باب 7 پر جائیں۔

اگر آپ ہمیں ادائیگی کی درخواست ارسال کرتے ہیں اور ہم آپ کی درخواست کا کوئی حصہ رد کرتے ہیں، تو آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے باب 9 پر جائیں۔

### ادائیگی کی درخواستیں - رابطے کی معلومات

کال کریں	(833) 671-0440 ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ پیر سے جمعہ، صبح 8 بجے سے شام 8 بجے، مقامی وقت کے مطابق۔
TTY	711 اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔ ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ پیر سے جمعہ، صبح 8 بجے سے شام 8 بجے، مقامی وقت کے مطابق۔
فیکس	(866) 290-1309
خط لکھیں	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 نسخہ دوائی: Medicare: Attn 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
ویب سائٹ	SWHNY.com

### سیکشن 2 Medicare سے مدد حاصل کریں۔

65 Medicare برس یا اس سے زائد عمر کے افراد، 65 برس سے کم عمر کے کچھ معذور افراد، اور گردوں کی بیماری کے آخری مرحلے (گردوں کا مستقل طور پر ناکارہ ہونا جس کے لیے ڈایا لائسز یا گردوں کے ٹرانسپلانٹ کی ضرورت ہو) پر موجود افراد کے لیے وفاقی ہیلتھ انشورنس کا پروگرام ہے۔

Medicare کی انچارج وفاقی ایجنسی (CMS) Centers for Medicare & Medicaid Services ہے۔ یہ ایجنسی ہمارے پلان سمیت Medicare Advantage تنظیموں کے ساتھ معاہدہ کرتی ہے۔

### Medicare - رابطہ معلومات

کال کریں	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ ایک دن میں 24 گھنٹے، ہفتے میں 7 دن۔
TTY	1-877-486-2048

## Medicare - رابطہ معلومات

اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔ ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔	
www.Medicare.gov/talk-to-someone پر لائیو چیٹ کریں۔	لائو چیٹ
Medicare کو PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 خط لکھیں	خط لکھیں
www.Medicare.gov	ویب سائٹ
<ul style="list-style-type: none"> <li>اپنے علاقے میں Medicare کے صحت اور ادویات سے متعلق پلان بشمول ان کی قیمت اور وہ کون سی خدمات فراہم کرتے ہیں، کے بارے میں معلومات حاصل کریں۔</li> <li>میڈی کیئر تلاش کریں - ڈاکٹر یا دیگر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے اور سپلائرز۔</li> <li>معلوم کریں کہ Medicare کیا کور کرتا ہے، بشمول احتیاطی خدمات (جیسے سکریننگ، شائٹس یا ویکسین، اور سالانہ "صحت" کے دورے)۔</li> <li>Medicare سے متعلق اپیل کی معلومات اور فارم حاصل کریں۔</li> <li>منصوبوں، نرسنگ ہومز، اسپتالوں، ڈاکٹروں، ہوم ہیلتھ ایجنسیوں، ڈائلیسس کی سہولیات، اسپتالوں کے مراکز، مریضوں کی بحالی کی سہولیات، اور طویل مدتی نگہداشت کے اسپتالوں کے ذریعہ فراہم کردہ نگہداشت کے معیار کے بارے میں معلومات حاصل کریں۔</li> <li>مددگار ویب سائٹس اور فون نمبرز تلاش کریں۔</li> </ul>	
آپ Senior Whole Health of New York NHC کی کوئی بھی شکایت کرنے کے لیے <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> پر بھی جا سکتے ہیں۔	
Medicare کو شکایت جمع کرانے کے لیے، <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a> پر جائیں۔ Medicare آپ کی شکایات کو سنجیدگی سے لیتا ہے اور ان معلومات کو Medicare پروگرام کا معیار بہتر بنانے میں مدد کے لیے استعمال کرے گا۔	

## سیکشن 3 اسٹیٹ ہیلتھ انشورنس اسسٹنس پروگرام (SHIP)

اسٹیٹ ہیلتھ انشورنس اسسٹنس پروگرام (SHIP) ہر ریاست میں تربیت یافتہ مشیروں کے ساتھ ایک سرکاری پروگرام ہے جو مفت مدد، معلومات اور آپ کے طبی سوالات کے جوابات پیش کرتا ہے۔ New York میں، SHIP کو ہیلتھ انشورنس کی معلومات، کاؤنسلنگ اور امدادی پروگرام (HIICAP) کہا جاتا ہے۔

ہیلتھ انشورنس انفارمیشن، کاؤنسلنگ اینڈ اسسٹنس پروگرام (HIICAP) ایک آزاد ریاستی پروگرام ہے (کسی بیمہ کمپنی یا ہیلتھ پلان سے منسلک نہیں) جو Medicare والے لوگوں کو مفت مقامی ہیلتھ انشورنس کو نسلنگ دینے کے لیے وفاقی حکومت سے رقم حاصل کرتا ہے۔

ہیلتھ انشورنس انفارمیشن، کاؤنسلنگ اینڈ اسسٹنس پروگرام (HIICAP) کے مشیران آپ کو میڈیکینر کے حقوق کو سمجھنے، آپ کی طبی دیکھ بھال یا علاج کے بارے میں شکایات کرنے، اور آپ کے Medicare بلوں کے مسائل کو سیدھا کرنے میں مدد کر سکتے ہیں۔ ہیلتھ انشورنس کی معلومات، کاؤنسلنگ اور امدادی پروگرام (HIICAP) کے کاؤنسلرز Medicare کے سوالوں یا مسائل کے حوالے سے بھی آپ کی مدد کر سکتے ہیں اور آپ کے Medicare منصوبے کے انتخابات کو سمجھنے اور منصوبوں کی تبدیلی کے متعلق آپ کے سوالات کے جواب دینے میں بھی آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔

**بیلٹھ اٹشورنس کی معلومات، کاؤنسلنگ اور امدادی پروگرام (New York) (SHIP کا HIICAP) -  
رابطے کی معلومات**

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

**سیکشن 4 معیار میں بہتری کی تنظیم (QIO)**

ایک نامزد معیار میں بہتری کی تنظیم (QIO) ہر ریاست میں Medicare میں شامل لوگوں کو خدمت فراہم کرتی ہے۔ New York کے لیے، معیار میں بہتری کی تنظیم Livanta کہلاتی ہے۔

Livanta کے پاس ڈاکٹروں اور دیگر صحت کی دیکھ بھال کرنے والے پیشہ ور افراد کا ایک گروپ ہے جن کی ادائیگی Medicare کے ذریعے کی جاتی ہے تاکہ Medicare کے ساتھ لوگوں کی دیکھ بھال کے معیار کو بہتر بنایا جاسکے۔ Livanta ایک خود مختار تنظیم ہے۔ اس کا ہمارے پلان سے کوئی تعلق نہیں ہے۔

آپ کو ان میں سے کسی بھی صورت میں Livanta سے رابطہ کرنا چاہیئے:

- آپ کو دیکھ بھال کے معیار کے بارے میں شکایت کرنی ہے۔ نگہداشت کے معیار کے خدشات کی مثالوں میں غلط دوائیں لینا، غیر ضروری ٹیسٹ یا طریقہ کار، یا غلط تشخیص شامل ہیں۔
- آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے ہسپتال میں قیام کی کوریج بہت جلد اختتام پذیر ہو رہی ہے۔
- آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی گھر میں صحت کی دیکھ بھال، ہنر مند نرسنگ کی سہولت میں دیکھ بھال یا جامع بیرونی مریضوں کی بحالی کا مرکز (CORF) کی سروسز کے لیے کوریج بہت جلد ختم ہو رہی ہے۔

**Livanta (New York) کی معیار میں بہتری کی تنظیم) - رابطے کی معلومات**

کال کریں	(866) 815-5440
TTY	پیر سے جمعہ مقامی وقت کے مطابق صبح 9:00 بجے سے شام 5:00 بجے تک؛ ہفتہ، اتوار اور چھٹیوں کے دن مقامی وقت کے مطابق صبح 10:00 بجے سے شام 4:00 بجے تک۔
خط لکھیں	711: اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔ Livanta BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ویب سائٹ	<a href="https://www.livantaqio.cms.gov/">https://www.livantaqio.cms.gov/</a>

## سوشل سکیورٹی

## سیکشن 5

سوشل سکیورٹی Medicare کی اہلیت کا تعین کرتی ہے اور اس کے اندراج کو منظم کرتی ہے۔

سوشل سکیورٹی اس بات کا تعین کرنے کی بھی ذمہ دار ہے کہ کن افراد کو اپنی حصہ D کی دوا کی کوریج کے لیے اضافی رقم ادا کرنا ہو گی کیونکہ ان کی آمدنی زیادہ ہے۔ اگر آپ نے سوشل سکیورٹی سے کوئی خط موصول کیا ہے جس میں آپ کو اضافی رقم ادا کرنے کا کہا گیا ہے اور آپ کے رقم کے حوالے سے سوالات ہیں یا کسی زندگی میں تبدیلی لانے والے واقعے کی وجہ سے آپ کی آمدنی میں کمی واقع ہوئی ہے، تو آپ سوشل سکیورٹی کو کال کر کے نظر ثانی کی درخواست کر سکتے ہیں۔

اگر آپ اپنا میلنگ ایڈریس منتقل کرتے ہیں یا تبدیل کرتے ہیں، تو سوشل سکیورٹی سے رابطہ کر کے انہیں مطلع کریں۔

## سوشل سکیورٹی - رابطے کی معلومات

1-800-772-1213	کال کریں
ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔	
صبح 8 بجے سے شام 7 بجے تک، پیر سے جمعہ تک دستیاب۔	
ریکارڈ شدہ معلومات حاصل کرنے کے لیے سوشل سکیورٹی کی خودکار ٹیلی فون سروسز کا استعمال کریں اور 24 گھنٹے کچھ کاروبار کریں۔	
1-800-325-0778	TTY
اس نمبر کو خصوصی ٹیلی فون کا سامان درکار ہوتا ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہوتا ہے۔	
ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔	
صبح 8 بجے سے شام 7 بجے تک، پیر سے جمعہ تک دستیاب۔	
www.SSA.gov	ویب سائٹ

## Medicaid

## سیکشن 6

Medicaid وفاقی اور ریاستی حکومت کا ایک مشترکہ پروگرام ہے جو محدود آمدنیوں اور وسائل والے مخصوص افراد کی طبی اخراجات کے حوالے سے مدد کرتا ہے۔ ہر ریاست طے کرتی ہے کہ آمدنی اور وسائل کے طور پر کیا شمار ہوتا ہے، کون اہل ہے، کن سروسز کو کوور کیا جاتا ہے، اور سروسز کے اخراجات کیا ہیں۔ ریاستیں یہ بھی طے کر سکتی ہیں کہ وہ اپنے پروگرام کو کس طرح چلائیں گی تاوقتیکہ وہ وفاقی ہدایات کی پیروی کرتی ہوں۔

علاوہ ازیں، Medicaid کے ذریعے ایسے پروگرامز کی پیشکش کی جاتی ہے جو Medicare کے حامل افراد کی ان کے Medicare کے اخراجات، جیسے کہ Medicare پریمیمز کی ادائیگی میں مدد کرتے ہیں۔ یہ "Medicare سیونگ پروگرامز" محدود آمدنی اور وسائل والے افراد کی ہر سال پیسوں کی بچت میں مدد کرتے ہیں:

- مکمل وظیفہ دوہری اہلیت (FBDE): کبھی کبھار ممکن ہے کہ افراد Medicare کے لاگت کے اشتراک کی محدود کوریج، نیز مکمل Medicaid کے وظائف دونوں کے لیے اہل قرار پائیں۔
- کوالیفائیڈ Medicare بینیفیشری (QMB+): Medicare حصہ A اور حصہ B کے پریمیمز، اور دیگر اخراجات کے اشتراک (جیسے کٹوتیوں، مشترکہ انشورنس، اور مشترکہ ادائیگیوں) کی ادائیگی میں مدد کرتا ہے۔ یہ افراد Medicaid کے مکمل وظائف کے اہل بھی ہیں۔

اس منصوبے کا ممبر بننے کے لیے، آپ کا Medicare اور Medicaid دونوں میں اندراج ہونا چاہیئے اور آپ کو اندراج کے وقت منصوبے کی اہلیت کے تمام دیگر تقاضوں پر پورا اترنا چاہیئے۔

اگر آپ کو Medicaid سے ملنے والی مدد کے بارے میں سوالات ہیں، تو رابطہ کریں۔

<b>New York State Medicaid پروگرام - رابطے کی معلومات</b>	
9:00AM-1:00PM ہفتہ، 8:00AM-8:00PM پیر تا جمعہ 1-800-541-2831	کال کریں
711	TTY
اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔	
Human Resources Administration Claremont Avenue, 7th Floor 505 New York, NY 11238 آپ اپنے مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات (LDSS) کو خط لکھ سکتے ہیں۔ اپنے LDSS کا پتہ یہاں سے حاصل کریں: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm</a>	خط لکھیں
<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>	ویب سائٹ
Nassau کاؤنٹی کے اراکین مقامی محکمہ برائے سماجی سروسز سے رابطہ کر سکتے ہیں۔	
<b>Nassau کاؤنٹی کا محکمہ برائے سماجی سروسز</b>	
(516) 227-7474	کال کریں
Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656	خط لکھیں
<a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a>	ویب سائٹ
Westchester کاؤنٹی کے اراکین مقامی محکمہ برائے سماجی سروسز سے رابطہ کر سکتے ہیں۔	
<b>Westchester کاؤنٹی کا محکمہ برائے سماجی سروسز</b>	
(914) 995-3333	کال کریں
White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201	خط لکھیں
<a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a>	ویب سائٹ
انڈیپنڈنٹ کنزیومر ایڈووکیسی نیٹ ورک (ICAN) میں اندراج شدہ لوگوں کی خدمت یا بلنگ کے مسائل میں مدد کرتا ہے۔ وہ آپ کی ہمارے منصوبے کے حوالے سے شکایت یا اپیل فائل کرنے میں مدد کر سکتے ہیں۔ یہ محتسب ہمارے Health and Recovery Plan (HARP) میں اندراج کرنے والوں کی مدد کر سکتا ہے، اور ہمارے Medicaid Managed Care (MMC) پلان میں اندراج کرنے والوں کی مدد کر سکتا ہے جو طویل مدتی خدمات اور معاونت حاصل کرتے ہیں۔	
<b>خودمختار صارفی وکالتی نیٹ ورک (ICAN) — رابطے کی معلومات</b>	
1-844-614-8800 پیر سے جمعہ۔ 9:00 AM - 5:00 PM	کال کریں
711	TTY
اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔	

خودمختار صارفی وکالتی نیٹ ورک (ICAN) — رابطے کی معلومات	
<p>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: ican@cssny.org</p>	خط لکھیں
<p>www.icannys.org</p>	ویب سائٹ
<p>کمیونٹی ہیلتھ ایڈووکیٹس (CHA) Medicaid میں اندراج یافتہ لوگوں کو سروس یا بلنگ کے مسائل کے حوالے سے مدد دیتا ہے۔ وہ آپ کی ہمارے منصوبے کے حوالے سے شکایت یا اپیل فائل کرنے میں مدد کر سکتے ہیں۔</p>	
کمیونٹی ہیلتھ ایڈووکیٹس (CHA) — رابطے کی معلومات	
<p>AM - 5:00 PM 9:00 جمعہ۔ 1-844-614-8800 پیر سے</p>	کال کریں
<p>711</p>	TTY
<p>اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔</p>	
<p>کمیونٹی ہیلتھ ایڈووکیٹس (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: cha@cssny.org</p>	خط لکھیں
<p>www.communityhealthadvocates.org</p>	ویب سائٹ
کمیونٹی ہیلتھ ایکسیس ٹو ایڈکشن اینڈ مینٹل ہیلتھ کیئر پروجیکٹ (CHAMP) - رابطہ کی معلومات	
<p>AM - 4:00 PM 9:00 جمعہ۔ 1-888-614-5400 پیر۔ بدھ صبح 9:00 سے شام 7:00 بجے تک، جمعرات سے</p>	کال کریں
<p>711</p>	TTY
<p>اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔</p>	
<p>کمیونٹی ہیلتھ ایکسیس ٹو ایڈکشن اینڈ مینٹل ہیلتھ کیئر پروجیکٹ (CHAMP) کمیونٹی سروس سوسائٹی آف نیویارک 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: ombuds@oasas.ny.gov</p>	خط لکھیں
<p>www.champny.org</p>	ویب سائٹ
<p>New York State Long Term Care Ombudsman پروگرام لوگوں کی نرسنگ ہومز کے متعلق معلومات جمع کرنے میں اور نرسنگ ہومز اور رہائشیوں یا ان کے خاندانوں کے مابین مسائل کو حل کرنے میں مدد دیتا ہے۔</p>	

**New York State** طویل مدتی دیکھ بھال کا Ombudsman پروگرام - رابطے کی معلومات

AM – 4:00 PM 8:00 جمعہ - 1-855-582-6769 پیر سے	کال کریں
2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 EMAIL: ombudsman@aging.ny.gov	خط لکھیں
<a href="http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>	ویب سائٹ

**سیکشن 7** لوگوں کو نسخے کی ادویات کی ادائیگی میں مدد کرنے کے لیے پروگرام

میڈیکینر ویب سائٹ ([www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) کے پاس آپ کے نسخے کی ادویات کے اخراجات کو کم کرنے کے طریقوں کے بارے میں معلومات ہیں۔ ذیل کے پروگرام محدود آمدنی والے لوگوں کی مدد کر سکتے ہیں۔

**Medicare کی جانب سے Extra Help**

چونکہ آپ Medicaid کے اہل ہیں، آپ اپنے نسخے کی دوائی کے پلان کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے Medicare سے Extra Help کے اہل ہیں اور یہ آپ کو مہیا کرایا جاتا ہے۔ یہ Extra Help حاصل کرنے کے لیے آپ کو مزید کچھ کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اگر "اضافی مدد (Extra Help)" کے حوالے سے آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو کال کریں:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) پر کال کر کے دستیاب ہے۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔
- سوشل سکیورٹی دفتر کو 1-800-772-1213 پر، صبح 8 بجے تا شام 7 بجے کے درمیان، پیر تا جمعہ کال کریں۔ TTY صارفین 1-800-325-0778 پر کال کریں۔
- آپ کا ریاستی Medicaid کا دفتر (رابطے کی معلومات کے لیے اس باب کا سیکشن 6 دیکھیں)۔

اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ فارمیسی میں اپنے نسخے کے لیے غلط رقم ادا کر رہے ہیں، تو ہمارے پلان میں آپ کی مناسب ادائیگی کی رقم کا ثبوت حاصل کرنے میں آپ کی مدد کرنے کا عمل ہے۔ اگر آپ کے پاس پہلے سے ہی صحیح رقم کا ثبوت ہے، تو ہم اس ثبوت کو ہمارے ساتھ شیئر کرنے میں آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔

- بہترین دستیاب ثبوت (BAE) - <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae> ویب پر دستیاب ہے۔ BAE کا استعمال ایک ممبر کی کم آمدن کی رعایت کے تعین کی خاطر کیا جاتا ہے۔ ہمارا ممبر سروسز کا شعبہ اور فارمیسی کا شعبہ ان صورتوں کی نشان دہی کرتا ہے جہاں BAE پالیسی کا اطلاق ہوتا ہے۔ ممبرز اہلیت کو قائم کرنے کے لیے باب 2 میں درج فہرست ممبر سروسز کے پتے پر BAE کی دستاویزات ارسال کر سکتے ہیں۔ علاوہ ازیں اگر آپ کے سوالات ہوں تو آپ ممبر سروسز سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ ثبوت کی قابل قبول اقسام یہ ہیں:
  - SSA ایوارڈ کا خط
  - ایوارڈ کا نوٹس
  - اضافی سکیورٹی آمدن

جب ہمیں صحیح ادائیگی کی سطح کو ظاہر کرنے والے ثبوت ملتے ہیں، تو ہم اپنے سسٹم کو اپ ڈیٹ کر دیں گے تاکہ جب آپ اپنا اگلا نسخہ حاصل کریں تو آپ صحیح ادائیگی کی رقم ادا کر سکیں۔ اگر آپ اپنی کوپیمنٹ کی زائد ادائیگی کرتے ہیں، تو ہم آپ کو یا تو چیک کے ذریعے یا مستقبل میں کوپیمنٹ کریڈٹ کے ذریعے ادائیگی کریں گے۔ اگر فارمیسی نے آپ کی ادائیگی جمع نہیں کی اور آپ پر ان کا قرض واجب الادا ہے، تو ہم براہ راست فارمیسی کو ادائیگی کر سکتے ہیں۔ اگر ریاست نے آپ کی جانب سے ادائیگی کی ہے، تو ہم ریاست کو براہ راست ادائیگی کر سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔

ہمارے زیادہ تر ممبران اس کے لیے اہل ہیں اور وہ پہلے سے ہی Medicare سے اضافی مدد حاصل کر رہے ہیں تاکہ وہ اپنے نسخے کی دوائیوں کے منصوبے کے اخراجات ادا کر سکیں۔ اگر آپ کے پاس اضافی مدد (Extra Help) اور ریاستی فارماسوٹیکل اسسٹنس پروگرام (SPAP) کی جانب سے کوریج موجود ہو تو کیا ہو گا؟

بہت سی ریاستیں نسخے، ادویات کے پلان کے پریمیم اور/یا دوائی کے دیگر اخراجات کی ادائیگی میں مدد کی پیشکش کرتی ہیں۔ اگر آپ ریاستی فارماسیوٹیکل اسسٹنس پروگرام (SPAP) میں اندراج یافتہ ہوں، تو Medicare کا اضافی مدد (Extra Help) (کا پروگرام) پہلے ادائیگی کرتا ہے۔

### EPIC (ایڈٹری فارماسیوٹیکل انشورنس کوریج) (New York) ریاستی فارماسیوٹیکل امدادی پروگرام) - رابطے کی معلومات

کال کریں	(800) 332-3742
خط لکھیں	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
ویب سائٹ	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/epic/">https://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

اگر آپ کے پاس اضافی مدد (ADAP) Extra Help) دوا کے امدادی پروگرام (ADAP) کی جانب سے کوریج ہو تو اس صورت میں کیا ہوتا ہے؟

ایڈٹری ڈرگ اسسٹنس پروگرام (ADAP) ایچ آئی وی/ایڈز سے متاثر لوگوں کو زندگی بچانے والی ایچ آئی وی ادویات تک رسائی میں مدد کرتا ہے۔ Medicare پارٹ D کی دوائی جو ADAP فارمولری میں بھی شامل ہیں، وہ ریاست نیو یارک کے لیے مخصوص ADAP معلومات کے ذریعے نسخے کی لاگت میں اشتراک میں مدد کے لیے اہل ہیں۔

نوٹ کریں: آپ کی ریاست میں ADAP کے اہل ہونے کے لیے، لوگوں کو کچھ معیارات پر پورا اترنا چاہیے، بشمول ریاستی رہائش اور ایچ آئی وی کی حیثیت کا ثبوت، کم آمدنی (جیسا کہ ریاست کی طرف سے وضاحت کی گئی ہے)، اور غیر بیمہ شدہ/کم بیمہ شدہ حیثیت۔ اگر آپ پلان بدلتے ہیں تو اپنے مقامی ADAP اندراج کارکن کو مطلع کریں تاکہ آپ مدد حاصل کرنا جاری رکھ سکیں۔ اہلیت کے معیار، احاطہ شدہ ادویات، یا پروگرام میں اندراج کرنے کے طریقہ کے بارے میں معلومات کے لیے، (800) 542-2437 یا 1-844-682-4058 پر کال کریں۔

### ریاستی فارماسیوٹیکل اسسٹنس پروگرام

بہت سی ریاستوں میں اسٹیٹ فارماسیوٹیکل اسسٹنس پروگرام ہیں جو لوگوں کو مالی ضرورت، عمر، طبی حالت، یا معذوری کی بنیاد پر نسخے کی ادویات کی ادائیگی میں مدد کرتے ہیں۔ ہر ریاست کے اپنے ممبران کو دوا کی کوریج فراہم کرنے کے مختلف اصول ہوتے ہیں۔ نیو یارک ریاست میں، اسٹیٹ فارماسیوٹیکل اسسٹنس پروگرام EPIC (اولڈری فارماسیوٹیکل انشورنس کوریج) ہے۔

### EPIC (ایڈٹری فارماسیوٹیکل انشورنس کوریج) (New York) ریاستی فارماسیوٹیکل امدادی پروگرام) - رابطے کی معلومات

کال کریں	(800) 332-3742
خط لکھیں	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
ویب سائٹ	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/epic/">https://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

### میڈی کیئر نسخے کی ادائیگی کا پلان

Medicare نسخے کی ادائیگی کا منصوبہ ایک ادائیگی کا اختیار ہے جو آپ کی موجودہ دوا کوریج کے ساتھ کام کرتا ہے تاکہ کیلنڈر سال (جنوری - دسمبر) میں پھیلانے کے ذریعے آپ کو ہمارے منصوبے میں شامل ادویات کے لیے اپنی جیب سے اخراجات کا انتظام کرنے میں مدد ملے۔ Medicare دوا کا پلان یا Medicare ہیلتھ پلان کے ساتھ دوا کوریج (جیسے دوا کوریج والا Medicare Advantage پلان) کا حامل کوئی بھی شخص اس ادائیگی کے اختیار کا استعمال کر سکتا ہے۔ ادائیگی کا یہ آپشن آپ کو اپنے اخراجات کا نظم کرنے میں مدد کر سکتا ہے، لیکن یہ آپ کو پیسے نہیں بچاتا ہے یا آپ کے منشیات کے اخراجات کو کم نہیں کرتا ہے۔ اگر آپ Medicare کے نسخے کی ادائیگی کے پلان میں حصہ لے رہے ہیں اور اسی Part D پلان میں رہتے ہیں تو آپ کی شرکت 2026 کے لیے خود بخود تجدید ہو جائے

گی۔ Medicare کی جانب سے Extra Help اور آپ کے SPAP اور ADAP کی جانب سے مدد، اہل ہونے والوں کے لیے، Medicare کے نسخے کی ادائیگی کے پلان میں شرکت سے زیادہ فائدہ مند ہے۔ ادائیگی کے اس اختیار کے بارے میں مزید جاننے کے لیے، ہمیں 833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یا [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ملاحظہ کریں۔

### Medicare نسخے کی ادائیگی کا منصوبہ - رابطے کی معلومات

کال کریں	(833) 671-0440
	ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ اوقات: 1 اکتوبر - 31 مارچ، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، ہفتے کے 7 دن۔ 1 اپریل - 30 ستمبر، سوموار تا جمعہ مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک۔
	ممبر سروسز (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کرتے ہیں) میں غیر انگریزی بولنے والوں کے لئے مفت زبان کی ترجمانی کی خدمات بھی ہیں۔
TTY	711
	اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔
	ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ اوقات: 1 اکتوبر - 31 مارچ، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، ہفتے کے 7 دن۔ 1 اپریل - 30 ستمبر، سوموار تا جمعہ مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک۔
فیکس	(310) 507-6186
خط لکھیں	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
ویب سائٹ	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

### سیکشن 8 ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ (RRB)

ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ ایک آزاد وفاقی ایجنسی ہے جو ملک کے ریل روڈ کارکنان اور ان کے خاندانوں کے لیے وظیفے کے جامع پروگرامز کا بندوبست کرتی ہے۔ اگر آپ ریلوے ریٹائرمنٹ بورڈ کے ذریعے میڈیکل حاصل کرتے ہیں، تو اپنا میلنگ ایڈریس منتقل یا تبدیل کرنے پر انہیں اطلاع دیں۔ ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ سے اپنے فوائد کے بارے میں سوالات کے لیے، ایجنسی سے رابطہ کریں۔

### ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ - رابطے کی معلومات

کال کریں	1-877-772-5772
	ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔
	RRB کے نمائندے کے ساتھ صبح 9 بجے سے دوپہر 3:30 بجے، پیر، منگل، جمعرات اور جمعہ اور بدھ کو صبح 9 بجے سے دوپہر 12 بجے تک بات کرنے کے لیے "0" کو دبائیں۔
	خودکار RRB ہیلپ لائن تک رسائی حاصل کرنے کے لیے "1" دبائیں اور ہفتے کے آخر اور تعطیلات سمیت 24 گھنٹے ریکارڈ شدہ معلومات حاصل کریں۔

1-312-751-4701

TTY

اس نمبر کے لیے ٹیلی فون کے خصوصی آلات کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری ہوتی ہے۔  
اس نمبر پر کالز مفت نہیں ہیں۔

<https://RRB.gov>

ویب سائٹ

## کیا آپ کے پاس آجر کی جانب سے گروپ انشورنس یا دوسری کوئی ہیلتھ انشورنس ہے؟

سیکشن 9

اگر آپ (یا آپ کے شریک حیات یا گھریلو ساتھی) کو اپنے (یا آپ کے شریک حیات یا گھریلو ساتھی کے) آجر یا ریٹائر ہونے والے گروپ سے اس پلان کے حصے کے طور پر فوائد حاصل ہوتے ہیں، تو کسی بھی قسم کا سوال پوچھنے کے لیے آجر/یونین بینیفٹس ایڈمنسٹریٹر یا ممبر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کریں۔ آپ اپنے (یا اپنے شوہر یا اپنی بیوی یا گھریلو پارٹنر کے) آجر یا ریٹائر فرد کے صحت کے وظائف، پرمیمز، یا اندراج کے دورانیے کے متعلق پوچھ سکتے ہیں۔ (ممبر سروسز کے فون نمبرز اس دستاویز کے پچھلے کور پر پرنٹ کیے گئے ہیں۔) آپ اس پلان کے تحت ملنے والے اپنے Medicare کوریج کے بارے میں کوئی سوال پوچھنے کے لیے (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE پر کال کر سکتے ہیں۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔

اگر آپ (یا آپ کے شریک حیات یا گھریلو ساتھی) کو آجر یا ریٹائر ہونے والے لوگوں کے گروپ سے ادویات کی دیگر کوریج فراہم کی گئی ہے، تو اس گروپ کے بینیفٹس ایڈمنسٹریٹر سے رابطہ کریں۔ بینیفٹس ایڈمنسٹریٹر آپ کو یہ سمجھنے میں مدد کر سکتا ہے کہ آپ کی موجودہ ادویات کی کوریج ہمارے پلان کے ساتھ کیسے کام کرے گی۔

## باب 3:

# منصوبے کو اپنی طبی اور دیگر کوورڈ سروسز کے لیے استعمال کرنا

## سیکشن 1 ہمارے پلان کے ممبر کے طور پر طبی دیکھ بھال اور دیگر خدمات کیسے حاصل کریں

یہ باب وضاحت کرتا ہے کہ آپ کو اپنی طبی دیکھ بھال اور دیگر خدمات کا احاطہ کرنے کے لیے ہمارے منصوبے کو استعمال کرنے کے بارے میں کیا جاننے کی ضرورت ہے۔ ہمارا منصوبہ کن طبی دیکھ بھال اور دیگر خدمات کا احاطہ کرتا ہے اس کی تفصیلات کے لیے، باب 4 میں طبی فوائد کے چارٹ پر جائیں۔

### سیکشن 1.1 نیٹ ورک فراہم کنندگان اور کور شدہ خدمات

- **فراہم کنندگان ڈاکٹرز اور نگہداشت صحت کے دیگر پیشہ ور افراد ہیں جو طبی خدمات اور نگہداشت فراہم کرنے کے لیے ریاست کی جانب سے لائسنس یافتہ ہیں۔** فراہم کنندگان کی اصطلاح میں ہسپتال اور نگہداشت صحت کے دیگر مراکز بھی شامل ہیں۔
- **نیٹ ورک فراہم کنندگان وہ ڈاکٹرز اور صحت کی نگہداشت کے دیگر پیشہ ور افراد، طبی گروپس، ہسپتال، اور دیگر نگہداشت صحت کے مراکز ہیں جن کا ہمارے ساتھ ہماری ادائیگی کو مکمل ادائیگی کے طور پر قبول کرنے کا معاہدہ ہے۔** ہم نے ان فراہم کنندگان کے لیے اپنے پلان میں ممبران کو کور شدہ خدمات فراہم کرنے کا بندوبست کیا۔ ہمارے نیٹ ورک میں موجود فراہم کنندگان آپ کو دی جانے والی نگہداشت کا بل براہ راست ہمیں ارسال کرتے ہیں۔ جب آپ کسی نیٹ ورک فراہم کنندہ سے ملاقات کرتے ہیں، تو آپ کوورڈ سروسز کے لیے کوئی ادائیگی نہیں کرتے۔
- **کوورڈ سروسز میں وہ تمام طبی دیکھ بھال، صحت کی دیکھ بھال کی خدمات، سپلائیز کا ساز و سامان، اور نسخے کی ادویات شامل ہیں جو ہمارے منصوبے کی جانب سے کور شدہ ہیں۔** طبی نگہداشت کے لیے آپ کے پلان میں کور کی گئیں خدمات کی فہرست باب 4 کے طبی فوائد کے چارٹ میں درج ہیں۔ نسخے کی ادویات کے لیے آپ کی کوورڈ سروسز کے متعلق باب 5 میں بات کی گئی ہے۔

### سیکشن 1.2 آپ کی طبی نگہداشت اور دیگر خدمات کے بنیادی اصول جو ہمارے پلان میں شامل ہیں۔

ایک Medicare اور Medicaid کے ہیلتھ پلان کے طور پر، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کو Original Medicare کی جانب سے کوورڈ تمام سروسز کو کور کرنا ہو گا اور یہ Original Medicare کے تحت کوورڈ سروسز کے علاوہ دیگر سروسز کی بھی پیشکش کر سکتا ہے۔

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) عام طور پر تب تک آپ کی طبی دیکھ بھال کو کور کرے گا جب تک کہ:

- آپ کو مہیا کرائی جانے والے نگہداشت کی خدمات کی تفصیلات باب 4 میں ہمارے پلان کے طبی فوائد کے چارٹ میں شامل ہیں۔
- **طبی طور پر دیکھ بھال کی جن خدمات کو ضروری تصور کیا جاتا ہے وہی آپ کو مہیا کرائی جاتی ہیں۔** طبی اعتبار سے ضروری کا مطلب ہے کہ آپ کی طبی حالت سے بچاؤ، اس کی تشخیص، یا علاج کے لیے سروسز، سپلائیز، ساز و سامان، یا ادویات درکار ہوں اور یہ طبی پریکٹس کے قبول کردہ معیارات پر پورا اترتے ہوں۔
- **آپ کے پاس نیٹ ورک پرائمری کیئر پرووائیڈر (PCP) ہے جو آپ کی دیکھ بھال فراہم کرتا ہے اور اس کی نگرانی کرتا ہے۔** ہمارے پلان کے رکن کے طور پر، آپ کو ایک نیٹ ورک PCP کا انتخاب کرنا ہوگا (مزید معلومات کے لیے سیکشن 2.1 پر جائیں)۔
  - زیادہ تر صورتوں میں، ہمارے پلان میں شامل دیگر فراہم کنندگان، جیسے کہ ماہرین، ہسپتال، ہنرمند نرسنگ سہولیات، یا ہوم ہیلتھ کیئر ایجنسیوں کی خدمات استعمال کرنے سے پہلے، ہمارے پلان کو آپ کو پیشگی منظوری دینا لازمی ہے۔ مزید معلومات کے لیے، سیکشن 2.3 پر جائیں۔
  - آپ کو ہنگامی دیکھ بھال یا فوری طور پر درکار خدمات کے لیے اپنے PCP سے حوالہ جات کی ضرورت نہیں ہے۔ دیگر قسم کی دیکھ بھال کے بارے میں جاننے کے لیے جو آپ اپنے PCP سے پیشگی منظوری لیے بغیر حاصل کر سکتے ہیں، سیکشن 2.2 پر جائیں۔

- آپ کو اپنی دیکھ بھال نیٹ ورک فراہم کنندہ سے حاصل کرنی چاہیے (سیکشن 2 دیکھیں)۔ زیادہ تر معاملات میں، نیٹ ورک سے باہر فراہم کنندہ (ایک ایسا فراہم کنندہ جو ہمارے پلان کے نیٹ ورک کا حصہ نہیں ہے) سے آپ کو ملنے والی دیکھ بھال کا احاطہ نہیں کیا جائے گا۔ اس کا مطلب ہے کہ آپ کو فراہم کنندہ کو ان خدمات کے لیے مکمل ادائیگی کرنی ہوگی۔ یہاں 3 مستثنیات ہیں:
  - ہمارا پلان میں ہنگامی دیکھ بھال یا فوری طور پر درکار ان خدمات کو کور کیا جاتا ہے جو آپ نیٹ ورک سے باہر فراہم کنندہ سے حاصل کرتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے، اور یہ دیکھنے کے لیے کہ کون سی ہنگامی یا فوری ضرورت کی خدمات ہیں، سیکشن 3 پر جائیں۔
  - اگر آپ کو کسی ایسی طبی دیکھ بھال کی ضرورت ہے جس کے لیے Medicare کو ہمارے منصوبے کی کوریج درکار ہو لیکن ہمارے نیٹ ورک میں ایسے کوئی ماہرین نہ ہوں جو یہ نگہداشت فراہم کرتے ہوں، تو آپ کسی بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے یہ نگہداشت لاگت کے اسی اشتراک پر حاصل کر سکتے ہیں جو آپ عام طور پر اندرون نیٹ ورک ادا کرتے ہیں۔ اس صورت میں پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے۔ براہ کرم معاونت کے لیے ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔ اس صورت حال میں، ہم آپ کے لیے بغیر کسی قیمت کے ان خدمات کو کور کریں گے۔ نیٹ ورک سے باہر ڈاکٹر سے ملنے کی منظوری حاصل کرنے کے بارے میں معلومات کے لیے، سیکشن 2.4 پر جائیں۔
  - ہمارا پلان میں گردے کی ڈائلیسز کی خدمات کو کور کیا جاتا ہے جو آپ کو کسی Medicare منظور شدہ ڈائلیسز سینٹر پر ملتی ہیں، جب آپ اپنے پلان کے خدماتی علاقے سے عارضی طور پر باہر ہوں یا جب آپ کا یہ فراہم کنندہ عارضی طور پر حاضر نہ ہو یا آپ اس تک نہ پہنچ سکتے ہوں۔ لاگت کا اشتراک جو آپ ہمارے ڈائلیسز کے پلان کے لیے ادا کرتے ہیں وہ کبھی بھی اصل Medicare میں لاگت کے اشتراک سے زیادہ نہیں ہو سکتا۔ اگر آپ ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر ہیں اور ہمارے پلان کے نیٹ ورک سے باہر کسی فراہم کنندہ سے ڈائلیسز کرواتے ہیں، تو آپ کی لاگت کا اشتراک اس لاگت کے اشتراک سے زیادہ نہیں ہو سکتا جو آپ نیٹ ورک میں ادا کرتے ہیں۔ تاہم، اگر ڈائلیسز کے لیے آپ کا معمول کے اندر نیٹ ورک فراہم کنندہ عارضی طور پر دستیاب نہیں ہے اور آپ ہمارے سروس ایریا کے اندر ہمارے پلان کے نیٹ ورک سے باہر کسی فراہم کنندہ سے خدمات حاصل کرنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو ڈائلیسز کے لیے آپ کی لاگت کا اشتراک زیادہ ہو سکتا ہے۔

## سیکشن 2 طبی دیکھ بھال اور دیگر خدمات حاصل کرنے کے لیے ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں فراہم کنندگان کا استعمال کریں۔

### سیکشن 2.1 سیکشن کی فراہمی اور اس کی نگرانی کے لیے آپ کا ایک بنیادی دیکھ بھال فراہم کرنے والے (PCP) کو منتخب کرنا ضروری ہے

#### PCP کیا ہے اور PCP آپ کے لیے کیا کرتا ہے؟

جب آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر بنتے ہیں، تو آپ کو ایک بنیادی دیکھ بھال فراہم کنندہ (PCP) کا انتخاب کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ آپ کا PCP ایک لائسنس یافتہ فراہم کنندہ ہوتا ہے جو ریاست کے تقاضوں کو پورا کرتا ہے اور آپ کو بنیادی طبی دیکھ بھال دینے کے لیے تربیت یافتہ ہوتا ہے۔

آپ کا PCP ایک New York State کا خاندانی طب، غیر جراحی طب، طب پیری، طب بالغان یا خاندانی طبی معالج، یا ایک طب پیرا کانسولٹیشنر ہوتا ہے۔ آپ اپنی روز مرہ کی یا عام نگہداشت اپنے PCP سے حاصل کریں گے۔ آپ کا PCP ان بقیہ کوورڈ سروسز کو بھی مربوط کرے گا جو آپ منصوبے کے ممبر کے طور پر حاصل کرتے ہیں۔ اس میں ایکس ریز، لیبارٹری کے ٹیسٹس، تھیراپیز، ماہرین کی جانب سے نگہداشت، ہسپتالوں میں داخلے اور نگہداشت مابعد علاج شامل ہیں۔ آپ کی سروسز کے "رابطہ" میں دیگر منصوبے کے فراہم کنندگان سے آپ کی نگہداشت کے متعلق جاننا یا اس پر مشاورت کرنا بھی شامل ہے۔ کچھ صورتوں میں، آپ کے PCP کو ہم سے پیشگی اجازت (پیشگی منظوری) لینے کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ باب 4 میں موجود فوائد چارٹ یہ دکھاتا ہے کہ کن سروسز کو منصوبے سے پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے۔ آپ کا PCP ضروری اجازت لینے کے لیے Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) سے رابطہ کرے گا۔ چونکہ آپ کا PCP آپ کی طبی دیکھ بھال کو فراہم اور مربوط کرے گا، اس لیے آپ کو اپنے ماضی کے تمام طبی ریکارڈز اپنے PCP کے دفتر کو ارسال کر دینے چاہئیں۔

#### PCP کا انتخاب کیسے کریں۔

جب آپ ہمارے منصوبے میں شامل ہوں گے تو آپ سے ایک PCP منتخب کرنے کا کہا جائے گا۔ جس PCP سے آپ ابھی ملتے ہیں، ہو سکتا ہے کہ وہ پہلے ہی Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) نیٹ ورک کا حصہ ہو۔ جب آپ ہمارے منصوبے

کے لیے درخواست دیں گے، تو ہم پتہ لگائیں گے کہ آیا آپ کا PCP ہمارے منصوبے کا حصہ ہے یا نہیں۔ اگر آپ کا ڈاکٹر Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کا حصہ نہیں ہے، تو آپ کو ہمارے نیٹ ورک میں سے ایک نیا منتخب کرنے اور ایک اپائنٹمنٹ طے کر کے اُس ڈاکٹر سے جلد از جلد ملنے کی ضرورت ہوگی۔

آپ سائن اپ کرتے وقت Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کی فراہم کنندہ اور فارمیسی کی ڈائریکٹری سے اپنا PCP منتخب کر سکتے ہیں۔ فراہم کنندگان کی حالیہ ترین فہرست کے لیے، ہماری ویب سائٹ پر فراہم کنندہ تلاش کریں کا سرچ ٹول استعمال کریں۔ آپ اس کتابچے کی پشت پر موجود ٹول فری نمبر پر ممبر سروسز سے بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کے ایریا میں موجود PCPs کے ناموں کا جائزہ لیں گے، آپ جن دوسرے ڈاکٹروں سے ملتے ہیں ان کے متعلق پوچھیں گے اور یہ بھی پوچھیں گے کہ آپ کن ہسپتالوں میں جاتے ہیں۔ آپ سے PCP کا نام اپنی اندراج کی درخواست پر لکھنے کا کہا جائے گا۔ آپ اپنا PCP کسی بھی وقت تبدیل کر سکتے ہیں۔

### اپنے PCP کو کیسے تبدیل کریں۔

آپ کسی بھی وجہ سے، کسی بھی وقت اپنا PCP تبدیل کر سکتے ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ آپ کا PCP ہمارے پلان کے فراہم کنندگان کے نیٹ ورک کو چھوڑ دے، اور آپ کو ایک نیا PCP منتخب کرنا ہوگا۔

"Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے پاس کنٹینیوٹی آف کیئر (COC) پالیسی ہے جو آپ کو درج ذیل حالات میں غیر معاہدہ شدہ معالجین تک رسائی جاری رکھنے کی اجازت دیتی ہے:

### اگر آپ نئے ممبر ہیں، تو آپ 90 دن تک علاج جاری رکھ سکتے ہیں:

- اگر آپ کسی غیر معاہدہ یافتہ پریکٹیشنر/پریکٹیشنرز سے اُس وقت علاج کروا رہے ہیں کہ جب آپ کا اندراج ہوا۔
  - اگر آپ کے پاس موجود DME سازوسامان ہے - Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ضروری DME تک رسائی اور غیر معاہدہ شدہ فراہم کنندگان سے مرمت کو یقینی بنائے گا۔
  - اگر آپ حاملہ ہیں تو آپ کو بعد از ولادت کی سروسز مکمل ہو جانے یا کسی اور فراہم کنندہ تک محفوظ منتقلی کی خاطر اس سے زیادہ دورانیے تک نگہداشت کا تسلسل حاصل ہوگا۔
- اگر آپ موجودہ ممبر ہیں تو، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) اور آپ کے معالج یا مرکز کے درمیان معاہدہ ختم ہونے کی صورت میں، آپ کو جاری خدمات کے لیے زیادہ سے زیادہ ایک سال تک تسلسل نگہداشت کی سہولت مل سکتی ہے، بشرطیکہ مندرجہ ذیل شرائط پوری ہوں:

- سروسز آپ کے وظائف کا حصہ ہوں۔
- فراہم کنندہ سے انقطاع دیکھ بھال کے معیار کے مسائل کے سبب نہ ہوا ہو۔
- فراہم کنندہ آپ کا معائنہ کرتے رہنے پر اتفاق کرے۔
- فراہم کنندہ نے ریگولٹری درکار نرخ قبول کرنے پر اتفاق کیا ہو۔

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کا عملہ، آپ کے غیر معاہدہ شدہ معالج کے ساتھ مل کر کام کرے گا تاکہ یا تو انہیں ایک معاہدہ شدہ فراہم کنندہ کے طور پر Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے نیٹ ورک میں شامل کیا جائے، یا پھر 90 دن کی تسلسل نگہداشت کی مدت کے دوران آپ کی دیکھ بھال (کنیر) کو نیٹ ورک کے اندر موجود کسی معالج کی طرف منتقل کرنے کے لیے آپ اور فراہم کنندہ کے ساتھ تعاون کرے۔ نگہداشت کا تسلسل آپ کے وظائف کی حدود میں رہ کر فراہم کیا جائے گا۔

### پالیسی کے استثنیٰ جات:

1. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کا عملہ، آپ کی کسی بھی غیر معمولی ضرورت کو پورا کرنے کے لیے، 90 دن کی مدت میں حسب ضرورت توسیع کر سکتا ہے۔
2. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)، کسی غیر شرکت کنندہ فراہم کنندہ کی جانب سے جاری نگہداشت کی منظوری نہیں دے گا اگر:

- آپ کو صرف دائمی طبی کیفیت کی نگرانی درکار ہو۔
- پریکٹیشنر کے ساتھ منقطع کردہ معاہدہ ناقابلیت یا نامناسب طرز عمل کے ضمن میں پیشہ ورانہ جائزاتی ایکشن پر مبنی ہو، اور آپ کی فلاح و بہبود کو ممکنہ طور پر خطرہ لاحق ہو۔

## سیکشن 2.2 طبی نگہداشت اور دیگر خدمات جو آپ PCP ریفرل کے بغیر حاصل کر سکتے ہیں

آپ نیچے درج سروسز اپنے PCP سے پیشگی منظوری حاصل کیے بغیر حاصل کر سکتے ہیں۔

- خواتین کی معمول کی صحت کی دیکھ بھال، بشمول چھاتی کا معائنہ، سکریننگ میموگرام (چھاتی کے ایکس رے)، پیپ ٹیسٹ، اور شرونی کا معائنہ
- فلو شائٹس، COVID-19 ویکسین، ہیپاٹائٹس بی ویکسین، اور نمونیا کی ویکسین
- نیٹ ورک کے فراہم کنندگان یا بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان کی طرف سے ہنگامی سروسز
- اشد ضروری پلان سے گور شدہ خدمات ایسی خدمات ہیں جن کے لیے فوری طبی توجہ درکار ہوتی ہے (لیکن ہنگامی نوعیت کی نہیں)، اگر آپ یا تو عارضی طور پر ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر ہیں، یا پھر آپ کے وقت، جگہ اور حالات کے پیش نظر یہ غیر معقول ہو کہ آپ یہ خدمت نیٹ ورک فراہم کنندگان سے حاصل کریں۔ فوری طور پر ضروری خدمات کی مثالوں میں ناگہانی طبی امراض اور چوٹیں، یا کسی موجودہ عارضے کا غیر متوقع طور پر شدت اختیار کر جانا شامل ہے۔ طبی طور پر ضروری معمول کے معالج کے دوروں (جیسے سالانہ طبی معائنہ) کو اشد ضروری نہیں سمجھا جائے گا، خواہ آپ ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر ہوں یا ہمارا پلان نیٹ ورک عارضی طور پر دستیاب نہ ہو۔
- "گردے کی ڈائلیسز کی خدمات جو آپ کسی Medicare سے تصدیق شدہ ڈائلیسز مرکز سے حاصل کرتے ہیں، جب آپ عارضی طور پر ہمارے منصوبے کے سروس ایریا سے باہر ہوں۔ اگر ممکن ہو تو، سروس ایریا چھوڑنے سے پہلے ممبر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کریں تاکہ ہم آپ کے دور ہونے کے دوران مینٹیننس ڈائلیسز کا بندوبست کرنے میں مدد کر سکیں۔

## سیکشن 2.3 ماہرین اور دیگر نیٹ ورک فراہم کنندگان سے کیسے نگہداشت حاصل کریں

ایک ماہر وہ ڈاکٹر ہوتا ہے جو کسی مخصوص بیماری یا جسم کے حصے کے لیے صحت کی دیکھ بھال کی سروسز فراہم کرتا ہے۔ ماہرین کئی اقسام کے ہوتے ہیں۔ مثلاً:

- کینسر کے ماہرین کینسر کے مریضوں کی نگہداشت کرتے ہیں
- ماہرین امراض قلب دل کے امراض میں مبتلا مریضوں کی نگہداشت کرتے ہیں
- ماہر امراض ہڈی و جوڑ ہڈی، جوڑ، اور پٹھوں کی مخصوص بیماریوں والے مریضوں کی نگہداشت کرتے ہیں

آپ کا PCP سروسز کو مربوط کرنے، بشمول حسب موزونیت آپ کو ماہرین اور دیگر نیٹ ورک فراہم کنندگان کے پاس بھیجنے کا ذمہ دار ہے۔ نیٹ ورک ماہرین سے دفتر میں ملاقاتوں کے لیے پیشگی منظوری درکار نہیں ہے۔ اگر آپ کو کوئی ایسا طبی طریقہ کار یا سروس درکار ہے جس کے لیے منصوبے کی پیشگی اجازت درکار ہو، تو آپ کا PCP یا ماہر ہم سے رابطہ کر کے ضروری پیشگی اجازت حاصل کرے گا۔ جن سروسز کو منصوبے کی پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے ان کی نشاندہی اس دستاویز کے باب 4، سیکشن 2.1 میں کی گئی ہے۔ وہ سروسز جن کو منصوبے کی پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے، ان کی مثالوں میں اختیاری (غیر ہنگامی) داخل مریض کی ہسپتال کی دیکھ بھال، ایک ہنر مند نرسنگ کی سہولت میں داخلے، اور گھر میں صحت کی دیکھ بھال شامل ہیں۔

اگر آپ کو عام کاروباری اوقات کے بعد نگہداشت درکار ہو تو، براہ کرم اپنے PCP کو کال کریں۔ یہ معلومات آپ کے Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر شپ شناختی کارڈ پر درج فہرست ہیں۔ اگر آپ کو لگتا ہے کہ یہ کوئی ہنگامی صورتحال ہے، تو فوری طبی امداد طلب کریں۔ مزید معلومات کے لیے، اگلے صفحے پر، سیکشن 3 دیکھیں، (کوورڈ سروسز کیسے حاصل کریں جب آپ کو کوئی ہنگامی صورتحال درپیش ہو یا نگہداشت کی فوری ضرورت ہو)۔

**جب کوئی ماہر معالج یا نیٹ ورک کا کوئی دوسرا فراہم کنندہ ہمارے پلان کو چھوڑ دیتا ہے**

ہم سال کے دوران اپنے پلان کے نیٹ ورک میں ہسپتالوں، ڈاکٹروں اور ماہرین (فراہم کنندگان) میں تبدیلیاں کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کا ڈاکٹر یا ماہر ہمارا پلان چھوڑ دیتا ہے، تو آپ کو یہ حقوق اور تحفظات حاصل ہیں:

- اگرچہ سال کے دوران ہمارے فراہم کنندگان کا نیٹ ورک تبدیل ہو سکتا ہے، لیکن Medicare کا تقاضا ہے کہ آپ کو اہل ڈاکٹروں اور ماہرین تک بلا تعطل رسائی حاصل ہو۔
- ہم آپ کو مطلع کریں گے کہ آپ کا فراہم کنندہ ہمارا پلان چھوڑ رہا ہے تاکہ آپ کے پاس نیا فراہم کنندہ منتخب کرنے کا وقت ہو۔

- اگر آپ کا بنیادی نگہداشت یا طرز عمل سے متعلق صحت فراہم کنندہ ہمارا پلان چھوڑ دیتا ہے، تو ہم آپ کو مطلع کریں گے اگر آپ نے پچھلے 3 سالوں میں اس فراہم کنندہ کا دورہ کیا ہے۔
- اگر آپ کے دیگر فراہم کنندگان میں سے کوئی ہمارا پلان چھوڑ دیتا ہے، تو ہم آپ کو مطلع کریں گے کہ کیا آپ کو فراہم کنندہ کو تفویض کیا گیا ہے، فی الحال ان سے دیکھ بھال کی گئی ہے، یا پچھلے 3 مہینوں میں ان سے ملاقات کی ہے۔
- ہم مسلسل دیکھ بھال کے لیے ایک نئے اہل نیٹ ورک فراہم کنندہ کا انتخاب کرنے میں آپ کی مدد کریں گے۔
- اگر آپ اپنے موجودہ فراہم کنندہ کے ساتھ طبی علاج یا علاج کروا رہے ہیں، تو آپ کو طبی طور پر ضروری علاج یا علاج جاری رکھنے کے لیے کہنے کا حق ہے۔ ہم آپ کے ساتھ کام کریں گے تاکہ آپ دیکھ بھال جاری رکھ سکیں۔
- ہم آپ کو اندراج کے دستیاب ادوار اور آپشنز کے بارے میں معلومات دیں گے جو آپ کے پاس پلان تبدیل کرنے کے لیے ہو سکتے ہیں۔
- جب کوئی ان نیٹ ورک فراہم کنندہ یا فائدہ آپ کی طبی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے دستیاب نہ ہو یا ناکافی ہو، تو ہم اپنے فراہم کنندہ کے نیٹ ورک سے باہر ان نیٹ ورک لاگت کے اشتراک پر طبی لحاظ سے کسی بھی ضروری احاطہ شدہ فائدہ کا بندوبست کریں گے۔ پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔
- اگر آپ کو پتہ چلتا ہے کہ آپ کا ڈاکٹر یا ماہر ہمارا پلان چھوڑ رہا ہے، تو ہم سے رابطہ کریں تاکہ ہم آپ کی دیکھ بھال کا انتظام کرنے کے لیے ایک نیا فراہم کنندہ منتخب کرنے میں آپ کی مدد کر سکیں۔
- اگر آپ کا یہ خیال ہے کہ ہم نے آپ کے پچھلے فراہم کنندہ کی جگہ لینے کے لیے آپ کو کوئی اہل (کو ایفائیڈ) فراہم کنندہ مہیا نہیں کیا ہے یا آپ کی نگہداشت کا مناسب طریقے سے انتظام نہیں کیا جا رہا ہے، تو آپ کو QIO کے پاس کیفیت نگہداشت کی شکایت (Quality-of-Care Complaint) یا ہمارے پلان کے پاس کیفیت نگہداشت کی باضابطہ شکایت درج کروانے کا، یا دونوں کا حق حاصل ہے (باب 9 دیکھیں)۔

## سیکشن 2.4 بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان سے کیسے نگہداشت حاصل کریں

- اگر آپ کو کسی ایسی خصوصی طبی دیکھ بھال کی ضرورت ہے جس کے لیے Medicare یا Medicaid کو ہمارے منصوبے کی کوریج درکار ہو لیکن ہمارے نیٹ ورک میں ایسے کوئی فراہم کنندگان نہ ہوں جو یہ نگہداشت فراہم کرتے ہوں، تو آپ کسی بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے یہ نگہداشت حاصل کر سکتے ہیں۔ اس میں اس فراہم کنندہ کی سروسز شامل ہیں جو آپ کو درکار خصوصی سروس فراہم کرنے کے لیے منفرد طور پر اہل ہے، نیز وہ سروسز بھی جو کسی خصوصی مرکز یا مہارت کے مرکز میں فراہم کی جاتی ہیں (مثلاً ESRD سروسز)۔ کوئی اضافی وظیفے کی پابندیاں نہیں ہیں جن کا ہمارے نیٹ ورک یا سروس ایریا کے باہر اطلاق ہوتا ہو۔
- یا تو آپ کو یا پھر آپ کے PCP کو بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان سے نگہداشت حاصل کرنے سے قبل ہمارے منصوبے سے پیشگی اجازت کے لیے لازمی رابطہ کرنا ہو گا۔ مدد کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔ اگر ہم آپ کو ایک بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے نگہداشت حاصل کرنے کی پیشگی اجازت دیتے ہیں، تو ہم ان سروسز کو ایسے کوور کریں گے گویا آپ نے نگہداشت کسی نیٹ ورک فراہم کنندہ سے حاصل کی ہو۔

یہ بہت اہم ہے کہ آپ کسی بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے ملنے سے قبل ہمارے منصوبے سے پیشگی اجازت حاصل کریں۔ اگر آپ کے پاس منصوبے کی منظوری نہیں ہے، تو ممکن ہے کہ ہمارا منصوبہ ان سروسز کو کوور نہ کرتا ہو۔ اگر فراہم کنندہ چاہتا ہے کہ آپ مزید نگہداشت کے لیے واپس آئیں، تو پہلے اس بات کو یقینی بنانے کے لیے یہ دیکھیں کہ ہمارے منصوبے کی جانب سے دی گئی منظوری بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ سے ایک سے زائد ملاقاتوں کو کوور کرتی ہے۔

**نوٹ کریں:** ممبرز ہنگامی صورتوں یا فوری طور پر ضروری خدمات کے لیے بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان سے سروسز وصول کرنے کے حقدار ہیں۔ اس کے علاوہ، پلان کے تحت ESRD (گردے کے آخری درجے کی بیماری) کے ایسے ممبران کے لیے ڈائلیسز کی خدمات کو بھی کور کرنا ضروری ہے جو ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر سفر کر چکے ہیں اور معاہدہ شدہ ESRD فراہم کنندگان تک رسائی حاصل نہیں کر پا رہے ہیں۔

## سیکشن 3 ایمرجنسی، آفت، یا نگہداشت کی فوری ضرورت میں خدمات کیسے حاصل کی جائیں

### سیکشن 3.1 اگر آپ کو کوئی طبی ہنگامی صورتحال درپیش ہو تو نگہداشت حاصل کرنا

ایک طبی ہنگامی صورتحال تب ہوتی ہے جب آپ کو، یا صحت اور طب کا اوسط علم رکھنے والے کسی عام ہوشیار فرد کو اس بات کا یقین ہو کہ آپ کو لاحق طبی علامات کو فوری طبی توجہ کی ضرورت ہے تاکہ آپ کی زندگی کے خاتمے (اور، اگر آپ ایک حاملہ عورت ہیں، تو نامولود بچے کے ضائع ہونے)، کسی عضو یا عضو کے کام کرنے کی صلاحیت کے ضائع ہونے، یا اس کو شدید نوعیت کا عذر پہنچنے کو روکا جاسکے۔ طبی علامات میں کوئی بیماری، چوٹ، شدید تکلیف، یا کوئی ایسی طبی حالت ہو سکتی ہے جو تیزی سے مزید بگڑتی جا رہی ہو۔

اگر آپ کو کوئی طبی ہنگامی صورتحال درپیش ہو تو:

- جتنا جلدی ممکن ہو مدد حاصل کریں۔ مدد کے لیے 911 پر کال کریں یا قریب ترین ایمرجنسی روم یا ہسپتال جائیں۔ اگر ضرورت ہو تو ایمبولینس کے لیے کال کریں۔ آپ کو پہلے اپنے PCP سے منظوری یا حوالہ لینے کی ضرورت نہیں ہے۔ آپ کو نیٹ ورک ڈاکٹر استعمال کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ یہ ممکن ہے کہ آپ کو جب بھی، United States یا اس کے علاقوں میں کہیں بھی، کوور شدہ ہنگامی طبی دیکھ بھال کی ضرورت ہو تو آپ اسے حاصل کریں اور ایسے فراہم کنندہ سے حاصل کریں جو ریاست کے موزوں لائسنس کا حامل ہو خواہ وہ ہمارے نیٹ ورک کا حصہ نہ ہوں۔
- جتنا جلد ممکن ہو، یقینی بنائیں کہ ہمارے منصوبے کو آپ کی ہنگامی صورتحال کے بارے میں آگاہ کر دیا جائے۔ ہمیں آپ کی ہنگامی دیکھ بھال پر فالو اپ کی ضرورت ہے۔ آپ کو یا کسی اور کو ہمیں کال کر کے آپ کی ہنگامی نگہداشت کے متعلق، عام طور پر 48 گھنٹوں کے اندر بتانا چاہیے۔ براہ کرم ممبر سروسز کو فون نمبر اور دن اور آپریشن کے اوقات پر کال کریں یا وضاحت کریں کہ نمبر کہاں تلاش کرنا ہے (مثلاً، ہمارے پلان ممبر شپ کارڈ کے عقب میں)۔

#### طبی ایمرجنسی میں کوور شدہ خدمات

ہمارا منصوبہ ان صورتوں میں ایمبولینس کی سروسز کو کوور کرتا ہے جب کسی اور طریقے سے ایمرجنسی روم میں جانا آپ کی صحت کو خطرے میں ڈال سکتا ہے۔ ہم ہنگامی صورتحال کے دوران بھی طبی خدمات کو کوور کرتے ہیں۔

آپ کو ہنگامی دیکھ بھال کرنے والے ڈاکٹر فیصلہ کریں گے کہ آپ کی حالت کب مستحکم ہے اور طبی ایمرجنسی کب ختم ہوگی۔

ہنگامی صورتحال کے اختتام کے بعد، آپ فالو اپ نگہداشت کے حقدار ہیں تاکہ یقینی بنایا جاسکے کہ آپ کی کیفیت میں بہتری آنا جاری رہے۔ آپ کے ڈاکٹرز آپ کا علاج جاری رکھیں گے جب تک کہ آپ کے ڈاکٹرز ہم سے رابطہ اور اضافی نگہداشت کے لیے منصوبہ بندی نہیں کرتے۔ آپ کی فالو اپ نگہداشت ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور شدہ ہوگی۔

اگر آپ کی ہنگامی دیکھ بھال بیرون نیٹ ورک فراہم کنندگان کی جانب سے فراہم کی گئی ہے، تو جوں ہی آپ کی طبی حالت اور حالات اجازت دیں گے، ہم نیٹ ورک فراہم کنندگان کی جانب سے آپ کی نگہداشت کا ذمہ اٹھانے کا انتظام کرنے کی کوشش کریں گے۔

#### اگر یہ طبی ہنگامی صورتحال نہیں تھی تو اس صورت میں کیا ہوتا ہے؟

کبھی کبھار یہ جاننا مشکل ہو سکتا ہے کہ آیا آپ کو کوئی طبی ہنگامی صورتحال درپیش ہے۔ مثال کے طور پر، آپ ہنگامی دیکھ بھال میں - یہ سوچتے ہوئے جا سکتے ہیں کہ آپ کی صحت کو سنگین خطرہ لاحق ہے - اور ڈاکٹر یہ کہہ سکتا ہے کہ یہ دراصل کوئی طبی ہنگامی صورتحال نہیں تھی۔ اگر بعد میں یہ ثابت ہو کہ یہ ہنگامی حالت (ایمرجنسی) نہیں تھی، تب بھی اگر آپ نے معقول طور پر یہ سمجھا تھا کہ آپ کی صحت کو شدید خطرہ ہے، تو ہم آپ کے علاج کا خرچہ ادا کریں گے۔

تاہم، جب ڈاکٹر یہ کہہ دے کہ یہ ہنگامی حالت (ایمرجنسی) نہیں تھی، تو ہم مزید علاج کا خرچہ صرف اسی صورت میں دیں گے جب آپ مزید دیکھ بھال ان دو طریقوں میں سے کسی ایک کے تحت حاصل کریں گے:

- آپ اضافی نگہداشت حاصل کرنے کے لیے کسی نیٹ ورک فراہم کنندہ کے پاس جاتے ہیں۔
- جو مزید دیکھ بھال آپ حاصل کرتے ہیں، اسے فوری طور پر درکار خدمات سمجھا جائے اور آپ اس فوری دیکھ بھال کو حاصل کرنے کے لیے نیچے دیے گئے قواعد پر عمل کریں۔

### سیکشن 3.2 اس وقت نگہداشت حاصل کرنا جب آپ کو سروسز کی فوری ضرورت ہو

ایک ایسی سروس جس کے لیے فوری طبی توجہ درکار ہو (لیکن وہ ہنگامی حالت نہ ہو)، اسے 'فوری طور پر درکار سروس' سمجھا جاتا ہے اگر آپ عارضی طور پر ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر ہوں، یا آپ کے وقت، جگہ اور حالات کو دیکھتے ہوئے نیٹ ورک فراہم کنندگان سے یہ سروس حاصل کرنا نامناسب ہو۔ فوری طور پر ضروری خدمات کی مثالوں میں ناگہانی طبی امراض اور چوٹیں، یا کسی موجودہ عارضے کا غیر متوقع طور پر شدت اختیار کر جانا شامل ہے۔ تاہم، طبی طور پر ضروری روٹین فراہم کنندہ کے دورے، جیسے سالانہ چیک اپ، کو فوری طور پر ضروری نہیں سمجھا جاتا ہے چاہے آپ ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر ہوں یا ہمارا پلان نیٹ ورک عارضی طور پر دستیاب نہ ہو۔

جب نیٹ ورک فراہم کنندگان عارضی طور پر غیر دستیاب یا ناقابل رسائی ہوں، تو فوری دیکھ بھال تک کسی بھی دستیاب فوری نگہداشت کے مرکز سے رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔ آپ 658-8544 (844) پر نرس کے مشورے کی لائن کو بھی کال کر سکتے ہیں۔ TTY صارفین 711 پر کال کر سکتے ہیں۔

ہمارا منصوبہ United States سے باہر دنیا بھر میں ہنگامی دیکھ بھال کی سروسز کو مندرجہ ذیل حالات میں کوور کرتا ہے:

- آپ کو ہر کیلنڈر سال میں ہنگامی دیکھ بھال اور بحالی کے بعد کی دیکھ بھال کی مدد میں دنیا بھر میں \$10,000 کی ہنگامی کوریج کی حد حاصل ہے۔
- یہ وظیفہ اُن سروسز تک محدود ہے جنہیں نگہداشت کی U.S. میں فراہمی کی صورت میں ہنگامی دیکھ بھال قرار دیا جاتا۔
- اگر آپ U.S. کے باہر ہنگامی دیکھ بھال موصول کرتے ہیں اور آپ کی ہنگامی حالت کے سنبھلنے کے بعد آپ کو اندرونی مریض کی نگہداشت درکار ہوتی ہے، تو آپ کو ایک نیٹ ورک ہسپتال میں واپس جانا ہو گا تاکہ آپ کی نگہداشت کو کوور کرنا جاری رکھا جا سکے یا پھر آپ کو اپنی اندرونی مریض نگہداشت ایک منصوبے سے منظور شدہ بیرون نیٹ ورک ہسپتال سے حاصل کرنی ہو گی۔ آپ کے اخراجات وہ مشترکہ اخراجات ہیں جو آپ ایک نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کریں گے۔ منصوبے کی زائد حد کا اطلاق ہوتا ہے۔
- آپ کو براہ راست سروسز کی ادائیگی کرنے اور باز نامے کا دعویٰ دائر کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
- غیر ملکی ٹیکسز اور فیسز (بشمول مگر بلا تحدید، کرنسی کی تبدیلی یا ٹرانزیکشن کی فیسز) کوور نہیں کی جاتیں۔ کسی دوسرے ملک سے واپس U.S. تک سفر کو کوور نہیں کیا جاتا۔
- روز مرہ کی نگہداشت اور پہلے سے طے شدہ یا اختیاری طریقہ ہائے کار کوور نہیں کیے جاتے۔

اگر آپ کے اس متعلق سوالات ہیں کہ ہم کسی سروسز کی ادائیگی کریں گے یا نہیں، تو آپ کے پاس یہ حق ہے کہ آپ ان کو حاصل کرنے سے قبل ہم سے یہ پوچھیں کہ آیا ہم انہیں کوور کریں گے۔ آپ کو تحریری طور پر بھی یہ پوچھنے کا حق ہے۔ اگر ہم کہتے ہیں کہ ہم اس سروس (سروسز) کو کوور نہیں کریں گے، تو آپ کے پاس ہمارے آپ کی نگہداشت کو کوور یا اس کی باز ادائیگی نہ کرنے کے فیصلے کے خلاف اپیل کرنے کا حق ہے۔

### سیکشن 3.3 کسی آفت کے دوران نگہداشت حاصل کرنا

اگر آپ کی ریاست کا گورنر، U.S. سیکریٹری برائے صحت اور انسانی خدمات، یا United States کا صدر آپ کے جغرافیائی ایریا میں ہنگامی یا آفت کی صورتحال کا اعلان کر دیتا ہے، تو آپ تب بھی اپنے منصوبے سے نگہداشت حاصل کرنے کے حقدار ہوتے ہیں۔ [SWHNY.com](http://SWHNY.com) اس متعلق معلومات کے لیے ملاحظہ کریں کہ کسی آفت کے دوران درکار نگہداشت کو کیسے حاصل کیا جائے۔

"اگر کسی آفت کے دوران آپ نیٹ ورک فراہم کنندہ کی خدمات حاصل نہیں کر سکتے ہیں، تو ہمارے پلان کے تحت آپ کو نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندگان سے نیٹ ورک کے اندر کی لاگت کی شراکت پر علاج کروانے کی اجازت دے گا۔ کسی قدرتی آفت یا ہنگامی حالت میں اگر آپ منظور شدہ نیٹ ورک فارمیسی سے نسخہ نہیں لے سکتے، تو آپ کو غیر نیٹ ورک فارمیسی سے نسخے کی دوا لینے کی اجازت مل سکتی ہے۔ باب 5، سیکشن 2.5 پر جائیں۔"

### سیکشن 4 اگر آپ کو آپ کی سروسز کے مکمل اخراجات کا بل براہ راست بھیج دیا جائے تو کیا ہوتا ہے؟

اگر آپ نے اپنی ڈھکی ہوئی خدمات کے لئے ادائیگی کی ہے یا اگر آپ کو ڈھکی ہوئی طبی خدمات کے لئے بل ملتا ہے تو، آپ ہم سے ڈھکی ہوئی خدمات کی لاگت کا ہمارا حصہ ادا کرنے کے لئے کہہ سکتے ہیں۔ کیا کرنا ہے اس بارے میں معلومات کے لیے باب 7 پر جائیں۔

## سیکشن 4.1 اگر کوئی سروس ہمارے پلان میں شامل نہیں ہے۔

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ان تمام طبی ضروری خدمات کو کور کرتا ہے جیسا کہ باب 4 میں طبی فوائد کے چارٹ میں درج ہے۔ اگر آپ کو ایسی خدمات ملتی ہیں جو ہمارے پلان میں شامل نہیں ہیں، یا آپ کو بغیر اجازت کے نیٹ ورک سے باہر خدمات ملتی ہیں، تو آپ خدمات کی پوری قیمت ادا کرنے کے ذمہ دار ہیں۔

ان کوور شدہ سروسز کے لیے جن پر وظیفے کی حد ہے، آپ ایسی کسی بھی سروسز کے لیے مکمل ادائیگی کریں گے جو آپ اُس قسم کی کوور شدہ سروس کے لیے اپنا وظیفہ مکمل استعمال کر لینے کے بعد حاصل کریں گے۔ اگر آپ اخراجات کے لیے تب ادائیگی کرتے ہیں جب وظیفے کی حد پوری ہو جائے، تو ان اخراجات کا براہ راست زیادہ سے زیادہ ادائیگی کی مد میں حساب نہیں کیا جائے گا۔

## سیکشن 5 کلینیکل تحقیقی مطالعہ کے تحت فراہم کی جانے والی طبی خدمات

### سیکشن 5.1 کلینیکل تحقیقی مطالعہ کیا ہوتا ہے؟

ایک کلینیکل تحقیقی مطالعہ (جسے طبی ٹرائل بھی کہا جاتا ہے) ایک طریقہ ہے جس کے ذریعے ڈاکٹر اور سائنس دان نئی اقسام کی طبی دیکھ بھال کو ٹیسٹ کرتے ہیں، مثلاً کینسر کی ایک نئی دوا کتنے مؤثر طریقے سے کام کرتی ہے۔ چند مخصوص طبی تحقیقاتی مطالعے Medicare کی جانب سے منظور کیے گئے ہیں۔ Medicare کے ذریعہ منظور شدہ کلینیکل ریسرچ اسٹڈیز میں عام طور پر رضاکاروں سے شرکت کی درخواست کی جاتی ہے۔ جب آپ کسی کلینیکل تحقیقی مطالعہ میں شامل ہوتے ہیں، تو آپ ہمارے پلان میں اندراج شدہ رہ سکتے ہیں اور اپنی باقی نگہداشت (وہ نگہداشت جو مطالعے سے متعلق نہیں ہے) ہمارے پلان کے ذریعے حاصل کرنا جاری رکھ سکتے ہیں۔

جب Medicare مطالعے کو منظور کر لے گا، اور آپ دلچسپی ظاہر کریں گے، تو مطالعے پر کام کرنے والا کوئی فرد آپ سے رابطہ کرے گا تاکہ مطالعے کے متعلق آپ کو مزید وضاحت دے سکے اور دیکھ سکے کہ آیا آپ اُن تقاضوں پر پورا اترتے ہیں جو اس مطالعے کو چلانے والے سائنس دانوں نے طے کیے ہیں۔ آپ تب تک مطالعے میں شامل ہو سکتے ہیں جب تک کہ آپ مطالعے کے تقاضوں پر پورا اترتے ہوں اور آپ اس بات کو اچھی طرح سمجھتے اور قبول کرتے ہوں کہ اگر آپ مطالعے میں حصہ لیتے ہیں تو اس میں کیا کچھ شامل ہو گا۔

اگر آپ Medicare سے منظور شدہ مطالعہ (اسٹڈی) میں حصہ لیتے ہیں، تو Original Medicare آپ کو مطالعے کے حصے کے طور پر حاصل شدہ کور خدمات کے لیے زیادہ تر اخراجات ادا کرتا ہے۔ اگر آپ ہمیں بتاتے ہیں کہ آپ ضروری شرائط کو پورا کرنے والے کسی کلینیکل ٹرائل میں شامل ہیں، تو آپ صرف اس ٹرائل میں خدمات کے لیے نیٹ ورک لاگت کے اشتراک کے ذمہ دار ہیں۔ اگر آپ نے زیادہ ادائیگی کی — مثال کے طور پر، اگر آپ نے پہلے ہی Medicare کی اصل لاگت میں شراکت کی رقم ادا کر دی ہے — تو ہم آپ کی ادائیگی اور نیٹ ورک لاگت کے اشتراک کے درمیان جو فرق ہوگا اس رقم کو واپس کریں گے۔ ہمیں یہ بتانے کے لیے کہ آپ نے کتنی رقم ادا کی ہے، آپ کو دستاویزات فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

اگر آپ Medicare سے منظور شدہ کسی کلینیکل تحقیقی مطالعہ میں حصہ لینا چاہتے ہیں، تو آپ کو ہمیں بتانے یا ہم سے یا اپنے PCP سے منظوری لینے کی ضرورت نہیں ہے۔ کلینیکل تحقیقی مطالعے کے حصے کے طور پر آپ کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے فراہم کنندگان کو ہمارے پلان کے نیٹ ورک کا حصہ بننے کی ضرورت نہیں ہے۔ یہ اصول ان سہولیات پر لاگو نہیں ہوتا جن کے فوائد کا تعین کرنے کے لیے کلینیکل ٹرائل یا ریکارڈز کی ضرورت پڑتی ہے بشمول ایسے چند فوائد جن کے لیے وشواید کی دستیابی درکار ہوتی ہے (NCDs-CED) اور آزمائشی آلات پر مستثنیٰ تحقیق (IDE)۔ یہ فوائد پیشگی اجازت اور پلان کے دیگر قواعد کے تابع بھی ہو سکتے ہیں۔

اگرچہ آپ کو کلینیکل تحقیقی مطالعہ میں شامل ہونے کے لیے ہمارے پلان کی اجازت کی ضرورت نہیں ہے، ہم آپ کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں کہ جب آپ Medicare کی ضروری شرائط پوری کرنے والے کلینیکل تحقیق میں حصہ لینے کا انتخاب کرتے ہیں تو ہمیں پہلے سے مطلع کریں۔

اگر آپ Medicare کے ذریعہ منظور شدہ مطالعہ میں حصہ لیتے ہیں، تو آپ مطالعہ میں اپنی شرکت کے تمام اخراجات ادا کرنے کے ذمہ دار ہوں گے۔

## سیکشن 5.2 کلینیکل تحقیقی مطالعہ میں خدمات کی ادائیگی کون کرتا ہے

جب آپ ایک Medicare سے منظور شدہ کلینیکل تحقیقی مطالعے میں شامل ہوتے ہیں، تو Original Medicare روز مرہ کی ان اشیاء اور سروسز کو کوور کرتا ہے جو آپ مطالعے کے حصے کے طور پر وصول کرتے ہیں، بشمول:

- ہسپتال میں قیام اور طعام جس کے لیے Medicare ادائیگی کرے گا خواہ آپ مطالعے میں شامل نہ ہوں
- کوئی آپریشن یا دوسرا طبی طریقہ کار اگر یہ تحقیقی مطالعے کا حصہ ہو
- نئی نگہداشت کے ضمنی اثرات اور پیچیدگیوں کا علاج

اگر آپ کلینیکل تحقیقی مطالعہ میں شامل ہونگے، نہ تو Medicare اور نہ ہی ہمارا پلان درج ذیل میں سے کسی کے لیے ادائیگی کرے گا:

- عموماً، Medicare مطالعے میں زیر تجربہ نئی شے یا سروس کی ادائیگی نہیں کرے گا، جب تک کہ Medicare اس شے یا سروس کو کوریج نہ دیتا، خواہ آپ تجرباتی مطالعے کا حصہ نہ ہوتے۔
- وہ اشیاء یا سروسز جو صرف ڈیٹا اکٹھا کرنے کے لیے فراہم کی گئی ہوں، اور آپ کی براہ راست نگہداشت صحت میں استعمال نہ کی گئی ہوں۔ مثال کے طور پر، اگر آپ کی طبی حالت میں عام طور پر صرف ایک CT اسکین کی ضرورت ہوتی ہے تو Medicare ایک مطالعہ کے حصے کے طور پر کیے گئے ماہانہ CT اسکین کے لیے ادائیگی نہیں کرے گا۔
- تحقیقی اسپانسرز کی طرف سے ٹرائل میں شامل لوگوں کے لیے مفت فراہم کردہ اشیاء اور خدمات۔

کلینیکل تحقیقی مطالعہ میں شامل ہونے کے بارے میں مزید معلومات حاصل کریں۔

www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf پر دستیاب ہے۔ آپ (1-800-633-4227) Medicare (1-800-MEDICARE) پر بھی کال کر سکتے ہیں۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔

## سیکشن 6 ایک مذہبی غیر طبی صحت کی دیکھ بھال کے ادارے میں نگہداشت حاصل کرنے کے اصول

### سیکشن 6.1 غیر طبی صحت کی دیکھ بھال کا ایک مذہبی ادارہ

ایک مذہبی غیر طبی صحت کی دیکھ بھال کا ادارہ وہ مرکز ہے جو کسی ایسی کیفیت کے لیے نگہداشت فراہم کرتا ہے جس کا عام طور پر ایک ہسپتال یا مہانہ مند یافتہ نرسنگ کی سہولت گاہ میں علاج کیا جاتا ہو۔ اگر کسی ممبر کے مذہبی عقائد ہسپتال یا 'ہنرمند نرسنگ سہولت' میں دیکھ بھال کے خلاف ہوں، تو اس کے بجائے ہم مذہبی غیر طبی نگہداشت کے ادارے میں دیکھ بھال کا احاطہ (کورج) کریں گے۔ یہ وظیفہ صرف حصہ A کی اندرونی مریض سروسز (غیر طبی صحت کی نگہداشت کی سروسز) کے لیے فراہم کیا جاتا ہے۔

### سیکشن 6.2 غیر طبی صحت کی دیکھ بھال کے مذہبی ادارے سے دیکھ بھال کیسے حاصل کی جائے

غیر طبی دیکھ بھال کے کسی مذہبی ادارے سے دیکھ بھال حاصل کرنے کے لیے، آپ کو ایک قانونی دستاویز پر دستخط کرنا ہوں گے جس میں یہ کہا گیا ہو کہ آپ غیر مستثنیٰ طبی علاج حاصل کرنے کے اخلاقی طور پر سخت مخالف ہیں۔

- غیر مستثنیٰ طبی دیکھ بھال یا علاج وہ طبی دیکھ بھال یا علاج ہے جو رضاکارانہ ہو اور کسی بھی وفاقی، ریاستی، یا مقامی قانون کے ذریعے لازمی نہ ہو۔
- مستثنیٰ طبی علاج وہ طبی دیکھ بھال یا علاج ہے جو رضاکارانہ نہ ہو یا کسی وفاقی، ریاستی، یا مقامی قانون کے تحت لازمی ہو۔

ہمارے منصوبے کی جانب سے کوور کیے جانے کے لیے، جو نگہداشت آپ ایک مذہبی غیر طبی صحت کی دیکھ بھال کے ادارے سے حاصل کریں گے اُس کا مندرجہ ذیل شرائط پر پورا اترنا ضروری ہو گا:

- نگہداشت فراہم کرنے والے مرکز کا Medicare کی جانب سے تصدیق شدہ ہونا ضروری ہے۔
  - ہمارے پلان کی تحت صرف دیکھ بھال کے غیر مذہبی پھلوؤں کو کور کیا جاتا ہے۔
  - اگر آپ کسی ادارے سے خدمات حاصل کرتے ہیں جو آپ کو ایک سہولت گاہ میں فراہم کی جاتی ہیں، تو مندرجہ ذیل شرائط لاگو ہوتی ہیں:
  - آپ کا کسی ایسی طبی حالت میں مبتلا ہونا ضروری ہے جو آپ کو داخل مریض کی ہسپتال کی دیکھ بھال یا ہنر مند نرسنگ کی سہولت کی نگہداشت کے لیے کوورڈ سروسز موصول کرنے کی اجازت دے۔
  - اور – آپ کو سہولت گاہ میں داخل ہونے سے پہلے ہمارے پلان سے پہلے سے منظوری حاصل کرنی ہوگی، ورنہ آپ کے قیام کو کور نہیں کیا جائے گا۔
  - Medicare کی داخل مریض ہسپتال کے علاج کی کوریج پر حدیں لاگو ہوتی ہیں
- اس کے علاوہ، آپ کو Medicaid کی کوورڈ سروسز کے متعلق مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز یا اپنی ریاست کے Medicaid کے دفتر (رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 6 میں درج فہرست ہیں) سے رابطہ کرنا چاہیئے تاکہ آپ اپنی کوریج کے تمام اختیارات کو سمجھ سکیں۔

## سیکشن 7 پائیدار طبی سامان کی ملکیت کے اصول

### سیکشن 7.1 ہمارے پلان کے تحت مخصوص تعداد میں ادائیگی کرنے کے بعد آپ کچھ پائیدار طبی آلات کے مالک نہیں ہوں گے

پائیدار طبی سازوسامان (DME) میں آکسیجن کا سامان اور سپلائیز، وہیل چیئرز، واکر، طاقت سے چلنے والے گدے کے نظام، بیساکھیوں، ذیابیطس کا سامان، تقریر پیدا کرنے والے آلات، IV انفیوژن پمپس، نیبولائزرز، اور ہسپتال کے بیڈ شامل ہیں جو گھر میں اراکین کے استعمال کے لیے فراہم کنندہ کے ذریعے آرڈر کیے گئے ہیں۔ ممبر کے پاس ہمیشہ کچھ DME آئٹمز ہوتے ہیں، جیسے مصنوعی سامان۔ DME کی دوسری قسمیں آپ کو کرایہ پر لینا چاہیے۔

Original Medicare میں، جو لوگ مخصوص اقسام کی DME کو کرائے پر لیتے ہیں، وہ 13 ماہ تک شے کی مشترکہ ادائیگیوں کے بعد اس سامان کے مالک بن جاتے ہیں۔ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے ایک ممبر کے طور پر، تاہم، آپ کو عام طور پر کرائے پر دیے گئے DME آئٹمز کی ملکیت نہیں ملے گی چاہے آپ ہمارے پلان کے ممبر ہوتے ہوئے اس آئٹم کے لیے کتنی ہی ادائیگیاں کریں۔ آپ کو اس صورت میں بھی ملکیت نہیں ملے گی، جب آپ نے ہمارے پلان میں شامل ہونے سے پہلے Original Medicare کے تحت DME آئٹم کے لیے لگاتار 12 ادائیگیاں کی ہوں۔ کچھ محدود حالات میں، ہم DME آئٹم کی ملکیت آپ کو منتقل کر دیں گے۔ مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711) پر کال کریں۔

اگر آپ Original Medicare پر منتقل ہوتے ہیں تو ان ادائیگیوں کا کیا ہو گا جو آپ نے پائیدار طبی سامان کے لیے کی ہیں؟

اگر آپ کو ہمارے پلان کے دوران DME آئٹم کی ملکیت نہیں ملی، تو آپ کو DME آئٹم کی ملکیت کے لیے Original Medicare پر سوچ کرنے کے بعد لگاتار 13 نئی ادائیگیاں کرنی ہوں گی۔ ہمارے پلان میں اندراج کے دوران آپ نے جو ادائیگیاں کیں وہ ان 13 ادائیگیوں میں شمار نہیں ہوتیں۔

مثال 1: آپ نے Original Medicare میں شے کے لیے 12 یا اس سے کم لگاتار ادائیگیاں کی تھیں اور پھر ہمارے منصوبے میں شامل ہوئے تھے۔ Original Medicare میں آپ نے جو ادائیگیاں کیں وہ شمار نہیں ہوتیں۔ آئٹم کے مالک ہونے سے پہلے آپ کو ہمارے پلان میں 13 ادائیگیاں کرنی ہوں گی۔

مثال 2: آپ نے Original Medicare میں شے کے لیے 12 یا اس سے کم لگاتار ادائیگیاں کی تھیں اور پھر ہمارے منصوبے میں شامل ہوئے تھے۔ ہمارے پلان کے دوران آپ کو آئٹم کی ملکیت نہیں ملی۔ پھر آپ واپس Original Medicare پر منتقل ہوئے۔ ایک بار جب آپ Original Medicare میں دوبارہ شامل ہو جائیں گے تو آپ کو آئٹم کے مالک ہونے کے لیے لگاتار 13 نئی ادائیگیاں کرنی ہوں گی۔ کوئی بھی ادائیگی جو آپ پہلے سے کر چکے ہیں (چاہے ہمارے پلان پر ہو یا اصل میڈیکینر کو) شمار نہیں کیا جاتا ہے۔

## سیکشن 7.2 آکسیجن کے سامان، سپلائرز، اور دیکھ بھال کے اصول

اگر آپ Medicare آکسیجن کے ساز و سامان کی کوریج کے لیے اہل ہوتے ہیں تو Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) مندرجہ ذیل کو کور کرے گا:

- آکسیجن کے سامان کا ریٹیل
- آکسیجن اور آکسیجن پر مبنی مواد کی فراہمی
- آکسیجن اور آکسیجن پر مبنی مواد کی فراہمی کے لیے ٹیوبنگ اور متعلقہ آکسیجن کے آلات
- آکسیجن کے سامان کی بحالی و مرمت کاریاں

اگر آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کو چھوڑ دیتے ہیں یا اب آپ کو طبی طور پر آکسیجن کے آلات کی ضرورت نہیں ہے، تو آکسیجن کے آلات کو واپس کرنا ضروری ہے۔

### اگر آپ ہمارا پلان چھوڑ کر واپس Original Medicare کا پلان لے لیں تو کیا ہوگا؟

Original Medicare کے لیے آپ کو 5 سال تک خدمات فراہم کرنے کے لیے آکسیجن فراہم کنندہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ پہلے 36 مہینوں کے دوران، آپ کو آلات کرایے پر لینے ہونگے۔ بقیہ 24 مہینوں کے لیے، سپلائر آلات اور دیکھ بھال فراہم کرتا ہے (تب اب بھی آکسیجن کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار ہوتے ہیں)۔ 5 سال کے بعد، آپ اسی کمپنی کے ساتھ رہنے یا کسی دوسری کمپنی میں جانے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ اس مقام پر، 5 سالہ دور دوبارہ شروع ہوتا ہے، چاہے آپ اسی کمپنی کے ساتھ رہیں، اور آپ کو دوبارہ پہلے 36 مہینوں کے لیے کو پیمینٹ ادا کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر آپ ہمارے پلان میں شامل ہوتے ہیں یا چھوڑ دیتے ہیں تو 5 سالہ دور شروع ہو جاتا ہے۔

## باب 4:

## کور شدہ طبی فوائد کا چارٹ

## سیکشن 1 کورڈ سروسز کو سمجھنا

طبی فوائد کے چارٹ میں کورڈ ان خدمات کی فہرست فراہم کی گئی ہے جو آپ کو (HMO) Senior Whole Health of New York NHC (D-SNP) کے ممبر کے طور پر ملتی ہیں۔ اس سیکشن میں ان طبی خدمات کے بارے میں بھی معلومات فراہم کی گئی ہے جنہیں کور نہیں کیا گیا ہے اور بعض خدمات کی حدود کی وضاحت بھی کی گئی ہے۔

## سیکشن 1.1 آپ اپنی کورڈ سروسز کے لیے کوئی ادائیگی نہیں کرتے

چونکہ آپ کو Medicaid سے مدد ملتی ہے، اس لیے جب تک آپ اپنی نگہداشت حاصل کرنے کے لیے ہمارے پلانز کے اصولوں پر عمل کرتے ہیں، تب تک آپ کو کور شدہ خدمات کے لیے کچھ ادا نہیں کرنا پڑتا۔ (دیکھ بھال کی خدمات حاصل کرنے کے لیے اپنے پلان کے قواعد کے بارے میں مزید معلومات کے لیے باب 3 پر جائیں۔)

## سیکشن 1.2 میڈیکینر پارٹ A اور پارٹ B میں شامل طبی خدمات کے لیے آپ کو زیادہ سے زیادہ کتنی رقم ادا کرنی ہوگی؟

نوٹ کریں: چونکہ ہمارے ممبران کو Medicaid سے بھی مدد ملتی ہے، اس لیے بہت کم ممبران جیب سے ادا کردہ لاگتوں کی زائد حد تک پہنچ پاتے ہیں۔ آپ حصہ A اور حصہ B کی احاطہ شدہ خدمات کے لیے اپنی جیب سے زیادہ سے زیادہ ادائیگیوں کے ضمن میں اپنی جیب سے کسی قسم کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار نہیں۔

"Medicare Advantage" پلان میں وہ رقم محدود ہوتی ہے جو آپ کو ہر سال Medicare کے پارٹ A اور پارٹ B کے تحت کور کی جانے والی طبی خدمات کے لیے اپنی جیب سے ادا کرنی پڑتی ہے۔ اس حد کو طبی خدمات کے لیے زیادہ سے زیادہ اپنی جیب سے ادا کی جانے والی رقم (MOOP) کہا جاتا ہے۔ کیلنڈر سال 2026 کے لیے MOOP کی رقم \$9,250 ہے۔

جو رقم آپ کو کورڈ سروسز کے لیے ادا کرتے ہیں انہیں اس زیادہ سے زیادہ براہ راست ادائیگی کی رقم کی مد میں شمار کیا جاتا ہے۔ "پلان کے پریمیم اور پارٹ D دوائیوں کے لیے آپ کی طرف سے ادا کردہ رقم آپ کی زیادہ سے زیادہ جیب خرچ کی حد میں شامل نہیں کی جاتیں۔ اس کے علاوہ، بعض خدمات کے لیے جو رقم آپ ادا کرتے ہیں، وہ بھی آپ کی زیادہ سے زیادہ اپنی جیب سے ادا کی جانے والی رقم میں شمار نہیں ہوتی ہیں۔ ان سروسز کو طبی وظائف کے چارٹ میں اسٹیرک (\*) سے نشان زد کیا جاتا ہے۔ اگر آپ \$9,250 کی زیادہ سے زیادہ اپنی جیب سے ادا کی جانے والی رقم تک پہنچ جاتے ہیں، تو آپ کو باقی سال کے لیے کور کی جانے والی پارٹ A اور پارٹ B خدمات کے کوئی بھی اپنی جیب سے اخراجات ادا نہیں کرنے پڑیں گے۔ تاہم، آپ کو Medicare حصہ B کے پریمیم کے لیے ادائیگی جاری رکھنا ہوگی (ماسوائے تب جب آپ کے لیے حصہ B کے پریمیم کی ادائیگی Medicaid یا کسی دوسرے فریق ثالث کی جانب سے کر دی گئی ہو)۔

## سیکشن 2 طبی فوائد کا چارٹ آپ کے طبی فوائد اور اخراجات کو ظاہر کرتا ہے

اگلے صفحات پر طبی فوائد کے چارٹ میں Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کی خدمات کی فہرست دی گئی ہے (حصہ D ادویات کی کوریج باب 5 میں ہے)۔ طبی فوائد کے چارٹ میں درج خدمات کا احاطہ صرف اس صورت میں کیا جاتا ہے جب یہ ضروریات پوری ہوں:

- آپ کی Medicare کوریج کے رہنما خطوط کے مطابق فراہم کی جانی چاہیے۔
- آپ کی سروسز (بشمول طبی نگہداشت، سروسز، سپلائیز، ساز و سامان، اور حصہ B کی نسخہ جاتی ادویات) طبی اعتبار سے ضروری ہونی چاہئیں۔ طبی اعتبار سے ضروری کا مطلب ہے کہ آپ کی طبی حالت سے بچاؤ، اس کی تشخیص، یا علاج کے لیے سروسز، سپلائیز، یا ادویات درکار ہوں اور یہ طبی پریکٹس کے قبول کردہ معیارات پر پورا اترتی ہوں۔

- نئے مندرجہ افراد کے لیے، آپ کا MA مربوط نگہداشت کا منصوبہ لازماً کم از کم 90 دن پر مبنی ایک منتقلی کی مدت فراہم کرے گا، جس دوران نیا MA منصوبہ کسی جاری علاج کے لیے شاید پیشگی اجازت کا طلبگار نہ ہو، چاہے علاج کسی ایسی سروس کے ضمن میں ہو کہ جس کا آغاز کسی بیرون نیٹ ورک فراہم کنندہ کے ساتھ کیا گیا ہو۔
- آپ دیکھ بھال کی سہولت نیٹ ورک فراہم کنندہ سے حاصل کرتے ہیں۔ "اکثر معاملات میں، اگر آپ آؤٹ آف نیٹ ورک فراہم کنندہ سے علاج کرواتے ہیں تو اس کی کوریج نہیں ہوگی، سوائے اس کے کہ یہ ہنگامی صورتحال یا فوری ضرورت کا علاج ہو، یا ہمارے منصوبے یا نیٹ ورک کے ڈاکٹر نے آپ کو ریفرل دیا ہو۔ اس کا مطلب ہے کہ آپ فراہم کنندہ کو نیٹ ورک سے باہر کی خدمات کے لیے پوری ادائیگی کرتے ہیں۔
- آپ کے پاس ایک بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (PCP) ہے جو آپ کی دیکھ بھال فراہم کرتا ہے اور اس کی نگرانی کرتا ہے۔
- طبی فوائد کے چارٹ میں درج کچھ سروسز صرف تب کوور کی جاتی ہیں جب آپ کا ڈاکٹر یا دوسرا نیٹ ورک فراہم کنندہ ہم سے پیشگی اجازت حاصل کرے (اسے کبھی کبھار پیشگی اجازت بھی کہا جاتا ہے)۔ طبی فوائد کے چارٹ میں وہ کورڈ سروسز بولڈ میں نشان زد ہیں جن کو پیشگی منظوری درکار ہوتی ہے۔
- اگر آپ کا مربوط نگہداشت کا منصوبہ کسی علاج کے لیے پیشگی اجازت کی درخواست کی منظوری دے دیتا ہے، تو قابل اطلاق کوریج کے معیار، آپ کی طبی ہسٹری، اور معالج فراہم کنندہ کی سفارش کے مطابق، وہ اجازت لازمی طور پر تب تک قابل استعمال ہو گی جب تک طبی لحاظ سے موزوں ہو اور نگہداشت میں تعطلات سے بچنے کے لیے ضروری ہو۔

ہماری کوریج کے متعلق جاننے والی دیگر اہم چیزیں:

- آپ Medicare اور Medicaid دونوں کے ذریعہ کور ہیں۔ Medicare صحت کی نگہداشت اور نسخے کی ادویات کو کور کرتا ہے۔ Medicaid آپ کے Medicare کے لیے لاگت کے اشتراک، بشمول داخل مریض کی ہسپتال کی خدمات اور بیرونی مریض کی ہسپتال کی خدمات کو کور کرتا ہے۔ Medicaid ان خدمات کا بھی احاطہ کرتا ہے جن کا احاطہ Medicare نہیں کرتا، جیسے خاندانی منصوبہ بندی کی خدمات، طویل مدتی نگہداشت، اور دی کاؤنٹر ادویات، گھر اور کمیونٹی کی بنیاد پر خدمات، یا دیگر Medicaid صرف خدمات۔
- تمام Medicare صحت کے منصوبوں کی طرح، ہم اُس سب کو کور کرتے ہیں جسے Original Medicare کور کرتا ہے۔ (Original Medicare کی کوریج اور اخراجات کے بارے میں مزید جاننے کے لیے، اپنی Medicare & You 2026 ہینڈ بک پر جائیں۔ اسے [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) پر آن لائن دیکھیں یا (1-800-633-4227) یا (1-800-MEDICARE) پر کال کر کے اس کی کاپی مانگیں۔ TTY صارفین (1-877-486-2048) پر کال کریں۔
- Original Medicare کے تحت دستیاب بغیر کسی لاگت کے کور کی جانے والی حفاظتی خدمات کے لیے، ہم آپ کو بغیر کسی قیمت کے ان خدمات کا خرچ بھی ادا کرتے ہیں۔
- اگر Medicare 2026 کے دوران کسی نئی سروسز کے لیے کوریج کو شامل کرتا ہے، تو Medicare یا ہمارا منصوبہ اُن سروسز کو کور کرے گا۔
- چونکہ آپ Medicaid سے معاونت حاصل کرتے ہیں، لہذا آپ اپنی کورڈ سروسز کے لیے تب تک کوئی ادائیگی نہیں کرتے جب تک کہ آپ اپنی نگہداشت حاصل کرنے کے لیے منصوبے کے اصولوں پر عمل کرتے ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ کور شدہ سروسز کے لیے، آپ کو کسی اخراجات کے اشتراک کی ادائیگی نہیں کرنا ہو گی (کوئی مشترکہ ادائیگی یا کٹوتیاں نہیں ہوں گی)۔ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے ممبر کے طور پر، ہم آپ کی Medicare کی کورڈ سروسز اور آپ کی Medicaid کی سروسز کی ربط کاری کرتے ہیں کیونکہ ہمارے منصوبے میں یہ دونوں کور شدہ ہیں۔ ذیل میں فائدے کی معلومات میں Medicare اور Medicaid کی کورڈ سروسز شامل ہیں۔
- اگر آپ ہمارے منصوبے کے تحت فرض شدہ جاری اہلیت کی 6 ماہ (180 دن) کی مدت کے اندر ہیں، تو ہم Medicare Advantage پلان کے تحت کور کی جانے والی تمام میڈی کیئر مراعات فراہم کرنا جاری رکھیں گے۔ تاہم، اس مدت کے دوران، ہم Medicaid کے ان فوائد کو کور کرنا جاری نہیں رکھیں گے جو قابل اطلاق Medicaid اسٹیٹ پلان کے تحت شامل ہیں، اور نہ ہی ہم Medicare پریمیم یا لاگت کا اشتراک ادا کریں گے جس کے لیے ریاست دوسری صورت میں ذمہ دار ہوگی اگر آپ اپنی Medicaid اہلیت سے محروم نہیں ہوتے۔ Medicare کے تحت کور شدہ خدمات کے لیے آپ جو رقم ادا کرتے ہیں وہ اس مدت کے دوران بڑھ سکتی ہے۔

اگر آپ Medicaid کے تحت Medicare لاگت میں اشتراک میں مدد کے اہل ہیں، تو آپ طبی فوائد کے چارٹ میں درج خدمات کے لیے کچھ بھی ادا نہیں کریں گے، جب تک کہ آپ اوپر بیان کردہ کوریج کے تقاضوں کو پورا کرتے ہیں۔


مخصوص دائمی کیفیات کے شکار مندرجہ افراد کے لیے فائدے کی اہم معلومات

- اگر آپ میں ذیل میں درج شدہ دائمی مرض (امراض) کی تشخیص ہوتی ہے اور آپ مخصوص معیار پر پورا اترتے ہیں، تو آپ دائمی طور پر بیمار افراد کے لیے خصوصی اضافی مراعات کے اہل ہو سکتے ہیں۔
  - الکحل کے استعمال کا دائمی عارضہ اور مادے کے بے جا استعمال کے دیگر عوارض (SUD)
  - خود مدافعتی عارضے
  - کینسر
  - کارڈیو ویسکولر عارضے
  - دل کی طویل المدتی خرابی
  - ڈیمینشیا
  - ذیابیطس میلٹس
  - زیادہ وزن، موٹاپا، اور میٹابولک سنڈروم
  - معدے کی دائمی بیماری
  - گردوں کی دائمی کی بیماری (CKD)
  - خون کے سنگین عوارض
  - HIV/AIDS
  - پھیپھڑوں کے دائمی امراض
  - دائمی اور معذور کن دماغی صحت کی کیفیات
  - اعصابی عوارض
  - فالج
  - پوسٹ عضویاتی پیوندکاری
  - مدافعتی کمی اور مدافعتی دباؤ کے عارضے
  - ادراکی نقائص سے وابستہ حالات
  - فعالیت مسائل والی کیفیات
  - دائمی کیفیات جو بینائی، سماعت (بہرا پن)، ذائقے، چھونے اور سونگھنے کی حس کو خراب کرتی ہیں
  - ایسی کیفیات جن میں افراد کو فعالیت قائم یا برقرار رکھنے کے لئے مستقل تھیراپی خدمات کی ضرورت ہوتی ہے
- ہم آپ کی ان وظائف تک رسائی حاصل کرنے میں مدد کریں گے۔ آپ ممبر سروسز یا اپنے نگہداشت کے رابطہ کار کو اپنی درخواست کی ابتداء کرنے یا اضافی معلومات حاصل کرنے کے لیے کال کر سکتے ہیں۔
- نوٹ کریں: اس فائدے کی درخواست کر کے آپ Senior Whole Health of New York NHC کے نمائندوں کو اجازت دے رہے ہیں کہ وہ آپ سے فون، میل یا کسی دوسرے طریقے سے رابطہ کریں جیسا کہ آپ کی درخواست میں واضح طور پر بیان کیا گیا ہے۔
- مزید تفصیل کے لیے، ذیل میں طبی فوائد کے چارٹ میں دائمی طور پر بیمار افراد کے لیے خصوصی ضمنی فوائد پر جائیں۔
- یہ جاننے کے لیے ہم سے رابطہ کریں کہ آپ کن فوائد کے اہل ہو سکتے ہیں۔



یہ سیب طبی فوائد کے چارٹ میں حفاظتی خدمات کو ظاہر کرتا ہے۔

#### طبی فوائد کا چارٹ

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
اس احتیاطی اسکریننگ کے اہل ممبرز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔	 <p>پیٹ کی شہ رگ کے ابھار (انیوریزم) کی اسکریننگ</p> <p>خطرہ سے دوچار افراد کے لیے ایک بار کا سکریننگ الٹراساؤنڈ۔ ہمارے پلان میں اس سکریننگ کو صرف اسی صورت میں کور کیا جائیگا جب آپ میں مخصوص خطرے کے عوامل موجود ہوں اور آپ کو اپنے معالج، معاون معالج، نرس معالج، یا کلینیکل نرس اسپیشلسٹ کے ذریعے ریفر کیا گیا ہو۔</p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
<p>Medicare کی کور شدہ آکوپنچر کی سروسز کے لیے کوئی کو انشورنس یا کو پیمینٹ نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>کمر کے نچلے حصے کے دائمی درد کے لیے آکوپنچر</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <p>90 دنوں میں 12 دورے درج ذیل حالات میں شامل ہیں:</p> <p>اس وظیفے کے مقصد کے لیے، کمر کے نچلے حصے کے دائمی درد کی تعریف یوں کی جاتی ہے:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 ہفتے یا اس سے زیادہ مدت تک؛</li> <li>• مخصوص نہ ہو، یعنی اس کی کوئی قابل شناخت نظامی وجہ نہ ہو (یعنی، کسی انتقال مرض، ورم، یا وبائی مرض، وغیرہ سے تعلق نہ ہو)؛</li> <li>• سرجری سے تعلق نہ ہو؛ اور</li> <li>• حمل سے تعلق نہ ہو۔</li> </ul> <p>بہتری کا مظاہرہ کرنے والے مریضوں کے لیے مزید 8 سیشنز کو کور کیا جائے گا۔ ایک سال میں زیادہ سے زیادہ 20 تک آکوپنچر کے معالجے فراہم کیے جائیں گے۔</p> <p>اگر مریض بہتر نہیں ہو رہا یا اس کی حالت مزید بگڑتی جا رہی ہے تو علاج کو روک دینا ضروری ہے۔</p> <p><b>فراہم کنندہ کے تقاضے:</b></p> <p>فزیشنز (جیسا کہ سوشل سکیورٹی ایکٹ (ایکٹ) کے (1)(r)1861 میں تعریف کی گئی ہے) قابل اطلاق ریاستی تقاضوں کے تحت آکوپنچر فراہم کر سکتے ہیں۔</p> <p>فزیشن اسسٹنٹس (PAS)، نرس پریکٹیشنرز (NPs)/طبی نرس ماہرین (CNSs) (جیسا کہ ایکٹ کے (5)1861 (aa) میں شناخت کیا گیا ہے)، اور معاون عملہ اس صورت میں آکوپنچر فراہم کر سکتا ہے اگر وہ تمام قابل اطلاق ریاستی تقاضوں کو پورا کرتے ہیں اور اُن کے پاس:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ایکریڈیشن کمیشن برائے آکوپنچر اور طب مشرق (ACAOM) کی جانب سے منظور شدہ اسکول سے آکوپنچر یا طب مشرق میں حاصل کی گئی ماسٹرز یا ڈاکٹریٹ کی ڈگری؛ اور،</li> <li>• United States، یا ڈسٹرکٹ آف Columbia کی کسی ریاست، خطے، یا دولت مشترکہ (یعنی Puerto Rico) میں آکوپنچر کی پریکٹس کرنے کے لیے ایک موجودہ، مکمل، فعال، اور غیر محدود لائسنس۔</li> </ul> <p>آکوپنچر فراہم کرنے والا ایسا معاون عملہ ہے جس کا ہمارے 42 CFR §§ 410.26 اور 410.27 میں موجود ضوابط کی جانب سے درکار کسی فزیشن، PA، یا NP/CNS کی موزوں درجے کی نگرانی کے تحت ہونا ضروری ہے۔</p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>آکوپنچر سروسز (اضافی)*</b></p> <p>آکوپنچر سروسز کی مد میں ہر کیلنڈر سال منصوبے کے زیادہ سے زیادہ 30 تک طبی طور پر ناگزیر دورے۔</p> <p>اضافی آکوپنچر کی سروسز تب کوور کی جاتی ہیں جب ان کا مندرجہ ذیل کے لیے طبی طور پر نگہداشت کے قابل قبول معیار کے مطابق ہونے کا تعین کیا گیا ہو:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سر درد؛ اوسٹیوآرتھرائٹس (OA) سے وابستہ کولہے یا گھٹنے کے جوڑوں کا درد؛ یا دوسرے جوڑوں کا درد جب دائمی اور معیاری طبی نگہداشت کے لیے غیر جوابدہ ہو؛ جوڑوں اور منسلک نرم بافتوں میں درد کے سنڈروم؛ گردن اور کمر میں عضلاتی درد؛ کیموتھراپی کے سبب ہونے والی متلی؛ جراحی کے بعد متلی؛ اور حمل جاتی متلی</li> <li>• کوور شدہ آکوپنچر کی سروسز میں دمے یا نشے کے علاج کی سروسز (بشمول مگر بلا تحدید، سگریٹ نوشی کو روکنا) شامل نہیں ہوتیں</li> </ul>	
<p>Medicare کے تحت کورڈ ایملولینس سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس یا مشترکہ ادائیگی نہیں ہے۔</p> <p><b>صرف غیر ہنگامی ایملولینس کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے۔</b></p>	<p><b>ایملولینس کی سروسز</b></p> <p>کورڈ ایملولینس سروسز، چاہے وہ ہنگامی صورت حال کے لیے ہوں یا غیر ہنگامی صورت حال کے لیے، ان میں فکسڈ ونگ، روٹری ونگ، اور زمینی ایملولینس کی خدمات، قریب ترین مناسب سہولت گاہ تک کے لیے شامل ہیں، جہاں علاج مہیا کیا جا سکتا ہو، شرط یہ ہے کہ یہ خدمات</p> <p>"ایسے ممبر کو فراہم کی جاتی ہیں جس کی طبی حالت ایسی ہو کہ نقل و حمل کے دیگر ذرائع اس شخص کی صحت کو خطرے میں ڈال سکتے ہوں یا اگر ان خدمات کی ہمارے منصوبے کے ذریعہ اجازت دی گئی ہو۔ اگر کورڈ ایملولینس سروسز ہنگامی صورت حال کے لیے نہیں ہیں، تو یہ دستاویزی ہونا چاہیے کہ ممبر کی حالت ایسی ہے کہ نقل و حمل کے دیگر ذرائع اس شخص کی صحت کو خطرے میں ڈال سکتے ہیں اور ایملولینس کے ذریعے نقل و حمل طبی طور پر ضروری ہے۔"</p>	
<p>تندرستی کے سالانہ دورے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>تندرستی کا سالانہ دورہ</b></p> <p>اگر آپ حصہ B کے 12 ماہ سے زیادہ عرصے کے لیے حامل رہے ہیں، تو آپ اپنے موجودہ صحت اور خطرے کے عناصر کی بنیاد پر ایک شخصی بنایا گیا احتیاط کا منصوبہ تشکیل دینے یا اپڈیٹ کرنے کے لیے تندرستی کا ایک سالانہ دورہ حاصل کر سکتے ہیں۔ اس کو ہر 12 ماہ میں ایک مرتبہ کوور کیا جاتا ہے۔</p> <p><b>نوٹ کریں:</b> آپ کا تندرستی کا پہلا سالانہ دورہ آپ کے Medicare میں خوش آمدید کے احتیاطی دورے کے بعد 12 ماہ کے اندر نہیں ہو سکتا۔ تاہم، اگر حصہ B آپ کے پاس 12 ماہ تک موجود رہ چکا ہے تو اس کے بعد آپ کو اپنے تندرستی کے سالانہ دورے کوور کروانے کے لیے Medicare میں خوش آمدید دورے کی ضرورت نہیں ہوگی۔</p>	
<p>Medicare کے تحت کورڈ ہڈیوں کی کثافت کے ٹیسٹ کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا قابل تخفیف رقم نہیں ہے۔</p>	<p><b>ہڈیوں کی کثافت کی پیمائش</b></p> <p>اہل افراد کے لیے (عام طور پر، اس سے مراد وہ لوگ ہوتے ہیں جن کو ہڈیوں میں معدنیات کی کمی یا آسٹیوپوروسز کا خطرہ ہوتا ہے)، مندرجہ ذیل سروسز کو ہر 24 ماہ میں یا طبی طور پر ضروری ہونے کی صورت میں زیادہ تو اثر سے کوور کیا جاتا ہے: ہڈیوں میں کثافت کی جانچ کرنے، ہڈیوں کی کمزوری کی نشان دہی کرنے، یا ہڈیوں کے معیار کا تعین کرنے کے طریقہ کار، بشمول کسی فزیشن کے نتائج کی تشریح کرنے کے طریقہ ہائے کار۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>کور شدہ اسکریننگ میموگرامز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>چھاتی کے کینسر کی اسکریننگ (میموگرامز)*</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 اور 39 سال کی عمر کے درمیان خواتین کے لیے ایک بیس لائن میموگرام</li> <li>• 40 سال یا اس سے زائد عمر کی خواتین کے لیے ہر 12 ماہ میں ایک اسکریننگ میموگرام</li> <li>• ہر 24 ماہ میں ایک مرتبہ چھاتیوں کے طبی معائنے</li> </ul> <p>اسکریننگ میموگرافی چھاتی کے کینسر کی قبل از وقت نشان دہی کے لیے استعمال ہوتی ہے۔ چھاتی کے کینسر کی تاریخ کا تعین ہو جانے کے بعد، اور جب تک چھاتی کے کینسر کی علامات یا نشانات نمودار نہیں ہوتے، تو جاری رہنے والے میموگرامز کو تشخیصی سمجھا جاتا ہے اور ان کو اس چارٹ میں "بیرونی مریض کی تشخیص کے ٹیسٹس اور تھیراپیوٹک سروسز اور سیلائیز" کے تحت کور کیا جاتا ہے۔ اسکریننگ میموگرافی کا سالانہ وظیفہ ان ممبرز کے لیے دستیاب نہیں ہے جن میں چھاتی کے کینسر کے نشانات یا علامات موجود ہیں۔</p>	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>دل کی بحالی کی خدمات</b></p> <p>دل کی بحالی کی خدمات کے لیے جامع پروگرامز جن میں ورزش، تعلیم، اور کاؤنسلنگ شامل ہیں، ان ممبرز کے لیے کور کیے جاتے ہیں جو ڈاکٹر کے حکم کے ساتھ چند مخصوص شرائط پر پورا اترتے ہیں۔</p> <p>ہمارے پلان میں قلبی مریضوں کی صحت یابی کے سخت پروگرام بھی شامل ہیں جو قلبی مریضوں کی صحت یابی کے پروگراموں سے عام طور پر زیادہ اصولی یا زیادہ سخت ہوتے ہیں۔</p>	
<p>شدید رویہ جاتی تھیراپی کارڈیو ویسکولر مرض کے تدارک کے وظائف کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>کارڈیو ویسکولر بیماری کے خطرے میں کمی کا دورہ (کارڈیو ویسکولر بیماری کے لیے تھیراپی)*</b></p> <p>ہم آپ کی کارڈیو ویسکولر بیماری کے خطرے کی کمی لانے میں آپ کی مدد کے لیے آپ کے بنیادی دیکھ بھال کے ڈاکٹر سے فی سال ایک ملاقات کو کور کرتے ہیں۔ اس دورے کے دوران، آپ کا ڈاکٹر اسپرین کے استعمال (اگر موزوں ہو تو) کے متعلق بات کر سکتا ہے، آپ کے فشار خون کا معائنہ کر سکتا ہے، اور یہ یقینی بنانے کے لیے آپ کو مشورے دے سکتا ہے کہ آپ صحت بخش غذا کھا رہے ہیں۔</p>	
<p>ہر 5 سال میں ایک مرتبہ کور ہونے والی کارڈیو ویسکولر بیماری کی ٹیسٹنگ کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>قلبی امراض کے اسکریننگ ٹیسٹ</b></p> <p>ہر 5 سالوں (60 مہینوں) میں ایک مرتبہ کارڈیو ویسکولر بیماری (یا کارڈیو ویسکولر بیماری کے زیادہ خطرے سے متعلقہ غیر عمومی حالات) کی جانچ کے لیے خون کے ٹیسٹس۔</p>	
<p>میڈیکینر سے کورڈ احتیاطی پیپ اور شرونی جانچ کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا قابل تخفیف رقم نہیں ہے۔</p>	<p><b>سروائیکل اور اندام نہانی کے کینسر کی اسکریننگ</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تمام خواتین کے لیے: پاپ (Pap) ٹیسٹس اور پیڑو کے ٹیسٹس کو ہر 24 ماہ میں ایک مرتبہ کور کیا جاتا ہے</li> <li>• "اگر آپ کو گریوا یا اندام نہانی کے کینسر کا زیادہ خطرہ ہے یا آپ بچے پیدا کرنے کی عمر کے ہیں اور آپ کا پچھلے 3 سالوں میں پیپ ٹیسٹ تشوکانک رہا ہے: ہر 12 ماہ بعد ایک پیپ ٹیسٹ</li> </ul>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>جوڑوں کے امراض سے متعلق خدمات (Medicare سے کورڈ)</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>جوڑوں کے اپنی جگہ سے ہٹ جانے کو ٹھیک کرنے کے لیے ریڑھ کی ہڈی کو ہلانے سے ہلانا</li> </ul>	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>دائمی درد کی دیکھ بھال اور علاج کی خدمات</b></p> <p>دائمی درد میں مبتلا لوگوں کے لیے ماہانہ خدمات کو کور کیا جاتا ہے (مسلسل یا بار بار آنے والا درد جو 3 ماہ سے زیادہ عرصہ تک رہتا ہے)۔ خدمات میں درد کی تشخیص، ادویات کا انتظام، اور نگہداشت کوآرڈینیشن اور منصوبہ بندی شامل ہو سکتی ہے۔</p>	
<p>میڈیکل کے تحت کورڈ کولوریکٹل کینسر سکریننگ جانچ کے لیے کوئی انشورنس، کوپیمنٹ، یا قابل تخفیف (کٹوتی) رقم نہیں ہے۔ کولونوسکوپی یا لچک پنیر سگموئڈوسکوپی کے دوران اگر آپ کا ڈاکٹر کسی پولپ یا دیگر کسی بافت کا پتہ چلا کر اسے نکال دے، تو اسکریننگ معائنہ ایک تشخیصی معائنہ بن جاتا ہے۔</p> <p>حصہ B کی کٹوتی کا اطلاق نہیں ہوتا۔</p> <p>اگر دوران اسکریننگ کوئی غیر معمولی پن نظر آیا اور اس وقت فراہم کنندہ کی جانب سے اقدام اٹھایا گیا، تو اضافی سروسز (بائیوپسی یا دیگر طبی مداخلت) کو پھر تشخیصی معائنہ تصور کیا جائے گا۔</p>	<p><b>بڑی آنت کے کینسر کی سکریننگ*</b></p> <p>مندرجہ ذیل اسکریننگ ٹیسٹس کوور کیے جاتے ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قولونوسکوپی کے لیے کم از کم یا زیادہ سے زیادہ عمر کی کوئی حد نہیں ہے اور یہ ہر 120 مہینوں (10 سالوں) میں اعلیٰ خطرے پر موجود نہ ہونے والے مریضوں کے لیے ایک مرتبہ، یا بڑی آنت کے کینسر کے اعلیٰ خطرے پر موجود نہ ہونے والے مریضوں کی کسی گزشتہ لچکدار دوخمہ بینی ہونے کے 48 ماہ بعد، اور زیادہ خطرے پر موجود مریضوں کے لیے کسی گزشتہ اسکریننگ قولونوسکوپی یا بیریم انیما کے بعد ہر 24 ماہ میں ایک بار کوور کی جاتی ہے۔</li> <li>• 45 سال یا اس سے زیادہ عمر کے مریضوں کے لیے کمپیوٹیڈ ٹوموگرافی کالونگرافی جنہیں کولوریکٹل کینسر کا زیادہ خطرہ نہیں ہے اور اس کو تب کور کیا جاتا ہے جب اس مہینے کے بعد کم از کم 59 مہینے گزر چکے ہوں جس میں آخری سکریننگ کمپیوٹیڈ ٹوموگرافی کالونگرافی کی گئی تھی یا اس مہینے کے بعد 47 ماہ گزر چکے ہیں جس میں آخری سکریننگ فلیکسیبل سگمائیڈوسکوپی یا سکریننگ کالونوسکوپی کی گئی تھی۔ بڑی آنت کے کینسر کے زیادہ خطرہ والے مریضوں کے لیے، ان کی پہلے سے کی گئی سکریننگ کمپیوٹیڈ ٹوموگرافی کالونگرافی کے لیے ادائیگی اس مہینے کے کم از کم 23 مہینے گزر جانے کے بعد کی جا سکتی ہے، جس میں آخری سکریننگ کمپیوٹیڈ ٹوموگرافی کالونگرافی یا آخری سکریننگ کالونوسکوپی کی گئی تھی۔</li> </ul>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
	<p><b>بڑی آنت کے کینسر کی سکریننگ * (جاری ہے)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 45 سال یا اس سے زائد عمر والے مریضوں کے لیے لچکدار دوخمہ بینی۔ مریض کی سکریننگ کالونوسکوپی ہونے کے بعد سے ہر 120 مہینوں میں ایک بار ان مریضوں کے لیے جو زیادہ خطرے میں نہیں ہیں۔ زیادہ خطرہ والے مریضوں کے لیے آخری فلیکسیبل سگمانیڈوسکوپی یا کمپیوٹیڈ ٹوموگرافی کالونگرافی سے ہر 48 ماہ میں ایک بار۔</li> <li>• 45 سال یا اس سے زیادہ عمر کے مریضوں کے لیے فیکل اوکلٹ بلڈ ٹیسٹ کی سکریننگ۔ ہر 12 ماہ میں ایک مرتبہ۔</li> <li>• 45 سے 85 سال اور زیادہ خطرے کے معیار پر پورا نہ اترنے والے مریضوں کے لیے متعدد ہدفی پاخانے میں DNA کی ٹیسٹنگ۔ ہر 3 سالوں میں ایک مرتبہ۔</li> <li>• خون پر مبنی بائیو مارکر ٹیسٹ 45 سے 85 سال کی عمر کے اور زیادہ خطرے کے معیار تک نہ پہنچے ہوئے مریضوں کے لیے۔ ہر 3 سالوں میں ایک مرتبہ۔</li> <li>• بڑی آنت کے کینسر کی جانچ کے ٹیسٹوں میں ایک فالو-آن سکریننگ کولونوسکوپی شامل ہے، جب Medicare کے تحت کورڈ غیر دخل اندازی پاخانے پر مبنی بڑی آنت کے کینسر کی جانچ کا ٹیسٹ مثبت نتیجہ دیتا ہے۔</li> <li>• بڑی آنت کے کینسر کی جانچ کے ٹیسٹوں میں ایک منصوبہ بند سکریننگ فلیکسیبل سگمانیڈوسکوپی یا سکریننگ کولونوسکوپی شامل ہے جس میں بافت یا دیگر مواد کو نکالنا، یا کوئی دوسرا طریقہ کار جو سکریننگ ٹیسٹ کے سلسلے میں، اس کے نتیجے میں، اور اس کے دوران ہی انجام دیا جائے۔</li> </ul>	
<p>ان سروسز کے لیے اہل ممبرز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ جامع ڈینٹل کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>دانتوں کی خدمات (Medicare سے کورڈ)</b></p> <p>عام طور پر، دانتوں کی احتیاطی خدمات (جیسے صفائی، دانتوں کے حسب معمول جانچ، اور دانتوں کے ایکس رے) کو Original Medicare میں شامل نہیں کیا جاتا ہے۔ "تاہم، Medicare دانتوں کی خدمات کے لیے صرف محدود حالات میں ادائیگی کرتا ہے، خاص طور پر اُس صورت میں جب کہ وہ سروس کسی شخص کی بنیادی طبی حالت کے مخصوص علاج کا ایک اٹوٹ حصہ ہو۔" فریکچر یا چوٹ کے بعد جبڑے کو نئے سرے سے بنانا، جبڑے کو متاثر کرنے والے کینسر کے تابکاری طریقہ علاج کی تیاری میں دانت نکالنا، یا اعضاء کی پیوند کاری سے پہلے ان کا معائنہ کرنا مثالوں میں شامل ہیں۔</p> <p>*یہ کوریج کی ضمانت نہیں ہے۔</p> <p>*پیشگی اجازت سے مشروط چند مخصوص طریقہ ہائے کار۔ آپ کا ڈینٹلسٹ یہ ثابت کرنے کے لیے کہ طریقہ کار طبی طور پر ضروری ہیں اور قابل قبول کلینیکل رہنما اصولوں پر پورے اترتے ہیں، ایکس-ریز اور ایک بیانیہ جیسی دستاویزات جمع کرائے گا۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>کوئی کو انشورنس یا کو پیمنٹ نہیں ہے۔</p> <p>دانتوں کے ڈاکٹر (ڈینٹسٹ) کے ذریعہ تجویز کردہ دانتوں کے تمام طریقہ کار کو کور نہیں کیا جاسکتا ہے۔ دانتوں کے ڈاکٹر آپ کو بتائیں کہ پلان کیا ادا کرے گا اور آپ کو جیب سے کیا ادا کرنا پڑے گا۔</p> <p>اگر سروس کوور نہیں کی جاتی یا آپ اپنے الاؤنس کی زیادہ سے زیادہ حد سے تجاوز کر جاتے ہیں تو آپ اخراجات کے لیے ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔ حدود اور استثنیات کا اطلاق ہو سکتا ہے۔</p>	<p><b>ڈینٹل سروسز (اضافی)*</b></p> <p>ہم نے دانتوں کی ایسی جامع کوریج فراہم کرنے کے لیے ایک وینڈر کے ساتھ شراکت داری کی ہے کہ جو New York State Medicaid کی جانب سے پیش کش کردہ سروسز کے عین مطابق ہو۔ سروسز کو کوور تب کیا جائے گا کہ جب وہ ہمارے وینڈرز کے نیٹ ورک کی وساطت سے کسی ملحقہ فراہم کنندہ سے وصول کی گئی ہوں۔</p> <p>آپ کے ڈینٹل وظائف میں شامل ہیں تشخیصی، تدارکی، بحالی نو کی سروسز، اینڈوٹونٹکس، پیریڈونٹکس، پروستھوڈونٹکس (نکالے جا سکنے والے)، پروستھوڈونٹکس (مستقل)، میگزیلوفیشل پروستھیٹکس، امپلانٹ سروسز، اورل اور میگزیلوفیشل سرجری، اور ایڈجنکٹیو جرنل سروسز۔</p> <p>سروسز کی مکمل فہرست کے لیے، براہ کرم <a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm</a> وزٹ کریں اور اپ ڈیٹ شدہ فیس کا شیڈول منتخب کریں</p> <p>وظائف کے مندرجہ بالا لنک کردہ شیڈول میں درج کردہ کوڈز کو امریکی ڈینٹل ایسوسی ایشن (ADA) کی جانب سے دوران سال اپ ڈیٹ کیا جاسکتا ہے۔ اگر ڈینٹل ADA کوڈز کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہو، تو براہ کرم ممبر سروسز کو کال کریں۔ ان کے فون نمبرز آپ کے منصوبے کے ممبر شناختی کارڈ کے پچھلے حصے پر سے حاصل کیے جاسکتے ہیں۔ کچھ ڈینٹل سروسز میں شاید پیشگی اجازت درکار ہو اور ان کا طبی طور پر ضروری ہونا لازم ہے۔ آپ کا فراہم کنندہ آپ کے لیے پلان کی طرف سے درکار تمام اجازت ناموں کی دیکھ بھال کرے گا۔</p> <p>نوٹ کریں: مندرجہ بالا کوریج Medicare سپلیمنٹل ڈینٹل مراعت کے لیے ہے۔ آپ کا نیویارک میڈی کیڈ ڈینٹل بینیفٹ بھی آپ کے سینئر ہول ہیلتھ آف نیویارک NHC (HMO D-SNP) کے زیر انتظام ہے۔ اس Medicaid مراعت پر کسی بھی قسم کے سوالات کے لیے براہ کرم منصوبے سے رابطہ کریں۔</p>	
<p>ڈپریشن کے اسکریننگ کے سالانہ دورے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>ڈپریشن اسکریننگ</b></p> <p>ہم فی سال ڈپریشن کی ایک اسکریننگ کو کوور کرتے ہیں۔ یہ اسکریننگ بنیادی دیکھ بھال کے ایسے مقام پر کی جانی چاہیے جو فالو-آپ علاج اور/یا حوالہ جات فراہم کر سکے۔</p>	
<p>Medicare کے تحت کورڈ ذیابیطس اسکریننگ ٹیسٹ کے لیے کوئی کو انشورنس، کو پیمنٹ، یا قابل تخفیف رقم نہیں ہے۔</p>	<p><b>ذیابیطس کی اسکریننگ</b></p> <p>"اگر آپ میں درج ذیل خطرے کے عوامل میں سے کوئی بھی ہو تو ہم اس اسکریننگ کو کور کریں گے (جس میں خالی پیٹ گلوکوز ٹیسٹ بھی شامل ہے): ہائی بلڈ پریشر (ہائپر ٹینشن)، بہت دنوں سے موجود غیر ضروری کولیسٹرول اور ٹرائی گلیسرائیڈ لیول (ڈسلیپڈیمیا)، موٹاپا، یا بہت دنوں سے موجود ہائی بلڈ شوگر (گلوکوز)۔ ٹیسٹس تب بھی کوور کیے جاسکتے ہیں اگر آپ دیگر تقاضوں پر پورا اترتے ہوں، جیسے فربہ اندام ہونا اور خاندان میں ذیابیطس کی تاریخ ہونا۔</p> <p>آپ اپنے حالیہ ذیابیطس اسکریننگ ٹیسٹ کی تاریخ کے بعد سے ہر 12 ماہ بعد 2 ذیابیطس اسکریننگ کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>سپلائیز کو تب کوور کیا جاتا ہے جب آپ کے پاس نسخہ موجود ہو اور آپ اسے کسی نیٹ ورک کی ریٹیل فارمیسی پر یا ڈاک سروس فارمیسی پروگرام کی وساطت سے بھروائیں۔</p> <p>اگر آپ کو ذیابیطس میں پردہ چشم کے غیر سوزشی مرض یا کالے موتیا کی اسکریننگ کے لیے آنکھ کا معائنہ درکار ہے تو ڈاکٹر کی سروسز کے لیے اس چارٹ میں "نظر کی نگہداشت" دیکھیں۔</p> <p>اگر آپ کو ذیابیطس ہے اور پیر کے معائنے کے لیے ڈاکٹر کو دکھانے کی ضرورت ہے تو اس چارٹ میں "پوڈیاٹری سروسز" دیکھیں۔</p> <p>اگر آپ کو ذیابیطس ہے اور آپ کو میڈیکل نیوٹریشن تھیراپی سروسز (MNT) درکار ہیں تو اس چارٹ میں "میڈیکل نیوٹریشن تھیراپی" دیکھیں۔</p> <p>ذیابیطس کی سپلائیز، ذیابیطس کے جوتوں، اور جوتوں کے اندرونی تلوؤں کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔</p> <p>ترجیحی مینوفیکچرر کے لیے پیشگی اجازت درکار نہیں ہے۔</p> <p><b>Medicare</b> کے تحت کورڈ ذیابیطس کی خود انتظامی تربیت کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت نہیں ہے۔</p>	<p><b>ذیابیطس کی خود انتظامی تربیت، ذیابیطس کی خدمات، اور سامان</b></p> <p>ان تمام لوگوں کے لیے جنہیں ذیابیطس ہے (انسولین استعمال کرنے والے اور انسولین استعمال نہ کرنے والے)۔ کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آپ کے خون میں گلوکوز کی نگرانی کے لیے سپلائیز: بلڈ گلوکوز مانیٹر، بلڈ گلوکوز ٹیسٹ سٹرپس، لینسیٹ ڈیوائسز اور لینسٹس، اور ٹیسٹ سٹرپس اور مانیٹر کی درستگی کو جانچنے کے لیے گلوکوز کنٹرول کے حل۔ <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ خون میں گلوکوز (شوگر) کے مانیٹرز</li> <li>◦ کوور کیے جاتے ہیں جب آپ کا ڈاکٹر آپ کے گھر میں استعمال کے لیے تجویز کرے۔</li> <li>◦ ترجیحی برانڈ کے خون میں گلوکوز کے مانیٹرز کو پیشگی اجازت درکار نہیں ہوتی۔</li> <li>◦ خون میں گلوکوز (شوگر) کے ٹیسٹ کی اسٹریپس</li> <li>◦ ترجیحی برانڈ کی خون میں گلوکوز کے ٹیسٹ کی اسٹریپس کو پیشگی اجازت درکار نہیں ہوتی۔</li> <li>◦ ہر بار 30 دنوں کی سپلائی تک اسے محدود کیا جا سکتا ہے۔</li> <li>◦ ذیابیطس کی سپلائیز کے لیے True Metrix ہمارا پسندیدہ مینوفیکچرر ہے۔ مزید معلومات کے لیے براہ کرم فہرست ادویات والے ہمارے پلان کا مطالعہ کریں یا اضافی معلومات کے لیے ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔</li> <li>◦ ٹیسٹ اسٹریپس اور مانیٹرز کی درستگی کا جائزہ لینے کے لیے گلوکوز کنٹرول کے محلول۔</li> <li>◦ ذیابیطس والے ان افراد کے لیے جن کو شدید ذیابیطسی پاؤں کا عارضہ لاحق ہے: فی کیلنڈر سال علاج کے لیے ایک جوڑا کسٹم مولڈڈ جوتے (ان جوتوں کے ساتھ فراہم کیے گئے انزرتس سمیت)، اور دو اضافی جوڑے انزرتس؛ یا پھر ایک جوڑا ڈیبیٹھ شوز اور تین جوڑے انزرتس (ان جوتوں کے ساتھ فراہم کیے گئے غیر-کسٹمائزڈ ہٹائے جانے والے انزرتس اس میں شامل نہیں)۔ کوریج میں فٹنگ شامل ہے۔</li> </ul> </li> <li>• ذیابیطس کی خود انتظامی تربیت کچھ معین شرائط کے تحت آتی ہے۔</li> <li>• Medicare کے تحت کورڈ ذیابیطس کی خدمات میں شامل ہیں: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ سالانہ معائنہ چشم اور گلوکوما ٹیسٹس</li> <li>◦ پیر کے معائنے</li> <li>◦ طبی غذائیتی تھیراپی کی سروسز (MNT)</li> </ul> </li> </ul>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
<p>اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>پائیدار طبی سامان (DME) اور متعلقہ سپلائرز</b></p> <p>(پائیدار طبی سامان کی تعریف کے لیے باب 12 اور باب 3 پر جائیں)</p> <p>"کورڈڈ اشیاء میں وہیل چیئرز، بیساکھیاں، بجلی سے چلنے والے گدے کے نظام، ذیابیطس کا سامان، گھر میں استعمال کے لیے فراہم کنندہ کے حکم سے دیے جانے والے ہسپتالی بستر، آئی وی انفیوژن پمپس، بولنے کی صلاحیت پیدا کرنے والے آلات، آکسیجن کا سامان، نیبولائزرز، اور واکرز شامل ہیں، لیکن ان تک محدود نہیں ہیں۔</p> <p>ہم Original Medicare کی جانب سے کوور کردہ تمام طبی طور پر ضروری DME کو کوور کرتے ہیں۔ اگر آپ کے علاقے کے ہمارے سپلائر کے پاس کوئی خاص برانڈ یا مینوفیکچرر کا سامان نہیں ہے، تو آپ ان سے پوچھ سکتے ہیں کہ کیا وہ آپ کے لیے خصوصی طور پر منگوا سکتے ہیں۔ سپلائرز کی حالیہ ترین فہرست ہماری ویب سائٹ <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a> پر دستیاب ہے۔</p> <p>عام طور پر، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کسی بھی ایسے پائیدار طبی سامان (DME) کو گور کرتا ہے جسے اس فہرست میں موجود برانڈز اور مینوفیکچررز کی طرف سے Original Medicare میں گور کیا گیا ہے۔ ہم دوسرے برانڈز اور مینوفیکچررز کو گور نہیں کریں گے جب تک کہ آپ کا ڈاکٹر یا دوسرا فراہم کنندہ ہمیں یہ نہ بتائے کہ برانڈ آپ کی طبی ضروریات کے لیے موزوں ہے۔ اگر آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے لیے نئے ہیں اور DME کا ایک برانڈ استعمال کر رہے ہیں جو ہماری فہرست میں نہیں ہے، تو ہم آپ کے لیے 90 دنوں تک اس برانڈ کو گور کرتے رہیں گے۔ اس دوران، آپ کو یہ فیصلہ کرنے کے لیے اپنے ڈاکٹر سے بات کرنی چاہیے کہ اس 90 دن کی مدت کے بعد کون سا برانڈ طبی لحاظ سے مناسب ہے۔ (اگر آپ اپنے ڈاکٹر سے متفق نہیں ہیں، تو آپ ان سے کہہ سکتے ہیں کہ وہ آپ کو دوسری رائے کے لیے ریفر کر دیں۔)</p> <p>اگر آپ (یا آپ کا فراہم کنندہ) ہمارے پلان کے تحت دیے گئے کوریج کے فیصلے سے متفق نہیں ہیں، تو آپ یا آپ کے فراہم کنندہ اپیل دائر کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اپنے فراہم کنندہ کے اس فیصلے سے متفق نہیں ہیں کہ آپ کی طبی حالت کے لیے کون سا پروڈکٹ یا برانڈ مناسب ہے تو آپ اس کے لئے بھی اپیل دائر کر سکتے ہیں۔ (اپیل کے بارے میں مزید معلومات کے لیے باب 9 پر جائیں)</p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>اگر آپ کسی ہسپتال میں داخل ہیں، تو آپ لاگت کا اشتراک ادا کریں گے جیسا کہ اس چارٹ میں "ہسپتال میں داخل مریض کی دیکھ بھال" کے تحت بیان کیا گیا ہے۔</p> <p>آپ کی شراکت لاگت نیٹ ورک کے اندر یا نیٹ ورک سے باہر کی ہنگامی خدمات کے لیے پکساں ہے۔</p>	<p><b>ہنگامی دیکھ بھال</b></p> <p>ہنگامی دیکھ بھال سے مراد وہ سروسز ہیں جو:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ہنگامی سروسز کی فراہمی کے لیے اہل فراہم کنندہ کی جانب سے فراہم کی گئی ہوں، اور</li> <li>• جن کی ایک ہنگامی طبی حالت کا جائزہ لینے یا اس کو مستحکم کرنے کے لیے ضرورت ہو۔</li> </ul> <p>طبی ہنگامی حالت (میڈیکل ایمرجنسی) اس وقت ہوتی ہے جب آپ کو یا صحت اور دوا کا اوسط علم رکھنے والے کسی بھی دوسرے محتاط عام فرد کو یہ یقین ہو کہ آپ میں ایسی طبی علامات ظاہر ہو رہی ہیں جن میں جان بچانے (اور اگر آپ حاملہ خاتون ہیں تو غیر پیدائشی بچے کو بچانے)، کسی عضو کو ضائع ہونے، یا کسی عضو کی کارکردگی (فنکشن) کو ختم ہونے سے روکنے کے لیے فوری طبی امداد کی ضرورت ہے۔ طبی علامات میں کوئی بیماری، چوٹ، شدید تکلیف، یا کوئی ایسی طبی حالت ہو سکتی ہے جو تیزی سے مزید بگڑتی جا رہی ہو۔</p> <p>ضروری ہنگامی خدمات جو آپ نیٹ ورک سے باہر (اؤٹ آف نیٹ ورک) حاصل کرتے ہیں، ان کی لاگت کا اشتراک (کاسٹ شیئرنگ) وہی ہوگا جو نیٹ ورک کے اندر (ان نیٹ ورک) یہ خدمات حاصل کرنے پر ہوتا ہے۔</p>	
<p>اگر آپ نیٹ ورک سے باہر کے کسی ہسپتال میں ہنگامی دیکھ بھال حاصل کرتے ہیں اور آپ کی ہنگامی حالت کے مستحکم ہونے کے بعد آپ کو ان پیشینہ کیئر (ہسپتال میں داخل رہ کر علاج) کی ضرورت پڑتی ہے، تو آپ کا علاج جاری رکھنے اور اسے کور میں شامل رکھنے کے لیے: آپ کو نیٹ ورک ہسپتال میں منتقل ہونا ہوگا۔ یا آپ کو نیٹ ورک سے باہر ہسپتال میں اپنا داخل مریض دیکھ بھال ہمارے پلان سے منظور کروانا ہوگا، اور آپ کا لاگت کا اشتراک وہ سب سے زیادہ خرچ ہوگا جو آپ ایک نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کرتے۔</p>	<p><b>ہنگامی دیکھ بھال (جاری ہے)</b></p> <p>United States (U.S.) کے باہر ہنگامی دیکھ بھال عالمی ہنگامی کوریج کے وظیفے کے تحت کوور شدہ ہو سکتی ہے۔ ہم ہر کیلنڈر سال، ہنگامی دیکھ بھال اور بہتری کے بعد کی دیکھ بھال کے لیے دنیا بھر میں \$10,000 تک کی ہنگامی کوریج پیش کرتے ہیں۔ مزید جاننے کے لیے اس چارٹ میں "عالمی ہنگامی دیکھ بھال کی کوریج" دیکھیں۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>اپنے ورزش کے معمول کو شروع یا تبدیل کرنے سے پہلے ہمیشہ اپنے ڈاکٹر سے بات کریں۔</p>	<p><b>تندرستی کا وظیفہ (اضافی)*</b></p> <p>آپ تندرستی کے مراکز میں شرکت کے لیے تندرستی کے مرکز کی ممبرشپ حاصل کرتے ہیں۔ اگر آپ تندرستی کے مرکز میں جانے سے قاصر ہیں یا گھر سے ورزش کرنے کو ترجیح دیتے ہیں، تو آپ گھریلو تندرستی کی کٹ منتخب کر سکتے ہیں۔ یہ کٹ آپ کو اپنے گھر کے آرام دہ ماحول سے فعال رہنے میں مدد کرے گی۔ گھریلو تندرستی کے اختیارات میں تندرستی کا ٹریکر، مضبوطی یا یوگا کٹس شامل ہیں۔</p> <p>اگر آپ ایک تندرستی کے مرکز میں ورزش کرنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو آپ ویب سائٹ دیکھ سکتے ہیں اور ایک شرکت کرنے والے مقام کا انتخاب کر سکتے ہیں، یا آپ کسی شرکت کرنے والے تندرستی کے مرکز میں براہ راست جا کر شروعات کر سکتے ہیں۔ شرکت کرنے والے ادارے اور تندرستی کے سلسلہ وار مراکز مقام کے حساب سے مختلف ہو سکتے اور تبدیلی سے مشروط ہوتے ہیں۔ کٹس تبدیل ہو سکتی ہیں۔</p>	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>صحت اور تندرستی کی تعلیم کے پروگرامز</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ہمارے پاس کسی تشخیص شدہ صحت کی حالت کا نظم کرنے میں آپ کی مدد کے لیے پروگرامز دستیاب ہیں۔ پروگراموں میں دمہ کی دیکھ بھال شامل ہے</li> <li>• ڈپریشن کی دیکھ بھال</li> <li>• ذیابیطس کی دیکھ بھال</li> <li>• ہائی بلڈ پریشر کی دیکھ بھال</li> <li>• قلبی امراض (سی وی ڈی) کی دیکھ بھال</li> <li>• دائمی رکاوٹ پلمونری بیماری (COPD) کی دیکھ بھال</li> </ul> <p>سیکھنے کے مواد اور نگہداشت کی تجاویز دستیاب ہیں۔ ہم آپ کی اپنے فراہم کنندہ کے ساتھ کام کرنے میں بھی مدد کر سکتے ہیں۔</p> <p>صحت کے نظم کے پروگراموں میں اندراج:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آپ کو خود کار طور پر ان پروگرام (پروگرامز) میں شامل کر دیا جاتا ہے جو آپ کے طبی یا فارمیسی کے دعووں کے ڈیٹا کی بنیاد پر آپ کی ضروریات کو سب سے بہترین طریقے سے پورا کرتے ہیں۔</li> <li>• آپ اپنے فراہم کنندہ یا سیلف ریفر کے ذریعے بھی اندراج کروا سکتے ہیں۔</li> </ul> <p>چند مخصوص تقاضے ہیں جنہیں اندراج کے لیے آپ کو پورا کرنا ضروری ہے۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p><b>صحت اور تندرستی کی تعلیم کی آگاہی کے پروگرام (جاری ہے)</b></p> <p>صحت کے نظم کے پروگراموں سے اخراج:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یہ پروگرامز رضا کارانہ ہیں، اور آپ کسی بھی وقت کسی پروگرام سے ہٹائے جانے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔</li> </ul> <p>آپ ہمارے ہیلتھ مینجمنٹ ڈیپارٹمنٹ کو (TTY: 711) 891-2320 (866) پر کال کر کے اوپر دیے گئے کسی بھی پروگرام کے بارے میں مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں یا ان میں اندراج (enroll) کروا سکتے ہیں۔ (711) پر، پیر تا جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے تک (مشرقی معیاری وقت کے مطابق) کال کر سکتے ہیں۔</p> <p><b>صحت کی تشہیر کے پروگرامز</b></p> <p>آپ کی صحت اور طرز زندگی کو بہتر بنانے کے لیے تشکیل دیے گئے دیگر پروگرامز، جیسا کہ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سگریٹ نوشی کو روکنے کا پروگرام۔</li> <li>• وزن پر قابو پانے کا پروگرام۔</li> </ul> <p>سگریٹ نوشی کی روک تھام یا وزن کم کرنے سے متعلق معلومات اور/یا مواد کے لیے، (866) 472-9483 پر کال کریں (TTY/TDD: 711) پر، پیر تا جمعہ، صبح 8 بجے تا رات 8 بجے تک (مشرقی معیاری وقت کے مطابق) کال کر سکتے ہیں۔</p> <p><b>نرس کے مشورے کی لائن</b></p> <p>چاہے آپ کی صحت کو فوری تشویشناک صورتحال کا سامنا ہو، آپ کو طبی حالت کے بارے میں سوالات درپیش ہوں، یا صحت کے دستیاب وسائل کے بارے میں عمومی معلومات چاہتے ہوں، نرس کی مشورہ جاتی لائن ہفتے کے 7 دن، دن کے 24 گھنٹے دستیاب ہے۔</p> <p>ایک رجسٹرڈ نرس آپ کی اس بات کے تعین میں مدد کرے گی کہ آیا آپ اپنی نگہداشت کو گھر میں نظم کر سکتے ہیں یا آپ کو ایک طبی پیشہ ور فرد کی ضرورت ہے۔</p> <p>ٹول فری نرس ایڈوائس لائن فون نمبر یہ ہے: (844) 658-8544، (TTY/TDD: 711)</p> <p>ایک رجسٹرڈ نرس سے بیماریوں اور چوٹوں کے متعلق بات کرنے کے لیے، دن یا رات، کسی بھی وقت کال کریں۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کوئی حوالہ یا پیشگی اجازت درکار نہیں ہے</li> </ul> <p>یہ سروس ہنگامی صورتوں کے لیے نہیں ہے۔ کسی ہنگامی صورت میں، فوراً 911 ڈائل کریں۔</p>
<p>آپ کے Healthy You کارڈ کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>Healthy You کارڈ</b></p> <p>Healthy You کارڈ کے ذریعے، یہ پلان آپ کو ہر ماہ \$285 کی مشترکہ رقم خرچ کرنے کی اجازت دیتا ہے، جسے آپ مندرجہ ذیل مخصوص اضافی فوائد کے لیے استعمال کر سکتے ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بغیر نسخے کے ملنے والی ادویات (OTC)</li> <li>• OTC پیئرنگ ایڈز</li> <li>• خوراک اور اجناس*</li> </ul>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p><b>Healthy You کارڈ (جاری ہے)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کسی طبی سہولت گاہ تک نقل و حمل</li> <li>• غیر طبی ضروریات کے لیے نقل و حمل</li> <li>• یوٹیلیٹیز</li> </ul> <p>پہلے سے لوڈ کردہ ڈیبٹ کارڈ کریڈٹ کارڈ نہیں ہے۔ آپ کارڈ کو کیش میں تبدیل نہیں کر سکتے یا دیگر افراد کو ادھار کے طور پر نہیں دے سکتے۔ کاسمیٹک طریقہ ہائے کار اس وظیفے کے کارڈ کے تحت کوور نہیں کیے جاتے۔ فنڈز ماہانہ بنیادوں پر کارڈ پر لوڈ کیے جاتے ہیں۔ ہر سہ ماہی کے اختتام پر، کوئی بھی غیر استعمال شدہ مختص کردہ رقم اگلی سہ ماہی یا منصوبے کے اگلے سال میں شامل نہیں ہو گی۔ اگر آپ منصوبہ چھوڑ دیتے ہیں تو کوئی بھی غیر استعمال شدہ مختص کردہ فنڈز آپ کے اخراج کی مؤثر تاریخ پر منصوبے کو واپس منتقل ہو جائیں گے۔</p> <p>دائمی بیماریوں کے لیے خصوصی اضافی فوائد اور خوراک و تازہ پھل اور سبزیوں کے فائدے کے لیے اہل ہونے کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کی ممبر سروسز پر کال کریں۔ دائمی بیماریوں کے لیے خصوصی اضافی فوائد (SSBCI's) کا الاؤنس کسی ممبر کو تب ہی ملتا ہے، جب وہ کوریج کے دائرے میں آنے والی دائمی بیماری میں مبتلا ہو؛ اور Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کیس مینجمنٹ کے اشتراک سے ڈاکٹر کی منظوری بھی فراہم کرنی ہوگی۔ مزید معلومات کے لیے اس چارٹ میں "دائمی بیمار افراد کے لیے خصوصی اضافی فوائد" سے رجوع کریں۔</p>
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>سماعت کی سروسز</b></p> <p>تشخیصی سماعت اور توازن کے جائزے جو آپ کے معالج کی طرف سے یہ طے کرنے کے لیے کیے جاتے ہیں کہ آیا آپ کو طبی علاج کی ضرورت ہے یا نہیں، وہ بیرونی مریض کی دیکھ بھال کے طور پر کور ہوتے ہیں جب آپ انہیں کسی ڈاکٹر، آڈیولوجسٹ، یا دیگر اہل فراہم کنندہ سے حاصل کرتے ہیں۔</p> <p>Medicare کے تحت کورڈ تشخیصی سماعت اور توازن کے امتحانات یہ تعین کرنے میں مدد کرتے ہیں کہ آیا آپ کو طبی علاج کی ضرورت ہے یا نہیں۔</p> <p>یہ جائزہ صرف ایک طبی ضرورت پر مبنی ہوتا ہے، جیسا کہ کسی بیماری، مرض، زخم، یا سرجری کی وجہ سے ہوئی سماعت کی محرومی۔</p> <p><b>سماعت کی خدمات (اضافی) *</b></p> <p>Medicare کے تحت کورڈ سماعت کی خدمات کے علاوہ، آپ ہر کیلنڈر سال میں ایک بار بطور معمول سماعت کا ٹیسٹ بھی کروا سکتے ہیں۔ معمول کا سماعت کا ٹیسٹ ہونے کے بعد، آپ کے کان کے اندر سماعت کی مشین (ہیئرنگ ایڈ) لگائی جا سکتی ہے۔ اپنے قریب نیٹ ورک میں شامل سماعت خدمات کے فراہم کنندہ کو تلاش کرنے کے لیے، آپ یہ کر سکتے ہیں:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ہمارے ممبر سروسز ڈیپارٹمنٹ کو کال کریں، یا</li> <li>2. ہمارے سلیپمینٹل بصراتی فراہم کنندہ کے آن لائن تلاش کے ٹول کو <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a> پر بروئے کار لا کر آن لائن تلاش کرنا۔</li> </ol> <p>سماعت کے آلات کی فٹنگ/تجزیہ ہر کیلنڈر سال میں ایک بار کی جا سکتی ہے۔</p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
	<p><b>سماعت کی سروسز (جاری ہے)</b></p> <p>اگر آپ کو بتایا جاتا ہے کہ آپ کو سماعت کی مشینوں (ہیئرنگ ایڈز) کی ضرورت ہے، تو آپ کو ہر دو سال بعد، دونوں کانوں کے لیے مجموعی طور پر، پلان سے منظور شدہ فراہم کنندہ سے 2 پہلے سے منتخب شدہ سماعت کی مشین مل سکتی ہیں۔</p>	
<p>وہ ممبران جو Medicare کے تحت کورڈ احتیاطی HIV سکریننگ کے اہل ہیں، ان کے لیے کوئی کوانٹورنس، کوپیمنٹ یا کٹوتی لاگو نہیں ہوتا ہے۔</p>	<p><b>ایچ آئی وی سکریننگ</b></p> <p>وہ افراد جو HIV کے سکریننگ ٹیسٹ کا مطالبہ کرتے ہیں یا جنہیں HIV انفیکشن کا زیادہ خطرہ ہے، ان کے لیے ہم درج ذیل کو کور کرتے ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ہر 12 ماہ میں ایک سکریننگ ٹیسٹ۔</li> <li>• اگر آپ حاملہ ہیں، تو ہم ان چیزوں کو کور کرتے ہیں:</li> <li>• حمل کے دوران زیادہ سے زیادہ 3 سکریننگ ٹیسٹ۔</li> </ul>	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>گھر پر صحت کی ایجنسی کی نگہداشت</b></p> <p>ہوم ہیلتھ سروسز حاصل کرنے سے پہلے، ایک ڈاکٹر کو یہ تصدیق کرنی ہوگی کہ آپ کو ہوم ہیلتھ سروسز کی ضرورت ہے اور وہ ہوم ہیلتھ ایجنسی کے ذریعے سروسز فراہم کرنے کا حکم دیں گے۔ آپ گھر تک محدود ہونے چاہئیں، یعنی گھر سے باہر جانا بہت محنت طلب کام ہو۔</p> <p>کورڈ سروسز میں مندرجہ ذیل کے علاوہ اور بھی خدمات شامل ہو سکتی ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• جز وقتی یا وقفے وقفے سے ہنر مند نرسنگ اور ہوم ہیلتھ ایڈ سروسز (ہوم ہیلتھ کیئر کے فائدے کے تحت شامل ہونے کے لیے، آپ کی ہنر مند نرسنگ اور ہوم ہیلتھ ایڈ سروسز کا مشترکہ مجموعہ فی دن 8 گھنٹوں سے کم اور فی ہفتہ 35 گھنٹوں سے کم ہونا ضروری ہے۔)</li> <li>• جسمانی تھراپی، پیشہ جاتی تھراپی، اور گفتگو کی تھراپی</li> <li>• طبی اور سماجی سروسز</li> <li>• طبی سامان اور سپلائیز</li> </ul>	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>گھر پر انفیوژن تھراپی</b></p> <p>ہوم انفیوژن تھراپی میں گھر پر کسی شخص کو رگ کے ذریعے یا جلد کے نیچے ادویات یا حیاتیاتی مواد دینا شامل ہے۔ گھر میں انفیوژن کا عمل کرنے کے لیے درکار اجزاء میں دوا (مثلاً، اینٹی وائرلز، امیون گلوبولین)، ساز و سامان (مثلاً، ایک پمپ)، اور سپلائیز (مثلاً، ٹیوبنگ اور کیتھیٹرز) شامل ہیں۔</p> <p>کورڈ سروسز میں مندرجہ ذیل کے علاوہ اور بھی خدمات شامل ہو سکتی ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• پیشہ ورانہ خدمات، بشمول نرسنگ خدمات، جو ہمارے دیکھ بھال کے پلان کے مطابق فراہم کی جائیں</li> <li>• مریض کی تربیت اور تعلیم جو کہ بصورت دیگر پائیدار طبی سامان کے وظیفے کے تحت کوور نہ کی گئی ہو</li> <li>• فاصلاتی نگرانی</li> </ul>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p><b>گھر پر انفیوژن تھیراپی (جاری ہے)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>گھر پر انفیوژن تھیراپی کی فراہمی اور گھر میں انفیوژن تھیراپی کے اہل سپلائر کی جانب سے فراہم کردہ گھر میں انفیوژن کی ادویات کے لیے نگرانی سروسز</li> </ul>
<p>جب آپ Medicare سے منظور شدہ ہاسپیس پروگرام میں اندراج کرواتے ہیں، تو آپ کی ہاسپیس سروسز اور آپ کی جان لیوا تشخیص سے متعلقہ پارٹ A اور پارٹ B کی سروسز کی ادائیگی Original Medicare کی طرف سے کی جاتی ہے، نہ کہ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کی طرف سے۔</p>	<p><b>مریض خانہ کی نگہداشت</b></p> <p>آپ ہاسپیس کے فائدے کے اہل اس وقت ہوتے ہیں جب آپ کے ڈاکٹر اور ہاسپیس کے میڈیکل ڈائریکٹر نے آپ کو ایک جان لیوا تشخیص دی ہو جس میں یہ تصدیق کی گئی ہو کہ آپ کو علاج بیماری ہے اور اگر آپ کی بیماری اپنے معمول کے مطابق چلے تو آپ کی زندگی 6 ماہ یا اس سے کم باقی ہے۔ آپ Medicare سے منظور شدہ کسی بھی ہاسپیس پروگرام سے دیکھ بھال حاصل کر سکتے ہیں۔ ہمارا پلان اس بات کا پابند ہے کہ وہ آپ کو ہمارے پلان کے سروس علاقے میں Medicare سے منظور شدہ ہاسپیس پروگراموں کو تلاش کرنے میں مدد کرے، جن میں وہ پروگرام بھی شامل ہیں جو بیماری ملکیت ہیں، ہمارے کنٹرول میں ہیں، یا جن میں ہمارا مالی مفاد ہے۔ آپ کے ہاسپیس ڈاکٹر نیٹ ورک کے فراہم کنندہ یا نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندہ ہو سکتے ہیں۔</p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>علامات پر قابو پانے اور درد سے نجات کی ادویات</li> <li>قلیل مدتی ریسپانڈ کیئر (تیماردار کو راحت دینے کے لیے)</li> <li>گھر پر نگہداشت</li> </ul> <p>جب آپ کسی ہاسپیس میں داخل ہوتے ہیں، تو آپ کو ہمارے پلان میں بنے رہنے کا حق حاصل ہوتا ہے؛ اگر آپ ہمارے پلان میں بنے رہتے ہیں تو آپ کو پلان کے پرمیم ادا کرتے رہنا ہوگا۔</p> <p><b>ہاسپیس سروسز اور آپ کی جان لیوا بیماری کی تشخیص سے متعلقہ Medicare پارٹ A یا B کے تحت کورڈ سروسز کے لیے:</b> Original Medicare (نہ کہ ہمارا پلان) آپ کے ہاسپیس فراہم کنندہ کو آپ کی ہاسپیس سروسز اور آپ کی جان لیوا بیماری کی تشخیص سے متعلقہ کسی بھی پارٹ A اور پارٹ B سروسز کی ادائیگی کرے گا۔ جب تک آپ ہاسپیس پروگرام کے زیر نگرانی ہیں، آپ کا ہاسپیس فراہم کنندہ ان سروسز کے لیے Original Medicare کو بل بھیجے گا جن کی ادائیگی Original Medicare کرتا ہے۔ آپ کو Original Medicare کی لاگت میں شراکت کا بل بھیجا جائے گا۔</p> <p><b>وہ سروسز جو Medicare پارٹ A یا B کے تحت کورڈ ہیں لیکن آپ کی جان لیوا بیماری کی تشخیص سے متعلقہ نہیں ہیں، ان کے لیے:</b> اگر آپ کو میڈیکل پارٹ A یا B کے تحت کورڈ ایسی خدمات کی ضرورت ہے جو ہنگامی نوعیت کی نہیں ہیں، جن کی فوری ضرورت نہیں ہے، اور جو آپ کی جان لیوا بیماری کی تشخیص سے متعلقہ نہیں ہیں، تو ان خدمات پر آپ کا خرچ اس بات پر منحصر ہوگا کہ آیا آپ ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں موجود فراہم کنندہ کا استعمال کرتے ہیں اور پلان کے قواعد پر عمل کرتے ہیں (جیسے کہ پیشگی اجازت لینے کی شرط)۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>اگر آپ نیٹ ورک کے فراہم کنندہ سے شامل خدمات حاصل کرتے ہیں اور خدمات کے حصول کے لیے پلان کے قواعد پر عمل کرتے ہیں، تو آپ کو ان-نیٹ ورک خدمات کے لیے صرف ہمارے پلان کی لاگت میں شراکت کی رقم ادا کرنی ہوگی۔</li> <li>اگر آپ نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندہ شامل خدمات حاصل کرتے ہیں، تو آپ کو اورجنل میڈیکل کیئر کے مطابق لاگت میں شراکت کی ادائیگی کرنی ہوگی۔</li> </ul>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p>باسپیس کی دیکھ بھال (جاری)</p> <p><b>ان خدمات کے لیے جو Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے تحت کورڈ ہیں لیکن Medicare پارٹ A یا B کے تحت کورڈ نہیں ہیں:</b></p> <p>Senior Whole Health of New York NHC ان پلان میں کورڈ سروسز کو کور کرنا جاری رکھے گا جو پارٹ A یا B کے تحت کورڈ نہیں ہیں، خواہ وہ آپ کی جان لیوا بیماری کی تشخیص سے متعلقہ ہوں یا نہ ہوں۔ آپ ان سروسز کے لیے ہمارے پلان کی لاگت میں اشتراک کی رقم ادا کریں گے۔</p> <p><b>ان ادویات کے لیے جو ہمارے پلان کے پارٹ D بینیفٹ کے تحت شامل ہو سکتی ہیں:</b></p> <p>اگر یہ ادویات آپ کی جان لیوا باسپیس حالت سے متعلقہ نہیں ہیں، تو آپ لاگت میں اشتراک کی رقم ادا کریں گے۔ اگر وہ (ادویات) آپ کی جان لیوا باسپیس حالت سے متعلقہ ہیں، تو آپ Original Medicare کی لاگت میں شراکت کی رقم ادویات کبھی بھی مریض خانے اور ہمارے منصوبے دونوں کی جانب سے بیک وقت کور نہیں کی جائیں۔ مزید معلومات کے لیے، باب 5، سیکشن 9.4 پر جائیں۔</p> <p><b>نوٹ کریں:</b> اگر آپ کو غیر باسپیس دیکھ بھال (ایسی دیکھ بھال جو آپ کی جان لیوا بیماری کی تشخیص سے متعلقہ نہیں ہے) کی ضرورت ہے، تو خدمات مہیا کرانے کے لیے ہم سے رابطہ کریں۔</p> <p>ہمارا منصوبہ مریض خانے کی مراعت کا انتخاب نہ کرنے والے لاعلاج بیماری میں مبتلا فرد کے لیے مریض خانے کی مشاورت کی سروسز کو (صرف ایک مرتبہ) کور کرتا ہے۔</p>
<p>نمونیا، فلو/انفلونزا، ہیپاٹائٹس B، اور Covid-19 کی ویکسینز کے لیے کوئی کوانٹورنس، کوپیمنٹ، یا کٹوتی نہیں ہوتی ہے۔</p>	<p><b>حفاظتی ویکسینز</b></p> <p>کور شدہ Medicare کی حصہ B سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نمونیا کی ویکسینز</li> <li>• فلو/انفلونزا کے ٹیکے (یا ویکسینز)، موسم خزاں اور موسم سرما میں ہر فلو/انفلونزا سیزن میں ایک بار، اور اگر طبی طور پر ضروری ہو تو اضافی فلو/انفلونزا کے ٹیکے (یا ویکسینز) بھی شامل ہیں۔</li> <li>• ہیپاٹائٹس B کی ویکسینز، اگر آپ کو ہیپاٹائٹس B ہونے کا زیادہ یا درمیانہ خطرہ ہے۔</li> <li>• COVID-19 ویکسینز</li> <li>• دیگر ویکسینز، اگر آپ کو خطرہ ہے اور وہ Medicare پارٹ B کوریج کے قواعد پر پورا اترتی ہیں۔</li> </ul> <p>ہم زیادہ تر دیگر بالغوں کی ویکسینز بھی اپنے پارٹ D دوا کے فوائد کے تحت کور کرتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے باب 6، سیکشن 8 پر جائیں۔</p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
<p>آپ ہسپتال میں قیام کے 1-90 دنوں کے لیے \$0 ادا کرتے ہیں۔ ہمارا منصوبہ 60 "عمر بھر کے ریزرو دنوں" کو کور کرتا ہے۔ یہ "اضافی" دن ہیں جن کو ہم کور کرتے ہیں۔ اگر ہسپتال میں آپ کا قیام فی فائدہ مدت 90 دنوں سے زیادہ ہے، تو آپ یہ اضافی 60 دن استعمال کر سکتے ہیں، داخل اسپتال مریض کے طور پر فائدے کی ہر مدت میں آپ کو صرف 90 دنوں تک کا کوریج ملے گا۔</p> <p>اضافی سروسز آپ کے Medicaid کے وظائف اور ہدایات کے مطابق کور کی جا سکتی ہیں۔</p> <p>اگر آپ کی ہنگامی حالت مستحکم ہونے کے بعد آپ کو نیٹ ورک کے باہر کے ہسپتال میں داخل مریض کے لیے منظور شدہ دیکھ بھال کی سہولت ملتی ہے، تو آپ کو وہی خرچ دینا ہوگا جو آپ نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کرتے ہیں۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>داخل مریض ہسپتال کی نگہداشت</b></p> <p>اس میں داخل مریضوں کے لیے شدید دیکھ بھال، داخل مریضوں کے لیے بحالی، طویل مدتی دیکھ بھال کے ہسپتال، اور دیگر قسم کی داخل مریضوں کی ہسپتال کی خدمات شامل ہیں۔ اندرونی مریض کی ہسپتال کی نگہداشت اس دن سے شروع ہوتی ہے جب آپ ڈاکٹر کے حکم کے ساتھ باضابطہ طور پر ہسپتال میں داخل کر دیے جاتے ہیں۔ آپ کے ڈسچارج ہونے سے پہلے والا دن آپ کا آخری اندرونی مریض کا دن ہوتا ہے۔</p> <p>کورڈ سروسز میں بلا تحدید شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نیم نجی کمرہ (یا ایک نجی کمرہ اگر طبی طور پر ضروری ہو)</li> <li>• کھانا بشمول خصوصی خوراک</li> <li>• باقاعدہ نرسنگ سروسز</li> <li>• خصوصی نگہداشت کے یونٹس (جیسا کہ انتہائی نگہداشت یا کورونری نگہداشت کے یونٹس) کے اخراجات</li> <li>• ادویات اور معالجے</li> <li>• لیب ٹیسٹس</li> <li>• ایکس رے اور دیگر ریڈیولوجی خدمات</li> <li>• اہم سرجیکل اور طبی سیلائیز</li> <li>• مصنوعات کا استعمال، جیسا کہ وہیل چیئرز</li> <li>• آپریٹنگ اور صحت یابی کے کمروں کے اخراجات</li> <li>• جسمانی تھراپی، پیشہ جاتی تھراپی، اور گفتگو و زبان کی تھراپی</li> <li>• اندرونی مریض کی مادے کے استعمال کے مرض کی سروسز</li> <li>• بعض شرائط کے تحت، درج ذیل اقسام کے ٹرانسپلانٹ شامل ہیں: قرنیه، گردہ، گردہ اور لبلبہ، دل، جگر، پھیپھڑا، دل/پھیپھڑا، بون میرو، اسٹیم سیل، اور آنت/کثیر اعضائی۔ اگر آپ کو ٹرانسپلانٹ کی ضرورت ہے، تو ہم آپ کے کیس کا جائزہ لینے کے لیے Medicare سے منظور شدہ ایک ٹرانسپلانٹ سینٹر کے ساتھ بندوبست کریں گے جو یہ فیصلہ کرے گا کہ آیا آپ ٹرانسپلانٹ کے لیے اہل ہیں۔ ٹرانسپلانٹس کے فراہم کنندگان مقامی یا سروس کے علاقے کے باہر سے ہو سکتے ہیں۔ اگر ہمارے نیٹ ورک میں شامل ٹرانسپلانٹ خدمات آپ کے اس پاس خدمات مہیا کرنے والی سہولت گاہ سے باہر ہیں، تو آپ مقامی طور پر ٹرانسپلانٹ کرانے کا فیصلہ کر سکتے ہیں، بشرطیکہ مقامی ٹرانسپلانٹ فراہم کنندگان Original Medicare کی شرح کو قبول کرنے پر آمادہ ہوں۔ اگر Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) آپ کے اس پاس خدمات مہیا کرنے والی سہولت گاہ سے باہر کسی مقام پر ٹرانسپلانٹ کی خدمات فراہم کرتا ہے اور آپ اس دور دراز مقام پر ٹرانسپلانٹ کروانے کا انتخاب کرتے ہیں، تو ہم آپ اور آپ کے ایک ساتھی کے لیے مناسب رہائش اور سفری اخراجات کا انتظام کریں گے یا ان کی ادائیگی کریں گے۔</li> <li>• Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) سے متعلقہ طبی دیکھ بھال کی مخصوص تفصیلات کو، یومیہ زیادہ سے زیادہ \$150 تک، کور کرتا ہے۔ اس کے علاوہ، ٹیکس دہندگان کے لیے مائلیج کی باز ادائیگی کے لیے معیاری مائلیج ریٹس کی مساوی رقم کی درخواست کی جا سکتی ہے، جیسا کہ انٹرنل</li> </ul>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p><b>اندرونی مریض ہسپتال کی نگہداشت (جاری ہے)</b></p> <p>ریویونیو سروس (IRS) کی جانب سے طے کیا گیا ہے، اور جسے ایڈجسٹ کر کے نوٹس عوام الناس کے لیے شائع کر دیا گیا ہے۔ ٹرانسپلانٹ سے متعلق تمام سفری، رہائش، کھانا، اور مائلیج کی ادائیگی کی زیادہ سے زیادہ قابل ادائیگی رقم پانچ ہزار ڈالر (\$5,000) فی ٹرانسپلانٹ ہے، جو کہ پلان کے رہنما اصولوں کے مطابق ہے۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خون - اسٹور کرنا اور چڑھانا۔ پورے خون اور پیگڈ سرخ خلیوں کی کوریج آپ کو درکار خون کے چوتھے پنٹ سے شروع ہوتی ہے۔ آپ کو یا تو ایک کیلنڈر سال میں ملنے والے خون کے پہلے 3 پنٹس کی قیمت ادا کرنی ہوگی یا آپ یا کسی اور کی طرف سے خون کا عطیہ کرنا ہوگا۔ خون کے دیگر تمام اجزاء پہلے پنٹ سے ہی کور کیے جاتے ہیں۔</li> <li>• فزیشن کی سروسز</li> </ul> <p><b>نوٹ کریں:</b> اندرونی مریض ہونے کے لیے، آپ کے فراہم کنندہ کا ایک حکم نامہ تحریر کرنا ضروری ہو گا تاکہ آپ کو باضابطہ طور پر ہسپتال کے اندرونی مریض کے طور پر داخل کیا جاسکے۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔ اگر آپ کو یہ پتہ نہیں ہے کہ آپ داخل مریض ہیں یا بیرونی مریض، تو ہسپتال کے عملے سے پوچھیں۔</p> <p>مزید معلومات کے لیے Medicare کی فیکٹ شیٹ <i>Medicare Hospital Benefits</i> دیکھیں۔ حقائق کی یہ شیٹ <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ویب پر یا 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 پر کال کر کے دستیاب ہے۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔ آپ ان نمبروں پر ہفتے کے 7 دن 24 گھنٹے مفت کال کر سکتے ہیں۔</p>
<p>فائدے کی فی مدت ہسپتال میں قیام کے 1 سے 90 دنوں تک آپ کو \$0 ادا کرنا ہوگا۔</p> <p>ہمارا منصوبہ 60 "عمر بھر کے ریزرو دنوں" کو بھی کور کرتا ہے۔ یہ "اضافی" دن ہیں جن کو ہم کور کرتے ہیں۔ اگر آپ کا ایک وظیفے کے دورانیے میں ہسپتال میں قیام 90 دن سے زیادہ کا ہے، تو آپ ان اضافی دنوں کا استعمال کر سکتے ہیں۔ لیکن جب آپ ان اضافی 60 دنوں کو استعمال کر لیں گے، تو آپ کی داخل مریض کی ہسپتال کی کوریج کو ایک فائدے کی مدت میں 90 دنوں تک محدود کر دیا جائے گا۔</p>	<p><b>کسی نفسیات کے ہسپتال میں اندرونی مریض کی سروسز</b></p> <p>کورڈ سروسز میں وہ ذہنی صحت کی دیکھ بھال کی خدمات شامل ہیں جن کے لیے ہسپتال میں قیام کی ضرورت ہوتی ہے</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یا تو آپ کسی جنرل اسپتال سے ان خدمات کو حاصل کر سکتے ہیں یا کسی نفسیاتی ہسپتال سے کہ جو صرف دماغی صحت کے عوارض کے حامل لوگوں کی ہی نگہداشت کرتا ہو۔</li> <li>• اگر آپ (جنرل ہسپتال کے بجائے) ایک نفسیات کے ہسپتال میں ہیں، تو Medicare آپ کی پوری زندگی میں صرف 190 دن تک کی اندرونی مریض کی نفسیات کے ہسپتال کی خدمات کی ادائیگی کرے گا۔</li> <li>• اگر آپ نے ہمارے پلان میں اندراج کروانے سے پہلے اپنی 190 دنوں کی لائف ٹائم لمٹ کا کچھ حصہ استعمال کیا تھا، تو کورڈ لائف ٹائم ہسپتال دنوں کی تعداد میں سے داخل مریض کے طور پر کسی نفسیاتی ہسپتال میں ذہنی صحت کی دیکھ بھال کے لیے Medicare ک تحت پہلے کورڈ دنوں میں سے گھنٹا دئیے جائیں گے۔</li> <li>• 190 دنوں کی یہ حد ایک جنرل ہسپتال کی نفسیاتی یونٹ میں فراہم کی جانے والی ذہنی صحت کی دیکھ بھال پر لاگو نہیں ہوتی۔</li> </ul>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>اگر آپ کی ہنگامی حالت مستحکم ہونے کے بعد آپ کو نیٹ ورک کے باہر کے ہسپتال میں داخل مریض کی منظور شدہ دیکھ بھال کی سہولت ملتی ہے، تو آپ کو وہی خرچ دینا ہوگا جو آپ نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کرتے ہیں۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b> آپ کے ڈاکٹر کو ہمیں لازمی بتانا ہو گا کہ آپ کسی ہسپتال میں داخل ہونے جا رہے ہیں، ماسوائے کسی ہنگامی صورت کے۔</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• فائدے کی ان مدتوں کی تعداد پر کوئی حد نہیں ہے جو آپ ایک جنرل ہسپتال میں ذہنی صحت کی دیکھ بھال حاصل کرتے وقت حاصل کر سکتے ہیں۔ آپ نفسیاتی ہسپتال میں نگہداشت حاصل کرتے وقت بھی متعدد وظیفہ جاتی دورانیے حاصل کر سکتے ہیں مگر اس پر 190 دن کی لائف ٹائم حد عائد ہے۔</li> <li>• Medicaid داخل مریض کے خرچ تب ہی کور کرتا ہے جب 190 دنوں کی حد مکمل ہو جاتی ہے۔ فائدے کی مدت یا زندگی بھر کی کوئی حد نہیں ہے۔</li> <li>• آپ کو معاہدہ یافتہ رویہ جاتی صحت کے فراہم کنندگان کا استعمال کرنا ہو گا۔ براہ کرم ممبر سروسز سے یا ذہنی صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندگان کی فہرست میں شامل کسی فراہم کنندہ سے رابطہ کریں۔</li> </ul> <p>Medicare ان کو کور نہیں کرتا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نجی ڈیوٹی والی نرسنگ</li> <li>• آپ کے کمرے میں فون یا ٹیلی ویژن</li> </ul> <p>ایک نجی کمرہ (ماسوائے طبی طور پر ضروری ہو)</p>	
<p>وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>اندرونی مریض کا قیام: داخل مریضوں کے غیر کورڈ قیام کے دوران ہسپتال یا ہنرمند نرسنگ سہولت میں حاصل کردہ کورڈ خدمات</b></p> <p>اگر آپ نے اپنے داخلی مریض کے طور پر ملنے والے فوائد استعمال کر لیے ہیں یا اگر داخل مریض کے طور پر قیام معقول اور ضروری نہیں ہے، تو ہم آپ کے داخل مریض کے طور پر قیام کی کوریج نہیں کریں گے۔ بعض صورتوں میں، جب آپ ہسپتال یا ہنرمند نرسنگ سہولت (SNF) میں ہوں گے، تو ہم آپ کی بعض مخصوص خدمات کو کور کریں گے۔ کورڈ سروسز میں مندرجہ ذیل کے علاوہ اور بھی خدمات شامل ہو سکتی ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فزیشن کی سروسز</li> <li>• تشخیصی ٹیسٹس (جیسا کہ لیب ٹیسٹس)</li> <li>• ایکس رے، ریڈیم، اور آسٹوپ تھراپی بشمول ٹیکنیشن مواد اور خدمات</li> <li>• سرجیکل پٹیاں</li> </ul> <p><b>اندرونی مریض کا قیام: داخل مریضوں کے غیر کورڈ قیام کے دوران ہسپتال یا ہنرمند نرسنگ سہولت (SNF) میں حاصل کردہ کورڈ خدمات (جاری ہے)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ٹوٹنے اور ہڈیوں کے جوڑ اپنی جگہ سے ہٹنے کو کم کرنے کے لیے استعمال ہونے والے اسپینٹس، کاسٹ، اور دیگر آلات</li> <li>• مصنوعی اعضاء اور آرتھوٹکس ڈیوائسز (ڈیٹیل کے علاوہ) جو کہ جسم کے کسی اندرونی عضو (متصل بافت سمیت) کی گلی یا جزوی طور پر، یا ایک مستقل طور پر بیکار یا ٹھیک سے کام نہ کرنے والے جسم کے اندرونی عضو کی گلی یا جزوی طور پر، ایسی ڈیوائسز کی جگہ لینے یا مرمت سمیت جگہ لیتی ہیں</li> <li>• ٹانگوں، بازوؤں، کمر اور گردن کے لیے سہارا دینے والے اوزار؛ فٹنگ پٹیاں، اور مصنوعی ٹانگیں، بازو اور آنکھیں، ان کی مرمتیں، سیٹنگ اور تبدیلی سمیت جو ٹوٹ پھوٹ، رگڑ، ضائع ہونے یا مریض کی جسمانی کیفیت میں تبدیلی کے سبب درکار ہوں۔</li> </ul> <p>جسمانی تھراپی، گفتگو کی تھراپی، اور پیشہ جاتی تھراپی</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>Medicare کے تحت کورڈ طبی غذائیت کی تھراپی کی خدمات کے اہل ممبران کے لیے کوئی کوانشورنس، کوپیمنٹ یا کٹوتی کی سہولت نہیں ہے۔</p>	<p><b>طبی غذائیت کی تھراپی</b></p> <p>یہ وظیفہ ذیابیطس، رینل (گردوں کی) بیماری (لیکن ڈایا لائسز پر موجود نہ ہونے والے) والے افراد کے لیے ہے، یا گردوں کے ٹرانسپلانٹ کے بعد جب آپ کے ڈاکٹر نے اس کا حکم دیا ہو۔</p> <p>جس پہلے سال آپ کو Medicare (جس میں ہمارا پلان، کوئی بھی دوسرا Medicare Advantage Plan، یا Original Medicare شامل ہے) کے تحت طبی غذائیت کی تھراپی کی خدمات ملتی ہیں، اس سال ہم تین (3) گھنٹے کی انفرادی کاؤنسلنگ خدمات کور کرتے ہیں، اور اس کے بعد ہر سال دو (2) گھنٹے کور کرتے ہیں۔ اگر آپ کی حالت، علاج یا تشخیص تبدیل ہو جاتی ہے، تو آپ ڈاکٹر کی ہدایت پر مزید گھنٹوں کے علاج کی سہولت حاصل کر سکتے ہیں۔ ان سروسز کی تجویز ایک فزیشن کو دینی ہو گی اور اگر آپ کے علاج کی اگلے تقویمی سال میں ضرورت ہو تو اپنے حکم کی سالانہ تجدید کرنا ہو گی۔</p>	
<p>MDPP وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</b></p> <p>تمام Medicare ہیلتھ پلانز کے تحت اہل افراد کے لیے ایم ڈی پی پی (MDPP) کی خدمات کور کی جاتی ہیں۔</p> <p>MDPP ذہنی صحت میں تبدیلی کے لیے منظم مداخلت ہے جو طویل مدتی غذائی تبدیلی، جسمانی سرگرمی میں اضافہ، اور وزن کو برقرار رکھنے اور صحت مند طرز زندگی کو چیلنجوں پر قابو پانے کے لیے عملی تربیت فراہم کرتی ہے۔</p>	
<p>اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>حصہ B کی ادویات اسٹیپ تھراپی سے مشروط ہو سکتی ہیں۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>Medicare Part B ادویات</b></p> <p>یہ ادویات Original Medicare کے حصہ B کے تحت کور شدہ ہیں۔ ہمارے پلان کے تحت ہمارے پلان کے ممبران کو ان ادویات کی کوریج ملتی ہے۔ کورڈ ادویات میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وہ ادویات جو عموماً مریض خود استعمال نہیں کرتا اور جو اس وقت لگائی جاتی ہیں یا رگ میں ڈالی جاتی ہیں جب آپ ڈاکٹر، ہسپتال کے بیرونی مریض، یا ایمبولیٹری سرجیکل سینٹر کی خدمات حاصل کر رہے ہوتے ہیں۔</li> <li>• پائیدار طبی سامان کی شے کے ذریعے دی گئی انسولین (جیسا کہ طبی طور پر ضروری انسولین پمپ)</li> <li>• دیگر ادویات جو آپ پائیدار طبی آلات (جیسے کہ نیبولائزرز) کے ذریعے استعمال کرتے ہیں اور جن کی ہمارے پلان نے منظوری دی ہو</li> <li>• الزائمر کی دوا، Leqembi® (عام نام lecanemab)، جو نس کے ذریعے دی جاتی ہے۔ ادویہ کی لاگتوں کے علاوہ، آپ کو علاج سے قبل اور/یا اس کے دوران ایسے اضافی اسکینز اور ٹیسٹوں کی ضرورت بھی ہو سکتی ہے کہ جو آپ کی مجموعی لاگتوں میں شامل ہو سکیں۔ اپنے ڈاکٹر سے اس بارے میں بات کریں کہ آپ کو اپنے علاج کے حصے کے طور پر کن اسکینوں اور ٹیسٹوں کی ضرورت ہو سکتی ہے۔</li> <li>• اگر آپ کو ہیموفیلیا ہو تو وہ انجماد کے عوامل جو آپ خود کو انجیکشن کے ذریعے دیتے ہیں</li> </ul>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p><b>Medicare پارٹ B (جاری رکھا) ادویات</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ٹرانسپلانٹ / مدافعتی نظام کو کمزور کرنے والی ادویات Medicare اس صورت میں ٹرانسپلانٹ دوا کی تھیراپی کوور کرتا ہے اگر Medicare نے آپ کے عضویاتی ٹرانسپلانٹ کی ادائیگی کی ہو۔ کوور شدہ ٹرانسپلانٹ کے وقت آپ کا حصہ A کا حامل ہونا لازم ہے، اور امیونوسپریسیو ادویات حاصل کرتے وقت آپ کا حصہ B کا حامل ہونا لازم ہے۔ Medicare پارٹ D ادویات کی کوریج کے اگر پارٹ B کے تحت مدافعتی نظام کو کمزور کرنے والی ادویات کوور نہیں کیا جاتا ہے، تو Medicare پارٹ D کی ادویات کی کوریج کے تحت انہیں کوور کیا جاتا ہے۔</li> <li>• انجیکشن کے ذریعے دی جانے والی آسٹیوپوروسس کی ادویات، اگر آپ گھر تک محدود ہیں، ہڈی کا ایسا فریکچر ہو جو ڈاکٹر کی تصدیق کے مطابق مینوپاز کے بعد کے آسٹیوپوروسس سے متعلق ہو، اور آپ خود دوا نہ لے سکیں۔</li> <li>• کچھ اینٹیجنز: Medicare اس صورت میں اینٹیجنز کو کوور کرتا ہے کہ اگر ڈاکٹر انہیں تیار کرے اور ایک باقاعدہ ہدایت یافتہ فرد (جو کہ آپ، یعنی مریض ہو سکتے ہیں) مناسب نگرانی کے اندر وہ فراہم کریں</li> <li>• بعض مخصوص زبانی کینسر مخالف ادویات: Medicare اس صورت میں کچھ اورل کینسر گٹس ادویات کو کوور کرتا ہے کہ جو آپ کھاتے ہیں کہ اگر وہی دوا بذریعہ انجیکشن لگائی جانے والی صورت میں دستیاب ہو یا دوا انجیکٹ کرنے لائق دوا کا ایک پروڈرگ (دوا کی ایک اورل قسم کہ، جو لی جائے، تو اسی فعال جز میں تحلیل ہو جاتی ہے کہ جو انجیکٹ کرنے لائق دوا میں پائی گئی ہو) ہو۔ جیسے ہی نئی اورل کینسر ادویات دستیاب ہوں، حصہ B ان کو ممکنہ طور پر کوور کر سکتا ہے۔ اگر پارٹ B کے تحت انہیں کوور نہیں کیا جاتا، تو پارٹ D کے تحت کیا جائے گا۔</li> <li>• متلی کی زبانی ادویات: Medicare، متلی کی زبانی ادویات کو کوور کرتا ہے جو آپ کینسر مخالف کیموتھراپیٹک علاج کے حصے کے طور پر استعمال کرتے ہیں، بشرطیکہ وہ کیموتھراپی سے پہلے، دوران یا 48 گھنٹوں کے اندر دی جائیں یا نس میں دی جانے والی متلی کی دوا کا مکمل علاج معالجاتی متبادل ہوں۔</li> <li>• Medicare پارٹ B کے تحت کورڈ بعض آخری مرحلے کی گردے کی بیماری (ESRD) کی مخصوص زبانی ادویات</li> <li>• ESRD کی ادائیگی کے نظام کے تحت کیلسی مائمیٹک (Calcimimetic) اور فاسفیٹ بانڈر (phosphate binder) ادویات، بشمول رگ میں دی جانے والی دوا پارسابیو (Parsabiv®) اور زبانی دوا سینسپار (Sensipar®)۔</li> <li>• گھر پر ڈائلیز کے لیے بعض مخصوص ادویات، بشمول ہپیرین، طبی ضرورت کے تحت ہپیرین کا تریاق، اور بیرونی جلد پر لگائی جانے والی بے ہوشی کی ادویات</li> <li>• اریتھروپائیسس محرک ایجنٹ (خون کے سرخ خلیات بنانے والے): Medicare انجیکشن کے ذریعے دی جانے والی ایریٹروپوائٹن (erythropoietin) کو کوور کرتا ہے اگر آپ کو آخری مرحلے کی گردے کی بیماری (End-Stage Renal Disease - ESRD) ہے یا آپ کو مخصوص دیگر حالتوں (جیسے کہ، Retacrit® سے متعلق خون کی کمی (anemia) کے علاج کے لیے اس دوا کی ضرورت ہے۔</li> </ul>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
	<p><b>Medicare پارٹ B (جاری رکھا) ادویات</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>مدافعت کی کمی کی بنیادی بیماریوں کے گھر میں علاج کے لیے نس کے ذریعے دیا جانے والا امیون گلوبولین</li> <li>پیرنٹرل اور اینٹرل غذائیت (درون وریدی اور ٹیوب فیڈنگ)</li> </ul> <p>کچھ کیسز میں، اس سے قبل کہ ہم اسی کیفیت کے لیے کسی دوسری دوا کو کور کریں، ہمیں یہ چیز درکار ہوتی ہے کہ آپ اپنی طبی حالت کے علاج کے لیے پہلے کچھ مخصوص ادویات کا تجربہ کریں۔ مثال کے طور پر، اگر دوا A اور دوا B یکساں طبی حالت کا علاج کرتی ہے اور دوا A کم قیمت ہے، تو منصوبہ آپ سے دوا A کو پہلے آزمانے کا تقاضا کر سکتا ہے۔ اگر ڈرگ A آپ کے لیے کام نہیں کرتی ہے، تو ہم ڈرگ B کو کور کریں گے۔ آپ <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a> اس بارے میں مزید جان سکتے ہیں کہ ہم کس طرح یہ تعین کرتے ہیں کہ آیا اسٹیپ تھراپی کی ضرورت ہے یا نہیں۔</p> <p>ہم پارٹ B کے تحت کچھ ویکسین اور اپنے پارٹ D ادویات کے فوائد کے تحت زیادہ تر بالغوں کی ویکسین کو کور کرتے ہیں۔</p> <p>باب 5 ہمارے پارٹ D ادویات کے فوائد کی وضاحت کرتا ہے، جس میں وہ قواعد شامل ہیں جن کی آپ کو نسخے کی ادویات کور کروانے کے لیے پیروی کرنی ہوگی۔ ہمارے پلان کے ذریعے آپ پارٹ D ادویات کے لیے کیا ادائیگی کرتے ہیں اس کی وضاحت باب 6 میں کی گئی ہے۔</p>	
<p>موٹاپے کی احتیاطی اسکریننگ اور تھیراپی کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>موٹاپے کی جانچ اور مستقل وزن میں کمی کو فروغ دینے کے لیے علاج</b></p> <p>اگر آپ کا ہڈی ماس انڈیکس 30 یا اس سے زیادہ ہے، تو ہم آپ کی وزن میں کمی میں مدد کے لیے انتہائی درجے کی کاؤنسلنگ کو کور کرتے ہیں۔ یہ کاؤنسلنگ تب کور کی جاتی ہے جب آپ اسے ایک بنیادی دیکھ بھال کے ماحول میں حاصل کرتے ہیں، جہاں اسے آپ کے جامع احتیاط کے منصوبے کے ساتھ مربوط کیا جاسکے۔ مزید جاننے کے لیے اپنے بنیادی دیکھ بھال کے ڈاکٹر یا پریکٹیشنر سے بات کریں۔</p>	
<p>Medicare کے تحت کورڈ بیرونی مریض اوپیڈ علاج پروگرام کی خدمات کے لیے کوئی کوانٹورنس، کوپیمنٹ، یا کٹوتی لاگو نہیں ہے۔</p> <p><b>Medicare کے کور شدہ بیرونی مریض کے درد کش ادویات سے علاج کے پروگرام کی سروسز</b></p> <p>لیے پیشگی اجازت درکار نہیں ہے، تاہم اس کی ضرورت ہو سکتی ہے اگر آپ کو دردکش علاج کی ادویات درکار ہوں۔</p>	<p><b>درد کش ادویات کے استعمال کے علاج کے پروگرام کی سروسز</b></p> <p>اوپیڈ یوز ڈس آرڈر (OUD) والے ہمارے پلان کے ممبران اوپیڈ ٹریٹمنٹ پروگرام (OTP) کے ذریعے OUD کے علاج کے لیے خدمات کی کوریج حاصل کر سکتے ہیں جس میں درج ذیل خدمات شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>یو ایس فوڈ اینڈ ڈرگ ایڈمنسٹریشن (FDA) سے منظور شدہ اوپیڈ ایگونسٹ اور اینٹاگونسٹ دواؤں کے ذریعے معاون علاج کی ادویات</li> <li>MAT ادویات کی فراہمی اور انہیں دینا (اگر اطلاق ہوتا ہو)</li> <li>منشیات کے استعمال کی کاؤنسلنگ</li> <li>انفرادی اور گروپ تھراپی</li> <li>زہر کے اثرات کی ٹیسٹنگ</li> <li>دوا لینے کی سرگرمیاں</li> <li>وقفہ در وقفہ تشخیصات</li> </ul>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>بیرونی مریض کے تشخیصی ٹیسٹس اور تھیراپیوٹک سروسز اور سپلائیز</b></p> <p>کورڈ سروسز میں مندرجہ ذیل کے علاوہ اور بھی خدمات شامل ہو سکتی ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ایکس ریز</li> <li>شعائیں (ریڈیم اور آئیسوٹوپ) کی تھیراپی بشمول تکنیکی ماہر کے مواد اور سروسز</li> <li>سرجیکل سپلائیز، جیسا کہ پٹیاں</li> <li>ٹوٹے اور ہڈیوں کے جوڑ اپنی جگہ سے ہٹنے کو کم کرنے کے لیے استعمال ہونے والے اسپینٹس، کاسٹ، اور دیگر آلات</li> <li>لیبارٹری کے ٹیسٹس</li> <li>خون - اسٹور کرنا اور چڑھانا۔ پورے خون (کسی عطیہ دہندہ سے حاصل وہ خون جو اصلی حالت میں ہو، اس میں کوئی تبدیلی نہیں کی گئی ہو) اور پیکڈ سرخ خلیات کی کوریج صرف خون کے چوتھے پنٹ سے شروع ہوتی ہے جس کی آپ کو ضرورت ہے۔ آپ کو یا تو ایک کیلنڈر سال میں ملنے والے خون کے پہلے 3 پنٹوں کی لاگت ادا کرنی ہوگی یا آپ کو خون خود یا کسی دوسرے فرد سے عطیہ کروانا ہوگا۔ خون کے بقیہ تمام اجزاء کی کوریج استعمال ہونے والی پہلی بوتل سے شروع ہوتی ہے</li> <li>دیگر بیرونی مریض کے تشخیصی ٹیسٹس - غیر ریڈیولوجیکل تشخیصی سروسز جیسا کہ EKGs، EEGs، پھیپھڑوں کی فعلیت کے ٹیسٹس، نیند کے مطالعات، اور ٹریڈ مل پر تناؤ کے ٹیسٹس۔</li> <li>تشخیصی شعاعی خدمات (بشمول پیچیدہ اور غیر پیچیدہ دونوں)، جیسے کہ خصوصی اسکینز، سی ٹی، ایس پی ای سی ٹی، پی ای ٹی، ایم آر آئی، ایم آر اے، نیوکلیئر اسٹڈیز، الٹراساؤنڈز، تشخیصی میموگرامز، اور انٹروینشنل شعاعی طریقہ کار (مائلیوگرام، سسٹوگرام، اینجیوگرام، اور بیریم اسٹڈیز)۔</li> <li>بیرونی مریض لیب خدمات اور بیرونی مریض ایکس رے خدمات کے لیے کسی پیشگی اجازت کی ضرورت نہیں ہے۔</li> </ul>	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>بیرونی مریض کا ہسپتال کا مشاہدہ</b></p> <p>مشاہدے کی سروسز ہسپتال کی وہ بیرونی مریض کی سروسز ہوتی ہیں جو اس بات کا تعین کرنے کے لیے دی جاتی ہیں کہ آیا آپ کو اندرونی مریض کے طور پر داخل کرنے کی ضرورت ہے یا آپ کو ڈسچارج کیا جا سکتا ہے۔</p> <p>ہاسپٹل میں بیرونی مریض کے مشاہدہ کی خدمات کے کور ہونے کے لیے، انہیں Medicare کے معیار پر پورا اترنا چاہیے اور معقول اور ضروری سمجھا جانا چاہیے۔ مشاہدہ کی خدمات صرف اُس صورت میں کور ہوتی ہیں جب وہ کسی معالج یا کسی ایسے دوسرے شخص کے حکم پر فراہم کی جائیں جسے ریاستی لائسنسری قانون اور ہسپتال کے عملے کے ذیلی قوانین کے تحت مریضوں کو ہسپتال میں داخل کرنے یا بیرونی مریض کے طور پر جانچ کرنے کا حکم دینے کا اختیار حاصل ہو۔</p> <p><b>نوٹ کریں:</b> جب تک فراہم کنندہ نے آپ کو ہسپتال میں بطور داخل مریض بھرتی کرنے کا تحریری حکم نہ دیا ہو، آپ بیرونی مریض ہی سمجھے جائیں گے اور آپ ہسپتال کی بیرونی مریض کی خدمات کے لیے لاگت کی اشتراک کی رقم ادا کریں گے۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔ اگر آپ کو پتہ نہیں ہے کہ آپ بیرونی مریض کے طور پر داخل ہیں، تو ہسپتال کے عملے سے پوچھیں۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p>مزید معلومات کے لیے Medicare کی فیکٹ شیٹ <i>Medicare Hospital Benefits</i> دیکھیں۔ حقائق کی یہ شیٹ - <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ویب پر یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) پر کال کر کے دستیاب ہے۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔ آپ ان نمبرز پر دن کے 24 گھنٹے، ہفتے کے 7 دن، مفت کال کر سکتے ہیں۔</p>
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>اس چارٹ میں دئیے گئے دیگر فوائد کے تحت کور کی جانے والی بیرونی مریض ہسپتال سروسز کسی بیرونی مریض کی ہسپتال کی ترتیب میں نگہداشت فراہم کیے جانے پر انہیں اور دیگر وظائف کو ملاحظہ کریں:</p> <p>"ہنگامی نگہداشت"</p> <p>"عالمی سطح پر ہنگامی / فوری کوریج" "بیرونی مریض تشخیصی خدمات</p> <p>"ٹیسٹ اور علاج کی خدمات اور سامان" "ہسپتال کے بیرونی مریضوں کی سہولیات اور ایمبولیٹری جراحی مراکز میں فراہم کردہ بیرونی مریض سرجری"</p> <p>"جزوی داخلہ ہسپتال"</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>بیرونی مریض کی ہسپتال کی خدمات</b></p> <p>ہم طبی طور پر ضروری ان سروسز کو کور کرتے ہیں جو آپ کسی بیماری یا چوٹ کی تشخیص یا علاج کے لیے ہسپتال کے بیرونی مریض کے شعبے میں حاصل کرتے ہیں۔</p> <p>کورڈ سروسز میں مندرجہ ذیل کے علاوہ اور بھی خدمات شامل ہو سکتی ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ایمرجنسی ڈیپارٹمنٹ یا بیرونی مریض کلینک میں خدمات، جیسے آزریشن خدمات یا آؤٹ پیسنٹ سرجری</li> <li>لیبارٹری اور تشخیصی ٹیسٹس جن کا ہسپتال کی جانب سے بل دیا گیا ہو</li> <li>ذہنی صحت کی دیکھ بھال، بشمول ہسپتال میں جزی طور پر داخلے کے پروگرام میں دیکھ بھال، اگر کوئی ڈاکٹر تصدیق کرتا ہے کہ اس کے بغیر داخل مریض کے طور پر علاج کی ضرورت ہوگی</li> <li>ایکس ریز اور دیگر ریڈیالوجی کی خدمات جن کی بلنگ ہسپتال کی طرف سے کی گئی ہو</li> <li>سپینٹس اور کاسٹس جیسی طبی سپلائیز</li> <li>مخصوص ادویات اور بائیولوجیکل جنہیں آپ خود نہیں لے سکتے</li> </ul> <p><b>نوٹ کریں:</b> جب تک فراہم کنندہ نے آپ کو ہسپتال میں بطور داخل مریض بھرتی کرنے کا تحریری حکم نہ دیا ہو، آپ بیرونی مریض ہی سمجھے جائیں گے اور آپ ہسپتال کی بیرونی مریض کی خدمات کے لیے لاگت کی اشتراک کی رقم ادا کریں گے۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔ اگر آپ کو پتہ نہیں ہے کہ آپ بیرونی مریض کے طور پر داخل ہیں، تو ہسپتال کے عملے سے پوچھیں۔</p> <p>آپ Medicare فیکٹ شیٹ سے بھی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جس کا نام ہے کیا آپ ہسپتال میں داخل مریض ہیں یا بیرونی مریض؟ اگر آپ کے پاس Medicare ہے تو پوچھیں! حقائق کی یہ شیٹ <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> ویب پر یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) پر کال کر کے دستیاب ہے۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔ آپ ان نمبرز پر دن کے 24 گھنٹے، ہفتے کے 7 دن، مفت کال کر سکتے ہیں۔</p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>اپنی سالانہ ڈپریشن کی اسکریننگ کے لیے اس چارٹ میں "ڈپریشن اسکریننگ" دیکھیں۔</p> <p>اگر آپ کو Medicare کے تحت کورڈ بیرونی مریض ذہنی صحت کی دیکھ بھال کے اس علاج کی ضرورت ہے، تو اس چارٹ میں "جزوی طور پر ہسپتال میں بھرتی ہونا" دیکھیں۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>بیرونی مریض کی ذہنی صحت کی دیکھ بھال</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <p>ذہنی صحت کی خدمات جو ریاست سے لائسنس یافتہ ماہر نفسیات یا ڈاکٹر، کلینیکل ماہر نفسیات، کلینیکل سوشل ورکر، کلینیکل نرس اسپیشلسٹ، لائسنس یافتہ پروفیشنل کونسلر، لائسنس یافتہ میرج اور فیملی تھراپسٹ، نرس پریکٹیشنر، فزیشن اسسٹنٹ، یا دیگر Medicare کے ذریعے اہل قرار دئیے گئے ذہنی صحت کی دیکھ بھال کے پیشہ ور افراد کی طرف سے فراہم کی جاتی ہیں، جیسا کہ قابل اطلاق ریاستی قوانین کے تحت اجازت ہو۔</p> <p>آپ کی Medicare کی بیرونی مریض کی دماغی صحت کی کوریج میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ہر کیلنڈر سال میں ڈپریشن کی ایک اسکریننگ۔ یہ جانچ ایک پرائمری کیئر ڈاکٹر کے دفتر یا پرائمری کیئر کلینک میں کی جانی چاہیے جو فالو آپ علاج اور ریفرنلز فراہم کر سکے۔</li> <li>• ڈاکٹروں یا ان مخصوص لائسنس یافتہ پیشہ ور افراد کے ساتھ انفرادی اور گروپ نفسیاتی تھیراپی جن کو اس ریاست کی جانب سے اجازت دی گئی ہو جہاں آپ ان سروسز کو حاصل کر رہے ہوں۔</li> <li>• خاندان کی کاؤنسلنگ اگر بنیادی مقصد آپ کے علاج میں مدد دینا ہے۔</li> <li>• یہ جاننے کے لیے ٹیسٹنگ کرنا کہ آیا آپ وہ سروسز حاصل کر رہے ہیں جن کی آپ کو ضرورت ہے اور کیا آپ کا موجودہ علاج آپ کی مدد کر رہا ہے۔</li> <li>• نفسیاتی تجزیہ۔</li> <li>• دوا کا نظم۔</li> </ul>	
<p>اس فائدے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس یا کو پیمینٹ نہیں ہے۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>بیرونی مریض کی بحالی کی خدمات</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں: جسمانی تھراپی، پیشہ جاتی تھراپی، اور گفتگو کی تھراپی۔</p> <p>بیرونی مریض کی بحالی کی خدمات کئی طرح کے بیرونی مریض کے ماحولوں میں فراہم کی جاتی ہیں، جیسا کہ ہسپتال کے بیرونی مریض کے شعبے، آزاد تھیراپسٹ کے دفاتر، اور بیرونی مریض کی بحالی کے جامع مراکز (CORFs)۔</p>	
<p>اس فائدے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس یا کو پیمینٹ نہیں ہے۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>بیرونی مریض کی مادے کے استعمال کی سروسز</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare کی کوور شدہ بیرونی مریض کی منشیات کے بے جا استعمال کی سروسز۔</li> <li>• اس کے علاوہ، Medicaid انفرادی اور گروپ تھیراپی کے دوروں کو بھی کوور کرتا ہے۔ اندراج کرنے والے کو بارہ (12) ماہ کی مدت میں نیٹ ورک فراہم کنندہ سے ایک تشخیص کے لیے خود سے رجوع کرنے کے قابل ہونا چاہیے۔</li> </ul> <p>آپ کو لازمی طور پر ایک Senior Whole Health کے نگہداشت صحت کے رویہ جاتی صحت کے فراہم کنندہ کا استعمال کرنا ہو گا۔</p> <p>براہ کرم مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
<p>اس فائدے کے لیے کوئی کو انشورنس یا کو پیمینٹ نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p>بیرونی مریض کی سرجری، بشمول ہسپتال کے بیرونی مریض کے مراکز اور ایمبولیٹری سرجیکل سینٹرز میں فراہم کردہ سروسز</p> <p>نوٹ کریں: اگر آپ کسی ہسپتال میں سرجری کر رہے ہیں، تو آپ کو اپنے فراہم کنندہ سے یہ معلوم کرنا چاہیے کہ آیا آپ داخل مریض ہوں گے یا بیرونی مریض۔ جب تک کہ فراہم کنندہ آپ کو ہسپتال میں داخل مریض کے طور پر داخل کرنے کا آرڈر نہیں لکھتا، تب تک آپ بیرونی مریض رہتے ہیں اور بیرونی مریضوں کی سرجری کے لیے طے شدہ لاگت کا اشتراک کرتے ہیں۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔</p>
<p>اگر آپ اپنا Healthy You کارڈ استعمال کر رہے ہیں تو کوئی کو انشورنس، کو پیمینٹ یا کٹوتی کی سہولت نہیں ملے گی۔</p> <p>اگر آپ اپنے زیادہ سے زیادہ ماہانہ الاؤنس کی حد عبور کر جاتے ہیں تو اضافی اخراجات کے لیے آپ ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔</p> <p>حدود اور استثنیات کا اطلاق ہو سکتا ہے۔</p>	<p><b>ڈاکٹر کے نسخے (OTC) پر ملنے والی اشیاء (اضافی)*</b></p> <p>آپ کو اپنے Healthy You کارڈ کے ساتھ پلان سے منظور شدہ OTC آئٹمز، مصنوعات اور ادویات پر خرچ کرنے کے لیے ہر ماہ \$285 کا مشترکہ الاؤنس ملتا ہے۔ یہ ماہانہ الاؤنس غذا اور پھل و سبزی (SSBCI)*، پلان کے تحت منظور شدہ مقامات تک نقل و حمل، OTC مشین سماعت، ٹرانسپورٹیشن نان ایمرجنسی (SSBCI)* سروسز، اور یوٹیلٹیز (SSBCI)* کے ساتھ شیئر کیا جاتا ہے۔ آپ اس الاؤنس کو OTC اشیاء، غذا اور پھل و سبزی (SSBCI)*، پلان کے تحت منظور شدہ مقامات تک نقل و حمل، OTC مشین سماعت، نقل و حمل کی غیر ہنگامی (اضافی) خدمات، یا یوٹیلٹیز (بجلی، قدرتی گیس، اور پانی) کے لیے استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اپنے ماہانہ وظیفے کی تمام رقم استعمال نہیں کرتے، تو بقیہ بیلنس زائد المیعاد ہو جائے گا اور اگلے وظیفے کے دورانیے میں شامل نہیں ہو گا۔</p> <p>آپ کی کوریج میں بغیر نسخے کے OTC صحت اور تندرستی کی اشیاء جیسے وٹامنز، سن اسکرین، درد کم کرنے والی ادویات، کھانسی اور زکام کی دوا، اور پٹیاں شامل ہیں۔</p> <p>آپ آرڈر کر سکتے ہیں:</p> <p>آن لائن - NationsOTC.com/Molina ملاحظہ کریں۔</p> <p>بذریعہ فون - NationsOTC 877-208-9243 ممبر سے بات کرنے کے لیے</p> <p>دن کے 24 گھنٹے، ہفتے کے سات دن، سال کے 365 دن۔</p> <p>بذریعہ ڈاک - پروڈکٹ کیٹلاگ میں آرڈر فارم کو پُر کریں اور واپس کریں۔</p> <p>ریٹیل مقامات میں شرکت کے ذریعے۔</p> <p>پلان سے منظور شدہ OTC اشیاء کی مکمل فہرست کے لیے اپنے 2026 OTC پروڈکٹ کیٹلاگ سے رجوع کریں یا مزید معلومات کے لیے OTC سپورٹ پرسن کو کال کریں۔ 2026 OTC کے پروڈکٹ کیٹلاگ میں آپ کو اہم معلومات (آرڈر کی رہنما ہدایات) ملیں گی۔</p> <p>مزید معلومات کے لیے، ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔</p> <p><b>*دائمی حالت کی اہلیت کے تقاضے</b></p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
<p>Medicare کے تحت کورڈ جزوی طور پر ہسپتال میں بھرتی ہونے کی خدمات کے لیے کوئی کونٹریبیوٹن، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>ہسپتال میں جزوی داخلے کی سروسز اور بیرونی مریض کی انتہائی سروسز</b></p> <p>جزوی طور پر ہسپتال میں داخل ہونا ایک فعال نفسیاتی علاج کا ایک منظم پروگرام ہے جو ہسپتال کی بیرونی مریض سروس کے طور پر یا کمیونٹی مینٹل ہیلتھ سینٹر کے ذریعے فراہم کیا جاتا ہے جو آپ کے ڈاکٹر، تھراپسٹ، لائسنس یافتہ شادی اور فیملی تھراپسٹ (LMFT) یا لائسنس یافتہ پیشہ ورانہ مشیر کے دفتر میں ملنے والی نگہداشت سے زیادہ شدید ہوتا ہے اور یہ ہسپتال میں داخل ہونے کا ایک متبادل ہے۔</p> <p>بیرونی مریض کے لیے انتہائی دیکھ بھال کی سروس ایک منظم پروگرام ہے جو شدید رویے سے متعلق (ذہنی) صحت کی تھراپی کا علاج فراہم کرتا ہے۔ یہ علاج کسی ہسپتال کے محکمہ بیرونی مریض، کمیونٹی مینٹل ہیلتھ سینٹر، فیڈرل کوالیفائیڈ ہیلتھ سینٹر، یا رورل ہیلتھ کلینک میں فراہم کیا جاتا ہے۔ اس کی شدت آپ کے ڈاکٹر، تھراپسٹ، لائسنس یافتہ میرج اور فیملی تھراپسٹ (LMFT)، یا لائسنس یافتہ پروفیشنل کونسلر کے دفتر میں ملنے والی دیکھ بھال سے زیادہ مگر ہسپتال میں جزوی بھرتی سے کم ہوتی ہے۔</p>
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>فزیشن/پریکٹیشنر کی سروسز، بشمول ڈاکٹر کے آفس کے دورے</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• طبی طور پر ضروری دیکھ بھال یا سرجری کی خدمات جو آپ کو ڈاکٹر کے دفتر، تصدیق شدہ ایمبولیٹری سرجیکل سینٹر، ہسپتال کے محکمہ بیرونی مریض، یا کسی اور جگہ ملتی ہیں۔ پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</li> <li>• ایک ماہر کی جانب سے مشاورت، تشخیص، اور علاج</li> <li>• بنیادی سماعت اور توازن کے امتحانات آپ کے PCP کے ذریعے کئے جاتے ہیں اگر آپ کا ڈاکٹر یہ دیکھنے کا حکم دیتا ہے کہ آیا آپ کو طبی علاج کی ضرورت ہے۔</li> <li>• مخصوص ٹیلی ہیلتھ سروسز، بشمول: بنیادی دیکھ بھال کی خدمات <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ آپ کے پاس یہ خدمات ذاتی طور پر یا ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے حاصل کرنے کا اختیار ہے۔ اگر آپ ان میں کسی سروس کو ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے حاصل کرنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو آپ کو ایک ایسا نیٹ ورک فراہم کنندہ استعمال کرنا ہو گا جو ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے سروس کی پیشکش کرتا ہے۔ اگر آپ ان میں کسی سروس کو ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے حاصل کرنے کا انتخاب کرتے ہیں، تو آپ کو ایک ایسا نیٹ ورک فراہم کنندہ استعمال کرنا ہو گا جو ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے سروس کی پیشکش کرتا ہے۔ نیٹ ورک فراہم کنندہ کو تلاش کرنے کے لیے <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a> پر ہماری ویب سائٹ ملاحظہ کریں۔</li> <li>◦ ورچوئل طبی دورے وہ طبی دورے ہیں جو آپ کو طبی مراکز کے باہر آن لائن ٹیکنالوجی اور براہ راست سمعی/بصری صلاحیتوں کا استعمال کرنے والے ورچوئل فراہم کنندگان کی جانب سے فراہم کیے جاتے ہیں۔</li> <li>◦ نوٹ کریں: ورچوئل دوروں کے ذریعے تمام طبی کیفیات کا علاج نہیں کیا جا سکتا۔ ورچوئل وزٹ ڈاکٹر اس بات کی نشاندہی کرے گا کہ کیا آپ کو علاج کے لیے ذاتی طور پر ڈاکٹر سے ملنے کی ضرورت ہے۔</li> </ul> </li> </ul>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p><b>معالج/پریکٹیشنر کی خدمات بشمول ڈاکٹر کے دفتر کے دورے (جاری ہے)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ہسپتال یا کریٹیکل ایکیسی ہسپتال پر مبنی رینل ڈائلیسز سینٹر، رینل ڈائلیسز سہولت، یا ممبر کے گھر پر، گھر پر ڈائلیسز کروانے والے ممبران کے لیے ماہانہ آخر مرحلے کے گردے کی بیمار سے متعلقہ وزٹس کے لیے ٹیلی ہیلتھ خدمات۔ پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</li> <li>• آپ کے مقام سے قطع نظر، فالج کی علامات کی تشخیص، جائزے، یا علاج کے لیے ٹیلی ہیلتھ سروسز۔ پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔</li> <li>• ٹیلی ہیلتھ خدمات ان ممبران کے لیے جنہیں مادے کے استعمال کا عارضہ ہو یا اس کے ساتھ ذہنی صحت کا عارضہ لاحق ہو، قطع نظر اس کے کہ وہ کہیں بھی موجود ہوں۔ پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</li> <li>• دماغی صحت کی عارضوں کے لیے تشخیص، جائزے، اور علاج کی ٹیلی ہیلتھ سروسز اگر:       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ آپ کی پہلی ٹیلی ہیلتھ وزٹ سے 6 ماہ قبل آپ نے ذاتی طور پر وزٹ کی ہو</li> <li>◦ یہ ٹیلی ہیلتھ سروسز حاصل کرتے ہوئے آپ نے ہر 12 ماہ میں ایک بار ذاتی طور پر وزٹ کی ہو</li> <li>◦ درج بالا کے لیے چند مخصوص حالات میں استثنائت صورتیں ہو سکتی ہیں</li> </ul> </li> <li>• دیہی صحت کے کلینکس اور وفاقی اہلیت یافتہ صحت کے سینٹرز کی جانب سے فراہم کردہ دماغی صحت کے دوروں کے لیے ٹیلی ہیلتھ سروسز</li> <li>• اپنے ڈاکٹر کے ساتھ 5 سے 10 منٹ کے ورچوئل چیک ان (مثال کے طور پر، فون یا ویڈیو چیٹ کے ذریعے) اگر:       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ آپ نئے مریض نہیں ہیں اور</li> <li>◦ یہ چیک ان پچھلے 7 دنوں میں ہونے والی کسی دفتر کی وزٹ سے متعلق نہ ہو اور</li> <li>◦ یہ چیک ان 24 گھنٹوں کے اندر یا جلد سے جلد دستیاب ملاقات کا باعث نہ بنے</li> </ul> </li> <li>• آپ کی طرف سے اپنے ڈاکٹر کو بھیجی گئی ویڈیو اور/یا تصاویر کا جائزہ، اور ڈاکٹر کی طرف سے 24 گھنٹوں کے اندر ان کی تشریح اور فالو آپ، اگر:       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ آپ نئے مریض نہیں ہیں اور</li> <li>◦ چیک ان کا گزشتہ 7 دنوں میں کیے گئے دفتر کے دورے سے تعلق نہ ہو اور</li> <li>◦ یہ جائزہ 24 گھنٹوں کے اندر یا جلد سے جلد دستیاب ملاقات کا باعث نہ بنے</li> </ul> </li> <li>• وہ مشاورت جو آپ کا ڈاکٹر فون، انٹرنیٹ، یا برقی صحت کے ریکارڈ کے ذریعے دیگر ڈاکٹروں کے ساتھ کرے</li> <li>• سرجری سے قبل کسی دوسرے نیٹ ورک فراہم کنندہ سے دوسری رائے لینا</li> <li>• غیر معمولی ڈینٹل کیئر (کورڈ سروسز محدود ہیں: جبڑے یا اس سے متعلقہ ساخت کی سرجری، جبڑے یا چہرے کی ہڈیوں کے فریکچرز کو درست کرنا، سرطانی رسولی کی بیماری کے ریڈی ایشن علاج کے لیے جبڑے کو تیار کرنے کے لیے دانت نکالنا، یا وہ خدمات جو کسی معالج یا ڈاکٹر کی طرف سے فراہم کیے جانے کی صورت میں بیمہ کے تحت شامل ہوں گی۔) پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</li> <li>• اگر آپ خون کو پتلا کرنے والی ادویات، جیسے کہ کومادین (Coumadin)، ہیپیرین (Heparin)، یا وارفرین (Warfarin) لے رہے ہیں، تو معالج کے دفتر یا بیرونی مریض ہسپتال کے ماحول میں نگرانی کی خدمات۔</li> </ul>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
اس سہولت کے لیے کوئی کوانٹورنس یا کوپیمنٹ نہیں ہے۔ پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔	پاؤں اور ٹخنوں کے علاج سے متعلق سروسز (Medicare سے کورڈ) کورڈ سروسز میں شامل ہیں: • پیروں کی چوٹوں اور بیماریوں کی تشخیص اور طبی یا سرجیکل علاج (جیسے کہ پیر کی کسی انگلی کا مڑنا یا ایڑی کا درد) • نچلے اعضاء کو متاثر کرنے والی چند مخصوص طبی حالتوں والے ممبرز کے لیے پیروں کی روز مرہ کی نگہداشت	
PREP کی سہولت کے لیے کوئی کوانٹورنس، کو پیمنٹ، یا کٹوتی نہیں ہے۔	ایچ آئی وی سے بچاؤ کے لیے پری-ایکسپوزر پروفیلیکسس (علاج سے پہلے حفاظتی دوا) اگر آپ کو ایچ آئی وی نہیں ہے، لیکن آپ کا ڈاکٹر یا دیگر صحت کی دیکھ بھال کرنے والا اس بات کا تعین کرتا ہے کہ آپ کو ایچ آئی وی کے بڑھتے ہوئے خطرے میں ہیں، تو ہم پری ایکسپوزر پروفیلیکسس (PREP) ادویات اور متعلقہ خدمات کو کور کرتے ہیں۔ اگر آپ کوریج کے اہل ہونگے، تو کورڈ سروسز میں یہ چیزیں شامل ہونگی: • FDA سے منظور شدہ زبانی یا انجیکشن کے ذریعے دی جانے والی PREP دوائی۔ اگر آپ انجیکشن کے ذریعے دی جانے والی دوا لے رہے ہیں، تو ہم دوا لگانے کی فیس کی بھی ادائیگی کرتے ہیں۔ • ہر 12 ماہ میں زیادہ سے زیادہ 8 انفرادی کونسلنگ سیشنز (جس میں ایچ آئی وی کے خطرے کا جائزہ، ایچ آئی وی کے خطرے میں کمی، اور ادویات کی پابندی شامل ہیں)۔ • ہر 12 ماہ میں ایچ آئی وی کی زیادہ سے زیادہ 8 جانچ۔ بیپائٹنس بی وائرس کی ایک بار کی سکریننگ۔	
PSA کے سالانہ ٹیسٹ کے لیے کوئی مشترکہ انٹورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔	پروسٹیٹ کینسر سکریننگ کی جانچ 50 سال اور اس سے زیادہ عمر کے مردوں کے لیے، کور کی جانے والی خدمات میں ہر 12 ماہ میں ایک بار درج ذیل شامل ہیں: • مقعد کا ڈیجیٹل معائنہ • پروسٹیٹ کے مخصوص اینٹیجین (PSA) کا ٹیسٹ	
ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انٹورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔ پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔	مصنوعی اعضاء اور آرتھوٹک ڈیوائسز اور متعلقہ سپلائیز وہ ڈیوائسز (ٹینٹل کے علاوہ) جو کسی جسم کے عضو یا کام کی صلاحیت کو مکمل یا جزوی طور پر تبدیل کرتی ہیں۔ ان میں پراسٹھیٹک اور آرتھوٹک آلات کے استعمال میں جانچ، فٹنگ، یا تربیت شامل ہے، لیکن یہ انہی تک محدود نہیں؛ نیز کولوسٹومی بیگ اور کولوسٹومی کی دیکھ بھال سے براہ راست متعلقہ سامان، پیس میکر، بریسز، پراسٹھیٹک جوتے، مصنوعی اعضاء، اور چھاتی کے پراسٹھیسز (جس میں میسٹیٹیکٹومی کے بعد کا جراحی بریسٹیر بھی شامل ہے)۔ اس میں مصنوعی اعضاء اور آرتھوٹک ڈیوائسز سے متعلقہ چند مخصوص سپلائیز، اور مصنوعی اعضاء اور آرتھوٹک ڈیوائسز کی مرمت اور/یا تبدیلی شامل ہے۔ اس میں موتیا بند ہٹانے یا موتیا بند کی سرجری کے بعد کی کچھ کوریج بھی شامل ہے۔ مزید تفصیلات کے لیے اسی جدول میں بصری دیکھ بھال کے سیکشن کو دیکھیں۔	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>اس سہولت کے لیے کوئی کوانٹورنس یا کوپیمنٹ نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>پھیپھڑوں کی بحالی کی خدمات</b></p> <p>اُن ممبرز کے لیے پھیپھڑوں کی بحالی کے جامع پروگرامز کوور کیے جاتے ہیں جن کو معتدل سے انتہائی شدید نوعیت کی پھیپھڑے میں رکاوٹ کی دائمی بیماری (COPD) ہے اور جن کے پاس پھیپھڑوں کی بحالی کے لیے سانس کی دائمی بیماری کا علاج کرنے والے ڈاکٹر کی جانب سے ایک حکم ہے۔</p>	
<p>شراب کے غلط استعمال کو کم کرنے کی Medicare کے ذریعے کورڈ سکریننگ اور کونسلنگ کی حفاظتی سہولت کے لیے کوئی کوانٹورنس، کوپیمنٹ، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>شراب کے غلط استعمال کو کم کرنے کے لیے سکریننگ اور مشاورت</b></p> <p>ہم ان بالغوں (بشمول حاملہ خواتین) کے لیے شراب کے غلط استعمال کی سکریننگ کوور کرتے ہیں جو شراب کا غلط استعمال کرتے ہیں لیکن شراب پر انحصار نہیں کرتے ہیں۔</p> <p>اگر آپ میں شراب کے غلط استعمال کی مثبت سکریننگ ہوتی ہے، تو آپ پر سال 4 مختصر رو بہ رو کونسلنگ سیشنز تک حاصل کر سکتے ہیں (بشرطیکہ آپ کونسلنگ کے دوران ہوش مند اور چوکنا ہوں)۔ یہ سیشنز ایک مستند پرائمری کیئر ڈاکٹر یا پریکٹیشنر کی طرف سے پرائمری کیئر کے ماحول میں فراہم کیے جائیں گے۔</p>	
<p>Medicare کورڈ کونسلنگ اور مشترکہ فیصلہ سازی کے دورے یا LDCT کے لیے کوئی کوانٹورنس، کوپیمنٹ، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>کم ٹوز کمپیوٹیڈ ٹوموگرافی کے ذریعے پھیپھڑوں کے کینسر کی سکریننگ۔</b></p> <p>اہل افراد کے لیے، ہر 12 ماہ بعد LDCT کوور کیا جاتا ہے۔</p> <p>اہل ممبران ایسے لوگ ہیں جن کی عمر 50 سے 77 سال کے درمیان ہو، جن میں پھیپھڑوں کے کینسر کی کوئی علامت یا نشانی نہ ہو، لیکن وہ میں کم از کم 20 پیک-سال سے سگریٹ نوشی کر رہے ہوں اور وہ فی الحال سگریٹ نوشی کر رہے ہوں یا پچھلے 15 سالوں کے اندر سگریٹ نوشی ترک کر چکے ہوں، اور جنہیں LDCT کا حکم ایسے سیشن کے دوران ملا ہو جو پھیپھڑوں کے کینسر کی سکریننگ کونسلنگ اور مشترکہ فیصلہ سازی کی ملاقات ہو، جو کہ Medicare کے ایسے ملاقاتوں کے معیار پر پورا اترتی ہو اور جو کسی ڈگری یافتہ ڈاکٹر یا غیر ڈگری یافتہ اہل ڈاکٹر کی طرف سے فراہم کی گئی ہو۔</p> <p>ابتدائی LDCT سکریننگ کے بعد کی LDCT پھیپھڑوں کے کینسر کی سکریننگ کے لیے: ممبرنا کو LDCT پھیپھڑوں کے کینسر کی اسکریننگ کا حکم حاصل کرنا ضروری ہے، جو کسی بھی مناسب ملاقات کے دوران فزیشن ڈگری یافتہ یا غیر ڈگری یافتہ اہل ڈاکٹر کی طرف سے فراہم کیا جا سکتا ہے۔ اگر کوئی ڈگری یافتہ ڈاکٹر یا غیر ڈگری یافتہ ڈاکٹر بعد کی LDCT پھیپھڑوں کے کینسر کی سکریننگ کے لیے پھیپھڑوں کے کینسر کی سکریننگ کونسلنگ اور مشترکہ فیصلہ سازی کے مقصد سے ملاقات کے لیے وقت فراہم کرنے کا انتخاب کرتا ہے، تو اس ملاقات کو میڈیکینز کے ایسے ملاقاتوں کے معیار پر پورا اترنا ضروری ہے۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>ہیپاٹائٹس سی وائرس کی Medicare کے ذریعے کورڈ سکریننگ کے لیے کوئی کوانٹورنس، کوپیمنٹ، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>ہیپاٹائٹس سی وائرس کے انفیکشن کے لیے سکریننگ</b></p> <p>ہم ایک ہیپاٹائٹس سی سکریننگ کو کور کرتے ہیں، اگر آپ کے پرائمری کیئر ڈاکٹر یا دیگر مستند صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ اس کا حکم دے اور آپ ان شرائط میں سے کسی ایک کو پورا کرتے ہوں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آپ بڑے خطرے میں ہیں کیونکہ آپ انجیکشن کے طور پر دی جانے والی غیر قانونی استعمال کرتے ہیں یا کرتے رہے ہیں۔</li> <li>• آپ کو 1992 سے پہلے خون کی منتقلی ہوئی تھی۔</li> <li>• آپ 1945-1965 کے درمیان پیدا ہوئے۔</li> </ul> <p>اگر آپ 1945 سے 1965 کے درمیان پیدا ہوئے ہیں اور ایسا ماننا ہے کہ آپ کو زیادہ خطرہ نہیں ہے، تو ہم ایک بار کی سکریننگ کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ کو زیادہ خطرہ ہے (مثال کے طور پر، آپ کی پچھلی ہیپاٹائٹس سی اسکریننگ ٹیسٹ منفی آنے کے بعد بھی آپ انجیکشن کے طور پر دی جانے والی غیر قانونی ادویات کا استعمال جاری رکھے ہوئے ہیں)، تو ہم سالانہ سکریننگ کو کور کرتے ہیں۔</p>	
<p>Medicare کے ذریعے کورڈ STI کی سکریننگ اور STI کے حفاظتی فائدے کے لیے کونسلنگ کے لیے کوئی کوانٹورنس، کوپیمنٹ یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریوں (STI) کی سکریننگ اور STI سے بچاؤ کے لیے کونسلنگ</b></p> <p>ہم کلامیڈیا، سوزاک، آتسک، اور ہیپاٹائٹس B کے لیے جنسی طور پر منتقل کردہ انفیکشن (STI) کی اسکریننگ کو کور کرتے ہیں۔ یہ اسکریننگز حاملہ عورتوں کے لیے اور ایسے STI کے زیادہ خطرے پر موجود افراد کے لیے تب کوور کی جاتی ہیں جب ٹیسٹس کا ایک بنیادی دیکھ بھال فراہم کنندہ کی جانب سے حکم دیا جاتا ہے۔ ہم ان ٹیسٹوں کو 12 ماہ میں ایک بار یا حمل کے دوران مخصوص اوقات میں کوور کرتے ہیں۔</p> <p>ہم جنسی طور پر فعال بالغ افراد کے لیے جو STIs کے بڑھتے ہوئے خطرے سے دوچار ہیں، ہر سال 20 سے 30 منٹ کے، زیادہ سے زیادہ 2 رو بہ رو، اعلیٰ شدت والے رویے کی کونسلنگ سیشنز بھی کور کرتے ہیں۔ ہم ان کونسلنگ سیشنز کا احاطہ صرف بطور ایک حفاظتی سروس کرتے ہیں اگر وہ پرائمری کیئر فراہم کنندہ کی طرف سے فراہم کیے جائیں اور پرائمری کیئر کے ماحول، جیسا کہ ڈاکٹر کے دفتر میں، ہوں۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p><b>اندرونی مریض کے ڈایا لائسز کے معالجے</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>اس چارٹ میں "اندرونی مریض کی ہسپتال میں نگہداشت" دیکھیں۔</li> <li><b>گھر پر ڈایا لائسز کے لیے ساز و سامان اور سپلائیز</b></li> <li>اس چارٹ میں "پائیدار طبی ساز و سامان اور متعلقہ سپلائیز" دیکھیں۔</li> <li><b>گھر پر معاونت کی سروسز</b></li> <li>اس چارٹ میں "گھریلو صحت کی ایجنسی کی نگہداشت" دیکھیں۔</li> <li><b>Medicare کی حصہ B کی ڈایا لائسز کی ادویات</b></li> <li>اس چارٹ میں "Medicare" حصہ B کی نسخہ جاتی ادویات" دیکھیں۔</li> </ul>	<p><b>گردے کے مرض کے علاج کی سروسز</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>گردے کی نگہداشت کی تعلیم دینے اور ممبرز کو ان کی نگہداشت کے متعلق سوچ سمجھ کر فیصلے کرنے میں مدد دینے کے لیے گردے کی بیماری کے متعلق تعلیم کی سروسز۔ مرحلہ چہارم دائمی گردے کی بیماری کے شکار ممبران کے لیے، جب انہیں ان کے ڈاکٹر کی طرف سے بھیجا جائے، تو ہم زندگی میں ایک بار گردے کی بیماری کی آگاہی سروسز کے 6 سیشنز تک کور کرتے ہیں۔</li> <li>بیرونی مریض کے ڈایا لائسز کے علاج (بشمول ڈایا لائسز کے وہ علاج جو تب دیے جائیں جب عارضی طور پر سروس کے علاقے سے باہر ہوں، جیسا کہ باب 3 میں وضاحت کی گئی ہے، یا جب اس سروس کے لیے آپ کا فراہم کنندہ عارضی طور پر غیر دستیاب یا ناقابل رسائی ہو)</li> <li>داخل مریضوں کا ڈائیلیسز (اگر آپ خصوصی دیکھ بھال کے لیے ایک داخل مریض کے طور پر ہسپتال میں داخل ہیں)</li> <li>خود ڈائیلیسز کی تربیت (اس میں آپ کے اور کسی بھی ایسے شخص کے لیے تربیت شامل ہے جو آپ کے گھر پر ڈائیلیسز کے علاج میں آپ کی مدد کر رہا ہے)</li> <li>گھر پر ڈایا لائسز کے لیے ساز و سامان اور سپلائیز</li> <li>چند مخصوص گھر پر معاونت کی سروسز (جیسا کہ، جب ضروری ہو، تو تربیت یافتہ ڈایا لائسز کے کارکنان کا آپ کے گھر کے ڈایا لائسز کا معائنہ، ہنگامی صورتوں میں مدد کرنا، اور آپ کے ڈایا لائسز کے ساز و سامان اور پانی کی سپلائی کو چیک کرنا)</li> <li>ڈائیلیسز کے لیے مخصوص ادویات Medicare پارٹ B کے تحت کورڈ ہیں۔ پارٹ B ادویات کی کوریج کے بارے میں معلومات کے لیے، اس جدول میں موجود Medicare پارٹ B ادویات پر جائیں۔</li> </ul>	
<p>اس سہولت کے لیے کوئی کوانٹورنس یا کوپیمینٹ نہیں ہے۔</p> <p><b>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</b></p> <p>ماسوائے کسی ہنگامی صورت کے، آپ کے ڈاکٹر کا منصوبے کو یہ بتانا لازمی ہو گا کہ آپ SNF میں داخل ہونے جا رہے ہیں۔ ہسپتال میں کوئی گزشتہ قیام درکار نہیں ہے۔</p>	<p><b>ہنر مند نرسنگ کی سہولت (SNF) کی نگہداشت</b></p> <p>(ہنر مند نرسنگ سہولت کی دیکھ بھال کی تعریف کے لیے، باب 12 پر جائیں۔ مہارت یافتہ نرسنگ کے اداروں کو کبھی کبھار SNFs کہا جاتا ہے۔)</p> <p>کورڈ سروسز میں مندرجہ ذیل کے علاوہ اور بھی چیزیں شامل ہو سکتی ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>جزوی نجی کمرہ (یا ایک نجی کمرہ اگر طبی طور پر ضروری ہو)</li> <li>کھانا بشمول خصوصی خوراک</li> <li>مہارت یافتہ نرسنگ سروسز</li> <li>جسمانی تھراپی، آکوپیشنل تھراپی اور اسپیچ تھراپی</li> <li>وہ ادویات جو آپ کو ہمارے علاج کے پلان کے حصے کے طور پر دی جاتی ہیں (اس میں وہ مادے بھی شامل ہیں جو قدرتی طور پر جسم میں موجود ہوتے ہیں، جیسے کہ خون کو جمانے والے عوامل۔</li> </ul>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p><b>ہنر مند نرسنگ کی سہولت (SNF) کی نگہداشت (جاری ہے)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خون - بشمول اس کو ذخیرہ کرنا اور فراہمی۔ پورے خون (کسی عطیہ دہندہ سے حاصل وہ خون جو اصلی حالت میں ہو، اس میں کوئی تبدیلی نہیں کی گئی ہو) اور پیکنڈ سرخ خلیات کی کوریج صرف خون کے چوتھے پنٹ سے شروع ہوتی ہے جس کی آپ کو ضرورت ہے۔ آپ کو یا تو ایک کیلنڈر سال میں ملنے والے خون کے پہلے 3 پنٹوں کی لاگت ادا کرنی ہوگی یا آپ کو خون خود یا کسی دوسرے فرد سے عطیہ کروانا ہوگا۔ خون کے بقیہ تمام اجزاء کی کوریج استعمال ہونے والی پہلی بوتل سے شروع ہوتی ہے۔</li> <li>• SNFs کی جانب سے آن لائن فراہم کردہ طبی و سرجیکل سپلائیز</li> <li>• SNFs کی جانب سے عام طور پر فراہم کردہ لیبارٹری ٹیسٹس</li> <li>• ایکس رے اور دیگر ریڈیالوجی خدمات جو عام طور پر ہنر مند نرسنگ کی سہولیات کی طرف سے فراہم کی جاتی ہیں</li> <li>• SNFs کی جانب سے عام طور پر فراہم کردہ اپلائنسز جیسا کہ وہیل چیئرز کا استعمال</li> <li>• فزیشن/پریکٹیشنر سروسز</li> </ul> <p>عام طور پر، آپ نیٹ ورک کی سہولیات سے SNF دیکھ بھال حاصل کرتے ہیں۔ ذیل میں درج کچھ خاص حالات میں، اگر کوئی سہولت ہمارے پلان کی طے شدہ ادائیگی کی رقم کو منظور کر لیتی ہے، تو آپ آؤٹ آف نیٹ ورک سہولت کے لیے بھی ان-نیٹ ورک کے مطابق لاگت کے اشتراک کی رقم ادا کر سکتے ہیں۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ایک نرسنگ ہوم یا جاری نگہداشت کی ریٹائرمنٹ کمیونٹی جہاں آپ ہسپتال جانے سے بالکل پہلے رہائش پذیر تھے (تاوقتیکہ یہ ہنر مند نرسنگ کی سہولت کی دیکھ بھال فراہم کرتی ہے)</li> <li>• ایک SNF جہاں آپ کا/کی شریک حیات یا گھریلو ساتھی آپ کے ہسپتال چھوڑنے کے وقت رہائش پذیر ہو</li> </ul>
<p>تمباکو نوشی اور تمباکو کے استعمال کی روک تھام کی Medicare کے ذریعے کورڈ حفاظتی سہولیات کے لیے کوئی کوانٹورنس، کو پیمنٹ، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>سگریٹ نوشی یا تمباکو کے استعمال کو ترک کرنا (سگریٹ نوشی یا تمباکو کا استعمال روکنے کے لیے کاؤنسلنگ)</b></p> <p>تمباکو نوشی اور تمباکو کے استعمال سے دستبرداری کے لیے کونسلنگ کی سہولت بیرونی مریض اور ہسپتال میں داخل مریضوں کے لیے شامل ہے جو ان معیارات پر پورا اترتے ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تمباکو استعمال کرتے ہوں، قطع نظر اس کے کہ ان میں تمباکو سے متعلق بیماری کے علامات یا نشانیاں ظاہر ہوں یا نہیں</li> <li>• کونسلنگ کے دوران اہل اور چوکنا ہوں</li> <li>• کونسلنگ کسی اہل معالج یا Medicare کی طرف سے تسلیم شدہ کسی اور معالج کے ذریعے فراہم کی جائے</li> </ul> <p>ہم ہر سال تمباکو نوشی کی روک تھام کی 2 کوششوں کو کور کرتے ہیں (ہر کوشش میں زیادہ سے زیادہ 4 درمیانے یا انتہائی سیشنز شامل ہو سکتے ہیں، جس کے تحت مریض کو ہر سال زیادہ سے زیادہ 8 سیشنز مل سکتے ہیں)۔</p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>سگریٹ نوشی اور تمباکو کے استعمال کو روکنے کی سروسز (اضافی)*</b></p> <p>اگر آپ سیگریٹ نوشی ترک کرنا چاہتے ہیں تو آپ کو اپنے بنیادی نگہداشت کے فزیشن سے بات یا ہمارے صحت کی تعلیم کے شعبے کو کال کرنی چاہیے۔</p> <p>Medicare کے ذریعے کورڈ تمباکو نوشی اور تمباکو کے استعمال کی روک تھام کی سہولت کے تحت دی جانے والی کوریج کے علاوہ، یہ پلان آپ کو تمباکو نوشی یا تمباکو کی مصنوعات کا استعمال روکنے میں مدد دینے کے لیے ہر کیلنڈر سال 8 اضافی کونسلنگ سروسز فراہم کرتا ہے۔</p> <p>اس سہولت کے تحت پلان کی ادائیگی شروع ہونے سے پہلے، آپ کو تمباکو کے استعمال کی روک تھام کی اپنی Medicare کے ذریعے کورڈ سہولت کو مکمل طور پر استعمال کرنا ضروری ہے۔</p>
<p>اگر آپ اپنا Healthy You کارڈ استعمال کر رہے ہیں تو کوئی مشترکہ انشورنس یا کو پیمینٹ نہیں ہے۔</p> <p>نگہداشت کے نظم کے پروگرام میں شمولیت درکار ہو سکتی ہے۔</p> <p>تاریخی طبی معلومات کے فقدان کی بنیاد پر ٹیسٹنگ کے لیے ممبران لازمی طور پر فزیشن سائن آف کے حامل بھی ہوں۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>دائمی بیمار افراد کے لیے خصوصی اضافی فوائد</b></p> <p>اگر آپ کی تشخیص ذیل میں دی گئی دائمی بیماریوں میں سے کسی ایک کے طور پر ہوتی ہے اور آپ مخصوص معیار پر پورا اترتے ہیں، تو آپ دائمی بیماروں کے لیے خصوصی تکمیلی سہولیات کے اہل ہو سکتے ہیں۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خود مدافعتی عارضے؛</li> <li>• کارڈیو ویسکولر عارضے</li> <li>• دل کی طویل المدتی خرابی</li> <li>• ڈیمینشیا</li> <li>• ذیابیطس میلٹس</li> <li>• پھیپھڑوں کے دائمی امراض</li> <li>• گردوں کی دائمی کی بیماری (CKD)</li> <li>• الکحل کے استعمال کا دائمی عارضہ اور مادے کے بے جا استعمال کے دیگر عوارض (SUD)</li> <li>• کینسر</li> <li>• زیادہ وزن، موٹاپا، اور میٹابولک سنڈروم</li> <li>• معدے کی دائمی بیماری</li> <li>• خون کے سنگین عوارض</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• دائمی اور معذور کن دماغی صحت کی کیفیات</li> <li>• اعصابی عوارض</li> <li>• فالج</li> <li>• پوسٹ آرگن ٹرانسپلانٹیشن</li> <li>• مدافعتی کمی اور مدافعتی دباؤ کے عارضے</li> <li>• ادراکی نقائص سے وابستہ حالات</li> <li>• فعالیت مسائل والی کیفیات</li> <li>• دائمی کیفیات جو بینائی، سماعت (بہرا پن)، ذائقے، چھونے اور سونگھنے کی حس کو خراب کرتی ہیں</li> </ul>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
	<p><b>دائمی طور پر بیمار کے لیے خصوصی اضافی فوائد (جاری ہے)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ایسی کیفیات جن میں افراد کو فعالیت قائم یا برقرار رکھنے کے لئے مستقل تھیراپی خدمات کی ضرورت ہوتی ہے</li> </ul> <p>ہم آپ کی ان وظائف تک رسائی حاصل کرنے میں مدد کریں گے۔ آپ ممبر سروسز یا اپنے نگہداشت کے رابطہ کار کو اپنی درخواست کی ابتداء کرنے یا اضافی معلومات حاصل کرنے کے لیے کال کر سکتے ہیں۔</p> <p>نوٹ کریں: اس فائدے کی درخواست کر کے، آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے نمائندوں کو اس بات کی اجازت دے رہے ہیں کہ وہ آپ کی درخواست میں واضح طور پر بیان کردہ طریقے، جیسے کہ فون، ڈاک یا ابلاغ کے کسی بھی دوسرے طریقہ کار کے ذریعے آپ سے رابطہ کریں۔</p> <p>منظوری ملنے پر، آپ کے پہلے سے لوڈ شدہ Healthy You card میں خود بخود \$285 کی کل رقم ہر ماہ لوڈ ہو جائیگی، جسے SSBCI فوائد کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ ہر ماہ کے اختتام پر کوئی بھی غیر استعمال شدہ فنڈز اگلے ماہ میں شامل نہیں ہوں گے۔</p> <p><b>خوراک اور اجناس*</b></p> <p>مذکورہ بالا درج دائمی بیماری کے حامل مستفیضین Healthy You کارڈ کی سہولت کے ذریعے خوراک اور پھل و سبزیوں کے خرچ کے کوریج کے لیے بھی اہل ہیں آپ کا Healthy You کارڈ ہر ماہ زیادہ سے زیادہ \$285 کی مشترکہ رقم کے ساتھ خود بخود لوڈ کر دیا جائے گا، جس میں اوور دی کاؤنٹر اشیاء، اوٹی سی سماعت کی مشین، پلان سے منظور شدہ صحت کے مقامات کے لیے سفری سہولت، غیر طبی ضروریات کے لیے سفری سہولت، اور یوٹیلٹیز (بجلی اور قدرتی گیس، پانی)* کے خرچ شامل ہیں۔</p> <p>آپ اپنے Healthy You کارڈ میں موجود الاؤنس کو اپنے قریبی شریک مقامی اسٹور پر، یا <a href="http://SWHMA.com">SWHMA.com</a> پر اضافی لاگت کے بغیر ہوم ڈیلیوری کے ساتھ آن لائن، مختلف برانڈ نام اور عام صحت مند خوراک کی مصنوعات کے لیے خرچ کر سکتے ہیں۔</p> <p>ہر ماہ کے اختتام پر کوئی بھی غیر استعمال شدہ فنڈز اگلے ماہ میں شامل نہیں ہوں گے۔</p> <p><b>غیر طبی ضروریات کے لیے نقل و حمل</b></p> <p>آپ اپنے Healthy You کارڈ کا استعمال غیر طبی ضروریات کے لیے منظور شدہ مقامات جیسے فٹنس سینٹرز، فوڈ پیئرز، گروسری اسٹورز، OTC سپلائیز خریدنے کے لیے فارمیسیوں، مذہبی خدمات اور سینئر سینٹرز پر جانے کے لیے گاڑیوں کے کرایے میں کر سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے براہ کرم پری فنڈڈ ڈیپٹ Healthy You کارڈ سیکشن پر جائیں۔</p> <p><b>*یوٹیلٹیز</b></p> <p>یوٹیلٹیز (بجلی، قدرتی گیس اور پانی) کی امداد کی سہولت حاصل کرنے کے لیے، ممبران کی اہلیت کا فیصلہ کرنے کے لیے لازمی طور پر ایک تشخیص کی جائے گی۔</p> <p>آپ کا Healthy You کارڈ ہر ماہ زیادہ سے زیادہ \$285 کی مشترکہ رقم کے ساتھ خود بخود لوڈ کر دیا جائے گا، جس میں اوور دی کاؤنٹر اشیاء، اوٹی سی سماعت کی مشین، خوراک اور پھل و سبزیوں،* پلان سے منظور شدہ صحت کے مقامات کے لیے سفری سہولت، غیر طبی ضروریات کے لیے سفری سہولت۔</p> <p>*دائمی بیماریوں کی سہولیات کے لیے اہلیت کے تقاضے</p>

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>اس فائدے کے لیے اہل ممبران کے لیے کوئی کو انشورنس، یا کو پیمینٹ کی سہولت نہیں ہے۔</p> <p>پیشگی اجازت درکار ہو سکتی ہے۔</p>	<p><b>زیر نگرانی ورزش کی تھیراپی (SET)</b></p> <p>SET اُن ممبرز کے لیے کور کی جاتی ہے جن کو سیمپٹومیٹک پیریفرل آرٹری کی بیماری (PAD) لاحق ہے۔</p> <p>اگر SET پروگرام کے تقاضے پورے ہو جاتے ہیں تو 12 ہفتے کی مدت میں 36 سیشنز تک کور کیے جاتے ہیں۔</p> <p>SET پروگرام لازم ہے کہ:</p> <p><b>زیر نگرانی ورزش کی تھیراپی (SET) (جاری ہے)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یہ سیشنز 30 سے 60 منٹ تک جاری رہتے ہیں، جن میں ایسے مریضوں کے لیے علاجی ورزش-تربیتی پروگرام شامل ہوتا ہے جن کو کلوآڈیکیشن (ٹانگوں میں درد) کی شکایت ہو، اور وہ PAD میں مبتلا ہوں۔</li> <li>• کسی ہسپتال کی بیرونی مریض ترتیب یا ایک فزیشن کے دفتر میں منعقد کیا جائے</li> <li>• قابل معاون عملے اور اُن کی جانب سے فراہم کیا جائے جو PAD کے لیے ورزش کی تھیراپی میں تربیت یافتہ ہوں تاکہ اس بات کو یقینی بنایا جا سکے کہ فوائد نقصانات سے زیادہ ہوں</li> <li>• ایک ایسے فزیشن، فزیشن اسٹنٹ، یا نرس پریکٹیشنر/طبی نرس ماہر کی براہ راست نگرانی میں ہو جو کہ زندگی کی معاونت کے بنیادی اور جدید، دونوں طریقوں میں لازماً تربیت یافتہ ہو</li> </ul> <p>اگر ایک نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے طبی طور پر ضروری سمجھا جائے تو SET کو 12 ہفتوں کے عرصے میں 36 سیشنز کے بعد بھی ایک طویل تر عرصے میں مزید 36 سیشنز کے لیے کور کیا جا سکتا ہے۔</p>	
<p>اگر آپ اپنا Healthy You کارڈ استعمال کر رہے ہیں تو ان سروسز کے لیے کوئی کو انشورنس یا کو پیمینٹ نہیں ہے۔</p> <p>اپنے سالانہ الاؤنس کی زائد حد سے تجاوز کر جانے پر لاگتوں کی ذمہ داری آپ پر عائد ہو سکتی ہے۔</p> <p>حدود اور استثنیات کا اطلاق ہو سکتا ہے۔ ہنگامی دیکھ بھال کی ضرورت کی صورت میں 911 ڈائل کریں اور ایمبولینس کی درخواست کریں۔</p> <p>ہنگامی آمدورفت کے بارے میں مزید جاننے کے لیے اس چارٹ میں "ایمبولینس سروسز" سے رجوع کریں۔</p>	<p><b>نقل و حمل-غیر ہنگامی (ضمنی)</b></p> <p>آپ کے پاس نقل و حمل کے لیے ہر ماہ مجموعی طور پر \$285 کا الاؤنس (اجازت یافتہ رقم) موجود ہے، جسے آپ اپنی Healthy You کارڈ پر اپنی مرضی کے مطابق کسی بھی صحت سے متعلق مقام تک جانے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں۔ یہ رقم "سفر" کی کسی متعین تعداد کو دھیان میں رکھ کر نہیں طے کی گئی ہے، حالانکہ اس کا استعمال کر کے فائدے کی حد تک نقل و حمل کے ذرائع کی ادائیگی کی جا سکتی ہے۔ یہ رقم ان چیزوں پر خرچ کرنے کے لیے ہے: اوور دی کاؤنٹر اشیاء، اوٹی سی سماعت کی مشین، خوراک اور پھل و سبزیوں، * پلان سے منظور شدہ صحت کے مقامات کے لیے سفری سہولت، غیر طبی ضروریات کے لیے سفری سہولت۔ اگر آپ اپنے سہ ماہی وظیفے کی تمام رقم استعمال نہیں کرتے، تو بقیہ بیلنس زائد المیعاد ہو جائے گا اور اگلے ماہ میں شامل نہیں ہو گا۔</p> <p>آپ اپنے پہلے سے لوڈ شدہ Healthy You کارڈ کا استعمال رائیڈ کی سہولت دینے والے ایپلی کیشن پر رائیڈ بک کرنے، ٹیکسی سروسز کے لیے، یا غیر ہنگامی نقل و حمل کی دیگر اقسام، جیسے کہ بس پاس، ریل کارڈ، یا پبلک ٹرانزٹ کے دوسرے ذرائع کے لیے کر سکتے ہیں۔</p> <p>ممبران کو اس الاؤنس کی وساطت سے دستیاب رائیڈز کی تعداد کو زیادہ کرنے کی ترغیب دی جاتی ہے۔ عام طور پر مطلوبہ منزلوں، جیسے کہ ڈائالیسیس مراکز یا فزیکل تھیراپی کی سہولیات کے لیے، رائیڈ کی سہولت دینے والے ایپلی کیشن یا ریٹیل ٹرانسپورٹیشن سروس کے ذریعے بکنگ کرنے سے پہلے، یہ دیکھنے کے لیے براہ راست فراہم کنندہ سہولت سے رابطہ کریں کہ آیا نقل و حمل کی زیادہ سستی خدمات دستیاب ہے یا نہیں۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
<p>ان سروسز کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>*دائمی شرائط اہلیت کے تقاضے</b></p> <p><b>فوری طور پر درکار سروسز</b></p> <p>ان کورڈ سروسز کو فوری طور پر درکار سروس کہا جاتا ہے جس کے لیے فوری طبی توجہ کی ضرورت ہو مگر وہ ایمرجنسی نہ ہو، اگر آپ عارضی طور پر ہمارے پلان کے سروس علاقے سے باہر ہوں، یا، اگر آپ ہمارے پلان کے سروس علاقے کے اندر بھی ہیں، لیکن آپ کے وقت، جگہ اور حالات کو دیکھتے ہوئے یہ مناسب نہیں ہے کہ آپ نیٹ ورک فراہم کنندگان سے یہ سروس حاصل کریں۔ ہمارے پلان کے لیے یہ لازم ہے کہ فوری طور پر درکار سروسز کو کور کیا جائے اور آپ سے ان کے لیے لاگت کے اشتراک کے طور پر صرف وہی رقم لی جانی چاہے جو نیٹ ورک میں شامل فراہم کنندگان کی صورت میں لاگو ہوتی ہے۔ فوری طور پر ضروری خدمات کی مثالوں میں ناگہانی طبی امراض اور چوٹیں، یا کسی موجودہ عارضے کا غیر متوقع طور پر شدت اختیار کر جانا شامل ہے۔ طبی طور پر ضروری معمول کے معالج کے دوروں (جیسے سالانہ طبی معائنہ) کو اشد ضروری نہیں سمجھا جائے گا، خواہ آپ ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر ہوں یا ہمارا پلان نیٹ ورک عارضی طور پر دستیاب نہ ہو۔</p>	
<p>اس وظیفے کے لیے اہل ممبرز کی کوئی مشترکہ انشورنس یا مشترکہ ادائیگی نہیں ہے۔</p> <p><b>آنکھوں پر پہنی جانے والی چیزوں کے لیے پیشگی اجازت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔</b></p>	<p><b>آنکھوں کی دیکھ بھال (Medicare کے تحت کورڈ)</b></p> <p>کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آنکھ کی بیماریوں اور چوٹوں کی تشخیص اور علاج کے لیے بیرونی مریضوں کے معالج کی خدمات، بشمول عمر سے متعلق میکولر ڈیجنریشن کا علاج۔ Original Medicare نظر کے چشموں/کانٹیکٹس کے لیے آنکھوں کے روز مرہ کے معائنوں (آئی ریفریکشنز) کو کور نہیں کرتا۔</li> <li>• جن لوگوں کو گلوکوما کا زیادہ خطرہ ہے، ہم ان کے لیے ہر سال گلوکوما کی ایک سکریننگ کور کرتے ہیں۔ گلوکوما کے زیادہ خطرے والے افراد میں گلوکوما کی تاریخ والی فیملی کے افراد، ذیابیطس کے مریض، 50 سال یا اس سے زیادہ عمر کے افریقی امریکی، اور 65 سال یا اس سے زیادہ عمر کے ہسپانوی امریکی شامل ہیں۔</li> <li>• ذیابیطس والے افراد کے لیے، ذیابیطسی ریٹینوپیتھی کو سال میں ایک مرتبہ کور کیا جاتا ہے</li> <li>• موتیے کی ہر سرجری کے بعد چشموں یا کانٹیکٹ لینزز کا ایک جوڑا جس میں انٹرا اوکیولر لینز ڈالنا شامل ہے۔ اگر آپ کی موتیا بند کی دو الگ الگ سرجری ہوتی ہیں، تو آپ کو پہلی سرجری کے بعد یہ فائدہ نہیں ملے گا اور دوسری سرجری کے بعد دو چشمے نہیں خرید سکتے۔</li> </ul> <p><b>نظر کی نگہداشت (اضافی)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ہر سال آنکھوں کا ایک معمول کا معائنہ</li> <li>• آنکھوں پر پہنی جانے والی چیزیں، جن پر ہر سال \$350 کی حد ہے</li> </ul> <p><b>Medicaid کی کورڈ سروسز میں شامل ہیں:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بصارت کے ماہرین، آنکھوں کے ڈاکٹروں، اور آپٹھلمک ڈسپنسرز کی خدمات، جن میں چشمے، طبی طور پر ضروری کانٹیکٹ لینزز اور پولی کاربونیٹ لینزز، مصنوعی آنکھیں (تیار شدہ یا حسب ضرورت بنوائی گئی)، کم بصارت کے معاون آلات اور کم بصارت کی خدمات شامل ہیں۔ کوریج میں پرزوں کی مرمت اور تبدیلی شامل ہے۔</li> </ul>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات	
	<p><b>آنکھوں کی دیکھ بھال (Medicare کے تحت کورڈ) (جاری ہے)</b></p> <p>نظر کے مسائل اور/یا آنکھوں کی بیماری کی تشخیص اور علاج کے لیے معائنہ۔ ریفریکشن کے معائنے ہر 2 سال بعد ہونے تک محدود ہیں ماسوائے تب جب طبی طور پر ضروری ہوں۔ لازمی طور پر نیٹ ورک فراہم کنندہ کا استعمال کرنا ہو گا۔ فہرست کے لیے فراہم کنندہ اور فارمیسی ڈائریکٹری دیکھیں یا میمر سروسز کو کال کریں۔</p>	
<p>Medicare میں خوش آمدید کے احتیاطی دورے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p>	<p><b>Medicare میں خوش آمدید کا احتیاطی دورہ</b></p> <p>ہمارے پلان کے تحت 'Welcome to Medicare' کی ایک دفعہ کی احتیاطی وزٹ کو کور کیا جاتا ہے۔ اس وزٹ میں آپ کی صحت کا جائزہ شامل ہوتا ہے، نیز آپ کو درکار حفاظتی خدمات (بشمول مخصوص سکریننگ اور ٹیکے) کے بارے میں آگاہی اور مشاورت، اور اگر ضرورت ہو تو دیگر دیکھ بھال کے لیے ریفرل بھی شامل ہے۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>اہم: ہم Welcome to Medicare کی احتیاطی وزٹ صرف میڈیکل پارٹ B حاصل کرنے کے پہلے 12 مہینوں کے اندر ہی کور کرتے ہیں۔ جب آپ اپنی اپوائنٹمنٹ بُک کروائیں تو اپنے ڈاکٹر کے دفتر کو بتائیں کہ آپ اپنی Welcome to Medicare احتیاطی وزٹ کو شیڈول کرنا چاہتے ہیں۔</li> </ul>	
<p>اس وظیفے کے لیے کوئی مشترکہ انشورنس، مشترکہ ادائیگی، یا کٹوتی نہیں ہے۔</p> <p>اگر آپ کو امریکہ سے باہر ہنگامی دیکھ بھال کی سہولت حاصل ہوتی ہے اور آپ کی ہنگامی حالت مستحکم ہونے کے بعد داخل مریض کے طور پر دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے، تو آپ کی دیکھ بھال کا کوریج جاری رکھنے کے لیے آپ کو نیٹ ورک کے ہسپتال میں واپس آنا ہوگا یا آپ کو پلان کے تحت اجازت یافتہ نیٹ ورک کے باہر کے ہسپتال میں داخل مریض کے طور پر دیکھ بھال کی خدمات حاصل کرنی ہوگی۔</p> <p>آپ کے اخراجات وہ مشترکہ اخراجات ہیں جو آپ ایک نیٹ ورک ہسپتال میں ادا کریں گے۔ منصوبے کی زائد حد کا اطلاق ہوتا ہے۔</p>	<p><b>عالمی ہنگامی کوریج (اضافی)*</b></p> <p>ایک شامل کردہ وظیفے کے طور پر، آپ کی کوریج میں ہر تقویمی سال میں United States (U.S.) سے باہر \$10,000 تک کی عالمی ہنگامی نگہداشت شامل ہے۔</p> <p>یہ فائدہ صرف ان خدمات تک محدود ہے جو امریکہ میں فراہم کی جانے کی صورت میں ہنگامی دیکھ بھال کے طور پر درجہ بند کی جاتیں۔ عالمی کوریج میں ہنگامی دیکھ بھال، اور استحکام کے بعد کی دیکھ بھال شامل ہے۔</p> <p>جب ایسی صورتیں پیش آئیں، تو ہم یہ چاہتے ہیں کہ آپ یا آپ کی نگہداشت کرنے والا کوئی فرد ہمیں کال کرے۔ جوں ہی آپ کی طبی حالت اور حالات اجازت دیں گے، ہم نیٹ ورک فراہم کنندگان کی جانب سے آپ کی نگہداشت کا ذمہ اٹھانے کا انتظام کرنے کی کوشش کریں گے۔</p> <p>کسی دوسرے ملک سے واپس U.S. تک سفر کو کور نہیں کیا جاتا۔ روز مرہ کی نگہداشت اور پہلے سے طے شدہ یا اختیاری طریقہ ہائے کار کور نہیں کیے جاتے۔</p> <p>غیر ملکی ٹیکسز اور فیسز (بشمول مگر بلا تحدید، کرنسی کی تبدیلی یا ٹرانزیکشن کی فیسز) کور نہیں کی جاتیں۔</p> <p>U.S. کا مطلب 50 ریاستیں، ڈسٹرکٹ آف Columbia، Puerto Rico، Virgin Islands، Northern Mariana Island، Guam اور American Samoa ہے۔</p>	

جو آپ ادا کرتے ہیں	کور شدہ خدمات
<p>امریکہ</p> <p>سے باہر موصول ہونے والی ہنگامی/فوری دیکھ بھال کی سہولت کی ادائیگی کی واپسی کے لیے، آپ کو دعویٰ دائر کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔</p> <p>اس وظیفے پر ہر تقویمی سال میں منصوبے کی \$10,000 کی زیادہ سے زیادہ حد کا اطلاق ہوتا ہے۔</p>	<p>عالمی ہنگامی کوریج (اضافی)* (جاری ہے)</p>

### سیکشن 3 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے علاوہ کون سی سروسز

سیکشن 3

#### کو کور کیا جاتا ہے؟

مندرجہ ذیل خدمات (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC کے ذریعے کور نہیں کی جاتیں لیکن Medicaid کے ذریعے دستیاب ہیں۔

- براہ راست رسائی کی دفعات کے تحت بیرون نیٹ ورک خاندانی منصوبہ بندی کی سروسز،
- ریاستی قانون کی اجازت کے مطابق Medicaid فارمیسی کے وظائف (چند مخصوص دوا کی اقسام Medicare حصہ D کے وظیفے میں شامل نہیں ہیں)،
- میتھاڈون کی دیکھ بھال کے علاج کے پروگرامز،
- OMH لائسنس شدہ کمیونٹی کے رہائشوں (CRS) کو فراہم کردہ بحالی کی خدمات اور خاندان پر مبنی علاج کے پروگرامز،
- دفتر برائے نشوونما کی معذوریوں کے شکار افراد کی سروسز،
- جامع Medicaid کیس کا نظم،
- تپ دق کی بیماری کے لیے براہ راست مشاہداتی تھیراپی (DOT)،

### سیکشن 4 وہ خدمات جو Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) اور نہ ہی

سیکشن 4

#### Medicaid کے ذریعے کور کی جاتی ہیں

یہ سیکشن آپ کو بتاتا ہے کہ کون سی سروسز شامل نہیں ہیں۔

نیچے دیے گئے چارٹ میں وہ خدمات اور چیزیں درج ہیں جو کسی بھی حالت میں ہمارے پلان یا Medicaid کے ذریعے کور نہیں کی جاتیں، یا جن کی کوریج Medicaid کے ذریعے صرف مخصوص حالات میں ہی ہوتی ہے۔

اگر آپ ایسی سروسز حاصل کرتے ہیں جو کہ شامل نہیں ہیں (غیر کور شدہ)، تو آپ کو ان کی ادائیگی ماسوائے درج ذیل صورتوں کے خود کرنا ہو گی۔ اگرچہ آپ خارج شدہ خدمات ہنگامی مرکز سے حاصل کرتے ہیں، تب بھی وہ خدمات کور نہیں کی جاتیں، اور ہمارا پلان ان کی ادائیگی نہیں کرے گا۔ اس میں واحد استثنیٰ کی صورت تب ہے جب سروس کی اپیل کی جائے اور اپیل ہونے پر یہ فیصلہ ہو کہ: یہ ایک طبی سروس تھی جس کی ہمیں آپ کی مخصوص حالت کی وجہ سے ادائیگی کرنی چاہیئے تھی یا اسے کور کرنا چاہیئے تھا۔ (کسی طبی خدمت کی کوریج نہ دینے کے ہمارے فیصلے پر اپیل کرنے سے متعلق معلومات کے لیے، باب 9، سیکشن 6.3 پر جائیں۔)

### وہ خدمات جو Medicare کے تحت کور نہیں ہوتیں صرف مخصوص حالات میں کور کی جاتی ہیں

مخصوص حالات میں کمر کے دائمی درد والے لوگوں کے لیے دستیاب ہے۔	آکوپنچر
حادثاتی چوٹ کی صورت میں یا جسم کے کسی خراب عضو کو بہتر طریقے سے کاٹنے کے اہل بنانے کے لیے کور کیا جاتا ہے	کاسمیٹک سرجری یا طریق ہائے کار
یہ چھاتی کے کینسر کے معاملے میں پستان کو آپریشن کے ذریعے کاٹ کر ہٹانے کے بعد اس از سر نو بنائے جانے کے تمام مراحل کے لیے کور کیا جاتا ہے، نیز اس کے ساتھ غیر متاثر چھاتی کے لیے بھی کوریج ملتی ہے تاکہ تاکہ ایک متناسب شکل پیدا کی جاسکے	روز مرہ کے امور کی نگہداشت
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	کسٹوڈیل کیئر سے مراد ذاتی دیکھ بھال ہے جس کے لیے تربیت یافتہ طبی یا پیرا میڈیکل عملے کی مسلسل توجہ کی ضرورت نہیں ہوتی، مثلاً ایسی دیکھ بھال جو روزمرہ کے معمولات، جیسے نہانے یا لباس پہننے میں آپ کی مدد کرتی ہے۔
Medicare سے منظور شدہ کلینیکل طبی تحقیق کے تحت Original Medicare کے ذریعے یا ہمارے پلان کے ذریعے کور کیا جاسکتا ہے۔	تجرباتی طبی اور سرجیکل طریق ہائے کار، ساز و سامان اور ادویات
(کلینیکل تحقیقی مطالعات کے بارے میں مزید معلومات کے لیے باب 3، سیکشن 5 پر جائیں)	تجرباتی طریقہ کار اور اشیاء وہ ہیں جن کے بارے میں Original Medicare یہ فیصلہ کرتا ہے کہ وہ طبی برادری میں عام طور پر قابل قبول نہیں ہیں
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	آپ کے قریبی رشتہ داروں یا آپ کے گھر کے افراد کے ذریعے کی جانے والی دیکھ بھال کی خاطر لیے جانے والے معاوضے
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	آپ کے گھر میں کل وقتی نرسنگ کیئر
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	گھر پر پہنچانے جانے والے کھانے
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	ہوم میکر کی خدمات میں گھریلو مدد شامل ہوتی ہے، بشمول ہلکی ہاؤس کیپنگ یا ہلکے کھانے کی تیاری۔
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	فطری علاج (جو قدرتی یا متبادل معالجوں کو بروئے کار لاتا ہے) کی سروسز
جوئے جو کسی ٹانگ کے بریس کا حصہ ہوں اور بریس کی قیمت میں شامل ہوں۔ ذیابیطس کی وجہ سے ہونے والی پاؤں کی بیماری والے لوگوں کے لئے آرٹھوپڈک یا دواؤں والے جوئے۔ آرٹھوپڈک جوئے Medicaid کے تحت کور کیے جاسکتے ہیں	آرٹھوپڈک جوئے یا پیروں کے لیے معاون ڈیوائسز
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	ہسپتال یا ہنر مند نرسنگ کی سہولت میں آپ کے کمرے میں موجود ذاتی اشیاء، جیسا کہ ٹیلی فون یا ٹیلی ویژن
صرف طبی طور پر ضروری ہونے پر کور کیا جاتا ہے	ہسپتال میں پرانیویٹ کمرہ

## وہ خدمات جو Medicare کے تحت کور نہیں ہوتیں صرف مخصوص حالات میں کور کی جاتی ہیں

کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	نس بندی کے طریقہ کار اور یا غیر نسخہ مائع حمل سپلائیز کو تبدیل کرنا
ریڑھ کی ہڈی کی نیم دررفتگی (ہڈی کا اپنی جگہ سے ہٹ جانا) کو درست کرنے کے لیے دستی طریقہ کار کور کیا گیا ہے	معمول کی کانروپریکٹک نگہداشت
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی مزید معلومات کے لیے طبی فوائد کا چارٹ دیکھیں۔	معمول کی دانتوں کی دیکھ بھال، جیسے کہ صفائی، فلنگز، یا مصنوعی دانت لکایا جانا
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی مزید معلومات کے لیے طبی فوائد کا چارٹ دیکھیں۔	آنکھوں کی معمول کے طور پر کی جانے والی جانچ، چشمے، ریڈیل کیراٹوٹومی، لیزک سرجری، اور کم بینائی کے دیگر آلات
کچھ محدود کوریج، میڈیکینز کے رہنما اصولوں کے مطابق فراہم کی جاتی ہے (مثلاً، اگر آپ کو ذیابیطس ہو) مزید معلومات کے لیے طبی فوائد کا چارٹ دیکھیں۔	معمول کی پیر کی نگہداشت
Medicaid کے تحت کوور شدہ ٹیسٹنگ اور معائنے، آلہ سماعت کے جائزے اور نسخہ جات (طبی لحاظ سے ضروری)۔ مزید معلومات کے لیے طبی فوائد کا چارٹ دیکھیں۔	معمول کے طور پر کی جانے والی سماعت کی جانچ، سننے کی مشینیں، یا انہیں فٹ کرنے کے لیے جانچ
کسی بھی صورت میں کوور نہ کی جانے والی	سروسز جنہیں Original Medicare کے معیارات کے مطابق غیر معقول یا غیر ضروری سمجھا جاتا ہے

## باب 5:

## پارٹ D ادویات کے لیے پلان کوریج کا استعمال کرنا

آپ اپنی دوا کے اخراجات کے لیے کیسے معلومات حاصل کر سکتے ہیں؟

چونکہ آپ Medicaid کے اہل ہیں، آپ اپنے نسخے کی دوائی کے پلان کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے Medicare سے اضافی مدد حاصل کرنے کے اہل ہیں اور حاصل کر رہے ہیں۔ چونکہ آپ اضافی مدد پروگرام میں شامل ہیں، اس لیے اس Evidence of Coverage میں دی گئی پارٹ D نسخے کی ادویات کی لاگت کے بارے میں کچھ معلومات آپ پر لاگو نہیں ہوتیں۔ ہم نے آپ کو ایک الگ ضمیمہ بھیجا ہے، جسے نسخے کی ادویات کی ادائیگی میں اضافی مدد حاصل کرنے والے افراد کے لیے Evidence of Coverage Rider (یا کم آمدنی والی سبسڈی رائٹر یا ایل آئی ایس رائٹر بھی کہا جاتا ہے) کہتے ہیں، اس میں آپ کو آپ کی ادویات کی کوریج کے بارے میں جانکاری ملے گی۔ اگر آپ کو Extra Help ملتی ہے اور آپ کو یہ مواد 30 ستمبر تک نہیں ملتا، تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) اور LIS رائٹر طلب کریں۔ (ممبر سروسز کے فون نمبر اس دستاویز کے پچھلے سرورق پر پرنٹ کیے گئے ہیں۔)

## سیکشن 1 ہمارے پلان کی پارٹ D ادویات کے لیے بنیادی اصول

Medicare پارٹ B دوا کے فوائد اور ہاسپیس دوا کے فوائد کے لیے باب 4 میں طبی فوائد کے چارٹ پر جائیں۔

Medicare میں شامل ادویات کے علاوہ، کچھ نسخے کی ادویات آپ کے Medicaid فوائد کے تحت کور کی جاتی ہیں۔

Medicaid کی دوا کی کوریج کی مزید معلومات کے لیے، آپ کو اپنی ریاست کے Medicaid دفتر سے رابطہ کرنا چاہیے (رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 6 میں درج ہیں)۔

"ہمارے پلان کے تحت عام طور پر ان ادویات کو اس وقت تک کور کیا جائے گا، جب تک آپ ان اصولوں پر عمل کریں گے:

- آپ کے پاس ایک فراہم کنندہ (ایک ڈاکٹر، دانتوں کا ڈاکٹر، یا دیگر نسخہ دینے والا) ہونا ضروری ہے جو آپ کو ایک ایسا نسخہ لکھے جو قابل اطلاق ریاستی قانون کے تحت درست ہو۔
- آپ کے نسخہ ساز کو Medicare کی اخراج یا مزاحمت کی فہرستوں پر موجود نہیں ہونا چاہیے۔
- آپ کو اپنے نسخے کی دوا لینے کے لیے عام طور پر نیٹ ورک فارمیسی کا استعمال کرنا چاہیے (سیکشن 2 پر جائیں) آپ ہمارے پلان کی میل آرڈر سروس کے ذریعے اپنے نسخے کی ادویات منگوا سکتے ہیں۔
- آپ کی دوا ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں شامل ہونی چاہیے (سیکشن 3 پر جائیں)۔
- دوا کو لازماً طبی طور پر قبول شدہ وجہ علاج کے لیے استعمال کرنا چاہیے۔ طبی طور پر تسلیم شدہ استعمال ایک دوا کا وہ استعمال ہے جو یا FDA سے منظور شدہ ہو یا پھر مخصوص حوالوں سے تائید شدہ ہو۔ طبی طور پر تسلیم شدہ استعمال" کے بارے میں مزید معلومات کے لیے سیکشن 3 دیکھیں
- آپ کی دوا کو کور کرنے پر رضامندی ظاہر کرنے سے پہلے، ہمارے پلان کی جانب سے مخصوص معیارات کی بنیاد پر منظوری درکار ہو سکتی ہے۔ (مزید معلومات کے لیے سیکشن 4 پر جائیں)

## سیکشن 2 نیٹ ورک فارمیسی میں یا ہمارے پلان کی میل آرڈر سروس کے ذریعے اپنے نسخے کی دوا لینا

زیادہ تر صورتوں میں، آپ کے نسخے کی ادویات کی کوریج تب ہی کی جاتی ہے جب وہ ہمارے پلان کے نیٹ ورک فارمیسیز سے لی جائیں۔ (نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسیز سے لیے گئے نسخوں کی کوریج کب کی جاتی ہے، اس بارے میں معلومات کے لیے سیکشن 2.5 دیکھیں)۔

نیٹ ورک فارمیسی ایک ایسی فارمیسی ہے جس کا ہمارے پلان کے ساتھ آپ کی کورڈ ادویات فراہم کرنے کا معاہدہ ہے۔ کورڈ ادویات کی اصطلاح کا مطلب وہ تمام پارٹ D ادویات ہیں جو ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں شامل ہیں۔

## سیکشن 2.1 نیٹ ورک فارمیسیز

اپنے علاقے میں نیٹ ورک فارمیسی تلاش کرنا

نیٹ ورک فارمیسی تلاش کرنے کے لیے، اپنے پرووائیڈر/فارمیسی ڈائریکٹری پر جائیں، ہماری ویب سائٹ (SWHNY.com) پر جائیں، اور/یا ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔

آپ ہماری کسی بھی نیٹ ورک فارمیسی میں جا سکتے ہیں۔

اگر آپ کی فارمیسی نیٹ ورک چھوڑے

اگر آپ جس فارمیسی کا استعمال کرتے ہیں وہ ہمارے پلان کے نیٹ ورک کو چھوڑ دیتی ہے، تو آپ کو نیٹ ورک میں ایک نئی فارمیسی تلاش کرنی ہوگی۔ اپنے علاقے میں کوئی اور فارمیسی تلاش کرنے کے لیے، 671-0440 (833) پر ممبر سروسز سے مدد حاصل کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یا پرووائیڈر/فارمیسی ڈائریکٹری استعمال کریں۔ آپ معلومات کو ہماری ویب سائٹ SWHNY.com پر بھی تلاش کر سکتے ہیں۔

## خصوصی فارمیسی

کچھ نسخوں کے مطابق نیٹ ورک فارمیسی سے ادویات حاصل کرنا لازمی ہے۔ خصوصی فارمیسیز میں شامل ہیں:

- وہ فارمیسیز جو گھر میں انفیوژن تھیراپی کے لیے ادویات مہیا کرتی ہیں۔
- وہ فارمیسیز جو ایک طویل مدتی نگہداشت (LTC) کے مرکز کے رہائشیوں کے لیے ادویات سپلائی کرتی ہیں۔ عام طور پر، ایک LTC مرکز (جیسا کہ ایک نرسنگ ہوم) کی اپنی ذاتی فارمیسی ہوتی ہے۔ اگر آپ کو LTC کی سہولت گاہ میں پارٹ D کی ادویات لینے میں دشواری ہو رہی ہے تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔
- فارمیسیز جو انڈین ہیلتھ سروس / قبائلی / شہری انڈین ہیلتھ پروگرام کے لیے فراہمی کرتی ہیں (Puerto Rico میں دستیاب نہیں ہیں)۔ ماسوائے ہنگامی صورتوں کے، ہمارے نیٹ ورک میں ان فارمیسیز تک صرف مقامی امریکیوں یا الاسکا کے مقامی باشندوں کی رسائی ہے۔
- وہ فارمیسی جو FDA کی طرف سے مخصوص جگہوں تک محدود ادویات فراہم کرتی ہیں یا جن کے استعمال پر خصوصی بینڈلنگ، ربط فراہم کنندہ یا آگاہی کی ضرورت ہوتی ہے۔ خصوصی فارمیسی کا پتہ لگانے کے لیے، اپنے فراہم کنندہ/فارمیسی ڈائریکٹری SWHNY.com پر جائیں یا ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔

## سیکشن 2.2 ہمارے پلان کی میل آرڈر سروس

مخصوص قسم کی ادویات کے لیے، آپ ہمارے پلان کی نیٹ ورک میل آرڈر سروس استعمال کر سکتے ہیں۔ عام طور پر، میل آرڈر کے ذریعے فراہم کی جانے والی دوائیں ایسی دوائیں ہیں جو آپ مستقل بنیادوں پر، کسی دائمی یا طویل مدتی طبی حالت کے لیے لیتے ہیں۔ وہ ادویات جو ہمارے پلان کی میل آرڈر سروس کے ذریعے دستیاب نہیں ہیں، ہماری ادویات کی فہرست میں "NM" (بمعنی کوئی میل آرڈر نہیں) کے طور پر نشان زد ہیں۔

ہمارے منصوبے کی ڈاک آرڈر سروس آپ کو 100 دن تک کی سپلائی کا آرڈر دینے کی اجازت دیتی ہے۔

اپنے نسخہ جات کو فل کرنے کے بارے میں آرڈر فارمز اور معلومات ڈاک کے ذریعے حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں یا ہماری ویب سائٹ SWHNY.com ملاحظہ کریں۔

عام طور پر ڈاک کے ذریعے آرڈر کردہ فارمیسی کا آرڈر زیادہ سے زیادہ 14 دنوں میں آپ کو پہنچا دیا جائے گا۔ اگر فوری ضرورت ہے یا یہ وقت تاخیر کا شکار ہے، تو براہ کرم ہماری ممبر سروسز پر اپنے نسخے کی عارضی سپلائی میں مدد حاصل کرنے کے لیے کال کریں۔

وہ نئے نسخے جو فارمیسی کو براہ راست آپ کے ڈاکٹر کے دفتر سے موصول ہوتے ہیں۔

فارمیسی کو صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ سے نسخہ موصول ہونے کے بعد، وہ آپ سے رابطہ کرے گی تاکہ یہ معلوم کیا جاسکے کہ آیا آپ دوا کو فوری طور پر دوا لینا چاہتے ہیں یا بعد میں۔ فارمیسی کے ذریعے جب بھی آپ سے رابطہ کیا جائے تو جواب دینا ضروری ہے، تاکہ وہ یہ بتا سکیں کہ آیا نیا نسخہ بھیجنا ہے، تاخیر کرنا ہے یا روکنا ہے۔

**ڈاک-آرڈر کے نسخوں پر ری فلز کریں۔** اپنی ادویات کے ری فلز کے لیے، آپ ایک خود کار ری فل پروگرام میں سائن اپ کرنے کا اختیار رکھتے ہیں۔ اس پروگرام کے تحت ہم آپ کی اگلی ری فل (دوا لینا) پر خود بخود کارروائی کرنا شروع کر دیتے ہیں جب ہمارے ریکارڈ سے پتہ چلتا ہے کہ آپ کی دوائی ختم ہونے کے قریب ہے۔ فارمیسی ہر ریفل بھیجنے سے پہلے آپ سے رابطہ کرے گی تاکہ یہ یقینی بنایا جاسکے کہ آپ کو مزید دوائیوں کی ضرورت ہے، اور اگر آپ کے پاس کافی دوا ہے یا آپ کی دوائی تبدیل ہو گئی ہے تو آپ شیڈول ریفل منسوخ کر سکتے ہیں۔

اگر آپ ہمارا آٹو ری فل پروگرام استعمال نہ کرنے کا انتخاب کرتے ہیں لیکن پھر بھی یہ چاہتے ہیں کہ میل آرڈر فارمیسی آپ کو آپ کا نسخہ بھیجے، تو آپ کا موجودہ نسخہ ختم ہونے سے 14 دن پہلے اپنی فارمیسی سے رابطہ کریں۔ یہ اس بات کو یقینی بنائے گا کہ آپ کا آرڈر آپ کو بروقت بھیجا جائے۔

ہمارے خود کار طور پر ڈاک-آرڈر ری فلز تیار کرنے والے پروگرام کا عدم انتخاب کرنے کے لیے، براہ کرم ہماری ممبر سروسز پر کال کریں یا [SWHNY.com](http://SWHNY.com) پر ہماری ویب سائٹ ملاحظہ کریں۔

اگر آپ کو بذریعہ ڈاک خود بخود ریفل مل جاتا ہے جو آپ نہیں چاہتے ہیں تو آپ ریفلڈ کے اہل ہو سکتے ہیں۔

### سیکشن 2.3 طویل مدت تک دوا کی سپلائی پانے کا طریقہ

ہمارا پلان ان (مینٹیننس) ادویات کی طویل مدتی (جسے توسیع شدہ) سپلائی حاصل کرنے کے دو طریقے پیش کرتا ہے جو ہماری ادویات کی فہرست میں شامل ہیں۔ (مینٹیننس ادویات وہ دوائیں ہیں جو آپ کسی دائمی یا طویل مدتی طبی حالت کے لیے باقاعدگی سے لیتے ہیں۔)

1. ہمارے نیٹ ورک میں کچھ ریٹیل فارمیسیز آپ کو دیکھ بھال کی ادویات کی طویل مدتی فراہمی حاصل کرنے کی اجازت دیتی ہیں۔ آپ کا/کی فراہم کنندہ/فارمیسی ڈائریکٹری [SWHNY.com](http://SWHNY.com) آپ کو بتاتی ہے کہ ہمارے نیٹ ورک میں کون سی فارمیسیز آپ کو روزانہ استعمال کی ادویات کی طویل مدتی سپلائی فراہم کر سکتی ہیں۔ مزید معلومات کے لیے آپ ممبر سروسز (833) 671-0440 (TTY) صارفین 711 پر کال کریں) پر بھی کال کر سکتے ہیں۔
2. آپ ہمارے میل آرڈر پروگرام کے ذریعے دیکھ بھال کی دوائیں بھی حاصل کر سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے سیکشن 2.3 پر جائیں۔

### سیکشن 2.4 ہمارے پلان کے نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی استعمال کرنا

عام طور پر، ہم نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی سے لی گئی ادویات کی کوریج اس وقت ہی کرتے ہیں، جب آپ نیٹ ورک فارمیسی استعمال کرنے کے قابل نہ ہوں۔ ہمارے پاس ہمارے سروس علاقے سے باہر بھی نیٹ ورک فارمیسیز موجود ہیں، جہاں آپ ہمارے پلان کے ممبر کی حیثیت سے نسخے کی ادویات لے سکتے ہیں۔ یہ دیکھنے کے لیے کہ آیا قریب میں کوئی نیٹ ورک فارمیسی موجود ہے، سب سے پہلے (833) 671-0440 پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں۔)

ہم نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی سے لیے گئے نسخوں کی کوریج صرف ان حالات میں کرتے ہیں:

- اگر نسخے کا تعلق فوری طور پر درکار نگہداشت سے ہے
- اگر یہ نسخہ جات طبی ہنگامی نگہداشت سے متعلق ہیں
- کووریج 31 دن کی فراہمی تک محدود ہو گی ماسوائے کہ نسخہ کم کے لیے لکھا گیا ہو۔

اگر آپ کو نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی استعمال کرنا ضروری ہے، تو آپ کو اپنے نسخے کی دوا لیتے وقت عام طور پر پوری قیمت (اپنے عام لاگت کے اشتراک کی بجائے) ادا کرنا ہوگی۔ آپ ہم سے درخواست کر سکتے ہیں کہ اخراجات کی مد میں اپنے اشتراک کے حصے کی رقم کی آپ کو باز ادائیگی کریں۔ (اس بارے میں معلومات کے لیے کہ ہمارے پلان سے رقم واپس ادا کرنے کی درخواست کیسے کی جائے، باب 7، سیکشن 2 دیکھیں۔) آپ سے وہ فرق ادا کرنے کا تقاضا کیا جا سکتا ہے جو نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی میں دوا کی ادائیگی کی لاگت اور اس لاگت کے درمیان ہے جسے ہم نیٹ ورک میں شامل فارمیسی میں کور کرتے۔

## سیکشن 3 آپ کی ادویات کا ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں شامل ہونا ضروری ہے

### سیکشن 3.1 ادویات کی فہرست بتاتی ہے کہ حصہ D کی کون سی ادویات کوور شدہ ہیں

ہمارے پلان میں کورڈ ادویات کی ایک فہرست (فارمولری) ہے۔ اس Evidence of Coverage میں، ہم اسے ادویات کی فہرست کہتے ہیں۔ اس فہرست میں موجود دوائیں ڈاکٹروں اور فارماسسٹ کی مدد سے ہمارے منصوبے کے مطابق منتخب کی جاتی ہیں۔ یہ فہرست Medicare کے تقاضوں پر پورا اترتی ہے اور Medicare کی جانب سے منظور کی جا چکی ہے۔

ادویات کی فہرست میں صرف Medicare پارٹ D کے تحت کورڈ ادویات دکھائی جاتی ہیں۔ Medicare کے ذریعے کورڈ ادویات کے علاوہ، کچھ نسخے کی ادویات آپ کے Medicaid فوائد کے تحت کور ہوتی ہیں۔ Medicaid کی دوا کی کوریج کی مزید معلومات کے لیے، آپ کو اپنی ریاست کے Medicaid دفتر سے رابطہ کرنا چاہیے (رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 6 میں درج ہیں)۔

عام طور پر، ہم اپنے پلان کی ادویات کی فہرست میں شامل دوا کی ہی کوریج کرتے ہیں، بشرطیکہ آپ اس باب میں بیان کردہ کوریج کے دیگر قواعد کی پیروی کریں اور اس دوا کا استعمال طبی طور پر قبول شدہ مقصد کے لیے کیا جائے۔ طبی طور پر قبول شدہ مقصد دوا کا وہ استعمال ہے جو یا تو:

- اس تشخیص یا حالت کے لیے FDA سے منظور شدہ ہے جس کے لیے یہ تجویز کی گئی ہے، یا
- کچھ مخصوص حوالہ جات کی جانب سے معاونت یافتہ ہوں، جیسے کہ امریکن ہاسپٹل فارملری سروس ڈرگ انفارمیشن اور Micromedex DRUGDEX کا معلوماتی سسٹم۔

ادویات کی فہرست میں برانڈ نام کی ادویات، عمومی ادویات، اور بائیولوجیکل مصنوعات (جن میں حیاتیاتی مماثلات شامل ہو سکتے ہیں) شامل ہیں۔

برانڈ نام کی دوا وہ نسخے کی دوا ہے جو دوا بنانے والی کمپنی کی ملکیت والے ٹریڈ مارک شدہ نام کے تحت فروخت کی جاتی ہے۔ بائیولوجیکل مصنوعات ایسی ادویات ہیں کہ جو عام ادویات سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہیں۔ ادویات کی فہرست پر، جب ہم ادویات کا حوالہ دیتے ہیں، تو اس کا مطلب دوا یا بائیولوجیکل پراڈکٹ ہو سکتا ہے۔

جنیرک دوا ایک نسخہ جاتی دوا ہے جو برانڈ کے نام کی دوا کے جیسے فعال اجزاء کی حامل ہے۔ حیاتیاتی مصنوعات میں متبادل ہوتے ہیں جسے حیاتیاتی مماثلات کہتے ہیں۔ عموماً، جنیرکس اور حیاتیاتی طور پر یکساں ادویات بالکل برانڈ نام کی دوا یا بائیولوجیکل پراڈکٹ جیسی زود اثر ہوتی ہیں اور عام طور پر ان کی لاگت کم ہوتی ہے۔ ایسے عام دوا کے متبادلات ہیں کہ جو کچھ حقیقی بائیولوجیکل مصنوعات کی مد میں کئی برانڈ کے نام کی حامل ادویات اور حیاتیاتی مماثل متبادلات کے لیے دستیاب ہوتے ہیں۔ کچھ حیاتیاتی مماثلات انٹرچینجیبل حیاتیاتی مماثلات ہیں اور، ریاستی قانون کی بنیاد پر، کسی فارمیسی پر کسی نئے نسخے کی ضرورت کے بغیر، انہیں ایسے ہی حقیقی بائیولوجیکل مصنوعات کی جگہ استعمال کیا جا سکتا ہے کہ جیسے عمومی ادویات کو برانڈ کے نام والی ادویات کی جگہ استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ادویات کی ان اقسام کی تعریفیں جاننے کے لیے جو ادویات کی فہرست میں شامل ہو سکتی ہیں، باب 12 دیکھیں۔

### ڈاکٹر کے نسخے پر ملنے والی ادویات

ہمارا منصوبہ متعدد غیر نسخہ جاتی ادویات بھی کوور کرتا ہے۔ کچھ غیر نسخہ جاتی ادویات نسخے کی ادویات سے کم مہنگی ہوتی ہیں اور انہی جتنا اچھا کام کرتی ہیں۔ مزید معلومات کے لیے ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔

وہ دوائیں جو ادویات کی فہرست میں شامل نہیں ہیں۔

ہمارے پلان میں نسخے کی تمام دوائیں شامل نہیں ہیں۔

• بعض صورتوں میں، قانون کسی بھی Medicare پلان کو مخصوص اقسام کی ادویات کی کوریج کی اجازت نہیں دیتا۔ (مزید معلومات کے لیے سیکشن 7 پر جائیں۔)

• دیگر صورتوں میں، ہم نے کسی مخصوص دوا کو ادویات کی فہرست میں شامل نہ کرنے کا فیصلہ کیا ہے۔

• بعض صورتوں میں، آپ کو ایسی دوا بھی مل سکتی ہے جو ہماری ادویات کی فہرست میں شامل نہیں ہے۔ (مزید معلومات کے لیے باب 9 پر جائیں۔)

### سیکشن 3.2 ادویات کی فہرست میں شامل ادویات کے لیے لاگت کے اشتراک کے 6 درجے

ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں موجود ہر دوا لاگت کے اشتراک کے 6 درجوں میں سے کسی ایک میں شامل ہے۔ عام طور پر، درجہ جتنا اوپر ہوگا، دوا کی لاگت کا اشتراک آپ کے لیے اتنا ہی زیادہ ہوگا:

- درجہ 1 - ترجیحی جینیئرک دوا
- درجہ 2 - جینیئرک دوا
- درجہ 3 - ترجیحی برانڈ
- درجہ 4 - غیر ترجیحی دوا
- درجہ 5 - اسپیشلٹی والا درجہ
- درجہ 6 - دیکھ بھال کی منتخب ادویات

یہ معلوم کرنے کے لیے کہ آپ کی دوا لاگت کے اشتراک کے کس درجے میں ہے، اسے ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں دیکھیں۔ ہر قیمت کے اشتراک کے درجے میں ادویات کے لیے آپ کو جو رقم ادا کرنی ہوتی ہے وہ باب 6 میں دکھائی گئی ہے۔

### سیکشن 3.3 کہ آیا کوئی مخصوص دوا ادویات کی فہرست میں ہے، معلوم کرنے کا طریقہ

یہ معلوم کرنے کے لیے کہ آیا کوئی دوا ہماری ادویات کی فہرست میں ہے، آپ کے پاس یہ اختیارات ہیں:

- ہماری برقی طور پر فراہم کردہ حالیہ ترین ادویات کی فہرست چیک کریں۔
- منصوبے کی ویب سائٹ (SWHNY.com) ملاحظہ کریں۔ ویب سائٹ پر ادویات کی فہرست ہمیشہ حالیہ ترین ہوتی ہے۔
- یہ معلوم کرنے کے لیے کہ کوئی مخصوص دوا ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں شامل ہے یا نہیں، یا فہرست کی ایک کاپی طلب کرنے کے لیے ممبر سروسز کو (833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔
- ہمارے پلان کے "ریئل ٹائم بینیفٹ ٹول" (Caremark.com) یا ممبر سروسز کو کال کر کے) کا استعمال کریں۔ ادویات کی فہرست میں ادویات کو تلاش کریں تاکہ آپ کی متوقع ادائیگی کا تخمینہ لگایا جا سکے اور یہ دیکھا جا سکے کہ کیا ادویات کی فہرست میں کوئی متبادل ادویات موجود ہیں جو اسی حالت کا علاج کر سکتی ہیں۔ آپ ممبر سروسز کو (833) 671-0440 پر بھی کال کر سکتے ہیں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔

## سیکشن 4 کوریج پر پابندیوں والی ادویات

### سیکشن 4.1 کچھ ادویات پر پابندیاں کیوں ہوتی ہیں

کچھ مخصوص نسخے والی ادویات کے لیے، خاص اصول لاگو ہوتے ہیں جو یہ محدود کرتے ہیں کہ ہمارا پلان انہیں کیسے اور کب کور کرتا ہے۔ ڈاکٹروں اور فارماسسٹس کی ایک ٹیم نے آپ اور آپ کے فراہم کنندہ کی حوصلہ افزائی کے لیے یہ اصول تیار کیے ہیں تاکہ ان ادویات کو سب سے مؤثر انداز میں استعمال کر سکیں۔ یہ معلوم کرنے کے لیے ادویات کی فہرست چیک کریں کہ آیا یہ پابندیاں آپ کی کسی دوا پر لاگو ہوتی ہیں جو آپ لیتے ہیں یا لینا چاہتے ہیں۔

اگر کوئی محفوظ اور کم قیمت دوا طبی لحاظ سے زیادہ قیمت والی دوا جتنا ہی بہتر کام کرے گی، تو ہمارے پلان کے قواعد آپ کو اور آپ کے فراہم کنندہ کو اس کم قیمت والے متبادل کو استعمال کرنے کی حوصلہ افزائی کے لیے بنائے گئے ہیں۔

دھیان دیں کہ کبھی کبھی کوئی دوا ادویات کی ہماری فہرست میں ایک سے زیادہ بار دکھ سکتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ایک ہی دوا آپ کے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کے نسخے کے مطابق دوا کی طاقت، مقدار، یا شکل کی بنیاد پر مختلف ہو سکتی ہے، اور دوا کے مختلف ورژن پر مختلف پابندیاں یا لاگت کا اشتراک لاگو ہو سکتا ہے (مثال کے طور پر، 10 ملی گرام بمقابلہ 100 ملی گرام؛ ایک روزانہ بمقابلہ دو روزانہ؛ گولی بمقابلہ مائع)۔

## سیکشن 4.2 پابندیوں کی اقسام

اگر آپ کی دوا پر کوئی پابندی ہے، تو اس کا عام طور پر مطلب یہ ہوتا ہے کہ آپ کو یا آپ کے فراہم کنندہ کو اس دوا کی کوریج حاصل کرنے کے لیے اضافی اقدامات کرنے پڑیں گے۔ دوا کی کوریج حاصل کرنے کے لیے آپ یا آپ کا فراہم کنندہ کیا کر سکتے ہیں، یہ جاننے کے لیے ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کے لیے اس پابندی کو معاف کر دیں، تو آپ کو کوریج کے فیصلے کے عمل کو استعمال کرنے کی ضرورت ہے اور ہم سے چھوٹ دینے کی درخواست کرنا ہو گا۔ ہم آپ کے لیے تحدید ختم کرنے پر متفق ہو سکتے ہیں یا نہیں ہو سکتے۔ (باب 9 پر جائیں۔)

### پیشگی منصوبے کی منظوری حاصل کرنا

کچھ مخصوص ادویات کے لیے، اس سے پہلے کہ ہم آپ کے لیے دوا کو کور کرنے پر رضامند ہوں، آپ یا آپ کے فراہم کنندہ کو خاص معیار کی بنیاد پر ہمارے پلان سے منظوری لینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس عمل کو پیشگی اجازت کہا جاتا ہے۔ انہیں ادویات کی حفاظت کو یقینی بنانے اور بعض ادویات کے مناسب استعمال کی رہنمائی میں مدد کی خاطر عائد کیا گیا ہے۔ اگر آپ کو یہ منظوری نہیں ملتی ہے، تو ہو سکتا ہے کہ آپ کی دوا ہمارے پلان میں شامل نہ ہو۔ ہمارے پلان کے پیشگی اجازت کے معیارات ممبر سروسز کو 671-0440 (833) (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یا ہماری ویب سائٹ [SWHNY.com](http://SWHNY.com) پر کال کر کے حاصل کیے جا سکتے ہیں۔

### ایک مختلف دوا پہلے آزمانا

یہ تقاضا آپ کو ترغیب دیتا ہے کہ آپ کم قیمت مگر عام طور پر اتنی ہی مؤثر ادویات استعمال کریں، اس سے پہلے کہ ہمارا پلان کسی اور دوا کو کور کرے۔ مثال کے طور پر، اگر دوا A اور دوا B ایک ہی طبی حالت کا علاج کرتی ہیں اور دوا الف کم قیمت ہے، تو ہمارا پلان آپ سے پہلے دوا A کو آزمانے کا تقاضا کر سکتا ہے۔ اگر دوا A آپ پر اثر نہ کرے، تو ہمارا پلان پھر دوا B کو کور کرے گا۔ کسی دوسری دوا کو پہلے آزمانے کے اس تقاضے کو اسٹیپ تھراپی کہا جاتا ہے۔ ہمارے پلان کے اسٹیپ تھراپی کی شرائط کی تفصیلات ممبر سروسز کو 671-0440 (833) (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یا ہماری ویب سائٹ [SWHNY.com](http://SWHNY.com) پر کال کر کے حاصل کی جا سکتی ہیں۔

### مقدار کی حدود

بعض ادویات کے لیے، ہم حد مقرر کر دیتے ہیں کہ آپ ہر مرتبہ نسخے کے مطابق دوا حاصل کرتے وقت کتنی دوا حاصل کر سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، اگر کسی مخصوص دوا کے لیے عام طور پر دن میں صرف ایک گولی لینا محفوظ سمجھا جاتا ہے، تو ہم آپ کے نسخے کی کوریج کو زیادہ سے زیادہ ایک گولی فی دن تک محدود کر سکتے ہیں۔

## سیکشن 5 آپ کیا کر سکتے ہیں اگر آپ کی کوئی دوا اس طرح کور نہیں ہو رہی جس طرح آپ چاہتے ہیں

کچھ ایسی صورت حال ہیں جہاں آپ کی لی جانے والی، یا جس کے بارے میں آپ اور آپ کے فراہم کنندہ کا خیال ہے کہ آپ کو لینی چاہیے، نسخے والی دوا ہماری ادویات کی فہرست میں شامل نہیں ہے یا اس پر پابندیاں ہیں۔ مثلاً:

- دوا کو کسی صورت کور نہیں کیا جا سکتا۔ یا پھر، دوا کا کوئی جینیئرک ورژن تو کور ہو رہا ہو، لیکن آپ جس برانڈ نام والے ورژن کو لینا چاہتے ہیں، وہ کور نہ ہو رہا ہو۔
- دوا تو کور ہے، لیکن اس دوا کی کوریج پر اضافی اصول یا پابندیاں لاگو ہیں۔

اگر آپ کی دوا ایک ایسے لاگت کے اشتراک والے درجے میں ہے جو آپ کے خیال سے آپ کے خرچے کو زیادہ مہنگا بناتا ہے، تو یہ جاننے کے لیے کہ آپ کیا کر سکتے ہیں، سیکشن 5.1 پر جائیں۔

اگر آپ کی دوا ادویات کی فہرست میں شامل نہیں ہے یا اس پر پابندی ہے، تو یہاں آپ کے لیے یہ کرنے کے اختیارات ہیں:

- آپ دوا کی عارضی فراہمی حاصل کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔
- آپ دوسری دوا پر منتقل ہو سکتے ہیں۔
- آپ استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں اور ہمارے پلان سے دوائی کا کور کرنے یا ادویات سے پابندیاں ہٹانے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔

آپ عارضی سپلائی حاصل کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں

بعض حالات میں، ہمارا پلان آپ کی پہلے سے لی جا رہی دوا کی عارضی سپلائی فراہم کرنے کا پابند ہوتا ہے۔ یہ عارضی فراہمی آپ کو آپ کے فراہم کنندہ کے ساتھ کوریج میں تبدیلی کے بارے میں گفتگو کرنے کا وقت فراہم کرتی ہیں۔

عارضی سپلائی کے لیے اہل ہونے کے لیے، آپ جو دوا لے رہے ہیں وہ یا تو ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں مزید شامل نہ ہو، یا اب کسی نہ کسی طرح سے محدود ہو۔

- اگر آپ نئے ممبر ہیں، تو ہم اپنے پلان میں آپ کی ممبرشپ کے پہلے 90 دنوں کے دوران آپ کی دوا کی عارضی سپلائی کو کور کریں گے۔
- اگر آپ پچھلے سال ہمارے پلان میں تھے، تو ہم سالانہ کیلنڈر کے پہلے 90 دنوں کے دوران آپ کی دوا کی عارضی سپلائی کو کور کریں گے۔
- یہ عارضی فراہمی زیادہ سے زیادہ 31 دن کے لیے سپلائی ہو گی۔ اگر آپ کا نسخہ کم دنوں کے لیے لکھا گیا ہے، تو ہم دوا کی زیادہ سے زیادہ 31 دن کی سپلائی فراہم کرنے کے لیے متعدد بار نسخے کی دوا لینے کی اجازت دیں گے۔ نسخے کے مطابق ادویات نیٹ ورک فارمیسی سے حاصل کرنا لازمی ہے۔ (دھیان دیں کہ ایک طویل مدتی دیکھ بھال کی فارمیسی دوا کو ضائع ہونے سے روکنے کے لیے ایک وقت میں چھوٹی مقدار میں فراہم کر سکتی ہے۔)
- ان ممبران کے لیے جو 90 دنوں سے زیادہ ہمارے پلان میں رہے ہیں اور طویل مدتی دیکھ بھال کی سہولت میں رہتے ہیں اور انہیں فوری طور پر سپلائی کی ضرورت ہے: ہم کسی مخصوص دوا کی ایک 31 دن کی ہنگامی سپلائی کو کور کریں گے، یا اگر آپ کا نسخہ کم دنوں کے لیے لکھا گیا ہے تو اس سے کم کو کور کریں گے۔ یہ مندرجہ بالا عارضی فراہمی کے علاوہ ہے۔
- اگر آپ LTC مرکز کے ایک نئے رہائشی ہیں اور ہمارے منصوبے میں 90 دنوں سے زیادہ شامل ہیں اور آپ کو اس دوا کی ضرورت ہے جو ہمارے فارمولوں کے مجموعے میں موجود نہیں ہے یا سٹیپ تھیراپی یا مقدار کی حدود (خوراک کی حدود) جیسی دیگر تحدیدات سے مشروط ہے، تو ہم اس دوا کی عارضی طور پر 31 دن کی ہنگامی سپلائی کو کور کریں گے (تاوقتیکہ نسخہ چند دنوں کے لیے ہو) جبکہ ممبر فارمولوں کے مجموعے سے استثنیٰ کی پیروی کرے گا۔ استثنیات ان حالات میں دستیاب ہیں جہاں آپ خود کو موصول ہونے والی نگہداشت کے درجے میں تبدیلی کا تجربہ کرتے ہیں جو آپ سے ایک مرکز یا علاج کے سینٹر سے دوسرے میں منتقلی کا تقاضا بھی کرتی ہیں۔ ایسے حالات میں، آپ ایک عارضی، آپ ایک وقتی ادویات حاصل کرنے کے استثنیٰ کے اہل ہو سکتے ہیں خواہ آپ اس منصوبے کے ممبر کے طور پر پہلے 90 دنوں میں شامل نہ ہوں۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ ہماری منتقلی کی پالیسی صرف ان ادویات پر لاگو ہوتی ہے جو "حصہ D" میں ہیں اور نیٹ ورک فارمیسی پر خریدی جاتی ہیں۔ منتقلی کی پالیسی کا استعمال غیر پارٹ D منشیات یا نیٹ ورک سے باہر کی دوائی خریدنے کے لیے نہیں کیا جا سکتا، جب تک کہ آپ نیٹ ورک سے باہر رسائی کے اہل نہ ہوں۔

عارضی فراہمی کے بارے میں سوالات کے لیے ممبر سروسز (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کریں۔

جس دوران آپ دوا کی عارضی سپلائی استعمال کر رہے ہوں، آپ کو اپنے فراہم کنندہ سے بات کرنی چاہیے تاکہ یہ فیصلہ کیا جا سکے کہ جب آپ کی عارضی سپلائی ختم ہو جائے تو کیا کرنا ہے۔ آپ کے پاس 2 اختیارات ہیں:

**اختیار 1- آپ تبدیل کروا کر کسی اور دوا کو پلان میں شامل کرا سکتے ہیں**

اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں کہ آیا ہمارے پلان کے تحت کور ہونے والی کوئی دوسری دوا آپ کے لیے اتنا ہی اچھا کام کر سکتی ہے۔ اسی بیماری کے علاج میں استعمال ہونے والی کورڈ ادویات کی فہرست منگوانے کے لیے، ممبر سروسز کو (833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ یہ فہرست آپ کے فراہم کنندہ کو ایسی کور کردہ دوا کو تلاش کرنے میں مدد دے سکتی ہے جو آپ کے لیے کارگر ثابت ہو سکتی ہے۔

**اختیار 2- آپ استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں**

"آپ اور آپ کا فراہم کنندہ دونوں ہمارے پلان سے استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں تاکہ دوا کو اسی طرح کور کیا جائے جس طرح آپ کوریج چاہتے ہیں۔ اگر آپ کا فراہم کنندہ کہتا ہے کہ آپ کے پاس طبی وجوہات ہیں جو ہم سے استثنیٰ کی درخواست کرنے کا جواز پیش کرتی ہیں، تو آپ کا فراہم کنندہ استثنیٰ کی درخواست کرنے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ مثال کے طور پر، آپ ہمارے پلان میں کسی دوا کو کور کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں، خواہ وہ ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں نہیں ہے۔ یا آپ ہمارے پلان سے استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں کہ وہ دوا کو بغیر کسی پابندی کے کور کرے۔"

اگر آپ ہمارے موجودہ ممبر ہیں اور آپ کی استعمال کردہ کوئی دوا اگلے سال کے لیے فارمولری (ادویات کی فہرست) سے نکال دی جائے گی یا ان پر کسی طرح کی پابندی عائد کر دی جائے گی، تو ہم آپ کو نئے سال سے پہلے اس تبدیلی کے بارے میں اطلاع دیں گے۔ آپ اگلے سال سے پہلے استثنیٰ طلب کر سکتے ہیں اور آپ کی درخواست (یا آپ کے تجویز کنندہ کا معاون بیان) موصول ہونے کے بعد ہم آپ کو 72 گھنٹوں کے اندر جواب دیں گے۔ اگر ہم آپ کی درخواست کو منظور کرتے ہیں، تو تبدیلی کے اثر انداز ہونے سے پہلے ہم دوا کے لیے کوریج کی اجازت دیں گے۔

اگر آپ اور آپ کا فراہم کنندہ استثنیٰ طلب کرنا چاہتے ہیں، تو کیا کرنا ہے یہ جاننے کے لیے باب 8، سیکشن 7.4 پر جائیں۔ اس میں Medicare کی جانب سے مقرر کردہ طریقہ کار اور آخری تاریخوں کی وضاحت کی گئی ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جاسکے کہ آپ کی درخواست کو فوری اور منصفانہ طریقے سے نمٹایا جائے۔

## سیکشن 5.1 یہ جانیں کہ اس وقت کیا کریں، جب آپ کو یہ لگے کہ دوا کی لاگت اشتراک کے اس درجے میں ہے جو بہت زیادہ ہے

اگر آپ کی دوا لاگت کے اشتراک کے اس درجے میں ہے جو آپ کے خیال میں بہت زیادہ ہے، تو یہ چیزیں ہیں جو آپ کر سکتے ہیں:

آپ تبدیل کروا کر کسی اور دوا کو پلان میں شامل کرا سکتے ہیں

اگر آپ کی دوا لاگت کے اشتراک کے اس درجے میں ہے جو آپ کے خیال میں بہت زیادہ ہے تو اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ ایسا ممکن ہے کہ کوئی دوسری لاگت کے کم اشتراک والے درجے میں موجود ہو جو آپ کے لیے اتنی ہی مؤثر ثابت ہو۔ ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY استعمال کنندگان 711 پر کال کریں) تاکہ ایک ہی طبی حالت کا علاج کرنے والی کور شدہ ادویات کی فہرست طلب کی جاسکے۔ یہ فہرست آپ کے فراہم کنندہ کو ایسی کوور کردہ دوا کو تلاش کرنے میں مدد دے سکتی ہے جو آپ کے لیے کارگر ثابت ہو سکتی ہے۔

آپ استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں

آپ اور آپ کا فراہم کنندہ ہمارے منصوبے سے دوا کے لیے لاگت کے اشتراک کے درجے میں استثنیٰ کے لیے کہہ سکتے ہیں تاکہ آپ اس کے لیے کم ادائیگی کریں۔ اگر آپ کا فراہم کنندہ کہتا ہے کہ آپ کے پاس ایسی طبی وجوہات ہیں جو ہم سے استثنیٰ مانگنے کا جواز پیش کرتی ہیں، تو آپ کا فراہم کنندہ آپ کو قاعدے سے استثنیٰ مانگنے میں مدد کر سکتا ہے۔

اگر آپ اور آپ کا فراہم کنندہ استثنیٰ طلب کرنا چاہتے ہیں تو، باب 9، سیکشن 7 پر جائیں کہ کیا کرنا ہے۔ اس میں Medicare کی جانب سے مقرر کردہ طریقہ کار اور آخری تاریخوں کی وضاحت کی گئی ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جاسکے کہ آپ کی درخواست کو فوری اور منصفانہ طریقے سے نمٹایا جائے۔

ہمارے درجے 5 خصوصی ادویات اس قسم کی رعایت کی اہل نہیں ہیں۔ ہم اس درجے میں ادویات کے لیے لاگت کے اشتراک کی رقم کو کم نہیں کرتے ہیں۔

## سیکشن 6 ہماری ادویات کی فہرست سال کے دوران تبدیل ہو سکتی ہے۔

ادویات کی کوریج سے متعلق زیادہ تر تبدیلیاں ہر سال کے آغاز میں ہوتی ہیں (1 جنوری)۔ تاہم، سال کے دوران بھی ہمارے پلان کے تحت ادویات کی فہرست میں کچھ تبدیلیاں کی جاسکتی ہیں۔ مثال کے طور پر، ہمارے پلان میں یہ تبدیلیاں ہو سکتی ہیں:

- ادویات کی فہرست میں دوائیں شامل کریں یا ہٹا دیں۔
- دوا کے لیے کوریج پر تحدید شامل کر سکتا یا ختم کر سکتا ہے۔
- برانڈ کے نام والی دوا کو دوا کے جنیرک ورژن سے تبدیل کر سکتا ہے۔
- ایک اصل ہائیولوجیکل پراڈکٹ کو ہائیولوجیکل پراڈکٹ کے قابل تبادلہ حیاتیاتی طور پر یکساں ورژن کے ساتھ تبدیل کر سکتا ہے۔

ہمیں اپنے پلان کی ادویات کی فہرست کو تبدیل کرنے سے پہلے Medicare کے تقاضوں پر عمل کرنا ضروری ہوتا ہے۔

دوا کی کوریج کی تبدیلیوں کے حوالے سے معلومات

ادویات کی فہرست میں تبدیلیاں واقع ہونے پر، ہم اپنی ویب سائٹ پر ان تبدیلیوں کے متعلق معلومات پوسٹ کرتے ہیں۔ ہم باقاعدگی سے شیڈول کردہ بنیادوں پر اپنی آن لائن "ادویات کی فہرست" بھی اپ ڈیٹ کرتے ہیں۔ بعض اوقات، آپ جو دوائیں لیتے ہیں ان سے متعلق کسی قسم کی تبدیلی ہونے پر آپ کو براہ راست مطلع کیا جائیگا۔

دواؤں کی کوریج میں تبدیلیاں جو اس پلان سال کے دوران آپ کو متاثر کرتی ہیں۔

- **ادویات کی فہرست میں نئی ادویات شامل کرنا اور ادویات کی فہرست میں کسی مماثل دوا کو فوری نکالنا یا اس میں تبدیلیاں لانا۔**
    - ہم فوری طور پر کسی اسی طرح کی دوا کو ادویات کی فہرست سے ہٹا سکتے ہیں، اسے کسی مختلف لاگت کی شراکت کے درجے میں منتقل کر سکتے ہیں، نئی پابندیاں شامل کر سکتے ہیں، یا یہ سب کام ایک ساتھ کر سکتے ہیں۔ دوا کا نیا ورژن خرچ کے اشتراک کے مماثل درجے یا اس سے کم درجے پر ہو گا اور اس پر وہی یا اس سے کم پابندیاں ہوں گی۔
    - ہم یہ فوری تبدیلیاں صرف اسی صورت میں کریں گے جب ہم کسی برانڈ نام کا نیا عام ورژن شامل کریں یا کسی اصل حیاتیاتی مصنوعات کے کچھ نئے حیاتیاتی مماثلات ورژن شامل کریں جو پہلے سے ہی ادویات کی فہرست میں موجود تھے۔
    - ہم یہ تبدیلیاں فوری طور پر کر سکتے ہیں اور بعد میں آپ کو بتا سکتے ہیں، چاہے آپ وہ دوا لیں جسے ہم ہٹاتے ہیں یا اس میں تبدیلیاں کرتے ہیں۔ اگر آپ اس طرح کی دوا اس وقت لیتے ہیں جب ہم تبدیلی کرتے ہیں، تو ہم آپ کو اپنی کسی خاص تبدیلی کے بارے میں بتائیں گے۔
  - **ادویات کی فہرست میں دواؤں کا اضافہ اور پیشگی اطلاع کے ساتھ ادویات کی فہرست میں ایک جیسی دوائی کو ہٹانا یا اس میں تبدیلی کرنا۔**
    - فہرست ادویات میں کسی دوا کا کوئی اور ورژن شامل کرتے وقت، ممکن ہے کہ ہم فہرست ادویات میں سے کوئی مماثل دوا نکال دیں، اسے خرچ کے اشتراک کے کسی مختلف درجے میں منتقل کر دیں، نئی پابندیاں شامل کریں، یا دونوں اقدامات کریں۔ دوا کا وہ ورژن کہ جو ہم شامل کریں گے خرچ کے اشتراک کے اسی درجے یا اس سے کم درجے پر ہو گا اور اس پر وہی یا اس سے کم پابندیاں عائد ہوں گی۔
    - ہم یہ تبدیلیاں صرف اس صورت میں کریں گے کہ اگر ہم برانڈ نام والی دوا کا ایک نیا عمومی ورژن شامل کر رہے ہوں یا کسی ایسی حقیقی بائیولوجیکل مصنوعہ کے مختلف نئے حیاتیاتی مماثل ورژن شامل کر رہے ہوں کہ جو پہلے ہی ادویات کی فہرست پر موجود تھی۔
    - ہم تبدیلی کرنے سے کم از کم 30 دن پہلے آپ کو بتائیں گے یا پھر آپ کو تبدیلی کے بارے میں مطلع کریں گے اور زیر استعمال دوا کے ورژن کی 31 دن کی فلنگ (بھرائی) کو کوریج فراہم کریں گے۔
  - **ادویات کی فہرست میں سے ایسی غیر محفوظ ادویات کو نکالنا کہ جو مارکیٹ سے ہٹا دی گئی ہیں۔**
    - بعض اوقات ایک دوا غیر محفوظ تصور کی جاتی ہے یا کسی اور سبب مارکیٹ سے ہٹا دی جاتی ہے۔ ایسا ہونے پر، ہم دوا کو فوری طور پر فہرست ادویات سے نکال دیتے ہیں۔ اگر آپ وہ دوا لے رہے ہیں، تو ہم تبدیلی کرنے کے بعد آپ کو بتائیں گے۔
  - **ادویات کی فہرست میں موجود ادویات میں دیگر تبدیلیاں لانا۔**
    - سال کا آغاز ہونے کے بعد ہم دیگر تبدیلیاں کر سکتے ہیں جو آپ کے زیر استعمال ادویات کو متاثر کرتی ہیں۔ مثلاً، جو ہم FDA کے خانہ بند انتہابات یا Medicare کی جانب سے تسلیم شدہ نئی کلینکل ہدایات کی بنیاد پر کر سکتے ہیں۔
    - ہم ان تبدیلیوں کو کرنے سے کم از کم 30 دن پہلے آپ کو مطلع کریں گے، یا پھر آپ کو تبدیلی کے بارے میں بتائیں گے اور آپ کی زیر استعمال دوا کی اضافی 31 دن کی فلنگ (بھرائی) کو کوریج فراہم کریں گے۔
- "اگر ہم آپ کی زیر استعمال کسی بھی دوا میں یہ تبدیلیاں کرتے ہیں، تو اپنے ڈاکٹر سے ان اختیارات کے بارے میں بات کریں جو آپ کے لیے بہترین ہوں گے، بشمول اپنی بیماری کے علاج کے لیے کسی دوسری دوا میں تبدیلی کرنا، یا پھر آپ کی زیر استعمال دوا پر عائد کسی بھی نئی پابندی کو پورا کرنے کے لیے کوریج کے فیصلے کی درخواست کریں۔ آپ یا آپ کا تجویز کنندہ اس دوا یا دوا کے ورژن کی کوریج جاری رکھنے کی خاطر استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں کہ جو آپ لے رہے ہیں۔" کوریج کے فیصلے بشمول استثنیٰ کے لیے درخواست دینے کے طریقہ کار پر مزید معلومات کے لیے باب 9 دیکھیں۔
- ادویات کی فہرست میں ہونے والی تبدیلیاں جو اس پلان سال کے دوران آپ کو متاثر نہیں کریں گی۔**
- ہم ادویات کی فہرست میں ایسی بھی کچھ تبدیلیاں کر سکتے ہیں جو اوپر بیان نہیں کی گئی ہیں۔ ان صورتوں میں، اگر تبدیلی کے وقت آپ دوا لے رہے ہونگے تو آپ پر تبدیلی لاگو نہیں ہوگی۔ تاہم، اگر آپ اسی پلان کو جاری رکھتے ہیں تو یہ تبدیلیاں ممکنہ طور پر اگلے پلان سال کے جنوری 1 سے آپ کو متاثر کریں گی۔

عام طور پر، موجودہ پلان سال کے دوران جو تبدیلیاں آپ پر اثر انداز نہیں ہوں گی وہ ہیں:

- ہم آپ کی دوائی کو لاگت کے اشتراک کے اعلیٰ درجے میں منتقل کرتے ہیں۔
- ہم آپ کے دوا کے استعمال پر ایک نئی تحدید لگاتے ہیں۔
- ہم آپ کی دوا کو ادویات کی فہرست سے نکال دیتے ہیں۔

اگر ان میں سے کوئی بھی تبدیلی اس دوا میں ہوتی ہے جو آپ لیتے ہیں (سوائے بازار سے واپسی کے، برانڈ نام کی دوائی کی جگہ لینے والی ایک عام دوا، یا اوپر کے حصوں میں مذکور دوسری تبدیلی)، اس تبدیلی سے آپ کے استعمال پر اثر نہیں پڑے گا یا آپ اگلے سال 1 جنوری تک لاگت کے اپنے شراکت کے طور پر جو ادائیگی کرتے ہیں۔

ہم آپ کو موجودہ پلان سال کے دوران اس قسم کی تبدیلیوں کے بارے میں براہ راست نہیں بتائیں گے۔ آپ کو اگلے پلان سال کے لیے ادویات کی فہرست کو چیک کرنے کی ضرورت ہوگی (جب یہ لسٹ کھلے اندراج کی مدت کے دوران دستیاب ہوگی) تاکہ یہ دیکھا جا سکے کہ آپ کی زیر استعمال ادویات میں کوئی ایسی تبدیلیاں تو نہیں ہیں جو اگلے پلان سال کے دوران آپ پر اثر انداز ہو سکتی ہیں۔

## سیکشن 7 ادویات کی وہ اقسام جو کورڈ نہیں ہیں

کچھ قسم کے نسخے کی دوائیں شامل نہیں ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ Medicare ان ادویات کے لیے ادائیگی نہیں کرتا ہے۔

اگر آپ اپیل کرتے ہیں اور جو دوا مانگی جاتی ہے اسے پارٹ D کے تحت باہر نہیں کیا جاتا ہے، تو ہم اس کی ادائیگی کریں گے یا اسے کور کریں گے۔ (فیصلے کے خلاف اپیل کے متعلق معلومات کے لیے، باب 9 پر جائیں۔) اگر ہماری جانب سے خارج شدہ دوا Medicaid کی جانب سے بھی خارج شدہ ہے، تو اس کے لیے آپ کو لازمی طور پر بذاتِ خود ادائیگی کرنی ہوگی۔

یہاں ان دوائیوں کے بارے میں 3 عام اصول ہیں جنہیں Medicare ڈرگ پلانز پارٹ D کے تحت کور نہیں کرے گا:

- ہمارے پلان کی پارٹ D دوا کی کوریج کسی ایسی دوا کو کور نہیں کر سکتی جو Medicare پارٹ A یا پارٹ B کے تحت شامل ہو۔
- ہمارے پلان میں ریاستہائے متحدہ یا اس کے علاقوں سے باہر خریدی گئی دواؤں کو کور نہیں کیا جا سکتا۔
- ہمارا پلان کسی دوا کے 'آف لیبل' استعمال کی کوریج نہیں کر سکتا، جب اس کا استعمال مخصوص حوالوں، جیسا کہ امریکن ہسپتال فارمولری سروس ڈرگ انفارمیشن اور Micromedex DRUGDEX انفارمیشن سسٹم، سے تعاون یافتہ نہ ہو۔ 'آف لیبل' استعمال دوا کا ہر وہ استعمال ہے جو FDA کی جانب سے منظور شدہ دوا کے لیبل پر درج کردہ اشاروں کے علاوہ ہو۔

اس کے علاوہ، قانون کے مطابق، درج ذیل ادویات کے درج ذیل زمرے Medicare میں شامل نہیں ہیں تاہم، ان میں سے کچھ دوائیں آپ کے Medicaid دوا کی کوریج کے تحت آپ کے لیے شامل ہو سکتی ہیں۔ آپ کو Medicaid کی دوا کی کوریج کی مزید معلومات کے لیے، ممبر سروسز یا اپنی ریاست کے Medicaid دفتر سے رابطہ کرنا چاہیئے (رابطے کی معلومات باب 2، سیکشن 6 میں درج ہیں)۔

- غیر-نسخے کی ادویات (جنہیں بلا نسخہ ادویات بھی کہا جاتا ہے)

◦ تولیدی اہلیت بڑھانے والی ادویات

◦ کھانسی اور بخار کی علامات میں آرام کے لیے استعمال ہونے والی ادویات

◦ بالوں کی افزائش یا کاسمیٹک مقاصد کے لیے استعمال ہونے والی ادویات

◦ قبل از پیدائش وٹامنز اور فلورائڈ کی تیاریوں کے علاوہ نسخہ جاتی وٹامنز اور نمکیات کی پرائڈکٹس

◦ جنسی اور مردانہ تولیدی عضو کے تناؤ کی خرابی کے علاج کے لیے استعمال ہونے والی ادویات

◦ بھوک کی کمی، وزن میں کمی، یا وزن میں اضافے کے علاج کے لیے استعمال ہونے والی ادویات

◦ بیرونی مریضوں کی ادویات جن کے لیے مینوفیکچرر کو متعلقہ ٹیسٹ یا نگرانی کی خدمات درکار ہوتی ہیں صرف مینوفیکچرر سے فروخت کی شرط کے طور پر خریدی جائیں

اگر آپ کو اپنے نسخوں کی ادائیگی کے لیے اضافی مدد ملتی ہے، تو اضافی مدد کے تحت ان دوائیوں کے لیے ادائیگی نہیں کی جائیگی جن کو عام طور پر کور نہیں کیا جاتا ہے۔ اگر آپ کے پاس Medicaid کے ذریعے دواؤں کی کوریج ہے، تو آپ کا ریاستی Medicaid پروگرام ایسے کچھ نسخے کی دوائیوں کو کور کر سکتا ہے جو عام طور پر Medicare کے دوا کے پلان میں شامل نہیں ہوتی ہیں۔ اپنے ریاست کے Medicaid پروگرام سے رابطہ کریں تاکہ یہ تعین کیا جا سکے کہ آپ کو کون سی دوائی کی کوریج دستیاب ہو سکتی ہے۔ (باب 2، سیکشن 6 میں Medicaid کے لیے فون نمبر اور رابطہ کی معلومات تلاش کریں۔)

## سیکشن 8 نسخہ کی دوا کیسے لیں

اپنا نسخہ کی دوا لینے کے لیے، ہمارے پلان کی ممبرشپ کی معلومات فراہم کریں (جو آپ کے منتخب کردہ نیٹ ورک فارمیسی میں آپ کے ممبرشپ کارڈ پر مل سکتی ہے)۔ نیٹ ورک فارمیسی خود بخود آپ کی دوا کی لاگت میں ہمارے حصے کے اخراجات کا بل ہمارے پلان کو بھیج دے گی۔ جب آپ اپنے نسخے کی دوا لیتے ہیں تو آپ کو فارمیسی کو لاگت میں سے اپنا حصہ ادا کرنا ہوگا۔

اگر آپ کے پاس ہمارے پلان کی رکنیت کی معلومات نہیں ہے، تو آپ یا فارمیسی معلومات حاصل کرنے کے لیے ہمارے پلان پر کال کر سکتے ہیں، یا آپ فارمیسی سے ہمارے پلان کے اندراج کی معلومات تلاش کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔

اگر فارمیسی ضروری معلومات حاصل نہیں کر سکتی ہے، تو آپ کو دوا لیے جانے وقت نسخے کی پوری قیمت ادا کرنا پڑ سکتی ہے۔ پھر آپ ہم سے ہمارے حصے کی رقم کی واپسی کا مطالبہ کر سکتے ہیں۔ "ہمارے پلان سے رقم کی واپسی کی درخواست کرنے کے طریقہ کار کے بارے میں معلومات کے لیے باب 7، سیکشن 2 دیکھیں۔

## سیکشن 9 خصوصی صورتوں میں حصہ D کی دوا کی کوریج

### سیکشن 9.1 کسی ہسپتال یا کسی ہنرمند نرسنگ کی سہولت میں قیام کے لیے جو ہمارے پلان میں کور کیا جاتا ہے

اگر آپ کو کسی ہسپتال میں یا کسی ہنرمند نرسنگ کی سہولت میں داخل کرایا گیا ہے جس میں قیام کو ہمارے پلان کے تحت کور کیا جاتا ہے، تو ہم عام طور پر آپ کے قیام کے دوران آپ کے نسخے کی دواؤں کی لاگت واپس کریں گے۔ ادویات کی قیمت کو پورا کریں گے۔ ہسپتال یا نرسنگ کی ہنرمند سہولت سے جانے کے بعد، ہمارے پلان کے تحت آپ کے نسخے کی دوائیوں کو تب تک کور کیا جائیگا جب تک کہ دوائی اس باب میں بیان کردہ کوریج کے لیے ہمارے تمام اصولوں کو پورا کرتی ہیں۔

### سیکشن 9.2 ایک طویل مدتی نگہداشت (LTC) سہولت میں بطور رہائشی

عام طور پر، ایک طویل مدتی نگہداشت (LTC) کی سہولت (جیسے نرسنگ ہوم) کی اپنی فارمیسی ہوتی ہے یا وہ فارمیسی استعمال کرتی ہے جو اپنے تمام رہائشیوں کو ادویات فراہم کرتی ہے۔ اگر آپ طویل مدتی نگہداشت کی سہولت کے رہائشی ہیں، تو آپ اپنی نسخے کی دوائیوں کی سہولت کی فارمیسی یا اس فارمیسی کے ذریعے حاصل کر سکتے ہیں جسے وہ استعمال کرتی ہے، بشرطیکہ وہ ہمارے نیٹ ورک کا حصہ ہو۔

یہ جاننے کے لیے کہ آیا آپ کی LTC سہولت کی فارمیسی یا وہ فارمیسی جسے وہ استعمال کرتی ہے، ہمارے نیٹ ورک کا حصہ ہے، اپنے فراہم کنندہ/فارمیسی ڈائرکٹری کو [SWHNY.com](http://SWHNY.com) پر چیک کریں۔ اگر ایسا نہیں ہے، یا اگر آپ کو مزید معلومات یا مدد کی ضرورت ہے، تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ "اگر آپ طویل مدتی نگہداشت کی سہولت میں ہیں، تو ہمیں یہ یقینی بنانا ہوگا کہ آپ ہمارے LTC فارمیسیوں کے نیٹ ورک کے ذریعے معمول کے مطابق اپنے پارٹ D کے فوائد حاصل کرنے کے قابل ہوں۔

اگر آپ LTC سہولت کے رہائشی ہیں اور آپ کو ایسی دوا کی ضرورت ہے جو ہماری ادویات کی فہرست میں نہیں ہے یا کسی طرح کی پابندی کے تحت ہے، تو عارضی یا ہنگامی سپلائی حاصل کرنے کے بارے میں معلومات کے لیے سیکشن 5 پر جائیں۔

### سیکشن 9.3 اگر آپ کسی آجر یا ریٹائر گروپ پلان سے بھی ادویات کی کوریج حاصل کرتے ہیں

اگر آپ (یا آپ کے شریک حیات یا گھریلو ساتھی) کو آجر یا ریٹائر ہونے والے لوگوں کے گروپ سے ادویات کی دیگر کوریج فراہم کی گئی ہے، تو اس گروپ کے بینیفٹس ایڈمنسٹریٹر سے رابطہ کریں۔ وہ آپ کو یہ سمجھنے میں مدد کر سکتے ہیں کہ آپ کی موجودہ ادویات کی کوریج ہمارے منصوبے کے ساتھ کیسے کام کرے گی۔

بالعموم، اگر آپ کے پاس ملازم یا ریٹائر افراد کی گروپ کوریج ہے، تو دوا کی وہ کوریج جو آپ کو ہم سے ملے گی آپ کی گروپ کوریج پر ثانوی حیثیت کی حامل ہو گی۔ اس کا مطلب ہے کہ آپ کا گروپ کوریج پہلے ادا کرتا ہے۔

**قابل کریڈٹ کوریج کے بارے میں خصوصی نوٹ:**

ہر سال آپ کے آجر یا ریٹائر ہونے والے گروپ کو آپ کو ایک نوٹس بھیجنا چاہیے جو آپ کو بتائے کہ کیا اگلے کیلنڈر سال کے لیے آپ کی ادویات کی کوریج قابل کریڈٹ ہے۔

اگر گروپ پلان کی کوریج قابل کریڈٹ ہے، تو اس کا مطلب ہے کہ ہمارے پلان میں دوائیوں کی کوریج ہے جس کی اوسطاً، کم از کم Medicare کی معیاری ادویات کی کوریج کی ادائیگی کی توقع ہے۔

**قابل کریڈٹ کوریج کے بارے میں کوئی نوٹس رکھیں کیونکہ آپ کو بعد میں ان نوٹسز کی ضرورت پڑ سکتی ہے تاکہ یہ ظاہر کیا جاسکے کہ آپ نے قابل کریڈٹ کوریج کو برقرار رکھا ہے۔** اگر آپ کو قابل کریڈٹ کوریج نوٹس نہیں ملا، تو اپنے آجر یا ریٹائری پلان کے فوائد کے منتظم یا آجر یا یونین سے ایک کاپی طلب کریں۔

**سیکشن 9.4 اگر آپ Medicare سے تصدیق شدہ ہاسپیٹس (آخری مرحلے کی دیکھ بھال) میں ہیں**

ہاسپیٹس اور ہمارا پلان ایک ہی وقت میں ایک ہی دوا کو کور نہیں کرتا ہے۔ اگر آپ Medicare ہاسپیٹس میں اندراج شدہ ہیں اور آپ کو کچھ مخصوص دوائیں درکار ہیں (جیسے متلی روکنے والی دوائیں، قبض کشا، درد کی دوا، یا اضطراب مخالف دوائیں) جو آپ کی ہاسپیٹس کے ذریعے کوریج میں شامل نہیں ہیں کیونکہ ان کا تعلق آپ کی مہلک بیماری اور متعلقہ کیفیات سے نہیں ہے، تو ہمارے پلان کے لیے ضروری ہے کہ دوا کی کوریج کرنے سے پہلے اسے تجویز کنندہ یا آپ کے ہاسپیٹس فراہم کنندہ میں سے کسی ایک سے یہ اطلاع موصول ہو جائے کہ دوا کا آپ کی مہلک بیماری سے کوئی تعلق نہیں ہے۔ ان دواؤں کے حصول میں تاخیر سے بچنے کے لیے جن کی کوریج ہمارے پلان کے تحت ہونی چاہیے، اپنے نسخے کی تکمیل سے قبل اپنے ہاسپیٹس فراہم کنندہ یا تجویز کنندہ سے نوٹیفیکیشن فراہم کرنے کی درخواست کریں۔

اس صورت میں کہ آپ یا تو اپنے مریض خانے کے انتخاب کو منسوخ کر دیتے یا اس سے خارج ہو جاتے ہیں، ہمارے منصوبے کو اس دستاویز میں وضاحت کردہ کے مطابق آپ کی ادویات کو کور کرنا چاہیے۔ اپنے Medicare مریض خانے کے وظیفے کے ختم ہونے پر اپنی منسوخی یا ڈسچارج کی تصدیق کے لیے دستاویزات فارمیسی پر لے کر آئیں تاکہ فارمیسی پر کسی بھی تاخیر سے بچ سکیں۔

**سیکشن 10 دوا کے تحفظ اور ادویات کا نظم کرنے کے متعلق پروگرامز**

ہم اپنے ممبران کو محفوظ اور مناسب دیکھ بھال کی فراہمی کو یقینی بنانے میں مدد کے لیے ادویات کے استعمال کا جائزہ لیتے ہیں۔ ہم ہر بار آپ کے اپنے نسخے پر ادویات حاصل کرنے پر جائزہ لیتے ہیں۔ ہم باقاعدگی سے اپنے ریکارڈز کا جائزہ بھی لیتے ہیں۔ ان جائزوں کے دوران، ہم ممکنہ مسائل کی نشاندہی کرتے ہیں، جیسے کہ:

- دوا میں ممکنہ غلطیاں
- وہ دوائیں جن کی ضرورت نہیں ہو سکتی ہے کیونکہ آپ اسی حالت کے علاج کے لیے ایک اور اسی طرح کی دوائی لیتے ہیں۔
- ایسی ادویات جو آپ کی عمر یا جنس کے سبب محفوظ یا موزوں نہیں ہو سکتیں
- ادویات کے مخصوص امتزاج جو انہیں بیک وقت لینے پر آپ کے لیے نقصان دہ ہو سکتے ہیں
- دوائیوں کے نسخے جن میں ایسے اجزاء ہوتے ہیں جن سے آپ کو الرجی ہے۔
- آپ جو دوا لیتے ہیں اس کی مقدار (خوراک) میں ممکنہ غلطیاں
- درد کش ادویات کی غیر محفوظ مقداریں

اگر ہمیں آپ کے ادویات کے استعمال میں کوئی ممکنہ مسئلہ نظر آتا ہے، تو ہم اس مسئلے کو درست کرنے کے لیے آپ کے فراہم کنندہ کے ساتھ کام کریں گے۔

## سیکشن 10.1 ممبران کو محفوظ طریقے سے اوپینڈ ادویات استعمال کرنے میں مدد کرنے کے لیے ڈرگ مینجمنٹ پروگرام (DMP)

ہمارا ایک پروگرام ہے جو ممبرز کے لیے اس بات کو یقینی بنانے میں مدد دیتا ہے کہ وہ اپنی نسخہ جاتی درد کش اور دوسری کثرت سے بے جا استعمال ہونے والی ادویات کو محفوظ طریقے سے استعمال کریں۔ اس پروگرام کو دوا کے نظم کا پروگرام (DMP) کہا جاتا ہے۔ اگر آپ درد کش ادویات استعمال کرتے ہیں جو آپ متعدد نسخہ تجویز کنندگان یا فارمیسیز سے حاصل کرتے ہیں، یا اگر آپ نے حال ہی میں درد کش دوا کی زیادہ خوارک لی ہے، تو ہم آپ کے ڈاکٹرز سے یہ یقینی بنانے کے لیے گفتگو کر سکتے ہیں کہ آپ کا درد کش ادویات کا استعمال موزوں اور طبی طور پر ضروری ہے۔ آپ کے نسخہ تجویز کنندگان کے ساتھ کام کرتے ہوئے اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کی نسخہ جاتی درد کش یا سکون آور ادویات کا استعمال محفوظ نہیں، تو ہم آپ کے ان ادویات کو حاصل کرنے کے طریقے کو محدود کر سکتے ہیں۔ اگر ہم آپ کو اپنے DMP میں رکھتے ہیں تو حدود:

- آپ سے درد کش یا سکون آور ادویات کے لیے اپنے تمام نسخہ جات ایک مخصوص فارمیسی (فارمیسیز) سے حاصل کرنے کا تقاضا کر سکتی ہیں
- آپ سے درد کش ادویات یا بینزوڈائازپائن ادویات کے لیے کسی مخصوص تجویز کنندہ (کنندگان) کی طرف سے اپنے تمام نسخہ جات حاصل کرنے کا تقاضا کرنا
- اوپینڈ یا بینزوڈائازپین ادویات کی وہ مقدار محدود کرنا جس کی کوریج ہم آپ کے لیے کریں گے۔

اگر ہم یہ دوائیں حاصل کرنے کے طریقے یا ان کی مقدار کو محدود کرنے کا ارادہ کرتے ہیں، تو ہم آپ کو پیشگی ایک خط بھیجیں گے۔ خط آپ کو بتائے گا کہ آیا ہم آپ کے لیے ان ادویات کی کوریج کو محدود کر دیں گے، یا آیا آپ کو ان ادویات کے لیے صرف ایک مخصوص نسخہ تجویز کنندہ یا فارمیسی سے نسخہ حاصل کرنے کی ضرورت ہو گی۔ آپ کو ہمیں یہ بتانے کا موقع ملے گا کہ آپ کن تجویز کنندگان (معالج) یا فارمیسیوں کو استعمال کرنے کو ترجیح دیتے ہیں، اور کسی بھی دوسری معلومات کے بارے میں جو آپ کے خیال میں ہمارے لیے جاننا ضروری ہے۔ آپ کو جواب دینے کا موقع ملنے کے بعد، اگر ہم ان ادویات کے لیے آپ کی کوریج کو محدود کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہم آپ کو ایک اور خط بھیجیں گے جس میں اس حد کی تصدیق ہو گی۔ اگر آپ سمجھتے ہیں ہم نے غلطی کی ہے یا آپ ہمارے فیصلے یا تحدید سے غیر متفق ہیں، تو آپ اور آپ کے نسخہ تجویز کنندہ اپیل کرنے کا حق رکھتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں تو ہم آپ کے کیس کا جائزہ لیں گے اور آپ کو نیا فیصلہ دیں گے۔ اگر ہم ادویات تک آپ کی رسائی پر لاگو ہونے والی حدود سے متعلق آپ کی درخواست کے کسی بھی حصے کو مسترد کرتے رہتے ہیں، تو ہم خود بخود آپ کا کیس اپنے پلان سے باہر ایک آزاد جائزہ کار کو بھیج دیں گے۔ اپیل طلب کرنے کے طریقے کے بارے میں معلومات کے لیے باب 9 پر جائیں۔

اگر آپ کو کچھ مخصوص طبی حالات ہیں، جیسے کہ کینسر سے متعلق درد یا سیکل سیل کی بیماری، یا آپ باسپیسی، تسکین بخش، یا آخری مرحلے کی دیکھ بھال حاصل کر رہے ہیں، یا کسی طویل مدتی نگہداشت کی سہولت میں رہتے ہیں، تو آپ کو ہمارے DMP میں شامل نہیں کیا جائے گا۔

## سیکشن 10.2 ممبرز کو ان کی ادویات کا نظم کرنے میں مدد دینے کے لیے دوا سے تھیراپی کے نظم (MTM) پروگرام

ہمارا ایک پروگرام ہے جو ہمارے ممبرز کی ان کی صحت کی پیچیدہ ضرورتوں کے حوالے سے مدد کر سکتا ہے۔ ہمارا پروگرام دوا سے تھیراپی کے نظم (MTM) کا پروگرام کہلاتا ہے۔ یہ پروگرام رضاکارانہ اور مفت ہے۔ فارماسٹ اور ڈاکٹروں کی ایک ٹیم نے ہمارے لیے یہ پروگرام تیار کیا ہے تاکہ اس بات کو یقینی بنانے میں مدد ملے کہ ہمارے ممبران جو دوائیں لیتے ہیں ان سے زیادہ سے زیادہ فائدہ حاصل کریں۔

کچھ ممبران جن کو کچھ دائمی بیماریاں ہیں اور وہ دوائیں لیتے ہیں جو دوائیوں کی ایک مخصوص رقم سے زیادہ ہوتی ہیں یا DMP میں ہیں تاکہ انہیں اوپینڈز کو محفوظ طریقے سے استعمال کرنے میں مدد ملے، وہ MTM پروگرام کے ذریعے خدمات حاصل کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔ اگر آپ پروگرام کے لیے اہلیت رکھتے ہیں، تو کوئی فارماسٹ یا صحت کا کوئی دوسرا پیشہ ور آپ کو آپ کی تمام ادویات کے لیے ایک جامع جائزہ پیش کرے گا۔ آپ جائزے کے دوران اپنی ادویات، اپنے اخراجات، اور اپنے نسخے اور بلا نسخہ ادویات کے متعلق خود کو درپیش کسی بھی مسائل یا سوالات کے بارے میں گفتگو کر سکتے ہیں۔ آپ ایک تحریری خلاصہ حاصل کریں گے جس میں تجویز کردہ کرنے کے کاموں کی فہرست ہے جس میں وہ اقدامات شامل ہیں جو آپ کو اپنی ادویات سے بہترین نتائج حاصل کرنے کے لیے اٹھانے چاہئیں۔ آپ ادویات کی ایک فہرست بھی حاصل کریں گے جس میں آپ کے زیر استعمال تمام ادویات، آپ کتنی مقدار میں انہیں لیتے ہیں، اور آپ کب اور کیوں انہیں لیتے ہیں یہ سب شامل ہو گا۔ اس کے علاوہ، MTM پروگرام کے اراکین کو نسخے کی دوائیوں کے محفوظ طریقے سے ضائع کرنے کے بارے میں معلومات حاصل ہوں گی جو کہ کنٹرول شدہ مادے ہیں۔

اپنے ڈاکٹر سے تجویز کردہ کرنے کے کاموں کی فہرست اور ادویات کی فہرست کے بارے میں گفتگو کرنا ایک اچھا خیال ہے۔ اپنے ڈاکٹر، فارماسسٹس، اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان سے کسی بھی وقت گفتگو کرنے یا ملاقات کرنے کے لیے خلاصہ اپنے ساتھ لائیں۔ اپنی ادویات کی فہرست کو ہمیشہ اپ ڈیٹ رکھیں اور اسے اپنے پاس (مثال کے طور پر، اپنی شناخت کے ساتھ) رکھیں تاکہ ہسپتال یا ایمرجنسی روم جانے کی صورت میں ضرورت پڑے۔

اگر ہمارے پاس کوئی ایسا پروگرام ہے جو آپ کی ضروریات کو پورا کرتا ہے، تو ہم خود بخود آپ کو پروگرام میں اندراج کریں گے اور آپ کو معلومات بھیجیں گے۔ اگر آپ شرکت نہ کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں تو ہمیں مطلع کریں اور ہم آپ کو واپس لے لیں گے۔ اس پروگرام کے بارے میں سوالات کے لیے، ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔

## باب 6:

## آپ کو پارٹ D ادویات کے لیے کیا ادائیگی کرنی ہوگی

## سیکشن 1 آپ کو پارٹ D ادویات کے لیے کیا ادائیگی کرنی ہوگی

"ہم اس باب میں "دوا" کا استعمال پارٹ D کی نسخے والی دوا کے معنی میں کرتے ہیں۔ تمام ادویات پارٹ D کی دوائیں نہیں ہیں۔ کچھ دوائیں قانون کے ذریعے پارٹ D کی کوریج سے خارج ہیں۔ کچھ ادویات جنہیں حصہ D کی کوریج سے خارج کیا گیا ہے انہیں Medicare کے حصہ A اور حصہ B کی جانب سے کوور کیا جاتا ہے۔

ادائیگی کی معلومات کو سمجھنے کے لیے، آپ کو یہ جاننے کی ضرورت ہے کہ کون سی ادویات کو کوور کیا گیا ہے، اپنے نسخہ جات کہاں سے بھرانے ہیں، اور اپنی کوور شدہ ادویات حاصل کرتے وقت کن اصولوں کی پیروی کرنی ہے۔ باب 5 ان اصولوں کی وضاحت کرتا ہے۔ جب آپ دوا کی کوریج دیکھنے کے لیے ہمارے پلان کا "ریئل ٹائم بینیفٹ ٹول" استعمال کرتے ہیں ([SWHNY.com](http://SWHNY.com))، تو آپ جو لاگت دیکھتے ہیں وہ آپ کی جیب سے ادا کیے جانے والے اخراجات کا ایک تخمینہ ہوتی ہے جس کی ادائیگی آپ سے متوقع ہے۔ آپ ممبر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کر کے "ریئل ٹائم بینیفٹ ٹول" میں فراہم کردہ معلومات بھی حاصل کر سکتے ہیں۔

اگر آپ اپنے پارٹ D کے نسخے کی دوائیوں کی قیمتوں میں اضافی مدد حاصل کر رہے ہیں تو آپ اپنی دوائیوں کے اخراجات کے بارے میں کیسے معلومات حاصل کر سکتے ہیں؟

چونکہ آپ Medicaid کے اہل ہیں، آپ اپنے نسخے کی دوائی کے پلان کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے Medicare سے اضافی مدد حاصل کرنے کے اہل ہیں اور حاصل کر رہے ہیں۔ چونکہ آپ کے پاس اضافی مدد ہے، اس لیے اس Evidence of Coverage میں پارٹ D نسخے کی دوائیوں کے اخراجات کے بارے میں کچھ معلومات آپ پر لاگو نہیں ہوسکتی ہیں۔ ہم نے آپ کو ایک الگ ضمیمہ بھیجا ہے، جسے نسخے کی ادویات کی ادائیگی میں اضافی مدد حاصل کرنے والے افراد کے لیے Evidence of Coverage Rider (یا کم آمدنی والی سبسڈی رائٹر یا ایل آئی ایس رائٹر بھی کہا جاتا ہے) کہتے ہیں، اس میں آپ کو آپ کی ادویات کی کوریج کے بارے میں جانکاری ملے گی۔ اگر آپ کے پلان میں یہ شامل نہیں ہے، تو ممبر سروسز کو (833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) اور LIS رائٹر کے لیے پوچھیں۔

## سیکشن 1.1 کوریج شدہ ادویات کے لیے آپ کی جانب سے ادا کیے جانے والے جیب سے اخراجات کی اقسام

کوریج شدہ پارٹ D ادویات کے لیے جیب سے ادا کیے جانے والے اخراجات کی 3 مختلف اقسام ہیں جن کی ادائیگی کے لیے آپ سے کہا جا سکتا ہے:

- قابل کٹوتی وہ رقم ہے جو آپ ادویات کے لیے ادا کرتے ہیں اس سے پہلے کہ ہمارا پلان اپنا حصہ ادا کرنا شروع کرے۔
- مشترکہ ادائیگی وہ مقررہ رقم ہے جو آپ ہر بار اپنا نسخہ بھرواتے وقت ادا کرتے ہیں۔
- مشترکہ انشورنس گُل لاگت کا وہ فیصدی حصہ ہے کہ جو آپ ہر بار اپنا نسخہ بھرواتے وقت ادا کرتے ہیں۔

## سیکشن 1.2 Medicare آپ کے جیب سے ہونے والے اخراجات کا حساب کس طرح لگاتا ہے

Medicare کے پاس اس بارے میں قواعد موجود ہیں کہ آپ کے جیب سے ہونے والے اخراجات میں کیا شامل ہوتا ہے اور کیا شامل نہیں ہوتا۔ یہاں کچھ اصول دیے گئے ہیں جن کی ہمیں لازمی پیروی کر کے اپنی جیب سے ادا کی جانے والی لاگتوں کا ریکارڈ رکھنا چاہئے۔

### یہ ادائیگیاں آپ کے جیب سے ہونے والے اخراجات میں شامل ہیں

آپ کے جیب سے ہونے والے اخراجات میں ذیل میں دی گئی ادائیگیاں شامل ہیں (جب تک کہ وہ پارٹ D کی ادویات کے لیے ہیں اور آپ نے باب 5 میں بیان کردہ ادویات کی کوریج کے اصولوں پر عمل کیا ہے):

• وہ رقم جو آپ ادویات کے لیے ادا کرتے ہیں جب آپ درج ذیل ادویات کی ادائیگی کے مراحل میں ہوں:

◦ کٹوتی کا مرحلہ

◦ ابتدائی کوریج کا مرحلہ

• ہمارے پلان میں شامل ہونے سے پہلے، آپ نے کسی دوسرے Medicare ڈرگ پلان کے ممبر کی حیثیت سے اس کیلنڈر سال کے دوران جو بھی ادائیگیاں کی تھیں۔

• آپ کی دوائیوں کے لیے خاندان یا دوستوں کے ذریعے کی جانے والی کوئی بھی ادائیگی

• Medicare، آجر یا یونین ہیلتھ پلانز، انڈین ہیلتھ سروس، ایڈز ڈرگ اسسٹنس پروگرام، اسٹیٹ فارماسیوٹیکل اسسٹنس پروگرامز (SPAPs) اور زیادہ تر خیراتی اداروں سے اضافی مدد کے ذریعے آپ کی ادویات کے لیے کی گئی کوئی بھی ادائیگی

**تباہ کن کوریج کے مرحلے میں منتقل:**

جب آپ (یا وہ لوگ جو آپ کی طرف سے ادائیگی کر رہے ہیں) کیلنڈر سال کے اندر جیب سے باہر اخراجات میں کل \$2,100 خرچ کر لیتے ہیں، تو آپ ابتدائی کوریج کے مرحلے سے تباہ کن کوریج کے مرحلے پر چلے جاتے ہیں۔

### یہ ادائیگیاں آپ کے جیب سے ہونے والے اخراجات میں شامل نہیں ہیں۔

آپ کے جیب سے ہونے والے اخراجات میں ان قسم کی ادائیگیوں میں سے کوئی بھی شامل نہیں ہے:

• ایسی ادویات جو آپ United States اور اس کے خطہ جات سے باہر خریدیں

• وہ ادویات جو ہمارے پلان میں شامل نہیں ہیں۔

• وہ دوائیں جو آپ کو نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی میں ملتی ہیں جو نیٹ ورک سے باہر کوریج کے لیے ہمارے پلان کی ضروریات کو پورا نہیں کرتی ہیں۔

• غیر حصہ D ادویات، بشمول حصہ A اور حصہ B کی جانب سے کوور کردہ نسخے کی ادویات اور Medicare کی جانب سے کوریج سے خارج کردہ دیگر ادویات

• نسخے کی دوائیں جو پارٹ A یا پارٹ B کے تحت کورڈ ہے۔

• وہ ادائیگیاں جو آپ ان ادویات کے لیے کرتے ہیں جو ہماری اضافی کوریج کے تحت آتی ہیں لیکن عام طور پر Medicare کے دوا کے پلان میں شامل نہیں ہوتی ہیں۔

• ادویات کے لیے آپ جو ادائیگیاں کرتے ہیں وہ عام طور پر Medicare کے دوا کے پلان میں شامل نہیں ہوتی ہیں۔

• آپ کی دوائیوں کے لیے کچھ بیمہ کے منصوبوں اور حکومت کی مالی امداد سے چلنے والے صحت کے پروگراموں جیسے

TRICARE اور Veterans Health Administration (VA) کے ذریعے کی گئی ادائیگیاں

• آپ کی دوائیوں کی کسی تیسرے فریق کے ذریعہ نسخے کے اخراجات کی ادائیگی کی قانونی ذمہ داری کے ساتھ کی گئی (مثال کے طور پر، ورکرز کا معاوضہ) ادائیگیاں

• مینوفیکچرر ڈسکاؤنٹ پروگرام کے تحت دوا کے مینوفیکچرر کی جانب سے کی گئی ادائیگیاں

یاددہانی: اگر کوئی دوسری تنظیم جیسا کہ اوپر دی گئی ہے منشیات کے لیے آپ کے تمام اخراجات کا حصہ ادا کرتی ہے، تو آپ کو ممبر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کر کے ہمارے پلان کو جانکاری دینی ہوگی۔

### "آپ کے جیب سے ادا کیے گئے کل اخراجات کا حساب رکھنا"

- "آپ کو ملنے والے پارٹ D وضاحت برائے فوائد میں آپ کے جیب سے ادا کیے گئے اخراجات کا موجودہ کل حساب شامل ہوتا ہے۔ جب یہ رقم \$2,100 تک پہنچ جائے گی، تو پارٹ D کا EOB آپ کو بتائے گا کہ آپ نے ابتدائی کوریج کا مرحلہ چھوڑ دیا ہے اور تباہ کن کوریج کے مرحلے میں منتقل ہو گئے ہیں۔
- یقینی بنائیں کہ ہمارے پاس ضرورت کی تمام معلومات موجود ہیں۔ یہ جاننے کے لیے کہ آپ کس طرح مدد کر سکتے ہیں تاکہ یقینی بنایا جاسکے کہ آپ کے خرچ کی گئی رقم کا ہمارا ریکارڈ مکمل اور تازہ ترین ہے، سیکشن 3.1 دیکھیں۔

## سیکشن 2: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ممبران کے لیے ادویات کی

### ادائیگی کے مراحل

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے تحت آپ کی دواؤں کی کوریج کے لیے ادائیگی کے 3 مراحل ہیں۔ ہر نسخے کے لیے آپ کتنی ادائیگی کریں گے، یہ اس بات پر منحصر ہے کہ جب آپ نسخہ کی دوا پہلی بار لیتے ہیں یا دوبارہ لیتے ہیں تو آپ کس مرحلے میں ہوتے ہیں۔ ہر مرحلے کی تفصیلات اس باب میں بیان کی گئی ہیں۔ یہ مراحل ہیں:

- **مرحلہ 1: سالانہ قابل کٹوتی مرحلہ**
- **مرحلہ 2: ابتدائی کوریج کا مرحلہ**
- **مرحلہ 3: تباہ کن صورتحال میں کوریج کا مرحلہ**

## سیکشن 3: آپ کی پارٹ D وضاحت برائے فوائد سے یہ پتہ چلتا ہے کہ آپ کس ادائیگی کے مرحلے میں ہیں

- جب آپ فارمیسی سے نسخے حاصل کرتے ہیں تو ہمارا پلان آپ کی نسخے والی ادویات کی لاگت اور آپ کی جانب سے کی گئی ادائیگیوں کا حساب رکھتا ہے۔ اس طرح، ہم آپ کو بتا سکتے ہیں کہ آپ ادویات کی ادائیگی کے ایک مرحلے سے دوسرے مرحلے میں کب جاتے ہیں۔ ہم 2 قسم کے اخراجات کو ٹریک کرتے ہیں:
- **جیب سے کی جانے والی ادائیگی:** یہ آپ نے کتنی رقم ادا کی۔ اس میں وہ شامل ہے جو آپ نے حصہ D کی دوا حاصل کرنے پر ادا کی یا خاندان یا دوستوں کی طرف سے آپ کی دوائیوں کے لیے کی گئی کوئی بھی ادائیگی، اور Medicare، آجر یا یونین ہیلتھ پلانز، انڈین ہیلتھ سروس، ایڈز ڈرگ اسسٹنس پروگرامز، چیریٹی، اور زیادہ تر اسٹیٹ فارماسیوٹیکل اسسٹنس پروگرامز (SPAPs) سے اضافی مدد کے ذریعے آپ کی دوائیوں کے لیے کی جانے والی کوئی بھی ادائیگی۔
- **دوائیوں کی کل لاگت:** یہ آپ کی کور کردہ پارٹ ڈی ادویات کے لیے کی گئی تمام ادائیگیوں کا کل ہے۔ اس میں یہ شامل ہے کہ ہمارے پلان نے کیا ادا کیا، آپ نے کیا ادا کیا، اور کون سے دوسرے پروگراموں یا تنظیموں نے آپ کی کور کردہ پارٹ D ادویات کے لیے ادائیگی کی۔

اگر آپ نے پچھلے مہینے کے دوران ہمارے پلان کے ذریعے ایک یا ایک سے زیادہ نسخے کی دوا لی ہیں، تو ہم آپ کو پارٹ D کا EOB بھیجیں گے۔ حصہ D کے اس EOB میں شامل ہیں:

- **اُس ماہ کی معلومات:** یہ رپورٹ ان نسخوں کی ادائیگی کی تفصیلات فراہم کرتی ہے جو آپ نے پچھلے مہینے لی تھیں۔ "یہ (EOB) ادویات کی کل لاگت، جو رقم ہمارے پلان نے ادا کی، اور جو کچھ آپ نے اور دوسروں نے آپ کی طرف سے ادا کیا، سب کو دکھاتا ہے۔"
- **1 جنوری سے سال بھر کا کل تخمینہ لگاتا ہے۔** یہ سال شروع ہونے سے لے کر اب تک آپ کی دوائیوں کی کل ادویات کی لاگت اور کل ادائیگیوں کو ظاہر کرتا ہے۔
- **دوا کی قیمت کی معلومات:** یہ (EOB) ادویات کی کل قیمت، اور ایک ہی مقدار کے ہر نسخے کے دعوے کے لیے پہلی فلنگ (پہلی بار دوا لینے) کے مقابلے میں قیمت میں ہونے والی تبدیلیوں کے بارے میں معلومات ظاہر کرتا ہے۔
- **دستیاب کم لاگتی متبادل نسخہ جات:** یہ (EOB) ہر نسخے کے دعوے کے لیے، اگر قابل اطلاق ہو، تو کم لاگت کی شراکت والی دستیاب دیگر ادویات کے بارے میں معلومات ظاہر کرتا ہے۔

### سیکشن 3.1 اپنی دوا کی ادائیگی کے بارے میں ہماری معلومات کو تازہ ترین رکھنے میں ہماری مدد کریں

اپنی دوا کی قیمتوں اور اپنی ادویات کی مد میں کی گئی ادائیگیوں کا ٹریک رکھنے کے لیے، ہم فارمیسیز سے ملنے والے ریکارڈز کا استعمال کرتے ہیں۔ آپ کس طرح ہمیں اپنی معلومات درست اور تازہ ترین رکھنے میں مدد دے سکتے ہیں، وہ طریقہ درج ذیل ہے:

- اپنے نسخہ جات بھروانے کے لیے ہر مرتبہ اپنا ممبرشپ کارڈ دکھائیں۔ یہ (عمل/معلومات) اس بات کو یقینی بنانے میں مدد کرتا ہے کہ ہمیں آپ کے پورے کیے گئے نسخوں اور آپ کی جانب سے کی گئی ادائیگیوں کے بارے میں علم ہو۔
- یقینی بنائیں کہ ہمارے پاس ضرورت کی تمام معلومات موجود ہیں۔ ایسے وقت بھی آتے ہیں کہ جب ہو سکتا ہے کہ آپ نسخہ جاتی دوا کی مکمل لاگت کی ادائیگی کریں۔ ان صورتوں میں، ہم خود بخود وہ معلومات حاصل نہیں کریں گے جو ہمیں آپ کے جیب سے ہونے والے اخراجات پر نظر رکھنے کے لیے درکار ہے۔ اپنی جیب سے ادا کی جانے والی لاگتوں کا ریکارڈ رکھنے میں ہمیں مدد دینے کے لیے، ہمیں اپنی رسیدوں کی کاپیاں دیں۔ ایسی مثالیں جب آپ کو ہمیں اپنی ادویات کی رسیدوں کی نقول فراہم کرنی چاہئیں:
  - جب آپ کسی نیٹ ورک فارمیسی سے ایک خاص قیمت پر ایک کورڈ دوا خریدتے ہیں یا ڈسکاؤنٹ کارڈ استعمال کرتے ہیں جو ہمارے منصوبے کے فائدے کا حصہ نہیں ہے۔
  - جب آپ ڈرگ مینوفیکچر کے مریض امدادی پروگرام کے تحت فراہم کی جانے والی دوائیوں کے لیے کوپیمنٹ کرتے ہیں۔
  - کسی بھی وقت جب آپ نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسیوں سے کورڈ دوائی خریدتے ہیں یا خاص حالات میں کورڈ دوا کی پوری قیمت ادا کرتے ہیں۔
- اگر آپ کو کسی کورڈ دوا کے لیے بل دیا جاتا ہے، تو آپ ہمارے پلان سے لاگت میں سے ہمارا حصہ ادا کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ ایسا کرنے کے طریقے کے بارے میں ہدایات کے لیے، باب 7، سیکشن 2 پر جائیں۔
- ہمیں ان ادائیگیوں کے بارے میں معلومات بھیجیں جو دوسرے آپ کے لیے کرتے ہیں۔ بعض دوسرے لوگوں اور تنظیموں کی طرف سے کی گئی ادائیگیاں بھی آپ کے جیب سے باہر ہونے والے اخراجات میں شمار ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر، ریاستی فارماسوٹیکل امدادی پروگرام، کسی AIDS ڈرگ اسسٹنس پروگرام (ADAP)، انڈین ہیلتھ سروس، اور خیراتی اداروں کی جانب سے کی گئی ادائیگیاں آپ کی اپنی جیب سے ادا کی جانے والی لاگتوں میں شمار ہوتی ہیں۔ ان ادائیگیوں کا ریکارڈ رکھیں اور ہمیں ارسال کریں تاکہ ہم آپ کے اخراجات کو ٹریک کر سکیں۔
- وہ تحریری رپورٹ چیک کریں جو ہم نے آپ کو بھیجی ہے۔ جب آپ کو پارٹ D کا EOB (وضاحت برائے فوائد) ملے، تو اسے بغور دیکھیں تاکہ یہ یقینی بنایا جاسکے کہ معلومات مکمل اور درست ہیں۔ اگر آپ کو لگتا ہے کہ کچھ معلومات دستیاب نہیں ہے یا آپ کو سوال کرنے ہیں، تو ممبر سروسز 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 TTY پر کال کریں)۔ منصوبے کے ممبرز EOBs تک آن لائن [Caremark.com](http://Caremark.com) پر رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔ ان رپورٹس کو یقینی طور پر سنبھال کر رکھیں۔

### سیکشن 4 کٹوتی کا مرحلہ

چونکہ ہمارے زیادہ تر اراکین کو ان کے نسخے کی دوائیوں کے اخراجات میں اضافی مدد ملتی ہے، اس لیے کٹوتی کا مرحلہ زیادہ تر اراکین پر لاگو نہیں ہوتا ہے۔ اگر آپ کو اضافی مدد ملتی ہے، تو ادائیگی کا یہ مرحلہ آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے۔

اگر آپ کو اضافی مدد نہیں ملتی ہے تو، کٹوتی کا مرحلہ آپ کی ادویات کی کوریج کے لیے ادائیگی کا پہلا مرحلہ ہے۔ یہ مرحلہ اس وقت شروع ہوتا ہے جب آپ سال میں اپنے پہلے نسخے کی دوا لیتے ہیں۔ جب آپ ادائیگی کے اس مرحلے میں ہوں، تو آپ کو اپنی ادویات کی پوری قیمت ادا کرنی ہوگی جب تک کہ آپ ہمارے پلان کی کٹوتی کی رقم تک نہیں پہنچ جاتے، جو کہ 2026 کے لیے \$615 ہے۔ کٹوتی کا اطلاق کورڈ انسولین کی مصنوعات اور زیادہ تر ایڈلٹ پارٹ D ویکسینز پر نہیں ہوتا، جن میں شنگلز، تشنج، اور سفری ویکسینز شامل ہیں۔ "آپ ٹیر 2 سے 5 کی ادویات پر \$615 کا سالانہ کٹوتی ادا کریں گے۔ جب تک آپ ہمارے پلان کی کٹوتی کی رقم تک نہیں پہنچ جاتے آپ کو \$615 کی مکمل لاگت 2-5 درجے کی ادویات پر ادا کرنی ہوگی۔ دیگر تمام ادویات کے لیے، آپ کو قابل کٹوتی کوئی رقم ادا کرنے کی ضرورت نہیں ہوگی۔ پوری قیمت عام طور پر دوائی کی عام پوری قیمت سے کم ہوتی ہے کیونکہ ہمارے پلان نے نیٹ ورک فارمیسیوں میں زیادہ تر دوائیوں کے لیے کم قیمت پر بات چیت کی ہے۔ "Medicare ڈرگ پرائس نیگوشی ایشن پروگرام کے تحت گفت و شنید شدہ قیمتوں والی ادویات کی کل لاگت، زیادہ سے زیادہ مناسب قیمت اور ڈسپنسنگ فیس سے زیادہ نہیں ہو سکتی۔

جیسے ہی آپ ٹیئر 2-5 کی ادویات پر \$615 ادا کر دیتے ہیں، آپ کٹوتی کے مرحلے سے نکل کر 'ابتدائی کوریج کے مرحلے' میں داخل ہو جاتے ہیں۔

## سیکشن 5 ابتدائی کوریج کا مرحلہ

### سیکشن 5.1 آپ کسی دوا کے لیے کتنی ادائیگی کرتے ہیں، یہ اس دوا اور آپ کے نسخے کی دوا لینے کی جگہ پر منحصر ہے۔

ابتدائی کوریج کے مرحلے کے دوران، ہمارا پلان آپ کی کوریج کی دوائیوں کی لاگت کا اپنا حصہ ادا کرتا ہے، اور آپ اپنا حصہ ادا کرتے ہیں (آپ کی کوپے یا کوانٹورنس کی رقم)۔ آپ کے لاگت کے اشتراک میں تبدیلی کا انحصار دوا پر اور اس امر پر ہو گا کہ آپ اپنا نسخہ کہاں سے بھرواتے ہیں۔

#### ہمارے پلان میں لاگت کے اشتراک کے چھ (6) درجے ہیں

ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں موجود ہر دوا لاگت کے اشتراک کے 6 درجوں میں سے کسی ایک میں شامل ہے۔ عام طور پر، لاگت کے اشتراک کے درجے کا نمبر جتنا زیادہ ہوگا، آپ کی دوائی کی قیمت اتنی ہی زیادہ ہوگی:

- درجہ 1 - ترجیحی جینیئرک دوا
- درجہ 2 - جینیئرک دوا
- درجہ 3 - ترجیحی برانڈ
- درجہ 4 - غیر ترجیحی دوا
- درجہ 5 - اسپیشلٹی والا درجہ
- درجہ 6 - دیکھ بھال کی منتخب ادویات

یہ معلوم کرنے کے لیے کہ آپ کی دوا لاگت کے اشتراک کے کس درجے میں ہے، اسے ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں دیکھیں۔

#### آپ کے فارمیسی کے انتخاب

آپ دوا کے لیے کتنی ادائیگی کرتے ہیں اس کا انحصار اس بات پر ہوتا ہے کہ آیا آپ دوا درج ذیل سے حاصل کرتے ہیں:

- کوئی نیٹ ورک ریٹیل فارمیسی
- وہ فارمیسی جو ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں شامل نہیں ہے۔ ہم کسی بیرون نیٹ ورک فارمیسی پر بھروائے گئے نسخہ جات کو صرف محدود صورتحالوں میں کوور کرتے ہیں۔ یہ جاننے کے لیے کہ ہم نیٹ ورک سے باہر کے فارمیسی سے لیے گئے نسخے کو کب کوور کریں گے، باب 5، سیکشن 2.5 پر جائیں۔
- ہمارے پلان کی میل آرڈر فارمیسی۔

فارمیسی کے ان انتخابوں اور اپنے نسخے کی دوا لینے کے بارے میں مزید معلومات کے لیے باب 5 اور ہمارے پلان کی فارمیسی ڈائریکٹری پر جائیں۔

### سیکشن 5.2 کورڈ دوائی کی ایک ماہ کی فراہمی کے لیے آپ کے اخراجات

ابتدائی کوریج کے مرحلے کے دوران، کسی کوور کردہ دوا کی لاگت کی مد میں آپ کا حصہ یا تو مشترکہ ادائیگی یا مشترکہ انشورنس ہو گی۔ بعض اوقات دوائی کی قیمت آپ کی کوپیمنٹ کی رقم سے کم ہوتی ہے۔ ان صورتوں میں، آپ کو پیمنٹ کے بجائے دوا کے لیے کم قیمت ادا کرتے ہیں۔

## کورڈ پارٹ D دوا کی ایک ماہ کی فراہمی کے لیے آپ کے اخراجات

نیٹ ورک سے باہر لاگت کا اشتراک (کورج مخصوص حالات تک محدود ہے؛ تفصیلات کے لیے باب 5 پر جائیں۔) (31 دن کی فراہمی تک)	طویل مدتی دیکھ بھال (LTC) لاگت کا اشتراک (31 دن کی فراہمی تک)	میل آرڈر لاگت کا اشتراک (31 دن کی فراہمی تک)	معیاری ریٹیل ان نیٹ ورک لاگت کا اشتراک (31 دن کی فراہمی تک)	درجہ
\$0 مشترکہ ادائیگی	\$0 مشترکہ ادائیگی	\$0 مشترکہ ادائیگی	\$0 مشترکہ ادائیگی	لاگت کا اشتراک درجہ 1 (ترجیحی جینیئرک دوا)
عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	لاگت کا اشتراک درجہ 2 (جینیئرک دوا)
عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	لاگت کا اشتراک درجہ 3 (ترجیحی برانڈ)
عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	لاگت کا اشتراک درجہ 4 (غیر ترجیحی دوا)
عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	لاگت کا اشتراک درجہ 5 (اسپیشلسٹی)
\$0 مشترکہ ادائیگی	\$0 مشترکہ ادائیگی	\$0 مشترکہ ادائیگی	\$0 مشترکہ ادائیگی	لاگت کا اشتراک درجہ 6 (منتخب کیئر ڈرگس)

پارٹ D ویکسین کے لیے لاگت کے اشتراک کے بارے میں مزید معلومات کے لیے سیکشن 8 پر جائیں۔

## سیکشن 5.3

اگر آپ کا ڈاکٹر ایک پورے مہینے کی بجائے کم مقدار کا نسخہ لکھتا ہے، تو ممکن ہے کہ آپ کو پورے مہینے کی لاگت ادا نہ کرنی پڑے۔

"عام طور پر، آپ کسی دوا کے لیے جو رقم ادا کرتے ہیں وہ پورے ایک مہینے کی مقدار کے لیے ہوتی ہے۔ بعض اوقات ایسا ہو سکتا ہے کہ آپ یا آپ کا ڈاکٹر کسی دوا کی ایک مہینے سے کم مقدار کا نسخہ لینا چاہیں (مثال کے طور پر، جب آپ پہلی بار کوئی دوا استعمال کر رہے ہوں)۔" اگر اس سے آپ کو ریفل کی تاریخوں کی بہتر منصوبہ بندی کرنے میں مدد ملتی ہے، تو آپ اپنے ڈاکٹر سے ایک پورے مہینے سے کم کی مقدار کا نسخہ لکھنے، اور اپنے فارماسسٹ سے اتنی ہی مقدار جاری کرنے کے لیے بھی کہہ سکتے ہیں۔

اگر آپ کو مخصوص ادویات کی پورے مہینے سے کم سپلائی ملتی ہے، تو آپ کو پورے مہینے کی سپلائی کے لیے ادائیگی نہیں کرنی پڑے گی۔

- اگر آپ کو انشورنس کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار ہیں، تو آپ کو دوا کی کل لاگت کا ایک فیصد ادا کرنا ہوگا۔ چونکہ مشترکہ انشورنس کا دارومدار دوا کی کل لاگت پر ہے، تو آپ کی لاگت کم ہوگی کیونکہ دوا کی کل لاگت کم ہوگی۔
- اگر آپ دوا کے کوپیمنٹ کے لیے ذمہ دار ہیں، تو آپ پورے مہینے کے بجائے صرف ان دنوں کی ادائیگی کرتے ہیں جو آپ کو دوائی ملتی ہے۔ ہم آپ کی دوا کے لیے فی دن آپ کی ادائیگی کی رقم (روزانہ لاگت میں حصہ داری کی شرح) کا حساب لگاتے ہیں اور اسے حاصل کی گئی دوا کے دنوں کی تعداد سے ضرب دیتے ہیں۔

## سیکشن 5.4

پارٹ D کی کورڈ دوا کی طویل مدتی (100 دن تک) فراہمی کے لیے آپ کے اخراجات

کچھ ادویات کے لیے، آپ طویل مدتی سپلائی (اسے توسیعی سپلائی بھی کہا جاتا ہے) حاصل کر سکتے ہیں۔ طویل مدتی فراہمی 100 دنوں تک کی فراہمی ہوتی ہے۔

پارٹ D کی کورڈ دوا کی طویل مدتی فراہمی کے لیے آپ کے اخراجات

ڈاک آرڈر کا لاگت کا اشتراک (100 دن تک کی فراہمی)	معیاری خوردہ لاگت کا اشتراک (ان نیٹ ورک) (100 دن کی فراہمی تک)	درجہ
\$0 مشترکہ ادائیگی	\$0 مشترکہ ادائیگی	لاگت کا اشتراک درجہ 1 (ترجیحی جینیئرک دوا)
عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	لاگت کا اشتراک درجہ 2 (جینیئرک دوا)
عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	لاگت کا اشتراک درجہ 3 (ترجیحی برانڈ)
عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	عام ادویات کے لیے \$0، \$1.60، یا \$5.10 کو پے (بشمول عام مانی جانے والی برانڈ کی ادویات) \$0، \$4.90، یا \$12.65 کو پے فی نسخہ دیگر تمام ادویات کے لیے	لاگت کا اشتراک درجہ 4 (غیر ترجیحی دوا)

ڈاک آرڈر کا لاگت کا اشتراک (100 دن تک کی فراہمی)	معیاری خوردہ لاگت کا اشتراک (ان نیٹ ورک) (100 دن کی فراہمی تک)	درجہ
درجہ پانچ (5) میں ادویات کے لیے طویل مدتی سپلائی دستیاب نہیں ہے۔	درجہ پانچ (5) میں ادویات کے لیے طویل مدتی سپلائی دستیاب نہیں ہے۔	لاگت کا اشتراک درجہ 5 (اسپیٹلٹی)
\$0 مشترکہ ادائیگی	\$0 مشترکہ ادائیگی	لاگت کا اشتراک درجہ 6 (منتخب کیئر ڈرگس)

### سیکشن 5.5 آپ ابتدائی کوریج کے مرحلے میں اس وقت تک رہیں گے جب تک کہ آپ کے سال کے لیے جیب سے ہونے والے اخراجات \$2,100 تک نہ پہنچ جائیں۔

آپ تب تک ابتدائی کوریج کے مرحلے میں رہتے ہیں جب تک کہ سال کے لیے آپ کی دوا کی کل قیمتیں \$2,100 تک نہیں پہنچ جاتیں۔ اس کے بعد آپ تباہ کن کوریج اسٹیج پر پہنچ جائیں گے۔

آپ کو ملنے والی پارٹ D کے EOB سے اس بات پر نظر رکھنے میں آپ کی مدد کرے گی کہ سال کے دوران آپ، ہمارا پلان، اور کسی بھی تیسرے فریق نے آپ کی جانب سے کتنی رقم خرچ کی ہے۔ تمام ممبران سال میں \$2,100 کی اپنی جیب سے ادا کی جانے والی لاگتوں کی حد تک نہیں پہنچیں گے۔

اگر آپ اس رقم تک پہنچ جاتے ہیں تو ہم آپ کو مطلع کریں گے۔ اس بارے میں مزید معلومات کے لیے سیکشن 1.3 پر جائیں کہ Medicare آپ کے جیب سے ہونے والے اخراجات کا حساب کیسے لگاتا ہے۔

### سیکشن 6 تباہ کن کوریج کا مرحلہ

تباہ کن کوریج کے مرحلے میں، آپ کو کورڈ پارٹ D دوائیوں کے لیے کچھ بھی نہیں دینا ہوتا۔ آپ اس وقت تباہ کن کوریج کے مرحلے میں داخل ہوتے ہیں جب آپ کی جیب سے ہونے والے اخراجات کی رقم کیلنڈر سال کے لیے \$2,100 کی حد تک پہنچ جاتی ہے۔ ایک بار جب آپ تباہ کن کوریج کے مرحلے میں پہنچ جاتے ہیں، آپ کیلنڈر سال کے اختتام تک ادائیگی کے اس مرحلے میں رہتے ہیں۔ ادائیگی کے اس مرحلے کے دوران، آپ اپنی حصہ D کی کوور کردہ ادویات کے لیے کوئی ادائیگی نہیں کرتے۔

### سیکشن 7 آپ کو پارٹ D ویکسین کے لیے کیا ادائیگی کرنی ہوتی ہے

ویکسین کی ادائیگی کے بارے میں اہم پیغام – کچھ ویکسینز کو طبی فوائد تصور کیا جاتا ہے اور وہ پارٹ B کے تحت شامل ہوتی ہیں۔ جبکہ دیگر ویکسین کو پارٹ D ادویات سمجھا جاتا ہے۔ "آپ ان ویکسین کو ہمارے پلان کی 'ادویات کی فہرست' میں درج دیکھ سکتے ہیں۔ ہمارا منصوبہ زیادہ تر بالغانہ حصہ D کی ویکسینز کو بلا معاوضہ آپ کے لیے کوور کرتا ہے۔ ہمارے پلان کی ڈرگ لسٹ پر جائیں یا مخصوص ویکسین کے بارے میں کوریج اور لاگت کے اشتراک کی تفصیلات کے لیے ممبر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کریں۔

پارٹ D ویکسین کی ہماری کوریج کے 2 حصے ہیں:

- پہلا حصہ خود ویکسین کی قیمت ہے۔
- دوسرا حصہ آپ کو ویکسین دینے کی لاگت کا ہے۔ (اسے بعض اوقات ویکسین کی فراہمی کہا جاتا ہے۔)

پارٹ D ویکسین کے لیے آپ کے اخراجات 3 چیزوں پر منحصر ہیں:

1. وہ ویکسین 'ایڈوانزری کمیٹی آن امیونائزیشن پریکٹسز' (ACIP) نامی تنظیم کی جانب سے بالغوں کے لیے تجویز کردہ ہے یا نہیں۔

◦ زیادہ تر بالغ پارٹ ڈی ویکسین ACIP کے ذریعہ تجویز کی جاتی ہیں اور آپ کو اس کے لیے کوئی قیمت ادا نہیں کرنی ہوتی۔

2. آپ ویکسین کہاں حاصل کرتے ہیں۔

◦ ویکسین از خود کسی فارمیسی کی جانب سے دی جا سکتی ہے یا ڈاکٹر کے آفس کی جانب سے فراہم کی جاتی ہے۔

3. کون آپ کو ویکسین دیتا ہے۔

◦ کوئی فارماسسٹ یا دیگر فراہم کنندہ فارمیسی میں ویکسین دے سکتا ہے۔ یا، فراہم کنندہ اسے ڈاکٹر کے دفتر میں دے سکتا ہے۔

پارٹ D ویکسین لگواتے وقت آپ جو رقم ادا کرتے ہیں، وہ حالات اور آپ کے دوا کی ادائیگی کے مرحلے پر منحصر ہو سکتی ہے۔

- جب آپ کو کوئی ویکسین مل جاتی ہے، تو آپ کو خود ویکسین کی پوری قیمت اور فراہم کنندہ کو آپ کو ویکسین دینے کی قیمت دونوں ادا کرنی پڑ سکتی ہے۔ آپ ہمارے منصوبے سے درخواست کر سکتے ہیں کہ آپ کو لاگت کی مد میں ہمارے حصے کی واپس ادائیگی کرے۔ زیادہ تر ایڈلٹ پارٹ D ویکسین کے لیے، اس کا مطلب ہے کہ آپ کو ادا کی گئی گُل لاگت واپس کر دی جائے گی۔
- دوسری بار، جب آپ کو ویکسین ملتی ہے، تو آپ اپنے حصہ D کے فائدے کے تحت لاگت کا صرف اپنا حصہ ادا کرتے ہیں۔ زیادہ تر ایڈلٹ (بالغ) پارٹ D ویکسین کے لیے، آپ کو کچھ بھی ادا نہیں کرنا ہوتا۔

ذیل میں ان طریقوں کی 3 مثالیں ہیں جن سے آپ پارٹ D ویکسین حاصل کر سکتے ہیں۔

صورت حال 1: آپ کو پارٹ ڈی ویکسین نیٹ ورک فارمیسی میں ملتی ہے۔ (آیا آپ کے پاس یہ انتخاب موجود ہے، یہ اس بات پر منحصر ہے کہ آپ کہاں رہتے ہیں۔ کچھ ریاستیں فارمیسیوں کو مخصوص ویکسین دینے کی اجازت نہیں دیتی ہیں۔)

• زیادہ تر ایڈلٹ (بالغ) پارٹ D ویکسین کے لیے، آپ کو کچھ بھی ادا نہیں کرنا ہوتا۔

• دیگر پارٹ D ویکسینز کے لیے، آپ فارمیسی کو ویکسین کی کوانٹورنس یا کو پے منٹ ادا کرتے ہیں، جس میں آپ کو ویکسین لگانے کی لاگت بھی شامل ہوتی ہے۔

• ہمارا منصوبہ باقی ماندہ لاگتوں کی ادائیگی کرے گا۔

صورت حال 2: آپ اپنے ڈاکٹر کے دفتر سے پارٹ D ویکسین حاصل کرتے ہیں۔

• جب آپ کو ویکسین مل جاتی ہے، تو آپ کو ویکسین کی پوری قیمت اور اسے فراہم کنندہ کے ذریعے آپ کو لگانے کی قیمت خود ادا کرنی پڑ سکتی ہے۔

• پھر آپ باب 7 میں بیان کردہ طریق ہائے کار بروئے کار لا کر ہمارے منصوبے سے درخواست کر سکتے ہیں کہ لاگت میں بننے والے ہمارے حصے کی ادائیگی کرے۔

• زیادہ تر بالغ پارٹ D ویکسین کے لیے، آپ کو وہ پوری رقم واپس کی جائے گی جو آپ نے ادا کی ہے۔ دیگر پارٹ D ویکسین کے لیے، آپ نے جو رقم ادا کی ہے وہ کچھ کٹوتی کے بعد واپس کر دی جائے گی۔ آپ نے جو رقم ادا کی ہوتی ہے اس میں سے کوانٹورنس یا کو پے منٹ کی رقم کے علاوہ ڈاکٹر کے چارجز اور ہماری معمول کی ادائیگی کی رقم کے درمیان اگر کوئی فرق ہوتا ہے تو اسے بھی گھٹا دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد جو رقم بچتی ہے وہ آپ کو واپس کی جاتی ہے۔ (اگر آپ کو اضافی مدد ملتی ہے، تو ہم اس فرق کے لیے آپ کو معاوضہ دیں گے)۔

صورت حال 3: آپ پارٹ D ویکسین خود نیٹ ورک فارمیسی سے خریدتے ہیں اور اسے اپنے ڈاکٹر کے دفتر لے جاتے ہیں جہاں وہ آپ کو ویکسین لگاتے ہیں۔

• زیادہ تر بالغ پارٹ D ویکسین کے لیے، آپ خود ویکسین کے لیے کچھ بھی ادا نہیں کرتے ہیں۔

• دوسری پارٹ ڈی ویکسین کے لیے، آپ فارمیسی کو اپنے کوانٹورنس یا کو پیمنٹ کے لیے ہی ادائیگی کرتے ہیں۔

• جب ڈاکٹر آپ کو ویکسین دیتا ہے، تو ممکن ہے کہ آپ کو اس سروس کی مد میں مکمل لاگت کی ادائیگی کرنی پڑ جائے۔

• اس کے بعد آپ باب 7 میں طریقہ کار کو استعمال کرتے ہوئے ہمارے پلان سے لاگت میں سے ہمارا حصہ ادا کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔

- زیادہ تر بالغ پارٹ D ویکسین کے لیے، آپ کو وہ پوری رقم واپس کی جائے گی جو آپ نے ادا کی ہے۔ دیگر پارٹ D ویکسین کے لیے، آپ نے جو رقم ادا کی ہے وہ کچھ کٹوتی کے بعد واپس کر دی جائیگی۔ آپ نے جو رقم ویکسین لگانے کے لیے ادا کی ہوتی ہے اس میں سے کوانشورنس یا کو پے منٹ کی رقم کے علاوہ ڈاکٹر کے چارجز اور ہماری معمول کی ادائیگی کی رقم کے درمیان اگر کوئی فرق ہوتا ہے تو اسے بھی گھٹا دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد جو رقم بچتی ہے وہ آپ کو واپس کی جاتی ہے۔ (اگر آپ کو اضافی مدد ملتی ہے، تو ہم آپ کو اس فرق کے لیے معاوضہ دیں گے۔)

## باب 7:

## ہم سے کورڈ طبی خدمات یا ادویات کے بل کے اپنے حصے کا بل ادا کرنے کے لیے کہنا

**سیکشن 1** وہ حالات جب آپ کو ہم سے کورڈ خدمات یا ادویات کے لیے اپنے حصے کی ادائیگی کے لیے کہنا چاہیے

ہمارے نیٹ ورک فراہم کنندگان آپ کی کورڈ خدمات اور ادویات کے لیے براہ راست ہمارے پلان کے حصے کا بل دیتے ہیں۔ اگر آپ کو طبی نگہداشت یا ادویات کی پوری قیمت کا بل ملتا ہے، تو یہ بل ہمیں بھیجیں تاکہ ہم اسے ادا کر سکیں۔ جب آپ ہمیں بل بھیجیں گے، ہم بل دیکھیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا خدمات اور ادویات کو کور کیا جانا چاہیے۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ ان کو کور کیا جانا چاہیے، تو ہم فراہم کنندہ کو براہ راست ادائیگی کریں گے۔

اگر آپ نے پہلے ہی Medicare سروس یا ہمارے پلان میں شامل آئٹم کے لیے ادائیگی کی ہے، تو آپ ہمارے پلان سے آپ کو واپس ادا کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں (آپ کو واپس ادا کرنے کو اکثر آپ کی واپسی کہا جاتا ہے)۔ یہ آپ کا حق ہے کہ جب بھی آپ نے طبی خدمات یا ادویات کی قیمت کے اپنے حصے سے زیادہ رقم ادا کی ہو جو ہمارے پلان کے تحت آتی ہیں تو ہمارے پلان کے ذریعے واپس کی جائے۔ ایسی ڈیڈ لائنز ہو سکتی ہیں جنہیں ادائیگی واپس حاصل کرنے کے لیے آپ کو لازمی طور پر پورا کرنا ہو گا۔ اس باب کے سیکشن 2 پر جائیں۔ جب آپ ہمیں ایسا بل بھیجتے ہیں جو آپ پہلے ہی ادا کر چکے ہیں، تو ہم بل دیکھیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا خدمات یا ادویات کو کور کیا جانا چاہیے۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ ان کو کور کیا جانا چاہیے، تو ہم آپ کو خدمات یا ادویات کے لیے ادائیگی کریں گے۔

ایسے وقت بھی ہو سکتے ہیں جب آپ کو فراہم کنندہ سے طبی دیکھ بھال کی پوری لاگت یا لاگت میں حصہ داری کے اپنے حصے سے زیادہ کا بل موصول ہوتا ہے۔ سب سے پہلے، فراہم کنندہ کے ساتھ بل کے مسئلے کو حل کرنے کی کوشش کریں۔ اگر یہ کام نہیں کرتا ہے، تو بل ادا کرنے کے بجائے ہمیں بھیجیں۔ ہم بل دیکھیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا خدمات کا کور کیا جانا چاہیے۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ ان کو کور کیا جانا چاہیے، تو ہم فراہم کنندہ کو براہ راست ادائیگی کریں گے۔ اگر ہم اسے ادا نہ کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہم فراہم کنندہ کو مطلع کریں گے۔ آپ کو کبھی بھی منصوبے کی جانب سے اجازت یافتہ لاگت کے اشتراک سے زیادہ ادائیگی نہیں کرنی چاہیے۔ اگر یہ فراہم کنندہ معاہدہ یافتہ ہے، تو آپ تب بھی علاج کا حق رکھتے ہیں۔

ان حالات کی مثالیں جن میں آپ کو ہمارے پلان سے اپنی رقم واپس کرنے یا آپ کو موصول ہونے والے بل کی ادائیگی کرنے کے لیے کہنا پڑ سکتا ہے:

1. جب آپ کو کسی ایسے فراہم کنندہ سے ہنگامی یا فوری طبی دیکھ بھال کی ضرورت ہو جو ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں نہیں ہے۔
  - آپ کسی بھی فراہم کنندہ سے ہنگامی یا فوری ضرورت کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں، چاہے وہ فراہم کنندہ ہمارے نیٹ ورک کا حصہ ہو یا نہ ہو۔ ان صورتوں میں، فراہم کنندہ سے ہمارے پلان کا بل مانگیں۔
  - اگر آپ نگہداشت کے وقت پوری رقم خود ادا کرتے ہیں، تو ہم سے اپنے حصے کی لاگت کے لیے آپ کو واپس ادا کرنے کے لیے کہیں۔ آپ کی جانب سے کی گئی کسی بھی ادائیگی کی دستاویزات کے ساتھ ہمیں بل بھیجیں۔
  - آپ کو فراہم کنندہ سے ایک بل موصول ہو سکتا ہے جس میں ادائیگی کا مطالبہ کیا جائے جو آپ کے خیال میں آپ پر واجب الادا نہیں ہے۔ آپ نے جو بھی ادائیگی کی ہے اس کی دستاویزات کے ساتھ ہمیں یہ بل بھیجیں۔
  - اگر فراہم کنندہ پر کچھ واجب الادا ہے، تو ہم فراہم کنندہ کو براہ راست ادائیگی کریں گے۔
  - اگر آپ نے پہلے ہی سروس کے لیے لاگت کے اپنے حصے سے زیادہ ادائیگی کر دی ہے، تو ہم اس بات کا تعین کریں گے کہ آپ پر کتنا واجب الادا ہے اور لاگت کے اپنے حصے کے لیے آپ کو واپس کر دیں گے۔
2. جب نیٹ ورک فراہم کنندہ آپ کو ایک بل بھیجتا ہے تو آپ کے خیال میں آپ کو ادائیگی نہیں کرنی چاہیے۔

نیٹ ورک فراہم کرنے والوں کو ہمیشہ ہمارے پلان کو براہ راست بل کرنا چاہیے۔ لیکن بعض اوقات وہ غلطیاں کرتے ہیں اور آپ سے اپنی خدمات کے لیے یا قیمت میں آپ کے حصے سے زیادہ ادائیگی کے لیے کہتے ہیں۔

**باب 7: ہم سے کورڈ طبی خدمات یا ادویات کے بل کے اپنے حصے کا بل ادا کرنے کے لیے کہنا**

- آپ کو اپنی لاگت کے اشتراک کی رقم صرف اس وقت ادا کرنی ہوگی جب آپ کورڈ خدمات حاصل کرتے ہیں۔ ہم فراہم کنندگان کو اضافی علیحدہ چارجز شامل کرنے کی اجازت نہیں دیتے، جسے بیلنس بلنگ کہتے ہیں۔ یہ تحفظ (جو آپ کبھی بھی اپنی لاگت کے اشتراک کی رقم سے زیادہ ادا نہیں کرتے ہیں) لاگو ہوتا ہے یہاں تک کہ اگر ہم فراہم کنندہ کو کسی سروس کے لیے فراہم کنندہ کے چارجز سے کم ادائیگی کرتے ہیں اور یہاں تک کہ اگر کوئی تنازعہ ہو اور ہم فراہم کنندہ کے مخصوص چارجز ادا نہ کریں۔ ہم فراہم کنندگان کو آپ کو کورڈ خدمات کے لیے بل دینے کی اجازت نہیں دیتے ہیں۔ ہم اپنے فراہم کنندگان کو براہ راست ادائیگی کرتے ہیں، اور ہم آپ کو کسی بھی چارجز سے محفوظ رکھتے ہیں۔ یہ سچ ہے یہاں تک کہ اگر ہم فراہم کنندہ کو کسی سروس کے لیے فراہم کنندہ کے چارجز سے کم ادائیگی کرتے ہیں۔ جب بھی آپ کو کسی نیٹ ورک فراہم کنندہ سے بل موصول ہوتا ہے جو آپ کے خیال میں آپ کو ادا کرنے سے زیادہ ہے، ہمیں بل بھیجیں۔ ہم فراہم کنندہ سے براہ راست رابطہ کریں گے اور بلنگ کا مسئلہ حل کریں گے۔
- اگر آپ پہلے ہی کسی نیٹ ورک فراہم کنندہ کو بل ادا کر چکے ہیں، لیکن محسوس کرتے ہیں کہ آپ نے بہت زیادہ ادائیگی کی ہے، تو ہمیں اپنی کسی بھی ادائیگی کی دستاویزات کے ساتھ بل بھیجیں۔ آپ کی کورڈ خدمات یا آپ نے جو رقم ادا کی ہے اور پلان کے تحت آپ کے لیے جو واجب الادا رقم ہے اسے کے درمیان کے فرق کی واپس ادائیگی کے لیے ہمیں کہیں۔

**3. اگر آپ کو سابقہ تاریخ سے ہمارے پلان میں شامل کیا جاتا ہے**

بعض اوقات، ہمارے پلان میں کسی شخص کی شمولیت سابقہ تاریخ سے ہوتی ہے۔ (اس کا مطلب ہے کہ ان کے اندراج کا پہلا دن پہلے ہی گزر چکا ہے۔ ہو سکتا ہے اندراج کی تاریخ گزشتہ سال وقوع پذیر ہو چکی ہو۔)

اگر آپ کو ہمارے پلان میں سابقہ تاریخ سے اندراج کیا تھا اور آپ نے اپنے اندراج کی تاریخ کے بعد اپنی کورڈ خدمات یا دوائیوں میں سے کسی کے لیے جیب سے ادائیگی کی تھی، تو آپ ہم سے اخراجات کے ہمارے حصے کی ادائیگی کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ "رقم کی واپسی کے عمل کو نمٹانے کے لیے، آپ کو رسیدوں اور بلوں جیسی دفتری کارروائی جمع کرانی ہوگی۔"

**4. جب آپ نسخے کی دوا نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی سے لیتے ہیں۔**

اگر آپ کسی بیرون نیٹ ورک فارمیسی پر جاتے ہیں، تو فارمیسی ہو سکتا ہے کہ ہمیں براہ راست دعویٰ جمع کروانے کے قابل نہ ہو۔ جب ایسا ہوتا ہے، تو آپ کو اپنے نسخے کی پوری قیمت ادا کرنی ہوگی۔

اپنی رسید کو محفوظ کریں اور جب آپ لاگتوں کی مد میں بننے والے ہمارے حصے کے لیے آپ کو واپس ادائیگی کرنے کی درخواست کریں تو ہمیں ایک کاپی بھیجیں۔ یاد رکھیں کہ ہم صرف محدود حالات میں بیرون نیٹ ورک فارمیسیز کو کور کرتے ہیں۔ ان حالات کے بارے میں مزید جاننے کے لیے باب 5، سیکشن 2.5 پر جائیں۔ ہو سکتا ہے کہ ہم آپ کو فرق کی وہ رقم نہ واپس کریں جو آپ نے نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی پر دوا کی قیمت ادا کی اور وہ رقم جو ہم نیٹ ورک میں شامل فارمیسی پر ادا کرتے۔

**5. جب آپ نسخے کی پوری قیمت ادا کرتے ہیں کیونکہ آپ کے پاس ہمارا پلان ممبرشپ کارڈ نہیں ہے۔**

اگر آپ کے پاس ہمارا پلان ممبرشپ کارڈ نہیں ہے، تو آپ فارمیسی سے ہمارے پلان پر کال کرنے یا ہمارے پلان کے اندراج کی معلومات تلاش کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ اگر فارمیسی اندراج کی وہ معلومات حاصل نہیں کر سکتی جس کی انہیں ضرورت ہے، تو آپ کو نسخے کی پوری قیمت خود ادا کرنی پڑ سکتی ہے۔

اپنی رسید کو محفوظ کریں اور جب آپ لاگتوں کی مد میں بننے والے ہمارے حصے کے لیے آپ کو واپس ادائیگی کرنے کی درخواست کریں تو ہمیں ایک کاپی بھیجیں۔ ممکن ہے کہ ہم آپ کو اس صورت آپ کی جانب سے ادا کی جانے والی مکمل لاگت کی واپس ادائیگی نہ کر سکیں کہ اگر آپ کی جانب سے ادا کی جانے والی نقد قیمت نسخے کی مد میں ہماری طے کردہ قیمت سے زیادہ ہو۔

**6. جب آپ دیگر حالات میں نسخے پر ادویات کے لیے مکمل قیمت ادا کرتے ہیں**

آپ نسخے کی پوری قیمت ادا کر سکتے ہیں کیونکہ آپ کو معلوم ہوتا ہے کہ کسی وجہ سے دوا کو کور نہیں کیا گیا ہے۔

- مثال کے طور پر، ہو سکتا ہے کہ دوا ہمارے پلان کی دوا کی فہرست میں شامل نہ ہو یا اس کی کوئی ضرورت یا پابندی ہو جس کے بارے میں آپ نہیں جانتے تھے یا آپ کو نہیں لگتا کہ آپ پر لاگو ہونا چاہیے۔ اگر آپ دوا کو فوراً حاصل کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو آپ کو اس کے لیے مکمل قیمت ادا کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
- ہم سے ادائیگی واپس کرنے کی درخواست کرنے کے لیے اپنی رسید کو محفوظ کریں اور ہمیں ایک کاپی بھیجیں۔ کچھ حالات میں، ہمیں آپ کے ڈاکٹر سے مزید معلومات حاصل کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے تاکہ آپ کو دوا کی قیمت میں سے اپنے حصے کی ادائیگی کی جاسکے۔ ممکن ہے کہ ہم آپ کو اس صورت آپ کی جانب سے ادا کی جانے والی مکمل لاگت کی واپس ادائیگی نہ کر سکیں کہ اگر آپ کی جانب سے ادا کی جانے والی نقد قیمت نسخے کی مد میں ہماری طے کردہ قیمت سے زیادہ ہو۔

## باب 7: ہم سے کورڈ طبی خدمات یا ادویات کے بل کے اپنے حصے کا بل ادا کرنے کے لیے کہنا

جب آپ ہمیں ادائیگی کی درخواست بھیجتے ہیں، تو ہم آپ کی درخواست کا جائزہ لیں گے اور فیصلہ کریں گے کہ آیا خدمت یا دوا کا احاطہ کیا جانا چاہیے۔ اسے کوریج کا فیصلہ کرنا کہتے ہیں۔ اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ اس کو کور کیا جانا چاہیے، تو ہم خدمت یا دوا کی لاگت کے اپنے حصے کی ادائیگی کریں گے۔ اگر ہم ادائیگی کے لیے آپ کی درخواست کو رد کر دیتے ہیں، تو آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔ باب 9 میں اپیل کرنے کے طریقے کے بارے میں معلومات ہیں۔

## سیکشن 2 ہم سے آپ کو واپس ادا کرنے یا بل کی ادائیگی کے لیے کیسے کہیں

آپ ہمیں تحریری طور پر ایک درخواست بھیج کر آپ کو واپس کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ اگر آپ تحریری طور پر درخواست بھیجتے ہیں، تو اپنا بل بھیجیں اور کسی بھی ادائیگی کی دستاویز بھیجیں۔ اپنے ریکارڈز کے لیے اپنے بل اور رسیدوں کی کاپی بنانا ایک اچھا خیال ہے۔ آپ کو سروس اور/یا انٹم ملنے کی تاریخ کے ایک (1) کیلنڈر سال کے اندر، یا آپ کو دوا ملنے کی تاریخ کے 36 ماہ کے اندر اپنا دعویٰ پیش کرنا چاہیے۔

اس بات کو یقینی بنانے کے لیے کہ آپ ہمیں وہ تمام معلومات دے رہے ہیں جو ہمیں فیصلہ کرنے کے لیے درکار ہے، آپ ادائیگی کے لیے اپنی درخواست کرنے کے لیے ہمارا کلیم فارم (دعویٰ فارم) پُر کر سکتے ہیں۔

- آپ کو فارم استعمال کرنے کی ضرورت نہیں ہے، لیکن یہ معلومات پر تیزی سے کارروائی کرنے میں ہماری مدد کرے گا۔
- ہماری ویب سائٹ (SWHNY.com) سے فارم کی ایک کاپی ڈاؤن لوڈ کریں یا ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) اور فارم طلب کریں۔

ہمیں بذریعہ ڈاک اس پتے پر اپنی ادائیگی کی درخواست کسی بھی بلوں یا ادا کردہ رسیدوں کے ساتھ اکٹھے بھیجیں:

## طبی خدمات کی باز ادائیگیاں:

Senior Whole Health of New York  
Attn: Medicare Member Services  
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802  
یا 6186-507-310 (310) پر فیکس کریں۔

## نسخہ جاتی دوا کی باز ادائیگیاں:

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

## سیکشن 3 ہم آپ کی ادائیگی کی درخواست پر غور کریں گے اور ہاں یا نہیں میں جواب دیں گے

جب ہمیں آپ کی ادائیگی کی درخواست موصول ہوگی، تو ہم آپ کو بتائیں گے کہ کیا ہمیں آپ سے کوئی اضافی معلومات درکار ہے۔ بصورت دیگر، ہم آپ کی درخواست پر غور کریں گے اور کوریج کا فیصلہ کریں گے۔

- اگر ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ طبی نگہداشت یا دوا کو کور کیا گیا ہے اور آپ نے تمام اصولوں پر عمل کیا ہے، تو ہم خدمت یا دوا کی لاگت کے اپنے حصے کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ پہلے ہی خدمت یا دوا کے لیے ادائیگی کر چکے ہیں، تو ہم آپ کو لاگت کے اپنے حصے کی رقم واپس بھیجیں گے۔ اگر آپ نے کسی دوا کی پوری قیمت ادا کر دی ہے، تو ہو سکتا ہے کہ آپ کو ادا کی گئی پوری رقم کی واپسی نہ کی جائے (مثال کے طور پر، اگر آپ کو نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی میں دوا ملی ہے یا اگر آپ نے کسی دوا کے لیے جو نقد قیمت ادا کی ہے وہ ہماری طے شدہ قیمت سے زیادہ ہے)۔ اگر آپ نے ابھی تک سروس یا دوا کے لیے ادائیگی نہیں کی ہے، تو ہم ادائیگی براہ راست فراہم کنندہ کو بھیجیں گے۔
- اگر ہم فیصلہ کریں گے کہ طبی نگہداشت یا دوا کو کور نہیں کیا گیا ہے، یا آپ نے تمام اصولوں پر عمل نہیں کیا ہے، تو ہم دیکھ بھال یا دوا کی لاگت میں سے اپنے حصے کی ادائیگی نہیں کریں گے۔ ہم آپ کو ایک خط بھیجیں گے جس میں یہ بتایا جائے گا کہ ہم ادائیگی کیوں نہیں کر رہے ہیں اور اس فیصلے کے خلاف اپیل کرنے کے آپ کے کیا حقوق ہیں۔

### سیکشن 3.1 اگر ہم آپ کو بتاتے ہیں کہ ہم طبی نگہداشت یا ادویات کے تمام یا کچھ حصے کے لیے ادائیگی نہیں کریں گے، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں

اگر آپ کو لگتا ہے کہ ہم نے آپ کی ادائیگی کی درخواست یا جو رقم ہم ادا کر رہے ہیں اسے مسترد کرنے میں غلطی کی ہے، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ ہم سے اس فیصلے کو تبدیل کرنے کے لیے کہہ رہے ہیں جب ہم نے آپ کی ادائیگی کی درخواست مسترد کر دی تھی۔ اپیل کا عمل مفصل طریقہ ہائے کار اور اہم ڈیڈ لائنز کے ساتھ ایک رسمی عمل ہے۔ یہ اپیل کیسے کی جائے اس بارے میں تفصیلات کے لیے باب 9 پر جائیں۔

## باب 8:

## آپ کے حقوق اور ذمہ داریاں

## سیکشن 1.1 یہ لازمی ہے کہ ہمارے پلان میں آپ کے حقوق اور ثقافتی تقاضوں کا لحاظ رکھا جائے

## سیکشن 1.1.1 یہ لازمی ہے کہ ہم آپ کو ایسی معلومات فراہم کریں جو آپ کے لیے کام کی ہو اور آپ کی ثقافتی حساسیت کے مطابق ہو (انگریزی، بریل، بڑے پرنٹ، یا دیگر متبادل فارمیٹس وغیرہ کے علاوہ دیگر زبانوں میں)

ہمارے پلان کے لیے یہ لازمی ہے کہ وہ اس بات کو یقینی بنائے کہ تمام خدمات، خواہ وہ طبی (کلینیکل) ہوں یا غیر طبی (نان-کلینیکل)، ثقافتی طور پر باصلاحیت انداز میں فراہم کی جائیں اور تمام اندراج شدہ افراد کے لیے قابل رسائی ہوں۔ اس میں وہ لوگ شامل ہیں جن کی انگریزی پر محدود مہارت ہے، پڑھنے کی صلاحیت محدود ہے، سماعت کی کمی ہے، یا جو متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر رکھتے ہیں۔ ہمارا پلان ان رسائی کے تقاضوں کو کیسے پورا کر سکتا ہے، اس کی مثالوں میں ترجمے کی خدمات، ترجمانی خدمات، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا ٹی ٹی وائی (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہے، مگر یہ ان تک محدود نہیں 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۔ اگر آپ کو ضرورت ہو تو ہم آپ کو بریل، بڑے پرنٹ، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے مواد بھی دے سکتے ہیں۔ ہم سے آپ کو اپنے پلان کے فوائد کے بارے میں معلومات ایک ایسے فارمیٹ میں دینے کی ضرورت ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور مناسب ہو۔ ہم سے اس طرح معلومات حاصل کرنے کے لیے جو آپ کے لیے کارآمد ہو، ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)

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

اگر کسی اسپیشلسٹی (خصوصی علاج) کے لیے ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ ہمارے پلان کی ذمہ داری ہے کہ نیٹ ورک سے باہر خصوصی فراہم کنندگان کو تلاش کریں جو آپ کو ضروری دیکھ بھال فراہم کریں گے۔ اس صورت میں، آپ صرف ان نیٹ ورک لاگت کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ اپنے آپ کو ایسی صورت حال میں پاتے ہیں جہاں ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں کوئی ماہر موجود نہیں ہے جو آپ کی ضرورت کی خدمت کا احاطہ کرتا ہے، تو نیٹ ورک میں شامل فراہم کنندگان کی لاگت کے اشتراک پر اس سروس کو حاصل کرنے کے لیے کہا جاتا ہے اس بارے میں معلومات کے لیے ہمارے پلان پر کال کریں۔

اگر آپ کو ہمارے پلان سے، قابل رسائی اور آپ کے لیے مناسب فارمیٹ میں، معلومات حاصل کرنے میں، خواتین کی صحت کے ماہر سے ملنے میں، یا نیٹ ورک کا کوئی ماہر تلاش کرنے میں کوئی مشکل پیش آتی ہے، تو ممبر سروسز کے پاس شکایت درج کرانے کے لیے اس نمبر پر کال کریں: 671-0440 (833)، پیر تا جمعہ، صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، مقامی وقت کے مطابق۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ آپ (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) پر کال کر کے Medicare کو یا 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 پر کال کر کے براہ راست دفتر برائے شہری حقوق کو شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

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

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

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

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

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

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

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

### 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

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

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتيسقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتيسق 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 بتيسق 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.

**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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

אייער פֿלאַך איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וּלְז, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט ליענען סקילז, געהער ומפֿאַסיק, אַ דער יענע מיט פאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפילן פון ווי אַ פֿלאַך 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 אַ דער TTY (טעקסט טעלעפאן) אַ דער טעלעטייפֿ־רייטער טעלעפאן) פֿאַרבינדונג.

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

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

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

אויב איר האָט קיין קאַנפּליקט צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאָוויאַטור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק־פֿרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פֿאַרלייגן אַ קלאָג 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

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

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

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

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

**বাভাগ 1.1** আমাদেৰে অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি বিষয়ীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহ্মিলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরিসিৰো, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদেৰে ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্রবণশক্তির অক্ষমতা রয়েছে বা যাদেৰে বচৈত্ৰিয়ময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রক্ৰেপাট রয়েছে তাৰা সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদেৰে জন্য অ্যাক্সসেসযোগ্য, আপনাৰ প্ল্যানটিকে তা নশ্চিত করতে হবে। কোনে প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সসেসযোগ্যতাৰ প্রয়োগজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তাৰ উদাহরণগুলি মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরিসিৰো, দোভাষী পরিসিৰো, টেলোটিইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোনে বা টেলোটিইপ্রাইটার ফোনে) সংযোগেৰে বধানেৰে মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদেৰে প্ল্যানে, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদেৰে প্রশ্নেৰে উত্তর দেওয়ার জন্য বনামূল্যে দোভাষী পরিসিৰো রয়েছে। আপনাৰ প্রয়োগজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহ্মিলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে কোনে খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পাৰা। আমাদেৰে আপনাকে প্ল্যানেৰে সুবধিাগুলি সম্পর্কে এমন একটা ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনাৰ জন্য অ্যাক্সসেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনাৰ জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদেৰে থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিসিৰোদিতে কল করুন।

আমাদেৰে প্ল্যানটিৰ মহিলা তালিকাভুক্তদেৰে, মহিলাদেৰে রুটনি ও প্রতৰিোধমূলক স্বাস্থ্যসেবো পরিসিৰোগুলেৰেৰে জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বশিযেঞ্জেৰে সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োগজন।



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

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

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

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

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

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

**1.1 Σεικشن 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

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

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

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

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

## سیکشن 1.2 یہ لازمی ہوگا کہ ہم یہ یقینی بنائیں کہ آپ کو کورڈ خدمات اور ادویات تک بروقت رسائی حاصل ہو

آپ کو ہمارے پلان کے نیٹ ورک میں بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (PCP) کا انتخاب کرنے کا حق حاصل ہے تاکہ وہ آپ کو کورڈ خدمات فراہم کریں اور ان کا بندوبست کریں۔ آپ کو خواتین کی ماہر صحت (جیسا کہ گائناکالوجسٹ) کے پاس حوالے کے بغیر جانے کا بھی حق حاصل ہے۔

آپ کو ہمارے پلان کے فراہم کنندگان کے نیٹ ورک سے مناسب وقت کے اندر اپوائنٹمنٹ اور کورڈ خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اس میں آپ کو نگہداشت کی ضرورت پیش آنے پر ماہرین کی جانب سے وقت پر سروسز حاصل کرنے کا حق شامل ہے۔ آپ کو ہمارے نیٹ ورک کی کسی بھی فارمیسیز سے بغیر کسی تاخیر کے اپنے نسخے پر ادویات حاصل کرنے یا دوبارہ حاصل کرنے کا حق بھی حاصل ہے۔

اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کو اپنی طبی دیکھ بھال یا پارٹ D کی دوائیں ایک معقول وقت کے اندر نہیں مل رہی ہیں، تو باب 9 میں دیکھیں کہ آپ کیا کر سکتے ہیں۔

## سیکشن 1.3 یہ لازمی ہے کہ ہم آپ کی ذاتی صحت کی معلومات کی رازداری کی حفاظت کریں

وفاقی اور ریاستی قوانین آپ کے طبی ریکارڈز اور ذاتی صحت کی معلومات کی رازداری کی حفاظت کرتے ہیں۔ ہم آپ کی ذاتی صحت کی معلومات کی حفاظت کرتے ہیں جیسا کہ ان قوانین کے مطابق درکار ہے۔

- آپ کی ذاتی صحت کی معلومات میں آپ کے اس منصوبے میں اندراج کے وقت ہمیں فراہم کردہ ذاتی معلومات، نیز آپ کے طبی ریکارڈز اور دیگر طبی اور صحت کی معلومات شامل ہیں۔
- آپ کو اپنی معلومات اور آپ کی صحت کی معلومات کو کیسے استعمال کیا جاتا ہے اس کو کنٹرول کرنے سے متعلق حقوق حاصل ہیں۔ ہم آپ کو ایک تحریری نوٹس دیتے ہیں، جسے رازداری کی پریکٹس کا نوٹس کہتے ہیں، جو ان حقوق کے بارے میں بتاتا اور وضاحت کرتا ہے کہ ہم آپ کی صحت کی معلومات کی رازداری کی حفاظت کیسے کرتے ہیں۔

### ہم آپ کی صحت کی معلومات کی رازداری کی حفاظت کیسے کرتے ہیں؟

- ہم یقینی بناتے ہیں کہ غیر مجاز لوگ آپ کے ریکارڈز کو نہ دیکھیں نہ تبدیل کریں۔
- ذیل میں بیان کردہ حالات کے علاوہ، اگر ہم کسی ایسے شخص کو آپ کی صحت کی معلومات دینا چاہتے ہیں جو آپ کی دیکھ بھال فراہم نہیں کر رہا ہے یا آپ کی دیکھ بھال کے لیے ادائیگی نہیں کر رہا ہے، تو ہمیں آپ سے یا کسی ایسے شخص سے تحریری اجازت لینے کی ضرورت ہے جسے آپ نے پہلے آپ کے لیے فیصلے کرنے کا قانونی اختیار دیا ہے۔
- کچھ مستثنیات ہیں جن کے لیے ہمیں پہلے آپ کی تحریری اجازت لینے کی ضرورت نہیں ہے۔ یہ استثنیات بذریعہ قانون اجازت یافتہ یا درکار ہوتے ہیں۔

- ہمارے لیے آپ کی صحت کی معلومات ان حکومتی ایجنسیز کو فراہم کرنا ضروری ہیں جو دیکھ بھال کے معیار کا معائنہ کرتی ہیں۔
- چونکہ آپ Medicare کے ذریعے ہمارے پلان کے ممبر ہیں، اس لیے ہمیں Medicare کو آپ کی صحت کی معلومات بشمول آپ کے پارٹ D کے نسخے کی ادویات کے بارے میں معلومات فراہم کرنے کی ضرورت ہے۔ اگر Medicare تحقیق یا دیگر استعمال کے لیے آپ کی معلومات جاری کرتا ہے، تو یہ وفاقی قوانین اور ضوابط کے مطابق کیا جائے گا۔ عام طور پر، اس کے لیے وہ معلومات درکار ہوتی ہے جو منفرد طور پر آپ کی شناخت کرتی ہو جس کا اشتراک نہ کیا جائے۔

آپ اپنے ریکارڈ میں معلومات دیکھ سکتے ہیں اور جان سکتے ہیں کہ دوسروں کے ساتھ اس کا اشتراک کیسے کیا گیا ہے۔

آپ کو ہمارے پلان میں رکھے گئے اپنے طبی ریکارڈ کو دیکھنے اور اپنے ریکارڈ کی ایک کاپی حاصل کرنے کا حق ہے۔ ہمیں کاپیاں بنانے کے لیے آپ سے فیس لینے کی اجازت ہے۔ آپ کے پاس اپنے طبی ریکارڈز میں اضافے اور درستگیاں کرنے کے لیے ہم سے درخواست کرنے کا بھی حق ہے۔ اگر آپ ہم سے ایسا کرنے کو کہیں گے، تو ہم آپ کی صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کے ساتھ مل کر یہ فیصلہ کریں گے کہ آیا تبدیلیاں کی جانی چاہئیں۔

آپ کو یہ جاننے کا حق ہے کہ آپ کی صحت کی معلومات کسی بھی ایسے مقاصد کے لیے دوسروں کے ساتھ کس طرح شیئر کی گئی ہیں جو معمول کے مطابق نہیں ہیں۔

اگر آپ کو اپنی ذاتی صحت کی معلومات کی رازداری کے بارے میں سوالات یا خدشات ہیں تو ممبر سروسز کو کال کریں۔

### نوٹس برائے رازداری کے معمولات

یہ نوٹس وضاحت کرتا ہے کہ آپ کے متعلق طبی معلومات کیسے استعمال اور منکشف کی جا سکتی ہیں اور آپ ان معلومات تک رسائی کیسے حاصل کر سکتے ہیں۔ براہ کرم دھیان سے اس پر نظر ثانی کریں۔

یہ نوٹس Molina Healthcare کے منسلک صحت کے منصوبوں کے رازداری کے طریقوں کی وضاحت کرتا ہے (جس کا یہاں "Molina"، "ہم" یا "ہمارا" کہا جاتا ہے)۔ ہم Molina کے ممبر کے طور پر آپ کے صحت کے فوائد فراہم کرنے کے لیے آپ کے بارے میں محفوظ صحت کی معلومات ("PHI") کا استعمال اور اشتراک کرتے ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو علاج، ادائیگی اور صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز انجام دینے کے لیے استعمال اور شیئر کرتے ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو قانون کی اجازت اور تقاضے کے مطابق دوسری وجوہات کے لیے بھی استعمال اور شیئر کرتے ہیں۔ یہ ہماری ذمہ داری ہے کہ آپ کی صحت کی معلومات کو نجی رکھا جائے اور اس نوٹس کی شرائط پر عمل کیا جائے۔ اس نوٹس کے نفاذ کی تاریخ 1 جنوری 2026 ہے۔

**PHI** وہ صحت سے متعلق معلومات ہے جس میں آپ کا نام، ممبر نمبر یا دیگر شناخت کنندگان شامل ہوں، اور جو ہمارے ذریعہ استعمال یا شیئر کی جاتی ہے۔ PHI میں مادے کے استعمال سے وابستہ عارضوں کے بارے میں صحت کی معلومات اور بائیو میٹرک معلومات (جیسے وائس پرنٹ) شامل ہیں۔

### ہم کیوں آپ کی PHI کو استعمال یا شیئر کرتے ہیں؟

ہم آپ کو نگہداشت صحت کے فوائد فراہم کرنے کے لیے آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کرتے ہیں۔ آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک علاج، ادائیگی، اور صحت کی دیکھ بھال کے آپریشن کے لیے بھی کیا جاتا ہے۔

### علاج کے لیے

ہم آپ کو طبی دیکھ بھال فراہم کرنے یا اس کا انتظام کرنے کے لیے آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کر سکتے ہیں۔ اس علاج میں آپ کے ڈاکٹرز یا دیگر صحت کی دیکھ بھال کرنے والوں کے درمیان حوالہ جات بھی شامل ہوتے ہیں۔ مثلاً، ہم آپ کی صحت کی کیفیت کے بارے میں معلومات کا اشتراک ایک ماہر کے ساتھ کر سکتے ہیں۔ یہ چیز ماہر خصوصی کو آپ کے ڈاکٹر کے ساتھ آپ کے علاج کے بارے میں گفتگو کرنے میں مدد دیتی ہے۔

### ادائیگی کے لیے

ہم ادائیگی کے فیصلے کرنے کے لیے PHI کو استعمال یا شیئر کر سکتے ہیں۔ اس میں دعوے، علاج کے لیے منظوریوں، اور طبی ضرورت کے بارے میں فیصلے شامل ہو سکتے ہیں۔ آپ کا نام، آپ کی کیفیت، آپ کا علاج، اور فراہم کی جانے والی سپلائیز بل پر تحریر کی جا سکتی ہیں۔ مثلاً، ہم ڈاکٹر کو آگاہ کر سکتے ہیں کہ آپ کو ہماری جانب سے وظائف حاصل ہیں۔ ہم ڈاکٹر کو بل کی اس رقم کے بارے میں بھی بتائیں گے جو ہم ادا کریں گے۔

### صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز کے لیے

ہم اپنے ہیلتھ پلان (پلانز) کو چلانے کے لیے آپ کے بارے میں PHI کا استعمال یا اشتراک کر سکتے ہیں۔ مثلاً، ہم آپ کو صحت کے اس پروگرام کے بارے میں آگاہ کرنے کے لیے آپ کے دعوے سے معلومات کا استعمال کر سکتے ہیں جو آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ ہم آپ کی PHI کو آپ کے خدشات کو حل کرنے کے لیے بھی استعمال یا ان کا اشتراک کر سکتے ہیں۔ آپ کی PHI کو یہ دیکھنے کے لیے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے کہ دعوؤں پر درستگی سے ادائیگی کی گئی ہے۔

**صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز میں روزمرہ کی بہت سی کاروباری ضروریات شامل ہیں۔ اس میں پلاٹھید درج ذیل شامل ہیں:**

- معیار بہتر بنانا؛
- صحت کے پروگرامز میں مخصوص کیفیات (جیسے کہ ذمہ) کے حامل ممبرز کی مدد کے لیے اقدامات؛
- طبی جائزوں کا انتظام یا انعقاد کرنا؛
- قانونی سروسز، جس میں فراڈ اور بدسلوکی کا سراغ لگانے اور استغاثہ کے پروگرامز شامل ہیں؛
- قوانین کی اطاعت میں ہماری مدد کے لیے اقدامات؛
- ممبر کی ضروریات پوری کرنا، بشمول شکایات اور اعتراضات کا ازالہ کرنا۔

ہم آپ کی PHI ان دوسری کمپنیوں ("کاروباری معاونین") کے ساتھ شیئر کریں گے جو آپ کے ہیلتھ پلان (پلانز) کے لیے مختلف قسم کی سرگرمیاں انجام دیتی ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو آپ کی اپائنٹمنٹس کے بارے میں یاد دہانی کے لیے بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو دوسرے علاج (معالجوں)، یا صحت سے متعلق دیگر فوائد اور خدمات کے بارے میں آپ کو معلومات فراہم کرنے کے لیے بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

**ہم کب آپ کی PHI کو آپ کی تحریری اجازت (منظوری) کے بغیر استعمال یا ان کا اشتراک کر سکتے ہیں؟**

علاج، ادائیگی اور صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز کے علاوہ، قانون **Molina** کو کئی دیگر مقاصد کے لیے آپ کی PHI کو استعمال کرنے اور ان کا اشتراک کرنے کی اجازت دیتا ہے، بشمول درج ذیل:

### قانون کی جانب سے تقاضا کردہ

ہم قانون کے تقاضے کے مطابق آپ کے بارے میں معلومات کا استعمال یا اشتراک کریں گے۔ ہم Department of Health and Human Services (HHS) کے سیکرٹری کی جانب سے تقاضا کرنے پر آپ کی PHI کا اشتراک کریں گے۔ یہ عدالتی کیس، دیگر قانونی جائزے، یا نفاذ قانون کے مقاصد کے لیے درکار ہونے پر ہو سکتا ہے۔

### صحت عامہ

آپ کی PHI کا صحت عامہ کی سرگرمیوں کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ اس میں بیماری سے بچاؤ یا اس پر کنٹرول کے لیے صحت عامہ کی ایجنسیز کی مدد کرنا شامل ہو سکتا ہے۔

### نگہداشت صحت کی کوتاہی

آپ کی PHI کا حکومتی ایجنسیز کے ساتھ استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ انہیں آڈٹس کے لیے آپ کی PHI کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

### تحقیق

آپ کی PHI کا مخصوص کیسز میں تحقیق کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے، جیسے کہ جب ایک رازداری یا ادارہ جاتی جائزہ بورڈ کی جانب سے منظور شدہ ہو۔

### قانونی یا انتظامی کارروائیاں

آپ کی PHI کا قانونی کارروائیوں، جیسے کہ عدالتی حکم نامے کے جواب میں استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

### نفاذ قانون

آپ کی PHI کا پولیس کے ساتھ نفاذ قانون کے مقاصد جیسے کہ کسی مشتبہ فرد، گواہ یا گمشدہ فرد کو تلاش کرنے میں مدد کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

**صحت اور حفاظت**

کسی فرد یا عوام کی صحت یا تحفظ کو لاحق سنگین اور فوری خطرے سے بچاؤ کے لیے آپ کی PHI کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔

**حکومتی عمل کاریاں**

آپ کی PHI کا خصوصی عمل کاریوں کے لیے حکومت کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ صدر کی حفاظت کرنا ایک مثال ہو سکتی ہے۔

**بدسلوکی، غفلت یا گھریلو تشدد کے متاثرین**

آپ کی PHI کا قانونی حکام کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے اگر ہمیں یقین ہو کہ کوئی شخص تشدد یا غفلت سے متاثرہ ہے۔

**کارکنان کا معاوضہ**

آپ کی PHI کا کارکن کے معاوضے کے قوانین پر عمل درآمد کرنے کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

**دیگر انکشافات**

آپ کی PHI کا فیونرل ڈائریکٹرز یا کورونرز کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے تاکہ اپنا کام کرنے میں ان کی مدد کی جا سکے۔

**استعمال اور انکشاف پر اضافی پابندیاں۔**

کچھ وفاقی اور ریاستی قوانین کو خصوصی رازداری کے تحفظات مطلوب ہو سکتے ہیں جو مخصوص قسم کی صحت کی معلومات کے استعمال اور انکشاف کو محدود کرتے ہیں۔ اس طرح کے قوانین مندرجہ ذیل قسم کی معلومات کی حفاظت کر سکتے ہیں: الکحل اور مادے کے استعمال سے وابستہ عارضے، بائیومیٹرک معلومات، بچے یا بالغ کے ساتھ بدسلوکی یا غفلت بشمول جنسی حملہ، متعدی امراض، جینیاتی معلومات، HIV/AIDS، ذہنی صحت، نابالغوں کی معلومات، نسخے، تولیدی صحت، اور جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریاں۔ ہم وہاں زیادہ سخت قانون کی پیروی کریں گے، جہاں یہ ہم پر لاگو ہوتا ہو۔

مادے کے استعمال سے وابستہ عارضے (SUD) کی معلومات۔ اگرچہ ہم وفاقی قانون کے تحت مادے کے استعمال سے وابستہ عارضے کے علاج کا پروگرام ("SUD پروگرام") نہیں ہیں، لیکن ہم آپ کے بارے میں SUD پروگرام سے معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کے خلاف سول، مجرمانہ، انتظامی، یا قانون سازی کی کارروائیوں میں استعمال کے لیے SUD کی معلومات ظاہر نہیں کر سکتے ماسوائے کہ (i) ہمارے پاس آپ کی تحریری رضامندی ہو، یا (ii) عدالتی حکم ہو جس کے ساتھ ایک سمن یا دیگر قانونی تقاضے کا پابند کرنے والا انکشاف ہو جو ہمیں اور آپ کو نوٹس دیے جانے اور سماعت کا موقع ملنے کے بعد جاری کیا گیا ہو۔

**ہمیں کب آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کرنے کے لیے آپ سے تحریری اجازت (منظوری) کی ضرورت ہوتی ہے؟**

اس نوٹس میں درج مقاصد کے علاوہ کسی دوسرے مقصد کے لیے آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کرنے کی خاطر ہمیں آپ کی تحریری اجازت درکار ہوتی ہے۔ ہمیں درج ذیل کے لیے آپ کی PHI کا انکشاف کرنے سے پہلے آپ کی اجازت درکار ہوتی ہے: (1) سائیکوتھیراپی نوٹس کے زیادہ تر استعمال اور انکشافات؛ (2) مارکیٹنگ کے مقاصد کے لیے استعمال اور انکشافات؛ اور (3) ایسے استعمالات اور انکشافات جن میں PHI کی فروخت شامل ہے۔ آپ ہمیں دی گئی تحریری منظوری کو منسوخ کر سکتے ہیں۔ آپ کی تنسیخ کا اطلاق ان اقدامات پر نہیں ہو گا جو ہم آپ کی پہلے سے دی گئی منظوری کے سبب پہلے ہی کر چکے ہیں۔

**آپ کے صحت کی معلومات کے حقوق کیا ہیں؟**

آپ کو حق حاصل ہے کہ:

**PHI کے استعمالات یا انکشافات (آپ کی PHI کا اشتراک کرنے) پر پابندیوں کی درخواست کریں**

آپ ہم سے علاج، ادائیگی یا صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز انجام دینے کے لیے اپنی PHI کا اشتراک نہ کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ ہم سے اپنی PHI کا اہل خانہ، دوستوں یا آپ کی نگہداشت صحت میں شامل آپ کے نامزد کردہ دیگر افراد کے ساتھ اشتراک نہ کرنے کی درخواست بھی کر سکتے ہیں۔ تاہم، ہمارا آپ کی درخواست سے متفق ہونا ضروری نہیں ہے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

**PHI کی خفیہ مواصلات کی درخواست کریں**

آپ Molina سے درخواست کر سکتے ہیں کہ وہ آپ کو آپ کی PHI مخصوص انداز میں یا مخصوص جگہ پر فراہم کریں تاکہ آپ کی PHI کو نجی رکھنے میں مدد ہو سکے۔ ہم معقول درخواستوں پر عمل کریں گے، اگر آپ ہمیں یہ بتاتے ہیں کہ کیسے اس PHI کے گلی یا جزوی اشتراک سے آپ کی زندگی کو خطرہ لاحق ہو سکتا ہے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

**اپنی PHI کا جائزہ لیں اور کاپی کریں**

آپ کو ہمارے پاس موجود اپنی PHI کا جائزہ لینے اور کاپی حاصل کرنے کا حق ہے۔ اس میں ہمارے ممبر کے طور پر آپ کے حوالے سے کوریج، دعوے، اور دیگر فیصلے کرنے میں استعمال ہونے والے ریکارڈز شامل ہو سکتے ہیں۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔ ہم ریکارڈز کی کاپی کرنے اور بذریعہ ڈاک بھیجنے کے لیے آپ سے ایک مناسب فیس چارج کر سکتے ہیں۔ کچھ مخصوص کیسز میں، ہم درخواست مسترد کر سکتے ہیں۔ اہم نوٹ: ہمارے پاس آپ کے طبی ریکارڈز کی مکمل کاپی نہیں ہیں۔ اگر آپ اپنے طبی ریکارڈز کو دیکھنا چاہتے ہیں، ان کی کاپی حاصل کرنا چاہتے یا انہیں تبدیل کرنا چاہتے ہیں، تو براہ کرم اپنے ڈاکٹر یا کلینک سے رابطہ کریں۔

**اپنی PHI میں ترمیم کریں**

آپ ہم سے اپنی PHI میں ترمیم (تبدیلی) کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اس میں صرف وہ ریکارڈز شامل ہیں جو ہم نے آپ کے بارے میں بطور ممبر رکھے تھے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر ہم آپ کی درخواست کو رد کر دیتے ہیں تو آپ ہم سے غیر متفق ہونے کے حوالے سے ایک خط ارسال کر سکتے ہیں۔

**PHI انکشافات کی اکاؤنٹنگ موصول کریں (اپنی PHI کا اشتراک کرنا)**

آپ ہم سے درخواست کر سکتے ہیں کہ ہم آپ کو ان مخصوص فریقین کی فہرست فراہم کریں جن کے ساتھ ہم نے آپ کی درخواست کی تاریخ سے پہلے چھ سال کے دوران آپ کی PHI کا اشتراک کیا ہے۔ فہرست میں اشتراک کردہ PHI شامل نہیں ہوں گی جیسا کہ درج ذیل ہے:

- علاج، ادائیگی یا صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز کے لیے؛
- افراد کے ساتھ ان کی اپنی PHI کے بارے میں؛
- آپ کی اجازت کے ساتھ انجام دیا گیا اشتراک؛
- استعمال یا انکشاف کا واقعہ جو بصورت دیگر قابل اطلاق قانون کے تحت اجازت شدہ یا درکار ہے؛
- قومی سلامتی کے مفاد یا انتہائی جنس کے مقاصد کے لیے جاری کردہ PHI؛ یا
- قابل اطلاق قانون کے مطابق محدود ڈیٹا سیٹ کے حصے کے طور پر۔

اگر آپ 12 مہینوں کی مدت میں ایک سے زائد بار اس فہرست کے لیے درخواست دیتے ہیں تو ہم ہر فہرست کے لیے مناسب فیس چارج کریں گے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

آپ مندرجہ بالا شامل فہرست میں سے کوئی بھی درخواست کر سکتے، یا اس نوٹس کی کاغذی کاپی حاصل کر سکتے ہیں۔ براہ کرم اپنے شناختی کارڈ کے پچھلے حصے پر موجود ٹول فری نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق 8 a.m. تا 8 p.m. ہمارے ممبر سروسز کے محکمے کو کال کریں۔ TTY/ TDD صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔

**اگر آپ کے حقوق کا تحفظ نہیں کیا گیا تو آپ کیا کر سکتے ہیں؟**

اگر آپ کو یقین ہے کہ آپ کے رازداری کے حقوق کی خلاف ورزی کی گئی ہے تو آپ ہمیں اور Department of Health and Human Services کو شکایت کر سکتے ہیں۔ ہم شکایت درج کروانے پر آپ کے خلاف کوئی کارروائی نہیں کریں گے۔ آپ کی نگہداشت اور وظائف کسی بھی طرح سے تبدیل نہیں ہوں گے۔

آپ اس پر ہمیں شکایت درج کروا سکتے ہیں:

اپنے شناختی کارڈ کے پچھلے حصے پر موجود ٹول فری نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق 8 a.m. تا 8 p.m. ممبر سروسز کو کال کریں۔ TTY/ TDD صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ یا ہمیں خط لکھیں:

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

آپ U.S. Department of Health and Human Services کے سیکرٹری کو اس پر شکایت درج کروا سکتے ہیں:

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 (فیکس)

ہمارے فرائض کیا ہیں؟

ہم سے یہ تقاضا کیا جاتا ہے کہ:

- آپ کا PHI نجی رکھیں؛
- آپ کو تحریری معلومات فراہم کرے جیسے کہ ہماری ذمہ داریوں کے متعلق یہ اور آپ کی PHI کے متعلق رازداری کی پریکٹسز؛
- آپ کی غیر محفوظ PHI کی کسی بھی خلاف ورزی کی صورت میں آپ کو نوٹس فراہم کرے؛
- مضر مقاصد کے لیے آپ کی جینیاتی معلومات کا استعمال یا انکشاف نہ کرے؛
- اس نوٹس کی شرائط پر عمل کریں۔

یہ نوٹس تبدیلی سے مشروط ہے

ہم کسی بھی وقت اس کی معلومات کی پریکٹسز اور اس نوٹس کی شرائط کو تبدیل کرنے کا حق محفوظ رکھتے ہیں۔ اگر ہم ایسا کرتے ہیں، تو نئی شرائط اور پریکٹسز کا اطلاق پھر ہمارے پاس موجود تمام PHI پر ہو گا۔ اگر ہم کوئی بھی اہم تبدیلیاں کرتے ہیں، تو ہم نظر ثانی شدہ نوٹس اپنی ویب سائٹ پر پوسٹ کریں گے اور نظر ثانی شدہ نوٹس یا اہم تبدیلی کے بارے میں اور نظر ثانی شدہ نوٹس کو حاصل کرنے کے طریقے کے بارے میں معلومات، اپنی اگلی سالانہ ڈاک میں اپنے ان ممبرز کو ارسال کریں گے جو اس وقت ہماری جانب سے کوور شدہ ہوں گے۔ یہ نوٹس ہماری ویب سائٹ [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com) پر موجود ہے۔

رابطے کی معلومات

اس نوٹس کے بارے میں اگر آپ کے کوئی سوالات ہوں، تو براہ کرم ہم سے رابطہ کریں۔

اپنے شناختی کارڈ کے پچھلے حصے پر موجود ٹول فری نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق 8 a.m. تا 8 p.m. ہمارے ممبر سروسز کے محکمے کو کال کریں۔ TTY/TDD صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ "یا 200 Molina Member Services, OceanGate, Suite 100, Long Beach, CA 90802 کو لکھیں۔

اس دستاویز کو آپ دیگر فارمیٹس جیسا کہ بڑے پرنٹ، بریل یا آڈیو شکل میں بھی مفت حاصل کر سکتے ہیں۔ (855) 882-3901، TTY/TDD پر کال کریں: 711، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے تا رات 8 بجے، کال کریں۔ کال مفت ہے۔

**سیکشن 1.4** یہ لازمی ہے کہ ہم آپ کو اپنے پلان، ہمارے فراہم کنندگان کے نیٹ ورک، اور کورڈ خدمات کے بارے میں معلومات دیں

آپ کو بطور Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ممبر، ہم سے متعدد اقسام کی معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔

اگر آپ درج ذیل میں سے کسی قسم کی معلومات چاہتے ہیں تو ممبر سروسز کو (833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں):

- ہمارے منصوبے کے بارے میں معلومات۔ اس میں، مثال کے طور پر، ہمارے پلان کی مالی حالت کے بارے میں معلومات شامل ہیں۔
- ہمارے نیٹ ورک کے فراہم کنندگان اور فارمیسیز کے بارے میں معلومات۔ آپ کو ہمارے نیٹ ورک میں فراہم کنندگان اور فارمیسیز کی اہلیتوں اور ہمارے اپنے نیٹ ورک میں فراہم کنندگان کو ادائیگی کرنے کے طریقے کے متعلق معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔
- آپ کی کوریج کے بارے میں معلومات اور وہ اصول جن کی اپنی کوریج کو استعمال کرتے وقت پیروی کرنا ضروری ہے۔ باب 3 اور 4 طبی خدمات سے متعلق معلومات فراہم کرتے ہیں۔ باب 5 اور 6 پارٹ D ادویات کی کوریج کے بارے میں معلومات فراہم کرتا ہے۔

- اس بارے میں معلومات کہ کسی چیز کو کور کیوں نہیں کیا جاتا ہے اور آپ اس کے بارے میں کیا کر سکتے ہیں۔ باب 9 اس بارے میں تحریری وضاحت طلب کرنے کے بارے میں معلومات فراہم کرتا ہے کہ طبی خدمات یا پارٹ D ادویات کو کور کیوں نہیں کیا گیا ہے یا اگر آپ کی کوریج محدود ہے۔ باب 9 ہم سے فیصلہ تبدیل کرنے کی درخواست کے حوالے سے بھی معلومات فراہم کرتا ہے، جسے اپیل کرنا بھی کہتے ہیں۔

## سیکشن 1.5 آپ کو اپنے علاج کے اختیارات کے بارے میں جاننے اور اپنی دیکھ بھال کے بارے میں فیصلوں میں حصہ لینے کا حق ہے

- آپ کو اپنے ڈاکٹرز اور صحت کی دیکھ بھال کرنے والے دیگران کی جانب سے مکمل معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ آپ کے فراہم کنندگان کا آپ کی طبی حالت اور آپ کے علاج کے انتخابات کی اس انداز میں وضاحت کرنا ضروری ہے جسے آپ سمجھ سکتے ہیں۔
- آپ کو اپنی نگہداشت صحت کے فیصلوں میں مکمل طور پر شریک ہونے کا حق بھی ہے۔ آپ کے لیے کون سا علاج بہتر ہے اس بارے میں اپنے ڈاکٹرز کے ساتھ فیصلے کرنے میں آپ کی مدد کے لیے، آپ کے حقوق میں درج ذیل شامل ہیں:
- اپنے تمام انتخاب کے بارے میں جاننے کے لیے۔ آپ کو اپنی حالت کے لیے تجویز کردہ تمام علاج کے اختیارات کے بارے میں بتانے کا حق ہے، چاہے ان کی قیمت کتنی ہی کیوں نہ ہو یا وہ ہمارے منصوبے میں شامل ہوں۔ اس میں ان پروگرامز کے بارے میں بتایا جانا بھی شامل ہے جن کی پیشکش ہمارا منصوبہ کرتا ہے تاکہ ممبرز کی اپنی ادویات کا نظم کرنے اور ادویات کو محفوظ طریقے سے استعمال کرنے میں مدد کی جا سکے۔
- خطرات کے بارے میں جاننا۔ آپ یہ حق رکھتے ہیں کہ آپ کو اپنی نگہداشت میں شامل کسی بھی خطرات کے بارے میں بتایا جائے۔ اگر کوئی مجوزہ طبی نگہداشت یا علاج کسی تحقیقی تجربے کا حصہ ہے تو آپ کو پیشگی بتانا ضروری ہے۔ آپ کے پاس ہمیشہ کسی بھی تجرباتی معالجوں کو مسترد کرنے کا اختیار ہوتا ہے۔
- "نہیں" کہنے کا حق۔ آپ کسی بھی تجویز کردہ علاج کو مسترد کرنے کا حق رکھتے ہیں۔ اس میں ہسپتال یا دیگر طبی مرکز چھوڑنے کا حق شامل ہوتا ہے، خواہ آپ کا ڈاکٹر آپ کو نہ چھوڑنے کی نصیحت ہی کیوں نہ کرے۔ آپ کو یہ حق بھی ہے کہ آپ اپنی دوا لینا بند کر دیں۔ اگر آپ علاج سے انکار کرتے ہیں یا دوا لینا چھوڑ دیتے ہیں، تو اس کے نتیجے میں آپ کے جسم کو جو کچھ ہوتا ہے اس کی پوری ذمہ داری آپ قبول کرتے ہیں۔

آپ کو اس بارے میں ہدایات دینے کا حق ہے کہ اگر آپ اپنے لیے طبی فیصلے نہیں کر سکتے ہیں تو کیا کرنا ہے۔

- بعض اوقات لوگ حادثات یا سنگین بیماریوں کے سبب اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں فیصلے کرنے کے قابل نہیں ہوتے۔ آپ کو یہ کہنے کا حق ہے کہ اگر آپ اس صورت حال میں ہوں تو آپ کیا چاہتے ہیں کہ ہو۔ اس کا مطلب ہے کہ اگر آپ چاہیں تو آپ یہ کام کر سکتے ہیں:
- اگر آپ کبھی اپنے لیے فیصلے کرنے کے قابل نہیں رہتے، تو اپنے طبی فیصلوں کے لیے کسی کو قانونی اتھارٹی دینے کا ایک تحریری فارم پُر کریں۔
- اپنے ڈاکٹرز کو اس بارے میں تحریری ہدایات دیں کہ اگر آپ اپنے لیے فیصلے کرنے کے قابل نہیں رہتے تو آپ ان سے کس طرح اپنی طبی دیکھ بھال کا نظم چاہتے ہیں۔
- قانونی دستاویزات جو آپ ان حالات میں پیشگی ہدایات دینے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں انہیں پیشگی ہدایات کہا جاتا ہے۔ پیشگی ہدایات کی مثالوں میں لونگ ول (دائمی وصیت) اور صحت کی دیکھ بھال کے لیے مختار نامہ جیسی دستاویزات شامل ہیں۔
- ہدایات دینے کے لیے پیشگی ہدایت کیسے ترتیب دیں:

- ایک فارم حاصل کریں۔ آپ اپنے وکیل، سماجی کارکن، یا کچھ آفس سپلائی اسٹورز سے پیشگی ہدایت نامہ حاصل کر سکتے ہیں۔ آپ کبھی کبھار ایسی تنظیموں کی جانب سے بھی پیشگی ہدایتی فارمز حاصل کر سکتے ہیں کہ جو لوگوں کو Medicare کے بارے میں معلومات فراہم کرتے ہیں۔ فارم طلب کرنے کے لیے آپ ممبر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر بھی کال کر سکتے ہیں۔
- فارم پُر کریں اور اس پر دستخط کریں۔ اس سے کوئی فرق نہیں پڑتا ہے کہ آپ کو یہ فارم کہاں سے ملے، یہ ایک قانونی دستاویز ہے۔ اس کی تیاری میں وکیل کی مدد کرنے پر غور کریں۔
- فارم کی کاپیاں صحیح لوگوں کو دیں۔ "اس فارم کی ایک نقل اپنے ڈاکٹر کو اور اس شخص کو دیں جسے آپ نے فارم پر نامزد کیا ہے جو آپ کی عدم موجودگی میں آپ کے لیے فیصلے کر سکتا ہے۔ آپ یہ نقول اپنے قریبی دوستوں یا خاندان کے افراد کو بھی دے سکتے ہیں۔ ایک کاپی اپنے گھر پر رکھیں۔

اگر آپ کو وقت سے پہلے معلوم ہو جاتا ہے کہ آپ ہسپتال میں داخل ہونے جا رہے ہیں اور آپ نے پیشگی ہدایت پر دستخط کر دیے ہیں، تو ہسپتال میں اپنے ہمراہ ایک کاپی لے کر جائیں۔

- ہسپتال پوچھے گا کہ کیا آپ نے پیشگی ہدایتی فارم پر دستخط کیے ہیں اور کیا یہ آپ کے پاس موجود ہے۔
- اگر آپ نے پیشگی ہدایتی فارم پر دستخط نہیں کیے ہیں، تو ہسپتال کے پاس فارم دستیاب ہیں اور وہ پوچھے گا کہ کیا آپ اس پر دستخط کرنا چاہتے ہیں۔

پیشگی ہدایت کو پُر کرنا آپ کی مرضی پر ہے (بشمول یہ کہ آپ ہسپتال میں رہتے ہوئے بھی اس پر دستخط کرنا چاہتے ہیں یا نہیں)۔ قانون کے مطابق، کوئی بھی آپ کی دیکھ بھال یا آپ کے ساتھ امتیازی سلوک سے انکار نہیں کر سکتا اس بنیاد پر کہ آپ نے پیشگی ہدایت پر دستخط کیے ہیں یا نہیں۔

اگر آپ کی ہدایات پر عمل نہیں کیا جاتا ہے

اگر آپ نے پیشگی ہدایت پر دستخط کیے ہیں اور آپ کو یقین ہے کہ ڈاکٹر یا ہسپتال نے اس میں موجود ہدایات پر عمل نہیں کیا، تو آپ New York State کے شعبہ صحت کی شکایت کی ہاٹ لائن 1-866-334-9866 (TTY 711) پر شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

## سیکشن 1.6 آپ کے پاس شکایات کرنے اور ہم سے ہمارے کیے گئے فیصلوں پر دوبارہ نظر ثانی کی درخواست کرنے کا حق ہے

اس دستاویز کا باب 9 بتاتا ہے کہ اگر آپ کے کوئی مسائل، خدشات، یا شکایات ہیں اور کوریج کی درخواست، یا اپیل کرنے کی ضرورت ہے، تو آپ کیا کر سکتے ہیں۔ آپ چاہے - کوریج کے فیصلے کے لیے استفسار کریں، اپیل کریں، یا شکایت درج کریں - ہمارے لیے آپ کے ساتھ منصفانہ برتاؤ کرنا ضروری ہے۔

## سیکشن 1.7 جب آپ کو یہ لگے کہ آپ کے ساتھ غیر منصفانہ سلوک کیا جا رہا ہے یا آپ کے حقوق کا احترام نہیں کیا جا رہا ہے

اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کے ساتھ آپ کی نسل، معذوری، مذہب، جنس، صحت، نسلی وابستگی، عقیدے (اعتقادات)، عمر، یا قومی اصل کی وجہ سے غیر منصفانہ سلوک کیا گیا ہے یا آپ کے حقوق کا احترام نہیں کیا گیا ہے، تو Department of Health and Human Service کے دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 پر کال کریں (TTY صارفین 1-800-537-7697 پر کال کریں)، یا اپنے مقامی دفتر برائے شہری حقوق سے رابطہ کریں۔

اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کے ساتھ غیر منصفانہ سلوک کیا گیا ہے یا آپ کے حقوق کا احترام نہیں کیا گیا ہے، اور یہ معاملہ امتیازی سلوک سے متعلق نہیں ہے، تو آپ ان جگہوں سے اپنے مسئلے سے نمٹنے کے لیے مدد حاصل کر سکتے ہیں:

- ہمارے پلان کی ممیر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)
- اپنے مقامی SHIP کو SHIP پر کال کریں۔ رابطہ کی معلومات باب 2، سیکشن 3 میں دستیاب ہے۔
- Medicare کو Medicare (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) پر کال کریں (TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں)

## سیکشن 1.8 اپنے حقوق کے بارے میں مزید معلومات کیسے حاصل کریں

ان مقامات سے اپنے حقوق کے بارے میں مزید معلومات حاصل کریں:

- ممیر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)
- اپنے مقامی SHIP کو SHIP (800) 701-0501 پر کال کریں۔
- Medicare سے رابطہ کریں۔

◦ Medicare Rights & Protections کی اشاعت کو پڑھنے کے لیے [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) پر جائیں (دستیاب: طبی حقوق اور تحفظات)

◦ (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) پر کال کریں (TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں)

## سیکشن 2 ہمارے پلان کے رکن کے طور پر آپ کی ذمہ داریاں

ہمارے پلان کے رکن کے طور پر آپ کو جو چیزیں کرنے کی ضرورت ہے وہ ذیل میں درج ہیں۔ سوالات کے لیے، ممبر سروسز کو 671-633-4227 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔

- اپنی کوورڈ سروسز، اور ان اصولوں کے ساتھ واقف ہوں جن پر ان کوورڈ سروسز کو حاصل کرنے کے لیے عمل کرنا آپ پر لازم ہے۔ اس Evidence of Coverage کا استعمال کریں تاکہ آپ جان سکیں کہ کن چیزوں کی کوریج دی گئی ہے اور کوریج والی خدمات حاصل کرنے کے لیے آپ کو کن قواعد پر عمل کرنا ہوگا۔
  - باب 3 اور 4 میں طبی خدمات کے بارے میں تفصیلات فراہم کی گئی ہیں۔
  - باب 5 اور 6 میں پارٹ D دواؤں کی کوریج کے بارے میں تفصیلات فراہم کی گئی ہیں۔
- اگر آپ کے پاس ہمارے پلان کے علاوہ کوئی اور ہیلتھ کوریج یا ادویات کی کوریج ہے، تو آپ کو ہمیں بتانا ہوگا۔ باب 1 آپ کو ان وظائف کے ربط کے بارے میں بتاتا ہے۔
- اپنے ڈاکٹر اور دیگر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو بتائیں کہ آپ ہمارے پلان میں شامل ہیں۔ جب بھی آپ کو طبی دیکھ بھال یا پارٹ D کی دوائیں لینی ہو، تو ہمارا پلان ممبرشپ کارڈ دکھائیں۔
- اپنے ڈاکٹرز اور دیگر فراہم کنندگان کی معلومات فراہم کرنے، سوالات پوچھنے، اور اپنی نگہداشت پر عمل کے ذریعے مدد کریں۔
  - بہترین نگہداشت حاصل کرنے میں مدد کے لیے، اپنے ڈاکٹرز اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان کو اپنی صحت کے مسائل کے بارے میں آگاہ کریں۔ علاج کے ان پلان اور ہدایات پر عمل کریں جن پر آپ اور آپ کے ڈاکٹر متفق ہیں۔
  - اس بات کو یقینی بنائیں کہ آپ کے ڈاکٹروں کو ان تمام ادویات کے بارے میں معلوم ہو جو آپ لے رہے ہیں، بشمول وہ ادویات جو آپ بغیر نسخے کے (over-the-counter) لیتے ہیں، وٹامنز، اور غذائی سپلیمنٹس۔
  - اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو ضرور پوچھیں اور ایسا جواب حاصل کریں جسے آپ سمجھ سکیں۔
- دھیان رکھیں۔ ہم امید کرتے ہیں کہ ہمارے اراکین دوسرے مریضوں کے حقوق کا احترام کریں گے۔ ہم آپ سے یہ بھی توقع کرتے ہیں کہ آپ اس انداز میں برتاؤ کریں گے جو آپ کے ڈاکٹر کے آفس، ہسپتالوں، اور دوسرے آفسز کو ہموار انداز میں چلانے میں مدد دیتا ہے۔
- وہ ادائیگی کریں جو آپ پر واجب الادا ہے۔ پلان کے رکن کے طور پر، آپ ان ادائیگیوں کے ذمہ دار ہیں:
  - ہمارے پلان کا ممبر بنے رہنے کے لیے آپ کو اپنے Medicare پریمیم کی ادائیگی جاری رکھنی چاہیے۔
  - اگر آپ کو اپنی زیادہ آمدن (آپ کے آخری ٹیکس ریٹرن پر رپورٹ کردہ کے مطابق) حصہ D کے لیے اضافی رقم کی ادائیگی کرنا درکار ہے، تو آپ کو لازماً اضافی رقم براہ راست حکومت کو ادا کرتے رہنا ہوگی تاکہ منصوبے کے ممبر رہیں۔
- اگر آپ ہمارے منصوبے کے سروس کے علاقے کے اندر نقل مکانی کرتے ہیں، تو ہمیں یہ جاننے کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ آپ کے ممبرشپ کے ریکارڈ کو تازہ ترین رکھ سکیں اور جان سکیں کہ آپ سے رابطہ کیسے کرنا ہے۔
- اگر آپ ہمارے پلان سروس کے علاقے سے باہر منتقل ہو جاتے ہیں، تو آپ ہمارے پلان کے ممبر نہیں رہ سکتے۔
- اگر آپ منتقل ہوتے ہیں، تو سوشل سیکورٹی (یا ریل روڈ ریٹائرمنٹ بورڈ) کو بتائیں۔

## باب 9:

# اگر آپ کو کوئی مسئلہ یا شکایت ہے (کوريج کے فیصلے، اپیلیں، شکایات)

## سیکشن 1 اگر آپ کو کسی مسئلے یا خدشے کا سامنا ہے، تو اس صورت میں کیا کریں

یہ باب مسائل اور خدشات سے نمٹنے کے لیے طریقہ ہائے کار کی وضاحت کرتا ہے۔ آپ اپنے مسئلے کو حل کرنے کے لیے جو طریقہ کار استعمال کریں گے، وہ اس مسئلے کی نوعیت پر منحصر ہے جو آپ کو درپیش ہے۔

- کچھ مسائل کے لیے، آپ کو کوریج کے فیصلے اور اپیلیں نامی طریقہ کار استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔
- دوسرے مسائل کے لیے، آپ کو شکایات (جنہیں grievances بھی کہا جاتا ہے) درج کرانے کا طریقہ کار استعمال کرنا ہوگا۔

### سیکشن 1.1 قانونی شرائط

کچھ اصولوں، طریقہ ہائے کار، اور ڈیڈ لائنز کی اقسام کے لیے قانونی اصطلاحات کی اس باب میں وضاحت کی گئی ہے۔ ان میں سے بہت سی اصطلاحات زیادہ تر لوگوں کے لیے ناواقف ہیں۔ چیزوں کو آسان بنانے کے لیے، اس باب میں کچھ قانونی اصطلاحات کی جگہ زیادہ مانوس الفاظ استعمال کیے گئے ہیں۔

تاہم، بعض اوقات درست قانونی اصطلاحات جاننا ضروری ہوتا ہے۔ یہ جاننے میں آپ کی مدد کے لیے کہ درست مدد یا معلومات حاصل کرنے کے لیے کون سی اصطلاحات استعمال کرنی ہیں، جب ہم مخصوص صورتحال سے نمٹنے کی تفصیلات فراہم کرتے ہیں تو یہ قانونی اصطلاحات بھی شامل کرتے ہیں۔

## سیکشن 2 مزید معلومات اور ذاتی مدد کہاں سے حاصل کی جائے

ہم آپ کی مدد کے لیے ہمیشہ دستیاب ہیں۔ اگرچہ آپ کو ہمارے رویے کے بارے میں شکایت ہو، پھر بھی ہم آپ کے شکایت کرنے کے حق کا احترام کرنے کے پابند ہیں۔ مدد کے لیے آپ کو ہمیشہ ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کرنا چاہیے (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ بعض صورتوں میں، آپ کو کسی ایسے شخص سے بھی مدد یا رہنمائی درکار ہو سکتی ہے جو ہم سے منسلک نہ ہو۔ دو تنظیمیں جو مدد کر سکتی ہیں، وہ یہ ہیں:

### ریاستی صحت کی انشورنس کا معاونتی پروگرام (SHIP)

ہر ریاست کا تربیت یافتہ مشاورت کار ان کے ساتھ ایک حکومتی پروگرام ہوتا ہے۔ یہ پروگرام ہمارے ساتھ یا کسی انشورنس کمپنی یا ہیلتھ پلان سے منسلک نہیں ہے۔ اس پروگرام کے مشیر یہ سمجھنے میں آپ کی مدد کر سکتے ہیں کہ آپ کو درپیش کسی مسئلے سے نمٹنے کے لیے آپ کو کون سا عمل استعمال کرنا چاہیے۔ وہ سوالات کے جوابات دے سکتے ہیں، آپ کو مزید معلومات دے سکتے ہیں، اور کیا کرنا ہے اس کے بارے میں رہنمائی بھی کر سکتے ہیں۔

SHIP مشاورت کار ان کی سروسز مفت ہوتی ہیں۔ SHIP رابطہ کی معلومات باب 2، سیکشن 3 میں دستیاب ہے۔

### Medicare

آپ مدد کے لیے Medicare سے بھی رابطہ کر سکتے ہیں:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) پر کال کریں، دن کے 24 گھنٹے، ہفتے میں 7 دن۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔

• [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) وزٹ کریں

آپ **Medicaid** سے معلومات اور مدد حاصل کر سکتے ہیں

• آپ **Medicaid** ہیلپ لائن کو 1-800-541-2831 (TTY 711) پر پیر تا جمعہ صبح 8:00AM-8:00PM، ہفتہ 9:00AM-1:00PM پر کال کر سکتے ہیں۔

• آپ اپنے مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات (LDSS) کو خط لکھ سکتے ہیں۔ اپنے LDSS کا پتہ اس پر تلاش کریں:

[www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss)

• آپ نیویارک اسٹیٹ **Medicaid** کی ویب سائٹ بھی دیکھ سکتے ہیں: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid)

### سیکشن 3 Medicare اور Medicaid شکایات اور اپیلوں کو سمجھنا

آپ **Medicare** اور **Medicaid** سے مدد حاصل کر سکتے ہیں۔ اس باب میں دی گئی معلومات کا اطلاق آپ کے **Medicare** اور **Medicaid** کے تمام فوائد پر ہوتا ہے۔ یہ ایک مربوط عمل کہلاتا ہے کیونکہ یہ **Medicare** اور **Medicaid** کے عمل کو یکجا، یا انضمام کرتا ہے۔

بعض اوقات **Medicare** اور **Medicaid** کے عمل کو یکجا نہیں کیا جاتا ہے۔ ان حالات میں، **Medicare** کے ذریعے کورڈ فائدے کے لیے **Medicare** کا عمل استعمال کریں اور **Medicaid** کے ذریعے کور کیے جانے والے فائدے کے لیے **Medicaid** کا عمل استعمال کریں۔ ان حالات کی سیکشن 6.4 میں وضاحت کی گئی ہے۔

### سیکشن 4 جانیں کہ آپ کو اپنے مسئلے کے لیے کون سا عمل استعمال کرنا ہے

اگر آپ کو کوئی مسئلہ یا تشویش ہے تو، اس باب کے وہ حصے پڑھیں جو آپ کی صورتحال پر لاگو ہوتے ہیں۔ ذیل میں دی گئی **Medicare** یا **Medicaid** کی جانب سے کوور کردہ وظائف کے بارے میں مسائل یا شکایات کی معلومات آپ کو اس باب کے درست سیکشن کو تلاش کرنے میں مدد دیں گی۔

کیا آپ کا مسئلہ یا خدشہ وظائف یا کوریج سے متعلق ہے؟

اس میں اس بارے میں مسائل شامل ہیں کہ آیا طبی دیکھ بھال (طبی اشیاء، خدمات اور/یا پارٹ B ادویات) کو کور کیا گیا ہے یا نہیں، ان کو کور کرنے کا طریقہ، اور طبی دیکھ بھال کی ادائیگی سے متعلق مسائل شامل ہیں۔

جی ہاں۔

سیکشن 5 پر جانیں، کوریج کے فیصلوں اور اپیلوں کے لیے ایک گائیڈ۔

جی نہیں۔

سیکشن 11 پر جانیں، دیکھ بھال کے معیار، انتظار کے اوقات، کسٹمر سروس، یا دیگر خدشات کے بارے میں شکایت کیسے کریں۔

### کوريج کے فیصلے اور اپیلیں۔

### سیکشن 5 کوریج کے فیصلوں اور اپیلوں کے لیے ایک گائیڈ

کوريج کے فیصلے اور اپیلیں آپ کے فوائد اور آپ کی طبی نگہداشت (خدمات، اشیاء، اور حصہ B ادویات بشمول ادائیگی) کی کوریج سے متعلق مسائل سے نمٹتی ہیں۔ چیزوں کو آسان رکھنے کے لیے، ہم عام طور پر طبی اشیاء، خدمات، اور **Medicare** پارٹ B ادویات کو بطور طبی دیکھ بھال کہتے ہیں۔ آپ کوریج کا فیصلہ اور اپیل کا عمل کچھ ایسے مسائل کے لیے استعمال کرتے ہیں جیسے آیا کچھ کوور کردہ ہے یا نہیں اور وہ انداز جس میں کچھ کوور کیا جاتا ہے۔

## خدمات حاصل کرنے سے پہلے کوریج کے فیصلوں کے بارے میں معلومات حاصل کرنا

اگر آپ یہ جاننا چاہتے ہیں کہ طبی دیکھ بھال حاصل کرنے سے پہلے ہم اس کی کوریج کریں گے یا نہیں، تو آپ ہم سے اپنے لیے کوریج کا فیصلہ کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ کوریج کا فیصلہ وہ فیصلہ ہے جو ہم آپ کے فوائد اور کوریج کے بارے میں یا اس رقم کے بارے میں کرتے ہیں جو ہم آپ کی طبی دیکھ بھال کے لیے ادا کریں گے۔ مثال کے طور پر، اگر ہمارے پلان نیٹ ورک کا ڈاکٹر آپ کو نیٹ ورک سے باہر کے کسی طبی ماہر کے پاس بھیجتا ہے، تو اس ریفرل کو تب تک کوریج کا ایک موافق فیصلہ سمجھا جائے گا، جب تک آپ یا آپ کا نیٹ ورک ڈاکٹر یہ ثابت نہ کر دے کہ آپ کو اس طبی ماہر کے لیے معیار کے مطابق انکار کا نوٹس ملا تھا، یا پھر Evidence of Coverage یہ واضح کرتا ہو کہ یہ ریفر شدہ سروس کسی بھی صورت میں شامل نہیں ہے۔ آپ یا آپ کا ڈاکٹر ہم سے رابطہ کر کے کوریج کے فیصلے کے لیے بھی کہہ سکتے ہیں اگر آپ کا ڈاکٹر یقینی نہیں ہے کہ آیا ہم کسی مخصوص طبی سروس کی کوریج کریں گے یا وہ طبی دیکھ بھال فراہم کرنے سے انکار کرتا ہے جو آپ کے خیال میں آپ کو درکار ہے۔

محدود حالات میں کوریج کے فیصلے کی درخواست کو رد کر دیا جائے گا، جس کا مطلب ہے کہ ہم درخواست پر نظر ثانی نہیں کریں گے۔ ایک درخواست رد کرنے کی مثالوں میں شامل ہے کہ آیا درخواست نامکمل ہے، آیا کسی نے آپ کی جانب سے درخواست دی ہے لیکن وہ قانونی طور پر ایسا کرنے کے مجاز نہیں ہیں یا آیا آپ نے اپنی درخواست واپس لینے کی گزارش کی ہے۔ اگر ہم کوریج کے فیصلے کی درخواست کو مسترد کرتے ہیں، تو ہم ایک نوٹس بھیجیں گے جس میں وضاحت ہوگی کہ درخواست کیوں مسترد کی گئی اور اس برطرفی کی نظر ثانی کے لیے درخواست کیسے دی جائے۔

جب بھی ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کے لیے کیا احاطہ کیا گیا ہے اور ہم کتنی رقم ادا کرتے ہیں، ہم کوریج کا فیصلہ کرتے ہیں۔ بعض صورتوں میں، ہم فیصلہ کر سکتے ہیں کہ طبی نگہداشت کو کور نہیں کیا گیا ہے یا آپ کے لیے اسے مزید کور نہیں کیا جا سکتا۔ اگر آپ کوریج کے اس فیصلے سے غیر متفق ہیں، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔

## اپیل کرنا

اگر ہم کوریج کا فیصلہ کرتے ہیں، چاہے آپ کو فائدہ ملے یا بعد میں، اور آپ مطمئن نہیں ہیں، تو آپ فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔ اپیل ایک رسمی طریقہ کار ہے جس کے ذریعے آپ ہم سے درخواست کرتے ہیں کہ ہم اپنے کیے گئے کوریج کے فیصلے پر نظر ثانی کریں اور اسے تبدیل کریں۔ بعض حالات میں، آپ کوریج کے فیصلے کے لیے ایک فوری یا تیز رفتار اپیل کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کی اپیل کو اصل فیصلہ سازوں کے بجائے مختلف جائزہ کار دیکھیں گے۔

جب آپ پہلی بار ایک فیصلے کے لیے اپیل کرتے ہیں، تو اسے درجہ 1 کی اپیل کہا جاتا ہے۔ اس اپیل میں، ہم اپنے کیے گئے کوریج کے فیصلے کا جائزہ لیتے ہیں تاکہ یہ جانچ سکیں کہ آیا ہم نے قواعد و ضوابط کی مناسب طریقے سے پیروی کی ہے۔ جب ہم جائزہ مکمل کرتے ہیں، تو ہم آپ کو اپنا فیصلہ دیتے ہیں۔

محدود حالات میں، پہلے مرحلے کی اپیل کی درخواست کو مسترد کر دیا جائے گا، جس کا مطلب ہے کہ ہم درخواست کا جائزہ نہیں لیں گے۔ ایک درخواست رد کرنے کی مثالوں میں شامل ہے کہ آیا درخواست نامکمل ہے، آیا کسی نے آپ کی جانب سے درخواست دی ہے لیکن وہ قانونی طور پر ایسا کرنے کے مجاز نہیں ہیں یا آیا آپ نے اپنی درخواست واپس لینے کی گزارش کی ہے۔ اگر ہم پہلے مرحلے کی اپیل کی درخواست کو مسترد کرتے ہیں، تو ہم ایک نوٹس بھیجیں گے جس میں بتایا جائے گا کہ درخواست کیوں مسترد کی گئی اور برخاستگی پر نظر ثانی کے لیے کیسے کہا جائے۔

اگر ہم طبی دیکھ بھال کے لیے پہلے مرحلے کی اپیل کو مکمل یا جزوی طور پر مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ کی اپیل خود بخود دوسرے مرحلے پر چلی جائے گی۔ دوسرے مرحلے کی اپیل ایک آزاد جائزہ تنظیم کے ذریعے کی جاتی ہے جو ہم سے منسلک نہیں ہے۔

• دوسرے مرحلے کی اپیل شروع کرنے کے لیے آپ کو کچھ کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ میڈیکل رولز کا تقاضا ہے کہ اگر ہم آپ کی پہلے مرحلے کی اپیل سے پوری طرح متفق نہیں ہیں تو ہم خود بخود طبی دیکھ بھال کے لیے آپ کی اپیل کو دوسرے مرحلے پر بھیج دیتے ہیں۔

• طبی دیکھ بھال کے لیے درجہ 2 کی اپیلوں کے بارے میں معلومات کے لیے اس باب کا سیکشن 6.4 دیکھیں۔

• پارٹ D اپیلوں پر اس باب کے سیکشن 7 میں بحث کی گئی ہے۔

اگر آپ دوسرے مرحلے کی اپیل کے فیصلے سے مطمئن نہیں ہیں، تو آپ اپیل کے اضافی مراحل کو جاری رکھنے کے اہل ہو سکتے ہیں (بہ باب 3، 4، اور 5 مرحلے کے اپیل کے طریقہ کار کی وضاحت کرتا ہے)۔

## سیکشن 5.1 کوریج کے فیصلے یا اپیل کرنے کے لیے مدد حاصل کریں

اگر آپ کسی قسم کے کوریج کے فیصلے یا فیصلے پر اپیل کے لیے درخواست دینے کا فیصلہ کرتے ہیں تو اس حوالے سے وسائل یہاں ہیں:

- ممبر سروسز کو **671-0440 (833)** پر کال کریں (TTY صارفین **711** پر کال کریں)
- اپنے اسٹیٹ ہیلتھ انشورنس اسسٹنس پروگرام سے مفت مدد حاصل کریں
- آپ کے ڈاکٹر یا دیگر نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان آپ کے لیے درخواست کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کا دوسرے مرحلے سے پہلے کی اپیل میں مدد کرتا ہے، تو انہیں آپ کا نمائندہ مقرر کیا جانا چاہیے۔ ممبر سروسز کو **671-0440 (833)** پر کال کریں (TTY صارفین **711** پر کال کریں) اور نمائندے کی تقرری کا فارم طلب کریں۔ (یہ فارم [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) پر بھی دستیاب ہے)۔
- طبی دیکھ بھال کے لیے، آپ کا ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا کوئی دوسرا شخص آپ کی طرف سے کوریج کے فیصلے یا لیول 1 (پہلے مرحلے کی) اپیل کی درخواست کر سکتا ہے۔ اگر آپ کی اپیل لیول 1 پر مسترد کر دی جاتی ہے، تو اسے خود بخود لیول 2 پر بھیج دیا جائے گا۔
- اگر آپ کا ڈاکٹر یا دیگر صحت فراہم کرنے والا یہ کہتا ہے کہ آپ کی اپیل کے دوران کوئی سروس یا آئٹم جو آپ پہلے ہی حاصل کر رہے ہیں اسے جاری رکھا جائے، تو آپ کو اپنی طرف سے کام کرنے کے لیے اپنے نمائندے کے طور پر اپنے ڈاکٹر یا دوسرے ڈاکٹر کا نام دینے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
- پارٹ D کی ادویات کے لیے، آپ کا ڈاکٹر یا دیگر تجویز کنندہ آپ کی جانب سے کوریج کے فیصلے یا لیول 1 کی اپیل کے لیے درخواست کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کی لیول 1 کی اپیل مسترد کر دی جاتی ہے، تو آپ کا ڈاکٹر یا ڈاکٹر لیول 2 کی اپیل کے لیے درخواست کر سکتے ہیں۔
- آپ کسی اور فرد سے اپنی جانب سے عمل کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کوریج کے فیصلے کی درخواست کرنے یا اپیل دائر کرنے کے لیے، کسی دوسرے شخص کو اپنا نمائندہ نامزد کر سکتے ہیں تاکہ وہ آپ کی طرف سے کام کرے۔

اگر آپ چاہتے ہیں کہ کوئی دوست، رشتہ دار، یا کوئی دوسرا شخص آپ کا نمائندہ بنے، تو ممبر سروسز کو **671-0440 (833)** پر کال کریں (TTY صارفین **711** پر کال کریں) اور نمائندے کی تقرری کا فارم طلب کریں۔ (یہ فارم Medicare کی ویب سائٹ [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) پر بھی دستیاب ہے)۔ یہ فارم اس شخص کو آپ کی طرف سے کام کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ اس پر آپ اور اس شخص کے دستخط ہونے چاہئیں جو آپ اپنی طرف سے کام کرنا چاہتے ہیں۔ آپ کا ہمیں دستخط شدہ فارم کی ایک کاپی دینا ضروری ہے۔

ہم فارم کے بغیر کسی نمائندے سے اپیل کی درخواست قبول کر سکتے ہیں، لیکن جب تک ہم اسے حاصل نہیں کر لیتے ہم اپنا جائزہ شروع یا مکمل نہیں کر سکتے۔ اگر ہمیں آپ کی اپیل پر فیصلہ کرنے کی آخری تاریخ سے پہلے فارم نہیں ملتا ہے، تو آپ کی اپیل کی درخواست خارج کر دی جائے گی۔ اگر ایسا ہوتا ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری نوٹس بھیجیں گے جس میں آپ کے حق کی وضاحت کی جائے گی کہ آپ آزاد جائزہ لینے والی تنظیم سے آپ کی اپیل کو مسترد کرنے کے ہمارے فیصلے پر نظر ثانی کرنے کو کہیں۔

- آپ کو وکیل کی خدمات حاصل کرنے کا حق بھی حاصل ہے۔ آپ اپنے وکیل سے رابطہ کر سکتے ہیں یا اپنی مقامی بار ایسوسی ایشن یا دیگر ریفرل سروس سے وکیل کا نام حاصل کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اہل ہوتے ہیں تو کچھ گروپس ایسے بھی ہیں جو آپ کو مفت قانونی سروسز فراہم کریں گے۔ تاہم، آپ کو کسی قسم کے کوریج کے فیصلے یا اپیل کے فیصلے کی درخواست کے لیے وکیل کی خدمات حاصل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

## سیکشن 5.2 مختلف حالات کے لیے قواعد اور آخری تاریخ

4 مختلف حالات ہیں جن میں کوریج کے فیصلے اور اپیلیں شامل ہیں۔ ہر صورتحال کے مختلف اصول اور آخری تاریخ ہوتی ہے، ہم ان میں سے ہر ایک کی تفصیلات دیتے ہیں:

- **سیکشن 6:** "طبی دیکھ بھال: کوریج کے فیصلے کی درخواست یا اپیل کیسے کریں"
- **سیکشن 7:** "پارٹ ڈی ادویات: کوریج کے فیصلے کی درخواست یا اپیل کیسے کریں"
- **سیکشن 8:** "اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کو بہت جلد ہسپتال سے فارغ کیا جا رہا ہے تو ایک طویل داخل مریض ہسپتال قیام کی کوریج کے لیے ہم سے درخواست کیسے کریں"

- **سیکشن 9:** اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کی کوریج بہت جلد ختم ہو رہی ہے تو مخصوص طبی خدمات کی کوریج جاری رکھنے کے لیے ہم سے کیسے درخواست کریں" (صرف ان خدمات پر لاگو ہوتا ہے: گھر پر صحت کی دیکھ بھال، ہنرمند نرسنگ فیسیلٹی کی دیکھ بھال، اور جامع بیرونی مریض بحالی سہولت (CORF) خدمات)
- اگر آپ کو یقین نہیں ہے کہ آپ پر کون سی معلومات لاگو ہوتی ہیں تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ آپ اپنے SHIP سے مدد یا معلومات بھی حاصل کر سکتے ہیں۔

## سیکشن 6 طبی دیکھ بھال: کوریج کے فیصلے کی درخواست یا اپیل کیسے کریں

### سیکشن 6.1 اگر آپ کو طبی نگہداشت کی کوریج حاصل کرنے میں دشواری ہو یا ہم آپ کو آپ کی دیکھ بھال کے لیے ادائیگی کرنا چاہتے ہیں تو کیا کریں

طبی دیکھ بھال کے لیے آپ کے فوائد طبی فوائد کے چارٹ میں باب 4 میں بیان کیے گئے ہیں۔ بعض صورتوں میں، پارٹ B ادویات کی درخواست پر مختلف اصول لاگو ہوتے ہیں۔ ان صورتوں میں، ہم اس بات کی وضاحت کریں گے کہ پارٹ B ادویات کے قواعد طبی اشیاء اور خدمات کے قواعد سے کیسے مختلف ہیں۔

اس سیکشن میں یہ بتایا گیا ہے کہ اگر آپ مندرجہ ذیل 5 حالات میں سے کسی میں ہیں تو آپ کیا کر سکتے ہیں:

1. آپ وہ طبی دیکھ بھال حاصل نہیں کر رہے جو آپ چاہتے ہیں، اور آپ کا خیال ہے کہ ہمارا پلان اس دیکھ بھال کی کوریج کرتا ہے۔ **کوريج کے فیصلے کی درخواست کریں۔ سیکشن 6.2**
2. ہمارا پلان اس طبی دیکھ بھال کی منظوری نہیں دے رہا ہے جو آپ کا ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا کوئی دوسرا شخص آپ کو دینا چاہتا ہے، اور آپ کا خیال ہے کہ ہمارا پلان اس دیکھ بھال کی کوریج کرتا ہے۔ **کوريج کے فیصلے کی درخواست کریں۔ سیکشن 6.2**
3. آپ نے طبی دیکھ بھال حاصل کی جو آپ کے خیال میں ہمارے پلان کو شامل کرنی چاہیے تھی (جس کی کوریج کرنی چاہیے تھی)، لیکن ہم نے کہہ دیا ہے کہ ہم اس دیکھ بھال کی ادائیگی نہیں کریں گے۔ **اپیل کریں۔ سیکشن 6.3**
4. آپ نے وہ طبی دیکھ بھال حاصل کی اور اس کی ادائیگی کر دی جو آپ کے خیال میں ہمارے پلان کو شامل کرنی چاہیے تھی، اور اب آپ ہمارے پلان سے اس دیکھ بھال کے لیے ادائیگی کی واپسی کا مطالبہ کرنا چاہتے ہیں۔ **ہمیں بل بھیجیں۔ سیکشن 6.5**
5. آپ کو بتایا گیا ہے کہ کچھ طبی دیکھ بھال کی کوریج جو آپ حاصل کر رہے ہیں (جس کی ہم نے پہلے منظوری دی ہے) کو کم یا روک دیا جائے گا، اور آپ کو یقین ہے کہ اس دیکھ بھال کو کم کرنے یا روکنے سے آپ کی صحت کو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ **اپیل کریں۔ سیکشن 6.3**

نوٹ کریں: اگر کوریج جو روک دی جائے گی وہ ہسپتال کی دیکھ بھال، گھریلو صحت کی دیکھ بھال، ہنرمند نرسنگ سہولت کی دیکھ بھال، یا جامع بیرونی مریض بحالی سہولت (CORF) خدمات کے لیے ہے، سیکشن 8 اور 9 پر جائیں۔ نگہداشت کی ان اقسام پر خصوصی اصولوں کا اطلاق ہوتا ہے۔

## سیکشن 6.2 کورج کے فیصلے کے لیے درخواست کرنے کا طریقہ

### قانونی شرائط:

کورج کا فیصلہ جس میں آپ کی طبی دیکھ بھال شامل ہوتی ہے اسے تنظیم کا تعین کہا جاتا ہے۔  
"تیز کورج کا فیصلہ" ایک "تیز رفتار تعین کاری" کہلاتا ہے۔

**مرحلہ 1:** فیصلہ کریں کہ آیا آپ کو کورج کے معیاری فیصلے یا تیز کورج کے فیصلے کی ضرورت ہے۔

ایک معیاری کورج کا فیصلہ عام طور پر 7 کیلنڈر دنوں کے اندر کیا جاتا ہے جب طبی آنٹم یا سروس ہمارے پیشگی اجازت کے قوانین کے تابع ہوتی ہے، دیگر تمام طبی اشیاء اور خدمات کے لیے 14 کیلنڈر دن، یا پارٹ B ادویات کے لیے 72 گھنٹے۔ ایک تیز کورج کا فیصلہ عام طور پر 72 گھنٹوں کے اندر، طبی خدمات کے لیے، پارٹ B ادویات کے لیے 24 گھنٹے کے اندر کیا جاتا ہے۔

- آپ تیز کورج کا فیصلہ صرف اس صورت میں حاصل کر سکتے ہیں اگر معیاری ڈیڈ لائنز کا استعمال آپ کی صحت کو سنگین نقصان پہنچانے یا آپ کے کام کرنے کی صلاحیت متاثر کرنے کا سبب بنا ہو۔
- اگر آپ کا ڈاکٹر ہمیں بتاتا ہے کہ آپ کی صحت کو تیزی سے کورج کے فیصلے کی ضرورت ہے، تو ہم خود بخود آپ کو فوری کورج کا فیصلہ دینے پر رضامند ہو جائیں گے۔
- اگر آپ اپنے ڈاکٹر کے تعاون کے بغیر، اپنے طور پر تیزی سے کورج کا فیصلہ کرنے کے لیے کہتے ہیں، تو ہم فیصلہ کریں گے کہ آیا آپ کی صحت کا تقاضا ہے کہ ہم آپ کو فوری کورج کا فیصلہ دیں۔ اگر ہم تیزی سے کورج کے فیصلے کو منظور نہیں کرتے ہیں، تو ہم آپ کو ایک خط بھیجیں گے جس میں:
  - وضاحت کی جائیگی کہ ہم معیاری ڈیڈ لائن استعمال کریں گے۔
  - وضاحت کی جائیگی کہ اگر آپ کا ڈاکٹر تیزی سے کورج کے فیصلے کے لیے کہتا ہے، تو ہم خود بخود آپ کو فوری کورج کا فیصلہ دیں گے۔
  - وضاحت کی جائیگی کہ آپ ہمارے فیصلے کے بارے میں ایک تیز شکایت درج کر سکتے ہیں کہ آپ کو تیز کورج کے فیصلے کے بجائے ایک معیاری کورج کا فیصلہ دینے کا آپ نے کہا ہے۔

**مرحلہ 2:** ہمارے منصوبے سے کورج کا فیصلہ یا تیز کورج کا فیصلہ کرنے کی درخواست کریں۔

- اپنی مطلوبہ طبی نگہداشت کے لیے ہماری اجازت یا کورج فراہم کرنے کی خاطر اپنی درخواست کے لیے ہمارے منصوبے کو کال کرنے، خط لکھنے یا فیکس کرنے سے شروعات کریں۔ آپ، آپ کا ڈاکٹر، یا آپ کا نمائندہ یہ کر سکتے ہیں۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔

**مرحلہ 3:** ہم آپ کی طبی دیکھ بھال کی کورج کے لیے آپ کی درخواست پر غور کرتے ہیں اور آپ کو اپنا جواب دیتے ہیں۔

ہم کورج کے معیاری فیصلوں کے لیے معیاری ڈیڈ لائنز استعمال کرتے ہیں۔

- اس کا مطلب یہ ہے کہ ہم آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد، ان طبی اشیاء یا خدمات کے لیے جن پر ہماری پیشگی اجازت کے قواعد لاگو ہوتے ہیں، آپ کو 7 کیلنڈر دنوں کے اندر جواب دیں گے۔ اگر آپ کا درخواست کردہ طبی آنٹم یا سروس ہمارے پہلے سے اجازت دہندگی کے قواعد کے تابع نہیں ہے تو، ہم آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد 14 کیلنڈر دن کے اندر آپ کو جواب دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے، تو ہم آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد 72 گھنٹوں کے اندر آپ کو جواب دیں گے۔
- تاہم، اگر آپ مزید وقت کی درخواست کرتے ہیں، یا اگر ہمیں ایسی مزید معلومات چاہئیں جن سے آپ کو فائدہ ہو سکتا ہو، تو ہمیں آپ کی درخواست کے طبی اشیاء یا سروس کے حوالے سے ہونے کی صورت میں 14 یا زائد تقویمی ایام تک لگ سکتے ہیں۔ اگر ہم اضافی دن لیتے ہیں، تو ہم آپ کو تحریری طور پر بتائیں گے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے تو ہم فیصلہ کرنے کے لیے اضافی وقت نہیں لے سکتے۔
- اگر آپ کو یقین ہے کہ ہمیں اضافی دن نہیں لینے چاہئیں، تو آپ "تیز شکایت" درج کروا سکتے ہیں۔ جیسے ہی ہم فیصلہ کریں گے ہم آپ کو آپ کی شکایت کا جواب دیں گے۔ (شکایت درج کروانے کا طریقہ کار، کورج کے فیصلے اور اپیل کے طریقہ کار سے مختلف ہے۔ شکایات کے بارے میں معلومات کے لیے سیکشن 11 پر جائیں۔)

تیز کوریج کے فیصلے کے لیے ہم برق رفتار ٹائم فریم کا استعمال کرتے ہیں۔

تیزی سے کوریج کے فیصلے کا مطلب ہے کہ اگر آپ کی درخواست کسی طبی شے یا خدمت کے لیے ہے تو ہم 72 گھنٹوں کے اندر جواب دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے، تو ہم 24 گھنٹوں کے اندر جواب دیں گے۔

- تاہم، اگر آپ مزید وقت کے لیے درخواست کرتے ہیں، یا اگر آپ کے فائدے کے لیے ہمیں مزید کی ضرورت ہو، تو ہم مزید 14 دنوں تک کا وقت لے سکتے ہیں۔ اگر ہم اضافی دن لیتے ہیں، تو ہم آپ کو تحریری طور پر بتائیں گے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے تو ہم فیصلہ کرنے کے لیے اضافی وقت نہیں لے سکتے۔
- اگر آپ کو یقین ہے کہ ہمیں اضافی دن نہیں لینے چاہئیں، تو آپ "تیز شکایت" درج کروا سکتے ہیں۔ (شکایات کے بارے میں معلومات کے لیے سیکشن 11 پر جائیں۔) جیسے ہی ہم فیصلہ کریں گے ہم آپ کو کال کریں گے۔
- اگر آپ کی کئی یا جزوی درخواست پر ہمارا جواب نفی میں ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری بیان بھیجیں گے جس میں وضاحت کی جائے گی کہ ہم نے نہیں کیوں کہا تھا۔

**مرحلہ 4:** اگر ہم آپ کی طبی نگہداشت کی کوریج کی درخواست کو مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔

- اگر ہم مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ کے پاس یہ حق ہے کہ ہمیں اس فیصلے پر دوبارہ نظر ثانی کی درخواست اپیل کرنے کے ذریعے کریں۔ اس کا مطلب ہے کہ طبی نگہداشت کی وہ کوریج دوبارہ حاصل کرنے کی درخواست کریں جو آپ چاہتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ اپیل کے عمل کے لیول 1 پر جارہے ہیں۔

## سیکشن 6.3 لیول 1 کی اپیل کیسے کی جائے

### قانونی شرائط:

طبی دیکھ بھال کی کوریج کے فیصلے کے بارے میں منصوبے کی اپیل کو منصوبہ کی ازسرنو نظر ثانی کہا جاتا ہے۔ ایک "تیز اپیل" کو تیز رفتار نظر ثانی بھی کہتے ہیں۔

**مرحلہ 1:** فیصلہ کریں کہ آیا آپ کو ایک معیاری اپیل یا ایک تیز اپیل کی ضرورت ہے۔

عموماً ایک معیاری اپیل 7 کیلنڈر دن یا حصہ B کی ادویات کے لیے 30 کیلنڈر دن کے اندر کی جاتی ہے۔ عموماً ایک تیز اپیل 72 گھنٹوں کے اندر کی جاتی ہے۔

- اگر آپ کسی فیصلے کی اپیل کر رہے ہیں جو ہم نے دیکھ بھال کی کوریج کے بارے میں کیا ہے، تو آپ اور/یا آپ کے ڈاکٹر کو یہ فیصلہ کرنے کی ضرورت ہے کہ آیا آپ کو فوری اپیل کی ضرورت ہے۔ اگر آپ کا ڈاکٹر ہمیں بتاتا ہے کہ آپ کی صحت کو فوری اپیل کی ضرورت ہے، تو ہم آپ کو فوری اپیل فراہم کریں گے۔
- تیز اپیل حاصل کرنے کے تقاضے وہی ہیں جو سیکشن 6.2 میں تیزی سے کوریج کا فیصلہ حاصل کرنے کے لیے ہیں۔

**مرحلہ 2:** ہمارے منصوبے سے ایک اپیل یا تیز اپیل کی درخواست کریں

- اگر آپ معیاری اپیل کی درخواست کر رہے ہیں، تو اپنی معیاری اپیل تحریری طور پر جمع کروائیں۔ آپ ہمیں اپیل کی درخواست بذریعہ کال بھی کر سکتے ہیں۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔
- اگر آپ فوری اپیل کی درخواست کر رہے ہیں تو اپنی اپیل تحریری طور پر کریں یا ہمیں کال کریں۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔
- آپ کو اپنی اپیل کی درخواست اس تحریری نوٹس کی تاریخ سے 65 کیلنڈر دن کے اندر لازماً کرنی چاہیئے جو ہم نے آپ کو کوریج کے فیصلے پر اپنا جواب بتانے کے لیے بھیجا تھا۔ اگر آپ نے اس ڈیڈ لائن کو پورا نہیں کرتے اور آپ کے پاس اسے پورا نہ کرنے کی ایک معقول وجہ ہے، تو اپنی اپیل کرتے ہوئے اپیل میں تاخیر کی وجہ کی وضاحت کریں۔ ہم آپ کو اپنی اپیل کرنے کے لیے مزید وقت دے سکتے ہیں۔ "اچھی وجہ" کی مثالوں میں ایک سنگین بیماری شامل ہو سکتی ہے جس نے آپ کو ہم سے رابطہ کرنے سے روکا ہو، یا اگر ہم نے آپ کو اپیل کی درخواست جمع کروانے کی آخری تاریخ کے بارے میں غلط یا نامکمل معلومات فراہم کی تھی۔
- آپ اپنے طبی فیصلے سے متعلق معلومات کی ایک مفت کاپی کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ اور آپ کا ڈاکٹر اپنی اپیل کی حمایت کے لیے مزید معلومات شامل کر سکتے ہیں۔

اگر ہم آپ کو بتاتے ہیں کہ ہم سروسز یا اشیاء کو بند کرنے یا کم کرنے لگے ہیں جو آپ پہلے سے موصول کر رہے تھے، تو آپ اپنی اپیل کے دوران ان سروسز یا اشیاء کو برقرار رکھنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔

- اگر ہم نے کسی سروس یا آئٹم کی کوریج کو تبدیل کرنے یا روکنے کا فیصلہ کیا ہے جو آپ کو فی الحال مل رہی ہے، تو ہم مجوزہ کارروائی کرنے سے پہلے آپ کو ایک نوٹس بھیجیں گے۔
- اگر آپ کارروائی سے غیر متفق ہیں، تو درجہ 1 کی اپیل فائل کر سکتے ہیں۔ اگر آپ ہمارے خط کی ڈاک کی تاریخ سے 10 کیلنڈر دنوں کے اندر یا کارروائی کی مطلوبہ مؤثر تاریخ تک، ان میں سے جو بھی بعد میں ہو، لیول 1 کی اپیل کی درخواست کرتے ہیں، تو ہم سروس یا آئٹم کو کور کرنا جاری رکھیں گے۔
- اگر آپ اس ڈیڈ لائن کو پورا کرتے ہیں، تو آپ سروس یا شے بغیر کسی تبدیلی کے حاصل کرنا جاری رکھ سکتے ہیں جب کہ آپ کی درجہ 1 کی اپیل زیر التواء ہو۔ آپ بغیر کسی تبدیلی کے دیگر تمام خدمات یا آئٹمز (جو آپ کی اپیل کا موضوع نہیں ہیں) حاصل کرتے رہیں گے۔

### مرحلہ 3: ہم آپ کی اپیل پر غور کرتے ہیں اور آپ کو اپنا جواب دیتے ہیں۔

- جب ہم آپ کی اپیل کا جائزہ لے رہے ہوتے ہیں، تو ہم تمام معلومات پر بغور نظر ڈالتے ہیں۔ ہم یہ دیکھنے کے لیے چیک کرتے ہیں آیا ہم تمام اصولوں پر عمل کر رہے تھے جب ہم نے آپ کی درخواست کو مسترد کیا تھا۔
- ضرورت پڑنے پر ہم مزید معلومات اکٹھا کریں گے اور آپ یا آپ کے ڈاکٹر سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

### تیز اپیل کے لیے ڈیڈ لائنز

- تیز اپیلز کے لیے، ہمیں آپ کو اپنا جواب آپ کی درخواست موصول ہونے کے 72 گھنٹوں کے اندر دینا ہو گا۔ اگر آپ کی صحت کا تقاضا ہو تو ہم آپ کو اپنا جواب جلد فراہم کر دیں گے۔

- اگر آپ مزید وقت کی درخواست کرتے ہیں، یا اگر ہمیں ایسی مزید معلومات چاہئیں جن سے آپ کو فائدہ ہو سکتا ہو، تو ہمیں آپ کی درخواست کے طبی اشیاء یا سروس کے حوالے سے ہونے کی صورت میں 14 یا زائد کیلنڈر دن تک لگ سکتے ہیں۔ اگر ہم اضافی دن لیتے ہیں، تو ہم آپ کو تحریری طور پر بتائیں گے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے تو ہم اضافی وقت نہیں لے سکتے۔

- اگر ہم آپ کو 72 گھنٹوں کے اندر جواب نہیں دیتے ہیں (یا توسیع شدہ مدت کے اختتام تک اگر ہمیں اضافی دن لگے ہیں)، تو ہمیں آپ کی درخواست کو خود بخود اپیل کے عمل کے لیول 2 پر بھیجنا ہو گا، جہاں اس کا جائزہ ایک آزاد جائزہ لینے والی تنظیم کرے گی۔ سیکشن 6.4 درجہ 2 کی اپیل کی کارروائی کی وضاحت کرتا ہے۔

- اگر آپ کی کئی یا جزوی درخواست پر ہمارا جواب ہاں میں ہے، تو ہمیں اسے منظور کرنا یا وہ کوریج لازماً فراہم کرنی چاہیے جس پر ہم نے آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد 72 گھنٹوں کے اندر فراہم کرنے کے لیے رضامندی ظاہر کی ہے۔
- اگر ہمارے جواب میں آپ کی درخواست کا کچھ حصہ یا پوری درخواست مسترد کی جاتی ہے، تو ہم اپنا فیصلہ آپ کو تحریری طور پر بھیجیں گے اور آپ کی اپیل کو لیول 2 کی اپیل کے لیے خود بخود ایک آزاد جائزہ کار تنظیم کو بھیج دیں گے۔ آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی اپیل موصول ہونے پر آپ کو تحریری طور پر مطلع کرے گی۔

### معیاری اپیل کے لیے ڈیڈ لائنز

- معیاری اپیلوں کے لیے، ہمیں آپ کی اپیل موصول ہونے کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو اپنا جواب دینا ضروری ہے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے جو آپ کو ابھی تک نہیں ملی ہے، تو ہم آپ کی اپیل موصول ہونے کے بعد 7 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو اپنا جواب دیں گے۔ اگر آپ کی صحت کا تقاضا ہو گا، تو ہم آپ کو اپنا فیصلہ جلد دیں گے۔

- تاہم، اگر آپ مزید وقت کی درخواست کرتے ہیں، یا اگر ہمیں ایسی مزید معلومات چاہئیں جن سے آپ کو فائدہ ہو سکتا ہو، تو ہمیں آپ کی درخواست کے طبی اشیاء یا سروس کے حوالے سے ہونے کی صورت میں 14 یا زائد تقویمی ایام تک لگ سکتے ہیں۔ اگر ہم اضافی دن لیتے ہیں، تو ہم آپ کو تحریری طور پر بتائیں گے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے تو ہم فیصلہ کرنے کے لیے اضافی وقت نہیں لے سکتے۔

- اگر آپ کو یقین ہے کہ ہمیں اضافی دن نہیں لینے چاہئیں، تو آپ "تیز شکایت" درج کروا سکتے ہیں۔ جب آپ فوری شکایت درج کرتے ہیں، تو ہم آپ کو 24 گھنٹوں کے اندر آپ کی شکایت کا جواب دیں گے۔ (شکایات درج کرنے کے عمل کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، بشمول فوری شکایات، سیکشن 11 پر جائیں۔)

- اگر ہم آپ کو آخری تاریخ (یا توسیع شدہ مدت کے اختتام تک) جواب نہیں دیتے ہیں، تو ہم آپ کی درخواست لیول 2 کی اپیل کو بھیجیں گے جہاں ایک آزاد جائزہ کار تنظیم اپیل کا جائزہ لے گی۔ سیکشن 6.4 درجہ 2 کی اپیل کی کارروائی کی وضاحت کرتا ہے۔
- اگر ہمارے جواب میں آپ کی درخواست کا کچھ حصہ یا پوری درخواست قبول کی جاتی ہے، تو ہمیں 30 کیلنڈر دنوں کے اندر اس کوریج کی منظوری دینی ہوگی یا وہ کوریج فراہم کرنا ہوگا، یا اگر آپ کی درخواست کسی پارٹ B دوا کے لیے ہے تو 7 کیلنڈر دنوں کے اندر ایسا کرنا ہوگا۔
- اگر ہمارا منصوبہ آپ کی کئی یا جزوی اپیل پر نہیں کہتا ہے، تو آپ کو اپیل کرنے کے اضافی حقوق حاصل ہیں۔
- اگر ہم آپ کی درخواست کا کچھ حصہ یا پوری درخواست مسترد کرتے ہیں، تو ہم آپ کو ایک خط بھیجیں گے۔
- اگر آپ کا مسئلہ Medicare سروس یا آئٹم کی کوریج کے بارے میں ہے، تو خط میں آپ کو مطلع کیا جائیگا کہ ہم نے آپ کا کیس لیول 2 کی اپیل کے لیے آزاد جائزہ کار تنظیم کو بھیج دیا ہے۔
- اگر آپ کا مسئلہ Medicaid سروس یا آئٹم کی کوریج کے بارے میں ہے، تو خط میں معلومات دی جائیگی کہ لیوی 2 کی اپیل خود کیسے دائر کی جائے۔

## سیکشن 6.4 لیول 2 اپیل کا عمل

### فانونی اصطلاح:

خود مختار جائزاتی تنظیم کا رسمی نام خود مختار جائزاتی ادارہ ہے۔ بعض اوقات اسے IRE کہا جاتا ہے۔

خود مختار جائزہ جاتی تنظیم ایک ایسی خود مختار تنظیم ہے جس کی خدمات Medicare کی جانب سے حاصل کی گئی ہیں۔ یہ ہمارے ساتھ منسلک نہیں ہے اور یہ کوئی سرکاری ایجنسی نہیں ہے۔ یہ تنظیم فیصلہ کرتی ہے کہ آیا جو فیصلہ ہم نے کیا ہے وہ درست ہے یا اسے تبدیل کیا جانا چاہیے۔ Medicare اپنے کام کی نگرانی کرتا ہے۔

- اگر آپ کا مسئلہ کسی ایسی سروس یا آئٹم کے بارے میں ہے جو عام طور پر Medicare میں شامل ہوتا ہے، تو ہم لیول 1 کی اپیل مکمل ہوتے ہی آپ کا کیس اپیل کے عمل کے لیے لیول 2 پر بھیج دیں گے۔
- اگر آپ کا مسئلہ کسی ایسی سروس یا آئٹم کے بارے میں ہے جو عام طور پر Medicaid کے ذریعے احاطہ کرتا ہے، تو آپ خود لیول 2 کی اپیل دائر کر سکتے ہیں۔ خط میں بتایا جائیگا کہ یہ کیسے کریں۔ معلومات بھی درج ذیل ہیں۔
- اگر آپ کا مسئلہ کسی ایسی سروس یا آئٹم کے بارے میں ہے جو Medicare اور Medicaid دونوں کے تحت گور ہو سکتی ہو، تو خود بخود لیول 2 کی آپ کی ایک اپیل آزاد جائزہ کار تنظیم کے پاس درج ہو جائیگی۔ آپ ریاست سے منصفانہ سماعت کی درخواست کر سکتے ہیں۔

اگر آپ اپنی درجہ 1 کی اپیل دائر کرتے وقت وظائف کے تسلسل کے اہل ثابت ہوتے ہیں، تو آپ کے اپیل کے تحت سروس، شے، یا دوا کے وظائف درجہ 2 کے دوران بھی جاری رہ سکتے ہیں۔ درجہ 1 کی اپیل کے دوران اپنے وظائف کے تسلسل کو برقرار رکھنے کے بارے میں معلومات کے لیے صفحہ 138 پر جائیں۔

- اگر آپ کا مسئلہ کسی ایسی خدمت سے متعلق ہے جس کو عام طور پر صرف Medicare کے ذریعے کور کیا جاتا ہے، تو اس سروس کے لیے آپ کے فوائد آزادانہ جائزہ تنظیم کے ساتھ سطح 2 کی اپیل کے عمل کے دوران جاری نہیں رہیں گے۔
- اگر آپ کا مسئلہ کسی ایسی سروس سے متعلق ہے جو عام طور پر Medicaid کے ذریعے احاطہ کیا جاتا ہے، تو اس سروس کے لیے آپ کے فوائد جاری رہیں گے اگر آپ ہمارے پلان کا فیصلہ نامہ حاصل کرنے کے بعد 10 کیلنڈر دنوں کے اندر سطح 2 کی اپیل جمع کراتے ہیں۔

اگر آپ کا مسئلہ کسی سروس یا آئٹم سے متعلق ہے تو Medicare عام طور پر اس کو کور کرتا ہے:

مرحلہ 1: خود مختار جائزاتی تنظیم آپ کی اپیل کا جائزہ لیتی ہے۔

- ہم آپ کی اپیل سے متعلق معلومات اس تنظیم کو بھیجیں گے۔ اس معلومات کو آپ کی کیس فائل کہا جاتا ہے۔ آپ کو ہم سے اپنی کیس فائل کی مفت کاپی مانگنے کا حق ہے۔
- آپ یہ حق رکھتے ہیں کہ اپنی اپیل کی حمایت کے لیے خود مختار جائزاتی تنظیم کو اضافی معلومات فراہم کریں۔
- آزاد جائزہ کار تنظیم کے مبصرین آپ کی اپیل سے متعلق تمام معلومات کا بغور جائزہ لیں گے۔

اگر آپ نے لیول 1 پر فوری اپیل کی تھی، تو آپ کی لیول 2 پر بھی فوری اپیل ہوگی۔

- فوری اپیل کے لیے، آزاد جائزہ کار تنظیم کو آپ کی اپیل موصول ہونے کے 72 گھنٹوں کے اندر آپ کی لیول 2 کی اپیل کا جواب دینا ضروری ہے۔
- اگر آپ کی درخواست ایک طبی شے یا سروس کے لیے ہے اور خودمختار جائزاتی تنظیم کو مزید معلومات اکٹھی کرنے کی ضرورت ہے جن سے آپ کو فائدہ ہو سکتا ہو، تو یہ 14 کیلنڈر دنوں سے زیادہ دن لے سکتی ہے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے تو آزاد جائزہ کار تنظیم فیصلہ کرنے میں اضافی وقت نہیں لے سکتی۔
- اگر آپ کے پاس لیول 1 پر معیاری اپیل تھی، تو آپ کے پاس لیول 2 پر بھی ایک معیاری اپیل ہوگی۔
- معیاری اپیل کے لیے، اگر آپ کی درخواست کسی طبی آنٹم یا سروس کے لیے ہے، تو آزاد جائزہ کار تنظیم کو آپ کی اپیل موصول ہونے کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کی لیول 2 کی اپیل کا جواب دینا ضروری ہے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے، تو آزاد جائزہ کار تنظیم کو آپ کی اپیل موصول ہونے کے 7 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کی لیول 2 کی اپیل کا جواب دینا چاہیے۔
- اگر آپ کی درخواست ایک طبی شے یا سروس کے لیے ہے اور خودمختار جائزاتی تنظیم کو مزید معلومات اکٹھی کرنے کی ضرورت ہے جن سے آپ کو فائدہ ہو سکتا ہو، تو یہ 14 کیلنڈر دنوں سے زیادہ دن لے سکتی ہے۔ اگر آپ کی درخواست پارٹ B کی دوا کے لیے ہے تو آزاد جائزہ کار تنظیم فیصلہ کرنے میں اضافی وقت نہیں لے سکتی۔

مرحلہ 2: آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کو اس کا جواب دیتی ہے۔

آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کو تحریری طور پر اپنا فیصلہ بتائے گی اور اس کی وجوہات بیان کرے گی۔

- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم کسی طبی آنٹم یا سروس کی درخواست کے کچھ حصہ یا پوری درخواست کو قبول کرتی ہے، تو معیاری درخواستوں کے لیے آزاد جائزہ کار تنظیم سے فیصلہ موصول ہونے کے بعد ہمیں 72 گھنٹوں کے اندر طبی دیکھ بھال کی کوریج کی منظوری دینی ہوگی یا 14 کیلنڈر دنوں کے اندر وہ سروس فراہم کرنی ہوگی۔ فوری درخواستوں کے لیے، ہمارے پاس آزاد جائزہ کار تنظیم سے فیصلہ موصول ہونے کی تاریخ سے 72 گھنٹے ہوتے ہیں۔
- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم کسی پارٹ B دوا کی درخواست کے کچھ حصہ یا پوری درخواست کو قبول کرتی ہے، تو معیاری درخواستوں کے لیے آزاد جائزہ کار تنظیم سے فیصلہ موصول ہونے کے بعد ہمیں 72 گھنٹوں کے اندر پارٹ B دوا کی منظوری دینی ہوگی یا وہ دوا فراہم کرنی ہوگی۔ فوری درخواستوں کے لیے، ہمارے پاس آزاد جائزہ کار تنظیم سے فیصلہ موصول ہونے کی تاریخ سے 72 گھنٹے ہوتے ہیں۔
- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی اپیل کو جزوی یا مکمل طور پر مسترد کرتی ہے، تو اس کا مطلب ہے کہ وہ ہمارے پلان سے متفق ہیں کہ طبی دیکھ بھال کے لیے کوریج کے لیے آپ کی درخواست (یا آپ کی درخواست کا حصہ) کو منظور نہیں کیا جانا چاہیے۔ (اسے فیصلے کو برقرار رکھنا یا اپنی اپیل کو مسترد کرنا کہا جاتا ہے۔) اس صورت میں، آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کو ایک خط بھیجے گی:
  - اس میں فیصلے کی وضاحت کی گئی ہوگی۔
  - اس میں آپ کو لیول 3 کی اپیل کے حق سے آگاہ کیا گیا ہوگا، اگر طبی دیکھ بھال کی کوریج کی مالی قدر ایک مخصوص کم از کم حد کو پورا کرتی ہو۔ خودمختار جائزاتی تنظیم کی جانب سے آپ کو موصول ہونے والا تحریری نوٹس آپ کو ڈالر کی رقم بتائے گا جسے آپ کو اپیل کا عمل جاری رکھنے کے لیے پورا کرنا ضروری ہے۔
  - اس میں آپ کو لیول 3 کی اپیل دائر کرنے کا طریقہ بتایا گیا ہوگا۔
- اگر آپ کی لیول 2 کی اپیل مسترد ہو جاتی ہے اور آپ اپیل کے عمل کو جاری رکھنے کے تقاضوں کو پورا کرتے ہیں، تو آپ کو یہ فیصلہ کرنا ہوگا کہ آیا آپ لیول 3 پر جانا چاہتے ہیں اور تیسری اپیل دائر کرنا چاہتے ہیں۔ اسے کیسے کرنا ہے اس حوالے سے تفصیلات اس تحریری نوٹس میں ہیں جو آپ کو آپ کی درجہ 2 کی اپیل کے بعد موصول ہوتا ہے۔
- درجہ 3 کی اپیل کا نظم انتظامی قانون کے جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ کی جانب سے کیا جاتا ہے۔ اس باب میں سیکشن 10 درجہ 3، 4 اور 5 کی اپیلوں کے طریقے کی وضاحت کرتا ہے۔

اگر آپ کا مسئلہ کسی سروس یا آنٹم کے بارے میں ہے جو عام طور پر Medicaid کور کرتا ہے:

مرحلہ 1: ریاست کے پاس منصفانہ سماعت کی درخواست کریں۔

- عام طور پر Medicaid کے زیر کورڈ خدمات کے لیے اپیل کے عمل کا لیول 2 ریاست کے ساتھ منصفانہ سماعت ہے۔ آپ کو اس تاریخ کے 60 کیلنڈر دنوں کے اندر جب ہم نے آپ کی سطح 1 کی اپیل پر فیصلہ نامہ بھیجا ہے، آپ کو تحریری طور پر یا فون پر منصفانہ سماعت کا مطالبہ کرنا چاہیے۔ آپ کو ہماری طرف سے موصول ہونے والا خط آپ کو بتائے گا کہ آپ کی سماعت کی درخواست کہاں جمع کرنی ہے۔
- فون کے ذریعے: 1-800-342-3334 (TTY صارفین 711 پر کال کریں اور آپریٹر سے 1-877-502-6155 پر کال کرنے کو کہیں)
- فیکس کے ذریعے: 518-473-6735
- بذریعہ انٹرنیٹ: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- بذریعہ ڈاک: NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings

Managed Care Hearing Unit

P.O. Box 22023

Albany, New York 12201-2023

- بالمشافہ: New York City کے غیر باشندگان کے لیے:

Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings

40 North Pearl Street

Albany, New York 12243

- برائے New York City کے باشندگان:

Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings

5 Beaver Street

New York, New York 10004

آپ کے منصفانہ سماعت کے لیے کہنے کے بعد، ریاست آپ کو سماعت کے وقت اور جگہ کے ساتھ ایک نوٹس بھیجے گی۔ سماعت میں آپ سے وضاحت کرنے کو کہا جائے گا کہ آپ کے خیال میں یہ فیصلہ غلط کیوں ہے۔ ایک سماعت افسر آپ اور پلان دونوں کی بات سنے گا اور فیصلہ کرے گا کہ آیا ہمارا فیصلہ غلط تھا۔ اگر ریاست آپ کی فاسٹ ٹریک فیئر ہیئرنگ کی درخواست مسترد کرتی ہے، تو وہ آپ کو کال کریں گے اور ایک خط بھیجیں گے۔ اگر آپ کی فاسٹ ٹریک فیئر ہیئرنگ کی درخواست مسترد کر دی جاتی ہے، تو ریاست 90 دنوں میں آپ کی منصفانہ سماعت پر کارروائی کرے گی۔

اگر ریاست فاسٹ ٹریک فیئر ہیئرنگ کے لیے آپ کی درخواست کو منظور کرتی ہے، تو وہ آپ کو آپ کی سماعت کا وقت اور تاریخ دینے کے لیے کال کریں گے۔ تمام فاسٹ ٹریک فیئر سماعتیں فون پر ہوں گی۔

سماعت کی تیاری کے لیے:

- سماعت سے پہلے ہم آپ کو "ثبوت کے پیکٹ" کی ایک کاپی بھیجیں گے۔ یہ وہ معلومات ہے جسے ہم آپ کی خدمات کے بارے میں فیصلہ کرنے کے لیے استعمال کرتے ہیں۔ ہم اپنے فیصلے کی وضاحت کے لیے یہ معلومات سماعت کرنے والے افسر کو دیں گے۔ اگر آپ کو یہ ارسال کرنے کی خاطر زیادہ وقت نہ ہوا، تو ہم سماعت میں آپ کے لیے ثبوت کے پیکٹ کی ایک کاپی ہمراہ لائیں گے۔ اگر آپ کو اپنی سماعت سے ایک ہفتہ قبل ثبوت کا پیکٹ نہیں ملتا ہے، تو آپ اسے طلب کرنے کے لیے MCO-PLAN 1-800 پر کال کر سکتے ہیں۔

آپ کو اپنی کیس فائل اور دیگر دستاویزات دیکھنے کا حق ہے۔ آپ کی کیس فائل میں آپ کے صحت کے ریکارڈز شامل ہیں اور اس

میں مزید ایسی معلومات بھی ہو سکتی ہیں کہ آپ کی صحت کی دیکھ بھال کی سروس کیوں تبدیل کی گئی یا کیوں منظور نہیں کی گئی۔ آپ رہنما اصولوں اور کسی بھی دیگر دستاویز کو دیکھنے کی درخواست بھی کر سکتے ہیں جو ہم نے یہ فیصلہ کرنے کے لیے استعمال کی تھی۔ آپ اپنی کیس فائل اور دیگر دستاویزات دیکھنے کے لیے، یا مفت کاپی مانگنے کے لیے MCO-PLAN 1-800 پر

کال کر سکتے ہیں۔ کاغذات کی نقلیں صرف اسی صورت میں آپ کو ڈاک کے ذریعے بھیجی جائیں گی اگر آپ کہیں کہ آپ انہیں ڈاک سے بھیجوانا چاہتے ہیں۔

- آپ کو یہ حق حاصل ہے کہ آپ سماعت میں مدد کے لیے کسی شخص کو اپنے ساتھ لائیں، جیسے وکیل، دوست، رشتہ دار یا کوئی اور۔ سماعت پر، آپ یا یہ شخص سماعت کے افسر کو تحریری طور پر کچھ دے سکتے ہیں، یا صرف یہ کہہ سکتے ہیں کہ فیصلہ کیوں غلط تھا۔ آپ لوگوں کو اپنے حق میں بولنے کے لیے بھی لا سکتے ہیں۔ آپ یا یہ شخص سماعت میں کسی دوسرے لوگوں سے بھی سوالات پوچھ سکتے ہیں۔
- آپ کو اپنے کیس کی حمایت کے لیے دستاویزات جمع کرانے کا حق ہے۔ کسی بھی کاغذات کی ایک کاپی لائیں جو آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے کیس میں مدد ملے گی، جیسے ڈاکٹر کے خطوط، صحت کی دیکھ بھال کے بل، اور رسیدیں۔ اس نوٹس کی ایک کاپی اور اس کے ساتھ آنے والے تمام صفحات کو آپ کی سماعت پر لانا مددگار ثابت ہو سکتا ہے۔
- آپ اپنی مقامی لیگل ایڈ سوسائٹی یا وکالت گروپ کو کال کر کے قانونی مدد حاصل کر سکتے ہیں۔ وکیل تلاش کرنے کے لیے، "Lawyers" سیکشن کے اندر موجود
- پبلے صفحات دیکھیں یا [www.LawhelpNY.org](http://www.LawhelpNY.org) پر جائیں۔ نیو یارک سٹی میں، 311 پر کال کریں۔

### بیرونی اپیل

اگر ہم نے کہا کہ آپ نے جس سروس کی درخواست کی تھی، وہ مندرجہ ذیل ہے، تو آپ کو اپیل کے دیگر حقوق حاصل ہیں:

1. طبی طور پر ضروری نہیں؛
2. تجرباتی یا تحقیقاتی؛
3. اس دیکھ بھال سے مختلف نہیں جو آپ پلان کے نیٹ ورک میں حاصل کر سکتے ہیں۔
4. حصہ لینے والے فراہم کنندہ سے دستیاب ہے جس کے پاس پ کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے صحیح تربیت اور تجربہ ہے۔

اس قسم کے فیصلوں کے لیے، آپ نیو یارک اسٹیٹ (NYS) سے ایک آزاد بیرونی اپیل کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ اسے بیرونی اپیل کہا جاتا ہے کیونکہ اس کا فیصلہ ایسے جائزہ کار کرتے ہیں جو Senior Whole Health of New York NHC یا NYS کے لیے کام نہیں کرتے۔ یہ اہل جائزہ کار ہیں جنہیں NYS نے منظور کیا ہے۔ سروس کا منصوبے کے وظیفہ جاتی پیکج میں ہونا یا کوئی تجرباتی علاج، کلینیکل ٹرائل، یا کسی نایاب بیماری کے ضمن میں کوئی علاج ہونا لازم ہے۔ آپ کو ایک بیرونی اپیل کے لیے ادائیگی کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

بیرونی اپیل کی درخواست کرنے کے لیے، آپ کے پاس اُس تاریخ سے 4 ماہ کا وقت ہے جب ہم نے آپ کی لیول 1 کی اپیل پر فیصلے کا خط بھیجا تھا۔ اگر آپ اور Senior Whole Health of New York NHC ہمارے اپیل کے عمل کو چھوڑنے پر منفق ہو گئے تھے، تو آپ کو اُس معاہدے کے 4 ماہ کے اندر بیرونی اپیل کی درخواست کرنی ہوگی۔

بیرونی اپیل کی درخواست کے لیے، ایپلیکیشن پُر کریں اور اسے شعبہ برائے مالی سروسز کو بھیجیں۔ اگر آپ کو بیرونی اپیل دائر کرنے میں مدد کی ضرورت ہو، تو آپ اپنے ممبر آئی ڈی کارڈ کی پشت پر دیے گئے نمبر پر ممبر سروسز کو کال کر سکتے ہیں۔ آپ کو اور آپ کے ڈاکٹرز کو آپ کے طبی مسائل کے بارے میں معلومات فراہم کرنی ہوں گی۔ بیرونی اپیل کی درخواست بتاتی ہے کہ کون سی معلومات کی ضرورت ہوگی۔

بیرونی اپیل کی درخواست حاصل کرنے کے کچھ طریقے یہ ہیں:

- محکمہ مالیاتی خدمات کو 1-800-400-8882 پر کال کریں۔

- ڈپارٹمنٹ آف فنانشل سروسز کی ویب سائٹ [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov) پر جائیں۔

- ہم سے (833) 671-0440 پر رابطہ کریں۔

آپ کی بیرونی اپیل کا فیصلہ 30 دنوں میں کر دیا جائے گا۔ اگر بیرونی اپیل کا جائزہ کار مزید معلومات طلب کرتا ہے تو (پانچ ایام کار تک) مزید وقت درکار ہو سکتا ہے۔ فیصلہ ہونے کے بعد دو دن کے اندر آپ کو اور Senior Whole Health of New York NHC کو حتمی فیصلہ سنایا جائے گا۔

آپ اس صورت فوری فیصلہ حاصل کر سکتے ہیں کہ اگر:

- آپ کے ڈاکٹر کا کہنا ہے کہ تاخیر سے آپ کی صحت کو شدید نقصان پہنچے گا یا
- ایمرجنسی روم کے دورے کے بعد آپ ہسپتال میں ہیں اور ہسپتال کی دیکھ بھال آپ کے پلان کے ذریعے مسترد کردی گئی ہے۔

**باب 9: اگر آپ کو کوئی مسئلہ یا شکایت ہے (کوريج کے فیصلے، اپیلیں، شکایات)**

اسے فوری بیرونی اپیل کہا جاتا ہے۔ بیرونی اپیل کا جائزہ کار تیز رفتار اپیل کے لیے 72 گھنٹوں یا کم میں فیصلہ کرے گا۔ اگر آپ نے ہسپتال چھوڑنے سے کم از کم 24 گھنٹے پہلے داخلی مریض مادہ کے استعمال کی خرابی کے علاج کے لیے کہا، تو ہم آپ کے قیام کی ادائیگی جاری رکھیں گے اگر:

- آپ 24 گھنٹوں کے اندر فاسٹ ٹریک لیول 1 کی اپیل کی درخواست کرتے ہیں، اور
- آپ اسی وقت تیز پیش رفت والی بیرونی اپیل کی درخواست بھی کریں۔

آپ اپنی اپیلز پر فیصلہ ہو جانے تک اپنے قیام کے اخراجات خود برداشت کرتے رہیں گے۔ ہم آپ کی فاسٹ ٹریک لیول 1 اپیل کے بارے میں 24 گھنٹوں میں فیصلہ کریں گے۔ تیز پیش رفت والی بیرونی اپیل کا فیصلہ 72 گھنٹوں میں کیا جائے گا۔

بیرونی اپیل کا جائزہ کار آپ کو اور منصوبے کو بذریعہ فون یا فیکس فیصلے کے بارے میں فوراً آگاہ کر دے گا۔ بعد ازاں، آپ کو فیصلے کی تفصیل سے آگاہ کرنے والا ایک خط بھیجا جائے گا۔

آپ منصفانہ سماعت کی یا بیرونی اپیل کی، یا دونوں کی ایک ساتھ بھی درخواست کر سکتے ہیں۔ اگر آپ فیئر ہیئرنگ اور بیرونی اپیل دونوں کی درخواست کرتے ہیں، تو فیئر ہیئرنگ افسر کا فیصلہ ہی قابل عمل ہوگا۔

سیکشن 10.2، اضافی Medicaid اپیلوں میں، MMCP کو مزید زبان شامل نہیں کرنی چاہیے جہاں EOC میں MMCP کو ریاست میں اضافی اپیلیں دائر کرنے کے طریقہ کار اور ہدایات کی تفصیلات درج ہو۔

سیکشن 11.4 میں، آپ Medicare اور Medicaid کو اپنی شکایت کے بارے میں بھی بنا سکتے ہیں:

1. MMCP کو اس سیکشن کے عنوان میں "اور Medicaid" شامل کرنا چاہیے۔
2. MAP پروگرام چلانے والے MMCP کو مندرجہ ذیل Medicaid ایجنسی کی شکایات کے رابطہ کی معلومات شامل کرنی چاہیے:

آپ کو اپنی شکایت کے بارے میں نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ سے رابطہ کرنے کا بھی حق ہے۔  
محکمہ صحت سے بذریعہ رابطہ کریں:

• فون: 1-866-712-7197

• میل: 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

• ای میل: [mltctac@health.ny.gov](mailto:mltctac@health.ny.gov)

آپ کو اپنی شکایت کے بارے میں نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ سے رابطہ کرنے کا حق بھی حاصل ہے۔ محکمہ صحت سے بذریعہ رابطہ کریں:

• فون: 1-800-206-8125

• میل: New York State Department of Health

Managed Care Complaint Unit

OHIP DHPKO 1CP-1609

Albany, New York 12237

• ای میل: [managedcarecomplaint@health.ny.gov](mailto:managedcarecomplaint@health.ny.gov)

**مرحلہ 2: فیئر ہیئرنگ آفس آپ کو اپنا جواب دیتا ہے۔**

فیئر ہیئرنگ آفس آپ کو اپنا فیصلہ تحریری طور پر بتائے گا اور وجوہات بیان کرے گا۔

- اگر فیئر ہیئرنگ آفس کسی طبی آنٹم یا سروس کی درخواست کے کچھ حصہ یا پوری درخواست کو قبول کرتا ہے، تو فیئر ہیئرنگ آفس سے فیصلہ موصول ہونے کے 72 گھنٹوں کے اندر ہمیں اس سروس یا آنٹم کی منظوری دینی ہوگی یا وہ فراہم کرنا ہوگا۔

• اگر فیئر ہیئرنگ آفس آپ کی اپیل کا کچھ حصہ یا پوری اپیل مسترد کرتا ہے، تو وہ ہمارے پلان سے متفق ہوتے ہیں کہ آپ کی طبی دیکھ بھال کی کوریج کی درخواست (یا آپ کی درخواست کا کچھ حصہ) منظور نہیں ہونی چاہیے۔ (اسے فیصلے کو برقرار رکھنا یا اپنی اپیل کو مسترد کرنا کہا جاتا ہے۔)

اگر فیصلہ آپ کی درخواست کے تمام یا کچھ حصوں کے لیے 'نہیں' میں آتا ہے، تو آپ ایک اور اپیل دائر کر سکتے ہیں۔ اگر آزاد جائزہ کار تنظیم یا فیئر ہیئرنگ آفس کا فیصلہ آپ کی درخواست کے تمام یا کچھ حصوں کے لیے 'نہیں' میں آتا ہے، تو آپ کو اضافی اپیل کے حقوق حاصل ہیں۔

فیئر ہیئرنگ آفس سے موصول ہونے والے خط میں اپیل کے اس اگلے اختیار کی تفصیل بیان کی جائے گی۔ لیول 2 کے بعد اپنے اپیل کے حقوق کے بارے میں مزید معلومات کے لیے سیکشن 10 پر جائیں۔

## سیکشن 6.5 اگر آپ ہم سے یہ مطالبہ کر رہے ہیں کہ آپ کو طبی نگہداشت کے لیے موصول ہونے والے بل کی ادائیگی کی جائے

ہم Medicaid سروس یا شے کے لیے براہ راست آپ کو باز ادائیگی نہیں کر سکتے۔ اگر آپ کو Medicaid کی کورڈ سروسز اور اشیاء کی مد میں بل موصول ہوتا ہے، تو وہ بل ہمیں بھیجیں۔ بل خود ادا نہ کریں۔ ہم فراہم کنندہ سے براہ راست رابطہ کریں گے اور مسئلہ کا خیال رکھیں گے۔ اگر آپ بل ادا کرتے ہیں، تو آپ اس صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے سے رقم کی واپسی حاصل کر سکتے ہیں اگر آپ سروس یا انٹم حاصل کرنے کے اصولوں پر عمل کرتے ہیں۔

باز ادائیگی کی درخواست کرنا ہم سے کوریج کے فیصلے کے لیے درخواست کرنا ہوتا ہے۔

اگر آپ ادائیگی کے لیے درخواست کرتے ہوئے ہمیں کاغذات بھیجتے ہیں، تو اس کا مطلب یہ ہے کہ آپ کوریج کے فیصلے کی درخواست کر رہے ہیں۔ یہ فیصلہ کرنے کے لیے، ہم یہ دیکھیں گے کہ آیا جس طبی دیکھ بھال کی آپ نے ادائیگی کی ہے، وہ کوریج میں شامل ہے یا نہیں۔ ہم یہ بھی دیکھیں گے کہ آیا آپ نے طبی دیکھ بھال کی کوریج استعمال کرنے کے قوانین پر عمل کیا تھا۔

اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کو Medicare کی کسی سروس یا انٹم کی ادائیگی کریں یا آپ ہم سے کسی صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کو کسی Medicaid سروس یا انٹم کی ادائیگی کا کہہ رہے ہیں جس کے لیے آپ نے ادائیگی کی تھی، تو ہم سے کوریج کا یہ فیصلہ کرنے کے لیے کہیں۔ ہم یہ دیکھیں گے کہ آیا جس طبی دیکھ بھال کی آپ نے ادائیگی کی ہے، وہ ایک کورڈ خدمت ہے۔ ہم یہ بھی دیکھیں گے کہ آیا آپ نے طبی دیکھ بھال کی کوریج استعمال کرنے کے تمام قوانین پر عمل کیا تھا۔

• اگر ہم آپ کی درخواست پر ہاں کہتے ہیں: اگر Medicare کی طبی دیکھ بھال کور ہوتی ہے، تو آپ کی درخواست موصول ہونے کے 60 کیلنڈر دنوں کے اندر ہم آپ کو اس لاگت کی ادائیگی بھیج دیں گے۔

◦ اگر وہ Medicaid دیکھ بھال جس کے لیے آپ نے صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ (health care provider) کو ادائیگی کی تھی، کور ہوتی ہے اور آپ کا خیال ہے کہ ہمیں اس کی بجائے صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کو ادائیگی کرنی چاہیے، تو آپ کی درخواست موصول ہونے کے 60 کیلنڈر دنوں کے اندر ہم آپ کے صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کو اس لاگت کی ادائیگی بھیج دیں گے۔

◦ پھر آپ کو اپنے صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ سے رابطہ کرنا ہوگا تاکہ وہ آپ کو ادائیگی واپس کریں۔ اگر آپ نے طبی دیکھ بھال کی ادائیگی نہیں کی ہے، تو ہم ادائیگی براہ راست صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کو بھیج دیں گے۔

• اگر ہم آپ کی درخواست پر نہیں کہتے ہیں: اگر طبی دیکھ بھال کور نہیں ہوتی یا آپ نے تمام قوانین پر عمل نہیں کیا، تو ہم ادائیگی نہیں بھیجیں گے۔ اس کے بجائے، ہم آپ کو ایک خط بھیجیں گے جس میں کہا جائے گا کہ ہم طبی دیکھ بھال کی ادائیگی نہیں کریں گے اور اس کی وجوہات بھی بتائی جائیں گی۔

اگر آپ ہمیں مسترد کرنے کے ہمارے فیصلے سے متفق نہیں ہیں، تو آپ اپیل دائر کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ ہم سے کوریج کے اس فیصلے کو تبدیل کرنے کے لیے کہہ رہے ہیں جب ہم نے آپ کی ادائیگی کی درخواست مسترد کر دی تھی۔

یہ اپیل دائر کرنے کے لیے، سیکشن 6.3 میں دیے گئے اپیلوں کے عمل کی پیروی کریں۔ معاوضے سے متعلق اپیلوں کے لیے، نوٹ کریں: آپ کی اپیل موصول ہونے کے بعد، ہمیں 30 کیلنڈر دنوں کے اندر اپنا جواب دینا ہوگا۔

- اگر خودمختار جائزاتی تنظیم فیصلہ کرتی ہے کہ ہمیں ادائیگی کرنی چاہیے، تو ہمارا آپ کو یا آپ کے فراہم کنندہ کو 30 کیلنڈر دن کے اندر ادائیگی بھیجنا ضروری ہے۔ اگر لیول 2 کے بعد اپیل کے عمل کے کسی بھی مرحلے پر آپ کی اپیل کا جواب 'ہاں' میں آتا ہے، تو ہمیں 60 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو یا صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کو وہ ادائیگی بھیجنی ہوگی جس کی آپ نے درخواست کی تھی۔

## سیکشن 7 پارٹ D ادویات: کوریج کے فیصلے کی درخواست یا اپیل کیسے کریں

### سیکشن 7.1 یہ سیکشن آپ کو بتاتا ہے کیا کرنا ہے اگر آپ کو حصہ D کی دوا حاصل کرنے میں مسائل کا سامنا ہے یا آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کو حصہ D کی دوا کے لیے واپس ادائیگی کریں

آپ کے وظائف میں بہت سی نسخہ جاتی ادویات کے لیے کوریج شامل ہے۔ کوور کیے جانے کے لیے، دوا کو لازماً طبی طور پر قبول شدہ اشارے کے لیے استعمال کرنا چاہیے۔ (طبی طور پر قبول شدہ علامات کے بارے میں مزید معلومات کے لیے باب 5 پر جائیں۔) پارٹ D ادویات، قواعد، پابندیوں اور اخراجات کے بارے میں تفصیلات کے لیے باب 5 اور 6 پر جائیں۔ یہ سیکشن صرف آپ کی حصہ D کی ادویات کے بارے میں ہے۔ معاملات کو آسان رکھنے کے لیے، ہم اس سیکشن کے باقی حصے میں عام طور پر "دوا" کہیں گے، بجائے اس کے کہ ہر بار کورڈ بیرونی مریض نسخے کی دوا یا پارٹ D دوا کو دہرایا جائے۔ ہم لسٹ آف کورڈ ڈرگز یا فارمولری کے بجائے ادویات کی فہرست بھی بطور اصطلاح استعمال کرتے ہیں۔

- اگر آپ کو معلوم نہیں ہے کہ کوئی دوا کور ہوتی ہے یا نہیں یا آپ قوانین پر پورا اترتے ہیں یا نہیں، تو آپ ہم سے پوچھ سکتے ہیں۔ کچھ دواؤں کے لیے کوریج دینے سے پہلے، ضروری ہے کہ آپ ہم سے منظوری حاصل کریں۔
- اگر آپ کی فارمیسی آپ کو بتاتی ہے کہ آپ کا نسخہ تحریری طور پر نہیں پورا کیا جا سکتا، تو فارمیسی آپ کو ایک تحریری نوٹس دے گی جس میں بتایا جائے گا کہ کوریج کے فیصلے کے لیے ہم سے کیسے رابطہ کیا جائے۔

### حصہ D کے کوریج کے فیصلے اور اپیلیں

#### قانونی اصطلاح:

آپ کے پارٹ D ادویات کے بارے میں ابتدائی کوریج کے فیصلے کو کوریج کا تعین کہا جاتا ہے۔

کوریج کا فیصلہ وہ فیصلہ ہے جو ہم آپ کے فوائد اور کوریج کے بارے میں یا اس رقم کے بارے میں کرتے ہیں جو ہم آپ کی دوائیوں کے لیے ادا کریں گے۔ اس سیکشن میں بتایا گیا ہے کہ اگر آپ درج ذیل میں سے کسی بھی صورت حال میں ہیں تو آپ کیا کر سکتے ہیں:

- کسی ایسی پارٹ D دوا کی کوریج طلب کرنا جو ہمارے پلان کی ادویات کی فہرست میں شامل نہیں ہے۔ **استثنیٰ کی درخواست کریں۔**

#### سیکشن 7.2

- کسی دوا کی کوریج پر ہمارے پلان کی پابندی کو ختم کرنے کی درخواست کرنا (جیسے کہ دوا کی مقدار کی حد، پیشگی اجازت کے معیارات، یا پہلے کسی دوسری دوا کو آزمانے کی شرط)۔ **استثنیٰ کی درخواست کریں۔ سیکشن 7.2۔**
- پہلے سے منظور شدہ دوا حاصل کرنے کی درخواست کرنا۔ **کوریج کے فیصلے کی درخواست کریں۔ سیکشن 7.4۔**
- نسخہ جاتی دوا کی ادائیگی کریں جو آپ نے پہلے خریدی تھی۔ ہم سے واپس ادائیگی کی درخواست کریں۔ **سیکشن 7.4۔**

اگر آپ ہمارے کیے گئے کوریج کے فیصلے سے متفق نہیں ہیں، تو آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔

اس سیکشن میں آپ کو ان دونوں کے بارے میں بتایا گیا ہے کہ کوریج کے فیصلوں کے لیے کیسے پوچھنا ہے اور اپیل کیسے کرنا ہے۔

## سیکشن 7.2 استثنیٰ طلب کرنا

### قانونی شرائط:

کسی ایسی دوا کی کوریج کا مطالبہ کرنا جو ادویات کی فہرست میں شامل نہیں ہے، فارمولری استثنیٰ کہلاتا ہے۔

کسی دوا کی کوریج پر پابندی کو ہٹانے کا مطالبہ کرنا ایک رسمی استثناء ہے۔

کسی کورڈ نان-پریفرڈ دوا (غیر ترجیحی) کے لیے کم قیمت ادا کرنے کی درخواست کرنا ٹینرنگ استثنیٰ کہلاتا ہے۔

اگر کسی دوا کو اس طرح کور نہیں کیا گیا ہے جس طرح آپ اسے کور کروانا چاہتے ہیں، تو آپ ہم سے استثنیٰ کا مطالبہ کر سکتے ہیں۔ استثنیٰ کوریج کے فیصلے کی ایک قسم ہے۔

ہمارے لیے آپ کی استثنیٰ کی درخواست پر غور کرنے کے لیے، آپ کے ڈاکٹر اور دیگر نسخہ تجویز کنندہ کو طبی وجوہات کی وضاحت کرنے کی ضرورت ہو گی کہ آپ استثنیٰ کی منظوری کیوں چاہتے ہیں۔ یہ تین مثالیں ہیں ان استثنیات کی جن کی درخواست آپ یا آپ کا ڈاکٹر یا دیگر تجویز کنندہ ہم سے کر سکتے ہیں:

**1. کسی ایسی پارٹ D دوا کی کوریج فراہم کرنا جو ہماری ادویات کی فہرست میں شامل نہیں ہے۔** اگر ہم ادویات کی فہرست میں شامل نہ ہونے والی کسی دوا کو کور کرنے کے لیے رضامند ہوتے ہیں، تو آپ کو وہ لاگت ادا کرنی ہوگی جو ٹینر 5 اسپیشلٹی کی ادویات پر لاگو ہوتی ہے۔ آپ اس لاگت کی رقم کے لیے استثنیٰ کی درخواست نہیں کر سکتے جو ہم آپ سے دوا کی ادائیگی کے لیے مطالبہ کرتے ہیں۔

**2. کورڈ ادویات کے لیے پابندی ہٹانا۔** باب 5 اضافی اصولوں یا پابندیوں کی وضاحت کرتا ہے جو ہماری ادویات کی فہرست کی مخصوص ادویات پر لاگو ہوتی ہیں۔ اگر ہم استثنیٰ دینے اور آپ کے لیے کوئی پابندی ختم کرنے پر رضامند ہو جاتے ہیں، تو آپ اس دوا کے لیے مطلوبہ کوپیمنٹ یا کوانٹورنس کی رقم کے لیے استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں۔

**3. کسی دوا کی کوریج کو کم لاگت میں شرکت والے ٹینر میں تبدیل کرنا۔** ہماری ادویات کی فہرست میں شامل ہر دوا لاگت میں شرکت والے 6 ٹینرز میں سے کسی ایک میں شامل ہے۔ عام طور پر، لاگت میں شرکت والے ٹینر کا نمبر جتنا کم ہوگا، دوا کی لاگت میں آپ کا حصہ اتنا ہی کم ہوگا۔

• اگر ہماری ادویات کی فہرست میں آپ کے طبی مسائل کے علاج کے لیے متبادل دوا یا ادویات شامل ہیں جو آپ کی دوا کے مقابلے میں کم لاگت میں شرکت والے ٹینر میں ہیں، تو آپ ہم سے درخواست کر سکتے ہیں کہ آپ کی دوا کی کوریج متبادل دوا یا ادویات پر لاگو ہونے والی لاگت میں شرکت والی رقم پر کی جائے۔

• اگر آپ جو دوا لے رہے ہیں وہ ایک برانڈ نام کی دوا ہے، تو آپ ہم سے درخواست کر سکتے ہیں کہ آپ کی دوا کی کوریج سب سے کم ٹینر میں شامل برانڈ نام کے ان متبادل پر لاگو ہونے والی لاگت میں شرکت والی رقم پر کی جائے جو آپ کے طبی مسائل کے علاج کے لیے استعمال کی جا سکتی ہے۔

• اگر آپ جو دوا لے رہے ہیں وہ ایک جنرک دوا ہے، تو آپ ہم سے درخواست کر سکتے ہیں کہ آپ کی دوا کی کوریج سب سے کم ٹینر میں شامل ان برانڈ یا جنرک متبادل پر لاگو ہونے والی لاگت میں شرکت والی رقم پر کی جائے جو آپ کے طبی مسائل کے علاج کے لیے استعمال کی جا سکتی ہے۔

• آپ ہم سے ٹینر 5 اسپیشلٹی میں شامل کسی بھی دوا کے لیے لاگت میں شرکت والا ٹینر تبدیل کرنے کا مطالبہ نہیں کر سکتے۔

• اگر ہم ٹینر سے متعلق استثنیٰ کی آپ کی درخواست منظور کر لیتے ہیں اور متبادل ادویات کے ساتھ ایک سے زیادہ کم لاگت میں شرکت والے ٹینرز موجود ہیں جو آپ نہیں لے سکتے، تو آپ عام طور پر سب سے کم رقم ادا کرتے ہیں۔

## سیکشن 7.3 استثنیٰ کی درخواست کے بارے میں پوچھنے کے لیے اہم معلومات

### آپ کے ڈاکٹر کو ہمیں طبی وجوہات لازمی بتانی چاہئیں

آپ کے ڈاکٹر یا دوسرے تجویز کنندہ کو ہمیں ایک بیان دینا چاہیے جس میں ان طبی وجوہات کی وضاحت کی گئی ہو جو آپ استثنیٰ کے لیے کہہ رہے ہیں۔ جب آپ استثنیٰ کے لیے درخواست دیں، تو اپنے ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ کی جانب سے یہ طبی معلومات تیز فیصلے کے لیے شامل کریں۔

ہماری ادویات کی فہرست میں عام طور پر کسی خاص طبی حالت کے علاج کے لیے ایک سے زیادہ ادویات شامل ہوتی ہیں۔ ان مختلف امکانات کو متبادل ادویات کہا جاتا ہے۔ اگر کوئی متبادل دوا اتنی ہی موثر ہوگی جتنی کہ آپ مانگ رہے ہیں اور اس سے زیادہ مضر اثرات یا دیگر صحت کے مسائل پیدا نہیں ہوں گے، تو ہم عام طور پر آپ کی استثنیٰ کی درخواست کو منظور نہیں کریں گے۔ اگر آپ ہم سے ٹینرسے متعلق استثنیٰ کی درخواست کرتے ہیں، تو ہم عام طور پر آپ کے استثنیٰ کی درخواست کو منظور نہیں کریں گے جب تک کہ کم لاگت میں شرکت والے ٹینر یا ٹینروں میں موجود تمام متبادل ادویات آپ کے لیے اچھی طرح سے کام نہ کریں، یا ان سے کوئی منفی ردعمل یا دیگر نقصان ہونے کا امکان نہ ہو۔

ہم آپ کی درخواست کو قبول یا مسترد کر سکتے ہیں

- اگر ہم آپ کے استثنیٰ کی درخواست منظور کر لیتے ہیں، تو ہماری منظوری عام طور پر ہمارے پلان سال کے اختتام تک کارآمد رہتی ہے۔ یہ اس وقت تک سچ ہے جب تک آپ کا ڈاکٹر آپ کے لیے دوا تجویز کرنا جاری رکھتا ہے اور دوا آپ کی کیفیت کا علاج کرنے میں محفوظ اور موثر رہنا جاری رہتی ہے۔
- اگر ہم آپ کی درخواست مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ اپیل کر کے ایک اور جائزے کے لیے درخواست دے سکتے ہیں۔

## سیکشن 7.4 کوريج کے فیصلے، بشمول استثنیٰ کی درخواست کیسے کی جائے

### انونی اصطلاح:

تیز کوريج کے فیصلے کو تیز رفتار کوريج تعین کہا جاتا ہے۔

**مرحلہ 1:** فیصلہ کریں کہ آیا آپ کو کوريج کے معیاری فیصلے یا تیز کوريج کے فیصلے کی ضرورت ہے۔

معیاری کوريج کے فیصلے آپ کے ڈاکٹر کا بیان موصول ہونے کے بعد 72 گھنٹوں کے اندر کیے جاتے ہیں۔ آپ کے ڈاکٹر کا بیان موصول ہونے کے بعد 24 گھنٹوں کے اندر فوری کوريج کے فیصلے کیے جاتے ہیں۔

اگر آپ کی صحت کو اس کی ضرورت ہے، تو ہم سے تیز کوريج کا فیصلہ خود کو دینے کی درخواست کریں۔ تیز کوريج کا فیصلہ حاصل کرنے کے لیے، آپ کو 2 شرائط پوری کرنی ہوں گی:

- آپ کو ایسی دوا کے لیے درخواست کرنی ہوگی جو آپ کو ابھی تک نہیں ملی ہے۔ (آپ کسی ایسی دوا کی ادائیگی واپس لینے کے لیے تیز کوريج کا فیصلہ حاصل کرنے کی درخواست نہیں کر سکتے جو آپ پہلے ہی خرید چکے ہیں۔)
- معیاری ڈیڈ لائنز کا استعمال آپ کی صحت کو سنگین نقصان پہنچانے یا آپ کے کام کرنے کی صلاحیت کو متاثر کرنے کا سبب بن سکتا ہے۔

• اگر آپ کا ڈاکٹر یا دیگر تجویز کنندہ ہمیں بتاتا ہے کہ آپ کی صحت کو تیز کوريج کے فیصلے کی ضرورت ہے، تو ہم خود بخود آپ کو تیز کوريج کا فیصلہ دیں گے۔

• اگر آپ اپنے ڈاکٹر یا تجویز کنندہ کے تعاون کے بغیر، اپنے طور پر تیزی سے کوريج کا فیصلہ مانگتے ہیں، تو ہم فیصلہ کریں گے کہ آیا آپ کی صحت کا تقاضا ہے کہ ہم آپ کو فوری کوريج کا فیصلہ دیں۔ اگر ہم تیزی سے کوريج کے فیصلے کو منظور نہیں کرتے ہیں، تو ہم آپ کو ایک خط بھیجیں گے جس میں:

◦ وضاحت کی جائیگی کہ ہم معیاری ڈیڈ لائن استعمال کریں گے۔

◦ اس میں بتایا جاتا ہے کہ اگر آپ کا ڈاکٹر یا دوسرا ڈاکٹر تیزی سے کوريج کے فیصلے کے لیے کہتا ہے، تو ہم خود بخود آپ کو فوری کوريج کا فیصلہ دیں گے۔

◦ آپ کو بتاتا ہے کہ آپ کس طرح تیز رفتار کوريج کے فیصلے کے بجائے آپ کو معیاری کوريج کا فیصلہ دینے کے ہمارے فیصلے کے بارے میں فوری شکایت درج کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کی شکایت موصول ہونے کے 24 گھنٹوں کے اندر جواب دیں گے۔

**مرحلہ 2:** معیاری کوريج کے فیصلے یا تیز کوريج کے فیصلے کی درخواست کریں۔

طبی دیکھ بھال جس کی آپ کوريج یا منظوری چاہتے ہیں، اس کی درخواست کرنے کے لیے، آپ ہمارے پلان کو کال کر سکتے ہیں، خط لکھ سکتے ہیں یا فیکس بھیج سکتے ہیں۔ آپ کوريج کے فیصلے کی کارروائی تک رسائی ہماری ویب سائٹ کے ذریعے سے بھی حاصل کر سکتے ہیں۔ ہمیں کسی بھی تحریری درخواست کو قبول کرنا ضروری ہے، بشمول وہ درخواست جو CMS Model Coverage

**باب 9: اگر آپ کو کوئی مسئلہ یا شکایت ہے (کوريج کے فیصلے، اپیلیں، شکایات)**

*Determination Request form* پر جمع کرائی گئی ہو۔ یہ فارم ہماری ویب سائٹ [SWHNY.com](http://SWHNY.com) پر دستیاب ہے۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔ اپنی درخواست پر کارروائی کرنے میں ہماری مدد کے لیے، اپنا نام، رابطے کی معلومات، اور وہ معلومات شامل کریں جو ظاہر کرتی ہو کہ کس مسترد شدہ دعوے کے خلاف اپیل کی جا رہی ہے۔

آپ، آپ کا ڈاکٹر، (یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ) یا آپ کا نمائندہ یہ کر سکتے ہیں۔ آپ کی طرف سے وکیل بھی کردار ادا کر سکتا ہے۔ اس باب کا سیکشن 4 بتاتا ہے کہ آپ کسی کو اپنے نمائندے کے طور پر کردار ادا کرنے کے لیے تحریری اجازت کیسے دے سکتے ہیں۔

• اگر آپ استثنیٰ طلب کر رہے ہیں، تو معاون بیان فراہم کریں، جو استثنا کی طبی وجہ ہے۔ آپ کا ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ وہ بیان ہمیں فیکس یا بذریعہ ڈاک ارسال کر سکتا ہے۔ یا آپ کا ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ ہمیں فون پر بتا سکتا ہے اور اگر ضروری ہو تو تحریری بیان فیکس یا بذریعہ ڈاک ارسال کر کے فالو اپ کر سکتے ہیں۔

**مرحلہ 3: ہم آپ کی درخواست پر غور کرتے ہیں اور آپ کو اپنا جواب دیتے ہیں۔**

**تیز کوریج کے فیصلے کے لیے ٹیڈ لائنز**

• آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد ہمیں عام طور پر 24 گھنٹوں کے اندر آپ کو اپنا جواب دینا ہوگا۔

- مستثنیات کے لیے، آپ کے ڈاکٹر کا معاون بیان ملنے کے بعد ہم آپ کو 24 گھنٹوں کے اندر اپنا جواب دیں گے۔ اگر آپ کی صحت کا تقاضا ہو تو ہم آپ کو اپنا جواب جلد فراہم کر دیں گے۔
- اگر ہم اس مقررہ مدت کو پورا نہیں کرتے ہیں، تو ہم پابند ہیں کہ آپ کی درخواست کو اپیل کے عمل کے لیول 2 پر بھیج دیں، جہاں ایک آزاد جائزہ کار تنظیم اس کا جائزہ لے گی۔

- اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں آتا ہے، تو آپ کی درخواست یا آپ کی درخواست کی تائید میں ڈاکٹر کا بیان موصول ہونے کے 24 گھنٹوں کے اندر ہمیں وہ کوریج فراہم کرنی ہوگی جس پر ہم رضامند ہوئے ہیں۔
- اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'نہیں' میں آتا ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری بیان بھیجیں گے جو یہ واضح کرے گا کہ ہم نے کیوں انکار کیا۔ ہم آپ کو یہ بھی بتائیں گے کہ آپ کس طرح اپیل دائر کر سکتے ہیں۔

**ابھی تک نہیں ملی دوا کے بارے میں معیاری کوریج کے فیصلے کی مقررہ مدت**

• ہمیں آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد 72 گھنٹوں کے اندر آپ کو اپنا جواب دینا ہوگا۔

- مستثنیات کے لیے، آپ کے ڈاکٹر کا معاون بیان ملنے کے بعد ہم آپ کو 72 گھنٹوں کے اندر اپنا جواب دیں گے۔ اگر آپ کی صحت کا تقاضا ہو تو ہم آپ کو اپنا جواب جلد فراہم کر دیں گے۔
- اگر ہم اس مقررہ مدت کو پورا نہیں کرتے ہیں، تو ہم پابند ہیں کہ آپ کی درخواست کو اپیل کے عمل کے لیول 2 پر بھیج دیں، جہاں ایک آزاد جائزہ کار تنظیم اس کا جائزہ لے گی۔

- اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں آتا ہے، تو آپ کی درخواست یا آپ کی درخواست کی تائید میں ڈاکٹر کا بیان موصول ہونے کے 24 گھنٹوں کے اندر ہمیں وہ کوریج فراہم کرنی ہوگی جس پر ہم رضامند ہوئے ہیں۔
- اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'نہیں' میں آتا ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری بیان بھیجیں گے جو یہ واضح کرے گا کہ ہم نے کیوں انکار کیا۔ ہم آپ کو یہ بھی بتائیں گے کہ آپ کس طرح اپیل دائر کر سکتے ہیں۔

**جو دوا آپ پہلے ہی خرید چکے ہیں اس کی ادائیگی کے بارے میں کوریج کے معیاری فیصلے کی ٹیڈ لائنز**

• آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد ہمیں 14 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو اپنا جواب دینا ہوگا۔

- اگر ہم اس مقررہ مدت کو پورا نہیں کرتے ہیں، تو ہم پابند ہیں کہ آپ کی درخواست کو اپیل کے عمل کے لیول 2 پر بھیج دیں، جہاں ایک آزاد جائزہ کار تنظیم اس کا جائزہ لے گی۔

• اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں آتا ہے، تو ہم آپ کی درخواست موصول ہونے کے 14 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو ادائیگی کرنے کے بھی پابند ہیں۔

- اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'نہیں' میں آتا ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری بیان بھیجیں گے جو یہ واضح کرے گا کہ ہم نے کیوں انکار کیا۔ ہم آپ کو یہ بھی بتائیں گے کہ آپ کس طرح اپیل دائر کر سکتے ہیں۔

**مرحلہ 4: اگر ہم آپ کی کوریج کی درخواست کو مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ اپیل کر سکتے ہیں۔**

- اگر ہم مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ کے پاس یہ حق ہے کہ ہمیں اس فیصلے پر دوبارہ نظر ثانی کی درخواست اپیل کرنے کے ذریعے کریں۔ اس کا مطلب اس دوا کی کوریج دوبارہ حاصل کرنے کی درخواست کرنا ہے جو آپ چاہتے ہیں۔ اگر آپ اپیل کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ اپیل کے عمل کے لیول 1 پر جا رہے ہیں۔

## سیکشن 7.5 لیول 1 کی اپیل کیسے کی جائے

### قانونی شرائط:

کسی پارٹ D دوا کی کوریج کے فیصلے کے بارے میں ہمارے پلان سے کی جانے والی اپیل کو پلان کا تعین نو کہا جاتا ہے۔ تیز اپیل کو ایک تیز رفتار تعین نو کہا جاتا ہے۔

**مرحلہ 1: فیصلہ کریں کہ آیا آپ کو ایک معیاری اپیل یا ایک تیز اپیل کی ضرورت ہے۔**

عموماً ایک معیاری اپیل 7 کیلنڈر دن کے اندر کی جاتی ہے۔ عموماً ایک تیز اپیل 72 گھنٹوں کے اندر کی جاتی ہے۔ اگر آپ کی صحت کو اس کی ضرورت ہے، تو تیز اپیل کے لیے درخواست دیں۔

- اگر آپ کسی ایسے فیصلے کی اپیل کر رہے ہیں جو ہم نے کسی ایسی دوا کے بارے میں کیا ہے جو آپ کو ابھی تک نہیں ملی ہے، تو آپ کو اور آپ کے ڈاکٹر یا دوسرے ڈاکٹر کو یہ فیصلہ کرنے کی ضرورت ہوگی کہ آیا آپ کو فوری اپیل کی ضرورت ہے۔

- تیز اپیل حاصل کرنے کے تقاضے وہی ہیں جو سیکشن 7.4 میں تیزی سے کوریج کا فیصلہ حاصل کرنے کے لیے ہیں۔

**مرحلہ 2: آپ، آپ کے نمائندے، ڈاکٹر یا دوسرے ڈاکٹر کو ہم سے رابطہ کرنا چاہیے اور اپنی سطح 1 کی اپیل کرنی چاہیے۔ اگر آپ کی صحت کو ایک فوری جواب درکار ہے، تو آپ کو تیز اپیل کی درخواست ضرور کرنی چاہیے۔**

- معیاری اپیلوں کے لیے، تحریری درخواست جمع کروائیں یا ہمیں کال کریں۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔

- تیز اپیلوں کے لیے، یا تو اپنی اپیل تحریری طور پر جمع کروائیں یا اپنے ممبر آئی ڈی کارڈ کی پشت پر دیے گئے نمبر پر ہمیں کال کریں۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔

- ہمیں کسی بھی تحریری درخواست کو قبول کرنا ہوگا، جس میں ہماری ویب سائٹ پر دستیاب CMS ماڈل کوریج کی نو تعین کاری کی درخواست کے فارم پر درخواست جمع کروانا شامل ہے، جو کہ ہماری ویب سائٹ [SWHNY.com](http://SWHNY.com) پر دستیاب ہے۔ آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے میں ہماری مدد کرنے کے لیے اپنا نام، رابطہ کی معلومات، اور اپنے دعوے کے بارے میں معلومات شامل کریں۔

- آپ کو اپنی اپیل کی درخواست اس تحریری نوٹس کی تاریخ سے 65 کیلنڈر دن کے اندر لازماً کرنی چاہیے جو ہم نے آپ کو کوریج کے فیصلے پر اپنا جواب بتانے کے لیے بھیجا تھا۔ اگر آپ نے اس ڈیڈ لائن کو پورا نہیں کرتے اور آپ کے پاس اسے پورا نہ کرنے کی ایک معقول وجہ ہے، تو اپنی اپیل کرتے ہوئے اپیل میں تاخیر کی وجہ کی وضاحت کریں۔ ہم آپ کو اپنی اپیل کرنے کے لیے مزید وقت دے سکتے ہیں۔ "اچھی وجہ" کی مثالوں میں ایک سنگین بیماری شامل ہو سکتی ہے جس نے آپ کو ہم سے رابطہ کرنے سے روکا ہو، یا اگر ہم نے آپ کو اپیل کی درخواست جمع کروانے کی آخری تاریخ کے بارے میں غلط یا نامکمل معلومات فراہم کی تھی۔

- آپ اپنی اپیل میں معلومات کی کاپی کی درخواست کر سکتے ہیں اور مزید معلومات شامل کر سکتے ہیں۔ آپ اور آپ کا ڈاکٹر اپنی اپیل کی حمایت کے لیے مزید معلومات شامل کر سکتے ہیں۔

**مرحلہ 3: ہم آپ کی اپیل پر غور کرتے ہیں اور آپ کو اپنا جواب دیتے ہیں۔**

- جب ہم آپ کی اپیل کا جائزہ لیتے ہیں، تو ہم آپ کی کوریج کی درخواست کے بارے میں تمام معلومات پر ایک بار پھر محتاط نظر ڈالتے ہیں۔ ہم یہ دیکھنے کے لیے چیک کرتے ہیں آیا ہم تمام اصولوں پر عمل کر رہے تھے جب ہم نے آپ کی درخواست کو مسترد کیا تھا۔ ہم آپ سے یا آپ کے ڈاکٹر سے یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ سے مزید معلومات حاصل کرنے کے لیے رابطہ کر سکتے ہیں۔

### تیز اپیل کے لیے ڈیڈ لائنز

- تیز اپیل کے لیے، ہمیں آپ کو اپنا جواب آپ کی درخواست موصول ہونے کے 72 گھنٹوں کے اندر دینا ہوگا۔ اگر آپ کی صحت کا تقاضا ہو تو ہم آپ کو اپنا جواب جلد فراہم کر دیں گے۔

- اگر ہم آپ کو 72 گھنٹوں کے اندر جواب نہیں دیتے ہیں، تو ہمیں آپ کی درخواست اپیل کے عمل کے لیول 2 پر بھیجنے کی ضرورت ہے، جہاں اس کا جائزہ ایک آزاد جائزہ کار تنظیم لیگی۔ سیکشن 7.6 درجہ 2 کی اپیل کی کارروائی کی وضاحت کرتا ہے۔
  - اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں آتا ہے، تو ہم آپ کی درخواست موصول ہونے کے 14 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو ادائیگی کرنے کے بھی پابند ہیں۔
  - اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'نہیں' میں آتا ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری بیان بھیجیں گے جو یہ واضح کرے گا کہ ہم نے کیوں انکار کیا۔ ہم آپ کو یہ بھی بتائیں گے کہ آپ کس طرح اپیل دائر کر سکتے ہیں۔
- ایسی دوا کے لیے معیاری اپیل کی آخری تاریخ جو آپ کو ابھی تک نہیں ملی
- معیاری اپیلوں کے لیے، ہمیں آپ کی اپیل موصول ہونے کے 7 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو اپنا جواب دینا ضروری ہے۔ اگر آپ کو ابھی تک دوا نہیں ملی اور آپ کی صحت کی حالت ہم سے ایسا کرنے کا تقاضا کرتی ہے تو ہم آپ کو اپنا فیصلہ جلد دیں گے۔
  - اگر ہم آپ کو 7 کیلنڈر دنوں کے اندر کوئی فیصلہ نہیں دیتے ہیں، تو ہمیں آپ کی درخواست اپیل کے عمل کے لیول 2 پر بھیجنے کی ضرورت ہے، جہاں اس کا جائزہ ایک آزاد جائزہ کار تنظیم لیگی۔ سیکشن 7.6 درجہ 2 کی اپیل کی کارروائی کی وضاحت کرتا ہے۔
  - اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں آتا ہے، تو ہمیں وہ کوریج اتنی جلدی فراہم کرنی ہوگی جتنی آپ کی صحت کا تقاضا ہو، لیکن آپ کی اپیل موصول ہونے کے 7 کیلنڈر دنوں سے زیادہ تاخیر نہیں ہونی چاہیے۔
  - اگر آپ کی گلی یا جزوی درخواست پر ہمارا جواب نفی میں ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری بیان بھیجیں گے جس میں وضاحت کی جائے گی کہ ہم نے کیوں کہا تھا اور آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کیسے کر سکتے ہیں۔
- آپ کے ذریعے پہلے خریدی جا چکی دوا کی ادائیگی کے بارے میں معیاری اپیل کی آخری تاریخ
- آپ کی درخواست موصول ہونے کے بعد ہمیں 14 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو اپنا جواب دینا ہوگا۔
  - اگر ہم اس مقررہ مدت کو پورا نہیں کرتے ہیں، تو ہم پابند ہیں کہ آپ کی درخواست کو اپیل کے عمل کے لیول 2 پر بھیج دیں، جہاں ایک آزاد جائزہ کار تنظیم اس کا جائزہ لے گی۔
  - اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں آتا ہے، تو ہم آپ کی درخواست موصول ہونے کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو ادائیگی کرنے کے بھی پابند ہیں۔
  - اگر ہمارا جواب آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'نہیں' میں آتا ہے، تو ہم آپ کو ایک تحریری بیان بھیجیں گے جو یہ واضح کرے گا کہ ہم نے کیوں انکار کیا۔ ہم آپ کو یہ بھی بتائیں گے کہ آپ کس طرح اپیل دائر کر سکتے ہیں۔
- مرحلہ 4: اگر ہم آپ کی اپیل کو مسترد کر دیتے ہیں، تو آپ فیصلہ کرتے ہیں کہ آیا آپ اپیلوں کی کارروائی جاری رکھنا چاہتے ہیں اور ایک اور اپیل کرنا چاہتے ہیں۔
- اگر آپ ایک اور اپیل کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو اس کا مطلب ہے کہ آپ کی اپیل، اپیلز کے عمل میں درجہ 2 پر منتقل ہو رہی ہے۔

### قانونی اصطلاح

خود مختار جائزاتی تنظیم کا رسمی نام خود مختار جائزاتی ادارہ ہے۔ اسے بعض اوقات IRE کہتے ہیں۔

خود مختار جائزہ جاتی تنظیم ایک ایسی خود مختار تنظیم ہے جس کی خدمات Medicare کی جانب سے حاصل کی گئی ہیں۔ یہ ہمارے ساتھ منسلک نہیں ہے اور یہ کوئی سرکاری ایجنسی نہیں ہے۔ یہ تنظیم فیصلہ کرتی ہے کہ آیا جو فیصلہ ہم نے کیا ہے وہ درست ہے یا اسے تبدیل کیا جانا چاہیے۔ Medicare اپنے کام کی نگرانی کرتا ہے۔

**مرحلہ 1:** آپ (یا آپ کا نمائندہ یا آپ کا ڈاکٹر یا دیگر نسخہ تجویز کنندہ) کو خود مختار جائزاتی تنظیم کے ساتھ رابطہ کرنے اور ان سے اپنے کیس کے جائزہ کی درخواست ضرور کرنی چاہیے۔

- اگر ہم آپ کی لیول 1 کی اپیل کو مسترد کر دیتے ہیں، تو ہم آپ کو جو تحریری نوٹس بھیجیں گے اس میں آزاد جائزہ کار تنظیم کے ساتھ لیول 2 کی اپیل کرنے کی ہدایات شامل ہوں گی۔ ان ہدایات میں بتایا جائیگا کہ کون یہ لیول 2 کی اپیل کر سکتا ہے، کن مقررہ مدتوں پر آپ کو عمل کرنا ہوگا، اور آزاد جائزہ کار تنظیم سے کیسے رابطہ کیا جائے۔
- آپ کو تحریری نوٹس پر دی گئی تاریخ سے 65 کیلنڈر دنوں کے اندر اپنی اپیل کی درخواست جمع کرانی ہوگی۔
- اگر ہم نے قابل اطلاق وقت کی حد کے اندر جائزہ مکمل نہیں کیا، یا اپنے ڈرگ مینجمنٹ پروگرام کے تحت "ایٹ رسک ڈیٹرمینیشن" (خطرے میں ہونے کا تعین) کے حوالے سے کوئی ناموافق فیصلہ کیا، تو ہم خود بخود آپ کی درخواست کو IRE کو بھیج دیں گے۔
- ہم آپ کی اپیل سے متعلق معلومات اس تنظیم کو بھیجیں گے۔ یہ معلومات آپ کی کیس فائل کہلاتی ہیں۔ آپ کے پاس اپنی کیس فائل کی کاپی کے لیے ہمیں درخواست کرنے کا حق ہے۔
- آپ یہ حق رکھتے ہیں کہ اپنی اپیل کی حمایت کے لیے خود مختار جائزاتی تنظیم کو اضافی معلومات فراہم کریں۔

**مرحلہ 2:** خود مختار جائزاتی تنظیم آپ کی اپیل کا جائزہ لیتی ہے۔

آزاد جائزہ کار تنظیم کے مبصرین آپ کی اپیل سے متعلق تمام معلومات کا بغور جائزہ لیں گے۔

**تیز اپیل کے لیے ڈیڈ لائنز**

- اگر آپ کی صحت کو اس کی ضرورت ہے، تو خود مختار جائزاتی تنظیم سے تیز اپیل کے لیے درخواست کریں۔
- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کو تیز اپیل کی منظوری دیتی ہے، تو آپ کی اپیل کی درخواست موصول ہونے کے 72 گھنٹوں کے اندر آزاد جائزہ کار تنظیم کو آپ کی لیول 2 کی اپیل کا جواب دینا ضروری ہے۔

**معیاری اپیل کے لیے ڈیڈ لائنز**

- معیاری اپیلوں کے لیے، اگر اپیل کسی ایسی دوا کے بارے میں ہے جو آپ کو ابھی تک نہیں ملی ہے، تو آزاد جائزہ کار تنظیم کو آپ کی اپیل موصول ہونے کے 7 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کی لیول 2 کی اپیل کا جواب دینا ضروری ہے۔ اگر آپ ہم سے کسی ایسی دوا کی ادائیگی واپس کرنے کو کہہ رہے ہیں جو آپ پہلے ہی خرید چکے ہیں، تو آزاد نظرثانی تنظیم کو آپ کی درخواست موصول ہونے کے 14 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کی لیول 2 کی اپیل کا جواب دینا ضروری ہے۔

**مرحلہ 3:** آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کو اس کا جواب دیتی ہے۔

**تیز اپیلز کے لیے:**

- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں فیصلہ دیتی ہے، تو آزاد جائزہ کار تنظیم سے فیصلہ موصول ہونے کے 24 گھنٹوں کے اندر ہمیں اس دوا کی کوریج فراہم کرنی ضروری ہے جسے آزاد جائزہ کار تنظیم نے منظور کیا ہے۔

**معیاری اپیلز کے لیے:**

- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی کوریج کی درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں فیصلہ دیتی ہے، تو آزاد جائزہ کار تنظیم سے فیصلہ موصول ہونے کے 72 گھنٹوں کے اندر ہمیں اس دوا کی کوریج فراہم کرنی ضروری ہے جسے آزاد جائزہ کار تنظیم نے منظور کیا ہے۔
- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی اس درخواست کے جزوی یا مکمل حصے کے لیے 'ہاں' میں فیصلہ دیتی ہے کہ آپ کو پہلے خریدی گئی دوا کی ادائیگی واپس کی جائے، تو آزاد جائزہ کار تنظیم سے فیصلہ موصول ہونے کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر ہم آپ کو ادائیگی بھیجنے کے پابند ہیں۔

اگر آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی اپیل کو مسترد کر دیتی ہے، تو کیا ہوگا؟

اگر آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی اپیل جزوی یا مکمل طور پر مسترد کر دیتی ہے، تو اس کا مطلب ہے کہ وہ آپ کی درخواست (یا آپ کی درخواست کا حصہ) منظور نہ کرنے کے ہمارے فیصلے سے متفق ہیں۔ (اسے فیصلہ برقرار رکھنا یا آپ کی اپیل کو مسترد کرنا کہتے ہیں۔) اس صورت میں، آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کو ایک خط بھیجے گی:

• اس میں فیصلے کی وضاحت کی گئی ہوگی۔

- یہ آپ کو لیول 3 کی اپیل کے آپ کے حق کے بارے میں بتاتا ہے اگر آپ جس دوا کی کوریج کی درخواست کر رہے ہیں اس کی مالی قدر ایک مخصوص کم از کم حد کو پورا کرتی ہو۔ اگر آپ جس دوا کی کوریج کی درخواست کر رہے ہیں اس کی مالی قدر بہت کم ہو، تو آپ مزید اپیل نہیں کر سکتے اور لیول 2 کا فیصلہ حتمی ہوگا۔
- یہ آپ کو ڈالر کی وہ قدر بتاتا ہے جو اپیل کے عمل کو جاری رکھنے کے لیے زیر تنازع ہونا ضروری ہے۔

**مرحلہ 4: اگر آپ کا کیس تقاضوں پر پورا اترتا ہے، تو آپ یہ انتخاب کر سکتے ہیں کہ آیا آپ اپنی اپیل کو آگے بڑھانا چاہتے ہیں۔**

- لیول 2 کے بعد اپیل کے عمل میں مزید 3 مراحل ہوتے ہیں (یوں کل ملا کر اپیل کے 5 مراحل بنتے ہیں)۔ اگر آپ درجہ 3 کی اپیل پر جانا چاہتے ہیں، تو اس کو انجام دینے کی تفصیلات آپ کو درجہ 2 کی اپیل کے فیصلے کے بعد موصول ہونے والے اس تحریری نوٹس میں بیان کی گئی ہیں۔
- درجہ 3 کی اپیل کا نظم انتظامی قانون کے جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ کی جانب سے کیا جاتا ہے۔ **سیکشن 10** میں لیول 3، 4، اور 5 اپیلوں کے عمل کے بارے میں مزید تفصیلات فراہم کی گئی ہیں۔

## سیکشن 8 ہسپتال میں طویل مدت تک بھرتی رہنے کے خرچ کو کور کرنے کی درخواست اس حالت میں کیسے کریں جب آپ کو یہ لگے کہ آپ کو قبل از وقت ڈسچارج کیا جا رہا ہے

جب آپ کسی ہسپتال میں داخل ہوتے ہیں، تو آپ کو اپنی بیماری یا چوٹ کی تشخیص اور علاج کے لیے ہسپتال کی تمام ضروری خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔

- آپ کے زیر کوریج ہسپتال قیام کے دوران، آپ کے ڈاکٹر اور ہسپتال کا عملہ آپ کو ہسپتال سے رخصت ہونے کے دن کے لیے تیار کرنے کے لیے آپ کے ساتھ مل کر کام کریں گے۔ وہ آپ کے جانے کے بعد آپ کی دیکھ بھال کا بندوبست کرنے میں مدد کریں گے۔
- جس دن آپ ہسپتال چھوڑتے ہیں اسے **خارج ہونے کی تاریخ** کہا جاتا ہے۔
- جب آپ کے خارج ہونے کی تاریخ کا فیصلہ ہو جاتا ہے، تو آپ کا ڈاکٹر یا ہسپتال کا عملہ آپ کو بتا دے گا۔
- اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کو بہت جلد ہسپتال چھوڑنے کے لیے کہا جا رہا ہے، تو آپ ہسپتال میں طویل قیام کے لیے درخواست کر سکتے ہیں اور آپ کی درخواست پر غور کیا جائے گا۔

## سیکشن 8.1 آپ کے ہسپتال میں زیر علاج قیام کے دوران، آپ کو Medicare کی طرف سے ایک تحریری نوٹس ملے گا جس میں آپ کو آپ کے حقوق کے بارے میں معلومات ہوگی۔

ہسپتال میں داخل ہونے کے 2 کیلنڈر دنوں کے اندر، آپ کو ایک تحریری نوٹس دیا جائے گا جسے آپ کے حقوق کے بارے میں Medicare کی جانب سے ایک اہم پیغام کہا جائے گا۔ Medicare سے منسلک ہر کسی کو اس کی ایک کاپی موصول ہوتی ہے۔

اگر آپ کو ہسپتال میں کسی سے نوٹس نہیں ملتا ہے (مثال کے طور پر، کیس ورکر یا نرس)، تو اس کے لیے ہسپتال کے کسی ملازم سے پوچھیں۔ اگر آپ کو مدد کی ضرورت ہو تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں)۔

### 1. اس نوٹس کو دھیان سے پڑھیں اور اگر آپ کو اس کی سمجھ نہیں آتی تو سوالات پوچھیں۔ یہ آپ کو بتاتا ہے:

- آپ کا یہ حق ہے کہ آپ کو ہسپتال میں قیام کے دوران اور بعد میں، آپ کے ڈاکٹر کے حکم کے مطابق، Medicare کے زیر کوریج خدمات حاصل ہوں۔ اس میں آپ کو یہ جاننے کا حق شامل ہے کہ یہ سروسز کیا ہیں، ان کی ادائیگی کون کرے گا، اور آپ انہیں کہاں حاصل کر سکتے ہیں۔
- آپ کا اپنے ہسپتال میں قیام کے بارے میں کسی بھی فیصلے میں شامل ہونے کا حق۔
- اپنے ہسپتال میں دیکھ بھال کے معیار کے بارے میں کسی بھی خدشات کے لیے کہاں رپورٹ کریں۔
- اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کو ہسپتال سے بہت جلد ڈسچارج کیا جا رہا ہے تو آپ کو ڈسچارج کرنے کے فیصلے پر فوری نظر ثانی کا مطالبہ کرنے کا آپ کا حق ہے۔ یہ آپ کے ڈسچارج کی تاریخ میں تاخیر کا مطالبہ کرنے کا ایک رسمی، قانونی طریقہ ہے تاکہ ہم آپ کی ہسپتال کی دیکھ بھال کو طویل عرصے تک پورا کر سکیں۔

2. آپ سے تحریری نوٹس پر دستخط کرنے کو کہا جائے گا تاکہ یہ ظاہر کیا جاسکے کہ آپ کو یہ مل گیا ہے اور آپ کے حقوق کو سمجھتے ہیں۔
- آپ یا آپ کی جانب سے کردار ادا کرنے والے فرد کو اس نوٹس پر دستخط کرنے کے لیے کہا جائے گا۔
  - نوٹس پر دستخط کرنے سے صرف یہ ظاہر ہوتا ہے کہ آپ کو اپنے حقوق کے بارے میں معلومات مل گئی ہیں۔ نوٹس میں آپ کے ڈسچارج کی تاریخ نہیں ہوتی ہے۔ نوٹس پر دستخط کرنے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ آپ ڈسچارج کی تاریخ پر منفق ہیں۔
3. نوٹس کی اپنی کاپی اپنے پاس محفوظ رکھیں تاکہ اگر آپ کو اپیل کرنے (یا دیکھ بھال کے معیار کے بارے میں کوئی تشویش رپورٹ کرنے) کی ضرورت ہو تو آپ کے پاس معلومات موجود ہوں۔
- اگر آپ اپنی رخصتی کی تاریخ سے دو کلینڈر دن پہلے سے زیادہ وقت پر نوٹس پر دستخط کرتے ہیں، تو آپ کو مقررہ رخصتی سے قبل ایک اور کاپی ملے گی۔
  - اس نوٹس کی کاپی پہلے سے دیکھنے کے لیے، ممبر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یا (1-800-633-4227) Medicare (1-800-633-4227) پر کال کریں۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔ آپ [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im) پر بھی نوٹس آن لائن حاصل کر سکتے ہیں۔

## سیکشن 8.2 اپنے ہسپتال سے ڈسچارج کی تاریخ تبدیل کرنے کے لیے لیول 1 کی اپیل کا طریقہ

طویل مدت کے لیے داخل مریض ہسپتال خدمات کی کوریج کی درخواست کرنے کی خاطر، اس مطالبے کے لیے اپیل کا طریقہ کار استعمال کریں۔ آغاز کرنے سے پہلے یہ سمجھیں کہ آپ کو کیا کرنے کی ضرورت ہے اور ڈیڈ لائنز کیا ہیں۔

- عمل کی پیروی کریں
  - ڈیڈ لائن کو پورا کریں
  - ضرورت پڑنے پر مدد کی درخواست کریں۔ اگر آپ کے سوالات ہیں یا مدد کی ضرورت ہے تو ممبر سروسز کو (833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ یا ذاتی مدد کے لیے اپنے اسٹیٹ ہیلتھ انشورنس اسسٹنس پروگرام (SHIP) کو کال کریں۔ SHIP رابطہ کی معلومات باب 2، سیکشن 3 میں دستیاب ہے۔
- معیار میں بہتری کی تنظیم درجہ 1 کی اپیل کے دوران، آپ کی اپیل کا جائزہ لیتی ہے۔ یہ اس چیز کو دیکھنے کے لیے چیک کرتی ہے کہ آیا آپ کی منصوبہ یافتہ خارج ہونے کی تاریخ طبی طور سے آپ کے لیے موزوں ہے۔
- کوالٹی امپرومنٹ آرگنائزیشن ایسے ڈاکٹروں اور طبی عملے پر مشتمل ہے جنہیں وفاقی حکومت اس لیے تنخواہ دیتی ہے تاکہ وہ Medicare کے مریضوں کے لیے فراہم کی جانے والی طبی دیکھ بھال کے معیار کا جائزہ لیں اور اسے بہتر بنائیں۔ اس میں Medicare کے ساتھ منسلک لوگوں کے لیے ہسپتال سے ڈسچارج ہونے کی تاریخوں کے جائزے شامل ہیں۔ یہ ماہرین ہمارے پلان کا حصہ نہیں ہیں۔
- مرحلہ 1: اپنی ریاست کی معیار میں بہتری کی تنظیم سے رابطہ کریں اور ہسپتال سے اپنے ڈسچارج کے فوری جائزے کی درخواست کریں۔ آپ کو فوری طور پر عمل کرنا چاہیے۔
- آپ اس ادارے سے رابطہ کیسے کر سکتے ہیں؟

- آپ کو جو تحریری نوٹس ملا ہے (Medicare کی جانب سے آپ کے حقوق کے بارے میں ایک اہم پیغام)، وہ آپ کو بتاتا ہے کہ اس تنظیم (QIO) سے کیسے رابطہ کیا جائے۔ یا باب 2 میں اپنی ریاست کے لیے معیار میں بہتری کی تنظیم کا نام، پتہ، اور فون نمبر تلاش کریں۔

### فوری عمل کریں:

- اپنی اپیل کرنے کے لیے، آپ کو ہسپتال چھوڑنے سے پہلے اور اپنے ڈسچارج کے دن آدھی رات تک معیار میں بہتری کی تنظیم سے رابطہ ضرور کرنا چاہیے۔
- اگر آپ اس مقررہ وقت کی پابندی کرتے ہیں، تو کوالٹی امپرومنٹ آرگنائزیشن کا فیصلہ آنے تک انتظار کے دوران آپ اپنی رخصتی کی تاریخ کے بعد بھی بغیر ادائیگی کے ہسپتال میں قیام کر سکتے ہیں۔
- اگر آپ اس مقررہ وقت (ڈیڈ لائن) کی پابندی نہیں کرتے ہیں، تو ہم سے رابطہ کریں۔ اگر آپ اپنی طے شدہ رخصتی کی تاریخ کے بعد بھی ہسپتال میں رہنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہو سکتا ہے کہ آپ کو اپنی طے شدہ رخصتی کی تاریخ کے بعد حاصل ہونے والی ہسپتال کی دیکھ بھال کے تمام اخراجات ادا کرنے پڑیں۔

**باب 9: اگر آپ کو کوئی مسئلہ یا شکایت ہے (کوريج کے فیصلے، اپیلیں، شکایات)**

جیسے ہی آپ ہسپتال سے اپنی رخصتی کے فوری جائزے کی درخواست کریں گے، کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن ہم سے رابطہ کرے گی۔ ہم سے رابطہ کیے جانے کے بعد اگلے دن دوپہر تک، ہم آپ کو رخصتی کا ایک تفصیلی نوٹس فراہم کر دیں گے۔ یہ نوٹس آپ کو منصوبہ یافتہ خارج ہونے کی تاریخ دیتا ہے اور ان وجوہات کی تفصیلی وضاحت کرتا ہے کہ آپ کے ڈاکٹر، ہسپتال، اور ہمارے خیال میں یہ (طبی طور پر موزوں) کیوں ہے کہ آپ کو اس تاریخ پر ڈسچارج کر دیا جائے۔

آپ ممیر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یا (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE پر کال کر کے ڈسچارج کے تفصیلی نوٹس کا نمونہ حاصل کر سکتے ہیں۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔ یا آپ [www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im) پر آن لائن نمونہ نوٹس حاصل کر سکتے ہیں۔

**مرحلہ 2: معیار میں بہتری کی تنظیم آپ کے کیس کے لیے ایک خود مختار جائزے کا انعقاد کرتی ہے۔**

- معیار میں بہتری کی تنظیم کے صحت کے پیشہ ورانہ ماہرین ("جائزہ کاران") آپ یا آپ کے نمائندے سے استفسار کریں گے کہ آپ کو یہ یقین کیوں ہے کہ سروسز کے لیے کوریج جاری رہنی چاہیے۔ آپ کو تحریری طور پر کچھ بھی تیار کرنے کی ضرورت نہیں ہے، لیکن اگر آپ چاہیں تو کر سکتے ہیں۔
- جائزہ کار آپ کی طبی معلومات کو بھی دیکھیں گے، آپ کے ڈاکٹر سے بات کریں گے، اور ان معلومات کا جائزہ لیں گے جو ہم اور ہسپتال نے انہیں دی ہیں۔
- جائزہ لینے والوں کی جانب سے آپ کی اپیل کے بارے میں ہمیں بتائے جانے کے اگلے دن دوپہر تک، آپ کو ہماری طرف سے ایک تحریری نوٹس ملے گا جس میں آپ کی طے شدہ رخصتی کی تاریخ دی گئی ہوگی۔ یہ نوٹس آپ کو منصوبہ یافتہ خارج ہونے کی تاریخ دیتا ہے اور ان وجوہات کی تفصیلی وضاحت کرتا ہے کہ آپ کے ڈاکٹر، ہسپتال، اور ہمارے خیال میں یہ (طبی طور پر موزوں) کیوں ہے کہ آپ کو اس تاریخ پر ڈسچارج کر دیا جائے۔

**مرحلہ 3: تمام ضروری معلومات حاصل کرنے کے بعد پورے ایک دن کے اندر، کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن آپ کو آپ کی اپیل کا جواب دے گی۔**

**اگر جواب ہاں میں ہو تو اس صورت میں کیا ہوتا ہے؟**

- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم ہاں کہتی ہے، تو جب تک یہ خدمات طبی طور پر ضروری رہیں گی، ہمیں آپ کو آپ کی زیر کوریج داخل مریض ہسپتال خدمات فراہم کرتے رہنا ہوگا۔
- آپ کو اخراجات میں سے اپنا حصہ ادا کرتے رہنا پڑے گا (جیسے کہ کٹوتیاں یا کوپیمنٹ، اگر یہ لاگو ہوتے ہیں)۔ علاوہ ازیں، ممکن ہے کہ آپ کی کوور کردہ ہسپتال کی خدمات پر تحدیدات عائد ہوں۔

**اگر جواب نہیں میں ہو تو اس صورت میں کیا ہوتا ہے؟**

- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم کی طرف سے انکار کیا جاتا ہے، تو اس کا مطلب یہ ہے کہ آپ کی منصوبہ بند رخصتی کی تاریخ طبی تقاضوں کے عین مطابق ہے۔ اگر ایسا ہوتا ہے، تو معیار میں بہتری کی تنظیم کی جانب سے آپ کی اپیل کا جواب دینے کے بعد ہماری داخل مریض کے لیے کور کردہ ہسپتال کی خدمات دن دوپہر تک ختم ہو جائیں گی۔
- اگر آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی اپیل کو مسترد کر دیتی ہے اور آپ ہسپتال میں رہنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن کی طرف سے آپ کو آپ کی اپیل کا جواب دیے جانے کے اگلے دن دوپہر کے بعد ہسپتال کی دیکھ بھال کے مکمل اخراجات آپ کو ادا کرنے پڑ سکتے ہیں۔

**مرحلہ 4: اگر آپ کی درجہ 1 کی اپیل کے لیے جواب نہیں میں ہے، تو فیصلہ کریں کہ آیا آپ ایک اور اپیل کرنا چاہتے ہیں۔**

- اگر کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن نے آپ کی اپیل مسترد کر دی تھی، اور آپ اپنی طے شدہ رخصتی کی تاریخ کے بعد بھی ہسپتال میں رہتے ہیں، تو آپ ایک اور اپیل دائر کر سکتے ہیں۔ ایک اور اپیل کرنے کا مطلب یہ ہے کہ آپ اپیل کے طریقہ کار کے لیول 2 کی طرف جا رہے ہیں۔

**سیکشن 8.3 ہسپتال سے اپنی رخصتی کی تاریخ بدلنے کے لیے لیول 2 اپیل کیسے دائر کریں**

لیول 2 اپیل کے دوران، آپ کو کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن سے کہنا ہوگا کہ وہ آپ کی پہلی اپیل کے فیصلے پر ایک اور نظر ڈالے۔ اگر معیار میں بہتری کی تنظیم آپ کی درجہ 2 کی اپیل کو مسترد کر دیتی ہے، تو آپ کو اپنی منصوبہ یافتہ ڈسچارج کی تاریخ کے بعد قیام کے لیے مکمل قیمت ادا کرنا پڑ سکتی ہے۔

**مرحلہ 1: معیار میں بہتری کی تنظیم سے دوبارہ رابطہ کریں اور ایک اور جائزے کی درخواست کریں۔**

• آپ کو کوالٹی امپرومنٹ آرگنائزیشن کی جانب سے آپ کی لیول 1 اپیل مسترد کیے جانے کے دن کے بعد 60 کلینٹر دنوں کے اندر اس جائزے کی درخواست کرنی چاہیے۔ آپ اس جائزے کی درخواست صرف تب ہی کر سکتے ہیں جب آپ اپنی دیکھ بھال کی کوریج ختم ہونے کی تاریخ کے بعد بھی ہسپتال میں قیام کریں۔

**مرحلہ 2: معیار میں بہتری کی تنظیم آپ کی صورتحال کا دوسرا جائزہ لیتی ہے۔**

• کوالٹی امپرومنٹ آرگنائزیشن کے جائزہ کار آپ کی اپیل سے متعلق تمام معلومات کا ایک اور محتاط جائزہ لیں گے۔

**مرحلہ 3: آپ کی لیول 2 اپیل کی درخواست موصول ہونے کے 14 کلینٹر دنوں کے اندر، جائزہ کار آپ کی اپیل پر فیصلہ کریں گے اور آپ کو اس فیصلے سے آگاہ کریں گے۔**

**اگر آزاد جائزہ کار تنظیم ہاں کہتی ہے:**

• کوالٹی امپرومنٹ آرگنائزیشن کی طرف سے آپ کی پہلی اپیل مسترد کیے جانے کے اگلے دن دوپہر کے بعد سے آپ کو ملنے والی ہسپتال کی دیکھ بھال کے اخراجات میں ہمارا حصہ آپ کو واپس کرنا ہم پر لازم ہے۔ ہمیں آپ کی اندرونی مریض ہسپتال کی نگہداشت کے لیے کوریج تب تک فراہم کرنا جاری رکھنی ہو گی جتنے عرصے تک طبی اعتبار سے یہ ضروری ہے۔

• آپ کو اپنے اخراجات کے اشتراک کی ادائیگی ضرور جاری رکھنی ہو گی اور کوریج کی حدود لاگو ہو سکتی ہیں۔

**اگر آزاد جائزہ لینے والی تنظیم نہیں کہتی ہے:**

• اس کا مطلب ہے کہ وہ آپ کی درجہ 1 کی اپیل کے لیے کیے جانے والے فیصلے سے اتفاق کرتے ہیں۔

• آپ کو جو نوٹس ملے گا اس میں تحریری طور پر بتایا جائے گا کہ اگر آپ جائزہ کے عمل کو جاری رکھنا چاہتے ہیں تو آپ کیا کر سکتے ہیں۔

**مرحلہ 4: اگر جواب نفی میں ہے، تو آپ کو یہ فیصلہ کرنے کی ضرورت ہوگی کہ آیا آپ لیول 3 پر جا کر اپنی اپیل کو مزید آگے بڑھانا چاہتے ہیں۔**

• لیول 2 کے بعد اپیل کے عمل میں مزید 3 مراحل ہوتے ہیں (یوں کل ملا کر اپیل کے 5 مراحل بنتے ہیں)۔ اگر آپ درجہ 3 کی اپیل پر جانا چاہتے ہیں، اس کو انجام دینے کے طریقے کے حوالے سے تفصیلات آپ کو درجہ 2 کی اپیل کے فیصلے کے بعد موصول ہونے والے اس تحریری نوٹس میں بیان کی گئی ہیں۔

• درجہ 3 کی اپیل کا نظم انتظامی قانون کے جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ کی جانب سے کیا جاتا ہے۔ سیکشن 10 میں اپیل کے عمل کے لیے 3، 4، اور 5 کے بارے میں مزید تفصیلات دی گئی ہیں۔

**سیکشن 9** اگر آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کی کوریج بہت جلدی ختم ہو رہی ہے تو ہم سے مخصوص طبی خدمات کو کوور کرنا جاری رکھنے کی درخواست کیسے کریں

**جب آپ کو کورڈ ہوم ہیلتھ سروسز، ہنرمند نرسنگ کی دیکھ بھال، یا بحالی کی دیکھ بھال (جامع بیرونی مریض بحالی کی سہولت - CORF) مل رہی ہوتی ہے، تو آپ کو یہ حق حاصل ہے کہ آپ اس قسم کی دیکھ بھال کی خدمات اس وقت تک حاصل کرتے رہیں جب تک کہ آپ کی بیماری یا چوٹ کی تشخیص اور علاج کے لیے اس دیکھ بھال کی ضرورت ہو۔**

جب ہم یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کے لیے ان تینوں اقسام کی دیکھ بھال میں سے کسی کو بھی کور کرنا روک دیا جائے، تو ہمیں آپ کو پیشگی اطلاع دینا ضروری ہوتا ہے۔ جب آپ کی اس دیکھ بھال کی کوریج ختم ہو جائے گی، تو ہم آپ کی دیکھ بھال کی ادائیگی کرنا بند کر دیں گے۔

اگر آپ کو لگتا ہے کہ ہم آپ کی دیکھ بھال کی کوریج بہت جلد ختم کر رہے ہیں، تو آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔ یہ سیکشن آپ کو بتاتا ہے کہ اپیل کی درخواست کیسے کریں۔

## سیکشن 9.1 آپ کی کوریج کب ختم ہونے کی ہم پیشگی اطلاع دیں گے

### قانونی اصطلاح:

**Medicare کی نان کوریج کا نوٹس۔** اس میں بتایا گیا ہے کہ آپ کس طرح فاسٹ ٹریک اپیل کی درخواست کر سکتے ہیں۔ فاسٹ ٹریک اپیل کی درخواست کرنا ایک ایسا قانونی طریقہ ہے جس کا استعمال کر کے آپ اس تعلق سے ہمارے کوریج کے فیصلے میں ترمیم کرنے کا مطالبہ کر سکتے ہیں کہ آپ کو دیکھ بھال کی سہولت دینا کب سے بند کیا جائے۔

1. آپ کو یہ نوٹس ہماری جانب سے آپ کی دیکھ بھال کی کوریج روکنے سے کم از کم 2 کیلنڈر دن پہلے تحریری طور پر ملتا ہے۔ یہ نوٹس آپ کو بتاتا ہے:
  - وہ تاریخ جب ہم آپ کی دیکھ بھال کو کور کرنا بند کر دیں گے۔
  - فاسٹ ٹریک اپیل کی درخواست کرنے کا طریقہ، تاکہ ہم سے آپ کی دیکھ بھال کی کوریج کو زیادہ عرصے تک جاری رکھنے کا کہا جاسکے۔
2. آپ کو، یا آپ کی طرف سے کام کرنے والے کسی شخص کو، یہ ظاہر کرنے کے لیے کہ آپ کو نوٹس موصول ہو گیا ہے، تحریری نوٹس پر دستخط کرنے کے لیے کہا جائے گا۔ نوٹس پر دستخط کرنے سے صرف یہ ظاہر ہوتا ہے کہ آپ کو اس بارے میں معلومات مل گئی ہیں کہ آپ کی کوریج کب بند ہو گی۔ اس پر دستخط کرنے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ آپ دیکھ بھال روکنے کے ہمارے پلان کے تحت لیے گئے فیصلے سے اتفاق کرتے ہیں۔

## سیکشن 9.2 اپنی دیکھ بھال کی کوریج کو زیادہ عرصے تک جاری رکھنے کے لیے ہمارے پلان سے ایپل 1 کی اپیل کرنے کا طریقہ

اگر آپ ہم سے طویل عرصے تک اپنی دیکھ بھال کا احاطہ کرنے کے لیے کہنا چاہتے ہیں، تو آپ کو یہ درخواست کرنے کے لیے اپیل کے عمل کو استعمال کرنے کی ضرورت ہوگی۔ آغاز کرنے سے پہلے یہ سمجھیں کہ آپ کو کیا کرنے کی ضرورت ہے اور ڈیڈ لائنز کیا ہیں۔

- عمل کی پیروی کریں
- ڈیڈ لائن کو پورا کریں
- ضرورت پڑنے پر مدد کی درخواست کریں۔ اگر آپ کے سوالات ہیں یا مدد کی ضرورت ہے تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ یا ذاتی مدد کے لیے اپنے اسٹیٹ ہیلتھ انشورنس اسسٹنس پروگرام (SHIP) کو کال کریں۔ SHIP رابطہ کی معلومات باب 2، سیکشن 3 میں دستیاب ہے۔

**معیار میں بہتری کی تنظیم درجہ 1 کی اپیل کے دوران، آپ کی اپیل کا جائزہ لیتی ہے۔** یہ فیصلہ کرتی ہے کہ آیا آپ کی نگہداشت کے لیے اختتامی تاریخ طبی طور سے موزوں ہے۔

کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن ڈاکٹروں اور دیگر صحت کی دیکھ بھال کے ماہرین کا ایک گروپ ہے جو Medicare کے ساتھ لوگوں کی دیکھ بھال کے معیار کو بہتر بنانے اور ان میں مدد کرنے کے لیے وفاقی حکومت کی طرف سے ادا کی جاتی ہے۔ اس میں طبی نگہداشت کی مخصوص اقسام کو کور کرنے سے روکنے کے وقت کے بارے میں منصوبے کے فیصلوں کے جائزے شامل ہوتے ہیں۔ یہ ماہرین ہمارے پلان کا حصہ نہیں ہیں۔

**مرحلہ 1: اپنی درجہ 1 کی اپیل کریں:** معیار میں بہتری کی تنظیم سے رابطہ کریں اور فاسٹ ٹریک اپیل کے لیے درخواست کریں۔ آپ کو فوری طور پر عمل کرنا چاہیئے۔

آپ اس ادارے سے رابطہ کیسے کر سکتے ہیں؟

- آپ کو جو تحریری نوٹس ملا ہے (Medicare کے کوریج نہ ہونے کا نوٹس)، اس سے آپ کو پتہ چلتا ہے کہ اس تنظیم تک کیسے پہنچا جا سکتا ہے۔ یا باب 2 میں اپنی ریاست کے لیے معیار میں بہتری کی تنظیم کا نام، پتہ، اور فون نمبر تلاش کریں۔

**فوری عمل کریں:**

- آپ کو Medicare کے نان کوریج نوٹس پر مؤثر تاریخ سے پہلے دن دوپہر تک اپنی اپیل کا آغاز کرنے کے لیے معیار میں بہتری کی تنظیم سے رابطہ ضرور کرنا چاہیئے۔
- اگر آپ آخری تاریخ اپیل نہیں کر پاتے ہیں، اور آپ پھر بھی اپیل دائر کرنا چاہتے ہیں، تو آپ کے پاس اب بھی اپیل کے حقوق موجود ہیں۔ اپنی کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن سے رابطہ کریں۔

**مرحلہ 2: معیار میں بہتری کی تنظیم آپ کے کیس کے لیے ایک خود مختار جائزے کا انعقاد کرتی ہے۔**

**قانونی اصطلاح:**

نان کوریج کی تفصیلی وضاحت۔ نوٹس جو کوریج ختم کرنے کی وجوہات کی تفصیلات دیتا ہے۔

**اس جائزے کے دوران کیا ہوتا ہے؟**

- کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن میں موجود صحت کے پیشہ ور افراد (جائزہ کار) آپ سے، یا آپ کے نمائندے سے، پوچھیں گے کہ آپ کیوں یقین رکھتے ہیں کہ خدمات کی کوریج جاری رہنی چاہیے۔ آپ کو تحریری طور پر کچھ بھی تیار کرنے کی ضرورت نہیں ہے، لیکن اگر آپ چاہیں تو کر سکتے ہیں۔
- آزاد جائزہ کار تنظیم آپ کی طبی معلومات کا بھی جائزہ لے گی، آپ کے ڈاکٹر سے بات کرے گی، اور ہمارے پلان کی طرف سے فراہم کردہ معلومات کا بھی جائزہ لے گی۔
- جس دن جائزہ کاروں نے ہمیں آپ کی اپیل کے بارے میں بتایا، اسی دن کے اختتام تک آپ کو ہماری طرف سے کوریج نہ ہونے کی تفصیلی وضاحت موصول ہو جائے گی، جس میں آپ کی خدمات کے لیے کوریج ختم کرنے کی ہماری وجوہات تفصیل سے بیان کی گئی ہوں گی۔

**مرحلہ 3: تمام ضروری معلومات حاصل کرنے کے بعد، جائزہ کار ایک مکمل دن کے اندر آپ کو اپنے فیصلے سے آگاہ کر دیں گے۔**

**اگر جائزہ کار کا جواب ہاں میں ہو تو اس صورت میں کیا ہوتا ہے؟**

- اگر جائزہ کار آپ کی اپیل کے حق میں فیصلہ دیتے ہیں (یا 'ہاں کہتے ہیں')، تو ہمیں آپ کی کورڈ سروس اس وقت تک فراہم کرتے رہنا ضروری ہو گا جب تک کہ وہ طبی طور پر ضروری ہو۔
- آپ کو اپنے حصے کے اخراجات (جیسے کہ اگر لاگو ہوں تو کٹوتیاں یا کوپیمنٹس) ادا کرتے رہنا پڑے گا۔ ممکن ہے کہ آپ کی کورڈ سروسز پر تحدیدات عائد ہوں۔

**اگر جائزہ کار مسترد کر دیتے ہیں تو اس صورت میں کیا ہوتا ہے؟**

- اگر جائزہ کار نفی میں فیصلہ دیتے ہیں، تو آپ کی کوریج اسی تاریخ کو ختم ہو جائے گی جو ہم نے آپ کو بتائی تھی۔
- اگر آپ اپنی کوریج ختم ہونے کے بعد اس تاریخ کے بعد بھی ہوم ہیلتھ کیئر، یا ہنرمند نرسنگ فیسلیٹی کیئر، یا جامع بیرونی مریض بحالی کی سہولت (CORF) کی خدمات حاصل کرنا جاری رکھتے ہیں، تو آپ کو اس دیکھ بھال کی پوری لاگت خود ادا کرنی پڑے گی۔

**مرحلہ 4: اگر آپ کی درجہ 1 کی اپیل کے لیے جواب نہیں میں ہے، تو فیصلہ کریں کہ آیا آپ ایک اور اپیل کرنا چاہتے ہیں۔**

- اگر جائزہ کار آپ کی لیول 1 اپیل کو مسترد کر دیتے ہیں اور آپ کوریج ختم ہونے کے بعد بھی اپنی دیکھ بھال حاصل کرنا جاری رکھنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو آپ لیول 2 کی اپیل کر سکتے ہیں۔

### سیکشن 9.3 اپنی دیکھ بھال کی کوریج کو زیادہ عرصے تک جاری رکھنے کے لیے ہمارے پلان سے لیول 2 کی اپیل کرنے کا طریقہ

درجہ 2 کی اپیل کے دوران، آپ معیار میں بہتری کی تنظیم سے اپنی پہلی اپیل پر فیصلہ کے بارے میں ایک بار مزید غور کرنے کی درخواست کرتے ہیں۔ اگر کوالٹی امپروو منٹ آرگنائزیشن آپ کی لیول 2 کی اپیل مسترد کر دیتی ہے، تو آپ کو اس تاریخ کے بعد، جب ہماری جانب سے آپ کی کوریج ختم ہونے کا کہا گیا تھا، آپ کو ہوم ہیلتھ کیئر، یا ہنرمند نرسنگ فیسیٹیٹی کیئر، یا جامع بیرونی مریض بحالی کی سہولت کی خدمات کی مکمل لاگت ادا کرنی پڑ سکتی ہے۔

#### مرحلہ 1: معیار میں بہتری کی تنظیم سے دوبارہ رابطہ کریں اور ایک اور جائزے کی درخواست کریں۔

• آپ کو اس جائزہ کی درخواست، کوالٹی امپروو منٹ آرگنائزیشن کی جانب سے آپ کی لیول 1 اپیل مسترد کیے جانے کے دن کے بعد سے 60 کیلنڈر دنوں کے اندر کرنی ہوگی۔ آپ اس جائزے کی درخواست صرف اسی صورت میں کر سکتے ہیں جب آپ کی دیکھ بھال کی کوریج ختم ہونے کی تاریخ کے بعد بھی آپ کو دیکھ بھال حاصل کرنا جاری رکھا ہو۔

#### مرحلہ 2: معیار میں بہتری کی تنظیم آپ کی صورتحال کا دوسرا جائزہ لیتی ہے۔

• کوالٹی امپروو منٹ آرگنائزیشن کے جائزہ کار آپ کی اپیل سے متعلق تمام معلومات کا ایک اور محتاط جائزہ لیں گے۔

#### مرحلہ 3: آپ کی اپیل کی درخواست موصول ہونے کے بعد، جائزہ کار 14 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کی اپیل پر فیصلہ کریں گے اور آپ کو اپنے فیصلے سے آگاہ کر دیں گے۔

#### اگر آزاد جائزہ تنظیم 'ہاں' کہتی ہے تو کیا ہوتا ہے؟

• ہمیں اس تاریخ کے بعد، جب ہماری جانب سے آپ کی کوریج ختم ہونے کا کہا گیا تھا، آپ کو حاصل ہونے والی دیکھ بھال کے اخراجات میں اپنے حصے کی رقم کی واپسی کرنی ضروری ہے۔ ہمیں اس دیکھ بھال کی کوریج کو اس وقت تک جاری رکھنا ضروری ہو گا جب تک کہ وہ طبی طور پر ضروری رہے۔

• آپ کو اپنے اخراجات کے اشتراک کی ادائیگی جاری رکھنی ہو گی اور کوریج کی حدود لاگو ہو سکتی ہیں۔

#### اگر آزاد جائزہ کار تنظیم نفی میں فیصلہ دیتی ہے تو کیا ہوتا ہے؟

• اس کا مطلب ہے کہ وہ آپ کی درجہ 1 کی اپیل کے لیے کیے گئے فیصلے سے اتفاق کرتے ہیں۔

• آپ کو جو نوٹس ملے گا اس میں تحریری طور پر بتایا جائے گا کہ اگر آپ جائزہ کے عمل کو جاری رکھنا چاہتے ہیں تو آپ کیا کر سکتے ہیں۔ یہ آپ کو اگلے درجے کی اپیل پر جانے کے بارے میں تفصیلات فراہم کرے گا، جس پر ایک ایڈمنسٹریٹو لاء جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ سماعت کرے گا۔

#### مرحلہ 4: اگر جواب نفی میں آتا ہے، تو آپ کو فیصلہ کرنا ہو گا کہ آیا آپ اپنی اپیل کو مزید آگے لے جانا چاہتے ہیں۔

• لیول 2 کے بعد اپیل کے تین (3) مزید درجے ہیں، اس طرح اپیل کے کل پانچ (5) درجے ہو جاتے ہیں۔ اگر آپ درجہ 3 کی اپیل پر جانا چاہتے ہیں، اس کو انجام دینے کے طریقے کے حوالے سے تفصیلات آپ کو درجہ 2 کی اپیل کے فیصلے کے بعد موصول ہونے والے اس تحریری نوٹس میں بیان کی گئی ہیں۔

• درجہ 3 کی اپیل کا نظم انتظامی قانون کے جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ کی جانب سے کیا جاتا ہے۔ اس باب کا سیکشن 10 درجہ 3، 4، اور 5 کی اپیلز کے لیے طریقہ کار کے بارے میں مزید بتاتا ہے۔

### سیکشن 10 اپنی اپیل کو لیول 3، 4 اور 5 تک لے جانا

#### سیکشن 10.1 میڈیکل سروس کی درخواستوں کے لیے اپیل کا لیول 3، 4 اور 5

یہ سیکشن آپ کے لیے مناسب ہو سکتا ہے اگر آپ نے لیول 1 کی اپیل اور لیول 2 کی اپیل کی تھی، اور آپ کی دونوں اپیلیں مسترد کر دی گئی تھیں۔

**باب 9: اگر آپ کو کوئی مسئلہ یا شکایت ہے (کورج کے فیصلے، اپیلیں، شکایات)**

اگر آپ کی اپیل کردہ شے یا طبی سروس کی مالی قدر مخصوص کم از کم معیار پر پورا اترتی ہے، تو آپ اپیل کے اضافی درجات پر جانے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اگر مالی قدر کم از کم سطح سے کم ہے، تو آپ مزید اپیل نہیں کر سکتے۔ لیول 2 کی اپیل کے جواب میں آپ کو ملنے والے تحریری جواب میں یہ وضاحت کی جائیگی کہ لیول 3 کی اپیل کیسے کی جائے۔

اپیلوں سے متعلق زیادہ تر صورت حال میں، اپیل کے آخری تین (3) لیول پہلے دو (2) لیول کی طرح ہی کام کرتے ہیں۔ یہاں بتایا گیا ہے کہ ان میں سے ہر ایک لیول پر آپ کی اپیل کا جائزہ کون لیتا ہے۔

**لیول 3 اپیل**

ایک ایڈمنسٹریٹو لاء جج یا وفاقی حکومت کے لیے کام کرنے والا اٹارنی فیصلہ کنندہ آپ کی اپیل کا جائزہ لے گا اور آپ کو جواب دے گا۔

- اگر ایڈمنسٹریٹو لاء جج یا اٹارنی ایڈجیوڈیکیٹر فیصلہ کنندہ آپ کی اپیل کو منظور (ہاں) کر لیتا ہے، تو اپیل کا عمل ختم ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی۔ لیول 2 کی اپیل کے فیصلے کے برعکس، ہمیں لیول 3 کے اُس فیصلے کے خلاف اپیل کرنے کا حق حاصل ہے جو آپ کے حق میں ہو۔ اگر ہم اپیل کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو یہ لیول 4 کی اپیل کے لیے جائے گا۔
- اگر ہم اپیل نہ کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہمیں ایڈمنسٹریٹو لاء جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ کا فیصلہ موصول ہونے کے 60 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو طبی دیکھ بھال کی اجازت دینی یا فراہم کرنی ہوگی۔
- اگر ہم فیصلے کے خلاف اپیل کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہم آپ کو لیول 4 کی اپیل کی درخواست کی ایک نقل، اس کے ساتھ منسلک تمام دستاویزات کے ہمراہ، بھیجیں گے۔ ممکن ہے کہ ہم متنازعہ طبی دیکھ بھال مجاز یا فراہم کرنے سے قبل درجہ 4 کی اپیل کے فیصلے کا انتظار کریں۔
- اگر ایڈمنسٹریٹو لاء جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ آپ کی اپیل کو مسترد (نہیں) کر دیتا ہے، تو اپیل کا عمل ختم ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی۔

- اگر آپ اپنی اپیل مسترد کرنے کے فیصلے کو قبول کرتے ہیں، تو اپیل کا عمل ختم ہو جاتا ہے۔
- اگر آپ فیصلے کو قبول نہیں کرنا چاہتے ہیں، تو آپ جائزہ لینے کے عمل کے اگلے درجے تک جا سکتے ہیں۔ آپ کو موصول ہونے والا نوٹس آگاہ کرے گا کہ درجہ 4 کی اپیل کے لیے کیا کرنا ہے۔

**لیول 4 اپیل**

**میڈیکل اپیل کونسل (کونسل)** آپ کی اپیل کا جائزہ لے گی اور آپ کو جواب دے گی۔ کونسل وفاقی حکومت کا حصہ ہے۔

- اگر جواب 'ہاں' میں آتا ہے، یا اگر کونسل لیول 3 کی اپیل کے ہمارے حق میں آئے ہوئے فیصلے پر نظر ثانی کی ہماری درخواست مسترد کر دیتی ہے، تو اپیل کا عمل ختم ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی۔ درجہ 2 کے فیصلے کے برعکس، ہمیں درجہ 4 کے فیصلے کے خلاف اپیل کا حق حاصل ہے جو آپ کے لیے موافق ہے۔ ہم فیصلہ کریں گے کہ آیا اس فیصلے کے خلاف لیول 5 کی اپیل کی جائے یا نہیں۔
- اگر ہم فیصلے کے خلاف اپیل نہ کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہمیں کونسل کا فیصلہ موصول ہونے کے 60 کیلنڈر دنوں کے اندر آپ کو طبی دیکھ بھال کی اجازت دینی یا فراہم کرنی ہوگی۔
- اگر ہم فیصلے کے خلاف اپیل کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہم آپ کو تحریری طور پر مطلع کریں گے۔
- اگر جواب 'نہیں' میں آتا ہے یا اگر کونسل جائزہ لینے کی درخواست مسترد کر دیتی ہے، تو اپیل کا عمل ختم ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی۔
- اگر آپ اس فیصلے کو قبول کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں جو آپ کی اپیل کو مسترد کرتا ہے، تو اپیلز کی کارروائی ختم ہو جاتی ہے۔
- اگر آپ فیصلے کو قبول نہیں کرنا چاہتے، تو آپ جائزہ کاری کے اگلے لیول کے عمل میں آگے بڑھنے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اگر کونسل آپ کی اپیل کو مسترد کر دیتی ہے، تو آپ کو جو نوٹس ملے گا اس میں بتایا جائے گا کہ آیا قواعد آپ کو لیول 5 کی اپیل میں جانے کی اجازت دیتے ہیں یا نہیں اور لیول 5 کی اپیل کے ساتھ کس طرح آگے بڑھنا ہے۔

**لیول 5 اپیل**

فیڈرل ڈسٹرکٹ کورٹ کا ایک جج آپ کی اپیل کا جائزہ لے گا۔

- ایک جج تمام معلومات کا جائزہ لے گا اور آپ کی درخواست پر ہاں یا نہیں کا فیصلہ کرے گا۔ یہ حتمی جواب ہے۔ وفاقی ضلعی عدالت کے بعد اپیل کے مزید کوئی درجے نہیں ہیں۔

## سیکشن 10.2 اضافی Medicaid اپیلز

اگر آپ کی اپیل ان سروسز یا اشیاء کے متعلق ہے جنہیں Medicaid عموماً کوور کرتا ہے تو آپ کو دیگر اپیل کے حقوق حاصل ہیں۔ فیئر بیئرنگ آفس سے جو خط آپ کو ملے گا اس میں بتایا جائیگا کہ اگر آپ اپیل کا عمل جاری رکھنا چاہتے ہیں تو کیا کرنا ہے۔

## سیکشن 10.3 حصہ D کی دوا کی درخواستوں کے لیے 3، 4 اور 5 درجے کی اپیلز

یہ سیکشن آپ کے لیے مناسب ہو سکتا ہے اگر آپ نے لیول 1 کی اپیل اور لیول 2 کی اپیل کی تھی، اور آپ کی دونوں اپیلیں مسترد کر دی گئی تھیں۔

اگر جس دوا کے لیے آپ نے اپیل کی ہے اس کی قیمت ایک خاص ڈالر کی رقم تک پہنچتی ہے، تو آپ اپیل کے اگلے لیول کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اگر ڈالر کی رقم کم ہے، تو آپ مزید اپیل نہیں کر سکتے۔ آپ کو اپنی لیول 2 کی اپیل پر جو تحریری جواب ملے گا اس میں یہ بتایا جائے گا کہ کس سے رابطہ کرنا ہے اور لیول 3 کی اپیل کے لیے کیا کرنا ہے۔

اپیلوں سے متعلق زیادہ تر صورت حال میں، اپیل کے آخری تین (3) لیول پہلے دو (2) لیول کی طرح ہی کام کرتے ہیں۔ یہاں بتایا گیا ہے کہ ان میں سے ہر ایک لیول پر آپ کی اپیل کا جائزہ کون لیتا ہے۔

لیول 3 اپیل

انتظامی قانون کا جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ جو وفاقی حکومت کے لیے کام کرتا ہے آپ کی اپیل کا جائزہ لے گا اور آپ کو جواب دے گا۔

- اگر جواب ہاں میں ہوتا ہے، تو اپیلز کا عمل ختم ہو جاتا ہے۔ فیصلہ موصول ہونے کے بعد، ہمیں ایڈمنسٹریٹو لاء جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ کی طرف سے منظور کردہ دوا کی کوریج 72 گھنٹوں (فوری اپیلوں کے لیے 24 گھنٹوں) کے اندر منظور یا فراہم کرنی ہوگی، یا فیصلے کے موصول ہونے کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر ادائیگی کرنی ہوگی۔
- اگر ایڈمنسٹریٹو لاء جج یا اٹارنی فیصلہ کنندہ آپ کی اپیل کو مسترد (نہیں) کر دیتا ہے، تو اپیل کا عمل ختم ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی۔

- اگر آپ اس فیصلے کو قبول کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں جو آپ کی اپیل کو مسترد کرتا ہے، تو اپیلز کی کارروائی ختم ہو جاتی ہے۔
- اگر آپ فیصلے کو قبول نہیں کرنا چاہتے ہیں، تو آپ جائزہ لینے کے عمل کے اگلے درجے تک جا سکتے ہیں۔ آپ کو موصول ہونے والا نوٹس آگاہ کرے گا کہ درجہ 4 کی اپیل کے لیے کیا کرنا ہے۔

لیول 4 اپیل

میڈیکینر اپیل کونسل (کونسل) آپ کی اپیل کا جائزہ لے گی اور آپ کو جواب دے گی۔ کونسل وفاقی حکومت کا حصہ ہے۔

- اگر جواب ہاں میں ہوتا ہے، تو اپیلز کا عمل ختم ہو جاتا ہے۔ فیصلہ موصول ہونے کے بعد، ہمیں کونسل کی طرف سے منظور کردہ دوا کی کوریج 72 گھنٹوں (فوری اپیلوں کے لیے 24 گھنٹوں) کے اندر منظور یا فراہم کرنی ہوگی، یا فیصلے کے موصول ہونے کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر ادائیگی کرنی ہوگی۔
- اگر جواب نفی میں ہے یا اگر کونسل آپ کے جائزے کی درخواست کو مسترد کر دیتی ہے، تو اپیلز کا عمل ختم ہو سکتا ہے یا نہیں ہو سکتا۔

- اگر آپ اپنی اپیل مسترد کرنے کے فیصلے کو قبول کرتے ہیں، تو اپیل کا عمل ختم ہو جاتا ہے۔
- اگر آپ فیصلے کو قبول نہیں کرنا چاہتے، تو آپ جائزہ کاری کے اگلے لیول کے عمل میں آگے بڑھنے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اگر کونسل آپ کی اپیل کو مسترد کر دیتی ہے، تو آپ کو جو نوٹس ملے گا اس میں بتایا جائے گا کہ آیا قواعد آپ کو لیول 5 کی اپیل میں جانے کی اجازت دیتے ہیں یا نہیں اور لیول 5 کی اپیل کے ساتھ کس طرح آگے بڑھنا ہے۔

لیول 5 اپیل

فیڈرل ڈسٹرکٹ کورٹ کا ایک جج آپ کی اپیل کا جائزہ لے گا۔

- ایک جج تمام معلومات کا جائزہ لے گا اور آپ کی درخواست پر ہاں یا نہیں کا فیصلہ کرے گا۔ یہ حتمی جواب ہے۔ وفاقی ضلعی عدالت کے بعد اپیل کے مزید کوئی درجے نہیں ہیں۔

## شکایات کرنا

**سیکشن 11** دیکھ بھال کے معیار، انتظار کے اوقات، کسٹمر سروس، یا دیگر خدشات کے بارے میں شکایت کرنے کا طریقہ

**سیکشن 11.1** شکایت کے عمل سے حل کیے جانے والے مسائل

شکایت کا عمل صرف مخصوص قسم کے مسائل کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس میں دیکھ بھال کے معیار، انتظار کے اوقات، اور کسٹمر سروس کے مسائل شامل ہیں۔ شکایت کے عمل کی جانب سے نظم کردہ مسائل کی اقسام کی مثالیں یہ ہیں۔

مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کیا آپ اپنی دیکھ بھال کے معیار سے ناخوش ہیں (بشمول ہسپتال میں دیکھ بھال)؟</li> </ul>	آپ کی طبی نگہداشت کا معیار
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کیا کسی نے آپ کی رازداری کے حق کا احترام نہیں کیا یا آپ کی خفیہ معلومات کا اشتراک کیا ہے؟</li> </ul>	آپ کی رازداری کا احترام کرنا
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کیا کسی نے آپ کے ساتھ کوئی بدتمیزی، یا آپ کی توہین کی ہے؟</li> <li>• کیا آپ ہماری ممبر سروسز سے ناخوش ہیں؟</li> <li>• کیا آپ کو لگتا ہے کہ آپ کو ہمارا پلان چھوڑنے کو مجبور کیا جا رہا ہے؟</li> </ul>	بے توقیری، خراب کسٹمر سروسز، یا دیگر منفی رویہ جات
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کیا آپ کو اپائنٹمنٹ حاصل کرنے میں دشواری کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، یا اسے حاصل کرنے کے لیے طویل انتظار کی زحمت اٹھانی پڑ رہی ہے؟</li> <li>• کیا آپ کو ڈاکٹر، فارماسسٹس، یا دیگر ماہرین صحت کی جانب سے طویل انتظار کی زحمت اٹھانی پڑی؟ یا ہماری ممبر سروسز یا ہمارے پلان پر دوسرے عملے کے ذریعے؟</li> <li>• اس کی مثالوں میں فون پر، انتظار یا جائزے کے کمرے میں، یا نسخہ حاصل کرنے میں دیر تک انتظار کرنا شامل ہیں۔</li> </ul>	انتظار کے اوقات
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کیا آپ کلینک، ہسپتال، یا ڈاکٹر کے آفس کی حالت یا صفائی ستھرائی سے ناخوش ہیں؟</li> </ul>	صفائی ستھرائی
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کیا ہم آپ کو مطلوبہ نوٹس دینے میں ناکام ہو گئے؟</li> <li>• کیا ہماری تحریری معلومات سمجھنا مشکل ہے؟</li> </ul>	معلومات جو آپ ہم سے حاصل کرتے ہیں

مثال	شکایت
<p>اگر آپ نے کوریج کے فیصلے کی درخواست کی تھی یا کوئی اپیل کی تھی اور آپ سمجھتے ہیں کہ ہم تیزی سے جواب نہیں دے رہے ہیں، تو آپ ہماری سستی کے بارے میں شکایت کر سکتے ہیں۔ مثالیں یہ ہیں:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آپ نے ہم سے فوری کوریج کے فیصلے یا فوری اپیل کی درخواست کی تھی، اور ہم نے انکار کر دیا؛ تو آپ شکایت کر سکتے ہیں۔</li> <li>• آپ کا خیال ہے کہ ہم کوریج کے فیصلوں یا اپیلوں کی آخری تاریخ پر عمل نہیں کر رہے ہیں؛ تو آپ شکایت کر سکتے ہیں۔</li> <li>• آپ کا خیال ہے کہ ہم منظور شدہ طبی اشیاء یا خدمات یا ادویات کی کوریج یا آپ کو ادائیگی کرنے کی آخری تاریخوں پر عمل نہیں کر رہے ہیں؛ تو آپ شکایت کر سکتے ہیں۔</li> <li>• آپ کو یہ یقین ہے کہ ہم آپ کے کیس کو خود مختار جائزہ جاتی تنظیم کو آگے بھیجنے کی درکار ڈیڈ لائنز کو پورا کرنے میں ناکام ہو گئے ہیں؛ تو آپ شکایت کر سکتے ہیں۔</li> </ul>	<p><b>وقت کی پابندی</b> (یہ شکایات کوریج کے فیصلوں اور اپیلوں سے متعلق ہمارے اقدامات کی بروقت تکمیل سے متعلق ہوتی ہیں)</p>

## سیکشن 11.2 شکایت کیسے کریں

### قانونی شرائط:

- شکایت کو گریونس بھی کہا جاتا ہے۔
- شکایت کرنا گریونس درج کروانا کہلاتا ہے۔
- شکایات کے لیے طریقہ کار کو استعمال کرنے کو گریونس درج کرنے کے عمل کا استعمال کہا جاتا ہے۔
- تیز رفتار شکایت کو فوری گریونس کہا جاتا ہے۔

### مرحلہ 1: ہم سے فوری رابطہ کریں — آیا بذریعہ فون یا بذریعہ خط

- ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کرنا (TTY صارفین 711 پر کال کریں) عام طور پر پہلا مرحلہ ہوتا ہے۔ اگر آپ کو کچھ اور کرنے کی ضرورت ہے تو ممبر سروسز آپ کو بتائے گی۔
- اگر آپ کال نہیں کرنا چاہتے (یا آپ نے کال کی لیکن مطمئن نہیں ہوئے)، تو آپ اپنی شکایت تحریری طور پر لکھ کر ہمیں بھیج سکتے ہیں۔ اگر آپ اپنی شکایت تحریری طور پر دیں گے، تو ہم آپ کی شکایت کا جواب تحریری طور پر دیں گے۔
- ہم آپ کی شکایت کو فون پر حل کرنے کی کوشش کریں گے۔ اگر آپ تحریری جواب کی درخواست کرتے ہیں، تحریری طور پر تکلیف کا سبب جمع کرواتے، یا نگہداشت کے معیار سے متعلق اپنی شکایت کرتے ہیں، تو ہم آپ کو تحریری طور پر جواب دیں گے۔ اگر ہم فون پر آپ کی شکایت کو حل نہیں کر سکتے، تو ہمارے پاس آپ کی شکایات کے جائزے کے لیے ایک رسمی طریقہ کار بھی ہے۔ ہم اسے اپنے ممبر کی تکلیف کے سبب کی کارروائی کہتے ہیں۔
- آپ، یا آپ کا نمائندہ فوری تکلیف کا سبب جمع کروانے کے حقدار ہیں، جب کبھی Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) تنظیمی تعین کاری یا نظر ثانی کے فیصلے میں وقت لیتی ہے، یا جب ہم تنظیم کی تعین کاری یا نظر ثانی میں تیزی لانے کی درخواست مسترد کر دیتے ہیں۔ (ہم حصہ B یا حصہ D کی دوا کی کوریج یا اپیل کا فیصلہ کرتے وقت توسیع نہیں لے سکتے۔) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) وصولی کے بعد (24) گھنٹوں کے اندر ان تیز رفتار رجسٹروں کا جواب دے گا۔

- ہمیں آپ کی تکلیف کا سبب بننے والی شکایات آپ کی صحت کی حالت کی بنیاد پر آپ کے کیس کے مطابق جلد از جلد، لیکن آپ کی شکایت موصول ہونے کے بعد 30 دنوں کے اندر حل کرنا ہو گا۔ اگر آپ توسیع کا کہتے ہیں یا ہمیں اضافی معلومات درکار ہوتی ہیں اور تاخیر آپ کے بہترین مفاد میں ہوتی ہے تو ہم ٹائم فریم میں 14 دنوں تک توسیع کر سکتے ہیں۔
- چاہے آپ کال کریں یا تحریری طور پر بھیجیں، آپ کو فوراً ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کرنی چاہیے (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ آپ جس مسئلہ کے بارے میں شکایت کرنا چاہتے ہیں اس کے پیش آنے کے بعد کسی بھی وقت شکایت کر سکتے ہیں۔

### مرحلہ 2: ہم آپ کی شکایت پر غور کریں گے اور اپنا جواب آپ کو دیں گے۔

- اگر ممکن ہو تو، ہم آپ کو فوراً جواب دیں گے۔ اگر آپ ہمیں ایک شکایت کے ساتھ کال کرتے ہیں، تو ہم آپ کو اسی فون کال پر جواب دینے کے قابل ہو سکتے ہیں۔
- زیادہ تر شکایات کا جواب 30 کیلنڈر دن کے اندر دے دیا جاتا ہے۔ اگر ہمیں مزید معلومات کی ضرورت ہوئی اور تاخیر آپ کے بہترین مفاد میں ہو یا اگر آپ مزید وقت کی درخواست کرتے ہیں، تو ہم آپ کی شکایت کا جواب دینے کے لیے مزید 14 تقویمی ایام (کل 44 تقویمی ایام) لیں گے۔ اگر ہم اضافی دن لینے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو ہم آپ کو تحریری طور پر مطلع کریں گے۔
- اگر آپ اس لیے شکایت کر رہے ہیں کہ ہم نے آپ کی فوری کوریج کے فیصلے کی درخواست یا فوری اپیل کو مسترد کر دیا ہے، تو ہم خود بخود آپ کی شکایت کو فوری شکایت کا درجہ دیں گے۔ اگر آپ کو فوری شکایت ہے، تو اس کا مطلب ہے کہ ہم آپ کو 24 گھنٹوں کے اندر جواب دیں گے۔
- اگر ہم آپ کی کچھ یا تمام شکایتوں سے متفق نہیں ہیں یا جس مسئلے کے بارے میں آپ شکایت کر رہے ہیں اس کی ذمہ داری قبول نہیں کرتے ہیں، تو ہم آپ کے جواب میں اپنی وجوہات شامل کریں گے۔

### سیکشن 11.3 آپ معیار میں بہتری کی تنظیم کو دیکھ بھال کے معیار کے بارے میں بھی شکایات کر سکتے ہیں

جب آپ کی شکایت نگہداشت کے معیار کے بارے میں ہو، تو آپ کے پاس 2 اضافی اختیارات بھی ہوتے ہیں:

- آپ معیار میں بہتری کی تنظیم سے براہ راست اپنی شکایت کر سکتے ہیں۔ کوالٹی امپروومنٹ آرگنائزیشن پیشہ ور ڈاکٹروں اور صحت کی دیکھ بھال کے دیگر ماہرین کا ایک گروپ ہے جسے وفاقی حکومت کی طرف سے Medicare مریضوں کو فراہم کی جانے والی دیکھ بھال کا جائزہ لینے اور بہتر بنانے کے لیے ادائیگی کی جاتی ہے۔ باب 2 میں رابطہ کی معلومات ہیں۔
- یا
- آپ اپنی شکایت معیار میں بہتری کی تنظیم اور ہمیں دونوں کو بیک وقت کر سکتے ہیں۔

### سیکشن 11.4 آپ اپنی شکایت کے بارے میں Medicare اور Medicaid کو بھی بتا سکتے ہیں

آپ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کے متعلق کسی شکایت کو براہ راست Medicare کے پاس جمع کروا سکتے ہیں۔ Medicare کے پاس شکایت جمع کروانے کے لیے [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) پر جائیں۔ آپ (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) پر بھی کال کر سکتے ہیں۔ صارفین 1-877-486-2048 پر کال کر سکتے ہیں۔

## باب 10:

### ہمارے پلان کی ممبرشپ ختم کرنا

#### سیکشن 1 ہمارے پلان کی اپنی ممبرشپ ختم کرنا

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) سے اپنی ممبرشپ ختم کرنا رضاکارانہ (آپ کا اپنا انتخاب) یا غیر رضاکارانہ (اپنا انتخاب نہیں) ہو سکتا ہے:

- ہو سکتا ہے کہ آپ ہمارا پلان چھوڑ دیں کیونکہ آپ نے فیصلہ کر لیا ہو کہ آپ چھوڑنا چاہتے ہیں۔ سیکشن 2 اور 3 میں رضاکارانہ طور پر اپنی ممبرشپ ختم کرنے کے بارے میں معلومات دی گئی ہیں۔
- کچھ ایسے محدود حالات بھی ہیں جب ہمارے لیے آپ کی ممبرشپ ختم کرنا لازمی ہوتا ہے۔ سیکشن 5 آپ کو ان حالات کے بارے میں بتاتا ہے جب ہمیں لازمی طور پر آپ کی ممبرشپ کو ختم کرنا ہوگا۔
- اگر آپ ہمارا پلان چھوڑ رہے ہیں، تو ہمارے پلان کے لیے یہ ضروری ہے کہ آپ کی طبی دیکھ بھال اور نسخے کی ادویات فراہم کرنا جاری رکھا جائے اور آپ کو اپنی ممبرشپ ختم ہونے تک اپنا حصہ ادا کرنا جاری رکھنا ہوگا۔

#### سیکشن 2 آپ ہمارے منصوبے میں اپنی ممبرشپ کب ختم کر سکتے ہیں؟

##### سیکشن 2.1 آپ Medicare اور Medicaid کے سبب اپنی ممبرشپ ختم کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں

- Medicare کے حامل زیادہ تر افراد اپنی ممبرشپ کو سال کے صرف مخصوص اوقات میں ہی ختم کر سکتے ہیں۔ چونکہ آپ کے پاس Medicaid ہے، تو درج ذیل Medicare اختیارات میں سے کسی ایک کا انتخاب کر کے آپ سال کے کسی بھی مہینے میں ہمارے پلان میں اپنی رکنیت ختم کر سکتے ہیں۔
  - الگ Medicare کے نسخہ جاتی دوا کے منصوبے کے ساتھ Original Medicare،
  - Original Medicare بغیر کسی علیحدہ Medicare نسخے کی دوا کے پلان کے (اگر آپ یہ اختیار چنتے ہیں اور اضافی مدد حاصل کرتے ہیں، تو Medicare آپ کو ادویات کے ایک پلان میں شامل کر سکتی ہے، جب تک کہ آپ نے خودکار شمولیت سے دستبرداری اختیار نہ کی ہو)، یا
  - اہل ہونے کی صورت میں، ایک مضمم D-SNP جو آپ کو ہمارے منصوبے میں Medicare اور آپ کے زیادہ تر یا تمام Medicaid کے وظائف اور سروسز فراہم کرے۔
- نوٹ کریں: اگر آپ Medicare کی دوا کوریج سے اپنا نام خارج کروا لیں، مزید اضافی مدد حاصل نہ کریں، اور 63 دن یا اس سے زیادہ کی مسلسل مدت تک ادویات کی قابل کریڈٹ کوریج کے بغیر رہیں، تو بعد میں Medicare کے دوا کے پلان میں شامل ہونے پر آپ کو پارٹ D میں تاخیر سے اندراج کا جرمانہ ادا کرنا پڑ سکتی ہے۔
- اپنے میڈیکل پلان کے اختیارات کے بارے میں جاننے کے لیے اپنے اسٹیٹ میڈیکل آفس کو (833) 671-0440 پر کال کریں۔
- دیگر میڈیکل ہیلتھ پلان کے اختیارات اندراج عام کی مدت کے دوران دستیاب ہوتے ہیں۔ سیکشن 2.2 میں آپ کو اندراج عام کی مدت کے بارے میں مزید تفصیلات فراہم کی گئی ہیں۔
- آپ کی ممبرشپ عموماً اس مہینے کی پہلی تاریخ کو ختم ہو جائے گی جب آپ کے پلان تبدیل کرنے کی درخواست ہمیں موصول ہو گی۔ آپ کے نئے منصوبے میں آپ کے اندراج کا آغاز بھی اسی دن سے ہو گا۔

## سیکشن 2.2 آپ اندراج عام کی مدت کے دوران اپنی ممبرشپ ختم کر سکتے ہیں

آپ ہر سال اندراج عام کی مدت کے دوران اپنی ممبرشپ ختم کر سکتے ہیں۔ اس وقت کے دوران، اپنی صحت اور دوا کی کوریج کا جائزہ لیں اور آئندہ سال کے لیے کوریج کے بارے میں فیصلہ کریں۔

- اندراج عام کی مدت 15 اکتوبر سے 7 دسمبر تک ہے۔
- اپنی موجودہ کوریج جاری رکھنے کا انتخاب کریں یا اگلے سال کے لیے اپنی کوریج میں تبدیلیاں کریں۔ اگر آپ ایک نئے منصوبے پر تبدیل ہونے کا فیصلہ کرتے ہیں تو آپ ذیل میں دیے گئے منصوبوں کی اقسام میں سے کسی ایک کو منتخب کر سکتے ہیں:
  - دوا کوریج کے ساتھ یا اس کے بغیر کوئی دوسرا Medicare ہیلتھ پلان
  - Medicare کے دوا کے علیحدہ پلان کے ساتھ Original Medicare
  - Medicare کے دوا کے علیحدہ پلان کے بغیر Original Medicare
  - اہل ہونے کی صورت میں، ایک مضمم D-SNP جو آپ کو ہمارے منصوبے میں Medicare اور آپ کے زیادہ تر یا تمام Medicaid کے وظائف اور سروسز فراہم کرے۔

آپ کو اپنی نسخے کی دوائیوں کی ادائیگی کے لیے Medicare سے اضافی مدد ملتی ہے: اگر آپ Original Medicare پر سوئچ کرتے ہیں اور Medicare کے نسخے کے ایک الگ پلان میں اندراج نہیں کرتے ہیں، تو Medicare آپ کو دوا کے ایک پلان میں اندراج کر سکتا ہے، جب تک کہ آپ خودکار اندراج سے انکار نہ کر دیں۔

نوٹ کریں: اگر آپ Medicare کی دوا کوریج سے اپنا نام خارج کروا لیں، مزید اضافی مدد حاصل نہ کریں، اور 63 دن یا اس سے زیادہ کی مسلسل مدت تک ادویات کی قابل کریڈٹ کوریج کے بغیر رہیں، تو بعد میں Medicare کے دوا کے پلان میں شامل ہونے پر آپ کو پارٹ D میں تاخیر سے اندراج کا جرمانہ ادا کرنا پڑ سکتی ہے۔

- آپ کی ممبرشپ ہمارے منصوبے میں تب ختم ہو گی جب آپ کے نئے منصوبے کی کوریج کا آغاز 1 جنوری سے ہوتا ہے۔

## سیکشن 2.3 آپ Medicare Advantage Open Enrollment Period کے دوران اپنی رکنیت ختم کر سکتے ہیں۔

آپ ہر سال Medicare Advantage Open Enrollment Period کے دوران اپنے ہیلتھ کوریج میں ایک تبدیلی کر سکتے ہیں۔

- **Medicare Advantage Open Enrollment Period** کا دورانیہ 1 جنوری سے 31 مارچ تک رہتا ہے اور Medicare کے نئے مستفید ہونے والوں کے لیے بھی جو MA پلان میں اندراج کر رہے ہیں، پارٹ A اور پارٹ B کے استحقاق کے مہینے سے لے کر تیسرے مہینے کے آخری دن تک۔

- **Medicare Advantage Open Enrollment Period** کے دوران آپ یہ کر سکتے ہیں:

- ادویات کی کوریج کے ساتھ یا اس کے بغیر کسی دوسرے Medicare Advantage Plan پر سوئچ کرنا۔
- ہمارے پلان سے دستبرداری اختیار کر کے Original Medicare کے ذریعے کوریج حاصل کرنا۔ اگر آپ اس مدت کے دوران Original Medicare پر سوئچ کرتے ہیں، تو آپ ایک ہی وقت میں ایک علیحدہ Medicare دوا پلان میں بھی شامل ہو سکتے ہیں۔

- آپ کی ممبرشپ مہینے کے پہلے دن ختم ہو جائے گی، اگر آپ ایک مختلف Medicare Advantage Plan میں اندراج کریں گے، یا ہمیں آپ کی Original Medicare پر سوئچ کرنے کی درخواست موصول ہو گی۔ اگر آپ Medicare دوا پلان میں اندراج کرنے کا بھی انتخاب کرتے ہیں، تو دوا پلان میں آپ کی ممبرشپ اس مہینے کے پہلے دن سے شروع ہو جائے گی جب دوا پلان کو آپ کے اندراج کی درخواست مل جائے گی۔

## سیکشن 2.4 بعض حالات میں، آپ Special Enrollment Period کے دوران اپنی ممبرشپ ختم کر سکتے ہیں

مخصوص حالات میں، آپ سال کے دوسرے اوقات میں اپنی ممبرشپ ختم کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اسے خصوصی اندراج کی مدت کہا جاتا ہے۔

آپ خصوصی اندراج کی مدت کے دوران اپنی ممبرشپ ختم کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں اگر درج ذیل میں سے کسی حالات کا اطلاق آپ پر ہوتا ہے۔ یہ صرف مثالیں ہیں۔ مکمل فہرست کے لیے آپ ہمارے پلان سے رابطہ کر سکتے ہیں، Medicare پر کال کر سکتے ہیں، یا [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) پر جا سکتے ہیں۔

- جب آپ منتقل ہوتے ہیں
  - اگر آپ کے پاس New York Medicaid ہے
  - اگر آپ اپنے Medicare دوا کوریج کی ادائیگی کے لیے اضافی مدد کے اہل ہیں
  - اگر ہم آپ کے ساتھ ہوئے اپنے معاہدے کی خلاف ورزی کرتے ہیں
  - اگر آپ کسی ادارے میں دیکھ بھال کی سہولت حاصل کر رہے ہیں، جیسے نرسنگ ہوم یا طویل مدتی نگہداشت (LTC) ہسپتال
  - اگر آپ کا اندراج مکمل شمولیتی نگہداشت برائے عمر رسیدہ افراد کے پروگرام (PACE) میں ہے۔
  - **نوٹ کریں:** اگر آپ کے پاس ادویات کے نظم کا دیگر پروگرام ہے، تو آپ صرف Special Enrollment Period کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔ باب 5، سیکشن 10 آپ کو دوا کا نظم کرنے کے پروگرامز کے بارے میں مزید بتاتا ہے۔
  - **نوٹ کریں:** سیکشن 2.1 آپ کو Medicaid میں شامل لوگوں کے لیے خصوصی اندراج کی مدت کے بارے میں مزید بتاتا ہے۔
- اندراج کی مدت آپ کی صورت حال کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔

یہ جاننے کے لیے کہ آیا آپ Special Enrollment Period کے لیے اہل ہیں، Medicare کو (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) پر کال کریں۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔ اگر آپ کسی خاص صورتحال کی وجہ سے اپنی ممبرشپ ختم کرنے کے اہل ہیں، تو آپ اپنی Medicare ہیلتھ کوریج اور دوا کوریج دونوں کو تبدیل کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ آپ انتخاب کر سکتے ہیں:

- "دوا کوریج کے ساتھ یا اس کے بغیر کوئی دوسرا Medicare ہیلتھ پلان،
- Medicare کے دوا کے علیحدہ پلان کے ساتھ Original Medicare،
- Medicare کے دوا کے علیحدہ پلان کے بغیر Original Medicare۔
- اہل ہونے کی صورت میں، ایک مضمم D-SNP جو آپ کو ہمارے منصوبے میں Medicare اور آپ کے زیادہ تر یا تمام Medicaid کے وظائف اور سروسز فراہم کرے۔

**نوٹ کریں:** اگر آپ Medicare کی دوا کوریج سے اپنا نام خارج کروالیں، مزید اضافی مدد حاصل نہ کریں، اور 63 دن یا اس سے زیادہ کی مسلسل مدت تک ادویات کی قابل کر پڈٹ کوریج کے بغیر رہیں، تو بعد میں Medicare کے دوا کے پلان میں شامل ہونے پر آپ کو پارٹ D میں تاخیر سے اندراج کا جرمانہ ادا کرنا پڑ سکتی ہے۔

"آپ کو اپنی نسخے کی دوائیوں کی ادائیگی کے لیے Medicare سے اضافی مدد ملتی ہے:" اگر آپ Original Medicare پر سوئچ کرتے ہیں اور Medicare کے نسخے کے ایک الگ پلان میں اندراج نہیں کرتے ہیں، تو Medicare آپ کو دوا کے ایک پلان میں اندراج کر سکتا ہے، جب تک کہ آپ خودکار اندراج سے انکار نہ کر دیں۔

آپ کی ممبرشپ عموماً اس مہینے کی پہلی تاریخ کو ختم ہو جائے گی جو ہمارے پلان کو تبدیل کرنے کی آپ کی درخواست کے بعد آئے گا۔

**نوٹ کریں:** سیکشنز 2.1 اور 2.2 آپ کو Medicaid اور اضافی مدد کے لیے لوگوں اور خصوصی اندراج کی مدت کے بارے میں مزید بتاتا ہے۔

## سیکشن 2.5 اس بارے میں مزید معلومات حاصل کریں کہ آپ اپنی ممبرشپ کب ختم کر سکتے ہیں

اگر آپ کے پاس اپنی رکنیت ختم کرنے کے بارے میں سوالات ہیں تو آپ یہ کر سکتے ہیں:

- ممبر سروسز کو (833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔
- Medicare & You 2026 handbook میں معلومات تلاش کریں۔
- میڈیکینر کو (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) پر کال کریں (TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں)۔

## سیکشن 3 ہمارے پلان کی ممبرشپ ختم کرنے کا طریقہ

نیچے دی گئی جدول میں بتایا گیا ہے کہ آپ ہمارے پلان کی اپنی ممبرشپ کیسے ختم کر سکتے ہیں۔

ہمارے پلان سے اس پر سوچ کرنے کے لیے:	یہاں بتایا گیا ہے کہ آپ کو کیا کرنا ہے:
ایک دوسرا Medicare ہیلتھ پلان	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نئے Medicare کے ہیلتھ پلان میں اندراج کریں۔</li> <li>• آپ کے نئے پلان کی کوریج شروع ہونے پر آپ کو خود Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) سے خارج کر دیا جائے گا۔</li> </ul>
Original Medicare کے دوا کے علیحدہ پلان کے ساتھ Original Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نئے Medicare دوا پلان میں اندراج کریں۔</li> <li>• جب آپ کے نئے دوا پلان کی کوریج شروع ہو جائے گی، تو آپ کو خود بخود Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) سے خارج کر دیا جائے گا۔</li> </ul>
ایک علیحدہ Medicare دوا پلان کے بغیر Original Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اندراج ختم کرنے کے لیے ہمیں ایک تحریری درخواست بھیجیں۔ اگر آپ کو یہ اندراج ختم کرنے کے طریقے کے بارے میں مزید معلومات درکار ہوں تو ممبر سروسز کو (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) پر کال کریں۔</li> <li>• آپ Medicare کو (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) پر بھی کال کر سکتے ہیں اور رجسٹریشن ختم کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔</li> <li>• Original Medicare میں آپ کی کوریج شروع ہونے پر آپ کو Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) سے خارج کر دیا جائے گا۔</li> </ul>

**نوٹ کریں:** اگر آپ Medicare کی دوا کوریج سے اپنا نام خارج کروالیں، مزید اضافی مدد حاصل نہ کریں، اور 63 دن یا اس سے زیادہ کی مسلسل مدت تک ادویات کی قابل کریڈٹ کوریج کے بغیر رہیں، تو بعد میں Medicare کے دوا کے پلان میں شامل ہونے پر آپ کو پارٹ D میں تاخیر سے اندراج کا جرمانہ ادا کرنا پڑ سکتی ہے۔

اپنے Medicaid کے فوائد کے بارے میں سوالات کے لیے، New York Medicaid سے (800) 505-5678 پر رابطہ کریں، Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474، Bronx، Kings، New York، Queens، Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services، Ount19578 (845) 291-4000، Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 ای Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333، پیر سے جمعہ، صبح 8:30 سے شام 8 بجے تک، ہفتہ صبح 10 بجے سے شام 6 بجے تک۔ یہ پتہ کریں کہ دوسرا پلان لینے یا Original Medicare پر واپس جانے سے آپ کی Medicaid Coverage پر کیا اثر پڑے گا۔

## سیکشن 4 جب تک آپ کی ممبرشپ ختم نہیں ہو جاتی، ہمارے پلان کے لیے لازمی ہے کہ آپ کو طبی اشیاء، خدمات اور ادویات مہیا کرائی جائیں

جب تک آپ کی Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کی ممبرشپ ختم نہیں ہو جاتی اور آپ کی نئی Medicare کوریج شروع نہیں ہو جاتی، ہمارے پلان کے لیے لازمی ہے کہ آپ کو طبی اشیاء، خدمات اور نسخے کی ادویات مہیا کرائی جائیں

- طبی دیکھ بھال حاصل کرنے کے لیے ہمارے نیٹ ورک فراہم کنندگان کا استعمال جاری رکھیں۔
- اپنے نسخہ جات پر ادویات حاصل کرنے کے لیے ہماری نیٹ ورک فارمیسیز یا میل آرڈر کا استعمال کرنا جاری۔

- اگر آپ کی ممبرشپ ختم ہونے والے دن آپ ہسپتال میں داخل ہیں، تو آپ کے ہسپتال کا قیام ہمارے پلان کے تحت اس وقت تک کور کیا جائے گا جب تک کہ آپ کو ڈسچارج نہیں کر دیا جاتا (چاہے آپ کو آپ کی نئی ہیلتھ کوریج شروع ہونے کے بعد ہی ڈسچارج کیوں نہ کیا جائے)۔

## سیکشن 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کو بعض حالات میں ہمارے پلان کی ممبرشپ ختم کرنی ہو گی

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کو ہمارے پلان میں آپ کی ممبرشپ ختم کرنی ہو گی اگر مندرجہ ذیل میں سے کوئی بھی صورتحال پیش آئے:

- اگر آپ کے پاس مزید Medicare حصہ A اور حصہ B نہیں ہے۔
  - اگر آپ Medicaid کے لیے مزید اہل نہیں ہیں۔ جیسا کہ باب 1، سیکشن 2.1 میں بیان کیا گیا ہے کہ ہمارا منصوبہ ان لوگوں کے لیے ہے جو Medicare اور Medicaid دونوں کی اہلیت رکھتے ہیں۔ جب Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) یہ فیصلہ کرتا ہے کہ اب آپ خصوصی اہلیت کی ضروریات پر پورا نہیں اترتے، تو آپ کو ممکنہ نام خارج کرنے کی وجہ بتاتے ہوئے ایک نوٹیفیکیشن لیٹر موصول ہوگا۔ آپ کے پاس خط کی تاریخ سے منصوبے میں اپنی ممبرشپ کی اہلیت پر نظر ثانی کے حوالے سے جواب دینے کے لیے 6 ماہ (180 دن) ہوں گے۔
  - اگر آپ ہمارے سروس کے علاقے سے باہر چلے جاتے ہیں۔
  - اگر آپ ہمارے سروس کے علاقے سے 6 ماہ سے زیادہ وقت تک دور رہتے ہیں۔
  - اگر آپ منتقل ہوتے ہیں یا لمبا سفر کرتے ہیں تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں) یہ جاننے کے لیے کہ آپ جس جگہ منتقل یا سفر کر رہے ہیں وہ ہمارے پلان کے علاقے میں ہے یا نہیں۔
  - اگر آپ مقید ہو جاتے ہیں (جیل جاتے ہیں)۔
  - اگر آپ اب ریاستہائے متحدہ کے شہری نہیں ہیں یا قانونی طور پر ریاستہائے متحدہ میں موجود ہیں۔
  - اگر آپ کسی دوسری انشورنس کے بارے میں جھوٹ بولتے ہیں یا معلومات چھپاتے ہیں جو دوا کوریج فراہم کرتی ہے۔
  - اگر آپ جان بوجھ کر ہمارے پلان میں اندراج کے وقت ہمیں غلط معلومات دیتے ہیں اور وہ معلومات ہمارے پلان کے لیے آپ کی اہلیت کو متاثر کرتی ہے۔ (ہم آپ کو اس وجہ سے اپنا پلان چھوڑنے پر مجبور نہیں کر سکتے جب تک کہ ہم پہلے Medicare سے اجازت حاصل نہ کر لیں)۔
  - اگر آپ مسلسل ایسا رویہ اختیار کرتے ہیں جو پریشان کن ہو اور جس کی وجہ سے ہمارے لیے آپ کو اور ہمارے پلان کے دیگر ممبران کو طبی دیکھ بھال فراہم کرنا مشکل ہو جائے۔ (ہم آپ کو اس وجہ سے اپنا پلان چھوڑنے پر مجبور نہیں کر سکتے جب تک کہ ہم پہلے Medicare سے اجازت حاصل نہ کر لیں)۔
  - اگر آپ کسی اور کو اپنا ممبرشپ کارڈ طبی دیکھ بھال حاصل کرنے کے لیے استعمال کرنے دیتے ہیں۔ (ہم آپ کو اس وجہ سے اپنا پلان چھوڑنے پر مجبور نہیں کر سکتے جب تک کہ ہم پہلے Medicare سے اجازت حاصل نہ کر لیں)۔
  - اگر ہم اس وجہ سے آپ کی ممبرشپ ختم کر دیتے ہیں، تو Medicare انسپکٹر جنرل کے ذریعے سے آپ کے کیس کی تفتیش کر سکتا ہے۔
  - اگر آپ سے آپ کی آمدنی کے سبب حصہ D کی اضافی رقم کی ادائیگی کا تقاضا کیا جاتا ہے اور آپ اسے ادا نہیں کرتے، تو Medicare ہمارے منصوبے میں آپ کا اندراج ختم کر دے گا۔
- اگر آپ کے پاس سوالات ہیں یا آپ ہماری ممبرشپ کے ختم ہونے کے بارے میں مزید معلومات چاہتے ہیں، تو ممبر سروسز کو 671-0440 (833) پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔

### سیکشن 5.1 ہم آپ کو صحت سے متعلق کسی بھی وجہ سے اپنا پلان چھوڑنے کے لیے نہیں کہہ سکتے

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) کو اجازت نہیں ہے کہ وہ صحت سے متعلق کسی بھی وجہ سے آپ سے ہمارا منصوبہ چھوڑنے کے لیے کہیں۔

اگر ایسا ہوتا ہے تو آپ کو کیا کرنا چاہیے؟

اگر آپ محسوس کرتے ہیں کہ آپ کو صحت سے متعلق کسی وجہ کی وجہ سے ہمارا پلان چھوڑنے کے لیے کہا جا رہا ہے، تو Medicare کو (1-800-633-4227) پر کال کریں۔ TTY صارفین 1-877-486-2048 پر کال کریں۔

### سیکشن 5.2 اگر ہم اپنے منصوبے میں آپ کی ممبرشپ ختم کرتے ہیں تو آپ کو شکایت کرنے کا حق ہے

اگر ہم اپنے منصوبے میں آپ کی ممبرشپ ختم کرتے ہیں، تو ہمیں آپ کو آپ کی ممبرشپ ختم کرنے کی اپنی وجوہات تحریری طور پر بتانی ہوں گی۔ ہمیں یہ وضاحت بھی کرنی ہو گی کہ آپ کیسے تکلیف کا سبب بننے والی شکایات درج کروا سکتے ہیں یا ہمارے آپ کی ممبرشپ ختم کرنے کے فیصلے کے بارے میں شکایت کر سکتے ہیں۔

## باب 11: قانونی نوٹسز

### سیکشن 1 نافذ العمل قانون کے بارے میں معلومات

اس Evidence of Coverage کی دستاویز پر لاگو ہونے والا بنیادی قانون سوشل سیکیورٹی ایکٹ کا ٹائٹل XVIII ہے اور وہ ضوابط ہیں جو Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) نے سوشل سیکیورٹی ایکٹ کے تحت بنائے ہیں۔ اس کے علاوہ، دیگر وفاقی قوانین بھی لاگو ہو سکتے ہیں اور، بعض حالات میں، اس ریاست کے قوانین بھی جہاں آپ رہتے ہیں۔ اس سے آپ کے حقوق اور ذمہ داریاں متاثر ہو سکتی ہیں، یہاں تک کہ اگر وہ قوانین اس دستاویز میں شامل یا بیان نہیں کیے گئے ہیں۔

### سیکشن 2 غیر امتیازی سلوک کے بارے میں اطلاع

ہم نسل، قومیت، قومی اصل، رنگت، مذہب، جنس، عمر، ذہنی یا جسمانی معذوری، صحت کی حیثیت، دعووں کے تجربے، طبی تاریخ، جینیاتی معلومات، انشورنس پذیری کے ثبوت، یا سروس علاقے کے اندر جغرافیائی محل وقوع کی بنیاد پر کوئی امتیازی سلوک نہیں کرتے۔ وہ تمام تنظیمیں جو میڈی کیئر ایڈوانٹیج پلانز فراہم کرتی ہیں، جیسے کہ ہمارا پلان، انہیں امتیازی سلوک کے خلاف وفاقی قوانین کی تعمیل کرنی چاہیے، جن میں سول رائٹس ایکٹ 1964 کا ٹائٹل VI، ری ہیبلٹیٹیشن ایکٹ 1973، ایچ ڈسکریمینیشن ایکٹ 1975، دی امریکنز وڈ ٹس ایبلٹیٹیز ایکٹ، افر ڈیبل کیئر ایکٹ کا سیکشن 1557، وہ تمام دیگر قوانین جو وفاقی فنڈنگ حاصل کرنے والی تنظیموں پر لاگو ہوتے ہیں، اور کسی بھی دوسری وجہ سے لاگو ہونے والے دیگر تمام قوانین اور قواعد شامل ہیں۔

اگر آپ امتیازی سلوک یا غیر منصفانہ رویے کے بارے میں مزید معلومات چاہتے ہیں یا اس سے متعلق کوئی تشویش ہے، تو محکمہ صحت اور انسانی خدمات کے آفس فار سول رائٹس کو 1-800-368-1019 پر کال کریں (TTY صارفین 1-800-537-7697 پر کال کریں) یا اپنے مقامی آفس فار سول رائٹس سے رابطہ کریں۔ آپ محکمہ صحت اور انسانی خدمات کے آفس فار سول رائٹس سے [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html) پر بھی معلومات کا جائزہ لے سکتے ہیں۔

اگر آپ کو کوئی معذوری ہے اور نگہداشت تک رسائی میں مدد درکار ہے، تو ممبر سروسز کو (833) 671-0440 پر کال کریں (TTY صارفین 711 پر کال کریں)۔ اگر آپ کی کوئی شکایت ہے جیسا کہ وہیل چیئر تک رسائی کا مسئلہ ہے، تو ممبر سروسز مدد کر سکتی ہیں۔

### سیکشن 3 Medicare Secondary Payer سب روگیشن حقوق کے بارے میں نوٹس

ہمارے پاس ان کورڈ Medicare سروسز کے لیے ادائیگی وصول کرنے کا حق اور ذمہ داری ہے جن کے لیے Medicare بنیادی ادائیگی کنندہ نہیں ہے۔ CMS ضوابط CFR 42 سیکشنز 422.108 اور 423.462 کے مطابق، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)، ایک Medicare Advantage Organization کی حیثیت سے، وصولی کے ان ہی حقوق کا استعمال کرے گی جن کا استعمال سیکرٹری CMS ضوابط CFR 42 کے حصہ 411 کے ذیلی حصوں B تا D کے تحت کرتے ہیں، اور اس سیکشن میں قائم کردہ قواعد کسی بھی ریاستی قوانین کو کالعدم کرتے ہیں۔

## باب 12:

### تعریفیں

**ایمبولیٹری سرجیکل سینٹر:** ایمبولیٹری سرجیکل سینٹر (Ambulatory Surgical Center) ایک ایسا ادارہ ہے جو خصوصی طور پر ایسے مریضوں کو بیرون ہسپتال سرجیکل خدمات فراہم کرنے کے مقصد کے لیے کام کرتا ہے جنہیں ہسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت نہیں ہوتی اور جن کا سینٹر میں متوقع قیام 24 گھنٹوں سے زیادہ نہیں ہوتا۔

**اپیل:** اپیل وہ عمل ہے جو آپ اس صورت میں کرتے ہیں جب آپ صحت کی دیکھ بھال کی خدمات یا نسخے کی ادویات کی کوریج کی درخواست، یا ان خدمات یا ادویات کی ادائیگی، جو آپ پہلے ہی حاصل کر چکے ہیں، کو مسترد کرنے کے ہمارے فیصلے سے متفق نہیں ہوتے۔ آپ اس صورت میں بھی اپیل کر سکتے ہیں جب آپ ان خدمات کو روکنے کے ہمارے فیصلے سے متفق نہ ہوں جو آپ حاصل کر رہے ہیں۔

**فائدے کی مدت –** وہ طریقہ جس سے ہمارا منصوبہ اور Original Medicare دونوں آپ کے ہسپتال اور ہنر مند نرسنگ کی سہولت (SNF) کی سروسز کے استعمال کی پیمائش کرتے ہیں۔ فائدے کی مدت کا آغاز اس دن سے ہوتا ہے جب آپ ہسپتال میں یا ہنر مند نرسنگ کی سہولت گاہ میں جاتے ہیں۔ فائدے کی مدت اس وقت ختم ہو جاتی ہے جب آپ کو مسلسل 60 دنوں تک ہسپتال میں داخل مریض کے طور پر کوئی نگہداشت (یا SNF میں ہنر مند دیکھ بھال) حاصل نہ ہوئی ہو۔ اگر آپ ایک فائدے کی مدت ختم ہونے بعد ہسپتال یا ہنر مند نرسنگ کی سہولت گاہ میں جاتے ہیں، تو ایک نئی فائدے کی مدت کا آغاز ہوتا ہے۔ فائدے کی مدتوں کی تعداد کی کوئی حد مقرر نہیں ہے۔

**بائیولوجیکل پرائڈکٹ –** ایک نسخہ جاتی دوا ہے جو قدرتی اور جاندار ذرائع جیسے جانور کے خلیوں، پودے کے خلیوں، بیکٹیریا، یا خمیر سے بنائی جاتی ہے۔ حیاتیاتی مصنوعات دیگر ادویات کے مقابلے میں زیادہ پیچیدہ ہوتی ہیں اور ان کی درست نقل نہیں کی جا سکتی، اس لیے متبادل اشکال کو حیاتیاتی مماثلات کہا جاتا ہے۔ (اصل حیاتیاتی مصنوعات اور حیاتیاتی مماثلات پر جائیں)۔

حیاتیاتی مماثلات: یہ ایک حیاتیاتی مصنوعات ہے جو اصل حیاتیاتی مصنوعات سے بہت ملتی جلتی ہے، لیکن بالکل یکساں نہیں ہے۔ حیاتیاتی مماثلات حقیقی بائیولوجیکل مصنوعات جتنے ہی محفوظ اور موثر ہوتے ہیں۔ فارمیسی پر بعض حیاتیاتی مماثلات کو اصل حیاتیاتی مصنوعات کے متبادل کے طور پر دیا جا سکتا ہے۔ اس کے لیے نئے نسخے کی ضرورت نہیں ہوتی ("تبادلہ پذیر حیاتیاتی مماثلات" پر جائیں)۔

**برانڈ نام کی دوا:** یہ ایک نسخے کی دوا ہوتی ہے جسے وہ دوا ساز کمپنی بناتی اور فروخت کرتی ہے جس نے ابتدائی طور پر اس دوا کی تحقیق کی اور اسے تیار کیا۔ برانڈ کے نام والی ادویات کا دوا کے جنیرک ورژن جیسا فعال ترکیبی فارمولا ہوتا ہے۔ تاہم، جنیرک ادویات دیگر دوا سازوں کی جانب سے تیار کی جاتی اور فروخت کی جاتی ہیں اور عمومی طور پر دستیاب نہیں ہوتیں جب تک کہ برانڈ نام کی دوا پر موجود پیٹنٹ کی معیاد ختم نہ ہو چکی ہو۔

**تباہ کن صورتحال میں کوریج کا مرحلہ –** حصہ D کے دوا کے وظیفے کا مرحلہ جس کا آغاز تب سے ہوتا ہے جب آپ (یا آپ کی جانب سے دیگر اہل فریقین) کوور کردہ سال کے دوران، حصہ D کی کوورڈ ادویات کے لیے \$2,100 خرچ کر چکے ہوں۔

**Medicare اور Medicaid کی سروسز کے لیے سینٹرز (CMS) –** وفاقی ایجنسی جو Medicare فراہم کرتی ہے۔

**مشترکہ انشورنس –** ایک رقم جسے آپ کو ادا کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے، جسے آپ کی سروسز یا نسخے کی ادویات کے اخراجات کے آپ کے حصے کے طور پر بطور شرح فیصد (مثلاً 20%) ظاہر کیا جاتا ہے۔

**شکایت –** شکایت کرنے کا رسمی نام **تکلیف کا سبب درج کروانا** ہے۔ شکایت کا عمل صرف مخصوص اقسام کے مسائل کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس میں دیکھ بھال کے معیار، انتظار کے اوقات، اور آپ کو ملنے والی کسٹمر سروس کے بارے میں مسائل شامل ہیں۔ اگر ہمارا پلان اپیل کے عمل میں مقررہ وقت کی مدتوں کی پیروی نہیں کرتا ہے، تو اس سے متعلق شکایات کو بھی شامل کیا جاتا ہے۔

**بیرونی مریضوں کی بحالی کی جامع سہولت (CORF) –** وہ مرکز ہے جو بنیادی طور پر بیماری یا چوٹ کے بعد بحالی کی خدمات فراہم کرتا ہے، جس میں جسمانی تھراپی، سماجی یا نفسیاتی سروسز، امراض تنفس کی تھراپی، پیشہ جاتی تھراپی اور گفتگو-زبان کی پتھالوجی کی سروسز، اور گھر کے ماحول کے جائزے کی سروسز شامل ہیں۔

**مشترکہ ادائیگی (یا مشترکہ طور پر ادا کرنا)** – ایک رقم جو آپ کو اپنی طبی سروس یا سپلائی کے اخراجات کے اشتراک کے طور پر، جیسے کہ ڈاکٹر سے ملاقات، ہسپتال میں بیرونی مریض کے دورے، یا کسی نسخے کی دوا کے لیے ادا کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ایک مشترکہ ادائیگی شرح فیصد کے بجائے ایک مقرر کردہ رقم (مثلاً \$10) ہوتی ہے۔

**لاگت کا اشتراک** – لاگت کا اشتراک اس رقم سے مراد ہے جو کسی ممبر کو سروسز یا منشیات کے ہونے پر ادا کرنی پڑتی ہے لاگت کا اشتراک مندرجہ ذیل 3 اقسام کی ادائیگیوں کا کوئی مجموعہ شامل ہے: (1) کوئی بھی گٹوتی کی رقم جس کا منصوبہ سروسز یا ادویات کے کوور شدہ ہونے سے پہلے اطلاق کر سکتا ہے؛ (2) جب ایک خاص سروس یا دوا موصول ہوتی ہے تو کوئی بھی مقررہ مشترکہ ادائیگی کی رقم جو منصوبے کو درکار ہوتی ہے؛ یا (3) کوئی بھی مشترکہ انشورنس کی رقم، جو ایک خاص سروس یا دوا موصول ہونے پر سروس یا دوا کے لیے ادا کی گئی کل رقم کی شرح فیصد ہوتی ہے جو کہ منصوبے کو درکار ہوتی ہے۔

**لاگت کا اشتراک کرنے والا درجہ** – چھ (6) لاگت کا اشتراک کرنے والے درجوں میں سے کسی ایک میں کور شدہ ادویات کی فہرست میں شامل ہر دوا۔ عمومی طور پر، لاگت میں شراکت کا درجہ جتنا اونچا ہوگا، دوا کے لیے آپ کی لاگت اتنی ہی زیادہ ہوگی۔

**کوريج کی تعین کاری** – اس حوالے سے ایک فیصلہ کہ آیا آپ کے لیے تجویز کردہ دوا منصوبے کی جانب سے کور شدہ ہے اور رقم، اگر کوئی ہے تو، جس کا آپ سے نسخے کے لیے ادائیگی کرنے کا تقاضا کیا جاتا ہے۔ عمومی طور پر، اگر آپ اپنے نسخے کی دوا کسی فارمیسی سے لاتے ہیں اور فارمیسی آپ کو بتاتی ہے کہ نسخہ ہمارے پلان کے تحت کور نہیں کیا گیا ہے، تو یہ کوریج کا تعین نہیں کہلاتا۔ کوریج کے بارے میں باضابطہ فیصلے کے لیے آپ کو ہمارے پلان کو کال کرنا یا لکھنا ہوگا۔ اس دستاویز میں کوریج کی تعین کاریوں کو کوریج کے فیصلے کہتے ہیں۔

**کوورڈ ادویات** – وہ اصطلاح جسے ہم اپنے منصوبے کی جانب سے کور کردہ تمام نسخے کی ادویات کو ظاہر کرنے کے لیے استعمال کرتے ہیں

**کوورڈ سروسز** – وہ اصطلاح جسے ہم اپنے منصوبے کے ذریعے کور شدہ تمام صحت کی دیکھ بھال کی خدمات اور سپلائیز کو ظاہر کرنے کے لیے استعمال کرتے ہیں۔

**قابل کریڈٹ نسخے کی دوا کی کوریج** – نسخے کی دوا کی کوریج (مثلاً ایک آجر یا یونین کی جانب سے) جس سے اوسطاً کم از کم Medicare کی معیاری نسخے کی دوا کی کوریج کی ادائیگی کی توقع کی جاتی ہے۔ وہ افراد جو اس قسم کی کوریج رکھتے ہیں وہ Medicare کی کوریج کے اہل ہونے کے بعد اگر Medicare کی نسخے کی دوا کی کوریج میں بعد میں اندراج کروانے کا فیصلہ کرتے ہیں تو وہ عموماً اسی کوریج کو کسی جرمانے کے برقرار رکھ سکتے ہیں۔

**روز مرہ کے امور کی نگہداشت** – روزمرہ کے امور کی نگہداشت وہ ذاتی نگہداشت ہے جو نرسنگ ہوم، مریض خانے، یا دیگر مرکز کی ترتیب میں فراہم کی جاتی ہے جب آپ کو مہارت یافتہ طبی دیکھ بھال یا مہارت یافتہ نرسنگ کی نگہداشت کی ضرورت نہیں ہوتی۔ حفاظتی دیکھ بھال وہ افراد فراہم کرتے ہیں جن کے پاس پیشہ ورانہ مہارتیں یا تربیت نہیں ہوتی۔ اس میں روزمرہ زندگی کی سرگرمیوں میں مدد شامل ہے، جیسے: نہانا، کپڑے پہننا، کھانا کھانا، بستر یا کرسی سے اٹھنے یا لیٹنے میں مدد، گھومنا پھرنا، اور بیت الخلا استعمال کرنا۔ اس میں صحت سے متعلق نگہداشت کی وہ قسم بھی شامل ہو سکتی ہے جو زیادہ تر افراد بذات خود کرتے ہیں جیسے آنکھوں کے قطروں کا استعمال کرنا۔ Medicare روزمرہ کے امور کی نگہداشت کے لیے ادائیگی نہیں کرتا۔

**روزمرہ کے اخراجات کے اشتراک کاریٹ** – روزمرہ کے اخراجات کے اشتراک کے ریٹ کا اطلاق تب ہو سکتا ہے جب آپ کا ڈاکٹر آپ کے لیے پورے مہینے سے کم کی مخصوص ادویات کی سپلائی تجویز کرتا ہے اور آپ کو کوپے منٹ کی ادائیگی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ روزمرہ کے اخراجات کے اشتراک کاریٹ وہ مشترکہ ادائیگی ہے جسے مہینے کی سپلائی میں دنوں کی تعداد سے تقسیم کیا جاتا ہے۔ ایک مثال یہ ہے: اگر کسی دوا کی سپلائی کے لیے آپ کی کوپیمنٹ \$30 ہے، اور ہمارے پلان میں ایک ماہ کی سپلائی 30 دن ہے، تو آپ کی یومیہ لاگت میں اشتراک کی شرح \$1 فی دن ہوگی۔

**خارج ہونا یا خارج کر دیا جانا** – ہمارے منصوبے میں آپ کی ممبرشپ کے خاتمے کا عمل۔

**دوبری اہلیت کے خصوصی ضروریات کے منصوبے (D-SNP) – D-SNPs** میں ان افراد کا اندراج کیا جاتا ہے جو Medicare (سوشل سکیورٹی ایکٹ کے ٹائٹل XVIII) اور Medicaid (ٹائٹل XIX) کے تحت ریاستی منصوبے کی طرف سے طبی اعانت دونوں کے حقدار ہوتے ہیں۔ ریاستیں فرد کی حالت اور اہلیت کے لحاظ سے، کچھ یا تمام طبی اخراجات کو کور کرتی ہیں۔

**دوبری اہلیت رکھنے والے افراد** – وہ فرد جو Medicare اور Medicaid کوریج دونوں کی اہلیت رکھتا ہے۔

**پانیدار طبی سامان (DME)** – مخصوص طبی ساز و سامان جسے طبی وجوہات کے لیے آپ کے ڈاکٹر کی جانب سے آرڈر کیا جاتا ہے۔ مثالوں میں واکرز، وہیل چیئرز، بیساکھیاں، پاور یافتہ میٹریس سسٹمز، ذیابیطس کی سپلائیز، IV انفیوژن پمپس، گفتگو پیدا کرنے والی ڈیوائسز، آکسیجن کا سامان، نیبولائزرز، یا گھر میں استعمال کے لیے فراہم کنندہ کی جانب سے آرڈر کردہ ہسپتال کے بیڈز شامل ہیں۔

**ہنگامی صورتحال** – ایک طبی ہنگامی صورتحال تب ہوتی ہے جب آپ کو، یا صحت اور طب کا اوسط علم رکھنے والے کسی عام ہوشیار فرد کو اس بات کا یقین ہو کہ آپ کو لاحق طبی علامات کو فوری طبی توجہ کی ضرورت ہے تاکہ آپ کی زندگی کے خاتمے (اور، اگر آپ ایک حاملہ عورت ہیں، تو نامولود بچے کے ضائع ہونے)، کسی عضو یا عضو کے کام کرنے کی صلاحیت کے ضائع ہونے، یا کسی جسمانی کام کرنے کی صلاحیت کے ضائع ہونے یا اس کو شدید نوعیت کا عذر پہنچنے کو روکا جا سکے۔ طبی علامات میں کوئی بیماری، چوٹ، شدید تکلیف، یا کوئی ایسی طبی حالت ہو سکتی ہے جو تیزی سے مزید بگڑتی جا رہی ہو۔

**ہنگامی دیکھ بھال** – کوورڈ سروسز جو کہ: (1) جو ایک ایسے فراہم کنندہ کے ذریعے مہیا کی گئی ہو جو ہنگامی خدمات فراہم کرنے کا اہل ہو؛ اور (2) جو کسی ہنگامی طبی صورت حال کے علاج، تشخیص یا حالت کو مستحکم کرنے کے لیے درکار ہو۔

**Evidence of Coverage (EOC) اور انکشاف کی معلومات** – یہ دستاویز، آپ کے اندراج کے فارم، اور دیگر کوئی بھی منسلکات، رائیڈرز، یا دیگر منتخب کردہ اختیاری کوریج کے ساتھ، آپ کی کوریج، ہمارا کیا کرنا ضروری ہے، آپ کے حقوق، اور ہمارے منصوبے کے ممبر کے طور پر آپ کو کیا کرنا ہو گا اس کی وضاحت کرتی ہے۔

**استثنیٰ** – کوریج کے فیصلے کی ایک قسم ہے جو منظور ہونے پر، آپ کو ہمارے فارمولوں کے مجموعے (فارمولوں کے مجموعے کی استثنائی صورت) میں غیر موجود دوا، یا کم لاگت کے اشتراک کے درجے پر ایک غیر ترجیحی دوا حاصل کرنے (درجائی استثنائی صورت) کی اجازت دیتی ہے۔ اگر ہمارا منصوبہ آپ کی مطلوبہ دوا حاصل کرنے سے پہلے آپ کو کوئی دوسری دوا آزمانے کا کہے، اگر ہمارا منصوبہ کسی دوا کے لیے پیشگی اجازت کا تقاضا کرے اور آپ چاہیں کہ ہم معیار کی پابندی کو معاف کر دیں، یا اگر ہمارا منصوبہ آپ کی مطلوبہ دوا کی مقدار یا خوراک کو محدود کرتا ہو (فارمولری استثنیٰ)، تو آپ ان صورتوں میں بھی استثنیٰ کی درخواست کر سکتے ہیں۔

**اضافی مدد (Extra Help)** – ایک Medicare پروگرام جو Medicare کے نسخہ جاتی دوا کے پروگرام کی لاگتوں، جیسے کہ پریمیمز، کٹوتیوں، اور مشترکہ انشورنس کی ادائیگی میں محدود آمدنی اور وسائل والے لوگوں کی مدد کرتا ہے۔

**جنیرک دوا** – نسخہ جاتی دوا جو کہ ایف ڈی اے (FDA) کے ذریعے منظور شدہ ہو کہ اس میں برانڈ نام کی دوا جیسے ہی فعال اجزاء شامل ہیں۔ عموماً، ایک جنیرک دوا، برانڈ نام کی دوا جیسا ہی کام کرتی ہے اور عام طور پر اس کی لاگت کم ہوتی ہے۔

**گھر پر صحت کا معاون** – وہ فرد جو یہ سروسز فراہم کرتا ہے جن کے لیے لائسنس شدہ نرس یا تھیراپسٹ کی مہارتوں کی ضرورت نہیں ہوتی، جیسے کہ ذاتی نگہداشت (مثلاً نہانے، ٹولٹ استعمال کرنے، کپڑے پہننے، تجویز کردہ ورزشیں کرنے) میں مدد دینا۔

**مریض خانہ** – ایک وظیفہ جو اس ممبر کو خاص علاج فراہم کرتا ہے جس کی طبی اعتبار سے علاج بیمار فرد کے طور پر تصدیق کر دی گئی ہوتی ہے، مطلب کہ اس کی متوقع زندگی 6 ماہ یا اس سے کم ہوتی ہے۔ ہمارے پلان کے تحت آپ کے جغرافیائی علاقے میں موجود ہاسپیس مراکز کی ایک فہرست فراہم کرنی ضروری ہے۔ اگر آپ ہاسپیس کا انتخاب کرتے ہیں اور پریمیم ادا کرنا جاری رکھتے ہیں، تب بھی آپ ہمارے پلان کے ممبر رہیں گے۔ آپ اب بھی تمام طبی لحاظ سے ضروری خدمات کے ساتھ ساتھ وہ تکمیلی فوائد بھی حاصل کر سکتے ہیں جو ہم پیش کرتے ہیں۔

**ہسپتال میں اندرونی مریض قیام** – ہسپتال میں قیام جب آپ کو رسمی طور پر مہارت یافتہ طبی خدمات کے لیے ہسپتال میں داخل کیا جاتا ہے۔ اگر آپ ہسپتال میں رات بھر قیام کرتے ہیں، تو آپ کو تب بھی بیرونی مریض سمجھا جا سکتا ہے۔

**آمدنی سے متعلق ماہانہ ایڈجسٹمنٹ کی رقم (IRMAA)** – اگر آپ کی ترمیم شدہ ایڈجسٹ کی گئی مجموعی آمدنی ایک مخصوص رقم سے زیادہ ہے، جسے آپ کے IRS ٹیکس گوشوارے پر 2 سال پہلے رپورٹ کیا گیا تو آپ معیاری پریمیم رقم اور آمدنی سے متعلق ماہانہ ایڈجسٹمنٹ کی رقم ادا کریں گے، جسے IRMAA بھی کہا جاتا ہے۔ IRMAA آپ کے پریمیم میں شامل اضافی چارج ہے۔ Medicare میں موجود 5% سے کم لوگ اس سے متاثر ہوتے ہیں، اس لیے زیادہ تر لوگ اعلیٰ پریمیم کی ادائیگی نہیں کریں گے۔

**ابتدائی کوریج کا مرحلہ** – یہ مرحلہ تب آتا ہے کہ جب سال کے لیے آپ کی جیب سے ادا کردہ لاگت جیب سے ادا کردہ زیادہ سے زیادہ رقم کی حد کو پہنچ جائے۔

**ابتدائی اندراج کی مدت** – جب آپ پہلی بار Medicare کے لیے اہل قرار دیئے گئے، تو وقت کی وہ مدت جب آپ Medicare کے حصہ A اور حصہ B کے لیے سائن اپ کر سکتے ہیں۔ اگر آپ 65 سال کے ہونے کے بعد Medicare کے لیے اہل قرار پاتے ہیں، تو آپ کی ابتدائی اندراج کی مدت 7 ماہ کی مدت ہے جس کا آغاز آپ کے 65 سال کا ہونے سے 3 مہینے پہلے سے ہوتا ہے جس میں وہ مہینہ شامل ہوتا ہے جب آپ کی عمر 65 سال ہوتی ہے اور آپ کے 65 سال کا ہونے کے 3 مہینے بعد ختم ہو جاتی ہے۔

**مضمم D-SNP** – ایک D-SNP کہ جو ایسے متعدد افرادی گروہوں کے لیے Medicare اور Medicaid کی زیادہ تر یا تمام تر سروسز کو ایک ہی ہیلتھ پلان کے تحت کوور کرتا ہے کہ جو Medicare اور Medicaid دونوں کے لیے اہل ہوں۔ ان افراد کو مکمل فائدے کے دوہری طور پر اہل افراد کے نام سے بھی جانا جاتا ہے۔

**تکلیف کا سبب بننے والی شکایت** – شکایت کی ایک قسم جو آپ ہمارے منصوبے، فراہم کنندگان، یا فارمیسیز کے بارے میں کرتے ہیں، جس میں آپ کی نگہداشت کے معیار سے متعلق شکایت بھی شامل ہے۔ اس میں کوریج یا ادائیگی کے تنازعات شامل نہیں ہوتے۔

**انٹرجینجیبل حیاتیاتی مماثل** – ایک ایسا حیاتیاتی مماثل کہ جسے کسی حقیقی حیاتیاتی مماثل مصنوعہ کی جگہ کسی فارمیسی پر کسی نئے نسخے کی ضرورت پڑے بغیر استعمال کیا جا سکتا ہو کیونکہ یہ خودکار تبادلے کے امکان سے متعلقہ اضافی تقاضوں کو پورا کرتا ہے۔ فارمیسی پر خودکار تبادلہ ریاستی قانون سے مشروط ہے۔

**کوورڈ ادویات کی فہرست (فارمولوں کا مجموعہ یا ادویات کی فہرست)** – منصوبے کی جانب سے کوور کردہ نسخے کی ادویات کی فہرست۔ کم آمدنی والی سبسڈی (LIS) - اضافی مدد پر جائیں۔

**مینوفیکچر ڈسکاؤنٹ پروگرام** – ایک پروگرام جس کے تحت دوا کے مینوفیکچررز کوور شدہ حصہ D کی برانڈ کے نام والی ادویات اور بائیولوجکس کی مد میں منصوبے کی کُل لاگت کا ایک حصہ ادا کرتے ہیں۔ رعایتیں وفاقی حکومت اور ادویات بنانے والوں کے درمیان ہونے والے معاہدوں پر مبنی ہیں۔

**زیادہ سے زیادہ براہ راست ادا کی جانے والی رقم** – حصہ A اور حصہ B کی کوورڈ سروسز کے لیے کیلنڈر سال کے دوران آپ کی جانب سے کی جانے والی زیادہ سے زیادہ براہ راست ادائیگی۔ ہمارے پلان کے پریمیومز، Medicare پارٹ A اور پارٹ B کے پریمیومز، اور نسخے جاتی ادویات کے لیے آپ جو رقم ادا کرتے ہیں، وہ زیادہ سے زیادہ جیبی لاگت کی رقم میں شمار نہیں ہوتی۔ اگر آپ Medicaid کے تحت Medicare کی لاگت میں اشتراک کے لیے امداد کے اہل ہیں، تو آپ کوورڈ پارٹ A اور پارٹ B کی خدمات کے لیے زیادہ سے زیادہ جیبی لاگت کے طور پر اپنی جیب کچھ بھی ادا کرنے کے ذمہ دار نہیں ہوں گے۔ (نوٹ کریں: چونکہ ہمارے ممبران کو Medicaid سے بھی مدد ملتی ہے، اس لیے بہت کم ممبران کبھی بھی اپنی جیب سے پیسے ادا کرنے کی حد تک پہنچ پاتے ہیں۔)

**Medicaid (یا طبی معاونت)** – ایک مشترکہ وفاقی اور ریاستی پروگرام جو کم آمدنی اور محدود وسائل والے کچھ لوگوں کی طبی لاگتوں کے حوالے سے مدد کرتا ہے۔ ریاستی Medicaid کے پروگرامز مختلف ہوتے ہیں لیکن زیادہ تر نگہداشت صحت کی لاگتیں کوور کردہ ہوتی ہیں اگر آپ Medicare اور Medicaid دونوں کے اہل ہوتے ہیں۔

**طبی طور پر تسلیم شدہ علامات** – دوا کا وہ استعمال جو یا تو ایف ڈی اے (FDA) سے منظور شدہ ہو یا پھر مخصوص حوالوں سے تائید یافتہ ہو، جیسے کہ امریکن ہسپتال فار مولری سروس ڈرگ انفارمیشن اور مائیکرومیڈیکس ڈرگڈیکس انفارمیشن سسٹم۔

**طبی اعتبار سے ضروری** – سروسز، سپلائیز، یا ادویات جن کی بچاؤ، تشخیص، یا آپ کی طبی حالت کے علاج کے لیے ضرورت ہوتی ہے اور طبی پریکٹس کے لیے قبول شدہ معیاروں پر پورا اترتی ہیں۔

**Medicare** – وفاقی ہیلتھ انشورنس کا پروگرام برائے 65 سال یا اس سے زائد کی عمر کے افراد، 65 سال سے کم عمر کے مخصوص معذوریوں والے کچھ افراد اور آخری مرحلے کی گردوں کی بیماری کے شکار افراد (عموماً وہ جنہیں گردوں کے مکمل طور پر ناکارہ ہونے کے بعد ڈائلیسز یا گردوں کے ٹرانسپلانٹ پر رکھا گیا ہو)۔

### Medicare Advantage Open Enrollment Period

– یہ یکم جنوری سے 31 مارچ تک کا وہ وقت ہے جب Medicare Advantage پلان کے ممبران اپنے پلان کا اندراج منسوخ کر سکتے ہیں اور کسی دوسرے Medicare Advantage پلان پر منتقل ہو سکتے ہیں یا Original Medicare کے ذریعے کوریج حاصل کر سکتے ہیں۔ اگر اس مدت کے دوران آپ Original Medicare پر تبدیل ہونے کا انتخاب کرتے ہیں، تو آپ اس وقت Medicare کے ایک علیحدہ نسخہ جاتی دوا کے منصوبے میں بھی شامل ہو سکتے ہیں۔ Medicare Advantage Open Enrollment Period اس شخص کے لیے بھی دستیاب ہوتی ہے جو پہلی بار Medicare کے لیے اہل ہوتا ہے، اور یہ مدت 3 ماہ پر محیط ہوتی ہے۔

**Medicare Advantage (MA) منصوبہ** – بعض اوقات اسے Medicare حصہ C کہا جاتا ہے۔ ایک منصوبہ جس کی پیشکش ایک نجی کمپنی کی جانب سے کی جاتی ہے جو Medicare کے ساتھ آپ کو Medicare حصہ A اور حصہ B کے تمام وظائف فراہم کرنے کا معاہدہ کرتی ہے۔ Medicare Advantage کا منصوبہ HMO (i, ii, iii) PPO، یا ایک (iv) Medicare میڈیکل سیونگز اکاؤنٹ (MSA) منصوبہ ہو سکتا ہے۔ ان منصوبوں میں سے انتخاب کرنے کے علاوہ، Medicare Advantage HMO یا PPO منصوبہ خاص ضروریات کا منصوبہ (SNP) بھی ہو سکتا ہے۔ زیادہ تر کیسز میں، Medicare Advantage کے منصوبے Medicare حصہ D (نسخے کی دوا کی کوریج) کی پیشکش بھی کرتے ہیں۔ ان پلان کو نسخے کی دواؤں کی کوریج والے Medicare Advantage Plans کہا جاتا ہے۔

**Medicare سے کوورڈ سروسز** – وہ سروسز جو Medicare پارٹ A اور پارٹ B کے تحت کور کی گئی ہیں۔ تمام Medicare ہیلتھ پلانز کے لیے ان تمام خدمات کا کور کرنا ضروری ہے جو Medicare پارٹ A اور پارٹ B میں شامل ہیں۔ Medicare سے کورڈ سروسز کی

اصطلاح میں وہ اضافی فوائد شامل نہیں ہیں، جیسے کہ آنکھوں، دانتوں یا کان کا علاج۔ یہ فوائد کوئی Medicare Advantage Plan پیش کر سکتا ہے۔

**Medicare ہیلتھ پلان** – Medicare ہیلتھ پلان ایک نجی کمپنی کی جانب سے پیش کیا جاتا ہے جو Medicare میں اندراج شدہ افراد کو حصہ A اور حصہ B کے وظائف فراہم کرنے کے لیے Medicare کے ساتھ معاہدہ کرتی ہے۔ اس اصطلاح میں Medicare Advantage کے منصوبے، Medicare اخراجات کے منصوبے، خاص ضروریات کے منصوبے، مظاہراتی/ آزمائشی پروگرامز، اور عمر رسیدہ افراد کی مکمل جامع نگہداشت (PACE) کے پروگرامز شامل ہیں۔

**Medicare کی نسخے کی دوا کی کوریج (Medicare حصہ D)** – وہ انشورنس جو بیرونی مریض کو نسخے کی ادویات، ویکسینز، بائیولوجیکل ادویات، اور کچھ سپلائرز کے لیے ادائیگی کرنے میں مدد دیتی ہیں جو Medicare حصہ A یا حصہ B کی جانب سے کوور نہیں کی جاتیں۔

**Medigap (Medicare کی اضافی انشورنس) کی پالیسی** – Medicare کی اضافی انشورنس جو نجی انشورنس کمپنیوں کی جانب سے Original Medicare میں "خلاؤں" کو پُر کرنے کے لیے فروخت کی جاتی ہے۔ Medigap کی پالیسیاں صرف Original Medicare کے ساتھ کام کرتی ہیں۔ (ایک Medicare Advantage Plan کوئی Medigap پالیسی نہیں ہوتی۔)

**ممبر (ہمارے منصوبے کے ممبر، یا منصوبہ ممبر)** – Medicare میں شامل وہ فرد جو کوورڈ سروسز حاصل کرنے کی اہلیت رکھتا ہے، جو ہمارے منصوبے میں اندراج یافتہ ہے اور جس کے اندراج کی Medicare اور Medicaid سروسز (CMS) سینٹرز کی جانب سے تصدیق کی گئی ہے۔

**ممبر سروسز** – ہمارے منصوبے کے اندر ایک شعبہ جو آپ کی ممبرشپ، وظائف، تکلیف کے سبب ہونے والی شکایات، اور اپیلز کے بارے میں سوالات کے جوابات دینے کے لیے ذمہ دار ہے۔

**نیٹ ورک فارمیسی** – فارمیسی جو ہمارے منصوبے کے ساتھ معاہدہ کرتی ہے جہاں ہمارے منصوبے کے ممبر اپنی نسخہ جاتی دوا کے وظائف حاصل کر سکتے ہیں۔ زیادہ تر کیسز میں، آپ کے نسخے صرف تب کوور کیے جاتے ہیں اگر ان کے مطابق ادویات ہماری کسی نیٹ ورک فارمیسی میں دی جائیں۔

**نیٹ ورک فراہم کنندہ** – فراہم کنندہ ڈاکٹروں، صحت کی دیکھ بھال کے دیگر ماہرین، ہسپتالوں، اور صحت کی دیکھ بھال کی دیگر سہولیات کے لیے ایک عام اصطلاح ہے، جو صحت کی دیکھ بھال کی خدمات فراہم کرنے کے لیے Medicare اور ریاست کی طرف سے لائسنس یافتہ یا تصدیق شدہ ہیں۔ نیٹ ورک فراہم کنندگان ہمارے منصوبے کے ساتھ ہماری ادائیگی کو بطور مکمل ادائیگی قبول کرنے، اور کچھ کیسز میں ہمارے منصوبے کے ممبرز کو کوورڈ سروسز فراہم کرنے میں تعامل کرنے کا معاہدہ رکھتے ہیں۔ نیٹ ورک فراہم کنندگان کو پلان فراہم کنندگان بھی کہا جاتا ہے۔

**تنظیمی تعین کاری** – ہمارا منصوبہ اس حوالے سے ایک فیصلہ کرتا ہے کہ آیا اشیاء یا سروسز کوور کی جاتی ہیں یا آپ کو کوور کردہ اشیاء یا سروسز کے لیے کتنی ادائیگی کرنی ہو گی۔ اس دستاویز میں تنظیمی تعین کاریوں کو کوریج کے فیصلے کہتے ہیں۔

**اصل حیاتیاتی مصنوعات** – ایک حیاتیاتی مصنوعات جسے FDA نے منظور کیا ہو اور جو حیاتیاتی مماثلات ورژن تیار کرنے والے مینوفیکچررز کے لیے موازنہ کا ذریعہ ہو۔ اسے حوالہ جاتی مصنوعہ بھی کہا جاتا ہے۔

**Original Medicare (روایتی Medicare یا Fee-for-Service Medicare)** – Original Medicare حکومت کی طرف سے پیش کیا جاتا ہے، نہ کہ Medicare Advantage Plan اور نسخے کی ادویات کے پلانز جیسے نجی ہیلتھ پلان کی طرف سے۔ Original Medicare کے تحت Medicare کی سروسز کانگریس کی جانب سے مقرر کردہ ڈاکٹرز، ہسپتالوں، اور دیگر نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان کو ادائیگی کی رقم ادا کرنے کے ذریعے کوور کی جاتی ہیں۔ آپ Medicare کو قبول کرنے والے کسی بھی ڈاکٹر، ہسپتال، یا دیگر نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ سے ملاقات کر سکتے ہیں۔ آپ کو کٹوتیوں کی لازمی ادائیگی کرنی ہو گی۔ Medicare اپنی Medicare سے تصدیق شدہ رقم کا حصہ ادا کرتا ہے اور آپ اپنے حصے کی ادائیگی کرتے ہیں۔ Original Medicare کے 2 حصے ہیں: حصہ A (ہسپتال کی انشورنس) اور حصہ B (طبی انشورنس) اور United States میں ہر جگہ دستیاب ہے۔

**نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسی** – ایک فارمیسی جس کا ہمارے پلان کے ممبروں کو کوریجڈ یا کورڈ ادویات فراہم کرنے کے ہمارے پلان کے ساتھ کوئی معاہدہ نہیں ہے۔ آپ کو نیٹ ورک سے باہر کی فارمیسیوں سے ملنے والی زیادہ تر ادویات ہمارے پلان میں شامل نہیں ہوتی ہیں جب تک کہ کچھ شرائط لاگو نہ ہوں۔

**نیٹ ورک سے باہر فراہم کنندہ یا نیٹ ورک سے باہر کی سہولت** – ایک ایسا فراہم کنندہ یا سہولت جس کا ہمارے پلان کے ساتھ ہم آہنگی یا کورڈ سروسز فراہم کرنے کے ہمارے پلان کے ساتھ کوئی معاہدہ نہیں ہے۔ نیٹ ورک سے باہر فراہم کنندگان ایسے فراہم کنندگان ہیں جو ہمارے منصوبے کے تحت ملازم، ملکیت یا کام نہیں کرتے ہیں۔

**جیب سے ہونے والے خرچ** – اوپر دی گئی "لاگت کی شراکت لاگت کے اشتراک کی تعریف پر دیکھیں۔ ایک ممبر کی موصول شدہ سروسز یا ادویات کے حصے کے لیے لاگت کے اشتراک کے تقاضے کا حوالہ ممبر کی براہ راست لاگت کے تقاضے کے طور پر بھی دیا جاتا ہے۔

**اپنی جیب سے ادا کی گئی لاگتوں کی زائد حد** – وہ زیادہ سے زیادہ رقم جو آپ حصہ D کی ادویات کے لیے اپنی جیب سے ادا کرتے ہیں۔

**PACE منصوبہ** – PACE (عمر رسیدہ افراد کی مکمل جامع نگہداشت کا پروگرام) منصوبہ جب تک ممکن ہو، کمزور افراد کو ان کی خود مختاری اور (نرسنگ ہوم میں منتقل کرنے کی بجائے) اپنی کمیونٹی میں رہنے میں مدد دینے کے لیے طبی، سماجی، اور طویل مدتی سروسز اور معاونتوں (LTSS) کو یکجا کرتا ہے۔ PACE پلانز میں اندراج شدہ لوگ ہمارے پلان کے ذریعے اپنے Medicare اور Medicaid دونوں فوائد حاصل کرتے ہیں۔

**پارٹ C** – اس کے لیے Medicare Advantage (MA) پلان پر جائیں۔

**حصہ D** – Medicare کا نسخہ جاتی دوا کے لیے رضاکارانہ وظیفے کا پروگرام۔

**حصہ D کی ادویات** – ادویات جو حصہ D کے تحت کوور کی جا سکتی ہیں۔ ہم حصہ D کی تمام ادویات کی پیشکش کر سکتے ہیں یا نہیں کر سکتے۔ کانگریس کی جانب سے حصہ D کی کوریج سے مخصوص زمروں کی ادویات خارج کر دی گئی ہیں۔ ہر منصوبے کی جانب سے حصہ D کی ادویات کے مخصوص زمروں کو کوور کیا جانا لازمی ہے۔

**پارٹ D کے لیے تاخیر سے اندراج کا جرمانہ** – Medicare دوا کوریج کے لیے آپ کے ماہانہ پلان پریمیم میں شامل کی جانے والی ایک رقم، اگر آپ پارٹ D پلان میں شامل ہونے کے اہل ہونے کے بعد مسلسل 63 دن یا اس سے زیادہ عرصے تک قابل کریڈٹ کوریج (وہ کوریج جس سے یہ توقع ہو کہ وہ اوسطاً کم از کم معیاری Medicare دوا کوریج کے برابر ادائیگی کرے گی) کے بغیر رہتے ہیں۔ اگر آپ اضافی مدد سے محروم ہو جاتے ہیں اور آپ پارٹ D یا دیگر قابل کریڈٹ ادویات کی کوریج کے بغیر لگاتار 63 دن یا اس سے زیادہ گزرتے ہیں تو آپ کو تاخیر سے اندراج کے جرمانہ دینا کرنا پڑ سکتا ہے۔

**پریمیم** – Medicare، انشورنس کمپنی، یا نگہداشت صحت کے منصوبے کو صحت یا دیگر نسخے کی دوا کی کوریج کے لیے وقفہ در وقفہ ادائیگی۔

**بنیادی دیکھ بھال فراہم کنندہ (PCP)** – ڈاکٹر یا دیگر فراہم کنندہ جس سے آپ اپنی صحت کے مسائل کے لیے پہلے ملاقات کرتے ہیں۔ بہت سے Medicare کے ہیلتھ پلانز میں، آپ کو اپنے بنیادی دیکھ بھال کرنے والے سے دیگر صحت کی دیکھ بھال کے فراہم کنندہ سے پہلے ملاقات کرنی چاہئے۔

**پیشگی اجازت** – سروسز یا مخصوص ادویات حاصل کرنے کے لیے پیشگی منظوری۔ وہ کوورڈ سروسز جن کو پیشگی اجازت درکار ہوتی ہے، انہیں باب 4 کے طبی فوائد چارٹ میں نشان زد کیا گیا ہے۔ کوورڈ ادویات کہ جنہیں پیشگی اجازت کی ضرورت ہوتی ہے انہیں فارمولری میں نشان زد کیا گیا ہے اور ہمارا معیار ہماری ویب سائٹ پر پوسٹ شدہ ہے۔

**مصنوعی اعضاء اور آرتھوٹیکس** – وہ بلاتحدید طبی ڈیوائسز ہیں جن میں بازو، کمر، اور گردن کے بریسز؛ مصنوعی اعضاء؛ مصنوعی آنکھیں؛ اور جسم کے اندرونی حصے یا عمل کاری کو تبدیل کرنے کے لیے درکار ڈیوائسز، اوسٹومی سپلائز اور معانی اور غیر امعانی نیوٹریشن تھیراپی سمیت شامل ہیں۔

**معیار میں بہتری کی تنظیم (QIO)** – پریکٹس کرنے والے ڈاکٹروں اور دیگر ماہرین نگہداشت صحت کا ایک گروپ ہے جسے وفاقی حکومت کی جانب سے Medicare کے مریضوں کو دی جانے والی نگہداشت کے معیار کو چیک کرنے اور بہتر بنانے کے لیے ادائیگی کی جاتی ہے۔

**مقدار کی حدیں** – ایک انتظامی ٹول جو معیار، حفاظت، یا استعمال کی وجوہات کی بنا پر کسی دوا کے استعمال کو محدود کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ تحدیدات اس دوا کی مقدار پر عائد کی جا سکتی ہیں جو ہم ہر نسخے یا مقررہ مدت کے لیے کوور کرتے ہیں۔

**"اصل وقتی وظیفے کا ٹول"** – ایک پورٹل یا کمپیوٹر ایپلیکیشن جس میں مندرجہ افراد مکمل، درست، بروقت، طبی اعتبار سے موزوں، مندرجہ افراد سے مخصوص فارمولوں کے مجموعے اور فائدے کی معلومات دیکھ سکتے ہیں اس میں لاگت اشتراک کی رقوم، متبادل فارمولوں کے مجموعے والی ادویات شامل ہیں جو دی جانے والی دوا کے طور پر یکساں صحت کی کیفیت کے لیے اور کوریج کی تحدیدات پر (پیشگی اجازت، سٹیپ تھیراپی، محدود مقدار) متبادل ادویات کے طور پر لاگو کر کے استعمال کی جا سکتی ہیں۔

**بحالی کی خدمات** – ان خدمات میں داخل مریضوں کی بحالی کی دیکھ بھال، جسمانی تھیراپی (بیرونی مریض)، تقریر اور زبان کی تھیراپی، اور پیشہ ورانہ تھیراپی شامل ہیں۔

**سروس کا علاقہ** – ایک جغرافیائی ایریا جہاں آپ کا مخصوص ہیلتھ پلان میں شرکت کرنے کے لیے رہنا ضروری ہے۔ ان منصوبوں کے لیے جو تحدیدات عائد کرتے ہیں کہ آپ کون سے ڈاکٹروں اور ہسپتالوں کو استعمال کر سکتے ہیں، یہ عموماً وہ ایریا بھی ہوتا ہے جہاں آپ معمول

کی (غیر ہنگامی) سروسز حاصل کر سکتے ہیں۔ ہمارے پلان کو آپ کا اندراج ختم کرنا لازمی ہو گا اگر آپ مستقل طور پر ہمارے پلان کے سروس علاقے سے باہر منتقل ہو جاتے ہیں۔

**ہنر مند نرسنگ کی سہولت (SNF) کی نگہداشت** – ہنر مند نرسنگ کی نگہداشت اور بحالی کی خدمات لگاتار، روزانہ کی بنیاد پر ہنر مند نرسنگ کی سہولت میں فراہم کی جاتی ہیں۔ نگہداشت کی مثالوں میں جسمانی تھراپی یا رگ میں لگائے جانے والے انجیکشنز شامل ہیں جو صرف رجسٹر شدہ نرس یا ڈاکٹر کی جانب سے ہی دیے جاسکتے ہیں۔

**خاص ضروریات کا منصوبہ** – ایک خاص قسم کا Medicare Advantage کا منصوبہ جو مخصوص لوگوں کے گروپوں کے لیے زیادہ مرتکز نگہداشت صحت فراہم کرتا ہے، جیسے کہ وہ جن کے پاس Medicare اور Medicaid دونوں موجود ہیں، جو نرسنگ ہوم میں رہتے ہیں، یا جو مخصوص دائمی طبی کیفیات میں مبتلا ہیں۔

**سٹیپ تھیراپی** – استعمال کرنے والا ٹول جو آپ سے تقاضا کرتا ہے کہ آپ کے فزیشن کی جانب سے ابتدائی طور پر تجویز کردہ دوا کو ہمارے کوور کرنے سے پہلے اپنی طبی حالت کے لیے ایک دوسری دوا آزمائیں۔

**اضافی سکیورٹی آمدن (SSI)** – سوشل سکیورٹی کی جانب سے محدود آمدنی اور وسائل والے لوگوں کے لیے ادا کردہ ماہانہ وظیفہ جن میں معذور، نابینا، یا 65 سالہ اور اس سے زائد عمر کے افراد شامل ہیں۔ SSI کے فوائد سوشل سکیورٹی کے فوائد جیسے نہیں ہیں۔

**فوری مطلوب خدمات** – ایک پلان کے تحت کور کی جانے والی ایسی خدمت جس کے لیے فوری طبی توجہ درکار ہو، مگر وہ ایمرجنسی نہ ہو، اسے فوری مطلوب خدمت سمجھا جاتا ہے اگر یا تو آپ عارضی طور پر ہمارے پلان کی سروس علاقے سے باہر ہوں، یا آپ کے وقت، جگہ اور حالات کو دیکھتے ہوئے نیٹ ورک فراہم کنندگان سے یہ سروس حاصل کرنا نامناسب ہو۔ فوری طور پر ضروری خدمات کی مثالوں میں ناگہانی طبی امراض اور چوٹیں، یا کسی موجودہ عارضے کا غیر متوقع طور پر شدت اختیار کر جانا شامل ہے۔ طبی طور پر ضروری معمول کے معالج کے دوروں (جیسے سالانہ طبی معائنہ) کو اشد ضروری نہیں سمجھا جائے گا، خواہ آپ ہمارے پلان کے سروس ایریا سے باہر ہوں یا ہمارا پلان نیٹ ورک عارضی طور پر دستیاب نہ ہو۔

## اضافی اہم صحت کی دیکھ بھال اور اراکین کے وسائل کی معلومات

- دستیابی کا نوٹس (NOA) - لسانی معاونت کی خدمات
- نوٹس برائے رازداری کے معمولات (NPP)

# Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

## English

**ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

## Spanish

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

## Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

## Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

## Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

## Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

## Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

## Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

## Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

## Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

## French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

## Urdu

### اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

## Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

## Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në

numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

### **German**

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

### **Pennsylvania Dutch**

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deutsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

### **Vietnamese**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

### **Somali**

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa.

Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan.

Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

### **Japanese**

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

### **Ukrainian**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби

підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

### Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

### Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ገንዘብ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በገንዘብ ድጋፍ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

### Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

### Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

### Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

### Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

**Gujarati**

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

**Portuguese**

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

**Hindi**

ધ્યાન દે: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Khmer**

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**Laotian**

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

**Karen**

ဟ်သ့ၣ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလက်ၣ်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျီ လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အီၤသ့တဖၣ် လၢတလက်ၣ်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

## **Swahili**

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

## **Serbian**

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

## **Croatian**

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

## **Nepali**

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

## **Yoruba**

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ní sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ́ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.



# نوٹس برائے رازداری کے معمولات

یہ نوٹس وضاحت کرتا ہے کہ آپ کے متعلق طبی معلومات کیسے استعمال اور منکشف کی جا سکتی ہیں اور آپ ان معلومات تک رسائی کیسے حاصل کر سکتے ہیں۔ براہ کرم دھیان سے اس پر نظر ثانی کریں۔

یہ نوٹس Molina Healthcare کے الحاق شدہ ہیلتھ پلانز (جنہیں یہاں "Molina"، "ہم" یا "ہمارا" کہا گیا ہے) کے رازداری کے معمولات کی وضاحت کرتا ہے۔ ہم Molina ممبر کی حیثیت سے آپ کے صحت کے فوائد فراہم کرنے کے لیے آپ کے بارے میں تحفظ یافتہ صحت کی معلومات ("PHI") کا استعمال اور اشتراک کرتے ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو علاج، ادائیگی اور صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز انجام دینے کے لیے استعمال اور شیئر کرتے ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو قانون کی اجازت اور تقاضے کے مطابق دوسری وجوہات کے لیے بھی استعمال اور شیئر کرتے ہیں۔ یہ ہماری ذمہ داری ہے کہ آپ کی صحت کی معلومات کو نجی رکھا جائے اور اس نوٹس کی شرائط پر عمل کیا جائے۔ اس نوٹس کے نفاذ کی تاریخ 1 جنوری 2026 ہے۔

PHI وہ صحت کی معلومات ہیں جن میں آپ کا نام، ممبر نمبر یا دیگر شناخت کاران شامل ہیں اور ہماری جانب سے اس کا استعمال یا اشتراک کیا جاتا ہے۔ PHI میں مادے کے استعمال سے وابستہ عارضوں کے بارے میں صحت کی معلومات اور بائیو میٹرک معلومات (جیسے وائس پرنٹ) شامل ہیں۔

## ہم کیوں آپ کی PHI کو استعمال یا شیئر کرتے ہیں؟

ہم آپ کو نگہداشت صحت کے فوائد فراہم کرنے کے لیے آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کرتے ہیں۔ آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک علاج، ادائیگی، اور صحت کی دیکھ بھال کے آپریشن کے لیے بھی کیا جاتا ہے۔

## علاج کے لیے

ہم آپ کو طبی دیکھ بھال فراہم کرنے یا اس کا انتظام کرنے کے لیے آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کر سکتے ہیں۔ اس علاج میں آپ کے ڈاکٹرز یا دیگر صحت کی دیکھ بھال کرنے والوں کے درمیان حوالہ جات بھی شامل ہوتے ہیں۔ مثلاً، ہم آپ کی صحت کی کیفیت کے بارے میں معلومات کا اشتراک ایک ماہر کے ساتھ کر سکتے ہیں۔ یہ چیز ماہر خصوصی کو آپ کے ڈاکٹر کے ساتھ آپ کے علاج کے بارے میں گفتگو کرنے میں مدد دیتی ہے۔

## ادائیگی کے لیے

ہم ادائیگی کے فیصلے کرنے کے لیے PHI کو استعمال یا شیئر کر سکتے ہیں۔ اس میں دعوے، علاج کے لیے منظوریوں، اور طبی ضرورت کے بارے میں فیصلے شامل ہو سکتے ہیں۔ آپ کا نام، آپ کی کیفیت، آپ کا علاج، اور فراہم کی جانے والی سپلائیز بل پر تحریر کی جا سکتی ہیں۔ مثلاً، ہم ڈاکٹر کو آگاہ کر سکتے ہیں کہ آپ کو ہماری جانب سے وظائف حاصل ہیں۔ ہم ڈاکٹر کو بل کی اس رقم کے بارے میں بھی بتائیں گے جو ہم ادا کریں گے۔

## صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز کے لیے

ہم اپنے ہیلتھ پلان (پلانز) کو چلانے کے لیے آپ کے بارے میں PHI کا استعمال یا اشتراک کر سکتے ہیں۔ مثلاً، ہم آپ کو صحت کے اس پروگرام کے بارے میں آگاہ کرنے کے لیے آپ کے دعوے سے معلومات کا استعمال کر سکتے ہیں جو آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ ہم آپ کی PHI کو آپ کے خدشات کو حل کرنے کے لیے بھی استعمال یا ان کا اشتراک کر سکتے ہیں۔ آپ کی PHI کو یہ دیکھنے کے لیے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے کہ دعوؤں پر دستگی سے ادائیگی کی گئی ہے۔

صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز میں روزمرہ کی بہت سی کاروباری ضروریات شامل ہیں۔ اس میں پلاٹھدید درج ذیل شامل ہیں:

- معیار بہتر بنانا؛
- صحت کے پروگرامز میں مخصوص کیفیات (جیسے کہ ذمہ) کے حامل ممبرز کی مدد کے لیے اقدامات؛
- طبی جانزوں کا انتظام یا انعقاد کرنا؛
- قانونی سروسز، جس میں فراڈ اور بدسلوکی کا سراغ لگانے اور استغاثہ کے پروگرامز شامل ہیں؛
- قوانین کی اطاعت میں ہماری مدد کے لیے اقدامات؛
- ممبر کی ضروریات پوری کرنا، بشمول شکایات اور اعتراضات کا ازالہ کرنا۔

ہم آپ کی PHI ایسی دوسری کمپنیوں ("بزنس ایسوسی ایٹس") کے ساتھ شیئر کریں گے جو آپ کے ہیلتھ پلان کے لیے مختلف قسم کی سرگرمیاں انجام دیتی ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو آپ کی اپائنٹمنٹس کے بارے میں یاد دہانی کے لیے بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کی PHI کو دوسرے علاج (معالجوں)، یا صحت سے متعلق دیگر فوائد اور خدمات کے بارے میں آپ کو معلومات فراہم کرنے کے لیے بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

ہم کب آپ کی PHI کو آپ کی تحریری اجازت (منظوری) کے بغیر استعمال یا ان کا اشتراک کر سکتے ہیں؟ علاج، ادائیگی اور صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز کے علاوہ، قانون Molina کو کئی دیگر مقاصد کے لیے آپ کی PHI کو استعمال کرنے اور ان کا اشتراک کرنے کی اجازت دیتا ہے، بشمول درج ذیل:

### قانون کی جانب سے تقاضا کردہ

ہم قانون کے تقاضے کے مطابق آپ کے بارے میں معلومات کا استعمال یا اشتراک کریں گے۔ ہم Department of Health and Human Services (HHS) کے سیکرٹری کی جانب سے تقاضا کرنے پر آپ کی PHI کا اشتراک کریں گے۔ یہ عدالتی کیس، دیگر قانونی جائزے، یا نفاذ قانون کے مقاصد کے لیے درکار ہونے پر ہو سکتا ہے۔

### صحت عامہ

آپ کی PHI کا صحت عامہ کی سرگرمیوں کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ اس میں بیماری سے بچاؤ یا اس پر کنٹرول کے لیے صحت عامہ کی ایجنسیز کی مدد کرنا شامل ہو سکتا ہے۔

### نگہداشت صحت کی کوتاہی

آپ کی PHI کا حکومتی ایجنسیز کے ساتھ استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ انہیں آڈٹس کے لیے آپ کی PHI کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

### تحقیق

آپ کی PHI کا مخصوص کیسز میں تحقیق کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے، جیسے کہ جب ایک رازداری یا ادارہ جاتی جائزہ بورڈ کی جانب سے منظور شدہ ہو۔

### قانونی یا انتظامی کارروائیاں

آپ کی PHI کا قانونی کارروائیوں، جیسے کہ عدالتی حکم نامے کے جواب میں استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

### نفاذ قانون

آپ کی PHI کا پولیس کے ساتھ نفاذ قانون کے مقاصد جیسے کہ کسی مشتبہ فرد، گواہ یا گمشدہ فرد کو تلاش کرنے میں مدد کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

### صحت اور حفاظت

کسی فرد یا عوام کی صحت یا تحفظ کو لاحق سنگین اور فوری خطرے سے بچاؤ کے لیے آپ کی PHI کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔

### حکومتی عمل کاریاں

آپ کی PHI کا خصوصی عمل کاروں کے لیے حکومت کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ صدر کی حفاظت کرنا ایک مثال ہو سکتی ہے۔

### بدسلوکی، غفلت یا گھریلو تشدد کے متاثرین

آپ کی PHI کا قانونی حکام کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے اگر ہمیں یقین ہو کہ کوئی شخص تشدد یا غفلت سے متاثرہ ہے۔

### کارکنان کا معاوضہ

آپ کی PHI کا کارکن کے معاوضے کے قوانین پر عمل درآمد کرنے کے لیے استعمال یا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

### دیگر انکشافات

آپ کی PHI کا فیونرل ڈائریکٹرز یا کورونرز کے ساتھ اشتراک کیا جا سکتا ہے تاکہ اپنا کام کرنے میں ان کی مدد کی جا سکے۔

## استعمال اور انکشاف پر اضافی پابندیاں۔

کچھ وفاقی اور ریاستی قوانین کو خصوصی رازداری کے تحفظات مطلوب ہو سکتے ہیں جو مخصوص قسم کی صحت کی معلومات کے استعمال اور انکشاف کو محدود کرتے ہیں۔ اس طرح کے قوانین مندرجہ ذیل قسم کی معلومات کی حفاظت کر سکتے ہیں: الکحل اور مادے کے استعمال سے وابستہ عارضے، بائیومیٹرک معلومات، بچے یا بالغ کے ساتھ بدسلوکی یا غفلت بشمول جنسی حملہ، متعدی امراض، جینیاتی معلومات، HIV/AIDS، ذہنی صحت، نابالغوں کی معلومات، نسخے، تولیدی صحت، اور جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریاں۔ ہم وہاں زیادہ سخت قانون کی پیروی کریں گے، جہاں یہ ہم پر لاگو ہوتا ہو۔

## مادے کے استعمال سے وابستہ عارضے (SUD) کی معلومات۔

اگرچہ ہم وفاقی قانون کے تحت مادے کے استعمال سے وابستہ عارضے کے علاج کا پروگرام ("SUD پروگرام") نہیں ہیں، لیکن ہم آپ کے بارے میں SUD پروگرام سے معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کے خلاف سول، مجرمانہ، انتظامی، یا قانون سازی کی کارروائیوں میں استعمال کے لیے SUD کی معلومات ظاہر نہیں کر سکتے ماسوائے کہ (i) ہمارے پاس آپ کی تحریری رضامندی ہو، یا (ii) عدالتی حکم ہو جس کے ساتھ ایک سمن یا دیگر قانونی تقاضے کا پابند کرنے والا انکشاف ہو جو ہمیں اور آپ کو نوٹس دیے جانے اور سماعت کا موقع ملنے کے بعد جاری کیا گیا ہو۔

## ہمیں کب آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کرنے کے لیے آپ سے تحریری اجازت (منظوری) کی ضرورت ہوتی ہے؟

اس نوٹس میں درج مقاصد کے علاوہ کسی دوسرے مقصد کے لیے آپ کی PHI کا استعمال یا اشتراک کرنے کی خاطر ہمیں آپ کی تحریری اجازت درکار ہوتی ہے۔ ہمیں درج ذیل کے لیے آپ کی PHI کا انکشاف کرنے سے پہلے آپ کی اجازت درکار ہوتی ہے: (1) سائیکوتھیراپی نوٹس کے زیادہ تر استعمالات اور انکشافات؛ (2) مارکیٹنگ کے مقاصد کے لیے استعمالات اور انکشافات؛ اور (3) ایسے استعمالات اور انکشافات جن میں PHI کی فروخت شامل ہے۔ آپ ہمیں دی گئی تحریری منظوری کو منسوخ کر سکتے ہیں۔ آپ کی تنسیخ کا اطلاق ان اقدامات پر نہیں ہو گا جو ہم آپ کی پہلے سے دی گئی منظوری کے سبب پہلے ہی کر چکے ہیں۔

## آپ کی صحت کی معلومات کے حقوق کیا ہیں؟

آپ کو حق حاصل ہے کہ:

### • PHI کے استعمالات یا انکشافات (آپ کی PHI کا اشتراک کرنے) پر پابندیوں کی درخواست کریں

آپ ہم سے علاج، ادائیگی یا صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز انجام دینے کے لیے اپنی PHI کا اشتراک نہ کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ ہم سے اپنی PHI کا اہل خانہ، دوستوں یا آپ کی نگہداشت صحت میں شامل آپ کے نامزد کردہ دیگر افراد کے ساتھ اشتراک نہ کرنے کی درخواست بھی کر سکتے ہیں۔ تاہم، ہمارا آپ کی درخواست سے متفق ہونا ضروری نہیں ہے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

### • PHI کی خفیہ مواصلات کی درخواست کریں

آپ Molina سے درخواست کر سکتے ہیں کہ وہ آپ کو آپ کی PHI مخصوص انداز میں یا مخصوص جگہ پر فراہم کریں تاکہ آپ کی PHI کو نجی رکھنے میں مدد ہو سکے۔ ہم معقول درخواستوں پر عمل کریں گے، اگر آپ ہمیں یہ بتاتے ہیں کہ کیسے اس PHI کے گہلی یا جزوی اشتراک سے آپ کی زندگی کو خطرہ لاحق ہو سکتا ہے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

### • اپنی PHI کا جائزہ لیں اور کاپی کریں

آپ کو ہمارے پاس موجود اپنی PHI کا جائزہ لینے اور کاپی حاصل کرنے کا حق ہے۔ اس میں ہمارے ممبر کے طور پر آپ کے حوالے سے کوریج، دعوے، اور دیگر فیصلے کرنے میں استعمال ہونے والے ریکارڈز شامل ہو سکتے ہیں۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔ ہم ریکارڈز کی کاپی کرنے اور بذریعہ ڈاک بھیجنے کے لیے آپ سے ایک مناسب فیس چارج کر سکتے ہیں۔ کچھ مخصوص کیسز میں، ہم درخواست مسترد کر سکتے ہیں۔ اہم نوٹ: ہمارے پاس آپ کے طبی ریکارڈز کی مکمل کاپیز نہیں ہیں۔ اگر آپ اپنے طبی ریکارڈز کو دیکھنا چاہتے ہیں، ان کی کاپی حاصل کرنا چاہتے یا انہیں تبدیل کرنا چاہتے ہیں، تو براہ کرم اپنے ڈاکٹر یا کلینک سے رابطہ کریں۔

### • اپنی PHI میں ترمیم کریں

آپ ہم سے اپنی PHI میں ترمیم (تبدیلی) کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اس میں صرف وہ ریکارڈز شامل ہیں جو ہم نے آپ کے بارے میں بطور ممبر رکھے تھے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر ہم آپ کی درخواست کو رد کر دیتے ہیں تو آپ ہم سے غیر متفق ہونے کے حوالے سے ایک خط ارسال کر سکتے ہیں۔

### • PHI انکشافات کی اکاؤنٹنگ موصول کریں (اپنی PHI کا اشتراک کرنا)

آپ ہم سے درخواست کر سکتے ہیں کہ ہم آپ کو ان مخصوص فریقین کی فہرست فراہم کریں جن کے ساتھ ہم نے آپ کی درخواست کی تاریخ سے پہلے چھ سال کے دوران آپ کی PHI کا اشتراک کیا ہے۔ فہرست میں اشتراک کردہ PHI شامل نہیں ہوں گی جیسا کہ

درج ذیل ہے:

- علاج، ادائیگی یا صحت کی دیکھ بھال کے آپریشنز کے لیے؛
- افراد کے ساتھ ان کی اپنی PHI کے بارے میں؛
- آپ کی اجازت کے ساتھ انجام دیا گیا اشتراک؛
- استعمال یا انکشاف کا واقعہ جو بصورت دیگر قابل اطلاق قانون کے تحت اجازت شدہ یا درکار ہے؛
- قومی سلامتی کے مفاد یا انتہیلی جنس کے مقاصد کے لیے جاری کردہ PHI؛ یا
- قابل اطلاق قانون کے مطابق محدود ڈیٹا سیٹ کے حصے کے طور پر۔

اگر آپ 12 مہینوں کی مدت میں ایک سے زائد بار اس فہرست کے لیے درخواست دیتے ہیں تو ہم ہر فہرست کے لیے مناسب فیس چارج کریں گے۔ آپ کو اپنی درخواست تحریری صورت میں دینے کی ضرورت ہو گی۔ آپ اپنی درخواست دینے کے لیے ہمارا فارم استعمال کر سکتے ہیں۔

آپ مندرجہ بالا شامل فہرست میں سے کوئی بھی درخواست کر سکتے، یا اس نوٹس کی کاغذی کاپی حاصل کر سکتے ہیں۔ براہ کرم اپنے شناختی کارڈ کے پچھلے حصے پر موجود ٹول فری نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق 8 a.m. تا 8 p.m. ہمارے ممبر سروسز کے محکمے کو کال کریں۔ TTY/TDD صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔

**اگر آپ کے حقوق کا تحفظ نہیں کیا گیا تو آپ کیا کر سکتے ہیں؟**

اگر آپ کو یقین ہے کہ آپ کے رازداری کے حقوق کی خلاف ورزی کی گئی ہے تو آپ ہمیں اور Department of Health and Human Services کو شکایت کر سکتے ہیں۔ ہم شکایت درج کروانے پر آپ کے خلاف کوئی کارروائی نہیں کریں گے۔ آپ کی نگہداشت اور وظائف کسی بھی طرح سے تبدیل نہیں ہوں گے۔

آپ اس پر ہمیں شکایت درج کروا سکتے ہیں:

اپنے شناختی کارڈ کے پچھلے حصے پر موجود ٹول فری نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق 8 a.m. تا 8 p.m. ہمارے ممبر سروسز کو کال کریں۔ TTY/TDD صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ یا ہمیں خط لکھیں:

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

آپ U.S. Department of Health and Human Services کے سیکرٹری کو اس پر شکایت درج کروا سکتے ہیں:

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)

**ہمارے فرائض کیا ہیں؟**

ہم سے یہ تقاضا کیا جاتا ہے کہ:

- آپ کا PHI نجی رکھیں؛
- آپ کو تحریری معلومات فراہم کرے جیسے کہ ہماری ذمہ داریوں کے متعلق یہ اور آپ کی PHI کے متعلق رازداری کی پریکٹسز؛
- آپ کی غیر محفوظ PHI کی کسی بھی خلاف ورزی کی صورت میں آپ کو نوٹس فراہم کرے؛
- مضر مقاصد کے لیے آپ کی جینیاتی معلومات کا استعمال یا انکشاف نہ کرے؛
- اس نوٹس کی شرائط پر عمل کریں۔

یہ نوٹس تبدیلی سے مشروط ہے

ہم کسی بھی وقت اس کی معلومات کی پریکٹسز اور اس نوٹس کی شرائط کو تبدیل کرنے کا حق محفوظ رکھتے ہیں۔ اگر ہم ایسا کرتے ہیں، تو نئی شرائط اور پریکٹسز کا اطلاق پھر ہمارے پاس موجود تمام PHI پر ہو گا۔ اگر ہم کوئی بھی اہم تبدیلیاں کرتے ہیں، تو ہم نظر ثانی شدہ نوٹس اپنی ویب سائٹ پر پوسٹ کریں گے اور نظر ثانی شدہ نوٹس یا اہم تبدیلی کے بارے میں اور نظر ثانی شدہ نوٹس کو حاصل کرنے کے طریقے کے بارے میں معلومات، اپنی اگلی سالانہ ڈاک میں اپنے ان ممبرز کو ارسال کریں گے جو اس وقت ہماری جانب سے کوور شدہ ہوں گے۔ یہ نوٹس ہماری ویب سائٹ [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com) پر موجود ہے۔

رابطے کی معلومات

اس نوٹس کے بارے میں اگر آپ کے کوئی سوالات ہوں، تو براہ کرم ہم سے رابطہ کریں۔

اپنے شناختی کارڈ کے پچھلے حصے پر موجود ٹول فری نمبر پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق 8 a.m. تا 8 p.m. ہمارے ممبر سروسز کے محکمے کو کال کریں۔ TTY/TDD صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ یا اس پتے پر خط لکھیں Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802-

اس دستاویز کو آپ دیگر فارمیٹس جیسا کہ بڑے پرنٹ، بریل یا آڈیو شکل میں بھی مفت حاصل کر سکتے ہیں۔ (855) 882-3901، TTY/TDD پر کال کریں: 711 پر، ہفتے کے 7 دن، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے تا رات 8 بجے، کال کریں۔ کال مفت ہے۔

## Senior Whole Health of New York NHC Member Services

طریقہ	ممبر سروسز - رابطے کی معلومات
کال کریں	(833) 671-0440 ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ اوقات: 1 اکتوبر - 31 مارچ، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، ہفتے کے 7 دن۔ 1 اپریل - 30 ستمبر، سوموار تا جمعہ مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک۔ ممبر سروسز (833) 671-0440 (TTY صارفین 711 پر کال کریں) میں غیر انگریزی بولنے والوں کے لیے مفت زبان کی ترجمانی کی خدمات بھی دستیاب ہیں۔
TTY	711 اس نمبر کو خصوصی ٹیلی فون کا سامان درکار ہوتا ہے اور یہ صرف ان لوگوں کے لیے دستیاب ہے جنہیں سننے یا بولنے میں دشواری کا سامنا ہوتا ہے۔ ان نمبرز پر کالز مفت ہیں۔ اوقات: 1 اکتوبر - 31 مارچ، مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، ہفتے کے 7 دن۔ 1 اپریل - 30 ستمبر، سوموار تا جمعہ مقامی وقت کے مطابق صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک۔
فیکس	(310) 507-6186
خط لکھیں	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 OceanGate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
ویب سائٹ	SWHNY.com

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) یعنی نیویارک کا SHIP پروگرام - یہ ایک ریاستی پروگرام ہے جسے وفاقی حکومت کے ذریعے فنڈ مہیا کرایا جاتا ہے تاکہ Medicare رکھنے والے افراد کو مفت مقامی ہیلتھ انشورنس مشاورت فراہم کر سکے۔

طریقہ	رابطے کی معلومات
کال کریں	(800) 701-0501 پیر سے جمعہ، صبح 8:30 بجے سے شام 5:00 بجے تک، مقامی وقت کے مطابق۔
خط لکھیں	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
ویب سائٹ	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

**Paperwork Reduction Act of 1995** کے **PRA Disclosure Statement** کے مطابق، کسی بھی شخص سے معلومات کے حصول کا جواب دینے کا تقاضا نہیں کیا جاتا جب تک کہ اس پر ایک درست OMB کنٹرول نمبر ظاہر نہ ہو۔ معلومات کے اس مجموعے کے لیے درست OMB کنٹرول نمبر 0938-1051 ہے۔ اگر آپ کے پاس اس فارم کو بہتر بنانے کے لیے تبصرے یا تجاویز ہیں، تو اس پر لکھیں: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.