Document Summary

Document	
Create Date	2024-10-15 19:23:56
Document Title	NY-H5992-009-002-DSNP-EC-IT-25
Document Type	EOC-MAPD
Document Status	Draft
Document Theme	2025_Molina-Health_EOC_Print_ITA
Language	ITA
Plan Year	2025
Last Change Date	2024-10-15 19:22:08
Last Change User	Renee Saucedo
Content Last Change Date	2024-10-10 13:59:55
Content Last Change User	Vicki Fogle

[**customer.name:** Molina-Health], [**image.path:** /2025/molina-health/], [**page.count.modulus:** 4], [**pdf.version:**], [**preview.mode:** FINAL], [**watermark:** FINAL]

2025 | Prova di copertura

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

New York H5992-009-002

In vigore dal 1° gennaio al 31 dicembre2025

FINAL

Senior Whole Health
BY MOLINA HEALTHCARE

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025

Prove di copertura:

I sussidi sanitari e i servizi Medicare e la copertura dei farmaci prescritti in qualità di membro di Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Questo documento fornisce i dettagli sulla copertura sanitaria e farmaceutica Medicare dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025. **Questo è un importante documento legale. Si prega di conservarlo in un luogo sicuro.**

Per domande su questo documento, contatti il Servizio per i Membri al numero [(833) 671-0440. (Gli utenti TTY devono chiamare il *711*). Gli orari sono dal 1° ottobre al 31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni alla settimana. Dal 1° aprile al 30 settembre, dal lunedì al venerdì, 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.] Questa chiamata è gratuita.

Questo piano, Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP), è offerto da Senior Whole Health of New York, Inc (Quando questa *Prova di copertura* dice noi, ci, o nostro, si intende Senior Whole Health of New York, Inc. Quando dice piano o nostro piano, si intende Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP).)

Questo documento è disponibile gratuitamente in spagnolo, cinese, arabo, coreano, russo, italiano, francese, creolo francese, yiddish, polacco, tagalog, bengalese, albanese, greco e urdu.

È possibile ottenere questo documento gratuitamente in lingue diverse dall'inglese o in altri formati, come caratteri a caratteri grandi, braille o audio. Chiamare il numero [(833) 671-0440, (TTY: 711).] La chiamata è gratuita.

Sussidi, premi, e/o copagamenti/coassicurazioni possono subire modifiche il 1° gennaio 2026.

Il prontuario, la rete di farmacie e/o la rete di fornitori possono cambiare in qualsiasi momento. Si riceverà un avviso quando necessario. Informeremo gli iscritti interessati delle modifiche con almeno 30 giorni di anticipo.

Questo documento spiega i suoi sussidi e diritti. Utilizzare questo documento per comprendere:

- Il suo premio del piano e la condivisione dei costi;
- I suoi sussidi medici e di prescrizione di farmaci;
- Come presentare un reclamo se non si è soddisfatti di un servizio o di un trattamento;
- Come contattarci se ha bisogno di ulteriore assistenza; e,
- Altre protezioni richieste dalla legge Medicare.

Senior Whole Health rispetta le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non attua discriminazioni in base a razza, etnia, origine nazionale, religione, sesso, età, disabilità mentale o fisica, stato di salute, fruizione di assistenza sanitaria, esperienza in materia di sinistri, anamnesi medica, informazioni genetiche, prove di assicurabilità, ubicazione geografica.

H5992_25_009_002_NYEOC_C

FINAL

Approvazione OMB 0938-1051 (Scadenza: 31/08/2026)

Indice dei contenuti

Sommario delle2025 Prove di copertura

CHAPTER 1: *Come iniziare come membro* **4**
SECTION 1 Introduzione 5
SECTION 2 Cosa la rende idoneo a diventare un membro del piano? 6
SECTION 3 Materiali importanti per gli abbonamenti che riceverà 8
SECTION 4 I suoi costi mensili per Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 9
SECTION 5 Maggiori informazioni sul suo premio mensile 12
SECTION 6 Mantenere aggiornato il suo piano di abbonamento 13
SECTION 7 Come funzionano le altre assicurazioni con il nostro piano 14

CHAPTER 2: *Numeri di telefono e risorse importanti* **16**
SECTION 1 Contatti Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)(come contattarci, compreso il modo in cui raggiungere il Servizio per i Membri) 17
SECTION 2 Medicare (come ottenere aiuto e informazioni direttamente dal programma Medicare federale) 21
SECTION 3 Programma di assistenza sanitaria statale (aiuto gratuito, informazioni e risposte alle sue domande su Medicare) 23
SECTION 4 Organizzazione per il miglioramento della qualità 23
SECTION 5 Previdenza sociale 24
SECTION 6 Medicaid 25
SECTION 7 Informazioni sui programmi per aiutare le persone a pagare i loro farmaci da prescrizione 27
SECTION 8 Come contattare l'Ente di Previdenza Ferroviario 29
SECTION 9 Ha un'assicurazione di gruppo o un'altra assicurazione sanitaria da un datore di lavoro? 29

CHAPTER 3: *Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti* **31**
SECTION 1 Cose da sapere su come ottenere assistenza medica e altri servizi come membro del nostro piano 32
SECTION 2 Utilizza i fornitori della rete del piano per ottenere assistenza medica e altri servizi 33
SECTION 3 Come ottenere servizi quando si ha un'emergenza o un bisogno urgente di assistenza o durante un disastro 37
SECTION 4 Cosa succede se le viene addebitato direttamente l'intero costo dei suoi servizi? 40
SECTION 5 In che modo sono coperte le sue prestazioni mediche quando partecipa a uno studio di ricerca clinica? 40
SECTION 6 Regole per ricevere assistenza in un istituto sanitario religioso non medico 42
SECTION 7 Norme per la proprietà di apparecchiature mediche durevoli 42

FINAL

CHAPTER 4: *Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)* 45
SECTION 1 Capire i servizi coperti 46
SECTION 2 Usi la *Tabella dei sussidi medici* per scoprire cosa è coperto per lei 46
SECTION 3 Quali servizi sono non coperti dal piano? 86

CHAPTER 5: *Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D* 89
SECTION 1 Introduzione 90
SECTION 2 Compilare la prescrizione presso una farmacia di rete o tramite il servizio di vendita per corrispondenza del piano 91
SECTION 3 I suoi farmaci devono essere nell'Elenco dei farmaci del piano 93
SECTION 4 Ci sono restrizioni sulla copertura per alcuni farmaci 95
SECTION 5 Cosa succede se uno dei suoi farmaci non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto? 96
SECTION 6 Cosa succede se la sua copertura cambia per uno dei suoi farmaci? 98
SECTION 7 Quali tipi di farmaci *non* sono coperti dal piano? 100
SECTION 8 Compilazione di una prescrizione 100
SECTION 9 Parte D copertura farmacologica in situazioni particolari 101
SECTION 10 Programmi sulla sicurezza dei farmaci e sulla gestione dei farmaci 102

CHAPTER 6: *Quanto paga per i farmaci da prescrizione della Parte D* 105
SECTION 1 Introduzione 106
SECTION 2 Il costo di un farmaco dipende dalla fase di pagamento del farmaco in cui ci si trova al momento dell'acquisto 108
SECTION 3 Le inviamo rapporti che spiegano i pagamenti per i suoi farmaci e in quale fase di pagamento si trova 108
SECTION 4 Non è prevista alcuna franchigia per Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 110
SECTION 5 Durante la Fase iniziale di copertura, il piano paga la sua quota dei costi dei farmaci e lei paga la sua quota 110
SECTION 6 Durante la Fase della copertura catastrofica, lei non paga nulla per i farmaci Parte D coperti 112
SECTION 7 Vaccini della Parte D. Quello che paga dipende da come e dove li prende 113

CHAPTER 7: *Chiederci di pagare la nostra parte di una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti* 115
SECTION 1 Situazioni in cui dovrebbe chiederci di pagare i suoi servizi o farmaci coperti 116
SECTION 2 Come chiederci di rimborsarla o di pagare una bolletta che ha ricevuto 118
SECTION 3 Prenderemo in considerazione la sua richiesta di pagamento e diremo sì o no 118

CHAPTER 8: *I suoi diritti e responsabilità* 120

FINAL

SECTION 1 Il nostro piano deve onorare i suoi diritti e sensibilità culturali come membro del piano 121
SECTION 2 Ha alcune responsabilità come membro del piano 129

CHAPTER 9: *Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)* 131

SECTION 1 Introduzione 132
SECTION 2 Dove ottenere maggiori informazioni e assistenza personalizzata 132
SECTION 3 Per risolvere il suo problema, quale processo dovrebbe utilizzare? 135
SECTION 4 Gestire i problemi relativi ai suoi sussidi Medicare 135
SECTION 5 Una guida alle basi delle decisioni di copertura e dei ricorsi 136
SECTION 6 La sua assistenza medica: Come chiedere una decisione di copertura o presentare un ricorso contro una decisione di copertura 139
SECTION 7 Farmaci con prescrizione della Parte D: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso 145
SECTION 8 Come chiederci di coprire una degenza ospedaliera più lunga se pensi di essere dimesso troppo presto 152
SECTION 9 Come chiederci di continuare a coprire determinati servizi medici se ritiene che la sua copertura stia finendo troppo presto 158
SECTION 10 Porta il suo appello al livello 3 e oltre 163
SECTION 11 Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni 166
SECTION 12 Gestione dei problemi relativi ai sussidi Medicaid 168

CHAPTER 10: *Cessazione dell'abbonamento al piano* 170

SECTION 1 Introduzione alla disdetta dell'abbonamento al nostro piano 171
SECTION 2 Quando può terminare la sua iscrizione al nostro piano? 171
SECTION 3 Come termina la sua iscrizione al nostro piano? 174
SECTION 4 Fino al termine del suo abbonamento, deve continuare a ricevere i suoi articoli medici, servizi e farmaci attraverso il nostro piano 175
SECTION 5 Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) deve interrompere la sua adesione al piano in determinate situazioni 175

CHAPTER 11: *Avvisi legali* 177

SECTION 1 Informativa sul diritto applicabile 178
SECTION 2 Informativa sulla non discriminazione 178
SECTION 3 Informativa sui diritti di surrogazione del Pagatore Secondario Medicare 178

CHAPTER 12: *Definizioni di parole importanti* 179

FINAL

CHAPTER 1:
Come iniziare come membro

FINAL

SECTION 1 Introduzione

Section 1.1 Si è iscritto a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP), che è un piano Medicare Advantage specializzato (piano per bisogni speciali)

È coperto sia da Medicare che da Medicaid:

- **Medicare** è il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore a 65 anni,alcune persone di età inferiore ai 65 anni con determinate disabilità e le persone con malattia renale allo stadio terminale (insufficienza renale).
- **Medicaid** è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con le spese mediche per alcune persone con redditi e risorse limitati. La copertura Medicaid varia a seconda dello stato e del tipo di Medicaid che ha. Alcune persone con Medicaid ricevono aiuto per pagare i loro premi Medicare e altri costi. Altre persone ottengono anche la copertura per servizi aggiuntivi e farmaci che non sono coperti da Medicare.

Ha scelto di ricevere l'assistenza sanitaria Medicare e la copertura dei farmaci da prescrizione attraverso il nostro piano, Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Siamo tenuti a coprire tutti i servizi della Parte A e della Parte B. Tuttavia, la condivisione dei costi e l'accesso del fornitore in questo piano differiscono da Original Medicare.

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) è un piano Medicare Advantage specializzato (un piano Medicare Special Needs), il che significa che i suoi sussidi sono pensati per le persone con esigenze sanitarie particolari. Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) è pensato per le persone che hanno Medicare e che hanno diritto all'assistenza di Medicaid.

Poiché ottiene assistenza da Medicaid con la condivisione dei costi di Medicare Parte A e B (franchigie, copagamenti e coassicurazioni), non pagare nulla per i suoi servizi di assistenza sanitaria Medicare. Medicaid le fornisce anche altri sussidi, coprendo servizi sanitari che di solito non sono coperti da Medicare. Lei riceverà anche "Extra Help" da Medicare per pagare i costi dei farmaci da prescrizione Medicare. Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) la aiuterà a gestire tutti questi sussidi, in modo che possa ottenere i servizi sanitari e l'assistenza ai pagamenti a cui ha diritto.

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) è gestita da una società privata. Come tutti i piani Medicare Advantage, questo piano Medicare per esigenze speciali è approvato da Medicare. Il piano ha anche un contratto con il programma New York Medicaid per coordinare i suoi sussidi Medicaid. Siamo lieti di fornirle la copertura sanitaria Medicare, compresa la copertura dei farmaci da prescrizione.

La copertura prevista dal presente piano si qualifica come copertura sanitaria qualificata (QHC) e soddisfa il requisito di responsabilità condivisa individuale previsto dal Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Si prega di visitare il sito web dell'Internal Revenue Service (IRS) all'indirizzo: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families per ulteriori informazioni.

Section 1.2 Di cosa tratta il documento *Prove di copertura*?

Questo documento *Prove di copertura* spiega come ottenere l'assistenza medica Medicare , e i farmaci soggetti a prescrizione medica. Spiega i suoi diritti e responsabilità, cosa è coperto, cosa paga come membro del piano e come presentare un reclamo se non la soddisfa una decisione o un trattamento.

FINAL

I termini “copertura” e “servizi coperti” si riferiscono all'assistenza medica, e ai farmaci con obbligo di prescrizione disponibili per i membri di Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

È importante che lei sappia quali sono le regole del piano e quali servizi sono a sua disposizione. La invitiamo a dedicare un po' di tempo a esaminare questo documento di *Prova di copertura*.

Se è confuso, preoccupato o ha solo una domanda, contatti il Servizio per i Membri.

Section 1.3 Informazioni legali sulle *Prove di copertura*

Questa *Prova di copertura* è parte del nostro contratto con lei su come Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) copre la sua assistenza. Altre parti del presente contratto includono il modulo di iscrizione, l'*Elenco dei farmaci coperti (Prontuario)* e qualsiasi notifica ricevuta da noi in merito a modifiche alla copertura o alle condizioni che influiscono sulla copertura. Questi avvisi sono talvolta chiamati postille o modifiche.

Il contratto è in vigore per i mesi in cui lei è iscritto a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) tra il 1° gennaio 2025, e il 31 dicembre 2025.

Ogni anno solare, Medicare ci consente di apportare modifiche ai piani che offriamo. Questo significa che possiamo modificare i costi e i sussidi di Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) dopo il 31 dicembre 2025. Possiamo anche scegliere di interrompere l'offerta del piano nella sua area di servizio o di offrirlo in un'area di servizio diversa, dopo il 31 dicembre2025.

Medicare (i Centri per i servizi Medicare e Medicaid) deve approvare Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ogni anno. Può continuare ogni anno a ottenere la copertura Medicare come membro del nostro piano finché scegliamo di continuare a offrire il piano e Medicare rinnova la sua approvazione del piano.

SECTION 2 Cosa la rende idoneo a diventare un membro del piano?

Section 2.1 I suoi requisiti di idoneità

Ha diritto all'iscrizione al nostro piano purché:

- Abbia sia Medicare Parte A che Medicare Parte B
- -- *e* -- lei risiede nella nostra area geografica di servizio (la Sezione 2.3 di seguito descrive la nostra area di servizio). Gli individui incarcerati non sono considerati residenti nell'area geografica di servizio anche se si trovano fisicamente in essa.
- -- *e* -- è un cittadino degli Stati Uniti o è legalmente presente negli Stati Uniti
- -- *e* -- lei soddisfa i requisiti speciali di idoneità descritti di seguito.

Requisiti di idoneità speciali per il nostro piano

Il nostro piano è progettato per soddisfare le esigenze delle persone che ricevono determinati benefici Medicaid. (Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con le spese mediche per alcune persone con redditi e risorse limitati.) Per avere diritto al nostro piano, è necessario avere diritto a Medicare e a Full Medicaid Benefits.

Attenzione: Se perde la sua idoneità ma ci si può ragionevolmente aspettare che la riacquisti entro 3 months, ha ancora diritto all'iscrizione al nostro piano (il Capitolo 4, Sezione 2.1, le parla della copertura e della condivisione dei costi durante un periodo di presunta idoneità continua).

Section 2.2 Cos'è Medicaid?

Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con i costi medici per alcune persone che hanno redditi e risorse limitati. Ogni stato decide cosa conta come reddito e risorse, chi è idoneo, quali servizi sono coperti e il costo dei servizi. Gli Stati possono anche decidere come eseguire il loro programma purché seguano le linee guida federali.

Inoltre, ci sono programmi offerti attraverso Medicaid che aiutano le persone con Medicare a pagare i loro costi Medicare, come i loro premi Medicare. Questi "programmi di risparmio Medicare" aiutano le persone con reddito e risorse limitati a risparmiare denaro ogni anno:

- **Doppio Idoneo al Full Benefit (FBDE):** Un individuo che ha diritto a Medicare, non soddisfa i criteri di reddito o di risorse per QMB+ o SLMB +, ma è idoneo per la copertura Medicaid completa in modo categorico o attraverso gruppi di copertura facoltativi basati sullo stato di bisogno medico, livelli di reddito speciali per individui istituzionalizzati o rinunce a domicilio e basate sulla comunità.
- **Beneficiario qualificato Medicare (QMB+):** Aiuta a pagare i premi Medicare Parte A e Parte B e altra condivisione dei costi (come franchigie, coassicurazioni e copagamenti). Queste persone hanno anche diritto a prestazioni Medicaid complete.

Section 2.3 Ecco l'area di servizio del piano per Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) è disponibile solo per le persone che vivono nell'area di servizio del nostro piano. Per rimanere un membro del nostro piano, è necessario continuare a risiedere nell'area di servizio del piano. L'area di servizio è descritta di seguito.

La nostra area di servizio comprende queste contee di New York: Kings.

Offriamo copertura in diversi Stati. Tuttavia, potrebbero esserci differenze di costo o di altro tipo tra i piani offerti in ciascuno Stato.

Se ha intenzione di trasferirsi in un nuovo stato, dovrebbe anche contattare l'ufficio Medicaid del suo stato e chiedere in che modo questa mossa influirà sui suoi sussidi Medicaid. I numeri di telefono per Medicaid sono nel Capitolo 2, Sezione 6 del presente documento.

Se prevede di uscire dall'area di servizio, non è possibile rimanere membro di questo piano. La preghiamo di contattare il Servizio per i Membri per vedere se abbiamo un piano nella sua nuova area. Quando si trasferisce, avrà un periodo di iscrizione speciale che le consentirà di passare a Medicare originale o di iscriversi a un piano sanitario o farmacologico Medicare disponibile nella sua nuova sede.

È anche importante chiamare la previdenza sociale se si sposta o si modifica l'indirizzo postale. I numeri di telefono e le informazioni di contatto per la previdenza sociale sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 5.

FINAL

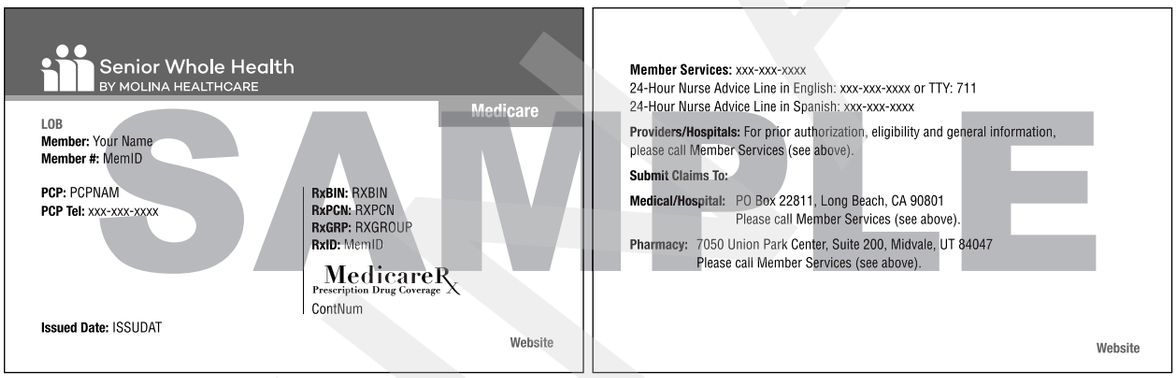
Section 2.4 Cittadino degli Stati Uniti o presenza legale

Un membro di un piano sanitario Medicare deve essere cittadino statunitense o legalmente presente negli Stati Uniti. Medicare (i Centri per i servizi Medicare e Medicaid) informerà Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) se non ha diritto a rimanere membro su questa base. Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) deve disiscriverla se non soddisfa questo requisito.

SECTION 3 Materiali importanti per gli abbonamenti che riceverà

Section 3.1 La tessera di iscrizione al piano

Mentre è un membro del nostro piano, deve utilizzare la sua tessera associativa ogni volta che riceve servizi coperti da questo piano e per i farmaci soggetti a prescrizione che riceve nelle farmacie della rete. Ricordi sempre di mostrare la sua carta di identità Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) e la carta di identità Medicaid ogni volta che si presenta per le cure. Dovrebbe anche mostrare al fornitore la sua carta Medicaid. Ecco un esempio di tessera associativa per mostrarle come sarà la sua:



SAMPLE

NON utilizzare la tessera Medicare rossa, bianca e blu per servizi medici coperti mentre si è membri di questo piano. Se utilizza la carta Medicare al posto della carta di membro Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) , potrebbe dover pagare personalmente l'intero costo delle prestazioni mediche. Conservare la tessera Medicare in un luogo sicuro. Le potrebbe essere chiesto di mostrarlo se ha bisogno di servizi ospedalieri, servizi di hospice o se partecipa a studi di ricerca clinica approvati da Medicare, chiamati anche studi clinici.

Se la tessera associativa del suo piano è danneggiata, smarrita o rubata, chiami immediatamente il Servizio per i Membri e le invieremo una nuova tessera.

Section 3.2 Elenco dei fornitori/delle farmacie

L'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* [SWHNY.com] elenca i nostri fornitori di rete, le farmacie di rete, e fornitori di attrezzature mediche durevoli.

Le **farmacie di rete** sono tutte le farmacie che hanno accettato di compilare le prescrizioni coperte per i membri del nostro piano. Consultare il Capitolo 5, Sezione [2.5] per informazioni su quando è possibile utilizzare le farmacie che non fanno parte della rete del piano.

I **fornitori di rete** sono i medici e altri operatori sanitari, gruppi medici, fornitori di attrezzature mediche durevoli, ospedali e altre strutture sanitarie che hanno un accordo con noi per accettare il nostro pagamento e qualsiasi condivisione dei costi del piano come pagamento completo.

È necessario utilizzare i fornitori di rete per ottenere le cure e i servizi medici. Se si rivolge altrove senza un'autorizzazione adeguata, dovrà pagare per intero. Le uniche eccezioni sono le emergenze, i servizi urgentemente necessari quando la rete non è disponibile (cioè in situazioni in cui è irragionevole o non è possibile ottenere servizi in rete), i servizi di dialisi fuori area e i casi in cui Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) autorizza l'uso di fornitori fuori rete.

L'elenco più recente di fornitori, farmacie e fornitori è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com].

Se non si dispone della propria copia dell'*Elenco fornitori/farmacie*, è possibile richiederne una copia (in formato elettronico o cartaceo) ai Servizi per i membri. Le richieste di elenchi di fornitori cartacei le saranno inviate entro tre giorni lavorativi.

Section 3.3 Elenco dei *farmaci coperti del piano (prontuario)*

Il piano ha un *Elenco di farmaci coperti* (prontuario). Lo chiamiamo "Elenco dei farmaci" in breve. Indica quali farmaci con obbligo di prescrizione della Parte D sono coperti dal sussidio Parte D incluso in Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). I farmaci di questo elenco sono selezionati dal piano con l'aiuto di un team di medici e farmacisti. L'elenco deve soddisfare i requisiti stabiliti da Medicare. Medicare ha approvato l'Elenco dei farmaci Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

L'Elenco dei farmaci le dice anche se esistono regole che limitano la copertura per i suoi farmaci.

Le forniremo una copia dell'Elenco dei farmaci. Per ottenere le informazioni più complete e aggiornate su quali farmaci sono coperti, è possibile visitare il sito Web del piano (SWHNY.com) o chiamare il Servizio per i Membri.

SECTION 4 I suoi costi mensili per Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

I costi possono includere quanto segue:

- Premio del piano (sezione 4.1)
- Premio mensile Medicare Parte B (Sezione 4.2)
- Parte D Penalità per iscrizione tardiva (sezione 4.3)
- Importo rettificato mensile relativo al reddito (sezione 4.4)

In alcune situazioni, il premio del piano potrebbe essere inferiore

Esistono programmi che aiutano le persone con risorse limitate a pagare i farmaci. Questi includono "Extra Help" e i programmi statali di assistenza farmaceutica. Il Capitolo 2, Sezione 7, spiega meglio questi programmi. Se è idoneo, l'iscrizione al programma potrebbe ridurre il suo premio mensile.

Se è *già iscritto* e ottiene aiuto da uno di questi programmi, **le informazioni sui premi contenute in questa *Prova di copertura* potrebbe non applicarsi a lei**. Le abbiamo inviato un inserto separato, chiamato Prova di copertura Postilla per le persone che ricevono *"Extra Help" per il pagamento dei farmaci da prescrizione* (noto anche come

Postilla di sussidio per le persone a basso reddito o *Postilla LIS*), che la informa sulla sua copertura farmacologica. Se non dispone di questo inserto, la preghiamo di chiamare il Servizio per i Membri e di richiedere la *Postilla LIS*.

I premi di Medicare Parte B e Parte D variano a seconda del reddito. Se ha domande su questi premi, consulti la sua copia del manuale *Medicare & You 2025*, la sezione chiamata Costi Medicare 2025. Se ha bisogno di una copia, può scaricarla dal sito web di Medicare (www.medicare.gov). In alternativa, può ordinare una copia stampata per telefono al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Section 4.1 Premio del piano

Come membro del nostro piano, paga un premio mensile. Per 2025, il premio mensile per Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) è di $0.

Section 4.2 Premio Mensile Medicare Parte B

Molti membri sono tenuti a pagare altri premi Medicare

Oltre al pagamento del premio mensile del piano, alcuni membri sono tenuti a pagare altri premi Medicare. Come spiegato nella Sezione 2 di cui sopra, per poter beneficiare del nostro piano, è necessario mantenere la propria idoneità a Medicaid e disporre sia di Medicare Parte A che di Medicare Parte B. Per la maggior parte dei membri Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP), Medicaid paga per il premio della Parte A (se non è idoneo automaticamente) e per il premio della Parte B.

Section 4.3 Penalità per iscrizione tardiva Parte D

Poiché è doppiamente idoneo, il LEP non si applica a lei finché mantiene il suo status di doppiamente idoneo, ma qualora perda tale requisito, potrebbe incorrere in un LEP. La penalità di iscrizione tardiva della Parte D è un premio aggiuntivo che deve essere pagato per la copertura della Parte D se in qualsiasi momento dopo il termine del periodo di iscrizione iniziale, vi è un periodo di 63 giorni o più consecutivi in cui non si disponeva della copertura della Parte D o di altri farmaci soggetti a prescrizione. La copertura dei farmaci soggetti a prescrizione accreditabile è una copertura che soddisfa gli standard minimi di Medicare poiché si prevede che paghi, in media, almeno quanto la copertura standard dei farmaci soggetti a prescrizione di Medicare. Il costo della penalità di iscrizione tardiva dipende da quanto tempo è rimasto senza la Parte D o altra copertura di farmaci da prescrizione accreditabile. Dovrà pagare questa penale per tutto il tempo in cui disporrà della copertura della Parte D.

Non dovrà pagarla se:

- Riceve "Extra Help" da Medicare per pagare i suoi farmaci soggetti a prescrizione medica.
- Ha trascorso meno di 63 giorni consecutivi senza una copertura valida.
- Ha avuto una copertura farmaceutica credibile attraverso un'altra fonte come un ex datore di lavoro, un sindacato, TRICARE o la Veterans Health Administration (VA). Il suo assicuratore o il suo dipartimento delle risorse umane le dirà ogni anno se la sua copertura farmacologica è credibile. Queste informazioni possono essere inviate in una lettera o incluse in una newsletter del piano. Conservi queste informazioni, perché potrebbe averne bisogno se in seguito aderisce a un piano farmacologico Medicare.
  - **Nota:** Qualsiasi avviso deve indicare che ha avuto una copertura di farmaci da prescrizione credibile che dovrebbe pagare tanto quanto paga il piano di farmaci da prescrizione standard di Medicare.

FINAL

- **Nota:** *Non* sono ammissibili le coperture con farmaci soggetti a prescrizione medica: carte sconto per farmaci soggetti a prescrizione medica, cliniche gratuite e siti web di sconti sui farmaci.

Medicare determina l'importo della sanzione. Ecco come funziona:

- Innanzitutto, conta il numero di mesi interi in cui ha ritardato l'iscrizione a un piano farmacologico Medicare, dopo averne avuto diritto. Oppure conta il numero di mesi interi in cui non ha avuto una copertura di farmaci da prescrizione credibile, se l'interruzione della copertura è stata di 63 giorni o più. La penalità è dell'1% per ogni mese in cui non ha avuto una copertura credibile. Ad esempio, se rimane 14 mesi senza copertura, la penalità sarà del 14%.
- Quindi Medicare determina l'importo del premio mensile medio per i piani di droga Medicare nella nazione rispetto all'anno precedente. Per il 2025 questo importo medio del premio è di [$34,70].
- Per calcolare la sua penale mensile, moltiplicare la percentuale di penale e il premio mensile medio e poi arrotondarla ai 10 centesimi più vicini. Nell'esempio qui, sarebbe il 14% per [$34.70], che equivale a [$4.85]. Questo si arrotonda a [$4.90]. Questo importo verrebbe aggiunto **al premio mensile per chi ha una penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D**.

Ci sono tre cose importanti da notare su questa penale mensile di iscrizione tardiva alla Parte D:

- In primo luogo, **la penale può cambiare ogni anno,** perché il premio mensile medio può cambiare ogni anno.
- In secondo luogo, **continuerà a pagare una penale** ogni mese per tutto il tempo in cui è iscritto a un piano che ha benefici di farmaci Medicare Parte D, anche se cambia piano.
- In terzo luogo, se ha meno di 65 anni e attualmente riceve sussidi Medicare, la penale di iscrizione tardiva alla Parte D verrà reimpostata quando compirà 65 anni. Dopo i 65 anni, la penale di iscrizione tardiva della Parte D si baserà solo sui mesi in cui non si dispone di copertura dopo il periodo di iscrizione iniziale per l'invecchiamento in Medicare.

Se non è d'accordo sulla penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D, lei o il suo rappresentante potete chiedere una revisione. In generale, è necessario richiedere questa revisione **entro 60 giorni** dalla data della prima lettera ricevuta in cui dichiara di dover pagare una penale per l'iscrizione tardiva. Tuttavia, se stava pagando una penale prima di aderire al nostro piano, potrebbe non avere un'altra possibilità di richiedere una revisione di tale penale per l'iscrizione tardiva.

Section 4.4 Importo di rettifica mensile correlato al reddito

Ad alcuni membri potrebbe essere richiesto di pagare un costo aggiuntivo, noto come Importo di rettifica mensile correlato al reddito della parte D, noto anche come IRMAA. Il costo aggiuntivo viene calcolato utilizzando il suo reddito lordo rettificato modificato come riportato nella sua dichiarazione dei redditi dell'IRS di due anni fa. Se questo importo è superiore a un determinato importo, pagherà l'importo del premio standard e l'IRMAA aggiuntivo. Per ulteriori informazioni sull'importo extra che potrebbe dover pagare in base al suo reddito, visiti https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Se deve pagare un importo extra, la previdenza sociale, non il suo piano Medicare, le invierà una lettera che le dirà quale sarà tale importo extra. L'importo extra verrà trattenuto dal suo assegno di previdenza sociale, dal comitato per la pensione delle ferrovie o dall'ufficio di gestione del personale, indipendentemente dal modo in cui paga solitamente il premio del piano, a meno che il suo sussidio mensile non sia sufficiente a coprire l'importo extra dovuto. Se la sua indennità non è sufficiente a coprire l'importo extra, riceverà una fattura da Medicare. **È**

FINAL

necessario pagare l'importo extra al governo. Non può essere pagato con il premio del piano mensile. Se non paga l'importo extra verrà cancellato dal piano e perderà la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione.

Se non è d'accordo sul pagamento di un importo extra, può chiedere alla previdenza sociale di rivedere la decisione. Per saperne di più su come farlo, contattare la previdenza sociale al numero 1-800-772-1213 (tty 1-800-325-0778).

SECTION 5 Maggiori informazioni sul suo premio mensile

Section 5.1 Ci sono vari modi per pagare il premio del piano

Ci sono 3 modi per pagare il premio del piano.

Se decide di cambiare la modalità di pagamento del premio, possono essere necessari fino a tre mesi perché il nuovo metodo di pagamento diventi effettivo. Durante l'elaborazione della richiesta di un nuovo metodo di pagamento, lei è responsabile del pagamento puntuale del premio del piano.

Opzione 1: Pagamento con assegno

Può pagare il premio mensile tramite assegno con il nostro libretto di coupon. Al momento della sottoscrizione del pagamento con assegno, invieremo per posta un libretto di coupon che sarà valido per l'intero periodo di iscrizione di un anno. Il libretto conterrà un coupon da presentare ogni mese insieme all'assegno. Gli assegni non devono essere intestati a CMS o HHS. L'assegno deve essere intestato a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP), e spedito a:

Molina Healthcare P.O. Box 515189

Los Angeles, CA 90051-5189

Se perde il libretto dei coupon, se desidera modificare le opzioni di pagamento o se ha domande, contatti il Servizio per i Membri.

Opzione 2: Trasferimento elettronico di fondi

Può pagare tramite EFT, il che significa che il premio mensile verrà prelevato automaticamente dal conto corrente o dal conto di risparmio, direttamente dal piano. Nel modulo di iscrizione incluso nel pacchetto di iscrizione, compili la sezione relativa alle informazioni bancarie per iniziare i pagamenti EFT. Le detrazioni automatiche avverranno tra il 23° e il 30° giorno di ogni mese. Per modificare l'opzione di pagamento o per qualsiasi domanda, contatti il Servizio per i Membri.

Opzione 3: Il premio viene prelevato dall'assegno mensile della previdenza sociale.

Cambiare il modo in cui si paga il premio.

Se decide di cambiare l'opzione di pagamento del premio, possono essere necessari fino a tre mesi perché il nuovo metodo di pagamento diventi effettivo. Durante l'elaborazione della richiesta di un nuovo metodo di pagamento, lei è responsabile del pagamento puntuale del premio del piano. Per modificare il metodo di pagamento o per qualsiasi domanda, contatti il Servizio per i Membri.

FINAL

Cosa fare se ha problemi a pagare il suo premio del piano

Se ha problemi a pagare il suo premio in tempo, contatti il Servizio per i Membri per vedere se possiamo indirizzarla verso programmi che la aiuteranno con il suo premio del piano.

Se l'iscrizione viene interrotta perché non ha pagato il premio del piano, potrà usufruire della copertura sanitaria di Original Medicare. Finché riceve “Extra Help” per i costi dei farmaci da prescrizione, continuerà ad avere la copertura dei farmaci della Parte D. Medicare la iscriverà a un nuovo piano di prescrizione di farmaci per la sua copertura Parte D.

Se ritiene che la sua iscrizione sia stata interrotta ingiustamente, può presentare un reclamo (detto anche lamentela); per informazioni su come presentare un reclamo, veda il Capitolo 9. Se si è verificata una circostanza di emergenza al di fuori del suo controllo che le ha impedito di pagare il premio del piano entro il periodo di tolleranza, può presentare un reclamo. In caso di reclami, rivedremo la nostra decisione. Il capitolo 9, sezione 11 di questo documento spiega come presentare un reclamo, oppure può telefonare al (833) 671-0440 tra le October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time. Please note that our automated phone system may answer your call during weekends and holidays from April 1 to September 30. Gli utenti TTY devono chiamare il 711. La richiesta deve essere presentata entro 60 giorni di calendario dalla data di scadenza dell'iscrizione.

Section 5.2 Possiamo modificare il premio del suo piano mensile durante l'anno?

No. Non ci è permesso modificare l'importo che addebitiamo per il premio mensile del piano durante l'anno. Se il premio del piano mensile cambia per il prossimo anno, glielo comunicheremo a settembre e la modifica entrerà in vigore il 1° gennaio.

Tuttavia, in alcuni casi la parte di premio da pagare può cambiare nel corso dell'anno. Ciò accade se si diventa idonei per il programma "Extra Help" o se si perde l'idoneità per il programma "Extra Help" durante l'anno: Se un membro si qualifica per “Extra Help” per i costi dei farmaci da prescrizione, il programma “Extra Help” pagherà parte del premio mensile del piano del membro. Un membro che perde l'idoneità nel corso dell'anno dovrà iniziare a pagare l'intero premio mensile. Per saperne di più sul programma "Assistenza aggiuntiva", consultare il Capitolo 2, Sezione 7.

SECTION 6 Mantenere aggiornato il suo piano di abbonamento

Il suo record di iscrizione contiene informazioni dal modulo di iscrizione, inclusi il suo indirizzo e il numero di telefono. Mostra la copertura del piano specifico compreso il suo fornitore di assistenza primaria.

I medici, gli ospedali, i farmacisti e gli altri fornitori della rete del piano devono avere informazioni corrette su di lei. **Questi provider di rete utilizzano il suo record di iscrizione per sapere quali servizi e farmaci sono coperti e gli importi di condivisione dei costi per lei.** Per questo motivo, è molto importante che ci aiuti a mantenere aggiornate le sue informazioni.

Ci dica di questi cambiamenti:

- Modifiche al suo nome, indirizzo o numero di telefono
- Modifiche in qualsiasi altra copertura assicurativa sanitaria (ad esempio da parte del datore di lavoro, del datore di lavoro del coniuge o del convivente, della retribuzione dei lavoratori o di Medicaid)

- In caso di richieste di risarcimento per responsabilità civile, come ad esempio in caso di incidente automobilistico
- Se si è stati ricoverati in una casa di cura
- Se si riceve assistenza in un ospedale o in un pronto soccorso fuori area o fuori rete
- Se la parte responsabile designata (come un caregiver) cambia
- Se sta partecipando a uno studio di ricerca clinica (**Nota:** non è tenuto a comunicare il suo piano sugli studi di ricerca clinica a cui intende partecipare, ma la incoraggiamo a farlo).

Se una qualsiasi di queste informazioni dovesse cambiare, la preghiamo di comunicarcelo chiamando il Servizio per i Membri. I membri possono creare un account My Senior Whole Health online per cambiare il proprio medico, aggiornare le informazioni di contatto, richiedere una nuova carta d'identità, ricevere promemoria sanitari sui servizi di cui hanno bisogno o visualizzare la cronologia dei servizi. Visiti [https://m.member.molinahealthcare.com/Member/Login] per creare un account o accedere al suo account My Senior Whole Health.

È anche importante contattare la previdenza sociale se si trasferisce o se modifica l'indirizzo postale. I numeri di telefono e le informazioni di contatto per la previdenza sociale sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 5.

SECTION 7 Come funzionano le altre assicurazioni con il nostro piano

Altre assicurazioni

Medicare richiede che raccogliamo informazioni su qualsiasi altra copertura assicurativa medica o farmaceutica di cui si dispone. Questo perché dobbiamo coordinare qualsiasi altra copertura che ha con i suoi sussidi nell'ambito del nostro piano. Si tratta del cosiddetto **Coordinamento dei Sussidi**.

Una volta all'anno, le invieremo una lettera che elenca qualsiasi altra copertura assicurativa medica o farmaceutica di cui siamo a conoscenza. La preghiamo di leggere attentamente queste informazioni. Se è corretto, non è necessario fare nulla. Se le informazioni non sono corrette o se si dispone di un'altra copertura non elencata, contattare il Servizio per i Membri. Potrebbe essere necessario fornire il numero ID del membro del piano agli altri assicuratori (una volta confermata la loro identità) in modo che le bollette siano pagate correttamente e in tempo.

Quando ha un'altra assicurazione (come la copertura sanitaria del gruppo del datore di lavoro), ci sono regole stabilite da Medicare che decidono se il nostro piano o la sua altra assicurazione paga prima. L'assicurazione che paga per prima si chiama pagatore primario e paga fino ai limiti della sua copertura. Quello che paga per secondo, chiamato pagatore secondario, paga solo se ci sono costi lasciati scoperti dalla copertura primaria. Il pagatore secondario potrebbe non pagare tutti i costi scoperti. Se ha un'altra assicurazione, informi il medico, l'ospedale e la farmacia.

Queste regole si applicano per la copertura del piano sanitario del datore di lavoro o del gruppo sindacale:

- Se si dispone di una copertura pensionistica, Medicare paga prima.
- Se la copertura del suo piano sanitario di gruppo si basa sul suo attuale impiego o su quello di un familiare, chi paga per primo dipende dalla sua età, dal numero di persone impiegate dal suo datore di lavoro e dal fatto che tu abbia Medicare in base all'età, alla disabilità o alla malattia renale allo stadio terminale (ESRD):
  - Se ha meno di 65 anni ed è disabile e lei o il suo familiare lavorate ancora, il suo piano sanitario di gruppo paga prima se il datore di lavoro ha 100 o più dipendenti o almeno un datore di lavoro in un piano per più datori di lavoro che ha più di 100 dipendenti.

- Se ha più di 65 anni e tu o il suo coniuge o convivente lavorate ancora, il suo piano sanitario di gruppo paga prima se il datore di lavoro ha 20 o più dipendenti o almeno un datore di lavoro in un piano per più datori di lavoro che ha più di 20 dipendenti.
- Se si dispone di Medicare a causa di ESRD, il piano sanitario di gruppo pagherà prima per i primi 30 mesi dopo essere diventato idoneo per Medicare.

Questi tipi di copertura di solito pagano prima per i servizi relativi a ciascun tipo:

- Assicurazione senza colpa (compresa l'assicurazione automobilistica)
- Responsabilità (inclusa assicurazione auto)
- Sussidi per pneumoconiosi
- Retribuzione dei lavoratori

Medicaid e TRICARE non pagano mai per primi i servizi coperti da Medicare. Pagano solo dopo che Medicare e/o il gruppo di datori di lavoro hanno pagato i piani sanitari.

FINAL

CHAPTER 2:

Numeri di telefono e risorse importanti

FINAL

SECTION 1 Contatti Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) (come contattarci, compreso il modo in cui raggiungere il Servizio per i Membri)

Come contattare il nostro Serivizio per i membri

Per assistenza in merito a reclami, fatturazione o domande sulla tessera membro, chiamare o scrivere al Servizio per i Membri Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Saremo lieti di aiutarla.

Metodo	Servizio per i Membri – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Il Servizio per i Membri ha anche servizi di interpretazione linguistica gratuiti disponibili per i non anglofoni.
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Il National Relay è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
FAX	(310) 507-6186
SCRIVERE	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
SITO WEB	SWHNY.com

Come contattarci quando chiede una decisione sulla copertura o un ricorso in merito alle sue cure mediche o ai farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D

Una decisione di copertura è una decisione che prendiamo in merito alle prestazioni e alla copertura o all'importo che pagheremo per i servizi medici o i farmaci soggetti a prescrizione medica della Parte D. Un ricorso è un modo formale per chiederci di esaminare e modificare una decisione sulla copertura che abbiamo preso. Per ulteriori informazioni sulla richiesta di decisioni sulla copertura o ricorsi sulle cure mediche o sui farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D, vedere il Capitolo 9 (*Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami*)).

Metodo	Decisioni di copertura per l'assistenza medica – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. 5 days a week, 8 a.m. – 5 p.m., local time
TTY	711

FINAL

Metodo	Decisioni di copertura per l'assistenza medica – Informazioni di contatto
	Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Il National Relay è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
FAX	Advanced Imaging: (877) 731-7218 Transplants (877) 813-1206 Medical/Behavioral Health Outpatient (844) 251-1450 Inpatient (844) 834-2152 RX/Jcodes (866) 290-1309
SCRIVERE	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITO WEB	SWHNY.COM

Metodo	Ricorsi per assistenza medica – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. 7 days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., local time
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Il National Relay è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
FAX	(562) 499-0610
SCRIVERE	Senior Whole Health Attn: Appeals and Grievance P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
SITO WEB	SWHNY.COM

FINAL

Metodo	Decisioni di copertura e ricorsi per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(800) 665-3086 Le chiamate a questo numero sono gratuite. 7 days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., local time
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Il National Relay è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
FAX	(866) 290-1309
SCRIVERE	Senior Whole Health Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITO WEB	SWHNY.com

Come contattarci quando presenta un reclamo in merito alle sue cure mediche o ai farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D

Può presentare un reclamo su di noi o su uno dei nostri fornitori di rete o farmacie, incluso un reclamo sulla qualità della sua assistenza. Questo tipo di reclamo non comporta controversie di copertura o di pagamento. Per ulteriori informazioni sulla presentazione di un reclamo sulle cure mediche, vedere il Capitolo 9 (*Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami*)).

Metodo	Reclami sull'assistenza medica o sui farmaci con prescrizione medica di cui alla Parte D – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Il National Relay è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
FAX	(562) 499-0610

FINAL

Metodo	Reclami sull'assistenza medica o sui farmaci con prescrizione medica di cui alla Parte D – Informazioni di contatto
SCRIVERE	Senior Whole Health Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
SITO WEB MEDICARE	Può inviare un reclamo relativo a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) direttamente a Medicare. Per presentare un reclamo online a Medicare visitare il sito www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dove inviare una richiesta che ci chiede di pagare la nostra parte di costi per le cure mediche o un farmaco che ha ricevuto

Se ha ricevuto una fattura o ha pagato per servizi (come una fattura del fornitore) per i quali ritiene che dovremmo pagare, potrebbe aver bisogno di chiederci un rimborso o di pagare la fattura del fornitore. Vedere il capitolo 7 (*Chiederci di pagare la nostra parte di una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti*).

Attenzione: Se ci invia una richiesta di pagamento e rifiutiamo qualsiasi parte della sua richiesta, può presentare ricorso contro la nostra decisione. Per ulteriori informazioni, consultare il Capitolo 9*(Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami))*.

Metodo	Richieste di pagamento per assistenza medica – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time. Please note that our automated phone system may answer your call during weekends and holidays from April 1 to September 30
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Il National Relay è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
FAX	Part C (Medical Services): (310) 507-6186

FINAL

Metodo	Richieste di pagamento per assistenza medica – Informazioni di contatto
SCRIVERE	Senior Whole Health Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITO WEB	SWHNY.COM

Metodo	Richieste di pagamento per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. 7 days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., local time
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Il National Relay è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
FAX	(866) 290-1309
SCRIVERE	Senior Whole Health Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITO WEB	SWHNY.com

SECTION 2 Medicare
(come ottenere aiuto e informazioni direttamente dal programma Medicare federale)

Medicare è il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore a 65 anni, alcune persone di età inferiore ai 65 anni con disabilità e le persone con malattia renale allo stadio terminale (insufficienza renale permanente che richiede dialisi o un trapianto di rene).

L'agenzia federale responsabile di Medicare è il Centers for Medicare & Medicaid Services (a volte chiamato CMS). Questa agenzia stipula contratti con le organizzazioni Medicare Advantage, noi compresi.

FINAL

Metodo	Medicare – Informazioni di contatto
CHIAMARE	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Le chiamate a questo numero sono gratuite. 24 ore su 24, 7 giorni su 7.
TTY	1-877-486-2048 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite.
SITO WEB	www.Medicare.gov Questo è il sito web ufficiale del governo per Medicare. Fornisce informazioni aggiornate su Medicare e sui problemi attuali di Medicare. Dispone inoltre di informazioni su ospedali, case di cura, medici, agenzie sanitarie a domicilio e strutture per la dialisi. Include documenti che può stampare direttamente dal suo computer. Si possono anche trovare contatti Medicare nel proprio stato. Il sito web di Medicare contiene anche informazioni dettagliate sull'idoneità a Medicare e sulle opzioni di iscrizione con i seguenti strumenti: • **Strumento di ammissibilità Medicare:** Fornisce informazioni sullo stato di idoneità Medicare. • **Medicare Plan Finder:** Fornisce informazioni personalizzate sui piani di prescrizione di farmaci Medicare disponibili, sui piani sanitari Medicare e sulle polizze Medigap (Medicare Supplement Insurance) nella sua zona. Questi strumenti forniscono una *stima* di quali potrebbero essere i costi vivi in diversi piani Medicare. Può inoltre utilizzare il sito web per comunicare a Medicare eventuali reclami relativi a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP): • **Informi Medicare del suo reclamo:** Può inviare un reclamo relativo a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) direttamente a Medicare. Per presentare un reclamo a Medicare, visitare il sito www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare prende sul serio i suoi reclami e utilizzerà queste informazioni per contribuire a migliorare la qualità del programma Medicare. Se non si dispone di un computer, la biblioteca locale o il centro per anziani potrebbe essere in grado di aiutare l'utente a visitare questo sito Web utilizzando il suo computer. Oppure può chiamare Medicare e dire loro quali informazioni sta cercando. Troveranno le informazioni sul sito web e rivedranno le informazioni con lei. (È possibile chiamare Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.)

SECTION 3 Programma di assistenza sanitaria statale (aiuto gratuito, informazioni e risposte alle sue domande su Medicare)

Il programma di assistenza sanitaria statale (SHIP) è un programma governativo con consulenti qualificati in ogni stato.

New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) del New York è un programma statale indipendente (non collegato ad alcuna compagnia assicurativa o piano sanitario) che riceve fondi dal governo federale per fornire consulenza gratuita sull'assicurazione sanitaria locale alle persone con Medicare.

I consulenti New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) del New York possono aiutarla a comprendere i suoi diritti Medicare, aiutarla a presentare reclami sulle cure mediche o sul trattamento e aiutarla a risolvere i problemi relativi alle fatture Medicare. I consulenti New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) del New York possono anche aiutarla a risolvere domande o problemi relativi a Medicare, aiutarla a comprendere le scelte del suo piano Medicare e rispondere a domande sul cambio di piano.

MODALITÀ DI ACCESSO A SHIP E ALTRE RISORSE:

- Visiti https://www.shiphelp.org (Click on SHIP LOCATOR in middle of page)
- Selezionare il proprio **STATO** dalla lista. Questo la porterà a una pagina con numeri di telefono e risorse specifiche per il suo stato.

Metodo	**New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP di New York) – Informazioni di contatto**
CHIAMARE	(800) 701-0501, Monday - Friday, 8:00 a.m. - 5:00 p.m., local time
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
SCRIVERE	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITO WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

SECTION 4 Organizzazione per il miglioramento della qualità

Esiste un'Organizzazione per il miglioramento della qualità designata per servire i beneficiari di Medicare in ogni stato. Per New York, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità è chiamata Livanta.

FINAL

Livanta ha un gruppo di medici e altri operatori sanitari pagati da Medicare per controllare e contribuire a migliorare la qualità delle cure per le persone con Medicare. Livanta è un'organizzazione indipendente. Non è collegata al nostro piano.

Deve contattare Livanta in una qualsiasi di queste situazioni:

- Ha un reclamo sulla qualità delle cure che ha ricevuto.
- Pensa che la copertura per la tua degenza ospedaliera stia finendo troppo presto.
- Pensa che la copertura per l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza infermieristica qualificata o i servizi Corf (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) stia finendo troppo presto.

Metodo	Livanta (Organizzazione per il miglioramento della qualità di New York) – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(866) 815-5440 Monday - Friday from 9 a.m. to 5 p.m. local time; weekends and holidays from 11 a.m. to 3 p.m. local time
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
SCRIVERE	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITO WEB	https://www.livantaqio.com/

SECTION 5 Previdenza sociale

La previdenza sociale è responsabile della determinazione dell'idoneità e della gestione dell'iscrizione a Medicare. I cittadini statunitensi e i residenti permanenti legali di età pari o superiore a 65 anni, o che hanno una disabilità o una malattia renale allo stadio terminale e soddisfano determinate condizioni, sono idonei per Medicare. Se sta già ricevendo assegni di previdenza sociale, l'iscrizione a Medicare è automatica. Se non riceve gli assegni della previdenza sociale, deve iscriversi a Medicare. Per richiedere Medicare, è possibile chiamare la previdenza sociale o visitare l'ufficio di previdenza sociale locale.

La previdenza sociale è anche responsabile di determinare chi deve pagare un importo extra per la copertura farmaceutica della Parte D perché ha un reddito più elevato. Se ha ricevuto una lettera dalla Previdenza Sociale che le dice che devi pagare l'importo extra e ha domande sull'importo o se il suo reddito è diminuito a causa di un evento che le cambia la vita, può chiamare la Previdenza Sociale per chiedere un ripensamento.

Se si sposta o si modifica l'indirizzo postale, è importante contattare la previdenza sociale per farglielo sapere.

Metodo	Previdenza sociale – Informazioni di contatto
CHIAMARE	1-800-772-1213

Metodo	Previdenza sociale – Informazioni di contatto
	Le chiamate a questo numero sono gratuite. Disponibile dalle 8:00 alle 19:00, dal lunedì al venerdì. È possibile utilizzare i servizi telefonici automatizzati di Social Security per ottenere informazioni registrate e svolgere alcune attività 24 ore al giorno.
TTY	1-800-325-0778 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Disponibile dalle 8:00 alle 19:00, dal lunedì al venerdì.
SITO WEB	www.ssa.gov

SECTION 6 Medicaid

Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con i costi medici e per alcune persone che hanno redditi e risorse limitati. Ogni stato decide cosa conta come reddito e risorse, chi è idoneo, quali servizi sono coperti e il costo dei servizi. Gli Stati possono anche decidere come eseguire il loro programma purché seguano le linee guida federali.

Inoltre, ci sono programmi offerti attraverso Medicaid che aiutano le persone con Medicare a pagare i loro costi Medicare, come i loro premi Medicare. Questi "programmi di risparmio Medicare" aiutano le persone con reddito e risorse limitati a risparmiare denaro ogni anno:

- **Doppio Idoneo al Full Benefit (FBDE):** A volte, le persone possono avere diritto sia a una copertura limitata della partecipazione ai costi di Medicare che a sussidi completi Medicaid.
- **Beneficiario qualificato Medicare (QMB+):** Medicaid paga i premi Medicare Parte A e Parte B, le franchigie, le compartecipazioni e i copagamenti. Lei riceve la copertura Medicaid della quota di partecipazione ai costi di Medicare e ha diritto a tutti i sussidi Medicaid.

Per essere un membro di questo piano, è necessario essere iscritti a Medicare e Medicaid e soddisfare tutti gli altri requisiti di idoneità al momento dell'iscrizione. In caso di domande sull'assistenza fornita da Medicaid, contattare la linea CHOICE di New York Medicaid.

Metodo	Medicaid Dipartimento della Salute dello Stato di New York – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(800) 505-5678 dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 a.m. alle 8:00 p.m., sabato dalle 10 a.m. alle 6 p.m.
SCRIVERE	Amministrazione delle risorse umane 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238

FINAL

Metodo	Medicaid Dipartimento della Salute dello Stato di New York – Informazioni di contatto
SITO WEB	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml

I membri della contea di Nassau possono contattare il Dipartimento dei servizi sociali locale.

Metodo	Dipartimento dei servizi sociali della contea di Nassau
CHIAMARE	(516) 227-7474
SCRIVERE	Contea di Nassau DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
SITO WEB	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

I membri della contea di Westchester possono contattare il Dipartimento dei servizi sociali locale.

Metodo	Dipartimento dei servizi sociali della contea di Westchester
CHIAMARE	(914) 995-3333
SCRIVERE	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
SITO WEB	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Il Community Health Advocates (CHA) (Programma Ombudsman New York) aiuta le persone iscritte a Medicaid in caso di problemi di servizio o di fatturazione. Possono aiutarla a presentare un reclamo o un ricorso con il nostro piano.

Metodo	Community Health Advocates (CHA) – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(888) 614-5400 Monday-Friday, 9 a.m. – 4 p.m.
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
SCRIVERE	Community Health Advocates Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: cha@cssny.org
SITO WEB	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

FINAL

Il New York Long Term Care Ombudsman Program aiuta le persone a ottenere informazioni sulle case di cura e a risolvere i problemi tra le case di cura e i residenti o le loro famiglie.

Metodo	New York Long Term Care Ombudsman Program – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(855) 582-6769 Monday – Friday from 8 a.m. to 5 p.m. EST
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
SCRIVERE	2 Empire State Plaza, 5th Floor, Albany, NY 12223 EMAIL: ombudsman@aging.ny.gov
SITO WEB	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

SECTION 7 Informazioni sui programmi per aiutare le persone a pagare i loro farmaci da prescrizione

Il sito web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) fornisce informazioni su come ridurre i costi dei farmaci con prescrizione. Per le persone con redditi limitati, ci sono anche altri programmi di assistenza, descritti di seguito.

Programma "Extra Help" di Medicare

Poiché ha diritto a Medicaid, ha diritto e sta ricevendo "Extra Help" da Medicare per pagare i costi del suo piano di prescrizione di farmaci. Non è necessario fare altro per ottenere questo "Extra Help".

Per domande su "Extra Help", chiami il numero:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048, 24 ore al giorno, 7 giorni su 7;
- L'Ufficio della previdenza sociale al numero 1-800-772-1213, tra le 8 am e le 7 pm, dal lunedì al venerdì. Gli utenti TTY devono chiamare il numero 1-800-325-0778 o
- Il suo ufficio Medicaid statale (consultare la Sezione 6 di questo capitolo per le informazioni di contatto).

Se ritiene di pagare un importo di condivisione dei costi errato quando riceve la sua prescrizione in una farmacia, il nostro piano prevede una procedura per richiedere assistenza per ottenere la prova del suo corretto livello di copagamento o, se ha già le prove, per fornirci questa prova.

- Le migliori prove disponibili (BAE) si trovano sul web all'indirizzo https://www.cms.gov/medicare/coverage/prescription-drug-coverage-contracting/best-available-evidence-bae. Le migliori prove disponibili (BAE) sono usate per determinare il sussidio a basso reddito di un membro. Il nostro reparto Servizio per i Membri e il reparto Farmacia identificano i casi in cui si applica la politica delle migliori prove disponibili (BAE). I membri possono inviare la documentazione BAE per stabilire l'idoneità all'indirizzo del Servizio per i Membri elencato nel Capitolo 2. Inoltre, è possibile contattare il Servizio per i Membri in caso di domande. Le forme accettabili di prova sono:

FINAL

- ◦ Lettera di aggiudicazione SSA
- ◦ Avviso di aggiudicazione
- ◦ Reddito di sicurezza supplementare

- Quando riceveremo le prove che dimostrano il suo livello di copagamento, aggiorneremo il nostro sistema in modo che lei possa pagare il copagamento corretto quando riceverà la sua prossima prescrizione in farmacia. Se paga più del dovuto, la rimborseremo. O le inoltreremo un assegno per l'importo del suo pagamento in eccesso o compenseremo i futuri pagamenti. Se la farmacia non ha riscosso un copagamento da lei e lo considera un suo debito, possiamo effettuare il pagamento direttamente alla farmacia. Se uno stato ha pagato per suo conto, potremmo effettuare il pagamento direttamente allo stato. Si prega di contattare il Servizio per i Membri in caso di domande.

Cosa succede se dispone di Extra Help e di una copertura da parte di un programma statale di assistenza farmaceutica (SPAP)?

Molti Stati e le Isole Vergini Americane offrono aiuto per il pagamento delle prescrizioni, dei premi dei piani farmaceutici e/o di altri costi dei farmaci. Se è iscritto a un programma statale di assistenza farmaceutica (SPAP), Medicare Extra Help paga per primo.

Cosa succede se dispone di Extra Help e una copertura da un Programma di Assistenza Farmaceutica per l'AIDS (ADAP)?
Cos'è il Programma di Assistenza Farmaceutica per l'AIDS (ADAP)?

Il Programma di Assistenza Farmaceutica per l'AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) contribuisce a garantire l'accesso ai farmaci salvavita per l'HIV/AIDS alle persone che ne hanno diritto. I farmaci Medicare della Parte D che sono anche nel prontuario ADAP possono beneficiare dell'assistenza per la compartecipazione ai costi di prescrizione attraverso il programma New York State Uninsured Care Program (ADAP) . Nota: Per poter beneficiare dell'ADAP operante nel suo Stato, le persone devono soddisfare determinati criteri, tra cui la prova della residenza nello Stato e dello stato di sieropositività, il basso reddito come definito dallo Stato e lo stato di non assicurato/sottoassicurato. Se cambia piano, informi il suo addetto alle iscrizioni ADAP locale in modo da poter continuare a ricevere assistenza.

Per informazioni sui criteri di idoneità, sui farmaci coperti o sulle modalità di iscrizione al programma, chiamare il numero New York State Uninsured Care Program (ADAP), (800) 542-2437 or (844) 682-4058.

Programmi statali di assistenza farmaceutica

Molti Stati hanno programmi di assistenza farmaceutica statale che aiutano alcune persone a pagare i farmaci da prescrizione in base a necessità finanziarie, età, condizioni mediche o disabilità. Ogni Stato ha regole diverse per fornire una copertura farmacologica ai propri membri.

In New York, il programma statale di assistenza farmaceutica è chiamato EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage).

Metodo	EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (Programma statale di assistenza farmaceutica di New York) – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(800) 332-3742 Monday - Friday, 8 a.m. - 5 p.m., local time

FINAL

Metodo	EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (Programma statale di assistenza farmaceutica di New York) – Informazioni di contatto
SCRIVERE	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
SITO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECTION 8 Come contattare l'Ente di Previdenza Ferroviario

Il Railroad Retirement Board è un'agenzia federale indipendente che amministra programmi di sussidio completi per i lavoratori delle ferrovie della nazione e le loro famiglie. Se riceve il suo Medicare tramite il Railroad Retirement Board, è importante fargli sapere se sposta o modifica il suo indirizzo postale. In caso di domande relative ai sussidi offerti dalla Commissione per il pensionamento delle ferrovie, contattare l'agenzia.

Metodo	Railroad Retirement Board – Informazioni di contatto
CHIAMARE	1-877-772-5772 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Se preme "0", può parlare con un rappresentante RRB dalle 9:00 alle 15:30, lunedì, martedì, giovedì e venerdì e dalle 9:00 alle 12:00 il mercoledì. Premendo "1", è possibile accedere all'HelpLine RRB automatizzato e alle informazioni registrate 24 ore al giorno, inclusi i fine settimana e i giorni festivi.
TTY	1-312-751-4701 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero *non* sono gratuite.
SITO WEB	https://rrb.gov/

SECTION 9 Ha un'assicurazione di gruppo o un'altra assicurazione sanitaria da un datore di lavoro?

Se lei (o il suo coniuge o convivente) ottenete benefici dal vostro datore di lavoro (o dal vostro coniuge o convivente) o dal gruppo di pensionati come parte di questo piano, potete chiamare l'amministratore dei benefici del datore di lavoro/sindacato o il Servizio per i Membri in caso di domande. Può chiedere informazioni sui sussidi sanitari del suo datore di lavoro (o del suo coniuge o convivente) o dei pensionati, sui premi o sul periodo di iscrizione. (I numeri di telefono per il Servizio per i Membri sono stampati sul retro di questo documento.) Può chiamare anche

il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con domande relative alla copertura Medicare nell'ambito di questo piano.

Se dispone di un'altra copertura di farmaci soggetti a prescrizione medica tramite il suo datore di lavoro (o il suo coniuge o partner domestico) o il gruppo di pensionati, contatti **l'amministratore dei sussidi di tale gruppo.** L'amministratore dei sussidi può aiutarla a determinare come la sua attuale copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica funzionerà con il nostro piano.

FINAL

CHAPTER 3:

Utilizzo del piano per i servizi medici e altri servizi coperti

FINAL

SECTION 1 Cose da sapere su come ottenere assistenza medica e altri servizi come membro del nostro piano

Questo capitolo spiega cosa è necessario sapere sull'utilizzo del piano per coprire l'assistenza medica e altri servizi. Fornisce definizioni dei termini e spiega le regole che è necessario seguire per ottenere i trattamenti medici, i servizi, le attrezzature, i farmaci soggetti a prescrizione medica e altra assistenza medica coperta dal piano.

Per i dettagli su quale assistenza medica e altri servizi sono coperti dal nostro piano, utilizzare la tabella dei sussidi nel capitolo successivo, capitolo 4 (Tabella dei benefici medici, cosa è coperto).

Section 1.1 Cosa sono i fornitori di rete e i servizi coperti?

- **I fornitori** sono medici e altri operatori sanitari autorizzati dallo stato a fornire servizi e cure mediche. Il termine fornitori include anche ospedali e altre strutture sanitarie.
- I **fornitori della rete** sono i medici e altri operatori sanitari, gruppi medici, ospedali e altre strutture sanitarie che hanno un accordo con noi per accettare il nostro pagamento come pagamento completo. Abbiamo disposto che questi fornitori forniscano servizi coperti ai membri nel nostro piano. I fornitori della nostra rete ci fatturano direttamente le cure che ti forniscono. Quando vede un fornitore della rete, non paga nulla per i servizi coperti.
- I **servizi coperti** includono tutte le cure mediche, i servizi di assistenza sanitaria, le attrezzature per le forniture e i farmaci soggetti a prescrizione che sono coperti dal nostro piano. I servizi coperti per l'assistenza medica sono elencati nella tabella dei sussidi nel Capitolo 4. I servizi coperti per i farmaci soggetti a prescrizione medica sono discussi nel Capitolo 5.

Section 1.2 Regole di base per ottenere assistenza medica e altri servizi coperti dal piano

In qualità di piano sanitario Medicare e Medicaid, Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) deve coprire tutti i servizi coperti da Original Medicare e può offrire altri servizi oltre a quelli coperti da Original Medicare.

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) coprirà in genere le cure mediche, a condizione che:

- **L'assistenza che riceve è inclusa nella Tabella dei sussidi medici del piano** (questa tabella è nel Capitolo 4 di questo documento).
- **L'assistenza che riceve è considerata necessaria dal punto di vista medico**. Necessario dal punto di vista medico significa che i servizi, le forniture, le attrezzature o i farmaci sono necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della vostra condizione medica e soddisfano gli standard accettati della professione medica.
- **Ha un fornitore di assistenza primaria di rete (un PCP) che fornisce e supervisiona la sua assistenza.** In qualità di membro del nostro piano, è necessario scegliere un PCP di rete (per ulteriori informazioni, vedere la Sezione 2.1 in questo capitolo).
- **È necessario ricevere le cure da un fornitore di rete** (per ulteriori informazioni al riguardo, vedere la Sezione 2 in questo capitolo). Nella maggior parte dei casi, l'assistenza che riceve da un fornitore fuori rete

FINAL

(un fornitore che non fa parte della rete del nostro piano) non sarà coperta. Ciò significa che dovrà pagare il fornitore per intero per i servizi forniti. *Ecco tre eccezioni:*

- Il piano copre le cure di emergenza o i servizi urgenti che riceve da un fornitore fuori rete. Per maggiori informazioni su questo, e per vedere cosa significano servizi di emergenza o urgentemente necessari, vedere la Sezione 3 in questo capitolo.
- Se ha bisogno di assistenza medica che Medicare richiede che il nostro piano copra ma non ci sono specialisti nella nostra rete che forniscono questa assistenza, può ottenere questa assistenza da un fornitore fuori rete allo stesso costo di condivisione che paga normalmente in rete. In questo caso è necessaria un'autorizzazione preventiva. Si prega di contattare il Servizio per i Membri per assistenza. Se si rivolge a fornitori esterni alla rete senza autorizzazione preventiva, né Medicare né il piano saranno responsabili dei costi. In questa situazione, copriremo questi servizi senza alcun costo per lei. Per informazioni su come ottenere l'approvazione per vedere un medico fuori rete, vedere la Sezione 2.4 in questo capitolo.
- Il piano copre i servizi di dialisi renale che si ottengono presso un centro di dialisi certificato Medicare quando si è temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o quando il fornitore di questo servizio è temporaneamente non disponibile o inaccessibile. La condivisione dei costi pagata per il piano di dialisi non può mai superare la condivisione dei costi in Original Medicare. Se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano e si ottiene la dialisi da un fornitore che si trova al di fuori della rete del piano, la condivisione dei costi non può superare la condivisione dei costi che si paga in rete. Tuttavia, se il consueto fornitore di rete per la dialisi è temporaneamente non disponibile e si sceglie di ottenere servizi all'interno dell'area di servizio da un fornitore al di fuori della rete del piano, la condivisione dei costi per la dialisi potrebbe essere più elevata.

SECTION 2 Utilizza i fornitori della rete del piano per ottenere assistenza medica e altri servizi

Section 2.1 È necessario scegliere un fornitore di assistenza primaria (PCP) per fornire e supervisionare l’assistenza

Cos'è un PCP e cosa fa il PCP per lei?

Quando diventa membro del nostro piano, deve scegliere un fornitore di rete come fornitore di cure primarie (PCP). Il suo PCP può essere un medico, un infermiere o un altro professionista sanitario che soddisfa i requisiti statali ed è formato per fornire le cure mediche di base. I professionisti sanitari sono idonei a fornire servizi come PCP nel nostro piano quando esercitano la professione di medicina di famiglia, medicina generale, geriatria, medicina interna o ostetricia/ginecologia. Come spieghiamo di seguito, riceverà le sue cure di routine o di base dal suo PCP. Il suo PCP coordinerà anche il resto dei servizi coperti che ottiene come membro del nostro piano. Ad esempio, per poter consultare uno specialista, di solito è necessario ottenere prima l'approvazione del proprio PCP (si tratta di un “rinvio” allo specialista). Il suo PCP fornirà la maggior parte delle cure e la aiuterà a organizzare o coordinare il resto dei servizi coperti che riceverà come membri del nostro piano. Ciò comprende:

- Le sue radiografie
- Esami di laboratorio
- Terapie
- Assistenza da parte di medici specialisti

- Ricoveri ospedalieri
- Assistenza di follow-up

Il “coordinamento” dei servizi comprende il controllo o la consultazione di altri fornitori della rete in merito alle cure e al loro andamento. Se ha bisogno di alcuni tipi di servizi o forniture coperti, deve ottenere l'approvazione preventiva del suo PCP (come ad esempio il rinvio a uno specialista). In alcuni casi, il PCP dovrà ottenere un'autorizzazione preventiva (approvazione preventiva) da noi. Poiché il suo PCP fornirà e coordinerà la sua assistenza medica, dovrà inviare tutte le sue cartelle cliniche all'ufficio del suo PCP. La sezione 3 illustra le modalità di protezione della privacy delle cartelle cliniche e delle informazioni sanitarie personali.

Come sceglie il suo PCP?

Il rapporto con il suo PCP è importante. Si consiglia vivamente di scegliere un PCP vicino a casa. Avere il proprio PCP vicino rende più facile ricevere cure mediche e sviluppare un rapporto di fiducia e aperto. Per una copia dell'elenco aggiornato dei fornitori/farmacie o per richiedere ulteriore assistenza nella scelta del PCP, contatti il Servizio per i Membri. Se desidera avvalersi di un particolare specialista o ospedale, verifichi prima che il suo PCP si rivolga a quello specialista o utilizzi quell'ospedale. Una volta scelto il suo PCP, le consigliamo di far trasferire tutte le sue cartelle cliniche nel suo studio. In questo modo il suo PCP avrà accesso alla sua storia clinica e sarà a conoscenza di eventuali condizioni di salute esistenti. Il suo PCP è ora responsabile di tutti i servizi sanitari di routine, quindi dovrebbe essere il primo a cui rivolgersi per qualsiasi problema di salute. Il nome e il numero di telefono dell'ufficio del suo PCP sono stampati sulla sua tessera associativa.

Modificare il PCP

È possibile modificare il PCP per qualsiasi motivo, in qualsiasi momento. Inoltre, è possibile che il suo PCP lasci la rete di fornitori del nostro piano e che lei debba trovare un nuovo PCP.

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ha una politica di continuità delle cure (COC) che consente di continuare ad accedere a medici non convenzionati nelle seguenti situazioni:

Se lei è un nuovo membro, può continuare il trattamento per un massimo di 90 giorni:

- Se al momento dell'iscrizione è in corso un trattamento attivo con uno o più medici non convenzionati.
- Se dispone di un'apparecchiatura DME attualmente, Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) garantirà l'accesso continuo ai DME e alle riparazioni necessarie da parte di fornitori non convenzionati.
- In caso di gravidanza, la continuità dell'assistenza sarà garantita fino al completamento dei servizi post-partum o per un periodo più lungo, se necessario per il trasferimento sicuro a un altro fornitore.

Se lei è un membro esistente può ricevere la continuità dell'assistenza fino a un anno per i servizi in corso, in caso di interruzione di un contratto tra Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) e il suo medico o struttura, a condizione che vengano rispettate le seguenti condizioni:

- I servizi fanno parte dei suoi sussidi.
- Il fornitore non è stato interrotto a causa di problemi di qualità dell'assistenza.
- Il fornitore deve accettare di continuare a visitarla.
- Il fornitore ha acconsentito ad accettare le tariffe richieste dalla normativa.

Il personale di Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) lavorerà con il suo professionista non convenzionato per inserirlo nella rete Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) come

fornitore convenzionato o collaborerà con lei e il fornitore per trasferire l'assistenza a un medico della rete durante il periodo di 90 giorni di continuità dell'assistenza. La continuità delle cure sarà garantita entro i limiti dei sussidi.

Eccezioni alla politica:

1. Il personale Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) può prolungare il periodo di 90 giorni per tutto il tempo necessario a soddisfare eventuali esigenze insolite.
2. Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) non approverà il proseguimento dell'assistenza da parte di un fornitore non partecipante se:
   - Lei richiede solo il monitoraggio di una condizione cronica.
   - Il contratto interrotto con il professionista si basa su un'azione di revisione professionale per incompetenza o condotta inappropriata, e il suo benessere potrebbe essere in pericolo.
   - Il medico non è disposto a continuare a fornirle assistenza.
   - L'assistenza con il fornitore non partecipante è stata iniziata **dopo** la sua iscrizione a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)
3. Il fornitore che si occuperà dell'assistenza continua non ha soddisfatto le politiche/i criteri di accreditamento di Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) in passato o tenta di ottenere l'accreditamento mentre fornisce assistenza continua.

Section 2.2 Che tipo di assistenza medica e altri servizi può ottenere senza un'impegnativa dal suo PCP?

È possibile ottenere i servizi elencati di seguito senza ottenere l'approvazione in anticipo dal PCP.

- Assistenza sanitaria di routine per le donne, che include esami mammari, mammografie di screening (radiografie della mammella), Pap test ed esami pelvici.
- Vaccini antinfluenzali, vaccinazioni COVID-19,vaccinazioni contro l'epatite B e vaccinazioni contro la polmonite.
- Servizi di emergenza da fornitori di rete o da fornitori fuori rete.
- Servizi urgenti coperti dal piano, ovvero servizi che richiedono un'attenzione medica immediata e che non costituiscono un'emergenza, a condizione che lei si trovi temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o che sia irragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere tale servizio da fornitori della rete con cui il piano ha stipulato un contratto. Esempi di servizi urgenti sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile.
- Servizi di dialisi renale che si ottengono in un centro di dialisi certificato Medicare quando si è temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano. (Se possibile, chiami il Servizio per i Membri prima di lasciare l'area di servizio in modo che possiamo aiutarla a sottoposi a dialisi di manutenzione mentre è via).

FINAL

Section 2.3 Come ottenere assistenza da specialisti e altri fornitori di rete

Uno specialista è un medico che fornisce servizi di assistenza sanitaria per una specifica malattia o parte del corpo. Ci sono molti tipi di specialisti. Ecco alcuni esempi:

- Gli oncologi si prendono cura dei pazienti affetti da cancro.
- I cardiologi si prendono cura dei pazienti affetti da patologie cardiache.
- Gli ortopedici si prendono cura di pazienti con determinate condizioni ossee, articolari o muscolari.

Il PCP è responsabile del coordinamento dei servizi, incluso l'indirizzamento a specialisti e altri fornitori di rete, a seconda dei casi. Non vi è alcun requisito di approvazione preventiva per le visite in ufficio con specialisti della rete. Se ha bisogno di una procedura o di un servizio che richiede l'autorizzazione preventiva del piano, il suo PCP o specialista ci contatterà per ottenere la necessaria autorizzazione preventiva. I servizi che richiedono l'autorizzazione preventiva del piano sono identificati nel Capitolo 4, Sezione 2.1 del presente documento. Esempi di servizi che richiedono un'autorizzazione preventiva del piano includono cure ospedaliere ospedaliere elettive (non di emergenza), ricoveri in una struttura infermieristica qualificata e assistenza sanitaria domiciliare.

Se ha bisogno di assistenza dopo il normale orario di lavoro, contattati il suo PCP. Queste informazioni sono riportate sulla sua tessera identificativa di membro Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Se si pensa che si tratti di un'emergenza, rivolgersi immediatamente a un medico. Per ulteriori informazioni, consulti la Sezione 3, alla pagina successiva (Come ottenere servizi coperti in caso di emergenza o necessità urgente di assistenza).

Cosa succede se uno specialista o un altro fornitore di rete abbandona il nostro piano?

Nel corso dell'anno, possiamo modificare gli ospedali, i medici e gli specialisti (fornitori) che fanno parte del piano. Se il suo medico o specialista lascia il suo piano, ha determinati diritti e protezioni che sono riassunti di seguito:

- Anche se la nostra rete di fornitori può cambiare nel corso dell'anno, Medicare ci impone di fornirle un accesso ininterrotto a medici e specialisti qualificati.
- Le comunicheremo l'uscita del suo fornitore dal piano, in modo che Lei abbia il tempo di scegliere un nuovo fornitore.
- Se il suo fornitore di assistenza primaria o di salute comportamentale lascia il nostro piano, la informeremo se ha visto quel fornitore negli ultimi tre anni.
- Se uno qualsiasi degli altri fornitori lascia il nostro piano, la informeremo se è assegnato al fornitore, se attualmente riceve assistenza da loro o se li ha visti negli ultimi tre mesi.
- La assisteremo nella selezione di un nuovo fornitore di rete qualificato a cui potrà accedere per assistenza continua.
- Se si sta attualmente sottoponendo a trattamenti o terapie mediche con il suo attuale fornitore, ha il diritto di richiedere, e lavoreremo con lei per garantire, che il trattamento o le terapie necessarie dal punto di vista medico che sta ricevendo continuino.
- Le forniremo informazioni sui diversi periodi di iscrizione a sua disposizione e sulle opzioni che potrebbe avere per cambiare i piani.
- Organizzeremo qualsiasi sussidio coperto necessario dal punto di vista medico al di fuori della nostra rete di fornitori, ma in condivisione dei costi in rete, quando un fornitore o un sussidio in rete non è disponibile o inadeguato a soddisfare le esigenze mediche.

- Se scopre che il suo medico o specialista sta abbandonando il suo piano, la preghiamo di contattarci in modo che possiamo aiutarla a trovare un nuovo fornitore per gestire la sua assistenza.
- Se ritiene che non le abbiamo fornito un fornitore qualificato per sostituire il suo precedente fornitore o che la sua assistenza non sia gestita in modo appropriato, ha il diritto di presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza al QIO, un reclamo sulla qualità dell'assistenza al piano o entrambi. Consultare il Capitolo 9.

Section 2.4 Come ottenere assistenza da fornitori esterni alla rete

Se ha bisogno di cure mediche specialistiche che Medicare richiede che il nostro piano copra e non ci sono fornitori nella nostra rete in grado di fornire questa assistenza, può ottenere l'assistenza da un fornitore fuori rete. Ciò include i servizi di un fornitore che è qualificato in modo univoco per fornire il particolare servizio di cui ha bisogno, nonché i servizi forniti presso un centro specializzato o un centro di eccellenza (ad esempio, servizi ESRD). Non ci sono ulteriori restrizioni sui sussidi che si applicano al di fuori della nostra rete o area di servizio.

Lei o il suo PCP dovete contattare il nostro piano per un'autorizzazione preventiva prima di cercare assistenza da fornitori fuori rete. Chiamare il Servizio per i Membri per assistenza. Se le forniamo un'autorizzazione preventiva per ottenere assistenza da un fornitore fuori rete, copriremo questi servizi come se avesse ricevuto l'assistenza da un fornitore di rete.

È molto importante ottenere un'autorizzazione preventiva dal nostro piano prima di vedere fornitori fuori rete. Se non si dispone dell'approvazione del piano, questi servizi potrebbero non essere coperti. Se il fornitore desidera che torni per ulteriore assistenza, controlli prima per essere sicuro che l'approvazione del nostro piano copra più di una visita al fornitore fuori rete.

Nota: I membri hanno il diritto di ricevere servizi da fornitori esterni alla rete per emergenze o servizi urgenti. Inoltre, i piani devono coprire i servizi di dialisi per gli iscritti ESRD che hanno viaggiato al di fuori dell'area di servizio del piano e non sono in grado di accedere ai fornitori ESRD a contratto.

SECTION 3 Come ottenere servizi quando si ha un'emergenza o un bisogno urgente di assistenza o durante un disastro

Section 3.1 Ottenere assistenza in caso di emergenza medica

Cos'è un'emergenza medica e cosa si deve fare in caso di emergenza?

Un'**emergenza medica** è quando lei, o qualsiasi altro soggetto non esperto con una conoscenza media della salute e della medicina, ritiene di avere sintomi medici che richiedono un'attenzione medica immediata per evitare la perdita della vita (e, se si tratta di una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora nato), la un arto, o la perdita della funzione di un arto, o la perdita o la grave compromissione di una funzione corporea. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando.

In caso di emergenza medica:

- **Riceva assistenza il più rapidamente possibile.** Chiamare il 911 per chiedere aiuto o recarsi al pronto soccorso o all'ospedale più vicino. Chiami un'ambulanza se ne ha bisogno. *Non* è necessario ottenere prima l'approvazione o un'impegnativa dal PCP. Non è necessario utilizzare un medico di rete. Può ottenere assistenza medica di emergenza ogni volta che ne ha bisogno, ovunque negli Stati Uniti o nei suoi territori e da qualsiasi fornitore con una licenza statale appropriata, anche se non fanno parte della nostra rete.
- **Prima possibile, si assicuri che il nostro piano sia stato informato della sua emergenza.** Dobbiamo dare seguito alle sue cure di emergenza. Lei o qualcun altro dovreste chiamarci per informarci delle sue cure di emergenza, di solito entro 48 ore. Si prega di chiamare il Servizio per i Membri al numero sul retro della tessera associativa del piano.

Che cosa è coperto in caso di emergenza medica?

Il nostro piano copre i servizi di ambulanza in situazioni in cui raggiungere il pronto soccorso in qualsiasi altro modo potrebbe mettere in pericolo la sua salute. Copriamo anche i servizi medici durante l'emergenza.

I medici che le forniscono le cure di emergenza decideranno quando le sue condizioni sono stabili e l'emergenza medica è finita.

Dopo la fine dell'emergenza, ha diritto alle cure di follow-up per assicurarsi che le sue condizioni continuino a essere stabili. I suoi medici continueranno a trattarla fino a quando non ci contatteranno e pianificheranno ulteriori cure. Le sue cure di follow-up saranno coperte dal nostro piano. Se le sue cure di emergenza sono fornite da fornitori esterni alla rete, cercheremo di far sì che i fornitori di rete prendano in carico le sue cure non appena le sue condizioni mediche e le circostanze lo consentano.

E se non fosse un'emergenza medica?

A volte può essere difficile sapere se si dispone di un'emergenza medica. Ad esempio, potrebbe andare in pronto soccorso – pensando che la sua salute sia in grave pericolo – e il medico potrebbe dire che non si trattava di un'emergenza medica dopo tutto. Se scopre che non si trattava di un'emergenza, a condizione che abbia ragionevolmente pensato che la sua salute fosse in grave pericolo, copriremo le sue cure.

Tuttavia, dopo che il medico ha detto che *non* si trattava di un'emergenza, copriremo le cure aggiuntive *solo* se otterrà le cure aggiuntive in uno di questi due modi:

- Si rivolga a un fornitore di rete per ottenere l'assistenza aggiuntiva.
- – *o* – Le cure aggiuntive che riceve sono considerate servizi urgenti e osserva le regole per ottenere queste cure urgenti (per ulteriori informazioni a riguardo, consulti la Sezione 3.2 di seguito).

Section 3.2 Ricevere assistenza quando si ha un bisogno urgente di servizi

Quali sono i servizi urgentemente necessari?

Un servizio coperto dal piano che richiede un'attenzione medica immediata e che non è un'emergenza è un servizio urgente se lei si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o se non è ragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere questo servizio da fornitori di rete con cui il piano ha stipulato un contratto. Esempi di servizi urgenti sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile.

Quando i fornitori di servizi di rete sono temporaneamente non disponibili o inaccessibili, è possibile accedere alle cure urgenti utilizzando qualsiasi centro di assistenza urgente disponibile. È inoltre possibile chiamare la linea di consulenza infermieristica al numero (877) 353-0185 per gli utenti parlanti inglese e spagnolo. Gli utenti TTY devono chiamare il 711.

Il nostro piano copre i servizi di assistenza di emergenza in tutto il mondo al di fuori degli Stati Uniti nelle seguenti circostanze:

- Ha un limite di $10,000 per la copertura di emergenza in tutto il mondo ogni anno solare da utilizzare per cure d'emergenza e cure post-stabilizzazione.
- Questo sussidio è limitato ai servizi che sarebbero classificati come cure di emergenza se le cure fossero state fornite negli Stati Uniti.
- Se riceve cure di emergenza al di fuori degli Stati Uniti e ha bisogno di cure ospedaliere dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, deve tornare in un ospedale di rete affinché le sue cure continuino a essere coperte o deve avere le sue cure ospedaliere presso l'ospedale fuori rete autorizzato dal piano. Il suo costo è la quota di compartecipazione che pagherebbe in un ospedale della rete. Si applica il massimo del piano.
- Potrebbe essere necessario pagare i servizi di tasca propria e presentare una richiesta di rimborso.
- Le tasse e le commissioni estere (incluse, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le commissioni di conversione valutaria o di transazione) non sono coperte. Il trasporto di ritorno negli Stati Uniti da un altro paese non è coperto.
- La cura di routine e le procedure pre-programmate o elettive non sono coperte.

In caso di domande sul fatto che pagheremo per qualsiasi servizio, ha il diritto di chiederci se lo copriremo prima di riceverlo. Ha anche il diritto di chiederlo per iscritto. Se diciamo che non copriremo i servizi, ha il diritto di impugnare la nostra decisione di non coprire o rimborsare le sue cure.

Section 3.3 Ricevere assistenza durante una catastrofe

Se il Governatore del suo stato, il Segretario alla salute e ai servizi umani degli Stati Uniti o il Presidente degli Stati Uniti dichiarano uno stato di disastro o di emergenza nella sua area geografica, ha comunque il diritto di prendersi cura del suo piano.

Si prega di visitare il seguente sito web: SWHNY.com per informazioni su come ottenere le cure necessarie durante un disastro..

Se non è possibile utilizzare un fornitore di rete durante un disastro, il piano consentirà di ottenere assistenza da fornitori esterni alla rete tramite la condivisione dei costi all'interno della rete. Se non è possibile utilizzare una farmacia di rete durante un disastro, si può essere in grado di riempire i farmaci da prescrizione in una farmacia fuori rete. Si prega di consultare il Capitolo 5, Sezione 2.5 per ulteriori informazioni.

FINAL

SECTION 4 Cosa succede se le viene addebitato direttamente l'intero costo dei suoi servizi?

Section 4.1 Può chiederci di pagare i servizi coperti

Se ha pagato per i suoi servizi coperti o se ha ricevuto una fattura per i servizi medici coperti, vada al Capitolo 7 (*Chiederci di pagare una fattura che ha ricevuto per i servizi medici o i farmaci coperti*) per informazioni su cosa fare.

Section 4.2 Cosa fare se i servizi non sono coperti dal nostro piano?

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) copre tutti i servizi medici necessari elencati nella Tabella dei sussidi medici nel capitolo 4 del presente documento. Se si ricevono servizi non coperti dal nostro piano o servizi ottenuti fuori rete e non sono stati autorizzati, si è responsabili del pagamento dell'intero costo dei servizi.

Per i servizi coperti che hanno una limitazione del beneficio, paga anche l'intero costo di tutti i servizi che ottiene dopo aver esaurito il suo sussidio per quel tipo di servizio coperto. Se le spese vengono pagate una volta raggiunto un limite di sussidi, non vengono conteggiate nel massimale di spesa.

SECTION 5 In che modo sono coperte le sue prestazioni mediche quando partecipa a uno studio di ricerca clinica?

Section 5.1 Cos'è uno studio di ricerca clinica?

Uno studio di ricerca clinica (chiamato anche studio clinico) è un modo in cui medici e scienziati testano nuovi tipi di cure mediche, come il funzionamento di un nuovo farmaco antitumorale. Alcuni studi di ricerca clinica sono approvati da Medicare. Gli studi di ricerca clinica approvati da Medicare in genere richiedono ai volontari di partecipare allo studio.

Una volta che Medicare approva lo studio e lei esprime interesse, qualcuno che lavora allo studio la contatterà per spiegare di più sullo studio e vedere se soddisfa i requisiti stabiliti dagli scienziati che stanno conducendo lo studio. Può partecipare allo studio purché soddisfi i requisiti per lo studio *e* abbia piena comprensione e accettazione di ciò che è coinvolto se partecipa allo studio.

Se partecipa a uno studio approvato da Medicare, Original Medicare paga la maggior parte dei costi per i servizi coperti che riceve nell'ambito dello studio. Se ci dice che si trova in una sperimentazione clinica qualificata, è responsabile solo della condivisione dei costi in rete per i servizi di tale sperimentazione. Se ha pagato di più, ad esempio, se ha già pagato l'importo di condivisione dei costi di Medicare originale, le rimborseremo la differenza tra ciò che ha pagato e la condivisione dei costi in rete. Tuttavia, dovrà fornire una documentazione che dimostri quanto ha pagato. Quando partecipa a uno studio di ricerca clinica, può rimanere iscritto al nostro piano e continuare a ricevere il resto della sua assistenza (l'assistenza che non è correlata allo studio) attraverso il nostro piano.

Se desidera partecipare a qualsiasi studio di ricerca clinica approvato da Medicare, *non* è necessario che ce lo dica o che ottenga l'approvazione da noi o dal suo PCP. I fornitori che forniscono la sua assistenza nell'ambito dello

studio di ricerca clinica *non* devono necessariamente far parte della rete di fornitori del nostro piano. Si prega di notare che questo non include i benefici per i quali il nostro piano è responsabile che includono, come componente, una sperimentazione clinica o un registro per valutare il beneficio. Queste includono alcuni sussidi specificati nelle determinazioni di copertura nazionale che richiedono la copertura con lo sviluppo delle prove (NCDs-CED) e gli studi di esenzione per i dispositivi in fase di sperimentazione (IDE) e possono essere soggetti ad autorizzazione preventiva e ad altre regole del piano.

Sebbene non sia necessario ottenere il permesso del nostro piano per partecipare a uno studio di ricerca clinica, coperto per gli iscritti a Medicare Advantage da Original Medicare, la invitiamo a informarci in anticipo quando sceglie di partecipare a studi clinici qualificati Medicare.

Se partecipa a uno studio che Medicare non ha approvato, sarà responsabile del pagamento di tutti i costi per la partecipazione allo studio.

Section 5.2 Quando partecipa a uno studio di ricerca clinica, chi paga per cosa?

Una volta che partecipa a uno studio di ricerca clinica approvato da Medicare, Original Medicare copre gli articoli e i servizi di routine che riceve nell'ambito dello studio, tra cui:

- Vitto e alloggio per un soggiorno in ospedale che Medicare pagherebbe anche se non fosse in uno studio
- Un'operazione o altra procedura medica se fa parte dello studio di ricerca
- Trattamento degli effetti collaterali e delle complicanze della nuova cura

Dopo che Medicare avrà pagato la sua parte del costo per questi servizi, il nostro piano pagherà il resto. Come per tutti i servizi coperti, non pagherà nulla per i servizi coperti che ottieni nello studio di ricerca clinica.

Quando partecipa a uno studio di ricerca clinica, **né Medicare né il nostro piano pagheranno per uno dei seguenti**:

- In generale, Medicare *non* pagherà per il nuovo articolo o servizio che lo studio sta testando a meno che Medicare non copra l'articolo o il servizio anche se *non* si era in uno studio.
- Articoli o servizi forniti solo per raccogliere dati e non utilizzati nell'assistenza sanitaria diretta. Ad esempio, Medicare non pagherebbe per le scansioni TC mensili eseguite nell'ambito dello studio se la sua condizione medica richiedesse normalmente una sola scansione TC.
- Articoli e servizi abitualmente forniti gratuitamente dagli sponsor della ricerca a tutti i partecipanti allo studio.

Vuole saperne di più?

Per ulteriori informazioni sulla partecipazione a uno studio di ricerca clinica, è possibile visitare il sito web di Medicare per leggere o scaricare la pubblicazione Medicare and Clinical Research Studies (la pubblicazione è disponibile all'indirizzo: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) È inoltre possibile chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

SECTION 6 Regole per ricevere assistenza in un istituto sanitario religioso non medico

Section 6.1 Cos'è un istituto sanitario religioso non medico?

Un'istituzione sanitaria religiosa non medica è una struttura che fornisce assistenza per una condizione che normalmente verrebbe trattata in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata. Se ricevere assistenza in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata è contro le convinzioni religiose di un membro, forniremo invece copertura per l'assistenza in un'istituzione sanitaria religiosa non medica. Questo sussidio è fornito solo per i servizi ospedalieri di Parte A (servizi di assistenza sanitaria non medica).

Section 6.2 Ricevere assistenza da un istituto sanitario religioso non medico

Per ricevere assistenza da un istituto sanitario religioso non medico, è necessario firmare un documento legale in cui si afferma di essere coscienziosamente contrari a ricevere cure mediche non escluse.

- Per cure o trattamenti medici *non esclusi* si intende qualsiasi cura o trattamento medico volontario e *non richiesto* da alcuna legge federale, statale o locale.
- Le cure mediche escluse sono cure mediche o trattamenti che riceve che *non* sono volontari o *sono richiesti* dalla legge federale, statale o locale.

Per essere coperto dal nostro piano, l'assistenza che ricevi da un'istituzione sanitaria religiosa non medica deve soddisfare le seguenti condizioni:

- La struttura che fornisce l'assistenza deve essere certificata da Medicare.
- La copertura del nostro piano dei servizi che riceve è limitata agli aspetti *non religiosi* dell'assistenza.
- Se riceve servizi da questo istituto che le vengono forniti in una struttura, si applicano le seguenti condizioni:
  - È necessario avere una condizione medica che consenta di ricevere servizi coperti per cure ospedaliere ospedaliere o assistenza infermieristica qualificata.
  - – *e* – È necessario ottenere l'approvazione in anticipo dal nostro piano prima di essere ammessi alla struttura o il soggiorno non sarà coperto.
  - – *e* –Possono essere applicati i limiti di copertura dei servizi ospedalieri Medicare (fare riferimento alla prestazione nel capitolo 4).

Inoltre, è necessario contattare il Servizio per i Membri o il proprio ufficio Medicaid statale (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6) per ulteriori informazioni sui servizi coperti da Medicaid per comprendere tutte le opzioni di copertura.

SECTION 7 Norme per la proprietà di apparecchiature mediche durevoli

Section 7.1 Sarà in possesso delle attrezzature mediche durevoli dopo aver effettuato un certo numero di pagamenti nell'ambito del nostro piano?

Le attrezzature mediche durevoli (DME) includono articoli come attrezzature e forniture di ossigeno, sedie a rotelle, deambulatori, sistemi di materassi elettrici, stampelle, forniture per diabetici, dispositivi di generazione

del linguaggio, pompe per infusione endovenosa, nebulizzatori e letti d'ospedale ordinati da un fornitore per l'uso in casa. Il membro possiede sempre alcuni oggetti, come le protesi. In questa sezione, discutiamo altri tipi di DME che deve noleggiare.

In Original Medicare, le persone che noleggiano determinati tipi di DME possiedono l'attrezzatura dopo aver pagato i pagamenti per l'articolo per 13 mesi. In qualità di membro di Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP), tuttavia, di solito non acquisirà la proprietà degli articoli DME noleggiati, indipendentemente dal numero di copagamenti effettuati per l'articolo mentre era membro del nostro piano, anche se ha effettuato fino a 12 pagamenti consecutivi per l'articolo DME nell'ambito di Original Medicare prima di aderire al nostro piano. In determinate circostanze limitate, le trasferiremo la proprietà dell'articolo DME. Si prega di contattare il Servizio per i Membri per ulteriori informazioni.

Cosa succede ai pagamenti effettuati per attrezzature mediche durevoli se si passa a Original Medicare?

Se non ha acquisito la proprietà dell'articolo DME mentre era nel nostro piano, dovrà effettuare 13 nuovi pagamenti consecutivi dopo il passaggio a Original Medicare per possedere l'articolo. I pagamenti effettuati durante l'iscrizione al suo piano non contano.

Esempio 1: Ha effettuato 12 o meno pagamenti consecutivi per l'articolo in Original Medicare e poi ha aderito al nostro piano. I pagamenti effettuati in Original Medicare non contano. Dovrà effettuare 13 pagamenti al nostro piano prima di possedere l'articolo.

Esempio 2: Ha effettuato 12 o meno pagamenti consecutivi per l'articolo in Original Medicare e poi ha aderito al nostro piano. Lei era nel nostro piano ma non ha ottenuto la proprietà mentre era nel nostro piano. Quindi torna a Original Medicare. Dovrà effettuare 13 nuovi pagamenti consecutivi per possedere l'articolo una volta che si iscrive di nuovo a Original Medicare. Tutti i pagamenti precedenti (al nostro piano o a Original Medicare) non contano.

Section 7.2 Norme per le apparecchiature, le forniture e la manutenzione dell'ossigeno

A quali sussidi di ossigeno ha diritto?

Se è in possesso dei requisiti per accedere all'attrezzatura per l'ossigeno Medicare, Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) coprirà:

- Noleggio di attrezzature per l'ossigeno
- Erogazione di ossigeno e contenuto di ossigeno
- Tubi e relativi accessori ossigeno per l'erogazione dell'ossigeno e del contenuto di ossigeno
- Manutenzione e riparazione di apparecchiature per l'ossigeno

Se lascia Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) o non ha più bisogno dell'apparecchiatura per l'ossigeno dal punto di vista medico, l'apparecchiatura per l'ossigeno deve essere restituita.

Cosa succede se abbandona il suo piano e torna a Original Medicare?

Original Medicare richiede un fornitore di ossigeno per fornire servizi per cinque anni. Durante i primi 36 mesi si noleggia l'attrezzatura. I restanti 24 mesi il fornitore fornisce l'attrezzatura e la manutenzione (sei comunque responsabile del pagamento dell'ossigeno). Dopo cinque anni si può scegliere di rimanere con la stessa azienda o andare in un'altra azienda. A questo punto, il ciclo quinquennale ricomincia, anche se rimane con la stessa azienda,

FINAL

richiedendole di pagare i pagamenti per i primi 36 mesi. Se si aderisce o si lascia il nostro piano, il ciclo di cinque anni ricomincia da capo.

FINAL

CHAPTER 4:

Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto)

FINAL

SECTION 1 Capire i servizi coperti

Questo capitolo contiene una tabella dei sussidi medici che elenca i servizi coperti come membro di Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Più avanti in questo capitolo, è possibile trovare informazioni sui servizi medici che non sono coperti. Spiega anche i limiti di alcuni servizi.

Section 1.1 Non paga nulla per i servizi coperti

Poiché riceve assistenza da Medicaid, non paga nulla per i suoi servizi coperti purché segua le relative regole dei piani. (Vedere il Capitolo 3 per maggiori informazioni sulle regole dei piani per ricevere assistenza.)

Section 1.2 Qual è l'importo massimo che pagherà per i servizi medici coperti da Medicare Parte A e Parte B?

Nota: Poiché i nostri membri ricevono anche l'assistenza di Medicaid, sono pochissimi quelli che raggiungono questo tetto massimale di spesa viva. Non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per il massimale di spesa viva per i servizi coperti della Parte A e della Parte B.

Poiché è iscritto a un piano Medicare Advantage, esiste un limite all'importo che deve pagare di tasca propria ogni anno per i servizi medici coperti da Medicare Parte A e Parte B. Questo limite è chiamato importo massimo di tasca propria (MOOP) per i servizi medici. Per l'anno solare 2025 questo importo è di $9,350.

Gli importi pagati per per i servizi coperti vengono conteggiati ai fini del massimale di spesa viva. Gli importi pagati per il premio del piano e per i farmaci da prescrizione della Parte D non vengono conteggiati ai fini del massimale di spesa. Inoltre, gli importi pagati per alcuni servizi non vengono conteggiati ai fini del massimale di spesa. Questi servizi sono contrassegnati da un asterisco (*) nella Tabella dei sussidi medici. Se raggiunge l'importo massimo di , non dovrà pagare alcun costo per il resto dell'anno per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. Tuttavia, è necessario continuare a pagare il premio del piano e il premio Medicare Parte B (a meno che il premio della Parte B non sia pagato per lei da Medicaid o da un'altra terza parte).

SECTION 2 Usi la *Tabella dei sussidi medici* per scoprire cosa è coperto per lei

Section 2.1 I suoi sussidi medici come membro del piano

La Tabella dei sussidi medici nelle pagine seguenti elenca i servizi coperti da Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). La copertura dei farmaci da prescrizione della Parte D è nel Capitolo 5. I sussidi elencati nella Tabella dei sussidi medici sono coperti solo quando sono soddisfatti i seguenti requisiti di copertura:

- I servizi coperti da Medicare devono essere forniti in base alle linee guida di copertura stabilite da Medicare.
- I suoi servizi (tra cui assistenza medica, servizi, forniture, apparecchiature e farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte B) *devono* essere necessari dal punto di vista medico. Medicamente necessario significa che i servizi, le forniture o i farmaci sono necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della sua condizione medica e soddisfano gli standard accettati della pratica medica.

FINAL

- Per i nuovi iscritti, il piano di assistenza coordinata MA deve prevedere un periodo di transizione di almeno 90 giorni, durante il quale il nuovo piano MA non può richiedere un'autorizzazione preventiva per alcun ciclo di trattamento attivo, anche se il ciclo di trattamento riguardava un servizio iniziato presso un fornitore esterno alla rete.
- Riceve le sue cure da un fornitore di rete. Nella maggior parte dei casi, l'assistenza che riceve da un fornitore fuori rete non sarà coperta a meno che non si tratti di assistenza emergente o urgente o a meno che il suo piano o un fornitore di rete non le abbia dato un'impegnativa. Ciò significa che dovrà pagare il fornitore per intero per i servizi forniti.
- Ha un fornitore di cure primarie (un PCP) che fornisce e supervisiona le sue cure.
- Alcuni dei sussidi elencati nella Tabella dei sussidi medici sono coperti solo se il medico o altro fornitore di rete ottiene l'approvazione in anticipo (a volte chiamata autorizzazione preventiva) da parte nostra. I servizi coperti che necessitano di un'approvazione preventiva sono contrassegnati in **grassetto** nella Tabella dei sussidi medici.
- Se il piano di assistenza coordinata prevede l'approvazione di una richiesta di autorizzazione preventiva per un ciclo di trattamento, l'approvazione deve essere valida per il tempo necessario e ragionevole dal punto di vista medico per evitare interruzioni dell'assistenza, in conformità ai criteri di copertura applicabili, alla sua storia clinica e alle raccomandazioni del fornitore del trattamento.

Altre cose importanti da sapere sulla nostra copertura:

- È coperto sia da Medicare che da Medicaid. Medicare copre l'assistenza sanitaria e i farmaci soggetti a prescrizione medica. Medicaid copre la condivisione dei costi per i servizi Medicare, inclusi i servizi ospedalieri e ambulatoriali. Medicaid copre anche i servizi che Medicare non copre, comeservizi di pianificazione familiare.
- Come tutti i piani sanitari Medicare, copriamo tutto ciò che copre Original Medicare. (Se vuole saperne di più sulla copertura e sui costi di Original Medicare, consulti il suo manuale *Medicare & You 2025*. Può visualizzarlo online su www.medicare.gov o richiederne una copia chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.)
- Per tutti i servizi preventivi che sono coperti gratuitamente da Original Medicare, copriamo anche il servizio senza alcun costo per lei.
- Se Medicare aggiunge copertura per eventuali nuovi servizi nel corso del 2025, Medicare o il nostro piano copriranno tali servizi.
- Se rientra nel periodo di 3 mesei (90 giorni) del nostro piano di presunta idoneità continua, continueremo a fornire tutti i sussidi Medicare coperti dal piano Medicare Advantage. Tuttavia, durante questo periodo, non pagheremo i premi Medicare o la partecipazione ai costi per i quali lo Stato sarebbe altrimenti responsabile se lei non avesse perso l'idoneità a Medicaid. L'importo che paga per i servizi coperti da Medicare può aumentare durante questo periodo.

Informazioni importanti sui sussidi per gli iscritti che si qualificano per "Extra Help":

FINAL

- Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) partecipa al modello di progettazione assicurativa basata sul valore (VBID). Il modello VBID consente a Medicare di provare nuovi modi per migliorare i piani Medicare Advantage. Nell'ambito del modello VBID, Molina Medicare Complete Care offre l'eliminazione della partecipazione ai costi per i farmaci della Parte D. I membri che ricevono "Extra Help" avranno una condivisione dei costi ridotta ($0) su tutti i farmaci della Parte D in tutte le fasi di copertura. Per maggiori informazioni, consultare il capitolo 6, Cosa paga per i suoi farmaci soggetti a prescrizione medica della Parte D. Può anche chiamare il Servizio per i Membri se ha domande su questo sussidio o su come la aiuterà.

Non paga nulla per i servizi elencati nella Tabella dei sussidi purché soddisfi i requisiti di copertura sopra descritti.

Informazioni importanti sui sussidi per gli iscritti con determinate condizioni croniche

Se le viene diagnosticata una delle seguenti condizioni croniche identificate di seguito e soddisfa determinati criteri, potrebbe avere diritto a speciali sussidi supplementari per i malati cronici.

Dovrà presentare un modulo di valutazione del rischio per la salute che la identifichi come affetto da una delle condizioni elencate che potrebbero peggiorare senza l'accesso a una delle speciali sussidi supplementari elencati di seguito.

- Dipendenza da alcol cronica e altre tossicodipendenze;
- Disturbi autoimmuni;
- Cancro;
- Disturbi cardiovascolari;
- Scompenso cardiaco cronico;
- Demenza;
- Diabete;
- Malattia epatica allo stadio terminale;
- Malattia renale allo stadio terminale (ESRD);
- Gravi disturbi ematologici;
- HIV/AIDS;
- Disturbi polmonari cronici;
- Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti;
- Disturbi neurologici; e
- Ictus

La aiuteremo ad accedere a questi sussidi. Può chiamare il Servizio per i Membri o il suo coordinatore di assistenza per avviare la sua richiesta o ottenere ulteriori informazioni.

Nota: Richiedendo questo sussidio, autorizza i rappresentanti Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) a contattarla per telefono, posta o qualsiasi altro metodo di comunicazione come espressamente indicato nella Sua domanda.

Si prega di andare alla riga **Benefici supplementari speciali per i malati cronici** nella tabella dei sussidi medici qui sotto per ulteriori dettagli.

FINAL

Vedrà questa mela accanto ai servizi preventivi nella tabella dei sussidi.

Tabella dei sussidi medici

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Screening aneurisma aortico addominale * Un'ecografia di screening una tantum per le persone a rischio. Il piano copre questo screening solo se si dispone di determinati fattori di rischio e se si ottiene un rinvio per esso dal proprio medico, assistente medico, infermiere o specialista infermiere clinico.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i membri idonei a questo screening preventivo.
Agopuntura per lombalgia cronica I servizi coperti comprendono: sono coperte fino a 12 visite in 90 giorni per i beneficiari di Medicare nelle seguenti circostanze: ai fini di questa prestazione, la lombalgia cronica è definita come: • dura 12 settimane o più; • aspecifica, in quanto non ha una causa sistemica identificabile (cioè non associata a malattia metastatica, infiammatoria, infettiva, ecc.); • non associata alla chirurgia; e • non associata alla gravidanza. Saranno coperte altre otto sessioni per quei pazienti che dimostrano un miglioramento. Non possono essere somministrati più di 20 trattamenti di agopuntura all'anno. Il trattamento deve essere interrotto se il paziente non sta migliorando o sta regredendo. Requisiti del fornitore: I medici (secondo la definizione di cui all'articolo 1861(r)(1) del Social Security Act (la Legge) possono fornire l'agopuntura in conformità ai requisiti statali applicabili. Gli assistenti medici (PA), gli infermieri professionisti (NP)/gli infermieri clinici specialisti (CNS) (come identificati nel 1861(aa) (5) della Legge) e il personale ausiliario possono fornire agopuntura se soddisfano tutti i requisiti statali applicabili e hanno: • un master o un dottorato in agopuntura o medicina orientale presso una scuola accreditata dalla Commissione di accreditamento per l'agopuntura e la medicina orientale (ACAOM); e,	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per i servizi di agopuntura coperti da Medicare. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Agopuntura per lombalgia cronica (continued) • una licenza attuale, completa, attiva e senza restrizioni per praticare l'agopuntura in uno Stato, Territorio o Commonwealth (cioè Porto Rico) degli Stati Uniti o Distretto di Columbia. Il personale ausiliario che fornisce l'agopuntura deve essere sotto il livello appropriato di supervisione di un medico, PA o NP/CNS richiesto dai nostri regolamenti 42 cfr§§ 410.26 e 410.27.	
Servizi di agopuntura (supplementari)* Plan maximum of up to 30 medically necessary visits every calendar year for acupuncture services. I servizi supplementari di agopuntura sono coperti quando determinati come standard di cura clinicamente accettato per: • Mal di testa; dolore alle articolazioni dell'anca o del ginocchio associato all'osteoartrite (OA); o altro dolore alle articolazioni delle estremità quando cronico e non risponde alle cure mediche standard; sindromi dolorose che coinvolgono le articolazioni e i tessuti molli associati; dolore muscoloscheletrico al collo e alla schiena; nausea associata alla chemioterapia; nausea post-chirurgica; e nausea associata alla gravidanza • I servizi di agopuntura coperti non includono i servizi per il trattamento dell'asma o della dipendenza (incluso, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, smettere di fumare)	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per i servizi di agopuntura.
Servizi di ambulanza I servizi di ambulanza coperti, sia per una situazione di emergenza che di non emergenza, includono i servizi ad ala fissa, ad ala rotante e di ambulanza a terra, presso la struttura appropriata più vicina che può fornire assistenza solo se sono forniti a un membro le cui condizioni mediche sono tali che altri mezzi di trasporto potrebbero mettere in pericolo la salute della persona o se autorizzati dal piano. Se i servizi di ambulanza coperti non sono per una situazione di emergenza, è necessario documentare che le condizioni del socio sono tali che altri	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per i servizi di ambulanza coperti da Medicare. **È richiesta l'autorizzazione preventiva solo per l'ambulanza non di emergenza.**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi di ambulanza (continued) mezzi di trasporto potrebbero mettere in pericolo la salute della persona e che il trasporto in ambulanza è necessario dal punto di vista medico.	
Visita di salute annuale * Se è iscritto alla Parte B da più di 12 mesi, può sottoporsi a una visita annuale di salute per sviluppare o aggiornare un piano di prevenzione personalizzato basato sulla sua salute attuale e sui fattori di rischio. La copertura è prevista una volta ogni 12 mesi. **Nota:** La sua prima visita di salute annuale non può aver luogo entro 12 mesi dalla visita preventiva di Benvenuto in Medicare. Tuttavia, non è necessario aver avuto una visita di benvenuto a Medicare per essere coperti per le visite annuali di salute dopo aver avuto la Parte B per 12 mesi.	Non ci sono coassicurazioni, rimborsi o franchigie per la visita di salute annuale.
Misurazione della massa ossea * Per gli individui idonei (in genere, ciò significa che le persone a rischio di perdere massa ossea o a rischio di osteoporosi), i seguenti servizi sono coperti ogni 24 mesi o più frequentemente se necessario dal punto di vista medico: procedure per identificare la massa ossea, rilevare la perdita ossea o determinare la qualità dell'osso, compresa l'interpretazione dei risultati da parte di un medico.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per la misurazione della massa ossea coperta da Medicare.
Screening del cancro al seno (mammografie) * I servizi coperti includono: • Una mammografia basale di età compresa tra 35 e 39 anni • Una mammografia di screening ogni 12 mesi per le donne di età pari o superiore a 40 anni • Esami clinici del seno una volta ogni 24 mesi Una mammografia di screening viene utilizzata per la diagnosi precoce del cancro al seno. Una volta che è stata stabilita una storia di cancro al seno e fino a quando non ci sono più segni o sintomi di cancro al seno, le mammografie in corso sono considerate diagnostiche e sono coperte da "Test diagnostici ambulatoriali e prestazioni e forniture terapeutiche" in questo grafico. Il sussidio annuale della mammografia di screening non è disponibile per i membri che hanno segni o sintomi di cancro al seno.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per le mammografie di screening coperte.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi di riabilitazione cardiaca Programmi completi di servizi di riabilitazione cardiaca che includono esercizio fisico, istruzione e consulenza sono coperti per i membri che soddisfano determinate condizioni con un'indicazione del medico. Il piano copre anche programmi di riabilitazione cardiaca intensiva che sono in genere più rigorosi o più intensi dei programmi di riabilitazione cardiaca.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per questi servizi. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Visita di riduzione del rischio di malattia cardiovascolare (terapia per malattia cardiovascolare) * Copriamo una visita all'anno con il suo medico di base per aiutarla a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari. Durante questa visita, il medico può discutere l'uso di aspirina (se del caso), controllare la pressione sanguigna e darle consigli per assicurarla di mangiare sano.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per la visita per la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari.
Test per malattie cardiovascolari * Esami del sangue per la rilevazione di malattie cardiovascolari (o anomalie associate a un elevato rischio di malattia cardiovascolare) una volta ogni 5 anni (60 mesi).	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i test sulle malattie cardiovascolari che sono coperti una volta ogni 5 anni.
Screening del cancro della cervice e vaginale * I servizi coperti includono: • Per tutte le donne: Pap test ed esami pelvici sono coperti una volta ogni 24 mesi • Se è ad alto rischio di cancro cervicale o vaginale o è in età fertile e ha effettuato un Pap test anormale negli ultimi 3 anni: un Pap test ogni 12 mesi	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per gli esami Pap e pelvici preventivi coperti da Medicare.
Servizi chiropratici (coperti da Medicare) I servizi coperti includono: • Copriamo solo la manipolazione manuale della colonna vertebrale per correggere la sublussazione	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per i servizi chiropratici coperti da Medicare.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Screening del cancro colorettale *	
Sono coperti i seguenti test di screening: • La colonscopia non ha limiti di età minimi o massimi ed è coperta una volta ogni 120 mesi (10 anni) per i pazienti non ad alto rischio, o 48 mesi dopo una precedente sigmoidoscopia flessibile per i pazienti che non sono ad alto rischio di cancro del colon-retto, e una volta ogni 24 mesi per i pazienti ad alto rischio dopo una precedente colonscopia di screening o clistere di bario. • Sigmoidoscopia flessibile per pazienti di età pari o superiore a 45 anni. Una volta ogni 120 mesi per i pazienti non ad alto rischio dopo che il paziente ha ricevuto una colonscopia di screening. Una volta ogni 48 mesi per i pazienti ad alto rischio dall'ultima sigmoidoscopia flessibile o clistere di bario. • Esame del sangue fecale-occulto per pazienti di età pari o superiore a 45 anni. Una volta ogni 12 mesi. • DNA delle feci multitarget per pazienti di età compresa tra 45 e 85 anni che non soddisfano i criteri di alto rischio. Una volta ogni 3 anni. • Esami dei biomarcatori ematici per pazienti di età compresa tra 45 e 85 anni che non soddisfano i criteri di alto rischio. Una volta ogni 3 anni. • Clistere di bario come alternativa alla colonscopia per pazienti ad alto rischio e 24 mesi dall'ultimo clistere di bario di screening o dall'ultima colonscopia di screening. • Clistere di bario come alternativa alla sigmoidoscopia flessibile per pazienti non ad alto rischio e di età pari o superiore a 45 anni. Una volta almeno 48 mesi dopo l'ultimo clistere di bario di screening o sigmoidoscopia flessibile di screening. I test di screening del cancro colorettale includono una colonscopia di screening di follow-up dopo che un test di screening del cancro colorettale non invasivo basato sulle feci coperto da Medicare restituisce un risultato positivo.	Non è previsto alcun rimborso, copagamento o franchigia per un esame di screening del cancro colorettale coperto da Medicare, ad eccezione dei clisteri di bario, per i quali è previsto un rimborso. Se il medico trova e rimuove un polipo o altro tessuto durante la colonscopia o la sigmoidoscopia flessibile, l'esame di screening diventa un esame diagnostico. La franchigia della Parte B non si applica. Se durante lo screening viene rilevata un'anomalia e l'operatore interviene in quel momento, i servizi aggiuntivi (biopsia o altro intervento) vengono considerati un esame diagnostico.
Servizi dentistici (coperti da Medicare) In generale, i servizi dentistici preventivi (come la pulizia, gli esami dentistici di routine e le radiografie dentali) non sono coperti da Original Medicare. Tuttavia, Medicare attualmente paga per i servizi dentistici in un numero limitato di circostanze, in particolare quando tale servizio è parte integrante del trattamento specifico della condizione medica primaria di un beneficiario.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per questi servizi.

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi dentistici (coperti da Medicare) (continued) Alcuni esempi includono la ricostruzione della mandibola in seguito a frattura o lesione, estrazioni dentarie effettuate in preparazione al trattamento con radiazioni per il cancro che coinvolge la mandibola o esami orali che precedono il trapianto di rene. *Questa non è una garanzia di copertura. *Alcune procedure sono soggette ad autorizzazione preventiva. Il suo dentista presenterà documentazione come radiografie e una narrazione a supporto delle procedure necessarie dal punto di vista medico e conformi alle linee guida cliniche accettabili.	
Servizi dentistici (supplementari)* Abbiamo stabilito una partnership con un fornitore per fornire una copertura dentale completa che si allinea ai servizi offerti da New York State Medicaid. I servizi saranno coperti se ricevuti da un fornitore affiliato attraverso la nostra rete di fornitori. Le prestazioni dentistiche comprendono servizi diagnostici, preventivi, di restauro, endodonzia, parodontologia, protesi (rimovibile), protesi (fissa), protesi maxillo-facciale, servizi implantari, chirurgia orale e maxillo-facciale eservizi generali aggiuntivi. Per un elenco completo dei servizi, visitare il sito www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm e selezionare Tariffario aggiornato. I codici elencati nel link del piano delle prestazioni possono essere aggiornati dall'American Dental Association (ADA) nel corso dell'anno. In caso di domande su un codice ADA dentale, si prega di chiamare il Servizio per i Membri. Il loro numero di telefono si trova sul retro della sua carta d'identità di membro del piano. Alcuni servizi dentistici possono richiedere un'autorizzazione preventiva e devono essere necessari dal punto di vista medico. Il fornitore si occuperà di tutte le autorizzazioni richieste dal piano. Nota: La copertura di cui sopra riguarda Medicare Supplemental Dental Benefit. La sua New York Medicaid Dental Benefit è gestita anche dal Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Per qualsiasi domanda su questo sussidio Medicaid, contatti il Piano.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti. Non tutte le procedure dentistiche raccomandate da un dentista possono essere coperte. Chieda al dentista di dirle quanto pagherà il piano e quanto dovrà pagare di tasca sua. Se un servizio non è coperto o se si supera l'indennità massima, i costi potrebbero essere a suo carico. Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Screening della depressione *	
Copriamo uno screening per la depressione all'anno. Lo screening deve essere effettuato in un contesto di assistenza primaria in grado di fornire un trattamento di follow-up e/o rinvii.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per una visita annuale di screening per la depressione.
Screening del diabete *	
Copriamo questo screening (inclusi i test della glicemia a digiuno) se si dispone di uno qualsiasi dei seguenti fattori di rischio: pressione alta (ipertensione), anamnesi di livelli anormali di colesterolo e trigliceridi (dislipidemia), obesità o anamnesi di glicemia alta (glucosio). I test possono essere coperti anche se si soddisfano altri requisiti, come il sovrappeso e una storia familiare di diabete. Può beneficiare di un massimo di due screening del diabete ogni 12 mesi dalla data dell'ultimo test di screening del diabete.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i test di screening del diabete coperti da Medicare.
Formazione sull'autogestione del diabete, servizi e forniture per diabetici*	
Per tutte le persone che hanno il diabete (utilizzatori di insulina e non). I servizi coperti includono: • Forniture per monitorare la glicemia: Monitor della glicemia, strisce reattive per la glicemia, dispositivi a lancetta e lancette e soluzioni per il controllo della glicemia per verificare l'accuratezza delle strisce reattive e dei monitor. ◦ Monitor della glicemia (zucchero) - Coperto quando il medico lo prescrive per l'uso a casa. - I misuratori di glicemia di marca preferita non richiedono un'autorizzazione preventiva. ◦ Strisce reattive per glucosio (zucchero) nel sangue - Le strisce reattive per la glicemia di marca preferita non richiedono un'autorizzazione preventiva. - Può essere limitato a una fornitura di 30 giorni per riempimento. - I misuratori di glicemia di marca preferita non richiedono un'autorizzazione preventiva. ◦ Soluzioni per il controllo del glucosio per verificare la precisione delle strisce reattive e dei monitor.	Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio. Le forniture sono coperte quando si ha una prescrizione e la si riempie in una farmacia al dettaglio della rete o attraverso il programma Mail Service Pharmacy. Vedere "Oculistica" in questo grafico per i servizi del medico se è necessario un esame della vista per la retinopatia diabetica o uno screening del glaucoma. Vedere "Servizi di podologia" in questo grafico se si è diabetici e si ha bisogno di consultare un medico per un esame del piede.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Formazione sull'autogestione del diabete, servizi e forniture per diabetici* (continued) • Per le persone con diabete che hanno una grave malattia del piede diabetico: Un paio per anno solare di scarpe terapeutiche stampate su misura (inclusi gli inserti forniti con tali scarpe) e due ulteriori paia di inserti, o un paio di scarpe di profondità e tre paia di inserti (esclusi gli inserti rimovibili non personalizzati forniti con tali scarpe). La copertura comprende il montaggio. • La formazione sull'autogestione del diabete è coperta in determinate condizioni. • I servizi per diabetici coperti da Medicare comprendono: ◦ Visita oculistica annuale e test del glaucoma ◦ Esami del piede ◦ Servizi di terapia nutrizionale medica (MNT)	Vedere "Terapia nutrizionale medica" in questa tabella se si è diabetici e si ha bisogno di servizi di terapia nutrizionale medica (MNT). **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva per forniture per diabetici, scarpe per diabetici e inserti.** **Non è necessaria un'autorizzazione preventiva per il produttore preferito.**
Apparecchiature mediche durevoli (DME) e forniture correlate (Per una definizione di apparecchiature mediche durevoli, vedere il Capitolo 12 e il Capitolo 3, Sezione 7 del presente documento.) Gli articoli coperti includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: sedie a rotelle, stampelle, sistemi di materassi elettrici, forniture per diabetici, letti ospedalieri ordinati da un fornitore per l'uso in casa, pompe per infusione endovenosa, dispositivi per la generazione del parlato, apparecchiature per l'ossigeno, nebulizzatori e deambulatori. Copriamo tutte le DME necessarie dal punto di vista medico coperte da Original Medicare. Se il nostro fornitore nella sua zona non ha una particolare marca o produttore, può chiedere loro se possono ordinarlo in modo speciale per lei. L'elenco più recente dei fornitori è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo SWHNY.com.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per questi servizi. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Cure di emergenza L'assistenza di emergenza si riferisce a servizi che sono: • Fornito da un fornitore qualificato per fornire servizi di emergenza e • Necessario per valutare o stabilizzare una condizione medica di emergenza. Un'emergenza medica è quando lei, o qualsiasi altro laico prudente con una conoscenza media della salute e della medicina, ritieni di avere sintomi medici che richiedono cure mediche immediate per prevenire la perdita della vita (e, se sei una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per questi servizi. Se viene ricoverato in un ospedale, pagherà la condivisione dei costi come descritto in "Assistenza ospedaliera" in questo grafico.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Cure di emergenza (continued)	
nato), la perdita di un arto o la perdita della funzione di un arto. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando. La ripartizione dei costi per i servizi di emergenza necessari forniti fuori rete è la stessa di tali servizi forniti in rete. Le cure di emergenza al di fuori degli Stati Uniti (USA) possono essere coperte dal sussidio della copertura di emergenza in tutto il mondo. Offriamo fino a $10,000 di copertura di emergenza in tutto il mondo ogni anno civile per le cure di emergenza e le cure post-stabilizzazione. Consultare "Copertura delle cure di emergenza in tutto il mondo" in questo grafico per saperne di più.	La condivisione dei costi è la stessa per i servizi di emergenza in rete o fuori rete. Se riceve cure di emergenza in un ospedale fuori rete e ha bisogno di cure ospedaliere dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, deve tornare in un ospedale di rete affinché le sue cure continuino a essere coperte o deve avere le sue cure ospedaliere presso l'ospedale fuori rete autorizzato dal piano e il suo costo è la condivisione dei costi più alta che pagherebbe in un ospedale di rete.
Sussidio fitness (supplementare) *	
I membri hanno accesso a strutture di fitness convenzionate e a kit per l'home fitness. Le opzioni di Home Fitness includono la scelta di fitness tracker, kit di forza o di yoga. Il kit per la forza comprende elastici per esercizi e manubri da 5 libbre. Il kit yoga comprende un tappetino e un asciugamano.	Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio. Parli sempre con il suo medico prima di iniziare o modificare la sua routine di allenamento.
Programmi di educazione alla salute e al benessere *	
Programmi di gestione sanitaria Abbiamo programmi disponibili per aiutarla a gestire una condizione di salute diagnosticata. I programmi includono: • Gestione dell'asma. • Gestione della depressione. • Gestione del diabete. • Gestione della pressione alta. • Gestione delle malattie cardiovascolari (CVD). • Gestione della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). • Programma di gravidanza.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per questi servizi.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Programmi di educazione alla salute e al benessere * (continued) Sono disponibili materiali didattici e consigli per la cura. Possiamo anche aiutarti a lavorare con il suo fornitore. Iscrizione ai programmi di gestione sanitaria: • Verrà automaticamente iscritto/a al/ai programma/i che meglio soddisfa le sue esigenze in base ai dati relativi alle richieste mediche o farmaceutiche. • È inoltre possibile iscriversi tramite il proprio provider o auto-referente. Ci sono alcuni requisiti che è necessario soddisfare per iscriversi. Disiscrizione dai Programmi di Gestione Sanitaria: • Questi programmi sono volontari e può scegliere di essere rimosso da un programma in qualsiasi momento. Può saperne di più o iscriversi a uno dei programmi di cui sopra chiamando il nostro Dipartimento di gestione sanitaria al numero (866) 891-2320 (tty: 711), dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. (ora solare orientale). **Programmi di promozione della salute** Sono disponibili anche altri programmi progettati per arricchire la sua salute e il suo stile di vita, come ad esempio: • Un programma per smettere di fumare. • Un programma di controllo del peso. Per informazioni e/o materiali per smettere di fumare o per il controllo del peso chiamare il numero (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. (ora solare orientale) **Linea di consulenza infermieristica** Se ha un problema di salute immediato, domande su una condizione medica o desideri informazioni generali sulle risorse sanitarie disponibili, la linea di consulenza infermieristica è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Il numero verde della Linea di consulenza infermieristica è: (877) 353-0185, (TTY/TDD: 711) Un'infermiera registrata la aiuterà a determinare se può gestire le sue cure a casa o se ha bisogno dell'attenzione di un medico.	

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Programmi di educazione alla salute e al benessere * (continued) Chiami in qualsiasi momento, di giorno o di notte, per parlare con un'infermiera registrata di malattie o infortuni. • Non è necessario alcuna impegnativa o autorizzazione preventiva Questo servizio non è destinato alle emergenze. In caso di emergenza, comporre immediatamente il 911.	
Carta Healthy You La carta Healthy You del piano può essere utilizzata per pagare determinati sussidi del piano supplementare come: • Farmaci da banco (OTC) • Alimenti e prodotti* • Servizi di trasporto non di emergenza (supplementare) *Requisiti di idoneità applicabili. La carta di debito precaricata non è una carta di credito. Non è possibile convertire la carta in contanti o prestarla ad altre persone. Le procedure cosmetiche non sono coperte da questa tessera. I fondi vengono caricati sulla carta mensilmente. Alla fine di ogni mese, il denaro non utilizzato assegnato non verrà riportato al mese successivo o all'anno di piano successivo. Se abbandona il piano, tutti i fondi allocati inutilizzati tornano al piano alla data di disiscrizione effettiva. Per ulteriori informazioni su come qualificarsi per i sussidi supplementari speciali per malattie croniche e alimenti e prodotti, si prega di telefonare al Servizio per i Membri Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Per accedere alle indennità per le SSBCI, i membri devono essere affetti da una patologia cronica qualificante, avere una HRA valida compilata per la loro attuale iscrizione a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP); e fornire l'approvazione del medico in collaborazione con la gestione dei casi Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Fare riferimento a “Sussidi supplementari speciali per i malati cronici” in questo grafico per ulteriori informazioni.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per la sua carta Healthy You.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi per l'udito (coperti da Medicare) Le valutazioni diagnostiche dell'udito e dell'equilibrio eseguite dal suo fornitore per determinare se ha bisogno di cure mediche sono coperte come cure ambulatoriali quando fornite da un medico, un audiologo o un altro fornitore qualificato. Gli esami diagnostici dell'udito e dell'equilibrio coperti da Medicare aiutano a determinare se è necessario o meno un trattamento medico. L'esame si basa esclusivamente su una necessità medica, come una perdita dell'udito dovuta a malattia, infortunio o intervento chirurgico. Copriamo quanto segue nell'ambito del suo sussidio Medicaid quando necessario dal punto di vista medico per alleviare l'invalidità causata da perdita o compromissione dell'udito: • Selezione, montaggio ed erogazione degli apparecchi acustici • Controlli degli apparecchi acustici, valutazioni di conformità e riparazioni • Prodotti per l'udito come stampi per orecchie, raccordi speciali e parti di ricambio. Servizi di audiologia, inclusi esami e test, valutazioni e prescrizioni di apparecchi acustici.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per questi servizi.
Screening HIV * Per le persone che chiedono un test di screening per l'HIV o che sono ad aumentato rischio di infezione da HIV, copriamo: • Un esame di screening ogni 12 mesi Per le donne in gravidanza, copriamo: • Fino a tre esami di screening durante una gravidanza	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i membri idonei allo screening preventivo dell'HIV coperto da Medicare.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Assistenza sanitaria a domicilio Prima di ricevere servizi sanitari a domicilio, un medico deve certificare che ha bisogno di servizi sanitari a domicilio e ordinerà che i servizi sanitari a domicilio siano forniti da un'agenzia sanitaria a domicilio. È necessario essere costretti a casa, il che significa che uscire di casa è uno sforzo notevole. I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: • Servizi di assistenza infermieristica e sanitaria a domicilio qualificati a tempo parziale o intermittente (per essere coperti dal sussidio dell'assistenza sanitaria a domicilio, i servizi di assistenza infermieristica e sanitaria a domicilio combinati devono essere inferiori a 8 ore al giorno e 35 ore alla settimana) • Fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia • Servizi medici e sociali • Attrezzature e forniture mediche	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per questi servizi. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Terapia infusionale domiciliare La terapia infusionale domiciliare prevede la somministrazione endovenosa o sottocutanea di farmaci o prodotti biologici a un individuo a casa. I componenti necessari per eseguire l'infusione domiciliare includono il farmaco (ad esempio, antivirali, immunoglobuline), apparecchiature (ad esempio, una pompa) e forniture (ad esempio, tubi e cateteri). I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: • Servizi professionali, compresi i servizi infermieristici, forniti in conformità con il piano di assistenza • Formazione e istruzione dei pazienti non altrimenti coperte dal sussidio delle attrezzature mediche durevoli • Monitoraggio remoto • Servizi di monitoraggio per la fornitura di terapia infusionale domiciliare e farmaci infusionali domiciliari forniti da un fornitore qualificato di terapia infusionale domiciliare	Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Assistenza ospedaliera * Ha diritto al sussidio dell'hospice quando il suo medico e il direttore medico dell'hospice le hanno dato una prognosi terminale che certifica che sei malato terminale e ha 6 mesi o meno di vita se la sua malattia ha un decorso normale. È possibile ricevere assistenza da qualsiasi programma di hospice certificato Medicare. Il suo piano è obbligato ad aiutarti a trovare programmi di hospice certificati Medicare nell'area di servizio del piano, compresi	Quando si iscrive a un programma di hospice certificato da Medicare, i Suoi servizi di hospice e i suoi servizi Parte A e Parte B relativi alla sua prognosi terminale sono pagati da Original

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Assistenza ospedaliera * (continued)	
quelli che l'organizzazione MA possiede, controlla o ha un interesse finanziario. Il medico dell'hospice può essere un provider di rete o un provider fuori rete. I servizi coperti includono: • Farmaci per il controllo dei sintomi e il sollievo dal dolore • Assistenza di sollievo a breve termine • Assistenza domiciliare Per i servizi di hospice e per i servizi coperti da Medicare Parte A o B e correlati alla prognosi terminale: Original Medicare (piuttosto che il nostro piano) pagherà il suo fornitore di hospice per i suoi servizi di hospice relativi alla sua prognosi terminale. Mentre è nel programma hospice, il suo fornitore di hospice fatturerà Original Medicare per i servizi che Original Medicare paga. Per i servizi coperti da Medicare Parte A o B e non correlati alla prognosi terminale: Se ha bisogno di servizi non urgenti e non di emergenza che sono coperti da Medicare Parte A o B e che non sono correlati alla sua prognosi terminale, il suo costo per questi servizi dipende dal fatto che lei utilizzi un fornitore nella rete del nostro piano e segua le regole del piano (ad esempio se è necessario ottenere un'autorizzazione preventiva). • Se si ottengono i servizi coperti da un fornitore di rete e si seguono le regole del piano per ottenere il servizio, si paga solo l'importo di condivisione dei costi del piano per i servizi in rete • Se si ottengono i servizi coperti da un fornitore fuori rete, si paga la condivisione dei costi sotto Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) Per i servizi coperti da Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ma non coperti da Medicare Parte A o B: Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) continuerà a coprire i servizi coperti dal piano che non sono coperti dalla Parte A o B indipendentemente dal fatto che siano correlati o meno alla prognosi terminale. Paga l'importo di condivisione dei costi del suo piano per questi servizi. Per i farmaci che possono essere coperti dal sussidio della Parte D del piano: Se questi farmaci non sono correlati alla sua condizione di hospice terminale, paga la condivisione dei costi. Se sono correlati alla sua condizione di hospice terminale, paga la condivisione dei costi di Original Medicare. I farmaci non sono mai coperti sia dall'hospice che dal nostro piano allo stesso	Medicare, non da Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Il nostro piano copre i servizi di consulenza per l'hospice (una sola volta) per un malato terminale che non ha scelto il sussidio hospice. Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i membri idonei a questo sussidio.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Assistenza ospedaliera * (continued) tempo. Per ulteriori informazioni, consulti il Capitolo 5, Sezione 9.4 (*Cosa succede se è in un hospice certificato Medicare*). **Nota:** Se ha bisogno di cure non ospedaliere (cure che non sono correlate alla sua prognosi terminale), contattaci per organizzare i servizi. Il nostro piano copre i servizi di consulenza per l'hospice (una sola volta) per un malato terminale che non ha scelto il sussidio hospice.	
Immunizzazioni * I servizi Medicare Parte B coperti includono: • Vaccini contro la polmonite • Vaccino (o vaccini) antinfluenzale/i, una volta per ogni stagione influenzale in autunno e in inverno, con ulteriori vaccini antinfluenzali se necessari dal punto di vista medico • Vaccini contro l'epatite B se il rischio di contrarre l'epatite B è alto o intermedio • Vaccini contro il COVID-19 • Altri vaccini se si è a rischio e se soddisfano le regole di copertura di Medicare Parte B Copriamo anche la maggior parte degli altri vaccini per adulti nell'ambito del nostro sussidio per farmaci con prescrizione della Parte D. Consultare il Capitolo 6, Sezione 8 per ulteriori informazioni.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i vaccini contro polmonite, influenza, epatite B e COVID-19.
Assistenza ospedaliera Include ricovero acuto, riabilitazione ospedaliera, ospedali di assistenza a lungo termine e altri tipi di servizi ospedalieri. L'assistenza ospedaliera inizia il giorno in cui viene formalmente ricoverato in ospedale su ordine di un medico. Il giorno prima di essere dimesso è il suo ultimo giorno di degenza. I servizi coperti comprendono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: • Stanza semi-privata (o una stanza privata se necessario dal punto di vista medico) • Pasti che includono diete speciali • Servizi infermieristici regolari • Costi delle unità di cure speciali (come terapia intensiva o unità di terapia coronarica)	Paga $0 per i giorni da 1 a 90 di una degenza ospedaliera per periodo di sussidio. Il nostro piano copre anche 60 "giorni di riserva a vita". Questi sono giorni "extra" che copriamo. Se la degenza ospedaliera è superiore a 90 giorni per periodo di sussidio, è possibile utilizzare questi giorni in più. Ma una volta esauriti questi 60 giorni extra, la copertura ospedaliera sarà

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Assistenza ospedaliera (continued) • Farmaci e medicinali • Test di laboratorio • Radiografie e altri servizi radiologici • Forniture chirurgiche e mediche necessarie • Uso di elettrodomestici, come sedie a rotelle • Costi operativi e di sala di risanamento • Terapia fisica, occupazionale e logopedica • Servizi ospedalieri per i disturbi da uso di sostanze • In determinate condizioni, sono coperti i seguenti tipi di trapianti: corneale, renale, rene-pancreatico, cuore, fegato, polmone, cuore/polmone, midollo osseo, cellule staminali e intestino/multiviscerale. Se ha bisogno di un trapianto, provvederemo a far esaminare il suo caso da un centro trapianti approvato da Medicare che deciderà se è un candidato per un trapianto. I fornitori di trapianti possono essere locali o al di fuori dell'area di servizio. Se i nostri servizi di trapianto in rete sono al di fuori del modello di assistenza della comunità, può scegliere di recarti localmente purché i fornitori di trapianti locali siano disposti ad accettare la tariffa Original Medicare. Se Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) fornisce servizi di trapianto in un luogo al di fuori del modello di cura per i trapianti nella sua comunità e lei sceglie di ottenere trapianti in questo luogo lontano, organizzeremo o pagheremo i costi di alloggio e trasporto appropriati per lei e un accompagnatore. • Sangue - compresi l'immagazzinamento e la somministrazione. La copertura di sangue intero e globuli rossi concentrati inizia solo con la quarta pinta di sangue di cui ha bisogno: deve pagare i costi per le prime 3 pinte di sangue che riceve in un anno solare o far donare il sangue da lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima pinta utilizzata • Servizi al medico **Nota:** Per essere un ricoverato, il suo medico deve scrivere un ordine per ammetterti formalmente come ricoverato dell'ospedale. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente "ambulatoriale". Se non si è sicuri se si è un paziente ricoverato o ambulatoriale, si dovrebbe chiedere al personale ospedaliero. È inoltre possibile trovare ulteriori informazioni in una scheda informativa di Medicare intitolata "È un paziente ospedaliero ricoverato o ambulatoriale? Se ha Medicare – Chieda!" Questa scheda informativa è disponibile sul Web all'indirizzo https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-	limitata a 90 giorni per periodo di sussidio. Se riceve cure ospedaliere autorizzate in un ospedale fuori rete dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, il suo costo è la condivisione dei costi che pagherebbe in un ospedale di rete. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**

Final

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Assistenza ospedaliera (continued) Hospital-Benefits.pdf o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.	
Servizi di degenza in un ospedale psichiatrico I servizi coperti includono i servizi di assistenza sanitaria mentale che richiedono una degenza ospedaliera. • Può ottenere questi servizi in un ospedale generale o in un ospedale psichiatrico che si prende cura solo di persone con condizioni di salute mentale. • Se si trova in un ospedale psichiatrico (invece di un ospedale generale), Medicare paga solo fino a 190 giorni di servizi psichiatrici ospedalieri durante la sua vita. • Se ha utilizzato parte del suo limite di vita di 190 giorni prima di iscriverti al nostro piano, il numero di giorni di ospedale a vita coperti è ridotto del numero di giorni di ricovero per cure di salute mentale precedentemente coperte da Medicare in un ospedale psichiatrico. • Il limite di 190 giorni non si applica ai servizi di salute mentale forniti in un'unità psichiatrica di un ospedale generale. • Non c'è limite al numero di periodi di sussidio che può avere quando riceve cure di salute mentale in un ospedale generale. Può anche avere più periodi di sussidio quando riceve cure in un ospedale psichiatrico, ma c'è un limite di vita di 190 giorni. Medicare non copre: • Assistenza infermieristica privata • Un telefono o un televisore in camera • Una stanza privata (a meno che non sia necessaria dal punto di vista medico)	Paga $0 per i giorni da 1 a 90 di una degenza ospedaliera per periodo di sussidio. Il nostro piano copre anche 60 "giorni di riserva a vita". Questi sono giorni "extra" che copriamo. Se la degenza ospedaliera è superiore a 90 giorni per periodo di sussidio, è possibile utilizzare questi giorni in più. Ma una volta esauriti questi 60 giorni extra, la copertura ospedaliera sarà limitata a 90 giorni per periodo di sussidio. Se riceve cure ospedaliere autorizzate in un ospedale fuori rete dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, il suo costo è la condivisione dei costi che pagherebbe in un ospedale di rete. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Ricovero ospedaliero: Servizi coperti ricevuti in un ospedale o SNF durante una degenza ospedaliera non coperta Se ha esaurito i suoi sussidi ospedalieri o se il soggiorno ospedaliero non è ragionevole e necessario, non copriremo il suo soggiorno ospedaliero. Tuttavia, in alcuni casi, copriremo alcuni servizi che riceve mentre sei in ospedale o nella struttura infermieristica qualificata (SNF). I servizi coperti comprendono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: • Servizi al medico	Per conoscere la quota di partecipazione al costo dei servizi ricevuti durante un ricovero non coperto, consultare il sussidio in questa tabella.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Ricovero ospedaliero: Servizi coperti ricevuti in un ospedale o SNF durante una degenza ospedaliera non coperta (continued) • Esami diagnostici (come esami di laboratorio) • Radioterapia, radioterapia e terapia isotopica, compresi i materiali e i servizi del tecnico • Medicazioni chirurgiche • Stecche, gessi e altri dispositivi utilizzati per ridurre fratture e lussazioni • Dispositivi protesici e ortesi (diversi da quelli dentali) che sostituiscono tutto o parte di un organo interno del corpo (compreso il tessuto contiguo), o tutta o parte della funzione di un organo interno del corpo permanentemente inoperante o malfunzionante, compresa la sostituzione o la riparazione di tali dispositivi • Tutori per gambe, braccia, schiena e collo; capriate; gambe, braccia e occhi artificiali, comprese le regolazioni, le riparazioni e le sostituzioni necessarie a causa di rottura, usura, perdita o cambiamento delle condizioni fisiche del paziente • Fisioterapia, logopedia e terapia occupazionale	**Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Terapia nutrizionale medica * Questo sussidio è per le persone con diabete, malattia renale (ma non in dialisi) o dopo un trapianto di rene quando prescritto dal medico. Copriamo 3 ore di servizi di consulenza individuale durante il primo anno in cui riceve servizi di terapia nutrizionale medica nell'ambito di Medicare (questo include il nostro piano, qualsiasi altro piano Medicare Advantage o Original Medicare) e 2 ore ogni anno successivo. Se la sua condizione, il trattamento o la diagnosi cambiano, potresti essere in grado di ricevere più ore di trattamento con l'ordine di un medico. Un medico deve prescrivere questi servizi e rinnovare il loro ordine ogni anno se il trattamento è necessario nell'anno solare successivo.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i membri idonei per i servizi di terapia nutrizionale medica coperti da Medicare.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Programma Medicare di Prevenzione del Diabete (MDPP) *	
I servizi MDPP saranno coperti per i beneficiari Medicare idonei nell'ambito di tutti i piani sanitari Medicare. MDPP è un intervento strutturato sul cambiamento del comportamento sanitario che fornisce una formazione pratica sul cambiamento dietetico a lungo termine, una maggiore attività fisica e strategie di risoluzione dei problemi per superare le sfide per sostenere la perdita di peso e uno stile di vita sano.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per il sussidio MDPP.
Farmaci soggetti a prescrizione Medicare Parte B Questi farmaci sono coperti dalla Parte B di Original Medicare. I membri del nostro piano ricevono copertura per questi farmaci attraverso il nostro piano. I farmaci coperti includono: • Farmaci che di solito non sono auto-somministrati dal paziente e vengono iniettati o infusi mentre si ricevono servizi medici, ambulatoriali ospedalieri o ambulatoriali del centro chirurgico • Insulina fornita attraverso un dispositivo medico durevole (come una pompa per insulina necessaria dal punto di vista medico) • Altri farmaci che assumi utilizzando apparecchiature mediche durevoli (come i nebulizzatori) autorizzate dal piano • Il farmaco per l'Alzheimer, Leqembi, (nome generico lecanemab), che viene somministrato per via endovenosa. Oltre ai costi dei farmaci, potrebbero essere necessarie ulteriori ecografie ed esami prima e/o durante il trattamento, che potrebbero aumentare i costi complessivi. Parli con il suo medico delle scansioni e degli esami di cui potrebbe aver bisogno nell'ambito del suo trattamento. • I farmaci iniettabili per l'osteoporosi, se si è costretti a casa, hanno una frattura ossea che un medico certifica essere correlata all'osteoporosi post-menopausale e non possono autosomministrarsi il farmaco • Alcuni farmaci antitumorali orali: Medicare copre alcuni farmaci oncologici assunti per bocca se lo stesso farmaco è disponibile in forma iniettabile o se il farmaco è un prodrug (una forma orale di un farmaco che, una volta ingerito, si scompone nello stesso principio attivo presente nel farmaco iniettabile) del farmaco iniettabile. Nel momento in cui si rendono disponibili nuovi farmaci orali contro il cancro, la Parte B può coprirli. Se la Parte B non li copre, lo fa la Parte D.	Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio. **I farmaci della Parte B possono essere soggetti a una terapia a gradini.** **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Farmaci soggetti a prescrizione Medicare Parte B (continued) • Farmaci antinausea orali: Medicare copre i farmaci antinausea orali utilizzati nell'ambito di un regime chemioterapico antitumorale se vengono somministrati prima, durante o entro 48 ore dalla chemioterapia o se vengono utilizzati come sostituzione terapeutica completa di un farmaco antinausea per via endovenosa. • Alcuni farmaci orali per la malattia renale allo stadio terminale (ESRD) se lo stesso farmaco è disponibile in forma iniettabile ed è coperto dal sussidio ESRD della Parte B • Farmaci calcimetici nell'ambito del sistema di pagamento ESRD, tra cui il farmaco Parsabiv® per via endovenosa e il farmaco Sensipar® per via orale. • Alcuni farmaci per la dialisi domiciliare, tra cui l'eparina, l'antidoto per l'eparina quando necessario dal punto di vista medico e gli anestetici topici. • Agenti stimolanti l'eritropoiesi: Medicare copre l'eritropoietina per via iniettiva se è affetto da malattia renale allo stadio terminale (ESRD) o se ha bisogno di questo farmaco per trattare l'anemia correlata ad altre condizioni (come il Procrit®). • Immunoglobuline per via endovenosa per il trattamento domiciliare delle malattie da immunodeficienza primaria • Nutrizione parenterale ed enterale (alimentazione endovenosa e con sondino) Copriamo anche alcuni vaccini nell'ambito dei nostri sussidi per i farmaci da prescrizione della Parte B e della Parte D. Il Capitolo 5 spiega il sussidio del farmaco prescritto nella Parte D, comprese le regole che devi seguire per coprire le prescrizioni. Quanto paga per i suoi farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D attraverso il nostro piano è spiegato nel Capitolo 6. In alcuni casi, il nostro piano prevede che lei debba prima provare determinati farmaci per il trattamento della sua patologia prima che venga coperto un altro farmaco per la stessa patologia. Ad esempio, se il farmaco A e il farmaco B trattano entrambi la condizione ma il farmaco A costa meno, potrebbe essere necessario provare prima il farmaco A. Se il farmaco A non funziona, copriremo il farmaco B. Per saperne di più su come determiniamo la necessità di una terapia graduale, visiti il sito SWHNY.com.	

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Screening e terapia dell'obesità per promuovere una perdita di peso sostenuta *	
Se ha un indice di massa corporea di 30 o più, copriamo la consulenza intensiva per aiutarti a perdere peso. Questa consulenza è coperta se la riceve in un ambiente di assistenza primaria, dove può essere coordinata con il suo piano di prevenzione completo. Per ulteriori informazioni, rivolgersi al medico di base o al professionista.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per lo screening e la terapia preventiva dell'obesità.
Servizi del programma di trattamento con oppioidi	
I membri del nostro piano con disturbo da uso di oppioidi (OUD) possono ricevere la copertura dei servizi per il trattamento dell'OUD attraverso un programma di trattamento degli oppioidi (OTP) che include i seguenti servizi: • Farmaci agonisti e antagonisti degli oppioidi approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti (MAT) • Distribuzione e somministrazione di farmaci MAT, (se applicabile) • Consulenza per i disturbi da uso di sostanze • Terapia individuale e di gruppo • Test tossicologici • Attività di accoglienza • Valutazioni periodiche	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i servizi del programma di trattamento ambulatoriale con oppioidi coperti da Medicare. **Non è necessaria un'autorizzazione preventiva per i servizi del programma di trattamento ambulatoriale degli oppioidi coperti da Medicare, ma potrebbe essere necessaria se si richiedono farmaci per il trattamento degli oppioidi.**
Esami diagnostici ambulatoriali e prestazioni e forniture terapeutiche	
I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: • Raggi X • Radioterapia (radio e isotopi) compresi i materiali e le forniture del tecnico • Forniture chirurgiche, come medicazioni • Stecche, gessi e altri dispositivi utilizzati per ridurre fratture e lussazioni • Esami di laboratorio	Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.** **Non è necessaria alcuna autorizzazione per i servizi di laboratorio ambulatoriale e i servizi di radiografia**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Esami diagnostici ambulatoriali e prestazioni e forniture terapeutiche (continued)	
• Sangue - compresi l' immagazzinamento e l'amministrazione. La copertura di sangue intero e globuli rossi concentrati inizia solo con la quarta pinta di sangue di cui ha bisogno: devi pagare i costi per le prime 3 pinte di sangue che riceve in un anno solare o far donare il sangue da Lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima pinta utilizzata • Altri test diagnostici ambulatoriali – servizi diagnostici non radiologici come ECG, EEG, test di funzionalità polmonare, studi del sonno e test di stress del tapis roulant. • Servizi radiologici diagnostici (sia complessi che non complessi) come scansioni specialistiche, TC, SPECT, PET, MRI, MRA, studi nucleari, ultrasuoni, mammografie diagnostiche e procedure radiologiche interventistiche (studi di mielografia, cistogramma, angiogramma e bario).	**ambulatoriale. I test di laboratorio genetici richiedono un'autorizzazione preventiva.**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Osservazione ambulatoriale ospedaliera I servizi di osservazione sono servizi ambulatoriali ospedalieri forniti per determinare se è necessario essere ricoverati in regime di ricovero o se si può essere dimessi. Affinché i servizi di osservazione ospedaliera ambulatoriale siano coperti, devono soddisfare i criteri Medicare ed essere considerati ragionevoli e necessari. I servizi di osservazione sono coperti solo se forniti su ordine di un medico o di un altro individuo autorizzato dalla legge statale sulle autorizzazioni e dallo statuto del personale ospedaliero ad ammettere i pazienti in ospedale o a ordinare esami ambulatoriali. **Nota:** A meno che il fornitore non abbia scritto un ordine per ricoverarti in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di condivisione dei costi per i servizi ospedalieri ambulatoriali. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente "ambulatoriale". Se non è sicuro di essere un paziente ambulatoriale, deve chiedere al personale ospedaliero. È inoltre possibile trovare ulteriori informazioni in una scheda informativa di Medicare intitolata "È un paziente ospedaliero ricoverato o ambulatoriale? Se ha Medicare – Chieda!" Questa scheda informativa è disponibile sul Web all'indirizzo https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Servizi ospedalieri ambulatoriali Copriamo i servizi medici necessari che riceve nel reparto ambulatoriale di un ospedale per la diagnosi o il trattamento di una malattia o di un infortunio. I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: • Servizi in un pronto soccorso o ambulatorio, come servizi di osservazione o chirurgia ambulatoriale • Esami di laboratorio e diagnostici fatturati dall'ospedale • Assistenza sanitaria mentale, compresa l'assistenza in un programma di ospedalizzazione parziale, se un medico certifica che sarebbe necessario un trattamento ospedaliero senza di essa • Radiografie e altri servizi radiologici fatturati dall'ospedale • Forniture mediche come stecche e gessi	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio. I servizi ospedalieri ambulatoriali sono coperti dagli altri sussidi della presente tabella. Vedere questi e altri sussidi quando l'assistenza viene prestata in un ambiente ospedaliero ambulatoriale: • "Cure di emergenza" • "Copertura di emergenza/ urgenza in tutto il mondo"

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi ospedalieri ambulatoriali (continued) • Alcuni farmaci e prodotti biologici che non possono essere somministrati da soli **Nota:** A meno che il fornitore non abbia scritto un ordine per ricoverarti in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di condivisione dei costi per i servizi ospedalieri ambulatoriali. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente "ambulatoriale". Se non è sicuro di essere un paziente ambulatoriale, deve chiedere al personale ospedaliero. È inoltre possibile trovare ulteriori informazioni in una scheda informativa di Medicare intitolata "È un paziente ospedaliero ricoverato o ambulatoriale? Se ha Medicare – Chieda!" Questa scheda informativa è disponibile sul Web all'indirizzo https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.	• "Esami diagnostici ambulatoriali e prestazioni e forniture terapeutiche" • "Chirurgia ambulatoriale fornita presso le strutture ambulatoriali ospedaliere e i centri chirurgici ambulatoriali" • "Ricoveri parziali" **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.** **Non è necessaria alcuna autorizzazione per i servizi di laboratorio ambulatoriale e i servizi di radiografia ambulatoriale. I test di laboratorio genetici richiedono un'autorizzazione preventiva.**
Assistenza psichiatrica ambulatoriale I servizi coperti includono: Servizi di salute mentale forniti da uno psichiatra o un medico con licenza statale, uno psicologo clinico, un assistente sociale clinico, un infermiere clinico, un consulente professionale autorizzato (LPC), un terapeuta matrimoniale e familiare autorizzato (LMFT), un infermiere (NP), un assistente medico (PA) o un altro professionista della salute mentale qualificato Medicare, come consentito dalle leggi statali applicabili. La sua copertura di assistenza sanitaria mentale ambulatoriale Medicare include: • Uno screening per la depressione ogni anno solare. Lo screening deve essere effettuato in uno studio medico di base o in una clinica di cure primarie in grado di fornire un trattamento di follow-up e rinvii. • Psicoterapia individuale e di gruppo con medici o determinati professionisti autorizzati dallo stato in cui si ottengono questi servizi. • Consulenza familiare, se lo scopo principale è quello di aiutare con il trattamento.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio. Vedere "Screening della depressione" in questa tabella per lo screening annuale della depressione. Se ha bisogno di questo trattamento ambulatoriale per la salute mentale coperto da Medicare, consulti la sezione "Ricovero ospedaliero parziale" di questa tabella. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Assistenza psichiatrica ambulatoriale (continued) • Test per scoprire se sta ricevendo i servizi di cui ha bisogno e se il suo attuale trattamento la sta aiutando. • Valutazione psichiatrica. • Gestione dei farmaci.	
Servizi di riabilitazione ambulatoriale I servizi coperti includono: fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia. I servizi di riabilitazione ambulatoriale sono forniti in vari contesti ambulatoriali, come reparti ambulatoriali ospedalieri, studi di terapeuti indipendenti e strutture di riabilitazione ambulatoriale completa (CORF).	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Servizi ambulatoriali per i disturbi da uso di sostanze Sono coperte le cure ambulatoriali per il trattamento della dipendenza da droghe o alcol, senza l'uso di farmaci. I servizi possono includere servizi ambulatoriali intensivi e consulenza tradizionale.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Chirurgia ambulatoriale, compresi i servizi forniti presso le strutture ambulatoriali ospedaliere e i centri chirurgici ambulatoriali **Nota:** Se si sta sottoponendo a un intervento chirurgico in una struttura ospedaliera, deve verificare con il suo medico se sarà ricoverato o in regime ambulatoriale. A meno che il fornitore non scriva un ordine per ricoverarti in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di condivisione dei costi per la chirurgia ambulatoriale. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente "ambulatoriale".	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Articoli da banco (OTC) (supplementari) * Riceve $112 ogni mese da spendere per articoli, prodotti e farmaci OTC approvati dal piano con la sua carta MyChoice. Questa indennità mensile è condivisa con l'indennità per i servizi di trasporto non di emergenza (Supplementare). Può utilizzare questa indennità per articoli da banco, servizi di trasporto o una combinazione di entrambi con la sua carta Healthy You. La copertura include articoli per la salute e il benessere da banco non soggetti a prescrizione come vitamine, creme solari, antidolorifici, medicine per la tosse e il raffreddore e bende.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti se utilizza la sua carta Healthy You. I costi potrebbero essere a suo carico se supera l'indennità massima mensile. Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Articoli da banco (OTC) (supplementari) * (continued) Può ordinare: • Online – visiti NationsOTC.com/Molina • Per telefono – 877-208-9243 per parlare con un Consulente per l'esperienza dei membri NationsOTC al (TTY 711), 24 ore su 24, sette giorni su sette, 365 giorni all'anno. • Per posta - Compili e rispedisca il modulo d'ordine contenuto nel catalogo dei prodotti. • Attraverso i punti vendita aderenti all'iniziativa. Per un elenco completo degli articoli OTC approvati dal piano, consulti il catalogo dei prodotti OTC 2025 o si rivolga a un addetto all'assistenza OTC per ulteriori informazioni. Troverà informazioni importanti (linee guida per gli ordini) nel Catalogo dei prodotti OTC 2025.	
Servizi di ricovero parziale e servizi ambulatoriali intensivi Il ricovero parziale è un programma strutturato di trattamento psichiatrico attivo fornito come servizio ambulatoriale ospedaliero o da un centro di salute mentale comunitario, che è più intenso delle cure ricevute nello studio del medico, del terapeuta, del terapeuta matrimoniale e familiare autorizzato (LMFT) o del consulente professionale autorizzato ed è un'alternativa al ricovero ospedaliero. Il *servizio ambulatoriale intensivo* è un programma strutturato di trattamento di terapia comportamentale (mentale) attiva fornito in un reparto ambulatoriale ospedaliero, in un centro di salute mentale della comunità, in un centro sanitario qualificato a livello federale o in una clinica di salute rurale che è più intenso delle cure ricevute nell'ufficio del medico, del terapeuta autorizzato a praticare il matrimonio e la famiglia (LMFT) o del consulente professionale autorizzato, ma meno intenso dell'ospedalizzazione parziale.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Servizi di medici/professionisti, comprese le visite mediche I servizi coperti includono: • Servizi medici o chirurgici necessari forniti in uno studio medico, in un centro chirurgico ambulatoriale certificato, in un reparto ambulatoriale ospedaliero o in qualsiasi altra sede. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva. • Consultazione, diagnosi e trattamento da parte di uno specialista • Esami di base dell'udito e dell'equilibrio eseguiti dal PCP, se il medico lo ordina per vedere se ha bisogno di cure mediche	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi di medici/professionisti, comprese le visite mediche (continued) • Alcuni servizi di telemedicina, inclusi i servizi di assistenza primaria ◦ Ha la possibilità di ottenere questi servizi attraverso una visita di persona o tramite telemedicina. Se si sceglie di ottenere uno di questi servizi tramite telemedicina, è necessario utilizzare un provider di rete che offra il servizio tramite telemedicina. Per individuare un provider di rete, visita il nostro sito web all'indirizzo SWHNY.com. ◦ Le visite mediche virtuali sono visite mediche effettuate al di fuori delle strutture mediche da fornitori virtuali che utilizzano la tecnologia online e funzionalità audio/video dal vivo. ◦ Nota: Non tutte le condizioni mediche possono essere trattate attraverso visite virtuali. Il medico della visita virtuale identificherà se è necessario consultare un medico di persona per il trattamento. • Servizi di telemedicina per visite mensili correlate alla malattia renale allo stadio terminale per i membri della dialisi domiciliare in un centro di dialisi renale ospedaliero o di accesso critico, struttura di dialisi renale o casa del membro. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva. • Servizi di telemedicina per diagnosticare, valutare o trattare i sintomi di un ictus, indipendentemente dalla sua posizione. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva. • Servizi di telemedicina per i membri con un disturbo da uso di sostanze o un disturbo di salute mentale concomitante, indipendentemente dalla loro posizione. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva. • Servizi di telemedicina per la diagnosi, la valutazione e il trattamento dei disturbi di salute mentale se: ◦ Ha una visita di persona nei 6 mesi precedenti la sua prima visita di telemedicina ◦ Ha una visita di persona ogni 12 mesi durante la ricezione di questi servizi di telemedicina ◦ Possono essere fatte eccezioni a quanto sopra per determinate circostanze • Servizi di telesalute per visite di salute mentale forniti da Cliniche Sanitarie Rurali e Centri Sanitari Federalmente Qualificati • Check-in virtuali (ad esempio, per telefono o chat video) con il medico per 5-10 minuti **se**: ◦ Non è un nuovo paziente **e**	

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi di medici/professionisti, comprese le visite mediche (continued) ◦ Il check-in non è correlato a una visita in ufficio negli ultimi 7 giorni **e** ◦ Il check-in non comporta una visita in studio entro 24 ore o il primo appuntamento disponibile • Valutazione di video e/o immagini inviate al medico e interpretazione e follow-up da parte del medico entro 24 ore **se**: ◦ Non è un nuovo paziente **e** ◦ La valutazione non porta a una visita in studio entro 24 ore o al primo appuntamento disponibile • Consultazione del medico con altri medici per telefono, Internet o cartella clinica elettronica • Seconda opinione da parte di un altro operatore della rete prima dell'intervento • Cure dentistiche non routinarie (i servizi coperti sono limitati alla chirurgia della mandibola o delle strutture correlate, all'impostazione di fratture della mandibola o delle ossa facciali, all'estrazione dei denti per preparare la mandibola ai trattamenti radioterapici della malattia neoplastica del cancro o ai servizi che sarebbero coperti se forniti da un medico). Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva. • Servizi di monitoraggio in uno studio medico o in un ospedale ambulatoriale se sta assumendo farmaci anticoagulanti, come Coumadin, Eparina o Warfarin.	
Servizi di podologia (coperti da Medicare) I servizi coperti includono: • Diagnosi e trattamento medico o chirurgico di lesioni e malattie dei piedi (come l'alluce valgo o gli speroni calcaneari) • Cura dei piedi di routine per i membri con determinate condizioni mediche che interessano gli arti inferiori	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Servizi di podologia (supplementari)* Non è necessario avere una patologia di base per usufruire di questo sussidio. La copertura comprende la cura generale dei piedi, come la rimozione di calli e duroni, il taglio delle unghie dei piedi, il trattamento della pelle screpolata e altri problemi dei piedi. Il piano prevede un massimo di 12 visite di routine supplementari per la cura del piede ogni anno solare.	There is no coinsurance or copayment for each podiatry visit. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Esami di screening del cancro alla prostata *	
Per gli uomini di età pari o superiore a 50 anni, i servizi coperti includono quanto segue, una volta ogni 12 mesi: • Esame rettale digitale • Test dell'antigene prostatico specifico (PSA)	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per un test annuale del PSA.
Dispositivi protesici e ortesici e relative forniture	
Dispositivi (diversi da quelli dentali) che sostituiscono in tutto o in parte una parte o una funzione del corpo. Questi includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, il collaudo, l'adattamento o l'addestramento all'uso di dispositivi protesici e ortesici, nonché il collaudo, l'adattamento o l'addestramento all'uso di dispositivi protesici e ortesici, nonché: borse per colostomia e forniture direttamente correlate alla cura della colostomia, pacemaker, tutori, scarpe protesiche, arti artificiali e protesi mammarie (inclusa una brassiere chirurgica dopo una mastectomia). Include alcune forniture relative ai dispositivi protesici e ortesici e alla riparazione e/o sostituzione dei dispositivi protesici e ortesici. Include anche una copertura dopo la rimozione della cataratta o la chirurgia della cataratta – vedere "Oculistica" più avanti in questa sezione per maggiori dettagli.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per i membri idonei a questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Servizi di riabilitazione polmonare	
Programmi completi di riabilitazione polmonare sono coperti per i membri che hanno una malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO) da moderata a molto grave e un ordine per la riabilitazione polmonare da parte del medico che cura la malattia respiratoria cronica.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per i membri idonei a questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**
Screening e consulenza per ridurre l'abuso di alcol *	
Copriamo uno screening per l'abuso di alcol per gli adulti con Medicare (comprese le donne in gravidanza) che abusano di alcol ma non ne sono dipendenti. Se è positivo allo screening per l'abuso di alcol, può ottenere fino a 4 brevi sessioni di consulenza faccia a faccia all'anno (se è competente e vigile durante la consulenza) fornite da un medico di assistenza primaria qualificato o da un professionista in un contesto di assistenza primaria.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per lo screening e la consulenza coperti da Medicare per ridurre il beneficio preventivo dell'abuso di alcol.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Screening per il cancro del polmone con tomografia computerizzata a basso dosaggio (LDCT) * Per le persone idonee, un LDCT è coperto ogni 12 mesi. **I membri idonei sono:** persone di età compresa tra 50 e 77 anni che non hanno segni o sintomi di cancro ai polmoni, ma che hanno una storia di fumo di tabacco di almeno 20 pacchetti-anno e che attualmente fumano o hanno smesso di fumare negli ultimi 15 anni, che ricevono un ordine per LDCT durante una consulenza per lo screening del cancro ai polmoni e una visita decisionale condivisa che soddisfa i criteri Medicare per tali visite ed essere fornita da un medico o un professionista non medico qualificato. ***Per gli screening del cancro del polmone LDCT dopo lo screening LDCT iniziale:*** il membro deve ricevere un ordine per lo screening del cancro del polmone LDCT, che può essere fornito durante qualsiasi visita appropriata con un medico o un professionista non medico qualificato. Se un medico o un professionista non medico qualificato sceglie di fornire una consulenza per lo screening del cancro del polmone e una visita decisionale condivisa per i successivi screening del cancro del polmone con LDCT, la visita deve soddisfare i criteri Medicare per tali visite.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per la consulenza coperta da Medicare e la visita decisionale condivisa o per il LDCT.
Screening per le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) e consulenza per prevenire le IST * Copriamo gli screening per le infezioni a trasmissione sessuale (STI) per la clamidia, la gonorrea, la sifilide e l'epatite B. Questi screening sono coperti per le donne in gravidanza e per alcune persone che sono ad aumentato rischio di una STI quando i test sono ordinati da un fornitore di cure primarie. Copriamo questi test una volta ogni 12 mesi o in determinati momenti durante la gravidanza. Copriamo anche fino a due sessioni individuali di consulenza comportamentale ad alta intensità da 20 a 30 minuti faccia a faccia ogni anno per adulti sessualmente attivi ad aumentato rischio di malattie sessualmente trasmissibili. Copriremo queste sessioni di consulenza come servizio preventivo solo se sono fornite da un fornitore di cure primarie e si svolgono in un ambiente di assistenza primaria, come uno studio medico.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per lo screening coperto da Medicare per le malattie sessualmente trasmissibili e la consulenza per il sussidio preventivo delle malattie sessualmente trasmissibili.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi per il trattamento delle malattie renali I servizi coperti includono: • Servizi di educazione sulle malattie renali per insegnare la cura dei reni e aiutare i membri a prendere decisioni informate sulla loro cura. Per i membri con malattia renale cronica in stadio IV quando vengono indirizzati dal loro medico, copriamo fino a sei sessioni di servizi educativi sulle malattie renali per tutta la vita. • Trattamenti di dialisi ambulatoriali (compresi i trattamenti di dialisi quando temporaneamente fuori dall'area di servizio, come spiegato nel Capitolo 3, o quando il fornitore di questo servizio è temporaneamente non disponibile o inaccessibile) • Trattamenti di dialisi ospedaliera (se si è ricoverati in un ospedale per cure speciali) • Formazione sull'auto-dialisi (include formazione per te e chiunque ti aiuti con i trattamenti di dialisi domiciliare) • Attrezzature e forniture per dialisi domiciliare • Alcuni servizi di supporto domiciliare (come, quando necessario, le visite di operatori di dialisi addestrati per controllare la dialisi domiciliare, per aiutare nelle emergenze e controllare le apparecchiature per la dialisi e l'approvvigionamento idrico) Alcuni farmaci per la dialisi sono coperti dal beneficio Medicare Parte B. Per informazioni sulla copertura per i farmaci della Parte B, andare alla sezione “Farmaci soggetti prescrizione Medicare Parte B”.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio.
Assistenza infermieristica qualificata (SNF) (Per una definizione di assistenza infermieristica qualificata, vedere il Capitolo 12 del presente documento. Le strutture infermieristiche qualificate sono talvolta chiamate SNF.) I servizi coperti comprendono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: • Stanza semiprivata (o una stanza privata se necessario dal punto di vista medico) • Pasti, comprese le diete speciali • Servizi infermieristici qualificati • Fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia • Farmaci somministrati come parte del piano di cura (comprese le sostanze naturalmente presenti nel corpo, come i fattori di coagulazione del sangue).	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo servizio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Assistenza infermieristica qualificata (SNF) (continued) • Sangue, compresa la conservazione e la somministrazione. La copertura di sangue intero e globuli rossi concentrati inizia solo con la quarta pinta di sangue di cui ha bisogno: devi pagare i costi per le prime 3 pinte di sangue che riceve in un anno solare o far donare il sangue da lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima pinta utilizzata • Forniture mediche e chirurgiche ordinariamente fornite da SNF • Prove di laboratorio ordinariamente fornite da SNF • Radiografie e altri servizi di radiologia normalmente forniti da SNF • Uso di apparecchi come sedie a rotelle normalmente forniti da SNF • Servizi di medici/praticanti In generale, si otterrà la cura SNF da strutture di rete. Tuttavia, in determinate condizioni elencate di seguito, potresti essere in grado di ottenere la sua assistenza da una struttura che non è un fornitore di rete, se la struttura accetta gli importi del nostro piano per il pagamento. • Una casa di cura o una comunità di pensionamento di assistenza continua in cui viveva poco prima di andare in ospedale (purché fornisca assistenza infermieristica qualificata) • Una SNF in cui vive il suo coniuge o convivente al momento in cui lascia l'ospedale	
Smettere di fumare e fare uso di tabacco (consulenza per smettere di fumare o fare uso di tabacco) * <u>Se fa uso di tabacco, ma non ha segni o sintomi di malattie correlate al tabacco:</u> Copriamo due tentativi di abbandono della consulenza in un periodo di 12 mesi come servizio preventivo senza alcun costo per lei. Ogni tentativo di consulenza include fino a quattro visite faccia a faccia. <u>Se fa uso di tabacco e le è stata diagnosticata una malattia correlata al tabacco o sta assumendo medicinali che possono essere influenzati dal tabacco</u>: Copriamo i servizi di consulenza per la cessazione. Copriamo due tentativi di abbandono della consulenza entro un periodo di 12 mesi; tuttavia, pagherà la condivisione dei costi applicabile. Ogni tentativo di consulenza include fino a quattro visite faccia a faccia.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per i sussidi preventivi per la cessazione del fumo e dell'uso del tabacco coperti da Medicare.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Servizi per smettere di fumare e fumare tabacco (supplementare) *	
Se vuole smettere di fumare, dovresti parlare con il suo medico di base o chiamare il nostro dipartimento di educazione sanitaria. Oltre alla copertura offerta nell'ambito del sussidio per la cessazione del fumo e dell'uso del tabacco coperto da Medicare, il piano copre 8 servizi di consulenza aggiuntivi ogni anno solare per aiutarla a smettere di fumare o di usare prodotti a base di tabacco. È necessario esaurire il sussidio per la cessazione dell'uso del tabacco coperto da Medicare prima che il piano paghi la copertura nell'ambito di questo sussidio.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per questi servizi.
Benefici supplementari speciali per i malati cronici	
Se le viene diagnosticata una delle seguenti condizioni croniche identificate di seguito e soddisfa determinati criteri, potrebbe avere diritto a speciali sussidi supplementari per i malati cronici. Dovrà presentare ogni anno un modulo di valutazione del rischio per la salute che la identifichi come affetto da una delle condizioni elencate che potrebbero peggiorare senza l'accesso a una delle speciali sussidi supplementari elencati di seguito. • Dipendenza da alcol cronica e altre tossicodipendenze; • Disturbi autoimmuni; • Cancro; • Disturbi cardiovascolari; • Scompenso cardiaco cronico; • Demenza; • Diabete; • Malattia epatica allo stadio terminale; • Malattia renale allo stadio terminale (ESRD); • Gravi disturbi ematologici; • HIV/AIDS; • Disturbi polmonari cronici; • Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti; • Disturbi neurologici; e • Ictus La aiuteremo ad accedere a questi sussidi. Può chiamare il Servizio per i Membri o il suo coordinatore di assistenza per avviare la sua richiesta o ottenere ulteriori informazioni.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti se utilizza la sua carta Healthy You. **Può essere richiesta la partecipazione a un programma di gestione delle cure. I membri devono anche avere l'autorizzazione del medico per i test basati sulla mancanza di informazioni mediche storiche.** **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Benefici supplementari speciali per i malati cronici (continued) Nota: Richiedendo questo sussidio, autorizza i rappresentanti Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) a contattarla per telefono, posta o qualsiasi altro metodo di comunicazione come espressamente indicato nella Sua domanda. Dopo l'approvazione, la sua carta Healthy You precaricata verrà caricata automaticamente con un massimo di $50 ogni mese da utilizzare per i sussidi SSBCI. Eventuali fondi inutilizzati alla fine di ogni mese non saranno riportati al mese successivo. **Alimento e prodotti** Se è idoneo, ottiene $50 al mese da spendere nei sussidi alimenti e prodotti. Può utilizzare i fondi della sua carta di debito precaricata per acquistare una varietà di prodotti alimentari sani, generici e di marca, presso il suo negozio locale aderente o online con consegna a domicilio senza costi aggiuntivi all'indirizzo Members.NationsBenefits.com/Molina.	
Terapia di esercizio supervisionata (SET) La SET è coperta per i membri che hanno una malattia arteriosa periferica sintomatica (PAD). Sono coperte fino a 36 sessioni in un periodo di 12 settimane se i requisiti del programma SET sono soddisfatti. Il programma SET deve: • Consistere in sessioni della durata di 30-60 minuti, che comprendono un programma di allenamento terapeutico per la PAD in pazienti con claudicatio • Essere condotto in un ambiente ambulatoriale ospedaliero o in uno studio medico • Essere somministrato da personale ausiliario qualificato, necessario per garantire che i benefici superino i danni, e che sia addestrato alla terapia dell'esercizio fisico per la PAD • Essere sotto la supervisione diretta di un medico, assistente medico o infermiere/infermiere clinico che deve essere addestrato in entrambe le tecniche di supporto vitale di base e avanzate IL SET può essere coperto oltre 36 sessioni per 12 settimane per ulteriori 36 sessioni per un lungo periodo di tempo se ritenuto necessario dal punto di vista medico da un fornitore di assistenza sanitaria.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per i membri idonei a questo sussidio. **Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.**

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Trasporto - non di emergenza (Supplementare) *	
Ha a disposizione $112 al mese da spendere per il trasporto in un luogo di interesse sanitario a sua discrezione sulla sua carta Healthy You. Questo importo non corrisponde a un numero prestabilito di "corse", ma può essere utilizzato per acquistare trasporti non urgenti fino al limite del sussidio. Questo importo è combinato con l'indennità mensile da banco (OTC). Se non utilizza tutto l'importo del sussidio mensile, il saldo rimanente scadrà e non passerà al mese successivo. Può utilizzare la carta Healthy You precaricata per acquistare corse su applicazioni di ride-hailing, su servizi di taxi o per altre forme di trasporto non di emergenza, come abbonamenti per autobus, carte ferroviarie o altre forme di trasporto pubblico. I soci sono incoraggiati a massimizzare il numero di corse disponibili grazie a questa indennità. Per le destinazioni comunemente richieste, come i centri di dialisi o le strutture di fisioterapia, contatti direttamente la struttura fornitrice per verificare se è disponibile un trasporto più economico prima di programmare un servizio di ride-hailing o di trasporto al dettaglio.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questi servizi se utilizza la sua carta Healthy You. I costi potrebbero essere a suo carico se supera l'indennità massima annuale. Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni.
Servizi urgenti	
Un servizio coperto dal piano che richiede un'attenzione medica immediata e che non è un'emergenza è un servizio urgente se lei si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o se, anche se si trova all'interno dell'area di servizio del piano, non è ragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere questo servizio da fornitori di rete con cui il piano ha stipulato un contratto. Il piano deve coprire i servizi urgenti e addebitare solo la partecipazione ai costi all'interno della rete. Esempi di servizi urgenti sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio.
Oculistica (coperta da Medicare)	
I servizi coperti includono:	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per i membri idonei a questo sussidio.

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Oculistica (coperta da Medicare) (continued) • Servizi medici ambulatoriali per la diagnosi e il trattamento di malattie e lesioni dell'occhio, incluso il trattamento per la degenerazione maculare legata all'età. Original Medicare non copre gli esami oculistici di routine (rifrazioni oculari) per occhiali/lenti a contatto. • Per le persone ad alto rischio di glaucoma, copriremo uno screening del glaucoma ogni anno. Le persone ad alto rischio di glaucoma includono: persone con una storia familiare di glaucoma, persone con diabete, afro-americani di età pari o superiore a 50 anni e ispanici americani di età pari o superiore a 65 anni. • Per le persone con diabete, lo screening per la retinopatia diabetica è coperto una volta all'anno. • Un paio di occhiali o lenti a contatto dopo ogni intervento di cataratta che preveda l'inserimento di una lente intraoculare. (Se effettua due interventi di cataratta separati, non può prenotare il sussidio dopo il primo intervento e acquistare due occhiali dopo il secondo).	
Oculistica (supplementare) * Abbiamo stretto una partnership con un distributore del settore oculistico per offrirle più valore per le sue esigenze oculistiche di routine! I servizi oculistici supplementari coperti includono, a titolo esemplificativo e non esaustivo: La copertura comprende: • Un esame oculistico di routine ogni anno solare • Un'indennità per gli occhiali Può utilizzare la sua indennità per gli occhiali $285 per l'acquisto di: • Lenti a contatto* • Occhiali da vista (lenti e montature) • Lenti e/o montature di occhiali da vista • Miglioramenti (ad esempio, lenti colorate, U-V, polarizzate o fotocromatiche) *Se sceglie le lenti a contatto, l'indennità per gli occhiali può essere utilizzata anche per pagare la totalità o una parte del costo dell'applicazione delle lenti a contatto. È responsabile del pagamento di qualsiasi occhiale correttivo che superi il limite dell'indennità per gli occhiali prevista dal piano.	Non ci sono coassicurazioni o copagamenti per questo sussidio.

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Oculistica (supplementare) * (continued) Copagamento di $0 per un massimo di un esame oculistico di routine (e rifrazione) per occhiali da vista ogni anno solare.	
Visita preventiva di benvenuto in Medicare* Il piano copre la visita preventiva di benvenuto una tantum a Medicare. La visita include una revisione della Sua salute, nonché formazione e consulenza sui servizi preventivi di cui ha bisogno (inclusi alcuni screening e iniezioni (o vaccini)) e, se necessario, rinvii per altre cure. **Importante:** Copriamo la visita preventiva di benvenuto a Medicare solo entro i primi 12 mesi in cui si dispone di Medicare Parte B. Quando si fissa l'appuntamento, si informi l'ufficio del medico che si desidera programmare la visita preventiva di benvenuto a Medicare.	Non ci sono coassicurazioni, copagamenti o franchigie per la visita preventiva di benvenuto a Medicare.
Copertura di emergenza in tutto il mondo (supplementare) * Come ulteriore sussidio, la sua copertura include fino a $10,000 ogni anno solare per l'assistenza emergenziale in tutto il mondo al di fuori degli Stati Uniti (USA) Questo sussidio è limitato ai servizi che sarebbero classificati come cure di emergenza se le cure fossero state fornite negli Stati Uniti. La copertura mondiale include le cure di emergenza e le cure post-stabilizzazione. Quando si verificano queste situazioni, chiediamo a lei o a qualcuno che si prende cura di lei di chiamarci. Cercheremo di far sì che i fornitori di servizi di rete prendano in carico le sue cure non appena le sue condizioni mediche e le circostanze lo consentiranno. Il trasporto di ritorno negli Stati Uniti da un altro paese non è coperto. La cura di routine e le procedure pre-programmate o elettive non sono coperte. Le tasse e le commissioni estere (incluse, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le commissioni di conversione valutaria o di transazione) non sono coperte. Stati Uniti indica 50 stati, il Distretto di Columbia, Porto Rico, le Isole Vergini, Guam, l'Isola delle Marianne Settentrionali e le Samoa Americane.	Non ci sono coassicurazioni, co-pagamenti o franchigie per questo sussidio. Se riceve cure di emergenza al di fuori degli Stati Uniti e ha bisogno di cure ospedaliere dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, deve tornare in un ospedale di rete affinché le sue cure continuino a essere coperte o deve avere le sue cure ospedaliere presso l'ospedale fuori rete autorizzato dal piano. Il suo costo è la quota di compartecipazione che pagherebbe in un ospedale della rete. Si applica il massimo del piano. Potrebbe essere necessario presentare una richiesta di rimborso delle cure di

FINAL

Servizi coperti per lei	Cosa deve pagare quando ottiene questi servizi
Copertura di emergenza in tutto il mondo (supplementare) * (continued)	
	emergenza/urgenti ricevute al di fuori degli Stati Uniti. Il massimale del piano di $10,000 ogni anno solare si applica a questo sussidio.

SECTION 3 Quali servizi sono non coperti dal piano?

Section 3.1 Servizi *non* coperti dal piano *O* da Medicaid

Questa sezione indica quali servizi sono "esclusi".

Il grafico seguente descrive alcuni servizi e articoli che non sono coperti dal piano a nessuna condizione o che sono coperti dal Medicaid solo a condizioni specifiche.

Se si ottengono servizi esclusi (non coperti), è necessario pagarli da soli se non alle condizioni specifiche elencate di seguito. Anche se riceve i servizi esclusi in una struttura di emergenza, i servizi esclusi non sono ancora coperti e il nostro piano non li pagherà. L'unica eccezione è se il servizio è oggetto di ricorso e deciso: su ricorso essere un servizio medico che avremmo dovuto pagare o coprire a causa della sua situazione specifica. (Per informazioni sul ricorso contro una decisione che abbiamo preso di non coprire un servizio medico, consultare il Capitolo 9, Sezione 6.3 del presente documento.)

Servizi non coperti da Medicare	Non coperto in nessuna condizione	Coperto solo a condizioni specifiche
Chirurgia o procedure estetiche		Altri interventi di chirurgia orale/ maxillo-facciale sono coperti, per maggiori informazioni consultare le prestazioni dentistiche.
Assistenza custodiale L'assistenza custodiale è l'assistenza della persona che non richiede l'attenzione continua di personale medico o paramedico qualificato, come la cura che l'aiuta nelle attività della vita quotidiana, come fare il bagno o vestirla.	**Non coperto in nessuna condizione**	

FINAL

Servizi non coperti da Medicare	Non coperto in nessuna condizione	Coperto solo a condizioni specifiche
Procedure mediche e chirurgiche sperimentali, attrezzature e farmaci. Le procedure e gli articoli sperimentali sono quegli articoli e procedure determinati da Original Medicare per non essere generalmente accettati dalla comunità medica.		• Può essere coperto da Original Medicare nell'ambito di uno studio di ricerca clinica approvato da Medicare o dal nostro piano. (Vedere il Capitolo 3, Sezione 5 per ulteriori informazioni sugli studi di ricerca clinica.)
Spese addebitate per l'assistenza dai parenti stretti o dai membri del nucleo familiare.	**Non coperto in nessuna condizione**	
Assistenza infermieristica a tempo pieno a domicilio.	**Non coperto in nessuna condizione**	
Pasti a domicilio	**Non coperto in nessuna condizione**	
Servizi di casalinga, compresa l'assistenza domestica di base, come la pulizia leggera o la preparazione di pasti leggeri.	**Non coperto in nessuna condizione**	
Servizi di naturopatia (utilizza trattamenti naturali o alternativi).	**Non coperto in nessuna condizione**	
Cure dentistiche non di routine		• Per ulteriori informazioni, consultare la sezione Sussidi dentistici.
Scarpe ortopediche o dispositivi di supporto per i piedi		• Scarpe che fanno parte di un tutore per la gamba e sono incluse nel costo del tutore, scarpe ortopediche o terapeutiche per persone affette da patologie del piede diabetico.
Stanza privata in un ospedale.		• Coperto solo quando necessario dal punto di vista medico.
Oggetti personali nella sua stanza in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata, come un telefono o un televisore.	**Non coperto in nessuna condizione**	
Inversione delle procedure di sterilizzazione e/o dei prodotti contraccettivi non soggetti a prescrizione.	**Non coperto in nessuna condizione**	

FINAL

Servizi non coperti da Medicare	Non coperto in nessuna condizione	Coperto solo a condizioni specifiche
Cure chiropratiche di routine		• La manipolazione manuale della colonna vertebrale per correggere una sublussazione è coperta da Medicare.
Cure dentistiche di routine, come pulizie, otturazioni o protesi dentarie.	**Non coperto in nessuna condizione**	Per ulteriori informazioni, consultare la sezione Sussidi dentistici
Esami oculistici di routine, radiale radiale, chirurgia LASIK e altri ausili per ipovedenti.		• L'esame della vista e un paio di occhiali (o lenti a contatto) sono coperti per le persone dopo l'intervento di cataratta. Questo piano offre una copertura visiva aggiuntiva. Vedere Oculistica nella Tabella dei sussidi, sezione 2.1 di questo capitolo per ulteriori informazioni.
Esami uditivi di routine, apparecchi acustici o esami per adattarli agli apparecchi acustici.	**Non coperto in nessuna condizione**	
Servizi considerati non ragionevoli e necessari, secondo gli standard Medicare originali	**Non coperto in nessuna condizione**	

FINAL

CHAPTER 5:

Utilizzo della copertura del piano per i farmaci soggetti a prescrizione medica Parte D

FINAL

Come è possibile ottenere informazioni sui costi dei farmaci?

La maggior parte dei nostri soci si qualifica e riceve “Extra Help” da Medicare per pagare i costi del piano di prescrizione dei farmaci. Se fa parte del programma "Extra Help", **alcune informazioni contenute in questa *Prova di copertura* sui costi per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D potrebbero non essere applicabili.** Le abbiamo inviato un inserto separato, chiamato *Prova di copertura Postilla per le persone che ricevono Extra Help per il pagamento dei farmaci da prescrizione* (noto anche come *Postilla di sussidio per le persone a basso reddito* o *Postilla LIS*), che la informa sulla sua copertura farmacologica. Se non dispone di questo inserto, la preghiamo di chiamare il Servizio per i Membri e di richiedere la *Postilla LIS*.

SECTION 1 Introduzione

Questo capitolo **spiega le regole per l'utilizzo della copertura per i farmaci della Parte D.** Consultare il Capitolo 4 per i sussidi dei farmaci Medicare Parte B e i sussidi dei farmaci hospice.

Oltre ai farmaci coperti da Medicare, alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica sono coperti per lei dai suoi sussidi Medicaid.

Per ulteriori informazioni sulla copertura farmacologica di Medicaid, contattare il Servizio per i Membri o il proprio ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

Section 1.1 Regole di base per la copertura farmacologica della Parte D del piano

Il piano coprirà generalmente i suoi farmaci purché segua queste regole di base:

- È necessario che un fornitore (un medico, un dentista o un altro prescrittore) le scriva una prescrizione che deve essere valida ai sensi della legge statale applicabile.
- Il suo medico prescrittore non deve essere presente negli elenchi di esclusione o preclusione di Medicare.
- Generalmente è necessario utilizzare una farmacia di rete per compilare la prescrizione. (Consulti la sezione 2 di questo capitolo o può riempire la prescrizione attraverso il servizio di vendita per corrispondenza del piano.)
- Il suo farmaco deve essere incluso nell'*Elenco dei farmaci coperti (Prontuario)* del piano (lo chiamiamo Elenco dei farmaci in breve). (Si veda la Sezione 3 di questo capitolo.)
- Il farmaco deve essere utilizzato per un'indicazione clinicamente accettata. Una "indicazione accettata dal punto di vista medico" è un uso del farmaco approvato dalla Food and Drug Administration o supportato da determinati riferimenti. (Per ulteriori informazioni sulle indicazioni mediche accettate, consultare la Sezione 3 del presente capitolo).
- Il farmaco potrebbe richiedere un'approvazione prima di essere coperto. (Per ulteriori informazioni sulle limitazioni della copertura, consulti la sezione 4 del presente capitolo).

FINAL

SECTION 2 Compilare la prescrizione presso una farmacia di rete o tramite il servizio di vendita per corrispondenza del piano

Section 2.1 Utilizzare una farmacia di rete

Nella maggior parte dei casi, le prescrizioni sono coperte *solo* se vengono ritirate presso le farmacie della rete del piano. (Vedere la Sezione 2.5 per informazioni su quando copriremmo le prescrizioni compilate nelle farmacie fuori rete.)

Una farmacia di rete è una farmacia che ha un contratto con il piano per fornire i farmaci da prescrizione coperti. Il termine farmaci coperti indica tutti i farmaci da prescrizione della Parte D che sono nell'Elenco dei farmaci del piano.

Section 2.2 Farmacie di rete

Come trova una farmacia di rete nella sua zona?

Per trovare una farmacia in rete, è possibile consultare l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie*, visitare il nostro sito Web (SWHNY.com) e/o chiamare il Servizio per i Membri.

È possibile recarsi presso una qualsiasi delle farmacie della nostra rete.

Cosa succede se la farmacia che ha usato lascia la rete?

Se la farmacia che ha usato lascia la rete del piano, dovrà trovare una nuova farmacia che è nella rete. Per trovare un'altra farmacia nella sua zona, può ottenere aiuto dal Servizio per i Membri o utilizzare l'*Elenco dei fornitori/farmacie*. È inoltre possibile trovare informazioni sul nostro sito web all'indirizzo SWHNY.com.

Cosa succede se ha bisogno di una farmacia specializzata?

Alcune prescrizioni devono essere compilate presso una farmacia specializzata. Le farmacie specializzate includono:

- Farmacie che forniscono farmaci per la terapia infusionale domiciliare.
- Farmacie che forniscono farmaci per i residenti di una struttura di assistenza a lungo termine (LTC). Di solito, una struttura LTC (come una casa di cura) ha una propria farmacia. In caso di difficoltà ad accedere ai sussidi della Parte D in una struttura LTC, contattare il Servizio per i Membri.
- Farmacie che servono l'Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (non disponibile a Porto Rico). Tranne in caso di emergenza, solo i nativi americani o i nativi dell'Alaska hanno accesso a queste farmacie nella nostra rete.
- Farmacie che distribuiscono farmaci che sono limitati dalla FDA a determinate località o che richiedono una gestione speciale, il coordinamento del fornitore o la formazione sul loro uso. Per individuare una farmacia specializzata, consultare
  l'Elenco dei fornitori/delle farmacie [SWHNY.com o chiamare il Servizio per i Membri.

Section 2.3 Utilizzo del servizio di vendita per corrispondenza del piano

Per determinati tipi di farmaci, è possibile utilizzare il servizio di vendita per corrispondenza di rete del piano. In generale, i farmaci forniti per corrispondenza sono farmaci che si assumono regolarmente, per una condizione

FINAL

medica cronica o a lungo termine. I farmaci che *non* sono disponibili attraverso il servizio di vendita per corrispondenza del piano sono contrassegnati come "**"NM"**" per No Mail Order(Nessun ordine per posta) nel nostro Elenco dei farmaci.

Il servizio di vendita per corrispondenza del nostro piano consente di ordinare **fino a una fornitura di 100 giorni**.

Per ottenere moduli d'ordine e informazioni sulla compilazione delle sue prescrizioni per posta, chiami il Servizio per i Membri o visiti il nostro sito web all'indirizzo SWHNY.com.

Di solito un ordine di farmacia per corrispondenza le verrà consegnato in non più di 14 giorni. In caso di necessità urgente o di ritardi, si prega di contattare il Servizio per i Membri per ricevere assistenza nella fornitura temporanea della prescrizione.

Nuove prescrizioni che la farmacia riceve direttamente dallo studio del suo medico.
Dopo che la farmacia riceve una prescrizione da un fornitore di assistenza sanitaria, la contatterà per vedere se desidera che il farmaco venga riempito immediatamente o in un secondo momento. È importante rispondere ogni volta che si viene contattati dalla farmacia, per far sapere se spedire, ritardare o interrompere la nuova prescrizione.

Ricariche su prescrizioni per corrispondenza. Per le ricariche dei suoi farmaci, ha la possibilità di iscriversi a un programma di ricarica automatica. Nell'ambito di questo programma inizieremo a elaborare automaticamente la sua prossima ricarica quando i nostri registri mostrano che dovrebbe essere vicino all'esaurimento del suo farmaco. La farmacia La contatterà prima di spedire ogni ricarica per assicurarti di aver bisogno di più farmaci e potrà annullare le ricariche programmate se ne ha abbastanza o se il farmaco è cambiato.

Se sceglie di non utilizzare il nostro programma di ricarica automatica ma desidera comunque che la farmacia per corrispondenza le invii la sua prescrizione, contatti la sua farmacia 14 giorni prima che la sua prescrizione attuale si esaurisca. Ciò garantirà che il suo ordine le sia spedito in tempo.

Per rinunciare al nostro programma che prepara automaticamente le ricariche per corrispondenza, chiami il Servizio per i Membri o visiti il nostro sito web all'indirizzo SWHNY.com.

Se riceve automaticamente per posta una ricarica che non desidera, può avere diritto a un rimborso.

Section 2.4 Come è possibile ottenere una fornitura a lungo termine di farmaci?

Quando si ottiene una fornitura di farmaci a lungo termine, la partecipazione ai costi può essere più bassa. Il piano offre due modi per ottenere una fornitura a lungo termine (chiamata anche fornitura estesa) di farmaci di mantenimento nell'Elenco dei farmaci del nostro piano. (I farmaci di mantenimento sono farmaci che si assumono regolarmente, per una condizione medica cronica o a lungo termine.)

1. **Alcune farmacie al dettaglio** della nostra rete consentono di ottenere una fornitura a lungo termine di farmaci di mantenimento. L'*Elenco dei fornitori/delle farmacie SWHNY.com* indica quali farmacie della nostra rete possono fornirle una fornitura a lungo termine di farmaci di mantenimento. È inoltre possibile chiamare il Servizio per i Membri per ulteriori informazioni
2. È inoltre possibile ricevere farmaci di manutenzione tramite il nostro programma di vendita per corrispondenza. Si prega di consultare la Sezione 2.3 per maggiori informazioni.

Section 2.5 Quando è possibile utilizzare una farmacia che non è nella rete del piano?

La sua prescrizione potrebbe essere coperta in determinate situazioni

Generalmente, copriamo i farmaci riempiti in una farmacia fuori rete *solo* quando non si è in grado di utilizzare una farmacia di rete. Per aiutarla, abbiamo farmacie in rete al di fuori della nostra area di servizio dove può ottenere le sue prescrizioni compilate come membro del nostro piano. **Si prega di verificare prima con il Servizio per i Membri** per vedere se c'è una farmacia di rete nelle vicinanze. Lei potrebbe essere tenuto a pagare la differenza tra il costo del farmaco pagato dalla farmacia fuori rete e quello coperto da noi da una farmacia in rete.

Ecco le circostanze in cui copriremmo le prescrizioni compilate in una farmacia fuori rete:

- Se la prescrizione è correlata a cure urgenti
- Se queste prescrizioni sono relative alla cura di un'emergenza medica
- La copertura sarà limitata a una fornitura di 31 giorni a meno che la prescrizione non sia scritta per meno.

Come si richiede il rimborso dal piano?

Se è necessario utilizzare a una farmacia fuori rete, in genere dovrà pagare l'intero costo (anziché la sua normale quota di partecipazione ai costi) al momento del riempimento della prescrizione. Può chiederci di rimborsarla per la nostra parte di costo. (Il Capitolo 7, Sezione 2 spiega come chiedere il rimborso al piano.)

SECTION 3 I suoi farmaci devono essere nell'Elenco dei farmaci del piano

Section 3.1 L'Elenco dei Farmaci indica quali farmaci della Parte D sono coperti

Il piano ha un *elenco di farmaci coperti (prontuario)*. In questa *Prova di Copertura*, **lo chiamiamo Elenco dei Farmaci in breve.**

I farmaci di questo elenco sono selezionati dal piano con l'aiuto di un team di medici e farmacisti. L'elenco soddisfa i requisiti di Medicare ed è stato approvato da Medicare.

L'Elenco dei farmaci include i farmaci coperti da Medicare Parte D. Oltre ai farmaci coperti da Medicare, alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica sono coperti per lei dai suoi sussidi Medicaid. Per ulteriori informazioni sulla copertura dei farmaci di Medicaid, contatti il suo ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

Copriremo generalmente un farmaco nell'Elenco dei farmaci del piano purché segua le altre regole di copertura spiegate in questo capitolo e il farmaco utilizzato sia un'indicazione accettata dal punto di vista medico. Un'indicazione accettata dal punto di vista medico è un uso del farmaco che *è*:

- Approvato dalla Food and Drug Administration per la diagnosi o la condizione per la quale viene prescritto, o
- Supportato da alcuni riferimenti, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il Micromedex DRUGDEX Information System.

L'Elenco dei farmaci comprende farmaci di marca, farmaci generici e prodotti biologici (che possono includere i biosimilari).

FINAL

Un farmaco di marca è un farmaco da prescrizione che viene venduto con un nome registrato di proprietà del produttore del farmaco. I prodotti biologici sono farmaci più complessi di quelli tipici. Nell'Elenco dei farmaci, quando ci riferiamo ai farmaci, questo potrebbe significare un farmaco o un prodotto biologico.

Un farmaco generico è un farmaco da prescrizione che ha gli stessi principi attivi del farmaco di marca. I prodotti biologici hanno alternative chiamate biosimilari. Generalmente, i generici e i biosimilari funzionano altrettanto bene del farmaco di marca o del prodotto biologico originale e di solito costano meno. Sono disponibili sostituti generici per molti farmaci di marca e alternative biosimilari per alcuni prodotti biologici originali. Alcuni biosimilari sono intercambiabili e, a seconda della legge statale, possono essere sostituiti al prodotto biologico originale in farmacia senza bisogno di una nuova prescrizione, proprio come i farmaci generici possono essere sostituiti ai farmaci di marca.

Per le definizioni dei tipi di farmaci che possono essere inseriti nell'Elenco dei farmaci, vedere il Capitolo 12.

Farmaci da banco

Il nostro piano copre anche alcuni farmaci da banco. Alcuni farmaci da banco sono meno costosi di quelli da prescrizione e funzionano altrettanto bene. Per ulteriori informazioni, chiami il Servizio per i Membri.

Cosa *non* è incluso nell'Elenco dei Farmaci?

Il piano non copre tutti i farmaci soggetti a prescrizione medica.

- In alcuni casi, la legge non consente a nessun piano Medicare di coprire determinati tipi di farmaci (per ulteriori informazioni, vedere la Sezione 7.1 in questo capitolo).
- In altri casi, abbiamo deciso di non includere un particolare farmaco nell'Elenco dei farmaci. In alcuni casi, potrebbe essere in grado di ottenere un farmaco che non è incluso nell'Elenco dei farmaci. (Per ulteriori informazioni, vedere il Capitolo 9.)
- L'Elenco dei farmaci include i farmaci coperti da Medicare Parte D. Oltre ai farmaci coperti da Medicare, alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica sono coperti per lei dai suoi sussidi Medicaid. Per ulteriori informazioni sulla copertura farmacologica di Medicaid, contattare il Servizio per i Membri o il proprio ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

Section 3.2 Come si può scoprire se un farmaco specifico è incluso nell'Elenco dei farmaci?

Ci sono quattro (4) modi per scoprirlo:

1. Controllare l'Elenco dei farmaci più recente che abbiamo fornito elettronicamente.
2. Visitare il sito Web del piano (SWHNY.com). L'Elenco dei farmaci sul sito web è sempre la risorsa più aggiornata.
3. Chiamare i Servizi per i membri per scoprire se un particolare farmaco è incluso nell'Elenco dei farmaci del piano o per richiedere una copia dell'elenco.
4. Utilizzare lo "Strumento di sussidi in tempo reale" del piano (Caremark.com o chiamando il Servizio per i Membri). Con questo strumento è possibile cercare i farmaci nell'Elenco dei farmaci per vedere una stima di quanto si pagherà e se ci sono farmaci alternativi nell'Elenco dei farmaci che potrebbero trattare la stessa condizione.

FINAL

SECTION 4 Ci sono restrizioni sulla copertura per alcuni farmaci

Section 4.1 Perché alcuni farmaci hanno restrizioni?

Per alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica, regole speciali limitano come e quando il piano li copre. Un team di medici e farmacisti ha sviluppato queste regole per incoraggiare lei e il suo medico a utilizzare i farmaci nel modo più efficace. Per scoprire se una di queste restrizioni si applica a un farmaco che si assume o si desidera assumere, controllare l'Elenco dei farmaci. Se un farmaco sicuro e a basso costo funzionerà altrettanto bene dal punto di vista medico come un farmaco a costo più elevato, le regole del piano sono progettate per incoraggiare lei e il suo fornitore a utilizzare quell'opzione a basso costo.

Si prega di notare che a volte un farmaco può apparire più di una volta nel nostro Elenco dei farmaci. Questo perché gli stessi farmaci possono differire in base alla forza, alla quantità o alla forma del farmaco prescritto dal medico e possono essere applicate diverse restrizioni o condivisione dei costi alle diverse versioni del farmaco (ad esempio, 10 mg contro 100 mg; uno al giorno contro due al giorno; compressa contro liquido).

Section 4.2 Che tipo di restrizioni?

Le sezioni seguenti forniscono ulteriori informazioni sui tipi di restrizioni che utilizziamo per determinati farmaci.

Se esiste una restrizione per il suo farmaco, di solito significa che lei o il suo fornitore dovrete adottare ulteriori misure per consentirci di coprire il farmaco. Contattare il Servizio per i Membri per sapere cosa è necessario fare per ottenere la copertura per il farmaco. Se desidera che rinunciamo alla limitazione per lei, dovrà utilizzare il processo decisionale di copertura e chiederci di fare un'eccezione. Possiamo o non possiamo accettare di rinunciare alla restrizione per lei. (Vedere capitolo 9).

Ottenere l'approvazione del piano in anticipo

Per alcuni farmaci, lei o il suo fornitore dovete ottenere l'approvazione dal piano prima che accettiamo di coprire il farmaco per lei. Si tratta di **un'autorizzazione preventiva**. Questo viene messo in atto per garantire la sicurezza dei farmaci e aiutare a guidare l'uso appropriato di determinati farmaci. Se non si ottiene questa approvazione, il farmaco potrebbe non essere coperto dal piano.

Provare prima un farmaco diverso

Questo requisito incoraggia a provare farmaci meno costosi ma di solito altrettanto efficaci prima che il piano copra un altro farmaco. Ad esempio, se il farmaco A e il farmaco B trattano la stessa condizione medica e il farmaco A è meno costoso, il piano potrebbe richiedere di provare prima il farmaco A. Se il Farmaco A non funziona per lei, il piano coprirà quindi il Farmaco B. Questo requisito per provare prima un farmaco diverso è chiamato **terapia graduale**.

Limiti di quantità

Per alcuni farmaci, limitiamo la quantità di un farmaco che è possibile ottenere ogni volta che si riempie la prescrizione. Ad esempio, se è normalmente considerato sicuro assumere solo una pillola al giorno per un determinato farmaco, possiamo limitare la copertura per la prescrizione a non più di una pillola al giorno.

FINAL

SECTION 5 Cosa succede se uno dei suoi farmaci non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto?

Section 5.1 Ci sono cose che può fare se il suo farmaco non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto

Ci sono situazioni in cui c'è un farmaco soggetto a prescrizione che stai assumendo, o uno che lei e il suo fornitore pensate di dover assumere, che non è nel nostro prontuario o è nel nostro prontuario con restrizioni. Ad esempio:

- Il farmaco potrebbe non essere affatto coperto. O forse una versione generica del farmaco è coperta, ma la versione di marca che si desidera assumere non è coperta.
- Il farmaco è coperto, ma ci sono regole o restrizioni aggiuntive sulla copertura per quel farmaco, come spiegato nella Sezione 4.
- Ci sono cose che può fare se il suo farmaco non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto. **Se il suo farmaco non è incluso nell '"Elenco dei farmaci" o se il suo farmaco è soggetto a restrizioni, vada alla Sezione 5.2 per sapere cosa può fare.**

Section 5.2 Cosa può fare se il suo farmaco non è incluso nell'Elenco dei farmaci o se il farmaco è limitato in qualche modo?

Se il suo farmaco non è incluso nell 'Elenco dei farmaci o è soggetto a restrizioni, ecco le opzioni:

- Potrebbe essere in grado di ottenere una fornitura temporanea del farmaco.
- È possibile passare a un altro farmaco.
- È possibile richiedere un'eccezione e chiedere che il piano copra il farmaco o rimuovere le restrizioni dal farmaco.

Potrebbe essere in grado di ottenere una fornitura temporanea

In determinate circostanze, il piano deve fornire una fornitura temporanea di un farmaco che sta già assumendo. Questa fornitura temporanea le dà il tempo di parlare con il suo fornitore delle modifiche apportate..

Per essere idoneo a una fornitura temporanea, il farmaco che ha assunto **non deve più essere nell'Elenco dei farmaci del piano** O **è ora limitato in qualche modo**.

- **Se è un nuovo membro,** copriremo una fornitura temporanea del suo farmaco durante i primi **90 giorni** di adesione al piano.
- **Se era nel piano l'anno scorso,** copriremo una fornitura temporanea del suo farmaco durante i primi 90 giorni dell'anno solare.
- Questa fornitura temporanea sarà per un massimo di 31 giorni. Se la prescrizione viene scritta per meno giorni, consentiremo a più riempimenti di fornire fino a un massimo di 31 giorni di fornitura di farmaci. La prescrizione deve essere compilata presso una farmacia di rete. (Si prega di notare che la farmacia di assistenza a lungo termine può fornire il farmaco in piccole quantità alla volta per evitare sprechi.)
- **Per quei membri che sono stati nel piano per più di 90 giorni e risiedono in una struttura di assistenza a lungo termine e hanno bisogno di una fornitura immediata:**

FINAL

Copriremo una fornitura di emergenza di 31 giorni di un particolare farmaco, o meno se la sua prescrizione è scritta per meno giorni. Questo è in aggiunta alla fornitura temporanea di cui sopra.

- Se è un nuovo residente di una struttura LTC e è stato iscritto al nostro piano per più di 90 giorni e ha bisogno di un farmaco che non è nel nostro prontuario o è soggetto ad altre restrizioni, come la terapia a gradini o limiti di quantità (limiti di dosaggio), copriremo una fornitura di emergenza temporanea di 31 giorni di quel farmaco (a meno che la prescrizione non sia per un minor numero di giorni) mentre il membro persegue un'eccezione del prontuario. Sono disponibili eccezioni in situazioni in cui si verifica un cambiamento nel livello di assistenza che si sta ricevendo che richiede anche il passaggio da una struttura o da un centro di trattamento a un altro. In tali circostanze, avrebbe diritto a un'eccezione temporanea di riempimento una tantum anche se non è nei primi 90 giorni come membro del piano. Si prega di notare che la nostra politica di transizione si applica solo a quei farmaci che sono Parte D e acquistati presso una farmacia di rete. La politica di transizione non può essere utilizzata per acquistare un farmaco non della Parte D o un farmaco fuori rete, a meno che lei non abbia i requisiti per l'accesso fuori rete.

Per domande su una fornitura temporanea, chiamare il Servizio per i Membri.

Durante il periodo in cui si utilizza una fornitura temporanea di un farmaco, è necessario parlare con il proprio fornitore per decidere cosa fare quando la fornitura temporanea si esaurisce. Ha due opzioni:

1) È possibile passare a un altro farmaco

Parli con il suo fornitore se esiste un farmaco diverso coperto dal piano che potrebbe funzionare altrettanto bene per lei. Può chiamare il Servizio per i Membri per richiedere un elenco di farmaci coperti che trattano la stessa condizione medica. Questo elenco può aiutare il suo fornitore a trovare un farmaco coperto che potrebbe funzionare per lei.

2) Può chiedere una deroga

Lei e il suo fornitore potete chiedere al piano di fare un'eccezione e coprire il farmaco nel modo in cui vorreste che fosse coperto. Se il suo fornitore afferma che ha motivi medici che giustificano la richiesta di un'eccezione, il suo fornitore può aiutarla a richiedere una deroga. Ad esempio, è possibile chiedere al piano di coprire un farmaco anche se non è incluso nell'Elenco dei farmaci del piano. Oppure è possibile chiedere al nostro piano di fare una deroga e coprire il suo farmaco senza restrizioni.

Se è un membro attuale e un farmaco che sta assumendo sarà rimosso dal prontuario o limitato in qualche modo per il prossimo anno, le comunicheremo qualsiasi cambiamento prima del nuovo anno. Può chiedere un'eccezione prima del prossimo anno e le forniremo una risposta entro 72 ore dalla ricezione della sua richiesta (o della dichiarazione di supporto del suo medico prescrittore). Se approviamo la sua richiesta, autorizzeremo la copertura prima che la modifica abbia effetto.

Se lei e il suo fornitore volete chiedere un'eccezione, il Capitolo 9, Sezione 7 vi dice cosa fare. Spiega le procedure e le scadenze che sono state stabilite da Medicare per garantire che la sua richiesta sia gestita in modo tempestivo ed equo.

FINAL

SECTION 6 Cosa succede se la sua copertura cambia per uno dei suoi farmaci?

Section 6.1 L'Elenco dei farmaci può cambiare nel corso dell'anno

La maggior parte dei cambiamenti nella copertura farmacologica si verifica all'inizio di ogni anno (1° gennaio). Tuttavia, durante l'anno, il piano può apportare alcune modifiche all'Elenco dei farmaci. Ad esempio, il piano potrebbe:

- **Aggiungere o rimuovere farmaci dall'Elenco dei farmaci.**
- **Aggiungere o rimuovere una restrizione sulla copertura per un farmaco**.
- **Sostituire un farmaco di marca con una versione generica del farmaco.**
- **Sostituire un prodotto biologico originale con una versione biosimilare intercambiabile del prodotto biologico.**

Dobbiamo seguire i requisiti di Medicare prima di modificare l'Elenco dei farmaci del piano.

Per le definizioni dei tipi di farmaci trattati in questo capitolo, vedere il Capitolo 12.

Section 6.2 Cosa succede se cambia la copertura per un farmaco che sta assumendo?

Informazioni sulle modifiche alla copertura farmacologica

Quando si verificano modifiche all'Elenco dei farmaci, pubblichiamo informazioni su tali modifiche sul nostro sito web. Inoltre, aggiorniamo regolarmente il nostro Elenco dei farmaci online. Questa sezione descrive i tipi di modifiche che possiamo apportare all'Elenco dei farmaci e quando riceverà una notifica diretta se sono state apportate modifiche a un farmaco che sta assumendo.

Modifiche all'Elenco dei farmaci che la riguardano durante l'anno di piano in corso.

- **Aggiunta di nuovi farmaci all'Elenco dei farmaci e rimozione immediata o modifica di un farmaco simile nell'Elenco dei farmaci.**
  - Quando si aggiunge una nuova versione di un farmaco all'Elenco dei farmaci, è possibile rimuovere immediatamente un farmaco simile dall'Elenco dei farmaci, spostare il farmaco simile a un diverso livello di condivisione dei costi, aggiungere nuove restrizioni o entrambe le cose. La nuova versione del farmaco avrà lo stesso livello di condivisione dei costi o un livello più basso e con le stesse restrizioni o meno.
  - Apporteremo queste modifiche immediate solo se stiamo aggiungendo una nuova versione generica di un nome di marca o se stiamo aggiungendo alcune nuove versioni biosimilari di un prodotto biologico originale già presente nell'Elenco dei farmaci.
  - Possiamo apportare queste modifiche immediatamente e comunicarle successivamente, anche se sta assumendo il farmaco che stiamo rimuovendo o modificando. Se sta assumendo il farmaco simile nel momento in cui si effettua la modifica,
    le comunicheremo ogni specifica modifica apportata.
- **Aggiunta di farmaci all'Elenco dei farmaci e rimozione o modifica di un farmaco simile nell'Elenco dei farmaci con preavviso**.

FINAL

- Quando si aggiunge un'altra versione di un farmaco all'Elenco dei farmaci, è possibile rimuovere un farmaco simile dall'Elenco dei farmaci, spostarlo a un diverso livello di condivisione dei costi, aggiungere nuove restrizioni o entrambe le cose. La versione aggiunta del farmaco avrà lo stesso livello di condivisione dei costi o un livello più basso e con le stesse restrizioni o meno.
- Apporteremo queste modifiche solo se stiamo aggiungendo una nuova versione generica di un farmaco di marca o se stiamo aggiungendo alcune nuove versioni biosimilari di un prodotto biologico originale già presente nell'Elenco dei farmaci. La informeremo almeno 30 giorni prima di effettuare la modifica, oppure la informeremo della modifica e copriremo una confezione da 31 giorni della versione del farmaco che sta assumendo.

- **Rimozione di farmaci non sicuri e altri farmaci nell'Elenco dei farmaci che vengono ritirati dal mercato.**
  - A volte un farmaco può essere considerato non sicuro o ritirato dal mercato per un altro motivo. Se ciò accade, possiamo rimuovere immediatamente il farmaco dall'Elenco dei farmaci. Se sta assumendo quel farmaco, glielo comunicheremo dopo aver effettuato la modifica.
- **Apportare altre modifiche ai farmaci presenti nell'Elenco dei farmaci.**
  - Potremmo apportare altre modifiche una volta iniziato l'anno che influiscono sui farmaci che sta assumendo. Ad esempio, ci siamo basati sulle avvertenze della FDA o sulle nuove linee guida cliniche riconosciute da Medicare.
  - La informeremo almeno 30 giorni prima di effettuare tali modifica, oppure la informeremo della modifica e copriremo una confezione aggiuntiva da 31 giorni del farmaco che sta assumendo.

Se apportiamo una di queste modifiche a uno dei farmaci che sta assumendo, parli con il suo medico prescrittore delle opzioni più adatte a lei, tra cui il passaggio a un altro farmaco per il trattamento della sua patologia o la richiesta di una decisione di copertura per soddisfare eventuali nuove restrizioni sul farmaco che sta assumendo. Lei o il suo medico prescrittore potete chiedere un'eccezione per continuare a coprire il farmaco o la versione del farmaco che sta assumendo. Per ulteriori informazioni su come richiedere una decisione di copertura, compresa un'eccezione, consultare il Capitolo 9.

Modifiche all'Elenco dei farmaci che non la riguardano durante l'attuale anno di piano

Possiamo apportare alcune modifiche all'Elenco dei farmaci che non sono descritte sopra. In questi casi, la modifica non si applicherà a lei se sta assumendo il farmaco quando viene apportata la modifica; tuttavia, queste modifiche probabilmente la interesseranno a partire dal 1° gennaio del prossimo anno di piano se rimane nello stesso piano.

In generale, le modifiche che non la riguarderanno durante l'anno di piano in corso sono:

- Abbiamo applicato una nuova restrizione sull'uso del suo farmaco.
- Rimuoviamo il suo farmaco dall'Elenco dei farmaci.

Se si verifica una di queste modifiche per un farmaco che sta assumendo (ad eccezione del ritiro dal mercato, di un farmaco generico che sostituisce un farmaco di marca o di altre modifiche indicate nelle sezioni precedenti), la modifica non influirà sul suo uso o sull'importo che paga come quota del costo fino al 1° gennaio dell'anno successivo.

Non le parleremo direttamente di questi tipi di modifiche durante l'anno di piano in corso. Dovrà controllare l'Elenco dei farmaci per il prossimo anno di piano (quando l'elenco è disponibile durante il periodo di iscrizione aperto) per vedere se ci sono modifiche ai farmaci che sta assumendo che avranno un impatto su di lei durante il prossimo anno di piano.

FINAL

SECTION 7 Quali tipi di farmaci *non* sono coperti dal piano?

Section 7.1 Tipi di farmaci che non copriamo

Questa sezione spiega quali tipi di farmaci soggetti a prescrizione sono esclusi. Ciò significa che né Medicare né Medicaid pagano questi farmaci.

Se ricorre in appello e scopre che il farmaco richiesto non è escluso dalla Parte D, il farmaco verrà pagato o coperto (per informazioni sull'impugnazione di una decisione, consultare il capitolo 9). Se il farmaco escluso dal nostro piano è escluso anche da Medicaid, è necessario pagarlo da soli.

Ecco tre regole generali sui farmaci che i piani farmacologici Medicare non copriranno nella Parte D:

- La copertura farmacologica della Parte D del nostro piano non può coprire un farmaco che sarebbe coperto da Medicare Parte A o Parte B.
- Il nostro piano non può coprire un farmaco acquistato al di fuori degli Stati Uniti o dei suoi territori.
- Il nostro piano non può coprire l'uso *off-label* di un farmaco quando l'uso non è supportato da riferimenti certi, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il Micromedex DRUGDEX Information System. L'uso *off-label* è qualsiasi uso del farmaco diverso da quelli indicati sull'etichetta di un farmaco approvato dalla Food and Drug Administration.

Inoltre, per legge, le seguenti categorie di farmaci non sono coperte da Medicare. Tuttavia, alcuni di questi farmaci possono essere coperti dalla copertura Medicaid.

Per ulteriori informazioni sulla copertura farmacologica di Medicaid, contattare il Servizio per i Membri o il proprio ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

- Farmaci senza prescrizione medica (chiamati anche farmaci da banco)
- Farmaci utilizzati per promuovere la fertilità
- Farmaci utilizzati per il sollievo dei sintomi della tosse o del raffreddore
- Farmaci utilizzati per scopi cosmetici o per favorire la crescita dei capelli
- Prescrizione di vitamine e prodotti minerali, ad eccezione delle vitamine prenatali e dei preparati a base di fluoro
- Farmaci utilizzati per il trattamento della disfunzione sessuale o erettile
- Farmaci utilizzati per il trattamento dell'anoressia, della perdita di peso o dell'aumento di peso
- Farmaci ambulatoriali per i quali il produttore cerca di richiedere che i test associati o i servizi di monitoraggio siano acquistati esclusivamente dal produttore come condizione di vendita

SECTION 8 Compilazione di una prescrizione

Section 8.1 Fornisca i dati della sua iscrizione

Per riempire la sua prescrizione, fornisca le informazioni sull'iscrizione al piano, che può trovare sulla sua tessera associativa del piano, presso la farmacia della rete che sceglie. La farmacia della rete fatturerà automaticamente il piano per il suo farmaco. Dovrà pagare alla farmacia *la sua* quota di partecipazione al costo al momento del ritiro della prescrizione.

È necessario mostrare la carta d'identità del membro del piano New York Medicaid per compilare le prescrizioni coperte da Medicaid.

Section 8.2 Cosa succede se non ha con lei le informazioni sull'iscrizione?

Se non hai con lei le informazioni sull'iscrizione al piano quando compila la prescrizione, lei o la farmacia potete chiamare il piano per ottenere le informazioni necessarie o potete chiedere alla farmacia di cercare le informazioni di iscrizione al piano.

Se la farmacia non è in grado di ottenere le informazioni necessarie, **potrebbe dover pagare l'intero costo della prescrizione al momento del ritiro.** (Può quindi **chiederci di rimborsarla** per la nostra parte. Vedere il Capitolo 7, Sezione 2 per informazioni su come chiedere il rimborso al piano.)

SECTION 9 Parte D copertura farmacologica in situazioni particolari

Section 9.1 Cosa succede se si trova in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata per un soggiorno coperto dal piano?

Se è ricoverato/a in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata per un soggiorno coperto dal piano, generalmente copriremo il costo dei suoi farmaci da prescrizione durante il suo soggiorno. Una volta lasciato l'ospedale o la struttura infermieristica qualificata, il piano coprirà i farmaci soggetti a prescrizione purché soddisfino tutte le nostre regole per la copertura descritte in questo Capitolo.

Section 9.2 Cosa succede se risiede in una struttura di assistenza a lungo termine (LTC)?

Di solito, una struttura di assistenza a lungo termine (LTC) (come una casa di cura) ha una propria farmacia o utilizza una farmacia che fornisce farmaci a tutti i suoi residenti. Se risiede in una struttura LTC, può ottenere i suoi farmaci da prescrizione attraverso la farmacia della struttura o quella che utilizza, purché faccia parte della nostra rete.

Controlli l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* [SWHNY.com] per scoprire se la farmacia della sua struttura LTC o quella che utilizza fa parte della nostra rete. Se non lo è, o se ha bisogno di ulteriori informazioni o assistenza, contatti il Servizio per i Membri. Se si trova in una struttura LTC, dobbiamo garantire che sia in grado di ricevere regolarmente i vantaggi della Parte D attraverso la nostra rete di farmacie LTC.

Cosa succede se risiede in una struttura di assistenza a lungo termine (LTC) e ha bisogno di un farmaco che non è incluso nell'Elenco dei farmaci o è limitato in qualche modo?

Fare riferimento alla Sezione 5.2 su una fornitura temporanea o di emergenza.

Section 9.3 E se si riceve anche una copertura farmacologica da un datore di lavoro o da un piano collettivo per pensionati?

Se attualmente dispone di un'altra copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica tramite il suo datore di lavoro (o il suo coniuge o partner domestico) o la categoria di pensionati, contatti **l'amministratore dei sussidi**

di tale gruppo. Questa persona può aiutarla a determinare come la sua attuale copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica funzionerà con il nostro piano.

In generale, se dispone di una copertura per i dipendenti o per una categoria di pensionati, la copertura dei farmaci offerta da noi sarà *secondaria* rispetto alla copertura di categoria. Ciò significa che la copertura di categoria pagherebbe per prima.

Nota speciale sulla copertura accreditabile:

Ogni anno il datore di lavoro o la categoria di pensionati deve inviarle un avviso che indica se la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica per l'anno solare successivo è accreditabile.

Se la copertura del piano di categoria è **accreditabile**, significa che il piano ha una copertura per i farmaci che si prevede paghi, in media, almeno quanto la copertura standard di Medicare per i farmaci soggetti a prescrizione.

Conservi questo avviso sulla copertura accreditabile, perché potrebbe servirle in seguito. Se si iscrive a un piano Medicare che include la copertura dei farmaci della Parte D, potrebbe aver bisogno di questo avviso per dimostrare che ha mantenuto la copertura accreditabile. Se non ha ricevuto l'avviso di copertura accreditabile, ne richieda una copia all'amministratore dei sussidi del suo datore di lavoro o del piano pensionistico, oppure al datore di lavoro o al sindacato.

Section 9.4 Cosa succede se si trova in un ospizio certificato Medicare?

Hospice e il nostro piano non coprono lo stesso farmaco allo stesso tempo. Se è iscritto a Medicare hospice e richiede determinati farmaci (ad esempio, farmaci anti-nausea, lassativi, antidolorifici o farmaci anti-ansia) che non sono coperti dal suo hospice perché non sono correlati alla sua malattia terminale e alle condizioni correlate, il nostro piano deve ricevere notifica dal medico prescrittore o dal suo fornitore di hospice che il farmaco non è correlato prima che il nostro piano possa coprire il farmaco. Per evitare ritardi nella ricezione di questi farmaci che dovrebbero essere coperti dal nostro piano, chieda al suo fornitore di hospice o al medico prescrittore di fornire una notifica prima che la sua prescrizione venga compilata.

Nel caso in cui revochi la sua scelta di hospice o sia dimesso dall'hospice, il nostro piano dovrebbe coprire i suoi farmaci come spiegato in questo documento. Per evitare ritardi in una farmacia al termine del sussidio Medicare Hospice, portare la documentazione in farmacia per verificare la revoca o la dimissione.

SECTION 10 Programmi sulla sicurezza dei farmaci e sulla gestione dei farmaci

Section 10.1 Programmi per aiutare i membri a usare i farmaci in modo sicuro

Conduciamo revisioni sull'uso di droghe per i nostri membri per assicurarci che ricevano cure sicure e appropriate.

Facciamo una revisione ogni volta che si riempie una prescrizione. Esaminiamo anche i nostri registri su base regolare. Durante queste revisioni, cerchiamo potenziali problemi come:

- Possibili errori terapeutici
- Farmaci che potrebbero non essere necessari perché sta assumendo un altro farmaco simile per trattare la stessa condizione
- Farmaci che potrebbero non essere sicuri o appropriati a causa della sua età o sesso

FINAL

- Alcune combinazioni di farmaci che potrebbero danneggiarla se assunte allo stesso tempo
- Prescrizioni per farmaci che hanno ingredienti a cui è allergico
- Possibili errori nella quantità (dosaggio) di un farmaco che sta assumendo
- Quantità non sicure di farmaci antidolorifici oppioidi

Se vediamo un possibile problema nell'uso dei farmaci, lavoreremo con il suo fornitore per risolvere il problema.

Section 10.2 Programma di gestione dei farmaci (DMP) per aiutare i membri a utilizzare in modo sicuro i loro farmaci oppioidi

Abbiamo un programma che aiuta a garantire che i membri utilizzino in modo sicuro oppioidi da prescrizione e altri farmaci di cui si abusa frequentemente. Questo programma è chiamato Programma di gestione dei farmaci (DMP). Se usa farmaci oppioidi che riceve da diversi prescrittori o farmacie, o se ha avuto un recente sovradosaggio da oppioidi, potremmo parlare con i suoi medici per assicurarci che l'uso di farmaci oppioidi sia appropriato e necessario dal punto di vista medico. Lavorando con suoi prescrittori, se decidiamo che il suo uso di oppioidi o benzodiazepine potrebbe non essere sicuro, potremmo limitare il modo in cui può ottenere tali farmaci. Se la inseriamo nel nostro DMP, le limitazioni potrebbero essere:

- Richiedendole di ottenere tutte le sue prescrizioni per farmaci oppioidi o benzodiazepine da determinate farmacie
- Richiedendole di ottenere tutte le sue prescrizioni per farmaci oppioidi o benzodiazepine da determinati prescrittori
- Limitare la quantità di farmaci oppioidi o benzodiazepine che copriremo per lei

Se abbiamo intenzione di limitare il modo in cui può ottenere questi farmaci o quanto può ottenere, le invieremo una lettera in anticipo. La lettera le dirà se limiteremo la copertura di questi farmaci per lei o se le verrà richiesto di ottenere le prescrizioni per questi farmaci solo da un medico o una farmacia specifici. Avrà l'opportunità di dirci quali prescrittori o farmacie preferisce utilizzare e qualsiasi altra informazione che ritiene importante per noi conoscere. Dopo aver avuto l'opportunità di rispondere, se decidiamo di limitare la sua copertura per questi farmaci, le invieremo un'altra lettera a conferma della limitazione. Se ritiene che abbiamo commesso un errore o non è d'accordo con la nostra decisione o con la limitazione, lei e il suo medico curante avete il diritto di presentare ricorso. Se ricorre, esamineremo il suo caso e le daremo una nuova decisione. Se continuiamo a rifiutare qualsiasi parte della sua richiesta relativa alle limitazioni che si applicano al suo accesso ai farmaci, invieremo automaticamente il suo caso a un revisore indipendente al di fuori del nostro piano. Vedere il Capitolo 9 per informazioni su come chiedere un ricorso.

Non sarà inserito nel nostro DMP se ha determinate condizioni mediche, come dolore attivo correlato al cancro o anemia falciforme, sta ricevendo cure ospedaliere, palliative o di fine vita o vive in una struttura di assistenza a lungo termine.

Section 10.3 Programma di gestione della terapia farmacologica (MTM) per aiutare i membri a gestire i loro farmaci

Abbiamo un programma che può aiutare i nostri membri con esigenze sanitarie complesse. Il nostro programma si chiama programma di gestione della terapia farmacologica (MTM).

Questo programma è volontario e gratuito. Un team di farmacisti e medici ha sviluppato il programma per noi per fare in modo che i nostri membri traggano il massimo beneficio dai farmaci che assumono.

Alcuni membri che soffrono di determinate malattie croniche e assumono farmaci che superano un determinato ammontare di costi per i farmaci o che sono inseriti in un DMP per aiutare i membri a utilizzare gli oppioidi in modo sicuro, possono essere in grado di ottenere servizi attraverso un programma MTM. Se è idoneo per il programma, un farmacista o un altro operatore sanitario le fornirà una revisione completa di tutti i suoi farmaci. Durante la revisione, può parlare dei suoi farmaci, dei suoi costi e di eventuali problemi o domande sulla sua prescrizione e sui farmaci da banco. Riceverà un riepilogo scritto che ha un elenco di cose da fare consigliato che include i passaggi da seguire per ottenere i migliori risultati dai farmaci. Riceverà anche un elenco di farmaci che includerà tutti i farmaci che sta assumendo, quanto ne assume e quando e perché li assume. Inoltre, i membri del programma MTM riceveranno informazioni sullo smaltimento sicuro dei farmaci soggetti a prescrizione medica che sono sostanze controllate.

È una buona idea parlare con il medico della sua lista di cose da fare e di farmaci consigliati. Porti con sé il riepilogo alla sua visita o ogni volta che parla con i suoi medici, farmacisti e altri operatori sanitari. Inoltre, tenga aggiornato il suo elenco di farmaci e con lei (ad esempio, con il suo documento d'identità) nel caso in cui lei vada in ospedale o al pronto soccorso.

Se abbiamo un programma che si adatta alle sue esigenze, la iscriveremo automaticamente al programma e le invieremo informazioni. Se decide di non partecipare, la preghiamo di comunicarcelo e La ritireremo. In caso di domande su questo programma, contattare il Servizio per i Membri.

FINAL

CHAPTER 6:
Quanto paga per i farmaci da prescrizione della Parte D

FINAL

Come è possibile ottenere informazioni sui costi dei farmaci?

La maggior parte dei nostri soci si qualifica e riceve “Extra Help” da Medicare per pagare i costi del piano di prescrizione dei farmaci. Se fa parte del programma "Extra Help", **alcune informazioni contenute in questa *Prova di copertura* sui costi per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D potrebbero non essere applicabili.** Le abbiamo inviato un inserto separato, chiamato *Prova di copertura Postilla per le persone che ricevono Extra Help per il pagamento dei farmaci da prescrizione* (noto anche come *Postilla di sussidio per le persone a basso reddito* o *Postilla LIS*), che la informa sulla sua copertura farmacologica. Se non dispone di questo inserto, la preghiamo di chiamare il Servizio per i Membri e di richiedere la *Postilla LIS*.

SECTION 1 Introduzione

Section 1.1 Utilizzi questo capitolo insieme ad altri materiali che spiegano la copertura dei farmaci.

Questo capitolo si concentra su quanto paga per i farmaci da prescrizione della Parte D. Per semplicità, in questo capitolo utilizzeremo il termine “farmaco” per indicare un farmaco con obbligo di prescrizione della Parte D. Come spiegato nel capitolo 5, non tutti i farmaci sono farmaci della Parte D: alcuni farmaci sono esclusi dalla copertura della Parte D per legge. Alcuni dei farmaci esclusi dalla copertura della Parte D sono coperti dalla Parte A o dalla Parte B di Medicare.

Per comprendere le informazioni sul pagamento, è necessario sapere quali sono i farmaci coperti, dove riempire le prescrizioni e quali regole seguire per l'acquisto dei farmaci coperti. Il Capitolo 5, sezioni da 1 a 4, spiega queste regole. Quando utilizza lo “Strumento di sussidi in tempo reale” del piano per cercare la copertura dei farmaci (vedere Capitolo 3, Sezione 3.3), il costo indicato è fornito in “tempo reale”, ovvero il costo visualizzato nello strumento riflette un momento per fornire una stima delle spese vive che si prevede di pagare. È inoltre possibile ottenere le informazioni fornite dallo “Strumento di sussidi in tempo reale” chiamando il Servizio per i Membri.

Section 1.2 Tipi di spese vive che può pagare per i farmaci coperti

Esistono diversi tipi di spese vive per i farmaci della Parte D. L'importo da pagare per un farmaco si chiama partecipazione al costo e può essere richiesto in tre modi.

- **Franchigia** è l'importo pagato per i farmaci prima che il nostro piano inizi a pagare la sua quota.
- **Copagamento** è un importo fisso che si paga ogni volta che si riempie una prescrizione.
- **Coassicurazione** è una percentuale del costo totale che si paga ogni volta che si riempie una prescrizione.

Section 1.3 Come Medicare calcola le spese vive

Medicare ha delle regole che stabiliscono cosa conta e cosa *non* conta ai fini delle spese vive.

Ecco le regole da seguire per tenere traccia delle spese vive.

Questi pagamenti sono inclusi nelle spese vive

Le spese vive comprendono i pagamenti elencati di seguito (a condizione che si tratti di farmaci coperti dalla Parte D e che siano state rispettate le regole per la copertura dei farmaci illustrate nel capitolo 5):

- L'importo pagato per i farmaci quando si trova in una delle seguenti fasi di pagamento dei farmaci:
  - La fase della franchigia
  - La fase della copertura iniziale
- Qualsiasi pagamento effettuato durante l'anno solare in corso come membro di un altro piano di prescrizione Medicare prima di aderire al nostro piano.

È importante chi paga:

- Se effettua i pagamenti **autonomamente**, sono inclusi nelle spese vive.
- Questi pagamenti sono *inclusi anche* nelle spese vive se vengono effettuati per conto suo da **determinati altri individui o organizzazioni.** Ciò include i pagamenti per i farmaci effettuati da amici o parenti, dalla maggior parte degli enti di beneficenza, dai programmi di assistenza per i farmaci dell'AIDS, da un programma statale di assistenza farmaceutica qualificato da Medicare, dai piani sanitari dei datori di lavoro o dei sindacati, da TRICARE o dal Servizio sanitario indiano. Sono inclusi anche i pagamenti effettuati dal programma "Extra Help" di Medicare.

Passare alla fase di copertura catastrofica:

Quando lei (o chi paga per lei) avrà speso un totale di $2,000 in spese vive nell'arco dell'anno solare, passerà dalla fase del gap di copertura alla fase della copertura catastrofica.

Questi pagamenti non sono inclusi nelle spese vive

Le spese vive non includono nessuno di questi tipi di pagamento:

- L'importo pagato per il premio mensile.
- Farmaci acquistati al di fuori degli Stati Uniti e dei suoi territori
- Farmaci non coperti dal nostro piano
- Farmaci acquistati in una farmacia fuori rete che non soddisfano i requisiti del piano per la copertura fuori rete
- Farmaci coperti solo da Medicaid
- Farmaci non compresi nella Parte D, compresi i farmaci coperti dalla Parte A o dalla Parte B e altri farmaci esclusi dalla copertura di Medicare
- Pagamenti effettuati per farmaci da prescrizione normalmente non coperti da un piano di prescrizione di farmaci Medicare.
- Pagamenti per i farmaci effettuati dalla Veterans Health Administration (VA)
- Pagamenti per i farmaci effettuati da terzi con l'obbligo legale di pagare le spese di prescrizione (ad esempio, risarcimento dei lavoratori).
- Pagamenti effettuati dai produttori di farmaci nell'ambito del Programma di sconti ai produttori

FINAL

Promemoria: Se un'altra organizzazione, come quelle sopra elencate, paga una parte o la totalità delle sue spese vive per i farmaci, lei è tenuto a informare il nostro piano chiamando il Servizio per i Membri.

Come posso tenere traccia del totale delle spese sostenute?

- La aiuteremo. La Spiegazione dei sussidi (EOB) della Parte D che riceve include l'importo attuale delle spese vive. Quando questo importo raggiunge $2,000, il rapporto indica che è uscito dallo Stato di copertura iniziale e si è passati alla fase di copertura catastrofica.
- Si assicuri di avere le informazioni di cui abbiamo bisogno. La sezione 3.2 spiega cosa può fare per assicurarsi che i nostri registri delle spese siano completi e aggiornati.

SECTION 2 Il costo di un farmaco dipende dalla fase di pagamento del farmaco in cui ci si trova al momento dell'acquisto

Section 2.1 Quali sono le fasi di pagamento dei farmaci per i membri Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)?

Ci sono tre **fasi di pagamento dei farmaci** per la sua copertura Medicare Parte D con farmaci da prescrizione ai sensi del Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). La quota di partecipazione al costo dei farmaci coperti della Parte D sarà pari a $0, in tutte e quattro le fasi di pagamento dei farmaci, grazie al sussidio potenziato di progettazione assicurativa basata sul valore (VBID). Potrà beneficiare di VBID e di una partecipazione ai costi pari a 0$ se è stato approvato per un sussidio a basso reddito, noto anche come programma “Extra Help”. I dettagli di ciascuna fase sono riportati nelle sezioni da 4 a 6 del presente capitolo. Le fasi sono:

Fase 1: Fase della franchigia annuale

Fase 2: Fase della copertura iniziale

Fase 3: Fase della copertura catastrofica

SECTION 3 Le inviamo rapporti che spiegano i pagamenti per i suoi farmaci e in quale fase di pagamento si trova

Section 3.1 Le inviamo un riepilogo mensile chiamato Parte D Spiegazione dei sussidi (Parte D EOB)

Il nostro piano tiene traccia dei costi dei suoi farmaci da prescrizione e dei pagamenti che ha effettuato quando riceve le sue prescrizioni riempite o ricaricate in farmacia. In questo modo, possiamo dirle quando è passato da una fase di pagamento del farmaco a quella successiva. In particolare, ci sono due tipi di costi di cui teniamo traccia:

FINAL

- Teniamo traccia di quanto ha pagato. Si tratta delle cosiddette **spese vive**. Ciò include quanto pagato per l'acquisto di un farmaco coperto dalla Parte D, eventuali pagamenti per i farmaci effettuati da familiari o amici e qualsiasi pagamento effettuato per i farmaci tramite "Extra Help" da parte di Medicare, piani sanitari del datore di lavoro o del sindacato, TRICARE, Servizio sanitario indiano, programmi di assistenza ai farmaci per l'AIDS, enti di beneficenza e la maggior parte dei programmi statali di assistenza farmaceutica (SPAP).
- Teniamo traccia dei **costi totali dei farmaci**. È il totale di tutti i pagamenti effettuati per i farmaci della Parte D coperti. Include quanto pagato dal piano, quanto pagato da lei e quanto pagato da altri programmi o organizzazioni per i farmaci Parte D coperti.

Se ha ricevuto una o più prescrizioni riempite attraverso il piano durante il mese precedente, le invieremo un EOB Parte D. L'EOB Parte D comprende:

- **Informazioni per quel mese**. Questo rapporto fornisce i dettagli di pagamento sulle prescrizioni che ha compilato durante il mese precedente. Mostra i costi totali del farmaco, ciò che il piano ha pagato e ciò che lei e gli altri avete pagato per suo conto.
- **Totali per l'anno dal 1° gennaio.** Si tratta delle cosiddette informazioni da inizio anno. Mostra i costi totali dei farmaci e i pagamenti totali per i farmaci dall'inizio dell'anno.
- **Informazioni sui prezzi dei farmaci.** Queste informazioni visualizzeranno il prezzo totale del farmaco e le informazioni sugli aumenti di prezzo dal primo riempimento per ogni richiesta di prescrizione della stessa quantità.
- **Prescrizioni alternative disponibili a basso costo.** Ciò includerà informazioni su altri farmaci disponibili con una condivisione dei costi inferiore per ciascuna richiesta di prescrizione, se applicabile.

Section 3.2 Ci aiuti a mantenere aggiornate le nostre informazioni sui suoi pagamenti di farmaci

Per tenere traccia dei costi dei farmaci e dei pagamenti effettuati per i farmaci, utilizziamo i registri che riceviamo dalle farmacie. Ecco come può aiutarci a mantenere le sue informazioni corrette e aggiornate:

- **Mostri la sua tessera associativa ogni volta che riceve una prescrizione.** Questo ci aiuta ad assicurarci di conoscere le prescrizioni che sta compilando e ciò che sta pagando.
- **Si assicuri di avere le informazioni di cui abbiamo bisogno.** Ci sono volte in cui può pagare l'intero costo di un farmaco soggetto a prescrizione medica. In questi casi, non otterremo automaticamente le informazioni di cui abbiamo bisogno per monitorare i suoi costi diretti. Per aiutarci a tenere traccia delle spese sostenute, ci fornisca le copie delle sue ricevute.

  Ecco alcuni esempi di quando è necessario fornire copie delle ricevute dei farmaci:

  - Quando acquista un farmaco coperto presso una farmacia di rete a un prezzo speciale o utilizza una carta sconto che non fa parte del sussidio del nostro piano
  - Quando ha effettuato un co-pagamento per farmaci forniti nell'ambito di un programma di assistenza al paziente del produttore di farmaci.
  - Ogni volta che ha acquistato farmaci coperti presso farmacie fuori rete o altre volte ha pagato il prezzo intero per un farmaco coperto in circostanze particolari.

  Se le viene addebitato un farmaco coperto, può chiedere al nostro piano di pagare la nostra parte del costo. Per istruzioni su come farlo, andare al Capitolo 7, Sezione 2.

FINAL

- **Ci invii informazioni sui pagamenti che altri hanno effettuato per lei.** Anche i pagamenti effettuati da altri individui e organizzazioni vengono conteggiati nei costi diretti. Ad esempio, i pagamenti effettuati da un programma statale di assistenza farmaceutica, un programma di assistenza per i farmaci contro l'AIDS (ADAP), il Servizio sanitario indiano e gli enti di beneficenza contano ai fini delle spese vive. Tenga un registro di questi pagamenti e li invii a noi in modo che possiamo monitorare i suoi costi.
- **Controlli la relazione scritta che le inviamo.** Quando riceve l'*EOB della Parte D*, lo guardi per essere sicuro che le informazioni siano complete e corrette. Se ritiene che manchi qualcosa o se ha domande, ci chiami al Servizio per i Membri. I membri del piano possono accedere ai loro EOB online su Caremark.com. Si assicuri di conservare questi rapporti.

SECTION 4 Non è prevista alcuna franchigia per Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Non è prevista alcuna franchigia per Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Entra nella Fase di copertura iniziale quando riempie la prima prescrizione medica dell'anno. Per informazioni sulla copertura nella Fase di copertura iniziale, consulti la Sezione 5.

Poiché la maggior parte dei nostri membri riceve “Extra Help” per i costi dei farmaci da prescrizione, la fase della franchigia non si applica alla maggior parte dei membri. Se riceve un “Extra Help”, questa fase di pagamento non si applica a lei.

Per informazioni sull'importo della franchigia, consulti l'inserto separato (Postilla LIS).

Se non riceve un “Extra Help”, la fase della franchigia è la prima fase di pagamento per la copertura dei farmaci. Il costo totale è di solito inferiore al normale prezzo pieno del farmaco, poiché il nostro piano ha negoziato costi inferiori per la maggior
parte dei farmaci presso le farmacie della rete.

SECTION 5 Durante la Fase iniziale di copertura, il piano paga la sua quota dei costi dei farmaci e lei paga la sua quota

Section 5.1 Il costo di un farmaco dipende dal farmaco stesso e dal luogo in cui riempie la prescrizione

Durante la fase di copertura iniziale, il piano paga una quota del costo dei farmaci da prescrizione coperti e lei paga la sua quota. La sua quota di partecipazione al costo varia a seconda del farmaco e del luogo di prescrizione.

Le sue scelte di farmacia

Il costo di un farmaco dipende dal fatto che il farmaco venga acquistato:

- In una farmacia al dettaglio della rete
- In una farmacia che non fa parte della rete del piano. Copriamo le prescrizioni effettuate presso farmacie non convenzionate solo in situazioni limitate. Per sapere quando è prevista la copertura di una prescrizione effettuata presso una farmacia fuori rete, consulti il Capitolo 5, Sezione 2.5.
- La farmacia di vendita per corrispondenza del piano.

FINAL

Per ulteriori informazioni su queste scelte di farmacie e sul riempimento delle prescrizioni, consulti il capitolo 5 o l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* del piano SWHNY.com.

Section 5.2 Una tabella che mostra i costi per una fornitura di un farmaco per un *mese*

Durante la fase di copertura iniziale, la quota di partecipazione al costo di un farmaco coperto sarà costituita da un copagamento o da una coassicurazione.

La sua quota di partecipazione al costo quando ottiene una fornitura di *un mese* di un farmaco coperto dalla Parte D:

Categoria	Partecipazione ai costi standard al dettaglio (in rete) (fornitura fino a 31 giorni)	Condivisione dei costi per corrispondenza (fornitura fino a 31 giorni)	Partecipazione ai costi per assistenza a lungo termine (LTC) (fornitura fino a 31 giorni)	Partecipazione ai costi fuori rete (La copertura è limitata a determinate situazioni; per i dettagli veda il Capitolo 5). (fornitura fino a 31 giorni)
Farmaci generici e farmaci multisorgente preferiti	Copagamento $0	Copagamento $0	Copagamento $0	Copagamento $0
Tutti gli altri farmaci	Copagamento $0	Copagamento $0	Copagamento $0	Copagamento $0

Per ulteriori informazioni sulla partecipazione ai costi dei vaccini della Parte D, consultare la sezione 8 di questo capitolo.

Section 5.3 Se il medico prescrive meno di un mese intero di fornitura, il costo dell'intera fornitura potrebbe non essere a carico suo

In genere, l'importo pagato per un farmaco da prescrizione copre un mese intero di fornitura. In alcuni casi, lei o il suo medico desiderate avere una scorta inferiore a un mese di un farmaco (ad esempio, quando si prova un farmaco per la prima volta). È anche possibile chiedere al medico di prescrivere e al farmacista di dispensare una scorta inferiore a un mese intero di farmaci, se ciò consente di pianificare meglio le date di ricarica per le diverse prescrizioni.

Se riceve meno di un mese intero di fornitura di alcuni farmaci, non dovrà pagare per l'intero mese di fornitura.

- Se è responsabile della coassicurazione, paga una *percentuale* del costo totale del farmaco. Poiché la coassicurazione si basa sul costo totale del farmaco, il costo sarà inferiore poiché il costo totale del farmaco sarà più basso.

- Se è responsabile di un copagamento per il farmaco, pagherà solo per il numero di giorni di farmaco che riceve, anziché per un mese intero. Calcoleremo l'importo che paga al giorno per il farmaco (il "tasso di partecipazione al costo giornaliero") e lo moltiplicheremo per il numero di giorni di somministrazione del farmaco.

Section 5.4 Una tabella che indica i costi per una fornitura a *lungo termine* (fino a 100 giorni) di un farmaco

Per alcuni farmaci è possibile ottenere una fornitura a lungo termine (detta anche fornitura estesa). Una fornitura a lungo termine consiste in una fornitura fino a 100 giorni.

La tabella seguente mostra quanto si paga quando si ottiene una fornitura a lungo termine di un farmaco.

La sua quota di partecipazione al costo quando ottiene una fornitura a *lungo termine* di un farmaco coperto dalla Parte D:

Categoria	Partecipazione ai costi standard al dettaglio (in rete) (fornitura fino a 100 giorni)	Condivisione dei costi per corrispondenza (fornitura fino a 100 giorni)
Farmaci generici e farmaci multisorgente preferiti	Copagamento $0	Copagamento $0
Tutti gli altri farmaci	Copagamento $0	Copagamento $0

Section 5.5 Rimane nella Fase di copertura iniziale fino a quando il costi totali dei farmaci per l'anno raggiunge $2,000

Rimane nella Fase di copertura iniziale fino a quando le spese totali non raggiungono il livello di $2,000. Passa quindi alla fase di copertura catastrofica.

L'EOB della *Parte D* che riceverà la aiuterà a tenere traccia di quanto lei, il piano ed eventuali terzi hanno speso per suo conto durante l'anno. Non tutti i membri raggiungeranno il limite di spesa viva $2,000 in un anno.

La informeremo se raggiungerà questo importo. Se raggiunge questo importo, esce dalla Fase di copertura iniziale e passa alla Fase del gap di copertura. Per sapere come Medicare calcola le spese vive, consulti la sezione 1.3.

SECTION 6 Durante la Fase della copertura catastrofica, lei non paga nulla per i farmaci Parte D coperti

Entra nella Fase di copertura catastrofica quando le spese vive hanno raggiunto il livello limite $2,000 per l'anno solare. Una volta entrato nella fase di copertura catastrofica, rimarrà in questa fase di pagamento fino alla fine dell'anno solare.

Durante questa fase di pagamento, lei non paga nulla per i farmaci Parte D coperti.

SECTION 7 Vaccini della Parte D. Quello che paga dipende da come e dove li prende

Messaggio importante su quanto paga per i vaccini – Alcuni vaccini sono considerati sussidi medici e sono coperti dalla Parte B, mentre altri vaccini sono considerati farmaci della Parte D. Questi vaccini sono elencati nell'Elenco dei farmaci del piano. Il nostro piano copre la maggior parte dei vaccini per adulti Parte D senza alcun costo per lei. Per informazioni sulla copertura e la partecipazione ai costi di vaccini specifici, consulti l'Elenco dei farmaci del suo piano o contatti il Servizio per i Membri.

La nostra copertura delle vaccinazioni della Parte D si articola in due parti:

- La prima parte della copertura è il costo del **vaccino stesso**.
- La seconda parte della copertura è il costo di **darle il vaccino**. (Questa operazione viene talvolta chiamata somministrazione del vaccino).

I costi di una vaccinazione Parte D dipendono da tre fattori:

1. **Se il vaccino è raccomandato per gli adulti da un'organizzazione chiamata Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).**
    - La maggior parte delle vaccinazioni della Parte D per adulti sono raccomandate dall'ACIP e non hanno alcun costo.
2. **Dove si ottiene il vaccino.**
    - Il vaccino stesso può essere dispensato da una farmacia o fornito dallo studio medico.
3. **Chi le dà il vaccino.**
    - Un farmacista o un altro operatore può somministrare il vaccino in farmacia. In alternativa, un fornitore può somministrarlo nello studio medico.

L'importo pagato al momento della vaccinazione Parte D può variare a seconda delle circostanze e della **fase di pagamento dei farmaci** in cui si trova.

- A volte, quando ci si sottopone a una vaccinazione, si deve pagare l'intero costo sia del vaccino stesso sia di quello sostenuto dal fornitore per somministrarlo. Può chiedere al nostro piano di rimborsarle la nostra quota di spesa. Per la maggior parte dei vaccini Parte D per adulti, ciò significa che verrà rimborsato l'intero costo pagato.
- Altre volte, quando si effettua una vaccinazione, si pagherà solo la propria quota di costo nell'ambito del sussidio Parte D. Per la maggior parte dei vaccini Parte D per adulti, non pagherà nulla.

Di seguito sono riportati tre esempi di come si può ottenere un vaccino Parte D.

FINAL

Situazione 1: La vaccinazione Parte D viene effettuata presso la farmacia di rete. (La possibilità di scegliere dipende dal luogo in cui vive. Alcuni Stati non consentono alle farmacie di somministrare determinati vaccini).

- Per la maggior parte dei vaccini Parte D per adulti, non pagherà nulla.
- Per gli altri vaccini della Parte D, alla farmacia la coassicurazione *O* il copagamento per il vaccino stesso, che comprende il costo della somministrazione del vaccino.
- Il nostro piano pagherà il resto dei costi.

Situazione 2: La vaccinazione Parte D viene effettuata presso lo studio medico.

- Quando si sottopone al vaccino, è possibile che debba pagare l'intero costo del vaccino stesso e il costo del fornitore che lo somministra.
- Può quindi chiedere al nostro piano di pagare la nostra quota di spesa utilizzando le procedure descritte nel capitolo 7.
- Per la maggior parte dei vaccini Parte D per adulti, verrà rimborsato l'intero importo pagato. Per gli altri vaccini della Parte D, verrà rimborsato l'importo pagato, meno l'eventuale coassicurazione *O* copagamento del vaccino (compresa la somministrazione) e meno l'eventuale differenza tra l'importo richiesto dal medico e quello normalmente pagato da noi. (Se ottiene "Extra Help", la differenza verrà rimborsata.

Situazione 3: Il vaccino Parte D viene acquistato presso la farmacia di rete e poi portato nello studio del medico, dove viene somministrato.

- Per la maggior parte dei vaccini Parte D per adulti, non pagherà nulla per il vaccino stesso.
- Per gli altri vaccini della Parte D, pagherà alla farmacia la coassicurazione *O* il copagamento per il vaccino stesso.
- Quando il medico le somministra il vaccino, potrebbe dover pagare l'intero costo del servizio.
- Può quindi chiedere al nostro piano di pagare la nostra quota di spesa utilizzando le procedure descritte nel capitolo 7.

Per la maggior parte dei vaccini Parte D per adulti, verrà rimborsato l'intero importo pagato. Per gli altri vaccini della Parte D, verrà rimborsato l'importo pagato, meno l'eventuale coassicurazione per la somministrazione del vaccino e meno l'eventuale differenza tra l'importo richiesto dal medico e quello normalmente pagato da noi. (Se ottiene "Extra Help", la differenza verrà rimborsata.)

FINAL

CHAPTER 7:

Chiederci di pagare la nostra parte di una fattura che ha ricevuto per servizi medici o farmaci coperti

FINAL

SECTION 1 Situazioni in cui dovrebbe chiederci di pagare i suoi servizi o farmaci coperti

I nostri fornitori di rete fatturano direttamente il piano per i suoi servizi e farmaci coperti: non dovrebbe ricevere una fattura per i servizi o i farmaci coperti. Se riceve una fattura per l'intero costo delle cure mediche o dei farmaci che ha ricevuto, deve inviarci questa fattura in modo che possiamo pagarla. Quando ci invia la fattura, la esamineremo e decideremo se i servizi e i farmaci devono essere coperti. Se decidiamo che dovrebbero essere coperti, pagheremo direttamente il fornitore.

Se ha già pagato per un servizio Medicare o un articolo coperto dal piano, può chiedere al nostro piano di rimborsarla (la restituzione è spesso chiamata rimborso). È suo diritto essere rimborsato dal nostro piano ogni volta che ha pagato per servizi medici o farmaci coperti dal nostro piano. Potrebbero esserci scadenze che deve rispettare per essere rimborsato. Consultare la Sezione 2 di questo capitolo. Quando ci invia una fattura che ha già pagato, la esamineremo e decideremo se i servizi o i farmaci devono essere coperti. Se decidiamo che dovrebbero essere coperti, la rimborseremo per i servizi o i farmaci.

Potrebbero anche esserci momenti in cui si riceve una fattura da un fornitore per l'intero costo delle cure mediche ricevute o forse per più della propria quota di condivisione dei costi come discusso in questo documento. Prima provi a risolvere la fattura con il fornitore. Se non funziona, ci invii il conto invece di pagarlo. Esamineremo il conto e decideremo se i servizi devono essere coperti. Se decidiamo che dovrebbero essere coperti, pagheremo direttamente il fornitore. Se decidiamo di non pagarlo, informeremo il fornitore. Non dovrebbe mai pagare più della condivisione dei costi consentita dal piano. Se questo fornitore è sotto contratto, ha ancora il diritto al trattamento.

Ecco alcuni esempi di situazioni in cui potrebbe essere necessario chiedere al nostro piano di rimborsarla o di pagare una bolletta che ha ricevuto:

1. **Quando ha ricevuto cure mediche di emergenza o urgenti da un fornitore che non fa parte della rete del nostro piano**

   È possibile ricevere servizi di emergenza o urgenti da qualsiasi fornitore, indipendentemente dal fatto che il fornitore faccia parte o meno della nostra rete. In questi casi, chiedere al fornitore di fatturare il piano.

   - Se paga l'intero importo da solo al momento in cui riceve le cure, ci chieda di rimborsarla . Ci invii la fattura, insieme alla documentazione di eventuali pagamenti che ha effettuato.
   - Potrebbe ricevere una fattura dal fornitore che chiede il pagamento che pensa di non dover pagare. Ci invii questa fattura, insieme alla documentazione di eventuali pagamenti che ha già effettuato.
     - Se al fornitore è dovuto qualcosa, pagheremo direttamente il fornitore.
     - Se ha già pagato per il servizio, noi la rimborseremo.

2. **Quando un fornitore di rete le invia una fattura, pensa di non dover pagare**

   I fornitori di rete dovrebbero sempre fatturare il piano direttamente. Ma a volte commettono errori e le chiedono di pagare per i suoi servizi.

   - Ogni volta che riceve una fattura da un fornitore di rete, ci invii la fattura. Contatteremo direttamente il fornitore e risolveremo il problema di fatturazione.
   - Se ha già pagato una fattura a un fornitore della rete, ci invii la fattura insieme alla documentazione di eventuali pagamenti effettuati. Dovrebbe chiederci di rimborsarla per i suoi servizi coperti.

FINAL

3. In caso di iscrizione retroattiva al nostro piano

A volte l'iscrizione di una persona al piano è retroattiva. (Ciò significa che il primo giorno della loro iscrizione è già passato. La data di iscrizione potrebbe anche essere avvenuta l'anno scorso.)

Se è stato iscritto retroattivamente al nostro piano e ha pagato di tasca sua per uno qualsiasi dei suoi servizi o farmaci coperti dopo la data di iscrizione, può chiederci di rimborsarla per la nostra parte di costi.. Dovrà presentare documenti come ricevute e fatture per consentirci di gestire il rimborso.

4. Quando si utilizza una farmacia fuori rete per ottenere una prescrizione compilata

Se si reca in una farmacia fuori rete, la farmacia potrebbe non essere in grado di presentare la richiesta direttamente a noi. Quando ciò accade, dovrà pagare l'intero costo della sua prescrizione. Salvi la ricevuta e ci invii una copia quando ci chiede di rimborsarla per la nostra parte di costi.. Ricordi che copriamo solo le farmacie fuori rete in circostanze limitate. Vedere il Capitolo 5, Sezione 2.5 per una discussione di queste circostanze. Potremmo non rimborsarle la differenza tra l'importo pagato per il farmaco presso una farmacia non convenzionata e l'importo che pagherebbe presso una farmacia convenzionata.

5. Quando si paga l'intero costo per una prescrizione perché non si ha con sé la tessera associativa del piano

Se non hai con lei la tessera di abbonamento al piano, può chiedere alla farmacia di chiamare il piano o di cercare le informazioni di iscrizione al piano. Tuttavia, se la farmacia non riesce a ottenere immediatamente le informazioni di iscrizione di cui ha bisogno, potrebbe dover pagare l'intero costo della prescrizione da solo. Salvi la ricevuta e ci invii una copia quando ci chiede di rimborsarla per la nostra parte di costi.. Potremmo non rimborsarle l'intero costo pagato se il prezzo in contanti pagato è superiore al prezzo negoziato per la prescrizione.

6. Quando si paga l'intero costo per una prescrizione in altre situazioni

Può pagare l'intero costo della prescrizione perché scopre che il farmaco non è coperto per qualche motivo.

- Ad esempio, il farmaco potrebbe non essere nell'*Elenco dei farmaci coperti (prontuario)* del piano o potrebbe avere un requisito o una restrizione di cui non era a conoscenza o che non ritiene dovrebbe applicarsi a lei. Se decide di ottenere il farmaco immediatamente, potrebbe dover pagare l'intero costo per esso.
- Salvi la ricevuta e ci invii una copia quando ci chiede di rimborsarla. In alcune situazioni, potremmo aver bisogno di ottenere maggiori informazioni dal suo medico per rimborsarla del farmaco per la nostra perte di costi. Potremmo non rimborsarle l'intero costo pagato se il prezzo in contanti pagato è superiore al prezzo negoziato per la prescrizione.

Quando ci invia una richiesta di pagamento, la esamineremo e decideremo se il servizio o il farmaco devono essere coperti. Si tratta di prendere una "decisione sulla copertura". Se decidiamo che dovrebbe essere coperto, pagheremo per la nostra parte di costi il servizio o il farmaco. Se rifiutiamo la sua richiesta di pagamento, può presentare ricorso contro la nostra decisione. Il capitolo 9 di questo documento contiene informazioni su come presentare un ricorso.

FINAL

SECTION 2 Come chiederci di rimborsarla o di pagare una bolletta che ha ricevuto

Section 2.1 Come e dove inviare la richiesta di pagamento

Può chiederci di rimborsarla inviandoci una richiesta per iscritto. Se invia una richiesta per iscritto, invii la fattura e la documentazione di qualsiasi pagamento che ha effettuato. È una buona idea fare una copia della bolletta e delle ricevute.

Per assicurarsi di fornirci tutte le informazioni di cui abbiamo bisogno per prendere una decisione, può compilare il nostro modulo di richiesta per effettuare la sua richiesta di pagamento. **Deve inviarci la sua richiesta entro un (1) anno civile** dalla data in cui ha ricevuto il servizio, l'articolo o il farmaco.

- Non è necessario utilizzare il modulo, ma ci aiuterà a elaborare le informazioni più velocemente.
- Scarichi una copia del modulo dal nostro sito Web SWHNY.com o chiami il Servizio per i Membri e chieda il modulo.

Ci invii la sua richiesta di pagamento insieme a eventuali fatture o ricevute pagate a questo indirizzo:

Rimborsi dei servizi medici:

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

O invii un fax al (310) 507-6186

Rimborsi farmaci da prescrizione:

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)
All'attenzione di: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

SECTION 3 Prenderemo in considerazione la sua richiesta di pagamento e diremo sì o no

Section 3.1 Controlliamo se dobbiamo coprire il servizio o il farmaco e quanto dobbiamo

Quando riceveremo la sua richiesta di pagamento, le faremo sapere se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni da parte sua. In caso contrario, prenderemo in considerazione la sua richiesta e prenderemo una decisione sulla copertura.

FINAL

- Se decidiamo che l'assistenza medica o il farmaco sono coperti e che lei ha rispettato tutte le regole, pagheremo la nostra parte di costo per il servizio o il farmaco. Se il servizio o il farmaco è già stato pagato, invieremo per posta il rimborso della nostra parte di costo a lei. Se ha pagato l'intero costo di un farmaco, potrebbe non essere rimborsato l'intero importo pagato (ad esempio, se il farmaco è stato acquistato in una farmacia fuori rete o se il prezzo in contanti pagato per un farmaco è superiore al prezzo negoziato). Se non ha ancora pagato per il servizio o il farmaco, invieremo il pagamento direttamente al fornitore.
- Se decidiamo che le cure mediche o il farmaco *non* sono coperti, o se *non* ha seguito tutte le regole, non pagheremo la nostra parte di costo delle cure o del farmaco. Le invieremo una lettera che spiega i motivi per cui non stiamo inviando il pagamento e i suoi diritti di presentare ricorso contro tale decisione.

Section 3.2 Se le viene comunicato che non pagheremo in tutto o in parte l'assistenza medica o il farmaco, è possibile presentare un ricorso

Se ritiene che abbiamo commesso un errore nel rifiutare la sua richiesta di pagamento o l'importo che stiamo pagando, può presentare un ricorso. Se presenta un ricorso, significa che ci sta chiedendo di modificare la decisione che abbiamo preso quando abbiamo rifiutato la sua richiesta di pagamento. Il processo di ricorso è un processo formale con procedure dettagliate e scadenze importanti. Per i dettagli su come presentare questo ricorso, consultare il Capitolo 9 del presente documento.

FINAL

CHAPTER 8:
I suoi diritti e responsabilità

FINAL

SECTION 1 Il nostro piano deve onorare i suoi diritti e sensibilità culturali come membro del piano

Section 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in un modo che sia adatto a lei e coerente con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services by calling, (833) 671-0440, October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time. Please note that our automated phone system may answer your call during weekends and holidays from April 1 to September 30. TTY users, please call 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Section 1.2 Dobbiamo garantire che lei abbia un accesso tempestivo ai suoi servizi e farmaci coperti

Ha il diritto di scegliere un fornitore di assistenza primaria (PCP) nella rete del piano per fornire e organizzare i suoi servizi coperti. Ha anche il diritto di andare da uno specialista della salute delle donne (come un ginecologo) senza un rinvio.

Ha il diritto di ottenere appuntamenti e servizi coperti dalla rete di fornitori del piano *entro un ragionevole lasso di tempo*. Ciò include il diritto di ottenere servizi tempestivi da specialisti quando è necessaria tale assistenza. Ha anche il diritto di ottenere le sue prescrizioni riempite o ricaricate presso una qualsiasi delle farmacie della nostra rete senza lunghi ritardi.

FINAL

Se pensa di non ricevere le cure mediche o i farmaci della Parte D entro un ragionevole lasso di tempo, il Capitolo 9 spiega cosa può fare.

Section 1.3 Dobbiamo proteggere la privacy delle sue informazioni sanitarie personali

Le leggi federali e statali proteggono la privacy delle sue cartelle cliniche e delle sue informazioni sanitarie personali. Proteggiamo le sue informazioni sanitarie personali come richiesto da queste leggi.

- Le sue informazioni sanitarie personali includono le informazioni personali che ci ha fornito al momento dell'iscrizione a questo piano, nonché le sue cartelle cliniche e altre informazioni mediche e sanitarie.
- Ha diritti relativi alle sue informazioni e controlla come vengono utilizzate le sue informazioni sanitarie. Le consegniamo un avviso scritto, chiamato Informativa sulle pratiche sulla privacy, che tratta questi diritti e spiega come proteggiamo la privacy delle sue informazioni sanitarie.

Come proteggiamo la privacy delle sue informazioni sanitarie?

- Ci assicuriamo che le persone non autorizzate non vedano o modifichino i suoi dati.
- Ad eccezione delle circostanze indicate di seguito, se intendiamo fornire le sue informazioni sanitarie a chiunque non fornisca le sue cure o paghi per le sue cure, *siamo tenuti a ottenere l'autorizzazione scritta da lei o da qualcuno a cui ha dato il potere legale di prendere decisioni per lei prima*.
- Ci sono alcune eccezioni che non ci richiedono di ottenere prima la sua autorizzazione scritta. Queste eccezioni sono consentite o richieste dalla legge.
  - Siamo tenuti a rilasciare informazioni sanitarie alle agenzie governative che controllano la qualità delle cure.
  - Poiché è un membro del nostro piano attraverso Medicare, siamo tenuti a fornire a Medicare le sue informazioni sanitarie, comprese le informazioni sui farmaci da prescrizione della Parte D. Se Medicare rilascia le sue informazioni per la ricerca o per altri usi, ciò sarà fatto secondo le leggi e i regolamenti federali; in genere, ciò richiede che le informazioni che la identificano in modo univoco non siano condivise.

È possibile vedere le informazioni nei propri registri e sapere come sono state condivise con gli altri

Ha il diritto di consultare le sue cartelle cliniche detenute presso il piano e di ottenere una copia delle sue cartelle cliniche. Siamo autorizzati ad addebitarle una commissione per la realizzazione di copie. Ha anche il diritto di chiederci di apportare aggiunte o correzioni alla sua cartella clinica. Se ci chiede di farlo, lavoreremo con il suo fornitore di assistenza sanitaria per decidere se le modifiche devono essere apportate.

Ha il diritto di sapere come le sue informazioni sanitarie sono state condivise con gli altri per scopi che non sono di routine.

In caso di domande o dubbi sulla privacy delle informazioni sanitarie personali, contattare il Servizio per i Membri.

La sua privacy

Senior Whole Health of New York, Inc("Senior Whole Health", "noi" o "nostro") utilizza e condivide le informazioni sanitarie protette che la riguardano per fornire i suoi sussidi sanitari. Utilizziamo e condividiamo le sue informazioni per effettuare operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria. Utilizziamo e condividiamo le sue informazioni anche per altri motivi, come consentito e richiesto dalla legge. Abbiamo il dovere di mantenere

private le sue informazioni sanitarie e di seguire i termini della presente Informativa. La data di entrata in vigore della presente informativa è il 1° ottobre 20231° ottobre 2021.

PHI significa informazioni protette sulla salute. Le PHI sono informazioni sanitarie che includono il suo nome, numero di membro o altri identificatori e vengono utilizzate o condivise da Senior Whole Health.

Perché Senior Whole Health utilizza o condivide le sue PHI?
Noi utilizziamo o condividiamo le sue PHI per fornirle prestazioni sanitarie. Le PHI vengono utilizzate o condivise per il trattamento, il pagamento e le operazioni di assistenza sanitaria.

Per il trattamento

Senior Whole Health si riserva di utilizzare o condividere le sue PHI per fornirle o organizzare la sua assistenza medica. Questo trattamento include anche le impegnative tra i suoi medici o altri operatori sanitari. Ad esempio, potremmo condividere informazioni sulle sue condizioni di salute con uno specialista. Questo aiuta lo specialista a parlare del trattamento con il medico.

Per il pagamento
Senior Whole Health può utilizzare o condividere le PHI per prendere decisioni sul pagamento. Ciò può includere reclami, approvazioni per il trattamento e decisioni sulle esigenze mediche. Il suo nome, la sua condizione, il suo trattamento e le forniture fornite possono essere scritti sulla fattura. Ad esempio, potremmo far sapere a un medico che ha i nostri vantaggi. Diremmo anche al medico l'importo del conto che pagheremmo.

Per le operazioni di assistenza sanitaria
Senior Whole Health può utilizzare o condividere le PHI che la riguardano per gestire il nostro piano sanitario. Ad esempio, potremmo utilizzare le informazioni contenute nella sua richiesta per informarla di un programma sanitario che potrebbe aiutarla. Possiamo anche utilizzare o condividere le sue PHI per risolvere i problemi dei Membri. Le sue PHI possono essere utilizzate anche per verificare che i rimborsi siano pagati correttamente.

Le operazioni di assistenza sanitaria coinvolgono molte esigenze aziendali quotidiane. Include, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quanto segue:

- Migliorare la qualità;
- Azioni nei programmi sanitari per aiutare i membri con determinate condizioni (come l'asma);
- Condurre o organizzare una revisione medica;
- Servizi legali, inclusi programmi di rilevamento e perseguimento di frodi e abusi;
- Azioni per aiutarci a obbedire alle leggi;
- Rispondere alle esigenze dei membri, compresa la risoluzione di reclami e rimostranze.

Condivideremo le sue PHI con altre società ("**partner commerciali**") che svolgono diversi tipi di attività al servizio del nostro piano sanitario. Possiamo anche utilizzare le sue PHI per fornirle promemoria sui suoi appuntamenti. Potremmo utilizzare
le sue PHI per fornirle informazioni su altri trattamenti o altri benefici e servizi sanitari.

Quando può Senior Whole Health utilizzare o condividere le sue PHI senza ottenere un'autorizzazione scritta (approvazione) da parte sua?
Oltre alle operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria, la legge consente o richiede a Senior Whole Health di utilizzare e condividere le sue PHI per diversi altri scopi, tra cui i seguenti:

Richiesto dalla legge

FINAL

Utilizzeremo o condivideremo le informazioni su di Lei come richiesto dalla legge. Condivideremo le sue PHI quando richiesto dal Segretario del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani (HHS). Questo può essere per un caso giudiziario, un'altra revisione legale o quando richiesto per scopi di applicazione della legge.

Salute pubblica
Le PHI possono essere utilizzate o condivise per attività di salute pubblica. Ciò può includere aiutare le agenzie di salute pubblica a prevenire o controllare le malattie.

Sorveglianza sanitaria
Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con agenzie governative. Potrebbero aver bisogno delle sue PHI per gli audit.

Ricerca
Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per la ricerca in determinate circostanze, ad esempio quando sono approvate da un comitato di revisione istituzionale o sulla privacy.

Procedimenti legali o amministrativi
Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per procedimenti legali, ad esempio in risposta a un'ordinanza del tribunale.

Applicazione della legge
Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con le forze dell'ordine a fini di applicazione della legge, come ad esempio per aiutare a trovare un sospetto, un testimone o una persona scomparsa.

Salute e sicurezza
Le sue PHI possono essere condivise per prevenire una grave minaccia alla salute o alla sicurezza pubblica.

Funzioni governative
Le sue PHI possono essere condivise con le autorità governative per funzioni speciali. Un esempio potrebbe essere quello di proteggere il Presidente.

Vittime di abuso, negligenza o violenza domestica
Le sue PHI possono essere condivise con le autorità legali se riteniamo che una persona sia vittima di abuso o negligenza.

Indennizzo dei lavoratori
Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per rispettare le leggi sull'indennizzo dei lavoratori.

Altre divulgazioni
Le sue PHI possono essere condivise con gli impresari funebri o i medici legali per aiutarli a svolgere il loro lavoro.

Quando è necessaria per Senior Whole Health la sua autorizzazione scritta (approvazione) per utilizzare o condividere le sue PHI?
Senior Whole Health ha bisogno della sua approvazione scritta per utilizzare o condividere le sue PHI per uno scopo diverso da quelli elencati nella presente Informativa. Senior Whole Health ha bisogno della sua autorizzazione prima di divulgare le sue PHI per quanto segue: (1) la maggior parte degli usi e delle divulgazioni di note di psicoterapia; (2) usi e divulgazioni per scopi di marketing; e (3) usi e divulgazioni che comportano la vendita di PHI. È possibile annullare un'approvazione scritta che ci è stata data. La sua cancellazione non si applicherà alle azioni già intraprese da noi a causa dell'approvazione che ci ha già dato.

Quali sono i suoi diritti in materia di informazioni sanitarie?
Ha il diritto di:

FINAL

- **Richiedere restrizioni sugli usi o sulle divulgazioni delle PHI (condivisione delle PHI)**

È possibile chiederci di non condividere le PHI per effettuare operazioni di trattamento, pagamento o assistenza sanitaria. Può inoltre chiederci di non condividere le sue PHI con familiari, amici o altre persone da lei nominate coinvolte nella sua assistenza sanitaria. Tuttavia, non siamo tenuti ad accettare la sua richiesta. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta.

- **Richiedere comunicazioni riservate di PHI**

Può chiedere a Senior Whole Health di darle le sue PHI in un certo modo o in un certo luogo per aiutarla a mantenere private le sue PHI. Seguiremo le richieste ragionevoli, se ci dirà in che modo la condivisione di tutte o parte di tali PHI potrebbe mettere a rischio la sua vita. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta.

- **Revisione e copia delle PHI**
  Ha il diritto di rivedere e ottenere una copia delle PHI detenute da noi. Ciò può includere i registri utilizzati per la copertura, le richieste di risarcimento e altre decisioni in qualità di membro Senior Whole Health. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta. Potremmo addebitarle una commissione ragionevole per la copia e la spedizione dei registri. In alcuni casi, potremmo rifiutare la richiesta. Nota importante: Non abbiamo copie complete della sua cartella clinica. Se desidera consultare, ottenere una copia o modificare la sua cartella clinica, la preghiamo di contattare il suo medico o la sua clinica.
- **Modificare le PHI**
  Può chiedere di modificare (cambiare) le Phi. Ciò riguarda solo i registri da noi conservati su di lei come Membro. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta. Può presentare una lettera di disaccordo con noi se rifiutiamo la richiesta.
- **Ricevere una contabilità delle divulgazioni delle PHI (condivisione delle Phi)**
  Può chiedere di ricevere un elenco di alcune parti con cui abbiamo condiviso le PHI nei sei anni precedenti la data della richiesta. L'elenco non includerà PHI condivise come segue:
  - per operazioni di cura, pagamento o assistenza sanitaria;
  - alle persone sulle proprie PHI;
  - condivisione effettuata con la sua autorizzazione;
  - incidente a un uso o divulgazione altrimenti consentito o richiesto dalla legge applicabile;
  - PHI rilasciate nell'interesse della sicurezza nazionale o per scopi di intelligence; o
  - come parte di un set di dati limitato in conformità con la legge applicabile.

Addebiteremo una tariffa ragionevole per ogni elenco se lo richiede più di una volta in un periodo di 12 mesi. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il modulo di Senior Whole Health per effettuare la richiesta.

Può effettuare una qualsiasi delle richieste sopra elencate od ottenere una copia cartacea della presente Informativa. Può chiamare il Servizio per i Membri Senior Whole Health al numero gratuito indicato sulla tessera identificativa di Senior Whole Health, 7 giorni su 7, dalle 8.00 a.m. alle 8.00 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/ TDD sono pregati di chiamare il 711.

Cosa può fare se i suoi diritti non sono stati tutelati?

Può presentare reclami a Senior Whole Health e al Dipartimento della salute e dei servizi umani se ritiene che i suoi diritti alla privacy siano stati violati. Non faremo nulla contro di lei per aver presentato un reclamo. Le sue cure e i suoi sussidi non cambieranno in alcun modo.

Può presentare un reclamo presso di noi al seguente indirizzo:

Chiami il Servizio per i Membri Senior Whole Health al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa di Senior Whole Health, 7 giorni su 7, dalle 8.00 a.m. alle 8.00 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711.

Per iscritto:
Senior Whole Health Health Plan by Molina Healthcare
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Può presentare un reclamo al Segretario del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti al seguente indirizzo:

Office of the Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
Telefono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697; Fax: (202) 619-3818

Quali sono i doveri di Senior Whole Health?
Senior Whole Health è tenuta a:

- Mantenere private le sue PHI;
- Fornirle informazioni scritte come questa sui nostri doveri e sulle pratiche sulla privacy relative alle sue PHI;
- Fornire un avviso in caso di violazione delle PHI non garantiti;
- Non utilizzare o divulgare le sue informazioni genetiche a fini di sottoscrizione;
- Seguire i termini della presente Informativa.

La presente Informativa è soggetta a modifiche
Senior Whole Health si riserva il diritto di modificare le sue pratiche informative e i termini di questa informativa in qualsiasi momento. Se lo facciamo, i nuovi termini e le nuove pratiche si applicheranno a tutte le PHI che manteniamo. Se apportiamo modifiche sostanziali, Senior Whole Health pubblicherà l'Informativa rivisto sul nostro sito Web e invierà l'Informativa rivista, o le informazioni sulla modifica sostanziale e su come ottenere l'Informativa rivista, nella nostra prossima mailing annuale ai nostri membri allora coperti da Senior Whole Health.

Informazioni di contatto
In caso di domande, contattare il seguente ufficio:

Per telefono:
Chiami il Servizio per i Membri Senior Whole Health al numero gratuito indicato sulla tessera identificativa di Senior Whole Health, 7 giorni su 7, dalle 8.00 a.m. alle 8.00 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711.

FINAL

È possibile ottenere questo documento gratuitamente in altri formati, come caratteri a caratteri grandi, braille o audio. Chiami il Servizio per i Membri Senior Whole Health al numero gratuito indicato sulla tessera identificativa di Senior Whole Health, 7 giorni su 7, dalle 8.00 a.m. alle 8.00 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711. La chiamata è gratuita.

Section 1.4 Dobbiamo fornirle informazioni sul piano, sulla sua rete di fornitori e sui suoi servizi coperti

Come membro di Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP), ha il diritto di ottenere da noi diversi tipi di informazioni.

Se si desidera uno dei seguenti tipi di informazioni, contattare il Servizio per i Membri:

- **Informazioni sul nostro piano**. Ciò include, ad esempio, informazioni sulla condizione finanziaria del piano.
- **Informazioni sui nostri fornitori di rete e sulle farmacie.** Ha il diritto di ottenere informazioni sulle qualifiche dei fornitori e delle farmacie nella nostra rete e su come paghiamo i fornitori nella nostra rete.
- **Informazioni sulla copertura e sulle regole da seguire quando si utilizza la copertura.** I capitoli 3 e 4 forniscono informazioni sui servizi medici. I Capitoli 5 e 6 forniscono informazioni sulla copertura dei farmaci da prescrizione della Parte D.
- **Informazioni sul motivo per cui qualcosa non è coperto e su cosa può fare al riguardo.** Il Capitolo 9 fornisce informazioni sulla richiesta di una spiegazione scritta sul motivo per cui un servizio medico o un farmaco della Parte D non sono coperti o se la copertura è limitata. Il capitolo 9 fornisce anche informazioni su come chiederci di modificare una decisione, chiamato anche ricorso.

Section 1.5 Dobbiamo sostenere il suo diritto di prendere decisioni sulla sua assistenza

Ha il diritto di conoscere le sue opzioni di trattamento e di partecipare alle decisioni

Ha il diritto di ottenere informazioni complete dai suoi medici e da altri operatori sanitari. I suoi fornitori devono spiegare la sua condizione medica e le sue scelte di trattamento *in un modo che possa comprendere*.

Ha anche il diritto di partecipare pienamente alle decisioni sulla sua assistenza sanitaria. Per aiutarla a prendere decisioni con i suoi medici su quale trattamento è meglio per lei, i suoi diritti includono quanto segue:

- **Per conoscere tutte le sue scelte.** Ha il diritto di essere informato su tutte le opzioni di trattamento raccomandate per la sua condizione, indipendentemente dal loro costo o dal fatto che siano coperte dal nostro piano. Include anche essere informati sui programmi che il nostro piano offre per aiutare i membri a gestire i loro farmaci e a usarli in modo sicuro.
- **Conoscere i rischi.** Ha il diritto di essere informato su eventuali rischi coinvolti nella sua cura. È necessario essere informati in anticipo se qualsiasi cura o trattamento medico proposto fa parte di un esperimento di ricerca. Ha sempre la possibilità di rifiutare qualsiasi trattamento sperimentale.
- **Il diritto di dire "no**". Ha il diritto di rifiutare qualsiasi trattamento raccomandato. Ciò include il diritto di lasciare un ospedale o un'altra struttura medica, anche se il medico le consiglia di non andarsene. Ha anche il diritto di interrompere l'assunzione del farmaco. Naturalmente, se rifiuta il trattamento o interrompi l'assunzione di farmaci, si assume la piena responsabilità di ciò che accade al suo corpo come risultato.

Ha il diritto di dare istruzioni su cosa fare se non sei in grado di prendere decisioni mediche per se stesso

A volte le persone diventano incapaci di prendere decisioni sanitarie da sole a causa di incidenti o malattie gravi. Ha il diritto di dire cosa vuole che accada se si trova in questa situazione. Ciò significa che, *se lo desidera*, può:

- Compilare un modulo scritto per dare a **qualcuno l'autorità legale per prendere decisioni mediche per lei** se mai non sarà in grado di prendere decisioni per se stesso.
- **Fornisca ai suoi medici istruzioni scritte** su come desidera che gestiscano le sue cure mediche se non è in grado di prendere decisioni da solo.

I documenti legali che è possibile utilizzare per dare indicazioni in anticipo in queste situazioni sono chiamati **direttive anticipate**. Esistono diversi tipi di direttive anticipate e nomi diversi per loro. I documenti denominati **testamento biologico** e **procura per l'assistenza sanitaria** sono esempi di direttive anticipate.

Se si desidera utilizzare una direttiva anticipata per fornire le istruzioni, ecco cosa fare:

- **Ottenere il modulo.** È possibile ottenere un modulo di direttiva anticipato dal proprio avvocato, da un assistente sociale o da alcuni negozi di forniture per ufficio. A volte è possibile ottenere moduli di direttiva anticipati da organizzazioni che forniscono alle persone informazioni su Medicare. È inoltre possibile contattare il Servizio per i Membri per richiedere i moduli.
- I moduli sono disponibili anche tramite un link a Caring Connections sul nostro sito Web e all'indirizzo http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/
- **Compilarlo e firmarlo.** Indipendentemente da dove si ottiene questo modulo, tenere presente che si tratta di un documento legale. Dovrebbe prendere in considerazione l'idea di farsi aiutare da un avvocato per prepararlo.
- **Dare copie alle persone appropriate.** Deve consegnare una copia del modulo al medico e alla persona indicata nel modulo che può prendere decisioni al posto suo se non è in grado di farlo. Potrebbe voler dare delle copie ad amici intimi o familiari. Conservarne una copia a casa.

Se sa in anticipo che sarà ricoverato in ospedale e ha firmato una direttiva anticipata, ne **porti una copia con sé in ospedale.**

- L'ospedale le chiederà se ha firmato un modulo di direttiva anticipata e se lo ha con sé.
- Se non ha firmato un modulo di direttiva anticipata, l'ospedale ha a disposizione dei moduli e le chiederà se desidera firmarne uno.

Ricordi, è una sua scelta se vuole compilare una direttiva anticipata (incluso se vuole firmarne una se è in ospedale). Secondo la legge, nessuno può negarle assistenza o discriminarla in base al fatto che lei abbia firmato o meno una direttiva anticipata.

Cosa succede se le sue istruzioni non vengono seguite?

Se ha firmato una direttiva anticipata e ritiene che un medico o un ospedale non abbia seguito le istruzioni in essa contenute, può presentare un reclamo alla Hotline per i reclami del Dipartimento della Salute dello Stato di New York al numero 1-800-206-8125 (TTY 711).

FINAL

Section 1.6 Ha il diritto di presentare reclami e di chiederci di riconsiderare

Se ha problemi, preoccupazioni o reclami e ha bisogno di richiedere la copertura o presentare un ricorso, il Capitolo 9 di questo documento spiega cosa può fare. Qualunque cosa lei faccia – chiedere una decisione sulla copertura, presentare un ricorso o presentare un reclamo – **siamo tenuti a trattarla in modo equo.**

Section 1.7 Cosa può fare se ritiene di essere trattato in modo ingiusto o se i suoi diritti non vengono rispettati?

Se si tratta di discriminazione, chiamare l'Ufficio per i diritti civili

Se ritiene di essere stato trattato ingiustamente o che i suoi diritti non siano stati rispettati a causa della sua razza, disabilità, religione, sesso, salute, etnia, credo (convinzioni), età, orientamento sessuale o origine nazionale, deve chiamare l'**Ufficio per i diritti civili** del Dipartimento della salute e dei servizi umani al numero 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o chiamare l'Ufficio locale per i diritti civili.

Si tratta di qualcos'altro?

Se ritiene di essere stato trattato ingiustamente o che i suoi diritti non siano stati rispettati, *e non* si tratta di discriminazione, può ottenere aiuto per affrontare il problema che sta riscontrando:

- È possibile **chiamare il Servizio per i Membri**.
- Può **chiamare la SHIP**. Per i dettagli, andare al Capitolo 2, Sezione 3.
- In alternativa, **è possibile chiamare Medicare** al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (TTY 1-877-486-2048).

Section 1.8 Come ottenere maggiori informazioni sui suoi diritti

Ci sono diversi luoghi in cui è possibile ottenere maggiori informazioni sui propri diritti:

- È possibile **chiamare il Servizio per i Membri**.
- Può **chiamare la SHIP**. Per i dettagli, andare al Capitolo 2, Sezione 3.
- È possibile contattare **Medicare**.
  - È possibile visitare il sito Web di Medicare per leggere o scaricare la pubblicazione Medicare Rights & Protections. (La pubblicazione è disponibile su: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - In alternativa, è possibile chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (TTY 1-877-486-2048).

SECTION 2 Ha alcune responsabilità come membro del piano

Le cose che deve fare come membro del piano sono elencate di seguito. In caso di domande, contatti il Servizio per i Membri.

FINAL

- **Acquisire familiarità con i servizi coperti e le regole da seguire per ottenere questi servizi coperti**. Utilizzare questa Prova di copertura per apprendere cosa è coperto per te e le regole che è necessario seguire per ottenere i servizi coperti.
  - I capitoli 3 e 4 forniscono i dettagli sui servizi medici.
  - I capitoli 5 e 6 forniscon i dettagli sulla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D.
- **Se si dispone di un'altra copertura assicurativa sanitaria o di una copertura con farmaci soggetti a prescrizione medica oltre al nostro piano, è necessario comunicarcelo.** Il capitolo 1 le spiega come coordinare questi sussidi.
- **Comunichi al suo medico e ad altri operatori sanitari che è iscritto al nostro piano.** Mostri la sua tessera di iscrizione al piano e la tessera Medicaid ogni volta che riceve cure mediche o farmaci soggetti a prescrizione medica.
- **Aiuti i suoi medici e altri operatori sanitari ad aiutarla fornendo loro informazioni, ponendo domande e seguendo le sue cure.**
  - Per ottenere le migliori cure, informi i medici e gli altri operatori sanitari dei suoi problemi di salute. Segua i piani di trattamento e le istruzioni che lei e i suoi medici concordate.
  - Si assicuri che i suoi medici conoscano tutti i farmaci che sta assumendo, compresi i farmaci da banco, le vitamine e gli integratori.
  - In caso di domande, si assicuri di chiedere e ottenere una risposta comprensibile.
- **Sia premuroso.** Ci aspettiamo che tutti i nostri membri rispettino i diritti degli altri pazienti. Ci aspettiamo anche che lei agisca in un modo che aiuti il buon funzionamento dello studio medico, degli ospedali e di altri uffici.
- **Paghi ciò che deve**. In qualità di membro del piano, è responsabile di questi pagamenti:
  - Deve pagare i premi del piano.
  - Deve continuare a pagare i suoi premi Medicare per rimanere membro del piano.
  - Per la maggior parte dei suoi servizi medici o farmaci coperti dal piano, deve pagare la sua quota di partecipazione al costo quando riceve il servizio o il farmaco.
  - Se le viene richiesto di pagare l'importo extra per la Parte D a causa del suo reddito più elevato (come riportato nella sua ultima dichiarazione dei redditi), deve continuare a pagare l'importo extra direttamente al governo per rimanere membro del piano.
- **Se si sposta *all'interno* della nostra area di servizio del piano, abbiamo bisogno di saperlo** in modo da poter mantenere aggiornato il registro dei suoi abbonamenti e sapere come contattarla.
- **Se si sposta *al di fuori* della nostra area di servizio del piano, non può rimanere un membro del nostro piano.**
- Se si trasferisce, è anche importante informare la Social Security (o il Railroad Retirement Board).

FINAL

CHAPTER 9:

Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni sulla copertura, ricorsi, reclami)

FINAL

SECTION 1 Introduzione

Section 1.1 Cosa fare in caso di problemi o preoccupazioni

Questo capitolo spiega i processi per la gestione di problemi e preoccupazioni. La procedura da utilizzare per gestire il problema dipende da due fattori:

1. Se il problema riguarda sussidi coperti da **Medicare** o **Medicaid**. Se desidera essere aiutato a decidere se utilizzare la procedura **Medicare** o quella **Medicaid**, contatti il Servizio per i Membri.
2. Il tipo di problema riscontrato:
   - Per alcuni problemi, è necessario utilizzare il **processo per le decisioni sulla copertura e i ricorsi**.
   - Per altri problemi, è necessario utilizzare il **processo per presentare reclami;** chiamati anche rimostranze.

Queste procedure sono state approvate da Medicare. Ogni processo ha una serie di regole, procedure e scadenze che devono essere seguite da noi e da lei.

La guida nella Sezione 3 la aiuterà a identificare il processo giusto da utilizzare e cosa dovrebbe fare.

Section 1.2 E i termini legali?

Ci sono termini legali per alcune delle regole, delle procedure e dei tipi di scadenze spiegati in questo capitolo. Molti di questi termini non sono familiari alla maggior parte delle persone e possono essere difficili da capire. Per semplificare le cose, questo capitolo:

- Utilizza parole più semplici al posto di alcuni termini legali. Ad esempio, questo capitolo dice generalmente presentare un reclamo piuttosto che presentare una vertenza, decisione di copertura piuttosto che determinazione integrata dell'organizzazione o determinazione della copertura o determinazione a rischio e organizzazione di revisione indipendente anziché entità di revisione indipendente.
- Usa anche il meno possibile le abbreviazioni.

Tuttavia, può essere utile – e talvolta molto importante – conoscere i termini legali corretti. Sapere quali termini utilizzare la aiuterà a comunicare in modo più accurato per ottenere l'aiuto o le informazioni giuste per la sua situazione. Per aiutarla a sapere quali termini utilizzare, includiamo termini legali quando forniamo i dettagli per la gestione di specifici tipi di situazioni.

SECTION 2 Dove ottenere maggiori informazioni e assistenza personalizzata

Siamo sempre a sua disposizione. Anche se ha un reclamo sul nostro trattamento nei suoi confronti, siamo obbligati a onorare il suo diritto di reclamo. Pertanto, è sempre consigliabile rivolgersi al servizio clienti per ottenere aiuto. Ma in alcune situazioni potrebbe anche desiderare aiuto o guida da qualcuno che non è in contatto con noi. Di seguito sono riportate due entità che possono aiutarLa.

Programma di assistenza sanitaria statale (SHIP)

Ogni stato ha un programma governativo con consulenti qualificati. Il programma non è collegato a noi o ad alcuna compagnia assicurativa o piano sanitario. I consulenti di questo programma possono aiutarla a capire quale processo

FINAL

dovrebbe utilizzare per gestire un problema che sta riscontrando. Possono anche rispondere alle sue domande, darle maggiori informazioni e offrire indicazioni su cosa fare.

I servizi dei consulenti SHIP sono gratuiti. I numeri di telefono e gli URL dei siti web sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 3 del presente documento.

Medicare

È inoltre possibile contattare Medicare per ricevere assistenza. Per contattare Medicare:

- È possibile chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.
- È inoltre possibile visitare il sito Web Medicare (www.medicare.gov).

È possibile ottenere assistenza e informazioni da Medicaid

Metodo	**(Programma Medicaid New York State Department of Health) – Informazioni di contatto**
CHIAMARE	New York (800) 505-5678 or (212) 630-1945, Nassau: (516) 227-7474, Westchester (914) 995-3333 Monday-Friday, 8:30 a.m. – 8:00 p.m., Saturday 10 a.m. – 6 p.m.
SCRIVERE	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656 White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
SITO WEB	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Metodo	**Community Health Advocates (CHA) (Programma Ombudsman New York) – Informazioni di contatto**
CHIAMARE	(888) 614-5400 Monday-Friday, 9 a.m. – 4 p.m.
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.

FINAL

Metodo	Community Health Advocates (CHA) (Programma Ombudsman New York) – Informazioni di contatto
SCRIVERE	Community Health Advocates Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: cha@cssny.org
SITO WEB	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

Metodo	New York Long Term Care Ombudsman Program – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(855) 582-6769 Monday – Friday from 8 a.m. to 5 p.m. EST
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
SCRIVERE	2 Empire State Plaza, 5th Floor, Albany, NY 12223 EMAIL: ombudsman@aging.ny.gov
SITO WEB	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

Metodo	Livanta – (Organizzazione per il miglioramento della qualità New York) - Informazioni di contatto
CHIAMARE	(866) 815-5440 Monday - Friday from 9 a.m. to 5 p.m. local time; weekends and holidays from 11 a.m. to 3 p.m. local time
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
SCRIVERE	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITO WEB	https://www.livantaqio.com/

FINAL

SECTION 3 Per risolvere il suo problema, quale processo dovrebbe utilizzare?

Poiché ha Medicare e riceve assistenza da Medicaid, ha a disposizione diverse procedure da utilizzare per gestire il suo problema o reclamo. La procedura da utilizzare dipende dal fatto che il problema riguardi i sussidi Medicare o Medicaid. Se il problema riguarda un sussidio coperto da Medicare, deve ricorrere alla procedura Medicare. Se il problema riguarda un sussidio coperto da Medicaid, deve ricorrere alla procedura Medicaid. Se desidera essere aiutato a decidere se utilizzare la procedura Medicare o quella Medicaid, contatti il Servizio per i Membri.

La procedura Medicare e la procedura Medicaid sono descritte in parti diverse di questo capitolo. Per sapere quale parte leggere, utilizzi la tabella seguente.

Il problema riguarda i sussidi Medicare o Medicaid?

Se desidera essere aiutato a decidere se il suo problema riguarda i sussidi Medicare o Medicaid, contatti il Servizio per i Membri.

Il mio problema riguarda i sussidi **Medicare**.

Vada alla sezione successiva di questo capitolo, **Sezione 4, "Gestione dei problemi relativi ai sussidi Medicare".**

Il mio problema riguarda i sussidi **Medicaid**.

Passi alla **Sezione 12** di questo capitolo, **"Gestione dei problemi relativi ai sussidi Medicaid."**

PROBLEMI RELATIVI AI SUOI SUSSIDI MEDICARE

SECTION 4 Gestire i problemi relativi ai suoi sussidi Medicare

Section 4.1 Deve utilizzare la procedura per le decisioni di copertura e i ricorsi? Oppure deve utilizzare la procedura per la presentazione dei reclami?

In caso di problemi o preoccupazioni, è sufficiente leggere le parti di questo capitolo che si applicano alla propria situazione. La informativa di seguito la aiuterà a trovare la sezione giusta di questo capitolo per i problemi o i reclami relativi ai **sussidi coperti da Medicare**.

Per capire quale parte di questo capitolo la aiuterà a risolvere il suo problema o la sua preoccupazione per i suoi sussidi **Medicare**, utilizzi questa tabella:

FINAL

Il suo problema o la sua preoccupazione riguarda i suoi sussidi o la sua copertura?

Ciò include problemi sul fatto che le cure mediche (articoli medici, servizi e/o farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte B) siano coperte o meno, il modo in cui sono coperte e problemi relativi al pagamento delle cure mediche.

Sì.

Passare alla sezione successiva di questo capitolo, la **Sezione 5, Una guida alle basi delle decisioni di copertura e dei ricorsi.**

No.

Passare alla **Sezione 11** alla fine di questo capitolo: **Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni.**

SECTION 5 Una guida alle basi delle decisioni di copertura e dei ricorsi

Section 5.1 Chiedere decisioni sulla copertura e presentare ricorsi: il quadro generale

Le decisioni di copertura e i ricorsi riguardano problemi relativi alle prestazioni e alla copertura delle cure mediche (servizi, articoli e farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte B, incluso il pagamento). Per semplificare, generalmente ci riferiamo a articoli medici, servizi e farmaci da prescrizione Medicare Parte B come **cure mediche**. Il processo decisionale e di ricorso si applica a questioni quali la copertura o meno di un evento e le modalità di copertura.

Richiedere decisioni sulla copertura prima di ricevere i sussidi

Una decisione sulla copertura è una decisione che prendiamo in merito ai suoi sussidi e alla sua copertura o all'importo che pagheremo per le sue cure mediche. Ad esempio, se il medico della rete del piano la reinvia a un medico specialista non all'interno della rete, questa impegnativa è considerata una decisione di copertura favorevole a meno che il medico della rete non possa dimostrare di aver ricevuto una notifica di rifiuto standard per questo medico specialista o la Prova di copertura chiarisca che il servizio di riferimento non è mai coperto in nessuna condizione. Lei o il suo medico potete anche contattarci e chiedere una decisione sulla copertura se il suo medico non è sicuro se copriremo un particolare servizio medico o si rifiuta di fornire le cure mediche di cui ritiene di aver bisogno. In altre parole, se vuole sapere se copriremo un servizio medico prima di riceverla, può chiederci di prendere una decisione sulla copertura per lei. In circostanze limitate, una richiesta di una decisione sulla copertura verrà respinta, il che significa che non esamineremo la richiesta. Esempi di quando una richiesta verrà respinta includono se la richiesta è incompleta, se qualcuno effettua la richiesta per suo conto ma non è legalmente autorizzato a farlo o se chiede che la sua richiesta venga ritirata. Se respingiamo una richiesta di una decisione di copertura, invieremo un avviso che spiega perché la richiesta è stata respinta e come chiedere una revisione del rifiuto.

Stiamo prendendo una decisione sulla copertura per lei ogni volta che decidiamo cosa è coperto per lei e quanto paghiamo. In alcuni casi, potremmo decidere che l'assistenza medica non è coperta o non è più coperta da Medicare per lei. Se non è d'accordo con questa decisione sulla copertura, può presentare ricorso.

FINAL

Fare un ricorso

Se prendiamo una decisione sulla copertura, prima o dopo aver ricevuto un sussidio, e non è soddisfatto, può appellarsi alla decisione. Un ricorso è un modo formale per chiederci di esaminare e modificare una decisione sulla copertura che abbiamo preso. In determinate circostanze, di cui parleremo in seguito, può richiedere un ricorso rapido o ricorso rapido di una decisione di copertura. Il suo ricorso è gestito da revisori diversi da quelli che hanno preso la decisione originale.

Un ricorso è un modo formale per chiederci di esaminare e modificare una decisione sulla copertura che abbiamo preso. In determinate circostanze, di cui parleremo in seguito, può richiedere un ricorso rapido o ricorso rapido di una decisione di copertura. Il suo ricorso è gestito da revisori diversi da quelli che hanno preso la decisione originale.

Quando impugna una decisione per la prima volta, questo si chiama ricorso di livello 1. In questo ricorso, esaminiamo la decisione sulla copertura che abbiamo preso per verificare se stavamo rispettando correttamente le regole. Dopo aver completato la revisione, le diamo la nostra decisione.

In circostanze limitate, una richiesta di ricorso di livello 1 verrà respinta, il che significa che non la esamineremo. Esempi di quando una richiesta verrà respinta includono se la richiesta è incompleta, se qualcuno effettua la richiesta per suo conto ma non è legalmente autorizzato a farlo o se chiede che la sua richiesta venga ritirata. Se respingiamo una richiesta di ricorso di livello 1, invieremo un avviso che spiega perché la richiesta è stata respinta e come chiedere una revisione del licenziamento.

Se diciamo di no a tutto o parte del suo ricorso di livello 1 per cure mediche, il suo ricorso passerà automaticamente al livello 2. L'appello di livello 2 è condotto da un'organizzazione di revisione indipendente che non è collegata a noi.

- Per avviare un appello di livello 2 non è necessario fare nulla. Le regole di Medicare prevedono che il ricorso per l'assistenza medica venga automaticamente inviato al livello 2 se non è pienamente condiviso il ricorso al livello 1.
- Si veda la **Sezione 6.4** di questo capitolo per maggiori informazioni sui ricorsi di Livello 2 per l’assistenza medica.
- I ricorsi della Parte D sono discussi ulteriormente nella Sezione 7 di questo capitolo.

Se non è soddisfatto della decisione del ricorso di livello 2, potrebbe essere in grado di continuare attraverso ulteriori livelli di ricorso (la sezione 10 di questo capitolo spiega i processi di ricorso di livello 3, 4 e 5).

Section 5.2 Come ottenere aiuto quando chiede una decisione sulla copertura o presenta un ricorso

Ecco le risorse se decide di chiedere qualsiasi tipo di decisione di copertura o di impugnare una decisione:

- È **possibile chiamarci al Servizio per i Membri**.
- **Può ottenere assistenza gratuita** dal suo programma di assistenza sanitaria statale.
- **Il medico può fare una richiesta per lei.** Se il suo medico l’aiuta con un ricorso oltre il Livello 2, dovrà essere nominato come suo rappresentante. Si prega di chiamare il Servizio per i Membri e richiedere il modulo Nomina del Rappresentante. (Il modulo è disponibile anche sul sito Web di Medicare all'indirizzo www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
    - Per le cure mediche, il medico può richiedere una decisione sulla copertura o un ricorso di livello 1 per suo conto. Se il suo ricorso viene respinto al livello 1, verrà automaticamente inoltrato al livello 2.

FINAL

- Per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte D, il medico o altro prescrittore può richiedere una decisione sulla copertura o un ricorso di livello 1 per suo conto. Se il suo ricorso di livello 1 viene negato, il medico o il prescrittore può richiedere un ricorso di livello 2.

- **Può chiedere a qualcuno di agire per suo conto.** Se lo desidera, può nominare un'altra persona che agisca per lei come suo rappresentante per chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso.
  - Se desidera che un amico, un parente o un'altra persona sia il suo rappresentante, chiami il Servizio per i Membri e chieda il modulo Nomina del rappresentante. (Il modulo è disponibile anche sul sito Web di Medicare all'indirizzo www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Il modulo dà a quella persona il permesso di agire per suo conto. Deve essere firmato da lei e dalla persona che desidera agire per suo conto. È necessario fornirci una copia del modulo firmato.
  - Sebbene possiamo accettare una richiesta di ricorso senza il modulo, non possiamo iniziare o completare la nostra verifica finché non la riceviamo. Se non riceveremo il modulo prima del nostro termine per prendere una decisione sul suo ricorso, la sua richiesta di ricorso verrà respinta. Se ciò accade, le invieremo una comunicazione scritta che spiega il suo diritto di chiedere all'organizzazione di revisione indipendente di rivedere la nostra decisione di respingere il suo ricorso.
- **Ha anche il diritto di assumere un avvocato.** È possibile contattare il proprio avvocato o ottenere il nome di un avvocato dall'ordine degli avvocati locale o da altri servizi di riferimento. Ci sono anche gruppi che le forniranno servizi legali gratuiti se possiede i requisiti. Tuttavia, **non è necessario assumere un avvocato** per chiedere qualsiasi tipo di decisione di copertura o impugnare una decisione.

Section 5.3 Quale sezione di questo capitolo fornisce i dettagli della sua situazione?

Ci sono quattro diverse situazioni che coinvolgono decisioni di copertura e ricorsi. Poiché ogni situazione ha regole e scadenze diverse, forniamo i dettagli per ciascuna di esse in una sezione separata:

- **Sezione 6** di questo capitolo: La sua assistenza medica: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso
- **Sezione 7** di questo capitolo: Farmaci con prescrizione della Parte D: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso
- **Sezione 8** di questo capitolo: Come chiederci di coprire una degenza ospedaliera più lunga se ritiene che il medico la stia dimettendo troppo presto
- **Sezione 9** di questo capitolo: Come chiederci di continuare a coprire alcuni servizi medici se ritiene che la copertura stia terminando troppo presto (*Si applica solo a questi servizi*: assistenza sanitaria a domicilio, assistenza presso strutture infermieristiche specializzate e servizi di riabilitazione ambulatoriale completa (CORF))

Se non è sicuro di quale sezione dovrebbe utilizzare, chiami il Servizio per i Membri. Può inoltre ottenere aiuto o informazioni da organizzazioni governative come il Programma di assistenza all'assicurazione sanitaria del suo Stato.

SECTION 6 La sua assistenza medica: Come chiedere una decisione di copertura o presentare un ricorso contro una decisione di copertura

Section 6.1 Questa sezione spiega cosa fare in caso di problemi nell'ottenere la copertura per le cure mediche o se desidera essere rimborsato per delle cure

Questa sezione riguarda i suoi sussidi per le cure mediche. Questi vantaggi sono descritti nel Capitolo 4 del presente documento: *Tabella dei sussidi medici (cosa è coperto*). In alcuni casi, si applicano regole diverse alla richiesta di un farmaco soggetto a prescrizione medica di cui alla Parte B. In questi casi, spiegheremo in che modo le regole per i farmaci soggetti a prescrizione medica di cui alla Parte B sono diverse dalle regole per gli articoli e i servizi medici.

Questa sezione spiega cosa può fare se si trova in una delle cinque seguenti situazioni:

1. Non riceve le cure mediche che desidera e ritiene che tali cure siano coperte dal nostro piano. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 6.2.**
2. Il nostro piano non approva le cure mediche che il medico o un altro fornitore di servizi sanitari intende fornirle e che lei ritiene siano coperte dal piano. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 6.2.**
3. Ha ricevuto cure mediche che ritiene debbano essere coperte dal piano, ma noi abbiamo dichiarato che non pagheremo per tali cure. **Fare un ricorso. Sezione 6.3.**
4. Ha ricevuto e pagato cure mediche che ritiene debbano essere coperte dal piano e desidera chiedere al piano di rimborsare tali cure. **Ci invii la fattura. Sezione 6.5.**
5. Le viene comunicato che la copertura per determinate cure mediche che ha ricevuto che abbiamo precedentemente approvato sarà ridotta o interrotta e ritiene che ridurre o interrompere queste cure potrebbe danneggiare la sua salute. **Fare un ricorso. Sezione 6.3.**

Nota: **Se la copertura che verrà interrotta riguarda l'assistenza ospedaliera, l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza infermieristica qualificata o i servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, è necessario leggere le Sezioni 7 e 8 di questo capitolo. A questi tipi di assistenza si applicano regole speciali.

Section 6.2 Passo a passo: Come chiedere una decisione sulla copertura

Termini legali
Quando una decisione sulla copertura riguarda le cure mediche, si parla di **integrata dell'organizzazione.** Una "decisione di copertura rapida" è chiamata **determinazione accelerata**.

Passo 1: Decidere se è necessaria una decisione di copertura standard o una decisione di copertura rapida.

Una decisione di copertura standard viene solitamente presa entro 14 giorni o 72 ore per i farmaci della Parte B. Una decisione di copertura rapida viene generalmente presa entro 72 ore, per i servizi medici, o 24 ore per i farmaci della Parte B. Per ottenere una rapida decisione sulla copertura, è necessario soddisfare due requisiti:

FINAL

- È possibile richiedere la copertura solo per articoli e/o servizi medici (non richieste di pagamento per articoli e/o servizi già ricevuti).
- È possibile ottenere una rapida decisione sulla copertura *solo* se l'utilizzo delle scadenze standard potrebbe *causare gravi danni alla salute o danneggiare la capacità di funzionare.*
- **Se il suo medico ci dice che la sua salute richiede una decisione rapida sulla copertura, accetteremo automaticamente di darle una decisione rapida sulla copertura.**
- **Se chiede una decisione rapida sulla copertura da solo, senza il supporto del suo medico, decideremo se la sua salute richiede che le diamo una decisione rapida sulla copertura.** Se non approviamo una decisione rapida sulla copertura, le invieremo una lettera che:
  - Spiega che useremo le scadenze standard
  - Spiega che se il suo medico chiede la decisione rapida sulla copertura, le daremo automaticamente una decisione rapida sulla copertura
  - Spiega che può presentare un reclamo rapido sulla nostra decisione di fornirle una decisione di copertura standard invece della decisione di copertura rapida che ha richiesto

Passo 2: Chiedere al nostro piano di prendere una decisione sulla copertura o una decisione rapida sulla copertura.

- Iniziare chiamando, scrivendo o inviando via fax il nostro piano per presentare la sua richiesta di autorizzazione o copertura per le cure mediche che desidera. Lei, il suo medico o il suo rappresentante potete farlo. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.

Passo 3: Consideriamo la sua richiesta di copertura sanitaria e le diamo la nostra risposta.

Per le decisioni di copertura standard utilizziamo le scadenze standard.

Ciò significa che le forniremo una risposta entro 14 giorni di calendario dalla ricezione della sua richiesta **per un articolo o un servizio medico**. Se la sua richiesta riguarda un **farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B, le forniremo una risposta entro 72 ore** dalla ricezione della sua richiesta.

- **Tuttavia,** se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni in più** se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se ci prendiamo giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere tempo extra per prendere una decisione se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.
- Se ritiene che *non* dovremmo prendere giorni extra, può presentare un reclamo rapido. Le daremo una risposta al suo reclamo non appena prenderemo la decisione. (Il processo per presentare un reclamo è diverso dal processo per le decisioni sulla copertura e i ricorsi. Vedere la Sezione 11 di questo capitolo per informazioni sui reclami).

Per le decisioni di copertura rapida utilizziamo un intervallo di tempo accelerato

Una rapida decisione sulla copertura significa che risponderemo entro 72 ore se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B, risponderemo entro 24 ore.

- **Tuttavia,** se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di più tempo, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario in più.** Se ci prendiamo giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere tempo extra per prendere una decisione se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.

FINAL

- Se ritiene che *non* dovremmo prendere giorni extra, può presentare un reclamo rapido. (Vedere la Sezione 11 di questo capitolo per informazioni sui reclami.) La chiameremo non appena prenderemo la decisione.
- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo detto no.

Passo 4: Se diciamo di no alla sua richiesta di copertura per cure mediche, può presentare ricorso.

Se diciamo di no, ha il diritto di chiederci di riconsiderare questa decisione presentando un ricorso. Ciò significa chiedere di nuovo di ottenere la copertura sanitaria desiderata. Se presenta un ricorso, significa che sta passando al Livello 1 del processo di ricorso.

Section 6.3 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 1

Termini legali
Un ricorso al piano in merito a una decisione di copertura dell'assistenza medica è chiamato piano di **integrata**. Un "ricorso rapido" è anche chiamato **riconsiderazione accelerata.**

Passo 1: Decidere se è necessario un ricorso standard o un ricorso rapido.

Un ricorso standard viene solitamente presentato entro 30 giorni di calendario o 7 giorni di calendario per i farmaci della Parte B. Un ricorso rapido viene generalmente presentato entro 72 ore.

- Se intende presentare ricorso contro una decisione che abbiamo preso in merito alla copertura per le cure che non ha ancora ricevuto, lei e/o il suo medico dovrete decidere se è necessario un ricorso rapido. Se il suo medico ci dice che la sua salute richiede un ricorso rapido, le offriremo questa possibilità.
- I requisiti per ottenere un ricorso rapido sono gli stessi di quelli per ottenere una decisione di copertura rapida nella Sezione 6.2 di questo capitolo.

Passo 2: Chiedere al nostro piano un ricorso o un ricorso rapido

- **Se chiede un ricorso standard, invii il suo ricorso standard per iscritto.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Se chiede un ricorso rapido, presenti il suo ricorso per iscritto o ci chiami.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **È necessario presentare la richiesta di ricorso entro 65 giorni di calendario** dalla data della comunicazione scritta inviata per comunicarti la nostra risposta sulla decisione di copertura. Se non rispetta questa scadenza e ha una buona ragione per non rispettarla, spieghi il motivo per cui il suo ricorso è in ritardo quando lo presenta. Potremmo darle più tempo per presentare il suo ricorso. Esempi di buona causa possono includere una malattia grave che le ha impedito di contattarci o se le abbiamo fornito informazioni errate o incomplete sul termine per la richiesta di un ricorso.
- **Può chiedere una copia delle informazioni relative alla sua decisione medica. Lei e il suo medico potete aggiungere ulteriori informazioni a sostegno del suo ricorso.**

FINAL

Passo 3: Consideriamo il suo ricorso e le diamo la nostra risposta.

- Quando esaminiamo il suo ricorso, esaminiamo attentamente tutte le informazioni. Controlliamo se stavamo seguendo tutte le regole quando abbiamo detto di no alla sua richiesta.
- Raccoglieremo ulteriori informazioni se necessario, possibilmente contattando lei o il suo medico.

Scadenze per un ricorso rapido

- Per i ricorsi rapidi, dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 72 ore dalla ricezione del suo ricorso**. Le daremo la nostra risposta prima se la sua salute lo richiede.
  - Se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario in più** se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico**.** Se ci prendiamo giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere tempo extra se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.
  - Se non le forniamo una risposta entro 72 ore (o entro la fine del periodo di tempo prolungato se abbiamo impiegato giorni extra), siamo tenuti a inviare automaticamente la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente. La sezione 6.4 spiega il processo di ricorso di livello 2.
- **Se la nostra risposta è sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** dobbiamo autorizzare o fornire la copertura che abbiamo accettato di fornire entro 72 ore dalla ricezione del suo ricorso.
- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** le invieremo la nostra decisione per iscritto e inoltreremo automaticamente il suo ricorso all'organizzazione di revisione indipendente per un ricorso di livello 2. L'organizzazione di revisione indipendente le comunicherà per iscritto il ricevimento del ricorso.

Scadenze per un ricorso standard

- Per i ricorsi standard, dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 30 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso. Se la sua richiesta riguarda un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B che non ha ancora ricevuto, ti forniremo la nostra risposta **entro 7 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso. Le daremo la nostra decisione prima se le sue condizioni di salute lo richiedono.
  - Tuttavia, se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario in più** se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se ci prendiamo giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere tempo extra per prendere una decisione se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.
  - Se ritiene che *non* dovremmo prendere giorni extra, può presentare un reclamo rapido. Quando presenta un ricorso rapido, le forniremo una risposta entro 24 ore. (Vedere la Sezione 11 di questo capitolo per informazioni sui reclami.)
  - Se non le forniamo una risposta entro il termine (o entro la fine del periodo di tempo prolungato), invieremo la sua richiesta a un ricorso di livello 2 in cui l' un'organizzazione di revisione indipendente esaminerà il ricorso. La sezione 6.4 spiega il processo di ricorso di livello 2.
- Se la nostra risposta è sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto, dobbiamo autorizzare o fornire la copertura entro 30 giorni di calendario, o entro 7 giorni di calendario se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B, dopo aver ricevuto il suo ricorso.

FINAL

Se il piano rifiuta una parte o la totalità del ricorso, il piano invierà automaticamente il ricorso all'organizzazione di revisione indipendente per un ricorso di livello 2.

Section 6.4 Passo a passo: Come viene eseguito un ricorso di livello 2

Termini legali
Il nome formale per l '"organizzazione di revisione indipendente" è l'**Ente di revisione indipendente.** A volte viene chiamato **IRE.**

L'organizzazione di revisione indipendente è un'organizzazione indipendente assunta da Medicare. Non è collegata a noi e non è un'agenzia governativa. Questa organizzazione decide se la decisione che abbiamo preso è corretta o se deve essere modificata. Medicare supervisiona il suo lavoro.

Passo 1: L'organizzazione di revisione indipendente esamina il suo ricorso.

- Invieremo le informazioni sul suo ricorso a questa organizzazione. Queste informazioni sono chiamate fascicolo del caso.. **Ha il diritto di chiederci una copia del suo fascicolo**.
- Ha il diritto di fornire all'organizzazione di revisione indipendente informazioni a sostegno del suo ricorso.
- I revisori dell'organizzazione di revisione indipendente esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso.

Se ha avuto un ricorso veloce al Livello 1, anche avere un ricorso "rapido" al Livello 2

- Per il ricorso rapido, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 72 ore** dalla ricezione del suo ricorso.
- Se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico e l'organizzazione di revisione indipendente deve raccogliere ulteriori informazioni che potrebbero esserti utili, potrebbero **essere necessari fino a 14 giorni di calendario in più**. L'organizzazione di revisione indipendente non può impiegare più tempo per prendere una decisione se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.

Se ha avuto un ricorso standard al Livello 1, avrà anche un ricorso standard al Livello 2

- Per il ricorso standard se la richiesta riguarda un articolo o un servizio medico, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 30 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso.
- Se la sua richiesta riguarda un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 7 giorni di calendario dalla** ricezione del suo ricorso.
- Se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico e l'organizzazione di revisione indipendente deve raccogliere ulteriori informazioni che potrebbero esserti utili, potrebbero **essere necessari fino a 14 giorni di calendario in più**. L'organizzazione di revisione indipendente non può impiegare più tempo per prendere una decisione se la sua richiesta è per un farmaco soggetto a prescrizione Medicare Parte B.

Passo 2: L'organizzazione di revisione indipendente le dà la sua risposta.

L'organizzazione di revisione indipendente comunicherà per iscritto la propria decisione e ne spiegherà le ragioni.

FINAL

- Se l'organizzazione indipendente di revisione dice sì a una parte o a tutta la richiesta di un farmaco Medicare Parte B, dobbiamo autorizzare o fornire il farmaco Medicare Parte B entro 72 ore dalla data in cui abbiamo ricevuto la decisione dell'organizzazione indipendente di revisione per le richieste standard o entro 24 ore dalla data in cui abbiamo ricevuto la decisione dell'organizzazione indipendente di revisione per le richieste accelerate.
- **Se l'organizzazione indipendente di revisione dice sì a una parte o a tutta la richiesta di un farmaco Medicare Parte B,** dobbiamo autorizzare o fornire il farmaco Medicare Parte B **entro72 ore** dalla data in cui abbiamo ricevuto la decisione dell'organizzazione indipendente di revisione per le **richieste standard** o **entro 24 ore** dalla data in cui il piano riceve la decisione dell'organizzazione indipendente di revisione per **le richieste accelerate.**
- **Se questa organizzazione dice di no a tutto o parte del suo ricorso,** significa che è d'accordo con il nostro piano che la sua richiesta (o parte della sua richiesta) di copertura per le cure mediche non deve essere approvata. (Questa operazione viene chiamata confermare la decisione o rifiutare il ricorso). In tal caso, l' organizzazione di revisione indipendente le invierà una lettera:
  - Spiegando la sua decisione.
  - Notificandole il diritto a un ricorso di livello 3 se il valore in dollari della copertura di assistenza medica che sta richiedendo soddisfa un certo minimo. L'avviso scritto che riceve dall'organizzazione di revisione indipendente le dirà l'importo in dollari che deve soddisfare per continuare il processo di ricorso.
  - Come presentare un ricorso di livello 3.

Passo 3: Se il suo caso soddisfa i requisiti, può scegliere se portare avanti il ricorso.

- Ci sono tre livelli aggiuntivi nel processo di ricorso dopo il Livello 2 (per un totale di cinque livelli di ricorso). Se desidera passare a un ricorso di livello 3, i dettagli su come farlo sono nella comunicazione scritta che riceve dopo il ricorso di livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato. La sezione 10 di questo capitolo spiega i processi per gli appelli di livello 3, 4 e 5.

Section 6.5 Cosa succede se ci chiede di rimborsarle di una fattura ricevuta per cure mediche?

Non possiamo rimborsarle direttamente un servizio o un articolo Medicaid. Se riceve una fattura per servizi e articoli coperti da Medicaid, la invii a noi. **Non deve pagare la fattura da solo.** Contatteremo direttamente il fornitore e ci occuperemo del problema. Tuttavia, se paga la fattura, può ottenere un rimborso dall'operatore sanitario se ha seguito le regole per ottenere il servizio o l'articolo.

Chiedere un rimborso significa richiedere una decisione di copertura da parte nostra.

Se ci invia i documenti per chiedere il rimborso, chiede una decisione sulla copertura. Per prendere questa decisione, controlleremo se l'assistenza medica che ha pagato è coperta. Verificheremo anche se ha seguito tutte le regole per utilizzare la sua copertura per le cure mediche.

Se desidera che le rimborsiamo per un servizio o un articolo **Medicare** o ci sta chiedendo di pagare un fornitore di assistenza sanitaria per un servizio Medicaid o un articolo per cui ha pagato, ci chiederà di prendere questa decisione di copertura. Controlleremo se l'assistenza medica che ha pagato è un servizio coperto. Verificheremo anche se ha seguito tutte le regole per utilizzare la sua copertura per le cure mediche.

- **Se diciamo di sì alla sua richiesta:** Se l'assistenza medica è coperta e ha seguito tutte le regole, le invieremo il pagamento costo in genere entro 30 giorni di calendario e non oltre 60 giorni di calendario dalla ricezione della sua richiesta. Se non ha pagato le cure mediche, invieremo il pagamento direttamente al fornitore.
- **Se diciamo di no alla sua richiesta:** Se le cure mediche *non* sono coperte, o se *non* ha seguito tutte le regole, non invieremo il pagamento. Invece, le invieremo una lettera che dice che non pagheremo per l'assistenza medica indicando le ragioni.

Se non è d'accordo con la nostra decisione di rifiutare, **può presentare un ricorso**. Se presenta un ricorso, significa che ci sta chiedendo di modificare la decisione sulla copertura che abbiamo preso quando abbiamo rifiutato la sua richiesta di pagamento.

Per presentare questo ricorso, segua la procedura di ricorso descritta nella Sezione 5.3. Per i ricorsi relativi al rimborso, si prega di notare:

- Dobbiamo fornirle la nostra risposta entro 60 giorni di calendario dal ricevimento del ricorso. Se ci stai chiedendo di rimborsarti per le cure mediche che ha già ricevuto e pagato, non le è permesso chiedere un ricorso rapido.
- Se l'organizzazione di revisione indipendente decide che dobbiamo pagare, dobbiamo inviare il pagamento a lei o al fornitore entro 30 giorni di calendario. Se la risposta al suo ricorso è sì in qualsiasi fase del processo di ricorso dopo il Livello 2, dobbiamo inviare il pagamento che ha richiesto a lei o al fornitore di assistenza sanitaria entro 60 giorni di calendario.

SECTION 7 Farmaci con prescrizione della Parte D: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso

Section 7.1 Questa sezione le dice cosa fare se ha problemi a ottenere un farmaco Parte D o vuole che le rimborsiamo per un farmaco Parte D

I suoi sussidi includono la copertura per molti farmaci soggetti a prescrizione medica. Per essere coperto, il farmaco deve essere utilizzato per un'indicazione clinicamente accettata. Vedere il Capitolo 5 per maggiori informazioni su un'indicazione accettata dal punto di vista medico.) Per i dettagli sui farmaci della Parte D, le regole, le restrizioni e i costi, consultare i Capitoli 5 e 6. **Questa sezione riguarda solo i farmaci della Parte D.** Per semplificare, generalmente diciamo farmaco nel resto di questa sezione, invece di ripetere ogni volta il farmaco da prescrizione ambulatoriale coperto o il farmaco della Parte D. Usiamo anche il termine Elenco dei farmaci invece di Elenco dei farmaci coperti o Prontuario.

- Se non sa se un farmaco è coperto o se rispetti le regole, può chiedercelo. Alcuni farmaci richiedono l'approvazione da parte nostra prima di essere coperti.
- Se la sua farmacia le dice che la sua prescrizione non può essere compilata come scritto, la farmacia le darà una comunicazione scritta che spiega come contattarci per chiedere una decisione sulla copertura.

Decisioni sulla copertura Parte D e ricorsi

Termini legali
Una decisione di copertura iniziale sui farmaci della Parte D è chiamata **determinazione della copertura.**

Una decisione sulla copertura è una decisione che prendiamo in merito ai suoi sussidi e alla sua copertura o all'importo che pagheremo per i suoi farmaci. Questa sezione spiega cosa può fare se si trova in una delle seguenti situazioni:

- Chiedere di coprire un farmaco della Parte D che non è nell'*Elenco dei farmaci coperti* del piano.**Chiedere un'eccezione. Sezione 7.2.**
- Chiedere di rinunciare a una restrizione sulla copertura del piano per un farmaco (come i limiti sulla quantità del farmaco che è possibile ottenere) **Chiedere un'eccezione. Sezione 7.2.**
- Chiedere la pre-approvazione per un farmaco. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 7.4.**
- Pagare per un farmaco soggetto a prescrizione che ha già acquistato. **Richieste di rimborso. Sezione 7.4.**

Se non è d'accordo con una decisione sulla copertura che abbiamo preso, può appellarsi alla nostra decisione.

Questa sezione spiega sia come richiedere decisioni sulla copertura sia come richiedere un ricorso.

Section 7.2 Cos'è un'eccezione?

Termini legali
La richiesta di copertura di un farmaco che non è nell'elenco dei farmaci viene talvolta definita **eccezione del prontuario.** Chiedere la rimozione di una restrizione sulla copertura per un farmaco è talvolta chiamato chiedere una **eccezione del prontuario.** Chiedere di pagare un prezzo inferiore per un farmaco non preferito coperto è talvolta chiamato chiedere una **eccezione di livello.**

Se un farmaco non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto, può chiederci di fare una eccezione. Un'eccezione è un tipo di decisione di copertura.

Per consentirci di prendere in considerazione la sua richiesta di deroga, il medico o altro medico prescrittore dovrà spiegare i motivi medici per cui è necessaria l'approvazione dell'eccezione. Ecco due esempi di eccezioni che lei, il suo medico o un altro medico prescrittore può chiederci di fare:

1. **Coprire un farmaco della Parte D per lei che non è nel nostro Elenco dei farmaci.**
2. **Rimozione di una restrizione per un farmaco coperto**. Il Capitolo 5 descrive le regole o le restrizioni extra che si applicano a determinati farmaci nella nostra Lista dei farmaci.

Section 7.3 Cose importanti da sapere sulla richiesta di eccezioni

Il medico deve comunicarci le ragioni mediche

Il medico o altro medico prescrittore deve fornirci una dichiarazione che spieghi i motivi medici per richiedere un'eccezione. Per una decisione più rapida, includa queste informazioni mediche dal suo medico o da un altro medico prescrittore quando chiede la deroga.

In genere, il nostro Elenco dei farmaci include più di un farmaco per il trattamento di una particolare condizione. Queste diverse possibilità sono chiamate farmaci alternativi. Se un farmaco alternativo fosse altrettanto efficace

FINAL

del farmaco che sta richiedendo e non causerebbe più effetti collaterali o altri problemi di salute, generalmente *non* approveremo la sua richiesta di eccezione.

Possiamo dire di sì o di no alla sua richiesta

- Se approviamo la sua richiesta di eccezione, la nostra approvazione di solito è valida fino alla fine dell'anno del piano. Questo è vero fintanto che il medico continua a prescriverle il farmaco e quel farmaco continua ad essere sicuro ed efficace per il trattamento della sua condizione.
- Se diciamo di no alla sua richiesta, può chiedere un'altra revisione della nostra richiesta presentando un ricorso.

Section 7.4 Passo a passo: Come chiedere una decisione di copertura, inclusa un'eccezione

Termini legali
Una decisione di copertura rapida è chiamata **determinazione di copertura accelerata.**

Passo 1: Decidere se è necessaria una decisione standard sulla copertura o una decisione rapida sulla copertura.

Le decisioni standard sulla copertura vengono prese entro **72 ore** dalla ricezione della dichiarazione del medico. Le **decisioni rapide sulla copertura** vengono prese entro **24 ore** dalla ricezione della dichiarazione del suo medico.

Se la sua salute lo richiede, ci chieda di darle una decisione rapida sulla copertura. **Per ottenere una rapida decisione sulla copertura, è necessario soddisfare due requisiti:**

- Deve chiedere un farmaco che non ha ancora ricevuto. (Non può chiedere che una decisione di copertura rapida venga rimborsata per un farmaco che ha già acquistato.)
- L'utilizzo delle scadenze standard potrebbe causare gravi danni alla salute o danneggiare le sue funzioni vitali.
- **Se il suo medico o altro medico prescrittore ci dice che la sua salute richiede una decisione rapida sulla copertura, le daremo automaticamente una decisione rapida sulla copertura.**
- **Se chiede una decisione rapida sulla copertura da solo, senza il supporto del suo medico o del suo medico prescrittore, decideremo se la sua salute richiede che le diamo una decisione rapida sulla copertura.** Se non approviamo una decisione rapida sulla copertura, le invieremo una lettera che:
  - Spiega che useremo le scadenze standard.
  - Spiega che se il suo medico o altro prescrittore chiede la decisione rapida sulla copertura, le daremo automaticamente una decisione rapida sulla copertura.
  - Spiega come può presentare un reclamo rapido sulla nostra decisione di fornirle una decisione di copertura standard invece della decisione di copertura rapida che ha richiesto. Risponderemo al suo ricorso entro 24 ore dal ricevimento.

FINAL

Passo 2: Richiedere una decisione standard di copertura o una decisione rapida di copertura.

- Iniziare chiamando, scrivendo o inviando via fax il nostro piano per presentare la sua richiesta di autorizzazione o copertura per le cure mediche che desidera. È inoltre possibile accedere al processo decisionale sulla copertura attraverso il nostro sito web. Dobbiamo accettare qualsiasi richiesta scritta, inclusa una richiesta presentata sul modulo di richiesta di determinazione della copertura del modello CMS, disponibile sul nostro sito web SWHNY.com. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto. Per assisterci nell'elaborazione della sua richiesta, si assicuri di includere il suo nome, le informazioni di contatto e le informazioni che identificano quale reclamo negato è oggetto di ricorso.

Lei, il suo medico (o altro medico prescrittore) o il suo rappresentante potete farlo. Può anche far agire un avvocato per suo conto. La sezione 4 di questo capitolo spiega come può dare il permesso scritto a qualcun altro di agire come suo rappresentante.

- **Se si richiede un'eccezione, fornire la dichiarazione di supporto,** che sono i motivi medici per l'eccezione. Il medico o altro medico prescrittore può inviarci via fax o per posta la dichiarazione. Oppure il medico o un altro medico prescrittore può comunicarcelo al telefono e seguire inviandoci via fax o per posta una dichiarazione scritta, se necessario.

Passo 3: Consideriamo la sua richiesta e le diamo la nostra risposta.

Scadenze per una decisione rapida sulla copertura

- In generale, dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 24 ore** dalla ricezione della sua richiesta.
  - Per eccezioni, le forniremo la nostra risposta **entro 24 ore** dalla ricezione della dichiarazione di supporto del suo medico. Le daremo la nostra risposta prima se la sua salute lo richiede.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la tua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** dobbiamo fornire la copertura che abbiamo accettato di fornire entro 24 ore dalla ricezione della sua richiesta o della dichiarazione del medico a sostegno della sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo detto no. Ti diremo anche come puoi presentare ricorso.

Scadenze per una decisione di copertura standard su un farmaco che non ha ancora ricevuto

- In generale, dobbiamo fornirle la nostra risposta entro 72 ore dalla ricezione della sua richiesta.
  - Per le eccezioni, le forniremo la nostra risposta entro 72 ore dalla ricezione della dichiarazione di supporto del suo medico. Le daremo la nostra risposta prima se la sua salute lo richiede.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la tua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** dobbiamo **fornire la copertura** che abbiamo accettato di fornire **entro 72 ore** dalla ricezione della sua richiesta o della dichiarazione del medico a sostegno della sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo detto no. Le diremo anche come può presentare ricorso.

Scadenze per una decisione di copertura standard sul pagamento di un farmaco che ha già acquistato

- Dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 14 giorni di calendario** dalla ricezione della sua richiesta.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente
- **Se la nostra risposta è sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** siamo anche tenuti a effettuare il pagamento entro 14 giorni di calendario dalla ricezione della sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo detto no. Le diremo anche come può presentare ricorso.

Passo 4: Se dovessimo rifiutare la sua richiesta di copertura, può presentare un ricorso.

- Se diciamo di no, ha il diritto di chiederci di riconsiderare questa decisione presentando un ricorso. Ciò significa chiedere di nuovo di ottenere la copertura farmacologica desiderata. Se presenta un ricorso, significa che sta passando al Livello 1 del processo di ricorso.

Section 7.5 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 1

Termini legali
Un ricorso al piano su una decisione di copertura farmacologica della Parte D è chiamato piano di **rideterminazione.** Un ricorso rapido è anche chiamato **rideterminazione accelerata.**

Passo 1: Decidere se è necessario un ricorso standard o un ricorso rapido.

Un ricorso standard viene solitamente presentato entro 7 giorni di calendario. Un ricorso rapido viene generalmente presentato entro 72 ore. Se la sua salute lo richiede, chieda un ricorso rapido

- Se intende presentare ricorso contro una decisione che abbiamo preso in merito a un farmaco che non hai ancora ricevuto, lei e il suo medico o altro medico prescrittore dovrete decidere se è necessario un ricorso rapido.
- I requisiti per ottenere un ricorso rapido sono gli stessi di quelli per ottenere una decisione di copertura rapida nella Sezione 6.4 di questo capitolo.

Passo 2: Lei, il suo rappresentante, il medico o altro prescrittore deve contattarci e presentare il suo ricorso di livello 1. Se la sua salute richiede una risposta rapida, deve chiedere un ricorso rapido.

- **Per i ricorsi standard, presentare una richiesta scritta.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Per i ricorsi rapidi, presentare il ricorso per iscritto o chiamarci al numero (833) 671-0440.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Dobbiamo accettare qualsiasi richiesta scritta,** inclusa una richiesta presentata sul *modulo di richiesta di determinazione della copertura del modello CMS*, disponibile sul nostro sito web. Si assicuri di includere il suo nome, le informazioni di contatto e le informazioni relative al suo reclamo per assisterci nell'elaborazione della sua richiesta.

- **È necessario presentare la richiesta di ricorso entro 65 giorni di calendario** dalla data della comunicazione scritta inviata per comunicarti la nostra risposta sulla decisione di copertura. Se non rispetta questa scadenza e ha una buona ragione per non rispettarla, spieghi il motivo per cui il suo ricorso è in ritardo quando lo presenta. Potremmo darle più tempo per presentare il suo ricorso. Esempi di buona causa possono includere una malattia grave che le ha impedito di contattarci o se le abbiamo fornito informazioni errate o incomplete sul termine per la richiesta di un ricorso.
- **Può chiedere una copia delle informazioni contenute nel suo ricorso e aggiungere ulteriori informazioni.** Lei e il suo medico potete aggiungere ulteriori informazioni a sostegno del suo ricorso.

Passo 3: Consideriamo il suo ricorso e le diamo la nostra risposta.

- Quando esaminiamo il suo ricorso, esaminiamo attentamente tutte le informazioni relative alla sua richiesta di copertura. Controlliamo se stavamo seguendo tutte le regole quando abbiamo detto di no alla sua richiesta. Potremmo contattare lei, il suo medico o un altro medico prescrittore per ottenere maggiori informazioni.

Scadenze per un ricorso rapido

- Per i ricorsi rapidi, dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 72 ore dalla ricezione del suo ricorso**. Le daremo la nostra risposta prima se la sua salute lo richiede.
  - Se non le diamo una risposta entro 72 ore, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente. **La sezione 6.4** spiega il processo di ricorso di livello 2.
- **Se la nostra risposta è sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** dobbiamo fornire la copertura che abbiamo accettato di fornire entro 72 ore dalla ricezione del Suo ricorso.
- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo detto no e come può impugnare la nostra decisione.

Scadenze per un ricorso standard per un farmaco che non ha ancora ricevuto

- Per i ricorsi standard, dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 7 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso. Le daremo la nostra decisione prima se non ha ancora ricevuto il farmaco e le sue condizioni di salute lo richiedono.
  - Se non le diamo una decisione entro 7 giorni di calendario, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente. **La sezione 6.4** spiega il processo di ricorso di livello 2.
- **Se la nostra risposta è sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** dobbiamo fornire la copertura il più rapidamente possibile, ma non oltre 7 giorni di calendario dalla ricezione del suo ricorso.
- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega perché abbiamo detto di no e come può impugnare la nostra decisione.

Scadenze per un ricorso standard sul pagamento di un farmaco che ha già acquistato

- Dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 14 giorni di calendario** dalla ricezione della sua richiesta.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 del processo di ricorso, dove verrà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** siamo anche tenuti a effettuare il pagamento entro 30 giorni di calendario dalla ricezione della sua richiesta.

FINAL

- **Se la nostra risposta è no a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo detto no. Le diremo anche come può presentare ricorso.

Passo 4: Se diciamo di no al suo ricorso, decidi se vuole continuare con il processo di ricorso e presentare *un altro* ricorso.

- Se si decide di presentare un altro ricorso, significa che si passa al livello 2 del processo di ricorso.

Section 7.6 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 2

Termini legali
Il nome formale per l 'organizzazione di revisione indipendente è l'**Ente di revisione indipendente.** A volte viene chiamato **IRE.**

L' **organizzazione di revisione indipendente è un'organizzazione indipendente assunta da Medicare**. Non è collegata a noi e non è un'agenzia governativa. Questa organizzazione decide se la decisione che abbiamo preso è corretta o se deve essere modificata. Medicare supervisiona il suo lavoro.

Passo 1: Lei (o il suo rappresentante o il suo medico o altro medico prescrittore) deve contattare l'organizzazione di revisione indipendente e chiedere una revisione del suo caso.

- Se diciamo di no al suo ricorso di livello 1, la comunicazione scritta che Le inviamo includerà **le istruzioni su come presentare un ricorso di livello 2** con l'organizzazione di revisione indipendente. Queste istruzioni indicheranno chi può presentare questo ricorso di livello 2, quali scadenze è necessario rispettare e come raggiungere l'organizzazione di revisione. Se, tuttavia, non abbiamo completato la nostra revisione entro il periodo di tempo applicabile o preso una decisione sfavorevole in merito alla determinazione **a rischio** nell'ambito del nostro programma di gestione dei farmaci, inoltreremo automaticamente la sua richiesta all'IRE.
- Invieremo le informazioni sul suo ricorso a questa organizzazione. Queste informazioni sono chiamate **fascicolo del caso**. **Ha il diritto di chiederci una copia del suo fascicolo**.
- Ha il diritto di fornire all'organizzazione indipendente di revisione ulteriori informazioni a sostegno del suo ricorso.

Passo 2: L'organizzazione di revisione indipendente esamina il suo ricorso.

I revisori dell'organizzazione di revisione indipendente esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso.

Scadenze per il ricorso rapido

- Se la sua salute lo richiede, chieda all'organizzazione di revisione indipendente un ricorso rapido.
- Se l'organizzazione accetta di fornire un ricorso rapido, deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 72 ore** dalla ricezione della sua richiesta di ricorso.

Termini per il ricorso standard

FINAL

- Per i ricorsi standard, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 7 giorni di calendario dalla** ricezione del suo ricorso se si tratta di un farmaco che non ha ancora ricevuto. Se richiede il rimborso di un farmaco già acquistato, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al suo ricorso di livello 2 **entro 14 giorni di calendario dalla** ricezione della sua richiesta.

Passo 3: L'organizzazione di revisione indipendente Le dà la sua risposta.

Per ricorsi rapidi:

- **Se l'organizzazione di revisione indipendente dice di sì a tutto o parte di ciò che ha richiesto,** dobbiamo fornire la copertura del farmaco che è stata approvata dall'organizzazione di revisione **entro 24 ore** dalla ricezione della decisione da parte dell'organizzazione di revisione.

Per i ricorsi standard:

- **Se l'organizzazione di revisione indipendente dice di sì a una parte o a tutta la sua richiesta di copertura,** dobbiamo **fornire la copertura del farmaco** che è stata approvata dall'organizzazione di revisione **entro 72 ore** dalla ricezione della decisione da parte dell'organizzazione di revisione.
- **Se l'organizzazione di revisione indipendente dice di sì a una parte o a tutta la sua richiesta di rimborso** di un farmaco già acquistato, siamo tenuti a **inviarle il pagamento entro 30 giorni di calendario** dalla ricezione della decisione da parte dell'organizzazione di revisione.

Cosa succede se l'organizzazione di revisione dice di no al suo ricorso?

Se questa organizzazione dice di no a tutto o parte del suo ricorso, significa che è d'accordo con la nostra decisione di non approvare la sua richiesta (o parte della sua richiesta). (Questo si chiama confermare la decisione. Si chiama anche rifiutare il ricorso). In questo caso, l'organizzazione di revisione indipendente le invierà una lettera:

- Spiegando la sua decisione.
- Notificandole il diritto a un ricorso di livello 3 se il valore in dollari della copertura farmacologica che sta richiedendo soddisfa un certo minimo. Se il valore in dollari della copertura farmacologica richiesta è troppo basso, non è possibile presentare un altro ricorso e la decisione al livello 2 è definitiva.
- Indicare il valore in dollari che deve essere contestato per continuare con il processo di ricorso.

Passo 4: Se il suo caso soddisfa i requisiti, può scegliere se portare avanti il ricorso.

- Ci sono tre livelli aggiuntivi nel processo di ricorso dopo il Livello 2 (per un totale di cinque livelli di ricorso).
- Se desidera passare a un ricorso di livello 3, i dettagli su come farlo sono nella comunicazione scritta che riceve dopo la decisione del ricorso di livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato. **La sezione 10** di questo capitolo dice di più sul processo per i ricorsi di livello 3, 4 e 5.

SECTION 8 Come chiederci di coprire una degenza ospedaliera più lunga se pensi di essere dimesso troppo presto

Quando è ricoverato/a in un ospedale, ha il diritto di ottenere tutti i servizi ospedalieri coperti che sono necessari per diagnosticare e curare la sua malattia o infortunio.

FINAL

Durante la sua degenza ospedaliera coperta, il medico e il personale ospedaliero lavoreranno con lei per prepararsi al giorno in cui lascerà l'ospedale. L'aiuteranno a organizzare le cure di cui potrebbe aver bisogno dopo la partenza.

- Il giorno in cui lascia l'ospedale si chiama **data di dimissione**.
- Quando viene decisa la data di dimissione, il medico o il personale ospedaliero glielo comunicheranno.
- Se ritiene che le venga chiesto di lasciare l'ospedale troppo presto, può richiedere una degenza ospedaliera più lunga e la sua richiesta sarà presa in considerazione.

Section 8.1 Durante la sua degenza ospedaliera, riceverà una comunicazione scritta da Medicare che illustra i suoi diritti

Entro due giorni di calendario dal ricovero in ospedale, le verrà dato un avviso scritto chiamato *Un messaggio importante da parte di Medicare sui suoi diritti.* Tutti con Medicare ricevono una copia di questo avviso. Se non si riceve l'avviso da qualcuno in ospedale (ad esempio, un assistente sociale o un infermiere), chiederlo a qualsiasi dipendente dell'ospedale. Se ha bisogno di aiuto, chiami il Servizio per i Membri o il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Legga attentamente questo avviso e faccia domande se non lo capisce.** Le comunica:
   - Il diritto di ricevere servizi coperti da Medicare durante e dopo la degenza ospedaliera, come ordinato dal medico. Ciò include il diritto di sapere quali sono questi servizi, chi li pagherà e dove è possibile ottenerli.
   - Il suo diritto di essere coinvolto in qualsiasi decisione relativa alla sua degenza ospedaliera.
   - Dove segnalare eventuali dubbi sulla qualità delle cure ospedaliere.
   - Il suo diritto di **richiedere una revisione immediata** della decisione di dimetterti se pensi di essere dimesso dall'ospedale troppo presto. Questo è un modo formale e legale per chiedere un ritardo nella data di dimissione in modo da coprire le cure ospedaliere per un periodo più lungo.
2. **Le verrà chiesto di firmare la comunicazione scritta per dimostrare di averla ricevuta e di comprendere i suoi diritti.**
   - Lei o qualcuno che agisce per suo conto sarà invitato a firmare l'avviso.
   - La firma dell'avviso mostra *solo* che ha ricevuto le informazioni sui suoi diritti. L'avviso non indica la data di dimissione. La firma dell'avviso ***non*** **significa** che si sta concordando una data di dimissione.
3. **Tenga la sua copia** dell'avviso a portata di mano in modo da avere le informazioni su come presentare un ricorso (o segnalare una preoccupazione sulla qualità dell'assistenza) se ne ha bisogno.
   - Se firma l'avviso più di due giorni di calendario prima della data di dimissione, riceverà un'altra copia prima della data prevista per la dimissione.
   - Per consultare una copia di questo avviso in anticipo, è possibile chiamare il Servizio per i Membri o il numero 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. È inoltre possibile consultare l'avviso online all'indirizzo www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

FINAL

Section 8.2 Passo a passo: Come presentare un ricorso di livello 1 per modificare la data di dimissione dall'ospedale

Se desidera chiedere che i suoi servizi ospedalieri ospedalieri siano coperti da noi per un periodo più lungo, dovrà utilizzare la procedura di ricorso per presentare questa richiesta. Prima di iniziare, capire cosa è necessario fare e quali sono le scadenze.

- **Seguire il processo.**
- **Rispettare le scadenze.**
- **Chiedere aiuto se ne ha bisogno** In caso di domande o se ha bisogno di aiuto in qualsiasi momento, chiami il Servizio per i Membri. Oppure chiami il suo programma di assistenza sanitaria statale, un'organizzazione governativa che fornisce assistenza personalizzata.

Durante un ricorso di livello 1, l'organizzazione per il miglioramento della qualità esamina il suo ricorso. Verifica se la data di dimissione programmata è appropriata dal punto di vista medico.

L'Organizzazione per il miglioramento della qualità è un gruppo di medici e altri operatori sanitari pagati dal governo federale per controllare e contribuire a migliorare la qualità delle cure per le persone con Medicare. Ciò include la revisione delle date di dimissione ospedaliera per le persone con Medicare. Questi esperti non fanno parte del nostro piano.

Passo 1: Contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il proprio stato e chiedere una revisione immediata della dimissione ospedaliera. È necessario agire in fretta.

Come è possibile contattare questa organizzazione?

- L'avviso scritto che ha ricevuto (*Un messaggio importante da Medicare sui suoi diritti*) le dice come raggiungere questa organizzazione. Oppure trovi il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il suo stato nel Capitolo 2.

Agisca rapidamente:

- Per presentare ricorso, è necessario contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità *prima* di lasciare l'ospedale e **non oltre la mezzanotte del giorno della dimissione.**
  - Se rispetta questa scadenza, può rimanere in ospedale *dopo* la data di dimissione *senza pagarla* mentre aspetta di ottenere la decisione dall'Organizzazione per il miglioramento della qualità.
  - Se *non* rispetta questa scadenza e decide di rimanere in ospedale dopo la data di dimissione pianificata, *potrebbe dover pagare tutti i costi*per le cure ospedaliere che riceve dopo la data di dimissione pianificata.

Una volta richiesta una revisione immediata della dimissione ospedaliera, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità ci contatterà. Entro le ore 12:00 del giorno successivo a quello in cui siamo stati contattati, le forniremo un **Avviso di Dimissione dettagliato.** Questo avviso indica la data di dimissione programmata e spiega in dettaglio i motivi per cui il medico, l'ospedale e riteniamo che sia giusto (dal punto di vista medico) che lei venga dimesso in quella data.

È possibile ottenere un campione dell'avviso dettagliato di dimissione chiamando il Servizio per i Membri o il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. (Gli utenti TTY devono chiamare il numero 1-877-486-2048.) Oppure è possibile visualizzare un avviso di esempio online all'indirizzo www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Passo 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità conduce una revisione indipendente del suo caso.

- Gli operatori sanitari dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità (i revisori) chiederanno a lei (o al suo rappresentante) perché ritiene che la copertura per i servizi debba continuare. Non deve preparare nulla per iscritto, ma può farlo se lo desidera.
- I revisori esamineranno anche le sue informazioni mediche, parleranno con il suo medico e esamineranno le informazioni che l'ospedale e noi abbiamo fornito loro.
- Entro le ore 12:00 del giorno successivo a quello in cui i revisori ci hanno comunicato il suo ricorso, riceverà una comunicazione scritta da parte nostra che indica la data di dimissione prevista. Questo avviso spiega anche in dettaglio i motivi per cui il medico, l'ospedale e riteniamo che sia giusto (dal punto di vista medico) che lei venga dimesso in quella data.

Passo 3: Entro un giorno intero dopo aver ricevuto tutte le informazioni necessarie, l'organizzazione per il miglioramento della qualità le darà la sua risposta al suo ricorso.

Cosa succede se la risposta è sì?

- Se l'organizzazione di revisione dice di *sì*, **dobbiamo continuare a fornire i servizi ospedalieri ospedalieri coperti per tutto il tempo in cui questi servizi sono necessari dal punto di vista medico.**
- Dovrà continuare a pagare la sua quota dei costi (come franchigie o copagamenti, se applicabili). Inoltre, potrebbero esserci limitazioni ai servizi ospedalieri coperti.

Cosa succede se la risposta è no?

- Se l'organizzazione di revisione dice di *no*, sta dicendo che la data di dimissione programmata è appropriata dal punto di vista medico. In tal caso, **la nostra copertura per i suoi servizi ospedalieri ospedalieri ospedalieri terminerà** a mezzogiorno del giorno *successivo*alla risposta dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità al suo ricorso.
- Se l'organizzazione di revisione dice di *no* al suo ricorso e decide di rimanere in ospedale, allora **potrebbe dover pagare l'intero costo** delle cure ospedaliere che riceve dopo mezzogiorno del giorno dopo che l'organizzazione per il miglioramento della qualità le ha dato la sua risposta al suo ricorso.

Passo 4: Se la risposta al suo ricorso di livello 1 è no, decide se vuole presentare un altro ricorso.

- Se l'organizzazione per il miglioramento della qualità ha detto di *no* al suo ricorso *e* rimane in ospedale dopo la data di dimissione pianificata, può presentare un altro ricorso. Presentare un altro ricorso significa passare al Livello 2 del processo di ricorso.

Section 8.3 Passo a passo: Come presentare un ricorso di livello 2 per modificare la data di dimissione dall'ospedale

Durante un ricorso di livello 2, chieda all'organizzazione per il miglioramento della qualità di dare un'altra occhiata alla sua decisione sul suo primo ricorso. Se l'Organizzazione per il miglioramento della qualità rifiuta il suo ricorso di livello 2, potrebbe dover pagare l'intero costo del soggiorno dopo la data di dimissione prevista.

Passo 1: Contattare nuovamente l'Organizzazione per il miglioramento della qualità e chiedere un'altra revisione.

- Deve chiedere questa revisione **entro 60 giorni di calendario** dal giorno in cui l'organizzazione per il miglioramento della qualità ha detto di *no* al suo ricorso di livello 1. Può chiedere questa revisione solo se rimane in ospedale dopo la data in cui è terminata la copertura per l'assistenza.

Passo 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità fa una seconda revisione della sua situazione.

- I revisori dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso.

Passo 3: Entro 14 giorni di calendario dal ricevimento della sua richiesta di ricorso di livello 2, i revisori decideranno sul suo ricorso e le comunicheranno la loro decisione.

Se l'organizzazione di revisione dice di sì:

- **Dobbiamo rimborsarle** la nostra quota dei costi delle cure ospedaliere che ha ricevuto da mezzogiorno del giorno successivo alla data in cui il suo primo ricorso è stato respinto dall'Organizzazione per il miglioramento della qualità. **Dobbiamo continuare a fornire copertura per l'assistenza ospedaliera ospedaliera per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico**.
- È necessario continuare a pagare la propria quota dei costi e potrebbero essere applicate limitazioni di copertura.

Se l'organizzazione di revisione dice di no:

- Significa che sono d'accordo con la decisione che hanno preso sul suo ricorso di livello 1.
- L'avviso che riceve le dirà per iscritto cosa può fare se desidera continuare con il processo di revisione.

Passo 4: Se la risposta è no, dovrà decidere se vuole portare avanti il suo ricorso passando al Livello 3.

- Ci sono tre livelli aggiuntivi nel processo di ricorso dopo il Livello 2 (per un totale di cinque livelli di ricorso). Se desidera passare a un ricorso di livello 3, i dettagli su come farlo sono nella comunicazione scritta che riceve dopo la decisione del ricorso di livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato. La sezione 10 di questo capitolo dice di più sui livelli 3, 4 e 5 del processo di ricorso.

Section 8.4 Cosa succede se non rispetta la scadenza per presentare il ricorso di livello 1 per modificare la data di dimissione dall'ospedale?

Termini legali
Una revisione rapida (o ricorso rapido) è anche chiamata **ricorso accelerato.**

FINAL

In alternativa, può rivolgersi a noi

Come spiegato sopra, è necessario agire rapidamente per avviare il ricorso di livello 1 della data di dimissione dall'ospedale. Se non rispetta la scadenza per contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità, c'è un altro modo per presentare il suo ricorso.

Se utilizza quest'altro modo di fare ricorso, *i primi due livelli di ricorso sono diversi.*

Passo dopo passo: Come presentare un *ricorso alternartivo* di livello 1

Passo 1: Ci contatti e chieda una revisione rapida.

- **Chiedere una revisione rapida**. Ciò significa che ci sta chiedendo di fornire una risposta utilizzando le scadenze rapide anziché le scadenze standard. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.

Passo 2: Eseguiamo una revisione veloce della data di dimissione pianificata, verificando se fosse appropriata dal punto di vista medico.

- Durante questa revisione, esaminiamo tutte le informazioni relative alla sua degenza ospedaliera. Controlliamo se la data di dimissione programmata era appropriata dal punto di vista medico. Vediamo se la decisione su quando lasciare l'ospedale è stata giusta e ha seguito tutte le regole.

Passo 3: Le comunichiamo la nostra decisione entro 72 ore dalla richiesta di una revisione rapida.

- **Se diciamo di sì al suo ricorso,** significa che abbiamo concordato con lei che deve ancora essere in ospedale dopo la data di dimissione. Continueremo a fornire i servizi ospedalieri ospedalieri coperti per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico. Ciò significa anche che abbiamo accettato di rimborsarle la nostra quota dei costi di assistenza che ha ricevuto dalla data in cui abbiamo dichiarato che la sua copertura sarebbe terminata. (È necessario pagare la propria quota dei costi e potrebbero essere applicate limitazioni di copertura.)
- **Se diciamo di no al suo ricorso,** stiamo dicendo che la data di dimissione programmata era appropriata dal punto di vista medico. La nostra copertura per i suoi servizi ospedalieri termina il giorno in cui abbiamo detto che la copertura sarebbe terminata.
  - Se è rimasto in ospedale *dopo* la data di dimissione pianificata, **potrebbe dover pagare l'intero costo** delle cure ospedaliere che ha ricevuto dopo la data di dimissione pianificata.

Passo 4: Se diciamo di *no* al suo ricorso, il suo caso verrà *automaticamente* inviato al livello successivo del processo di ricorso.

Passo dopo passo: Livello 2 *Processo di ricorso alternativo*

Legal Terms
Il nome formale per l '"organizzazione di revisione indipendente" è l'**Ente di revisione indipendente.** A volte viene chiamato **IRE.**

L'organizzazione di revisione indipendente è un'organizzazione indipendente assunta da Medicare. Non è collegata al noi e non è un'agenzia governativa. Questa organizzazione decide se la decisione che abbiamo preso è corretta o se deve essere modificata. Medicare supervisiona il suo lavoro.

FINAL

Passo 1: Inoltreremo automaticamente il suo caso all'organizzazione di revisione indipendente.

- Siamo tenuti a inviare le informazioni relative al suo ricorso di livello 2 all'organizzazione di revisione indipendente entro 24 ore dal momento in cui le comunichiamo che stiamo dicendo di no al suo primo ricorso. (Se ritiene che non stiamo rispettando questa scadenza o altre scadenze, può presentare un reclamo. Sezione 11 di questo capitolo spiega come presentare un reclamo.)

Passo 2: L'organizzazione di revisione indipendente effettua una revisione rapida del suo ricorso. I revisori le danno una risposta entro 72 ore.

- I revisori dell'organizzazione di revisione indipendente esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso per la dimissione dall'ospedale.
- **Se questa organizzazione dice *sì* al suo ricorso,** allora dobbiamo rimborsarle la nostra quota dei costi delle cure ospedaliere che ha ricevuto dalla data della sua dimissione programmata. Dobbiamo anche continuare la copertura del piano dei servizi ospedalieri ospedalieri per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico. È necessario continuare a pagare la propria quota dei costi. Se ci sono limitazioni di copertura, queste potrebbero limitare l'importo che rimborseremmo o per quanto tempo continueremmo a coprire i suoi servizi.
- **Se questa organizzazione dice *no* al suo ricorso,** significa che concorda sul fatto che la data di dimissione ospedaliera pianificata era appropriata dal punto di vista medico.
  - L'avviso scritto che riceve dall'organizzazione di revisione indipendente le dirà come avviare un ricorso di livello 3, che viene gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato.

Passo 3: Se l'organizzazione indipendente incaricata della revisione rifiuta il ricorso, può scegliere se portare avanti il ricorso.

- Ci sono tre livelli aggiuntivi nel processo di ricorso dopo il Livello 2 (per un totale di cinque livelli di ricorso). Se i revisori dicono di no al suo ricorso di livello 2, lei decide se accettare la loro decisione o passare al ricorso di livello 3.
- La sezione 10 di questo capitolo parla più diffusamente del Livelli 3, 4 e 5 del processo di ricorso.

SECTION 9 Come chiederci di continuare a coprire determinati servizi medici se ritiene che la sua copertura stia finendo troppo presto

Section 9.1 *Questa sezione riguarda tre servizi:* assistenza sanitaria domiciliare, assistenza presso strutture infermieristiche specializzate e servizi di riabilitazione ambulatoriale completa (CORF)

Quando riceve **servizi sanitari a domicilio coperti, assistenza infermieristica qualificata o assistenza riabilitativa (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, ha il diritto di continuare a ricevere i suoi servizi per quel tipo di assistenza per tutto il tempo necessario per diagnosticare e trattare la sua malattia o infortunio.

Quando decidiamo che è il momento di smettere di coprire uno dei tre tipi di assistenza per lei, siamo tenuti a dirglielo in anticipo. Quando termina la copertura dell'assistenza, *smetteremo di pagare per la sua assistenza.*

FINAL

Se ritiene che stiamo interrompendo la copertura delle sue cure troppo presto, **può presentare ricorso contro la nostra decisione**. Questa sezione spiega come richiedere un ricorso.

Section 9.2 Le comunicheremo in anticipo quando terminerà la copertura

Termini legali
Avviso di non copertura Medicare. Le dice come può richiedere un **ricorso rapido.** Richiedere un ricorso rapido è un modo formale e legale per richiedere una modifica alla nostra decisione di copertura su quando interrompere la sua assistenza.

1. **Riceverà un avviso per iscritto** almeno due giorni di calendario prima che il nostro piano smetta di coprire le sue cure. L'avviso le dice:

- La data in cui smetteremo di occuparci di lei.
- Come richiedere un ricorso rapido per richiederci di continuare a coprire la sua assistenza per un periodo di tempo più lungo.

1. **Lei, o qualcuno che agisce per suo conto, sarà invitato a firmare la comunicazione scritta per dimostrare di averla ricevuta.** La firma dell'avviso mostra *solo* che ha ricevuto le informazioni su quando terminerà la copertura. **Firmarlo non significa essere d'accordo** con la decisione del piano di interrompere l'assistenza.

Section 9.3 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 1 per far sì che il nostro piano copra la sua assistenza per un tempo più lungo

Se desidera chiederci di coprire la sua assistenza per un periodo di tempo più lungo, dovrà utilizzare la procedura di ricorso per presentare questa richiesta. Prima di iniziare, capire cosa è necessario fare e quali sono le scadenze.

- **Seguire il processo.**
- **Rispettare le scadenze.**
- **Chiedere aiuto se ne ha bisogno** In caso di domande o se ha bisogno di aiuto in qualsiasi momento, chiami il Servizio per i Membri. Oppure chiami il suo programma di assistenza sanitaria statale, un'organizzazione governativa che fornisce assistenza personalizzata.

Durante un ricorso di livello 1, l'organizzazione per il miglioramento della qualità esamina il suo ricorso. Decide se la data di fine delle cure è medicalmente appropriata.

Passaggio 1: presenti il suo ricorso di livello 1: contatti l'organizzazione per il miglioramento della qualità e chieda un ricorso rapido. È necessario agire in fretta.

Come è possibile contattare questa organizzazione?

- L'avviso scritto che ha ricevuto (*Avviso di non copertura Medicare*) le dice come raggiungere questa organizzazione. Oppure trova il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il suo stato nel Capitolo 2.

Agisca rapidamente:

- È necessario contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità per avviare il ricorso **entro le ore 12:00 del giorno precedente la data di entrata in vigore** dell'Avviso di non copertura Medicare.
- Se non rispetta la scadenza per contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità, può ancora ricorrere in appello. Contatti l'Organizzazione per il miglioramento della qualità.

Passo 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità conduce una revisione indipendente del suo caso.

Termini legali
Spiegazione dettagliata della non copertura. Avviso che fornisce dettagli sui motivi della cessazione della copertura.

Cosa succede durante questa revisione?

- Gli operatori sanitari dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità (i revisori) chiederanno a lei (o al suo rappresentante) perché ritiene che la copertura per i servizi debba continuare. Non deve preparare nulla per iscritto, ma può farlo se lo desidera.
- L'organizzazione di revisione esaminerà anche le sue informazioni mediche, parlerà con il suo medico e esaminerà le informazioni che il nostro piano ha fornito loro.
- Entro la fine della giornata i revisori ci comunicano il suo ricorso, riceverà da noi la **Spiegazione dettagliata della non copertura** che spiega in dettaglio le nostre ragioni per terminare la nostra copertura per i suoi servizi.

Passo 3: Entro un giorno intero dopo aver ricevuto tutte le informazioni di cui hanno bisogno, i revisori le comunicheranno la loro decisione.

Cosa succede se i revisori dicono di sì?

- Se i revisori dicono di *sì* al suo ricorso, allora **dobbiamo continuare a fornire i servizi coperti per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico.**
- Dovrà continuare a pagare la sua quota dei costi (come franchigie o copagamenti, se applicabili). Potrebbero esserci limitazioni sui servizi coperti.

Cosa accade se i revisori dicono di no?

- Se i revisori dicono di *no*, **la sua copertura terminerà nella data che le abbiamo comunicato.**
- Se decide di continuare a ricevere l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza infermieristica qualificata o i servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) *dopo* questa data al termine della copertura, allora **dovrà pagare l'intero costo** di questa assistenza.

Passo 4: Se la risposta al suo ricorso di livello 1 è no, decide se vuole presentare un altro ricorso.

- Se i revisori dicono di *no* al suo ricorso di livello 1 e lei sceglie di continuare a ricevere assistenza dopo che la copertura per l'assistenza è terminata– può presentare un ricorso di livello 2.

FINAL

Section 9.4 Passo a passo: Come fare un ricorso di livello 2 per far sì che il nostro piano copra la sua assistenza per un tempo più lungo

Durante un ricorso di livello 2, chiedi all'organizzazione per il miglioramento della qualità di rivedere la decisione sul suo primo ricorso. Se l'organizzazione per il miglioramento della qualità rifiuta il suo ricorso di livello 2, potresti dover pagare l'intero costo per l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza infermieristica qualificata o i servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) la data in cui abbiamo dichiarato che la sua copertura sarebbe terminata.

Passo 1: Contattare nuovamente l'Organizzazione per il miglioramento della qualità e chiedere un'altra revisione.

- Deve chiedere questa revisione **entro 60 giorni di calendario** dal giorno in cui l'organizzazione per il miglioramento della qualità ha detto di *no* al suo ricorso di livello 1. Potrebbe richiedere questa revisione solo se ha continuato a ricevere assistenza dopo la data in cui è terminata la copertura per l'assistenza.

Passo 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità fa una seconda revisione della sua situazione.

- I revisori dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso.

Passo 3: Entro 14 giorni di calendario dal ricevimento della sua richiesta di ricorso, i revisori decideranno sul suo ricorso e le comunicheranno la loro decisione.

Cosa succede se l'organizzazione di revisione dice di sì?

- **Dobbiamo rimborsarle** la nostra quota dei costi di assistenza che ha ricevuto dalla data in cui abbiamo dichiarato che la sua copertura sarebbe terminata. **Dobbiamo continuare a fornire copertura** per l'assistenza per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico.
- È necessario continuare a pagare la propria quota dei costi e potrebbero essere applicate limitazioni di copertura.

Cosa succede se l'organizzazione di revisione dice di no?

- Significa che sono d'accordo con la decisione presa sul suo ricorso di livello 1.
- L'avviso che riceve le dirà per iscritto cosa può fare se desidera continuare con il processo di revisione. Le fornirà i dettagli su come passare al livello successivo di ricorso, che viene gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un giudice avvocato.

Passo 4: Se la risposta è no, dovrà decidere se vuole portare avanti il suo ricorso.

- Ci sono tre livelli aggiuntivi di ricorso dopo il Livello 2, per un totale di cinque livelli di ricorso. Se desidera passare a un ricorso di livello 3, i dettagli su come farlo sono nella comunicazione scritta che riceve dopo la decisione del ricorso di livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato. Sezione 10 di questo capitolo parla più diffusamente del Livelli 3, 4 e 5 del processo di ricorso.

FINAL

Section 9.5 Cosa succede se non rispetta la scadenza per presentare il ricorso di livello 1?

In alternativa, può rivolgersi a noi

Come spiegato sopra, è necessario agire rapidamente per contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità per avviare il primo ricorso (entro un giorno o due, al massimo). Se non rispetta la scadenza per contattare questa organizzazione, c'è un altro modo per presentare il suo ricorso. Se utilizza quest'altro modo di fare ricorso, i primi due livelli di ricorso sono diversi.

Passo dopo passo: Come presentare un *ricorso alternartivo* di livello 1

Termini legali
Una revisione rapida (o ricorso rapido) è anche chiamata **ricorso accelerato.**

Passo 1: Ci contatti e chieda una revisione rapida.

- **Chiedere una revisione rapida**. Ciò significa che ci sta chiedendo di fornire una risposta utilizzando le scadenze rapide anziché le scadenze standard. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.

Passo 2: Facciamo una revisione rapida della decisione che abbiamo preso su quando terminare la copertura per i suoi servizi.

- Durante questa revisione, esaminiamo nuovamente tutte le informazioni relative al suo caso. Controlliamo se stavamo seguendo tutte le regole quando abbiamo impostato la data per terminare la copertura del piano per i servizi che stavi ricevendo.

Passo 3: Le comunichiamo la nostra decisione entro 72 ore dalla richiesta di una revisione rapida.

- **Se diciamo di sì al suo ricorso,** significa che abbiamo concordato con lei che ha bisogno di servizi più a lungo e continueremo a fornire i servizi coperti per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico. Ciò significa anche che abbiamo accettato di rimborsarle la nostra quota dei costi di assistenza che ha ricevuto dalla data in cui abbiamo dichiarato che la sua copertura sarebbe terminata. (È necessario pagare la propria quota dei costi e potrebbero essere applicate limitazioni di copertura.)
- **Se diciamo di no al suo ricorso,** la sua copertura terminerà alla data che le abbiamo comunicato e non pagheremo alcuna quota dei costi dopo tale data.
- Se ha continuato a ricevere assistenza sanitaria a domicilio, assistenza infermieristica qualificata o servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) *dopo* la data in cui abbiamo dichiarato che la sua copertura sarebbe terminata, **allora dovrà pagare l'intero costo** di questa assistenza.

Passo 4: Se diciamo di *no* al suo rapido ricorso, il suo caso passerà *automaticamente* al livello successivo del processo di ricorso.

Termini legali
Il nome formale per l 'organizzazione di revisione indipendente è l'**Ente di revisione indipendente.** A volte viene chiamato **IRE.**

FINAL

Passo dopo passo: Livello 2 *Processo di ricorso alternativo*

Durante il ricorso di livello 2, l'**organizzazione di revisione indipendente** esamina la decisione che abbiamo preso in merito al suo ricorso rapido. Questa organizzazione decide se la decisione deve essere modificata. **L'organizzazione di revisione indipendente è un'organizzazione indipendente assunta da Medicare**. Questa organizzazione non è collegata al nostro piano e non è un'agenzia governativa. Questa organizzazione è una società scelta da Medicare per gestire il lavoro di organizzazione di revisione indipendente. Medicare supervisiona il suo lavoro.

Passo 1: Inoltriamo automaticamente il suo caso all'organizzazione di revisione indipendente.

- Siamo tenuti a inviare le informazioni relative al suo ricorso di livello 2 all'Organizzazione di revisione indipendente entro 24 ore dal momento in cui le comunichiamo che stiamo dicendo di no al suo primo ricorso. (Se ritiene che non stiamo rispettando questa scadenza o altre scadenze, può presentare un reclamo. Sezione 11 di questo capitolo spiega come presentare un reclamo.)

Passo 2: L'organizzazione di revisione indipendente effettua una revisione rapida del suo ricorso. I revisori le danno una risposta entro 72 ore.

- I revisori dell'organizzazione di revisione indipendente esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso.
- **Se questa organizzazione *accetta* il suo ricorso,** allora dobbiamo rimborsarle la nostra quota dei costi di assistenza che ha ricevuto dalla data in cui abbiamo dichiarato che la sua copertura sarebbe terminata. Dobbiamo anche continuare a coprire l'assistenza per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico. È necessario continuare a pagare la propria quota dei costi. Se ci sono limitazioni di copertura, queste potrebbero limitare l'importo che rimborseremmo o per quanto tempo continueremmo a coprire i servizi.
- **Se questa organizzazione dice di *no* al suo ricorso,** significa che è d'accordo con la decisione che il nostro piano ha preso sul suo primo ricorso e non lo cambierà.
- L'avviso che riceve dall'organizzazione di revisione indipendente le dirà per iscritto cosa può fare se desidera passare a un ricorso di livello 3.

Passo 3: Se l'organizzazione indipendente incaricata della revisione rifiuta il ricorso, può scegliere se portare avanti il ricorso.

- Ci sono tre livelli aggiuntivi di ricorso dopo il Livello 2, per un totale di cinque livelli di ricorso. Se desidera passare a un ricorso di livello 3, i dettagli su come farlo sono nella comunicazione scritta che riceve dopo la decisione del ricorso di livello 2.
- Un ricorso di livello 3 viene esaminato da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato. La sezione 10 di questo capitolo dice di più sul processo per i ricorsi di livello 3, 4 e 5.

SECTION 10 Porta il suo appello al livello 3 e oltre

Section 10.1 Livelli di ricorso 3, 4 e 5 per Richieste di Servizio Medico

Questa sezione potrebbe essere appropriata per lei se ha presentato un ricorso di livello 1 e un ricorso di livello 2 ed entrambi i suoi ricorsi sono stati respinti.

FINAL

Se il valore in dollari dell'articolo o del servizio medico oggetto del ricorso soddisfa determinati livelli minimi, è possibile passare a ulteriori livelli di ricorso. Se il valore in dollari è inferiore al livello minimo, non è possibile ricorrere ulteriormente. La risposta scritta ricevuta per il ricorso di livello 2 spiegherà come presentare un ricorso di livello 3.

Per la maggior parte delle situazioni che comportano ricorsi, gli ultimi tre livelli di appello funzionano più o meno allo stesso modo. Ecco chi gestisce la revisione del suo ricorso a ciascuno di questi livelli.

Appello di livello 3 **Un giudice di diritto amministrativo o un avvocato che lavora per il governo federale** esaminerà il suo ricorso e le darà una risposta.

- **Se il giudice di diritto amministrativo o l'avvocato accetta il ricorso, la procedura di appello *potrebbe* o *meno* essere terminata**. A differenza di una decisione di ricorso di livello 2, abbiamo il diritto di appellarci a una decisione di livello 3 che le è favorevole. Se decidiamo di appellarci, il ricorso sarà di livello 4.
  - Se decidiamo di *non* presentare ricorso, dobbiamo autorizzare o fornire l'assistenza medica entro 60 giorni di calendario dal ricevimento della decisione del giudice di diritto amministrativo o dell'avvocato.
  - Se decidiamo di appellarci alla decisione, le invieremo una copia della richiesta di appello di livello 4 con tutti i documenti di accompagnamento. Possiamo attendere la decisione di appello di livello 4 prima di autorizzare o fornire l'assistenza medica oggetto della controversia.
- **Se il giudice di diritto amministrativo o l'avvocato rifiuta il ricorso, la procedura di appello *potrebbe* o *meno* essere terminata**.
  - Se si decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, può passare al livello successivo del processo di revisione. L'avviso che riceve le dirà cosa fare per un ricorso di livello 4.

Ricorso di livello 4 **Il Medicare Appeals Council** (Consiglio) esaminerà il suo ricorso e le fornirà una risposta. Il Consiglio fa parte del governo federale.

- **Se la risposta è sì, o se il Consiglio nega la nostra richiesta di rivedere una decisione favorevole di ricorso di livello 3, il processo di ricorso *potrebbe* o *meno* essere terminato**. A differenza di una decisione di livello 2, abbiamo il diritto di appellarci a una decisione di livello 4 che le è favorevole. Decideremo se appellarci a questa decisione al Livello 5.
  - Se decidiamo di *non* presentare ricorso contro la decisione, dobbiamo autorizzare o fornire le cure mediche entro 60 giorni di calendario dalla ricezione della decisione del Consiglio.
  - Se decidiamo di presentare ricorso contro la decisione, le faremo sapere per iscritto.
- **Se la risposta è no o se il Consiglio nega la richiesta di revisione, il processo di ricorso *potrebbe* o *meno* essere terminato**.
  - Se si decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, potrebbe essere in grado di passare al livello successivo del processo di revisione. Se il Consiglio dice di no al suo ricorso, l'avviso che riceve le dirà se le regole Le consentono di passare a un ricorso di livello 5 e come continuare con un ricorso di livello 5.

Appello di livello 5 Un giudice della **Corte distrettuale federale** esaminerà il suo ricorso.

- Un giudice esaminerà tutte le informazioni e deciderà se *accettare* o *meno* la sua richiesta. Questa è una risposta definitiva. Non ci sono più livelli di ricorso dopo la Corte Distrettuale Federale.

Section 10.2 Livelli di ricorso 3, 4 e 5 per le richieste di farmaci della Parte D

Questa sezione potrebbe essere appropriata per lei se ha presentato un ricorso di livello 1 e un ricorso di livello 2 ed entrambi i suoi ricorsi sono stati respinti.

Se il valore del farmaco che ha presentato ricorso soddisfa un certo importo in dollari, potrebbe essere in grado di passare a ulteriori livelli di ricorso. Se l'importo in dollari è inferiore, non è più possibile presentare ricorso. La risposta scritta che riceve al suo ricorso di livello 2 le spiegherà chi contattare e cosa fare per chiedere un ricorso di livello 3.

Per la maggior parte delle situazioni che comportano ricorsi, gli ultimi tre livelli di appello funzionano più o meno allo stesso modo. Ecco chi gestisce la revisione del suo ricorso a ciascuno di questi livelli.

Appello di livello 3 **Un giudice di diritto amministrativo o un avvocato che lavora per il governo federale** esaminerà il suo ricorso e le darà una risposta.

- **Se la risposta è sì, la procedura di ricorso è terminata**. Dobbiamo **autorizzare o fornire la copertura del farmaco** che è stata approvata dal giudice di diritto amministrativo o dall'avvocato **entro 72 ore (24 ore per i ricorsi accelerati) o effettuare il pagamento entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla** ricezione della decisione.
- **Se la risposta è no, il processo di ricorso *può essere* o *non essere* terminato.**
  - Se si decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, può passare al livello successivo del processo di revisione. L'avviso che riceve le dirà cosa fare per un ricorso di livello 4.

Ricorso di livello 4 **Il Medicare Appeals Council** (Consiglio) esaminerà il suo ricorso e le fornirà una risposta. Il Consiglio fa parte del governo federale.

- **Se la risposta è sì, la procedura di ricorso è terminata**. Dobbiamo **autorizzare o fornire la copertura del farmaco** che è stata approvata dal Consiglio **entro 72 ore (24 ore per i ricorsi accelerati) o effettuare il pagamento entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla** ricezione della decisione.
- **Se la risposta è no, il processo di ricorso *può essere* o *non essere* terminato.**
  - Se si decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, potrebbe essere in grado di passare al livello successivo del processo di revisione. Se il Consiglio dice di no al suo ricorso o rifiuta la sua richiesta di riesame del ricorso, l'avviso le dirà se le regole le consentono di passare a un ricorso di livello 5. Ti dirà anche chi contattare e cosa fare dopo se si sceglie di continuare con il ricorso.

FINAL

Appello di livello 5 Un giudice della **Corte distrettuale federale** esaminerà il suo ricorso.

- Un giudice esaminerà tutte le informazioni e deciderà se accettare o meno la sua richiesta. Questa è una risposta definitiva. Non ci sono più livelli di ricorso dopo la Corte Distrettuale Federale.

SECTION 11 Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni

Section 11.1 Che tipo di problemi vengono gestiti dal processo di reclamo?

Il processo di reclamo viene utilizzato *solo* per determinati tipi di problemi. Ciò include problemi relativi alla qualità dell'assistenza, ai tempi di attesa e al servizio clienti. Ecco alcuni esempi dei tipi di problemi gestiti dal processo di reclamo.

Reclamo	Esempio
Qualità delle cure mediche	• Non è soddisfatto della qualità delle cure ricevute (comprese le cure in ospedale)?
Rispetto della privacy	• Qualcuno non ha rispettato il suo diritto alla privacy o condiviso informazioni riservate?
Mancanza di rispetto, servizio clienti scadente o altri comportamenti negativi	• Qualcuno è stato scortese o irrispettoso nei suoi confronti? • Non è soddisfatto del nostro Servizio per i Membri? • Si sente incoraggiato/a a lasciare il piano?
Tempi di attesa	• Ha problemi a ottenere un appuntamento o aspetta troppo a lungo per ottenerlo? • È stato tenuto in attesa troppo a lungo da medici, farmacisti o altri operatori sanitari? O dal nostro Servizio per i Membri o da altro personale del piano? ◦ Gli esempi includono l'attesa troppo lunga al telefono, nella sala d'attesa o d'esame o l'ottenimento di una prescrizione.
Pulizia	• Non è soddisfatto/a della pulizia o delle condizioni di una clinica, di un ospedale o di uno studio medico?
Informazioni che riceve da noi	• Non le abbiamo dato la notifica richiesta? • Le nostre informazioni scritte sono difficili da comprendere?
Tempestività (questi tipi di reclami sono tutti correlati alla *tempestività* delle nostre azioni relative alle decisioni di copertura e ai ricorsi)	Se ha chiesto una decisione sulla copertura o ha presentato un ricorso e ritiene che non stiamo rispondendo abbastanza rapidamente, può presentare un reclamo sulla nostra lentezza. Ecco alcuni esempi: • Ci ha chiesto una decisione rapida sulla copertura o un ricorso rapido e abbiamo detto di no; può presentare un reclamo.

FINAL

Reclamo	Esempio
	• Ritiene che non stiamo rispettando le scadenze per le decisioni o i ricorsi sulla copertura; può presentare un reclamo. • Ritiene che non stiamo rispettando le scadenze per la copertura o il rimborso di determinati articoli o servizi medici o farmaci che sono stati approvati; può presentare un reclamo. • Ritiene che non abbiamo rispettato le scadenze richieste per l'inoltro del suo caso all'organizzazione di revisione indipendente; può presentare un reclamo.

Section 11.2 Come presentare un reclamo

Termini legali

- Un **reclamo** è anche chiamato **vertenza.**
- **Presentare un reclamo** è anche chiamato **presentare una vertenza.**
- **Utilizzare il processo per i reclami** è anche chiamato **utilizzare il processo per presentare una vertenza**.
- Un **reclamo rapido** è anche chiamato **vertenza accelerata.**

Section 11.3 Passo a passo: Presentare un reclamo

Passo 1: Ci contatti tempestivamente, telefonicamente o per iscritto.

- **Di solito, chiamare il Servizio per i Membri è il primo passo.** Se c'è qualcos'altro che deve fare, il Servizio per i Membri glielo farà sapere.
- **Se non desidera chiamare (o ha chiamato e non è soddisfatto), può presentare il suo reclamo per iscritto e inviarcelo.** Se presenta il suo reclamo per iscritto, risponderemo per iscritto.
- Cercheremo di risolvere il suo reclamo al telefono. Se non siamo in grado di risolvere il suo reclamo per telefono, abbiamo una procedura formale per esaminare il suo reclamo. Lo chiamiamo il nostro processo di reclamo dei membri. Rispondiamo alla maggior parte dei reclami entro 30 giorni di calendario. Possiamo impiegare più tempo se ce lo chiede o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo è nel suo interesse. Se chiede una risposta scritta, presenta un reclamo scritto o un reclamo sulla qualità dell'assistenza, le risponderemo per iscritto. Le concederemo un reclamo accelerato se la richiesta di una decisione rapida sulla copertura o di un appello rapido viene respinta o se la decisione sulla copertura o l'appello richiede più tempo e lei non è d'accordo sul fatto che la decisione debba essere presa in tempi più lunghi. Rispondiamo ai reclami urgenti in 24 ore.
- **La scadenza** per presentare un reclamo è di 60 giorni di calendario dal momento in cui si è verificato il problema per cui desidera presentare il reclamo.

Passo 2: Esaminiamo il suo reclamo e le diamo la nostra risposta.

- **Se possibile, le risponderemo subito.** Se ci chiama con un reclamo, potremmo essere in grado di darle una risposta nella stessa telefonata.

- **La maggior parte dei reclami riceve risposta entro 30 giorni di calendario.** Se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo è nel suo interesse o se ci chiede più tempo, possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario in più (44 giorni di calendario in totale) per rispondere al suo reclamo. Se decidiamo di prenderci giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto.
- **Se sta presentando un reclamo perché abbiamo rifiutato la sua richiesta di una decisione rapida sulla copertura o un ricorso rapido, le invieremo automaticamente un reclamo rapido.** Se ha un reclamo rapido, significa che le daremo **una risposta entro 24 ore**.
- **Se non siamo d'accordo** con alcuni o tutti i suoi reclami o non ci assumiamo la responsabilità per il problema oggetto del suo reclamo, includeremo le nostre ragioni nella nostra risposta.

Section 11.4 È inoltre possibile presentare reclami sulla qualità dell'assistenza all'Organizzazione per il miglioramento della qualità

Quando il suo reclamo riguarda *la qualità dell'assistenza*, ha anche due opzioni aggiuntive:

- **Può presentare il suo reclamo direttamente all'Organizzazione per il miglioramento della qualità**. L'Organizzazione per il miglioramento della qualità è un gruppo di medici praticanti e altri esperti sanitari pagati dal governo federale per controllare e migliorare l'assistenza fornita ai pazienti Medicare. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.

O

- **Può presentare il suo reclamo sia all'Organizzazione per il miglioramento della qualità che a noi allo stesso tempo.**

Section 11.5 Può anche informare Medicare del suo reclamo

Può inviare un reclamo relativo a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) direttamente a Medicare. Per presentare un reclamo a Medicare, visitare il sito www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Può chiamare anche il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY/TDD possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

PROBLEMI RELATIVI AI SUOI SUSSIDI MEDICAID

SECTION 12 Gestione dei problemi relativi ai sussidi Medicaid

Il nostro piano copre i sussidi Medicare. Medicaid copre i servizi sanitari non coperti da Medicare. L'operatore Medicaid copre i sussidi Medicaid. L'operatore Medicaid può essere un piano Molina Medicaid o lo Stato. La aiuteremo a coordinare le sue cure con i sussidi Medicaid. Possiamo aiutarla a chiedere una decisione sulla copertura, a fare ricorso o a presentare un reclamo sui suoi sussidi Medicaid. Possiamo aiutarla a compilare i moduli, a individuare la fase successiva del processo e a scoprire chi contattare per ottenere maggiore assistenza.

È inoltre possibile contattare l'agenzia statale Medicaid per ottenere assistenza sui sussidi Medicaid. Il capitolo 2, sezione 6 di questo opuscolo spiega come contattare l'agenzia Medicaid.

FINAL

È anche possibile chiamare il Servizio per i Membri. Il numero di telefono è riportato sul retro di questo opuscolo.

FINAL

CHAPTER 10:
Cessazione dell'abbonamento al piano

FINAL

SECTION 1 Introduzione alla disdetta dell'abbonamento al nostro piano

Terminare l'iscrizione a Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) può essere **volontario** (una sua scelta) oppure **involontario** (non una sua scelta):

- Può abbandonare il nostro piano perché ha deciso di *volerlo* fare. Le sezioni 2 e 3 forniscono informazioni sulla cessazione volontaria dell'adesione.
- Ci sono anche situazioni limitate in cui non sceglie di andarsene, ma siamo tenuti a terminare il suo abbonamento. La sezione 5 le spiega le situazioni in cui dobbiamo terminare la sua iscrizione.

Se sta abbandonando il nostro piano, il nostro piano deve continuare a fornire le sue cure mediche e i farmaci soggetti a prescrizione medica e continuerà a pagare la sua quota di costi fino al termine della sua iscrizione.

SECTION 2 Quando può terminare la sua iscrizione al nostro piano?

Section 2.1 Potrebbe essere in grado di disdire la sua iscrizione perché dispone di Medicare e Medicaid

- La maggior parte delle persone con Medicare può terminare la propria iscrizione solo in determinati periodi dell'anno. Poiché ha Medicaid, può terminare la sua adesione al nostro piano in qualsiasi mese dell'anno. Inoltre, ha la possibilità di iscriversi a un altro piano Medicare in qualsiasi mese, tra cui:
  - Original Medicare *con* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato,
  - Original Medicare *senza* un un piano per farmaci con prescrizione Medicare separato (se sceglie questa opzione, Medicare può iscriverla a un piano per farmaci, a meno che abbia scelto di non iscriversi automaticamente), o
  - Se idoneo, un D-SNP integrato che fornisce le prestazioni e i servizi Medicare e la maggior parte o tutti i servizi Medicaid in un unico piano

  Nota: Se annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e rimane senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione per un periodo continuo di 63 giorni o più, potrebbe essere necessario pagare una penalità di iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.

  Contatti il suo Ufficio Medicaid statale per conoscere le opzioni del suo piano Medicaid (i numeri di telefono sono nel Capitolo 2, Sezione 6 del presente documento).
- Altre opzioni di piani sanitari Medicare sono disponibili durante il **Periodo di iscrizione annuale**. La Sezione 2.2 fornisce ulteriori informazioni sul Periodo di iscrizione annuale.
- **Quando terminerà la sua iscrizione?** La sua iscrizione di solito termina il primo giorno del mese successivo alla ricezione della sua richiesta di modificare i suoi piani. Anche la sua iscrizione al suo nuovo piano inizierà in questo giorno.

FINAL

Section 2.2 È possibile disdire l'iscrizione durante il periodo di iscrizione annuale

Può terminare la sua iscrizione durante il Periodo di Iscrizione Annuale (noto anche come "Periodo di Iscrizione Annuale Aperto"). Durante questo periodo, riveda la sua copertura sanitaria e farmacologica e decida in merito alla copertura per l'anno successivo.

- Il **Periodo di Iscrizione Annuale** va dal **15 ottobre al 7 dicembre**.
- **Scegliere di mantenere la copertura attuale o apportare modifiche alla copertura per l'anno successivo.** Se si decide di passare a un nuovo piano, è possibile scegliere uno dei seguenti tipi di piani:
  - Un altro piano sanitario Medicare, con o senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica.
  - Original Medicare *con* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato

    OPPURE

  - Original Medicare *senza* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato
- **La sua iscrizione terminerà con il nostro piano** quando la copertura del suo nuovo piano inizierà il 1° gennaio.

  Se riceve "Extra Help" da Medicare per pagare i suoi farmaci soggetti a prescrizione medica: Se passa a Original Medicare e non si iscrive a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato, Medicare può iscriverla a un piano farmacologico, a meno che lei non abbia rinunciato all'iscrizione automatica.

  Nota: Se si annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e si rimane senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione per 63 giorni o più di fila, potrebbe essere necessario pagare una penalità di iscrizione tardiva alla Parte D se si aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.

Section 2.3 Può disdire l'iscrizione durante il Periodo di Iscrizione Aperta di Medicare Advantage

Ha l'opportunità di apportare *una* modifica alla sua copertura sanitaria durante il **Periodo di iscrizione aperta Medicare Advantage**.

- **Il periodo annuale di iscrizione aperta a Medicare Advantage** è dal 1° gennaio al 31 marzo e anche per i nuovi beneficiari di Medicare che sono iscritti a un piano MA, dal mese in cui hanno diritto alla Parte A e alla Parte B fino all'ultimo giorno del 3° mese di diritto.
- **Durante il Periodo di Iscrizione Aperta Medicare Advantage annuale** è possibile:
  - Passare a un altro piano Medicare Advantage con o senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica.
  - Disiscriversi dal nostro piano e ottenere la copertura tramite Medicare originale. Se si sceglie di passare a Original Medicare durante questo periodo, è possibile anche aderire a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato in quel momento.
- **La sua iscrizione terminerà** il primo giorno del mese dopo l'iscrizione a un piano Medicare Advantage diverso o dopo aver ricevuto la sua richiesta di passare a Original Medicare. Se si sceglie anche di iscriversi a un piano di prescrizione di farmaci Medicare, l'adesione al piano farmacologico inizierà il primo giorno del mese successivo alla ricezione della richiesta di iscrizione.

Section 2.4 In determinate situazioni, è possibile disdire l'iscrizione durante un periodo di iscrizione speciale

In determinate situazioni, potrebbe avere diritto a terminare la sua iscrizione in altri periodi dell'anno. Questo è noto come **Periodo di Iscrizione Speciale**.

Potrebbe essere idoneo a disdire l'iscrizione durante un periodo di iscrizione speciale se si verifica una delle seguenti situazioni. Questi sono solo esempi, per l'elenco completo è possibile contattare il piano, chiamare Medicare o visitare il sito Web Medicare (www.medicare.gov):

- Di solito, quando si è trasferito.
- Se ha Medicaid New York .
- Se ha diritto ad "Extra Help" per il pagamento delle sue prescrizioni Medicare.
- Se violiamo il nostro contratto con lei.
- Se riceve assistenza in un istituto, come una casa di cura o un ospedale di assistenza a lungo termine (LTC).
- Se si iscrive al Programma di assistenza onnicomprensiva per gli anziani (PACE).

Nota: Se fa parte di un programma di gestione dei farmaci, potrebbe non essere in grado di cambiare i piani. Il Capitolo 5, Sezione 10 le dice di più sui programmi di gestione dei farmaci.

Nota: La sezione 2.1 fornisce ulteriori informazioni sul periodo di iscrizione speciale per le persone con Medicaid.

- **I periodi di iscrizione variano** a seconda della situazione.
- **Per sapere se è idoneo per un periodo di iscrizione speciale,** chiami Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Se ha diritto a terminare la sua iscrizione a causa di una situazione speciale, può scegliere di modificare sia la copertura sanitaria Medicare che la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica. È possibile scegliere:
- Un altro piano sanitario Medicare con o senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica.
- Original Medicare *con* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato,
- - oppure - Original Medicare *senza* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato

Nota: Se annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e rimane senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione per 63 giorni o più di fila, potrebbe essere necessario pagare una penalità di iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.

Se riceve "Extra Help" da Medicare per pagare i suoi farmaci soggetti a prescrizione medica: Se passa a Original Medicare e non si iscrive a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato, Medicare può iscriverla a un piano farmacologico, a meno che lei non abbia rinunciato all'iscrizione automatica.

La sua iscrizione di solito termina il primo giorno del mese successivo alla ricezione della sua richiesta di modifica del piano.

Nota: Le sezioni 2.1 e 2.2 forniscono ulteriori informazioni sul periodo di iscrizione speciale per le persone con Medicaid e “Extra Help”.

Section 2.5 Dove può ottenere maggiori informazioni su quando può disdire l’iscrizione?

In caso di domande sulla disdetta dell'iscrizione, può:

FINAL

- **Chiamare il Servizio per i Membri.**
- Trova le informazioni nel manuale ***Medicare & You 2025***.
- Contattare **Medicare** al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. (TTY 1-877-486-2048).

SECTION 3 Come termina la sua iscrizione al nostro piano?

La tabella seguente spiega come terminare l'iscrizione al nostro piano.

Se si desidera passare dal nostro piano a:	Ecco cosa dovrebbe fare:
Un altro piano sanitario Medicare.	• Iscriversi al nuovo piano sanitario Medicare. La sua nuova copertura inizierà il primo giorno del mese successivo. • Sarà automaticamente disiscritto da Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) quando inizierà la copertura del suo nuovo piano.
Original Medicare *con* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato.	• Iscriversi al nuovo piano di prescrizione di farmaci Medicare. La sua nuova copertura inizierà il primo giorno del mese successivo. • Sarà automaticamente disiscritto da Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) quando inizierà la copertura del suo nuovo piano.
Original Medicare *senza* un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato. ◦ Se passa a Original Medicare e non si iscrive a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato, Medicare può iscriverla a un piano farmacologico, a meno che lei non abbia rinunciato all'iscrizione automatica. ◦ Se si annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e si trascorrono 63 giorni o più di fila senza una copertura dei farmaci soggetti a prescrizione accreditabile, potrebbe essere necessario pagare una penalità di iscrizione tardiva se si aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.	• **Ci invii una richiesta scritta di disiscrizione.** Contatti il Servizio per i Membri se ha bisogno di ulteriori informazioni su come farlo. • È inoltre possibile contattare **Medicare**, al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e chiedere di essere disiscritti. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. • Sarà disiscritto da Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) quando inizia la sua copertura Original Medicare.

Nota: Se annulla l'iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione Medicare e rimane senza copertura dei farmaci soggetti a prescrizione per 63 giorni o più di fila, potrebbe essere necessario pagare una penalità di iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce a un piano di farmaci Medicare in un secondo momento.

Per domande sui sussidi Medicaid, si rivolga a , New York (800) 505-5678 or (212) 630-1945, Nassau: (516) 227-7474, Westchester (914) 995-3333, TTY: , Monday-Friday, 8:30 a.m. – 8:00 p.m., Saturday 10 a.m. – 6 p.m.. Chieda come l'adesione a un altro piano o il ritorno a Original Medicare influisca sulla copertura Medicaid.

SECTION 4 Fino al termine del suo abbonamento, deve continuare a ricevere i suoi articoli medici, servizi e farmaci attraverso il nostro piano

Finché non termina la sua iscrizione Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) e non inizia la sua nuova copertura Medicare e Medicaid, deve continuare a ricevere le cure mediche e i farmaci da prescrizione attraverso il nostro piano.

- **Continui a utilizzare i nostri fornitori di rete per ricevere assistenza medica.**
- **Continui a utilizzare le nostre farmacie di rete o la vendita per corrispondenza per ottenere le sue prescrizioni.**.
- **Se viene ricoverato in ospedale il giorno in cui termina la sua iscrizione, la sua degenza ospedaliera sarà coperta dal nostro piano fino alla sua dimissione** (anche se viene dimesso dopo l'inizio della sua nuova copertura sanitaria).

SECTION 5 Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) deve interrompere la sua adesione al piano in determinate situazioni

Section 5.1 Quando dobbiamo terminare la sua adesione al piano?

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) deve interrompere la usa adesione al piano se si verifica una delle seguenti situazioni:

- Se non ha più Medicare Parte A e Parte B
- Se non si è più idonei per Medicaid. Come indicato nel Capitolo 1, Sezione 2.1, il nostro piano è rivolto a persone idonee sia per Medicare che per Medicaid. Se Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) stabilisce che non soddisfa più i requisiti di idoneità, riceverà una lettera di notifica con l'indicazione del motivo dell'eventuale disiscrizione. Avrà quindi tre mesi di tempo dalla data della lettera per rispondere.
- Se esce dalla nostra area di servizio.
- Se si allontana dalla nostra area di servizio per più di sei mesi
  - Se si sposta o fa un lungo viaggio, chiami il Servizio per i Membri per scoprire se il luogo in cui si sta spostando o viaggiando si trova nell'area del nostro piano.
- Se viene incarcerato (va in prigione)
- Se non si è più cittadini degli Stati Uniti o legalmente presenti negli Stati Uniti
- Se mente o nasconde informazioni su un'altra assicurazione che ha che fornisce una copertura dei farmaci da prescrizione

- Se ci fornisce intenzionalmente informazioni errate quando si iscrive al nostro piano e tali informazioni influiscono sulla sua idoneità al nostro piano. (Non possiamo farle abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)
- Se si comporta continuamente in un modo che è dirompente e rende difficile per noi fornire assistenza medica per lei e per gli altri membri del nostro piano. (Non possiamo farle abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)
- Se consente a qualcun altro di utilizzare la tua tessera associativa per ricevere assistenza medica. (Non possiamo farle abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)
  - Se interrompiamo la sua iscrizione per questo motivo, Medicare potrebbe far indagare il suo caso dall'Ispettore Generale
- Se le viene richiesto di pagare l'importo extra della Parte D a causa del suo reddito e non lo paga, Medicare la disiscriverà dal nostro piano.

Dove è possibile ottenere ulteriori informazioni?

Se ha domande o desideri maggiori informazioni su quando possiamo terminare la sua iscrizione, chiami il Servizio per i Membri.

Section 5.2 Non possiamo chiederle di abbandonare il nostro piano per motivi di salute

Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP) non può chiederle di abbandonare il nostro piano per qualsiasi motivo legato alla salute.

Che cosa si deve fare in tal caso?

Se ritiene che le venga chiesto di lasciare il nostro piano per motivi di salute, chiami Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (TTY 1-877-486-2048).

Section 5.3 Ha il diritto di presentare un reclamo se interrompiamo la sua iscrizione al nostro piano

Se interrompiamo la sua iscrizione al nostro piano, dobbiamo comunicarle per iscritto le nostre ragioni per terminare la sua iscrizione. Dobbiamo anche spiegare come può presentare un reclamo o presentare un reclamo sulla nostra decisione di terminare la sua iscrizione.

FINAL

CHAPTER 11:
Avvisi legali

FINAL

SECTION 1 Informativa sul diritto applicabile

La legge principale che si applica a questo documento di *prova della copertura* è il titolo XVIII della legge sulla sicurezza sociale e le normative create ai sensi della legge sulla sicurezza sociale dai Centri per i servizi Medicare e Medicaid, o CMS. Inoltre, potrebbero applicarsi altre leggi federali e, in determinate circostanze, le leggi dello stato in cui vivi. Ciò potrebbe influire sui suoi diritti e responsabilità anche se le leggi non sono incluse o spiegate in questo documento.

SECTION 2 Informativa sulla non discriminazione

Non discriminiamo in base a razza, etnia, origine nazionale, colore, religione, sesso, sesso, età, orientamento sessuale, disabilità mentale o fisica, stato di salute, esperienza nei sinistri, anamnesi, informazioni genetiche, prove di assicurabilità o posizione geografica all'interno dell'area di servizio. Tutte le organizzazioni che forniscono piani Medicare Advantage, come il nostro piano, devono rispettare le leggi federali contro la discriminazione, incluso il Titolo VI del Civil Rights Act del 1964, il Rehabilitation Act del 1973, l'Age Discrimination Act del 1975, l'Americans with Disabilities Act, la Sezione 1557 dell'Affordable Care Act, tutte le altre leggi che si applicano alle organizzazioni che ricevono finanziamenti federali e qualsiasi altra legge e regola che si applica per qualsiasi altro motivo.

Se desidera ulteriori informazioni o ha dubbi sulla discriminazione o sul trattamento ingiusto, la preghiamo di chiamare l'Ufficio per i diritti civili del Dipartimento della salute e dei servizi umani al numero 1-800-368-1019 (tty 1-800-537-7697) o l'Ufficio locale per i diritti civili. Può anche consultare le informazioni dell'Ufficio per i diritti civili del Dipartimento di salute e servizi umani all'indirizzo https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

In caso di disabilità e se ha bisogno di aiuto per accedere alle cure, ci chiami al Servizio per i Membri. In caso di reclami, ad esempio problemi con l'accesso in sedia a rotelle, il Servizio per i Membri possono aiutarla.

SECTION 3 Informativa sui diritti di surrogazione del Pagatore Secondario Medicare

Abbiamo il diritto e la responsabilità di riscuotere per i servizi Medicare coperti per i quali Medicare non è il principale pagatore. Secondo le norme CMS di cui alle sezioni 422.108 e 423.462 del 42 CFR, Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP), in qualità di Medicare Advantage Organization, eserciterà gli stessi diritti di recupero che il Segretario esercita ai sensi dei regolamenti CMS nei capitoli da B a D della parte 411 del 42 CFR e le regole stabilite in questa sezione sostituiscono qualsiasi legge statale.

FINAL

CHAPTER 12:
Definizioni di parole importanti

Centro chirurgico ambulatoriale: un centro chirurgico ambulatoriale è un'entità che opera esclusivamente allo scopo di fornire servizi chirurgici ambulatoriali a pazienti che non necessitano di ricovero e la cui permanenza prevista nel centro non supera le 24 ore.

Ricorso: un ricorso è una misura a cui ricorre se non è d'accordo con la nostra decisione di rifiutare una richiesta di copertura di servizi di assistenza sanitaria o farmaci da prescrizione o di pagamento per servizi o farmaci che ha già ricevuto. Può inoltre presentare un ricorso se non è d'accordo con la nostra decisione di interrompere i servizi che sta ricevendo.

Periodo di sussidio: il modo in cui sia il nostro piano che Original Medicare misurano il suo utilizzo dei servizi ospedalieri e delle strutture infermieristiche qualificate (SNF). Un periodo di sussidio inizia il giorno in cui si entra in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata. Il periodo di sussidio termina quando non ha ricevuto alcuna assistenza ospedaliera (o assistenza qualificata in una struttura infermieristica qualificata) per 60 giorni consecutivi. Se si va in un ospedale o in una struttura infermieristica qualificata dopo la fine di un periodo di sussidio, inizia un nuovo periodo di sussidio. Non ci sono limiti al numero di periodi di sussidio.

Prodotto biologico: un farmaco da prescrizione ottenuto da fonti naturali e viventi come cellule animali, cellule vegetali, batteri o lieviti. I prodotti biologici sono più complessi di altri farmaci e non possono essere copiati esattamente, quindi le forme alternative sono chiamate biosimilari. I biosimilari generalmente funzionano altrettanto bene e sono sicuri quanto i prodotti biologici originali. (Vedere anche "**Prodotto biologico originale**" e "**Biosimilare**").

Biosimilare: un prodotto biologico molto simile, ma non identico, al prodotto biologico originale. I biosimilari sono sicuri ed efficaci quanto il prodotto biologico originale. Alcuni biosimilari possono essere sostituiti al prodotto biologico originale in farmacia senza bisogno di una nuova prescrizione (Vedere "**Biosimilare intercambiabile**").

Farmaco di marca: un farmaco soggetto a prescrizione che viene prodotto e venduto dalla società farmaceutica che lo ha originariamente studiato e sviluppato. I farmaci di marca hanno la stessa formula dell'ingrediente attivo della versione generica del farmaco. Tuttavia, i farmaci generici sono prodotti e venduti da altri produttori di farmaci e non sono generalmente disponibili fino alla scadenza del brevetto sul farmaco di marca.

Fase di copertura catastrofica: la fase del sussidio Parte D per i farmaci che inizia quando lei (o altre parti qualificate per suo conto) ha speso $2,000 per i farmaci coperti dalla Parte D durante l'anno coperto.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): l'agenzia federale che amministra Medicare.

Coassicurazione: un importo che potrebbe essere tenuto a pagare, espresso in percentuale (ad esempio il 20%) come quota del costo per servizi o farmaci soggetti a prescrizione medica dopo aver pagato eventuali franchigie.

Reclamo : il nome formale per presentare un reclamo è presentare una vertenza. Il processo di reclamo viene utilizzato *solo* per determinati tipi di problemi. Ciò include problemi relativi alla qualità dell'assistenza, ai tempi di attesa e al servizio clienti che ricevei. Include anche i reclami se il suo piano non osserva i periodi di tempo nel processo di ricorso.

Struttura di riabilitazione ambulatoriale completa (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): una struttura che fornisce principalmente servizi di riabilitazione dopo una malattia o un infortunio, tra cui terapia fisica, servizi sociali o psicologici, terapia respiratoria, terapia occupazionale e servizi di patologia del linguaggio e servizi di valutazione dell'ambiente domestico.

Copagamento: un importo che potrebbe essere richiesto di pagare come quota del costo per un servizio o una fornitura medica, come una visita medica, una visita ambulatoriale in ospedale o un farmaco soggetto a prescrizione medica. Un copagamento è un importo fisso (ad esempio $10), piuttosto che una percentuale.

Ripartizione dei costi: la ripartizione dei costi si riferisce agli importi che un membro deve pagare quando riceve servizi o farmaci. (Questo si aggiunge al premio mensile del piano). La ripartizione dei costi include qualsiasi combinazione dei seguenti tre tipi di pagamenti: (1) qualsiasi importo deducibile che un piano può imporre prima che i servizi o i farmaci siano coperti; (2) qualsiasi importo fisso di copagamento che un piano richiede quando viene ricevuto un servizio o un farmaco specifico; o (3) qualsiasi importo di coassicurazione, una percentuale dell'importo totale pagato per un servizio o un farmaco che un piano richiede quando viene ricevuto un servizio o un farmaco specifico.

Determinazione della copertura: una decisione sul fatto che un farmaco prescritto per lei sia coperto dal piano e l'importo, se del caso, che deve pagare per la prescrizione. In generale, se porta la sua prescrizione in una farmacia e quest'ultima le dice che la prescrizione non è coperta dal suo piano, non si tratta di una determinazione della copertura. Deve chiamare o scrivere al suo piano per chiedere una decisione formale sulla copertura. Le determinazioni di copertura sono chiamate decisioni di copertura nel presente documento.

Farmaci coperti: il termine che usiamo per indicare tutti i farmaci da prescrizione coperti dal nostro piano.

Servizi coperti : il termine che usiamo per indicare tutti i servizi e le forniture di assistenza sanitaria coperti dal nostro piano.

Copertura dei farmaci soggetti a prescrizione accreditabile: copertura dei farmaci soggetti a prescrizione (ad esempio, da un datore di lavoro o da un sindacato) che dovrebbe pagare, in media, almeno quanto la copertura standard dei farmaci soggetti a prescrizione di Medicare. Le persone che hanno questo tipo di copertura quando diventano idonee per Medicare possono generalmente mantenere tale copertura senza pagare una penale se decidono di iscriversi alla copertura dei farmaci da prescrizione Medicare in un secondo momento.

Assistenza custodiale : è la cura personale fornita in una casa di cura, in un hospice o in un'altra struttura quando non si ha bisogno di cure mediche qualificate o assistenza infermieristica qualificata. L'assistenza custodiale, fornita da persone che non hanno competenze o formazione professionale, comprende l'aiuto nelle attività della vita quotidiana come lavarsi, vestirsi, mangiare, salire o scendere da un letto o da una sedia, spostarsi e usare il bagno. Può anche includere il tipo di assistenza sanitaria che la maggior parte delle persone fa da sé, come l'uso di colliri. Medicare non rimborsa l'assistenza custodiale.

Tariffa giornaliera di condivisione dei costi: una tariffa giornaliera di condivisione dei costi può essere applicata quando il medico prescrive meno di un mese di fornitura di determinati farmaci per lei e deve versare un copagamento. Una tariffa giornaliera di condivisione dei costi è il copagamento diviso per il numero di giorni nella fornitura di un mese. Ecco un esempio: Se il suo copagamento per una fornitura di un mese di un farmaco è di $30 e una fornitura di un mese nel suo piano è di 30 giorni, la sua "tariffa giornaliera di condivisione dei costi" è di $1 al giorno.

Franchigia: l'importo che deve pagare per l'assistenza sanitaria o le prescrizioni mediche prima che il piano paghi.

Disiscrizione o **Annullamento dell'iscrizione**: il processo di cessazione della sua iscrizione al nostro piano.

Tassa di distribuzione: Una tariffa addebitata ogni volta che viene dispensato un farmaco coperto per pagare i costi di compilazione della ricetta, come ad esempio il tempo impiegato dal farmacista per preparare e confezionare la ricetta.

Piani per esigenze speciali a doppia idoneità (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): un tipo di piano che iscrive individui che hanno diritto sia a Medicare (titolo XVIII della legge sulla sicurezza sociale) che all'assistenza medica da un piano statale nell'ambito di Medicaid (titolo XIX). Gli stati coprono alcuni o tutti i costi Medicare, a seconda dello stato e dell'idoneità dell'individuo.

FINAL

Individui doppiamente idonee: una persona che ha diritto alla copertura Medicare e Medicaid.

Apparecchiature mediche durevoli (DME): alcune apparecchiature mediche che vengono ordinate dal medico per motivi medici. Esempi includono deambulatori, sedie a rotelle, stampelle, sistemi di materassi elettrici, forniture per diabetici, pompe per infusione endovenosa, dispositivi di generazione del linguaggio, apparecchiature per l'ossigeno, nebulizzatori o letti d'ospedale ordinati da un fornitore per l'uso in casa.

Emergenza medica: un'emergenza medica è quando lei, o qualsiasi altro soggetto non esperto con una conoscenza media della salute e della medicina, ritiene di avere sintomi medici che richiedono un'attenzione medica immediata per evitare la perdita della vita (e, se si tratta di una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora nato), la perdita di un arto, o la perdita della funzione di un arto, o la perdita o la grave compromissione di una funzione corporea. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando.

Assistenza di emergenza: servizi coperti che sono: (1) forniti da un fornitore qualificato per fornire servizi di emergenza; e (2) necessari per trattare, valutare o stabilizzare una condizione medica di emergenza.

Prova della copertura (EOC) e informazioni sulla divulgazione: questo documento, insieme al modulo di iscrizione e a qualsiasi altro allegato, utente o altra copertura facoltativa selezionata, spiega la copertura, i nostri obblighi, i suoi diritti e cosa deve fare come membro del nostro piano.

Deroga: un tipo di decisione di copertura che, se approvata, consente di ottenere un farmaco che non è nel nostro prontuario (una deroga al prontuario) o di ottenere un farmaco non preferenziale a un livello di condivisione dei costi inferiore (una deroga al sistema di classificazione dei farmaci). Può anche richiedere un'eccezione se il nostro piano richiede di provare un altro farmaco prima di ricevere il farmaco che sta richiedendo, nel caso in cui il piano richieda un'autorizzazione preventiva per un farmaco e desideri rinunciare alla restrizione dei criteri, o se il nostro piano limita la quantità o il dosaggio del farmaco che stai richiedendo (un'eccezione del prontuario).

Extra Help (Aiuto extra): un programma Medicare per aiutare le persone con reddito e risorse limitati a pagare i costi del programma di prescrizione di farmaci Medicare, come premi, franchigie e coassicurazioni.

Farmaco generico: un farmaco soggetto a prescrizione approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) come avente lo stesso principio attivo del farmaco di marca. Generalmente, un farmaco “generico” funziona allo stesso modo di un farmaco di marca e di solito costa meno.

Vertenza: un tipo di reclamo da lei presentato in merito al nostro piano, ai nostri fornitori o alle nostre farmacie, incluso un reclamo relativo alla qualità della sua assistenza. Ciò non comporta controversie di copertura o di pagamento.

Assistente sanitario domiciliare: una persona che fornisce servizi che non richiedono le competenze di un infermiere o terapeuta autorizzato, come l'aiuto per la cura personale (ad esempio, fare il bagno, usare il bagno, vestirsi o eseguire gli esercizi prescritti).

Hospice : un sussidio che prevede un trattamento speciale per un membro che è stato certificato dal punto di vista medico come malato terminale, il che significa avere un'aspettativa di vita di 6 mesi o meno. Noi, il suo piano, dobbiamo fornirle un elenco di hospice nella sua area geografica. Se sceglie l'hospice e continua a pagare i premi, è ancora membro del nostro piano. Può comunque ottenere tutti i servizi medici necessari e i benefici supplementari che offriamo.

Degenza ospedaliera: una degenza ospedaliera quando è stato formalmente ricoverato in ospedale per servizi medici qualificati. Anche se rimane in ospedale durante la notte, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale.

Importo di rettifica mensile relativo al reddito (IRMAA): se il reddito lordo rettificato modificato come riportato nella dichiarazione dei redditi dell'IRS di 2 anni fa è superiore a un determinato importo, pagherà l'importo del premio standard e un importo di rettifica mensile relativo al reddito, noto anche come IRMAA. L'IRMAA è un costo aggiuntivo aggiunto al suo premio. Meno del 5% delle persone con Medicare ne sono interessate, quindi la maggior parte delle persone non pagherà un premio più elevato.

Fase della copertura iniziale: è la fase che precede il raggiungimento della soglia di spesa per l'anno.

Periodo di iscrizione iniziale: quando si è idonei per la prima volta a Medicare, il periodo di tempo in cui è possibile iscriversi a Medicare Parte A e Parte B. Se si è idonei a Medicare quando si compiono 65 anni, il Periodo di iscrizione iniziale è il periodo di 7 mesi che inizia 3 mesi prima del mese in cui si compiono 65 anni, include il mese in cui si compiono 65 anni e termina 3 mesi dopo il mese in cui si compiono 65 anni.

D-SNP integrato: un D-SNP che copre Medicare e la maggior parte o tutti i servizi Medicaid nell'ambito di un unico piano sanitario per alcuni gruppi di persone che hanno diritto sia a Medicare che a Medicaid. Queste persone sono note anche come persone con diritto a prestazioni complete.

Biosimilare intercambiabile: un biosimilare che può essere utilizzato in farmacia come sostituto di un prodotto biosimilare originale senza bisogno di una nuova prescrizione perché soddisfa requisiti aggiuntivi relativi alla possibilità di sostituzione automatica. La sostituzione automatica in farmacia è soggetta alla legge statale.

Elenco dei farmaci coperti (Prontuario o Elenco dei farmaci): un elenco dei farmaci soggetti a prescrizione coperti dal piano.

Sovvenzione a basso reddito (LIS): vedere "Extra Help".

Programma di sconti del produttore: un programma in base al quale i produttori di farmaci pagano una parte del costo totale del piano per i farmaci di marca e i farmaci biologici coperti dalla Parte D. Gli sconti si basano su accordi tra il governo federale e i produttori di farmaci.

Importo massimo di spesa: l'importo massimo che paga di tasca propria durante l'anno solare per i servizi coperti. Gli importi pagati per i premi della Parte A e della Parte B di Medicare e per i farmaci da prescrizione non vengono conteggiati ai fini del massimale di spesa. Se ha diritto all'assistenza per la compartecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. (Nota: poiché i nostri membri ricevono anche l'assistenza di Medicaid, sono pochissimi quelli che raggiungono questo tetto massimale di spesa viva.)

Medicaid (o assistenza medica): un programma federale e statale congiunto che aiuta con le spese mediche per alcune persone con redditi bassi e risorse limitate. I programmi Medicaid statali variano, ma la maggior parte dei costi sanitari sono coperti se si è idonei sia per Medicare che per Medicaid.

Indicazione medicalmente accettata: un uso di un farmaco approvato dalla Food and Drug Administration o supportato da determinati riferimenti, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il sistema informativo Micromedex DRUGDEX.

Necessario dal punto di vista medico: servizi, forniture o farmaci necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della sua condizione medica e che soddisfano gli standard accettati della pratica medica.

Medicare: il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore a 65 anni, alcune persone di età inferiore ai 65 anni con determinate disabilità e le persone con malattia renale allo stadio terminale (generalmente quelle con insufficienza renale permanente che necessitano di dialisi o di un trapianto di rene).

Periodo di iscrizione aperto a Medicare Advantage: il periodo di tempo dal 1° gennaio al 31 marzo in cui i membri di un piano Medicare Advantage possono annullare l'iscrizione al piano e passare a un altro piano Medicare Advantage o ottenere la copertura tramite Original Medicare. Se si sceglie di passare a Original Medicare durante questo periodo, è possibile anche aderire a un piano di prescrizione di farmaci Medicare separato in quel momento. Il Periodo di iscrizione aperta Medicare Advantage è disponibile anche per un periodo di 3 mesi dopo che un individuo è idoneo per Medicare.

Piano Medicare Advantage (MA): a volte chiamato Medicare Parte C. Un piano offerto da una società privata che stipula un contratto con Medicare per fornire tutti i sussidi Medicare Parte A e Parte B. Un piano Medicare Advantage può essere i) un HMO, ii) un PPO, iii) un piano Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un piano Medicare Medical Savings Account (MSA). Oltre a scegliere tra questi tipi di piani, un piano Medicare Advantage HMO o PPO può anche essere uno Special Needs Plan (SNP). Nella maggior parte dei casi, i piani Medicare Advantage offrono anche Medicare Parte D (copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica). Questi piani sono chiamati **Piani Medicare Advantage con copertura dei farmaci su prescrizione**.

Programma Medicare Coverage Gap Discount : un programma che offre sconti sulla maggior parte dei farmaci di marca coperti della Parte D agli iscritti alla Parte D che hanno raggiunto la fase del Gap di copertura e che non ricevono già "Extra Help". Gli sconti si basano su accordi tra il governo federale e alcuni produttori di farmaci.

Servizi coperti da Medicare: servizi coperti da Medicare Parte A e Parte B. Tutti i piani sanitari Medicare devono coprire tutti i servizi coperti da Medicare Parte A e B. Il termine Servizi coperti da Medicare non include i sussidi aggiuntivi, come la vista, i denti o l'udito, che un piano Medicare Advantage può offrire.

Piano sanitario Medicare: un piano sanitario Medicare è offerto da una società privata che stipula contratti con Medicare per fornire benefici di Parte A e Parte B alle persone con Medicare che si iscrivono al piano. Questo termine include tutti i piani Medicare Advantage, i piani di costo Medicare, i piani per esigenze speciali, i programmi dimostrativi/pilota e i programmi di assistenza onnicomprensiva per gli anziani (PACE).

Medicare Prescription Drug Coverage (Medicare Parte D): assicurazione per aiutare a pagare farmaci da prescrizione ambulatoriali, vaccini, prodotti biologici e alcune forniture non coperte da Medicare Parte A o Parte B.

Polizza Medigap (Medicare Supplement Insurance): assicurazione integrativa Medicare venduta da compagnie di assicurazione private per colmare le "lacune" in Medicare originale. Le politiche Medigap funzionano solo con Medicare originale. (Un piano Medicare Advantage non è una polizza Medigap.)

Membro (membro del nostro piano o membro del piano) : una persona con Medicare che ha diritto a ottenere servizi coperti, che si è iscritta al nostro piano e la cui iscrizione è stata confermata dai Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Servizio per i Membri: un dipartimento all'interno del nostro piano responsabile di rispondere alle sue domande sulla sua iscrizione, sui sussidi, sulle vertenze e sui ricorsi.

Farmacia di rete: una farmacia onvenzionata con il nostro piano, presso la quale i membri del nostro piano possono ottenere le prestazioni di prescrizione di farmaci. Nella maggior parte dei casi, le prescrizioni sono coperte solo se vengono ritirate presso una delle farmacie della nostra rete.

Fornitore di rete: fornitore è il termine generale per medici, altri operatori sanitari, ospedali e altre strutture sanitarie autorizzate o certificate da Medicare e dallo Stato per fornire servizi di assistenza sanitaria. **I fornitori di rete** hanno un accordo con il nostro piano per accettare il nostro pagamento come pagamento completo e, in alcuni casi, per coordinare e fornire servizi coperti ai membri del nostro piano. I fornitori di rete sono anche chiamati fornitori del piano.

FINAL

Determinazione dell'organizzazione: una decisione presa dal nostro piano in merito alla copertura di articoli o servizi o a quanto deve pagare per gli articoli o i servizi coperti. Le determinazioni dell'organizzazione sono chiamate decisioni di copertura in questo documento.

Prodotto biologico originale: un prodotto biologico che è stato approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) e che serve da termine di paragone per i produttori che realizzano una versione biosimilare. È anche chiamato prodotto di riferimento.

Original Medicare(Medicare tradizionale o Medicare Fee-for-Service): Original Medicare è offerto dal governo e non è un piano sanitario privato come i piani Medicare Advantage e i piani di prescrizione medica. Nell'ambito di Medicare originale, i servizi Medicare sono coperti pagando a medici, ospedali e altri fornitori di assistenza sanitaria gli importi di pagamento stabiliti dal Congresso. È possibile consultare qualsiasi medico, ospedale o altro fornitore di assistenza sanitaria che accetti Medicare. È necessario pagare la franchigia. Medicare paga la sua quota dell'importo approvato da Medicare e lei paga la sua quota. Original Medicare è composto da due parti: La Parte A (Assicurazione ospedaliera) e la Parte B (Assicurazione medica) sono disponibili in tutti gli Stati Uniti.

Farmacia fuori rete: una farmacia che non ha un contratto con il nostro piano per coordinare o fornire farmaci coperti ai membri del nostro piano. La maggior parte dei farmaci che riceve da farmacie esterne alla rete non sono coperti dal nostro piano a meno che non si applichino determinate condizioni.

Fornitore fuori rete o struttura fuori rete: un fornitore o una struttura che non ha un contratto con il nostro piano per coordinare o fornire servizi coperti ai membri del nostro piano. I fornitori fuori rete sono fornitori che non sono dipendenti, di proprietà o gestiti dal nostro piano.

Spese vive: vedere la definizione per la condivisione dei costi di cui sopra. Il requisito di condivisione dei costi di un membro per pagare una parte dei servizi o dei farmaci ricevuti è anche indicato come requisito di spese vive del membro.

Piano PACE: Un piano PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina servizi e supporti medici, sociali e a lungo termine (LTSS) per le persone fragili per aiutare le persone a rimanere indipendenti e a vivere nella loro comunità (invece di trasferirsi in una casa di cura) il più a lungo possibile. Le persone iscritte ai piani PACE ricevono sia i loro benefici Medicare che Medicaid attraverso il piano.

Soglia di spesa viva: l'importo massimo che lei paga di tasca propria per i farmaci della Parte D.

Parte C: vedere Piano Medicare Advantage (MA).

Parte D: il programma volontario Medicare Prescription Drug Benefit.

Parte D Farmaci: Farmaci che possono essere coperti dalla Parte D. Possiamo offrire o meno tutti i farmaci della Parte D. Alcune categorie di farmaci sono state escluse dalla copertura della Parte D da parte del Congresso. Alcune categorie di farmaci della Parte D devono essere coperte da ogni piano.

Parte D Penalità di iscrizione tardiva: un importo aggiunto al premio mensile per la copertura farmacologica Medicare se non si dispone di una copertura credibile (copertura che dovrebbe pagare, in media, almeno quanto la copertura farmacologica standard Medicare) per un periodo continuo di 63 giorni o più dopo aver avuto diritto a partecipare a un piano Parte D. Se perde Extra Help, potresti essere soggetto alla penalità di iscrizione tardiva se trascorri 63 giorni o più di fila senza la Parte D o altra copertura di farmaci soggetti a prescrizione medica.

Piano Preferred Provider Organization (PPO) – Un piano Preferred Provider Organization è un piano Medicare Advantage che dispone di una rete di fornitori convenzionati che hanno accettato di trattare gli iscritti al piano a fronte di un pagamento specifico. Un piano PPO deve coprire tutti i sussidi del piano, indipendentemente dal fatto

che siano ricevute da fornitori della rete o da fornitori esterni alla rete. La partecipazione ai costi da parte del membro sarà generalmente più elevata quando i sussidi del piano vengono erogati da fornitori esterni alla rete. I piani PPO prevedono un limite annuale delle spese vive per i servizi ricevuti dai fornitori della rete (preferiti) e un limite più elevato per le spese vive totali combinate per i servizi forniti sia dai fornitori della rete (preferiti) che da quelli fuori rete (non preferiti).

Premio: il pagamento periodico a Medicare, a una compagnia assicurativa o a un piano di assistenza sanitaria per la copertura sanitaria o dei farmaci soggetti a prescrizione medica.

Fornitore di cure primarie (PCP): il medico o altro fornitore che vedi per primo per la maggior parte dei problemi di salute. In molti piani sanitari Medicare, è necessario consultare il proprio fornitore di cure primarie prima di consultare qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria.

Autorizzazione preventiva: approvazione preventiva per ottenere servizi o determinati farmaci. I servizi coperti che necessitano di un'autorizzazione preventiva sono contrassegnati nella Tabella delle prestazioni mediche nel Capitolo 4. I farmaci coperti che necessitano di autorizzazione preventiva sono indicati nel formulario e i nostri criteri sono pubblicati sul nostro sito web.

Protesi e ortesi: dispositivi medici tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, tutori per braccia, schiena e collo; arti artificiali; occhi artificiali; e dispositivi necessari per sostituire una parte o una funzione interna del corpo, tra cui forniture per stomia e terapia nutrizionale enterale e parenterale.

Organizzazione per il miglioramento della qualità (QIO): un gruppo di medici praticanti e altri esperti sanitari pagati dal governo federale per controllare e migliorare l'assistenza fornita ai pazienti Medicare.

Limiti di quantità: uno strumento di gestione progettato per limitare l'uso di farmaci selezionati per motivi di qualità, sicurezza o utilizzo. I limiti possono riguardare la quantità del farmaco che copriamo per prescrizione o per un periodo di tempo definito.

"Strumento di sussidi in tempo reale": un portale o un'applicazione informatica in cui gli iscritti possono cercare informazioni complete, accurate, tempestive, clinicamente appropriate e specifiche per l'iscritto. Ciò include importi di condivisione dei costi, farmaci del prontuario alternativi che possono essere utilizzati per la stessa condizione di salute di un determinato farmaco e restrizioni di copertura (autorizzazione preventiva, terapia a fasi, limiti di quantità) che si applicano ai farmaci alternativi.

Servizi di riabilitazione: questi servizi includono terapia fisica, logopedia e terapia del linguaggio e terapia occupazionale.

Area di servizio: un'area geografica in cui è necessario vivere per aderire a un particolare piano sanitario. Per i piani che limitano quali medici e ospedali è possibile utilizzare, è anche generalmente l'area in cui è possibile ottenere servizi di routine (non di emergenza). Il piano deve disiscriverla se esce definitivamente dall'area di servizio del piano.

Assistenza in struttura infermieristica qualificata (SNF): servizi di assistenza infermieristica e riabilitazione qualificati forniti su base continua e quotidiana, in una struttura infermieristica qualificata. Esempi di assistenza includono terapia fisica o iniezioni endovenose che possono essere somministrate solo da un infermiere o un medico registrato.

Piano per esigenze speciali: un tipo speciale di piano Medicare Advantage che fornisce un'assistenza sanitaria più mirata a gruppi specifici di persone, come coloro che hanno sia Medicare che Medicaid, che risiedono in una casa di cura o che hanno determinate condizioni mediche croniche.

Terapia a fasi: uno strumento di utilizzo che richiede di provare un altro farmaco per trattare la sua condizione medica prima di coprire il farmaco che il suo medico potrebbe aver inizialmente prescritto.

Reddito di sicurezza supplementare (SSI): un sussidio mensile pagato dalla previdenza sociale a persone con reddito e risorse limitati che sono disabili, ciechi o di età pari o superiore a 65 anni. Le prestazioni SSI non sono le stesse delle prestazioni di Previdenza Sociale.

Servizi urgentemente necessari: un servizio coperto dal piano che richiede un'attenzione medica immediata e che non è un'emergenza è un servizio urgente se lei si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o se non è ragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere questo servizio da fornitori di rete con cui il piano ha stipulato un contratto. Esempi di servizi urgenti sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile.

FINAL

Servizi di assistenza linguistica Medicare

Modulo approvato
OMB# 0938-1421

Senior Whole Health
BY MOLINA HEALTHCARE

Servizi di assistenza linguistica Medicare

Sono disponibili ausili e servizi gratuiti, come interpreti del linguaggio dei segni e informazioni scritte in formati alternativi. Chiami il 1-800-665-3086 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-665-3086. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-665-3086. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们： 1-800-665-3086。说普通話的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-800-665-3086 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-665-3086. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-665-3086. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-665-3086. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

FINAL

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-665-3086. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-665-3086번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-800-665-3086. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإلجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى االتصال بنا على الرقم 1-800-665-3086. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-800-665-3086 पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-800-665-3086. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-665-3086. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-665-3086. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

FINAL

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polsku, należy zadzwonić pod numer 1-800-665-3086. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-665-3086 にお電話ください。日本語を話 す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

FINAL

Senior Whole Health
BY MOLINA HEALTHCARE

Servizio per i Membri Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Metodo	Servizio per i Membri – Informazioni di contatto
CHIAMARE	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time. Please note that our automated phone system may answer your call during weekends and holidays from April 1 to September 30 Il Servizio per i Membri ha anche servizi di interpretazione linguistica gratuiti disponibili per i non anglofoni.
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Il National Relay è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
FAX	(310) 507-6186
SCRIVERE	Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
SITO WEB	SWHNY.com

New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP di New York) è un programma statale che riceve fondi dal governo federale per fornire consulenza gratuita sull'assicurazione sanitaria locale alle persone con Medicare.

Metodo	Informazioni di contatto
CHIAMARE	(800) 701-0501 Monday - Friday, 8:00 a.m. - 5:00 p.m., local time
TTY	711 Questo numero richiede attrezzature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parlare.
SCRIVERE	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITO WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Dichiarazione di divulgazione PRA *Secondo il Paperwork Reduction Act del 1995, nessuno è tenuto a rispondere a una raccolta di informazioni a meno che non abbia un numero di controllo OMB valido. Il numero di controllo OMB*

FINAL

valido per questa raccolta di informazioni è 0938-1051.In caso di commenti o suggerimenti per migliorare questo modulo, scrivere a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.