

С 1 января по 31 декабря 2026 г.

Подтверждение страхового покрытия на 2026 год:

Страховое покрытие медицинских льгот, услуг и препаратов в рамках программы Medicare для вас как участника плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

Этот документ содержит подробную информацию о медицинской помощи, *долгосрочном уходе и/или услугах на дому и по месту жительства*, а также о покрытии стоимости рецептурных препаратов в рамках планов Medicare и Medicaid с 1 января по 31 декабря 2026 г. **Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

В данном документе описываются предоставляемые вам льготы и права. Ознакомьтесь с ним, чтобы разобраться в следующих вопросах:

- Ваши страховые взносы за участие в плане и разделение затрат
- Льготы, которые мы предоставляем на получение медицинской помощи и приобретение лекарственных препаратов
- Порядок подачи жалобы в отношении неудовлетворительного качества обслуживания или лечения
- Способы связаться с нами
- Иные гарантии в рамках закона о программе Medicare

Если у вас есть вопросы относительно этого документа, обращайтесь в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру 711). Часы работы: ежедневно с **8 а.т. до 8 р.т. по восточному времени (ET)**. Звонок бесплатный.

Данный план, *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, предлагает компания *ElderServe Health, Inc.* При использовании местоимений «мы», «нас», «нам» или «наш» в настоящем *Подтверждении страхового покрытия* речь идет о компании *ElderServe Health, Inc.* Термины «план» или «наш план» означают план *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

Этот документ доступен бесплатно на *испанском, русском и китайском* языках. *При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию, набранную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в другом альтернативном формате.*

Льготы, франшизы и условия их предоставления, а также страховые взносы и/или доплаты / суммы сострахования могут измениться 1 января 2027 года.

Вводная информация для участников плана

В содержание формуляра, а также в состав сети аптек и/или поставщиков услуг могут в любое время вноситься изменения. Обо всех изменениях, которые могут повлиять на вас, вы получите уведомление от нас не позднее чем за 30 дней до их осуществления.

ElderServe MAP — это план медицинского страхования категории HMO, заключивший договор с программой Medicare. Возможность регистрации в плане ElderServe MAP (HMO D-SNP) зависит от продления этого договора. План также имеет письменное соглашение с программой Medicaid штата New York о координации ваших льгот по программе Medicaid.

H6776_EOC002CY26_C

Вводная информация для участников плана

Содержание

ГЛАВА 1.	Вводная информация для участников плана	7
РАЗДЕЛ 1	Участие в плане ElderServe MAP (HMO D-SNP)	8
РАЗДЕЛ 2	Требования, предъявляемые к участникам плана	9
РАЗДЕЛ 3	Важные материалы для участников	12
РАЗДЕЛ 4	Сводная таблица наиболее важных расходов	14
РАЗДЕЛ 5	Подробные сведения о ваших ежемесячных страховых взносах как участника плана	21
РАЗДЕЛ 6	Своевременное обновление сведений в вашем личном деле участника плана	22
РАЗДЕЛ 7	Взаимодействие других программ страхования с нашим планом	23
ГЛАВА 2.	Номера телефонов и источники информации.....	25
РАЗДЕЛ 1	Контактная информация плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	26
РАЗДЕЛ 2	Получение помощи от Medicare	31
РАЗДЕЛ 3	Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP)	33
РАЗДЕЛ 4	Организация по повышению качества обслуживания (QIO)	34
РАЗДЕЛ 5	Управление социального обеспечения	35
РАЗДЕЛ 6	Программа Medicaid	36
РАЗДЕЛ 7	Программы помощи в оплате рецептурных препаратов	38
РАЗДЕЛ 8	Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников (RRB)	42
РАЗДЕЛ 9	Если вы зарегистрированы в плане группового медицинского страхования или пользуетесь иной медицинской страховкой от работодателя.....	43
ГЛАВА 3.	Использование ресурсов плана для получения медицинских и других покрываемых услуг	45
РАЗДЕЛ 1	Получение медицинской помощи и других услуг в рамках нашего плана	46
РАЗДЕЛ 2	Получение медицинской помощи и других услуг у поставщиков, входящих в сеть плана.....	48
РАЗДЕЛ 3	Как воспользоваться услугами, когда требуется экстренная или срочная медицинская помощь, а также в чрезвычайных ситуациях	53
РАЗДЕЛ 4	Что делать, если вам выставили счет на полную стоимость услуг?	56
РАЗДЕЛ 5	Медицинские услуги в клиническом исследовании	57

РАЗДЕЛ 6	Правила обслуживания в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения	59
РАЗДЕЛ 7	Право собственности на медицинское оборудование длительного пользования – правила	61
ГЛАВА 4.	Таблица медицинских льгот	63
	(перечень покрываемых услуг)	63
РАЗДЕЛ 1	Основные сведения о покрываемых услугах	64
РАЗДЕЛ 2	Таблица медицинских льгот и соответствующие расходы.....	65
РАЗДЕЛ 3	Услуги, покрываемые вне плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	121
РАЗДЕЛ 4	Услуги, не покрываемые нашим планом	122
ГЛАВА 5.	Страховое покрытие препаратов, предусмотренных Частью D.....	126
РАЗДЕЛ 1	Основные правила покрытия лекарственных препаратов по Части D в рамках нашего плана	127
РАЗДЕЛ 2	Получайте препараты по рецепту в сетевой аптеке или воспользуйтесь услугой доставки препаратов по почте нашего плана	128
РАЗДЕЛ 3	Ваши лекарства должны входить в Список препаратов плана.....	132
РАЗДЕЛ 4	Препараты с ограничением страхового покрытия	135
РАЗДЕЛ 5	Что делать, если вы не согласны с условиями покрытия препаратов	137
РАЗДЕЛ 6	Список препаратов может изменяться в течение года	139
РАЗДЕЛ 7	Виды препаратов, не покрываемых нашим планом	142
РАЗДЕЛ 8	Как получить лекарства по рецепту.....	143
РАЗДЕЛ 9	Покрытие препаратов, предусмотренных Частью D, в особых случаях.....	144
РАЗДЕЛ 10	Программы по обеспечению безопасности лекарственных средств и контролю за их использованием	146
ГЛАВА 6.	Сколько вы платите за препараты, покрываемые Частью D....	149
РАЗДЕЛ 1	Сколько вы платите за препараты, покрываемые Частью D	150
РАЗДЕЛ 2	Этапы оплаты лекарств для участников плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	153
РАЗДЕЛ 3	В отчете «Разъяснение страховых выплат по Части D» EOB по Части D объясняется, на какой стадии оплаты вы находитесь	153

Вводная информация для участников плана

РАЗДЕЛ 4	Стадия действия франшизы.....	155
РАЗДЕЛ 5	Стадия первоначального покрытия.....	156
РАЗДЕЛ 6	Стадия критического покрытия	160
РАЗДЕЛ 7	Сколько вы платите за вакцины, покрываемые Частью D	161
ГЛАВА 7.	Подача запроса на оплату счета за покрываемые медицинские услуги или препараты	164
РАЗДЕЛ 1	Ситуации, в которых следует попросить нас оплатить нашу долю расходов за покрываемые услуги или лекарства.....	165
РАЗДЕЛ 2	Оформление запроса на возмещение затрат или оплату полученного вами счета	168
РАЗДЕЛ 3	Рассмотрение вашего запроса и принятие решения	168
ГЛАВА 8.	Ваши права и обязанности.....	170
РАЗДЕЛ 1	Уважительное отношение к правам и культурным традициям участников плана	171
РАЗДЕЛ 2	Ваши обязанности как участника нашего плана	179
ГЛАВА 9.	Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)	181
РАЗДЕЛ 1	Что делать, если у вас возникли проблемы или вопросы.....	182
РАЗДЕЛ 2	Где можно получить дополнительную информацию и индивидуальную помощь	182
РАЗДЕЛ 3	Основные сведения о жалобах и апелляциях в рамках программ Medicare и Medicaid	184
РАЗДЕЛ 4	Использование процедур для решения конкретных проблем	184
РАЗДЕЛ 5	Решения о страховом покрытии и апелляции	185
РАЗДЕЛ 6	Медицинское обслуживание: как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию.....	189
РАЗДЕЛ 7	Препараты, предусмотренные Частью D: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию	205
РАЗДЕЛ 8	Как подать нам просьбу о продлении пребывания в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано	217
РАЗДЕЛ 9	Как подать запрос на продление покрытия определенных медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие истекает слишком рано.....	223
РАЗДЕЛ 10	Подача апелляций уровней 3, 4 и 5	227

Вводная информация для участников плана

РАЗДЕЛ 11	Как подать жалобу касательно качества медицинской помощи, времени ожидания, обслуживания клиентов и прочих проблем	232
ГЛАВА 10.	Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане	237
РАЗДЕЛ 1	Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане	238
РАЗДЕЛ 2	Когда можно завершить участие в плане?	238
РАЗДЕЛ 3	Как прекратить участие в плане	243
РАЗДЕЛ 4	До выхода из плана участники должны получать соответствующие медицинские товары, услуги и препараты в рамках нашего плана	244
РАЗДЕЛ 5	В некоторых случаях участие в нашем плане может быть прекращено по решению <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	244
ГЛАВА 11.	Правовые уведомления	247
РАЗДЕЛ 1	Уведомление о регулирующем законодательстве.....	247
РАЗДЕЛ 2	Уведомление о неприемлемости дискриминации	247
РАЗДЕЛ 3	Уведомление о регрессивном праве Medicare как вторичного плательщика	248
ГЛАВА 12.	Определения.....	249

ГЛАВА 1.

Вводная информация для участников плана

РАЗДЕЛ 1 Участие в плане ElderServe MAP (HMO D-SNP)

Раздел 1.1 Регистрация в *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, плане Medicare для лиц с особыми потребностями

Вам предоставляется страховое покрытие в рамках обеих программ — Medicare и Medicaid.

- **Medicare** — это федеральная программа страхования здоровья для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых лиц моложе 65 лет с ограниченными возможностями, а также лиц с терминальной стадией почечной недостаточности.
- **Medicaid** — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами. Условия страхования по программе Medicaid различаются в зависимости от штата и типа имеющейся страховки Medicaid. Некоторые участники программы Medicaid могут получить помощь с уплатой страховых взносов по программе Medicare и с другими затратами. Определенным категориям лиц также могут оплачиваться дополнительные услуги и препараты, стоимость которых обычно не покрывается программой Medicare.

Вы решили получать медицинское обслуживание по программам Medicare и Medicaid и покрытие расходов на рецептурные препараты с помощью нашего плана — *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Наш план покрывает все услуги по Части А и Части В. При этом разделение затрат и доступ к поставщикам услуг в рамках нашего плана отличаются от таковых в Original Medicare.

План *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* — это специализированный план Medicare Advantage для лиц с особыми потребностями. Это значит, что предлагаемые льготы предназначены для людей с особыми потребностями в медицинском обслуживании. План *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* разработан специально для людей, застрахованных по программе Medicare, которые также участвуют в программе получения помощи от Medicaid.

Поскольку вы получаете помощь от Medicaid в рамках разделения затрат по Части А и Части В Medicare (франшизы, доплаты и суммы сострахования), возможно, вам не придется ничего платить за свои услуги Medicare. Программа Medicaid также предоставляет дополнительные льготы, обеспечивая покрытие медицинских услуг, *рецептурных препаратов, долгосрочного ухода и/или услуг на дому и по месту жительства*, которые обычно не оплачиваются программой Medicare. Вы также будете получать дополнительную помощь от Medicare в оплате расходов на препараты Medicare по программе «Дополнительная помощь». Сотрудники плана *ElderServe MAP*

Вводная информация для участников плана

(HMO D-SNP) помогут вам распоряжаться всеми этими льготами, чтобы вы могли получать положенные вам медицинские услуги и финансовую поддержку.

Планом *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* управляет некоммерческая организация. Как и все планы Medicare Advantage, данный план Medicare для бенефициаров с особыми потребностями одобрен программой Medicare. Между нашим планом и программой Medicaid *штата New York* также заключен договор о координации ваших льгот по программе Medicaid. Мы рады предоставлять вам страховое покрытие Medicare и Medicaid, включая покрытие лекарств, *долгосрочный уход и/или услуги на дому и по месту жительства*.

Раздел 1.2 Правовая информация о *Подтверждении страхового покрытия*

Настоящее *Подтверждение страхового покрытия* является частью нашего с вами договора о покрытии стоимости медицинского обслуживания в рамках плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. К остальным частям этого договора относятся регистрационная форма, *Список покрываемых препаратов* (формуляр) и все полученные вами уведомления об изменениях в покрытии или условиях, которые влияют на страховое покрытие. В некоторых случаях эти уведомления называются *дополнениями или поправками*.

Договор действует в течение срока вашей регистрации в плане *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* с 1 января по 31 декабря 2026 г.

Каждый календарный год Medicare дает нам возможность внести изменения в планы, которые мы предлагаем. Это означает, что мы можем внести изменения в части затрат и льгот, предлагаемых планом *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, после 31 декабря 2026 г. Также после 31 декабря 2026 г. мы можем прекратить действие своего плана на вашей территории обслуживания.

План *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* должен получить одобрение от представителей программы Medicare (Центров услуг Medicare и Medicaid) и сотрудников *Департамента здравоохранения штата New York*. Являясь участником нашего плана, вы получаете страховое покрытие от Medicare до тех пор, пока мы предлагаем данный план и Medicare и *Департамент здравоохранения штата New York* продлевают для него свое одобрение.

РАЗДЕЛ 2 Требования, предъявляемые к участникам плана

Раздел 2.1 Критерии участия

Стать участником плана можно при соблюдении всех нижеперечисленных условий.

- Вы получаете льготы по Части А и Части В программы Medicare.

Вводная информация для участников плана

- Вы проживаете в пределах обслуживаемой нами географической территории (ее описание приведено в разделе 2.3). Заключенные не считаются проживающими на географической территории обслуживания даже при условии физического пребывания на этой территории.
- Вы являетесь гражданином Соединенных Штатов Америки или находитесь на их территории на законных основаниях.
- Вы соответствуете особым критериям участия, которые приведены далее.

Особые требования, предъявляемые к участникам нашего плана

Наш план предназначен для людей, получающих определенные льготы по программе Medicaid. (Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами.) Чтобы соответствовать критериям отбора для участия в нашем плане, вы должны *иметь право* на участие в программе Medicare, а также на получение льгот по программе Medicaid в полном объеме.

Примечание. Если вы утратили право на участие в плане, но обоснованно предполагаете, что снова получите его в течение *трех* месяцев, то вы по-прежнему можете быть участником нашего плана. Информацию о страховом покрытии и участии в затратах во время такого периода предполагаемого продолжения участия см. в разделе 2.1 главы 4.

Раздел 2.2 Программа Medicaid

Medicaid является совместной программой федерального правительства и правительства штата, в рамках которой оказывается помощь в оплате медицинских расходов и расходов на долговременный уход для определенной категории граждан с низкими доходами и ограниченными ресурсами. Каждый штат самостоятельно определяет категории доходов и средств к существованию, критерии отбора участников, перечень покрываемых услуг и их стоимость, а также способ реализации программы при условии соблюдения федеральных правил.

Кроме того, Medicaid предлагает программы, которые помогают людям, получающим льготы по программе Medicare, оплачивать расходы, связанные с их участием в этой программе (например, с уплатой страховых взносов Medicare). Ниже перечислены программы экономии средств от Medicare, которые ежегодно помогают людям с низким доходом, не имеющим достаточных средств к существованию.

- **Соответствующий требованиям получатель льгот по программе Medicare (QMB):** помощь при оплате страховых взносов по программе Medicare, Часть А и Часть В, а также совместная оплата других расходов (например, франшиз, сумм

Вводная информация для участников плана

сострахования и доплат). Некоторым участникам программы QMB также предоставляется полный спектр льгот Medicaid (QMB+).

- **Получатель льгот по программе Medicare с установленным низким доходом (SLMB):** помощь при оплате страховых взносов по Части В. Некоторым участникам программы SLMB также предоставляется полный спектр льгот Medicaid (SLMB+).
- **Соответствующее требованиям лицо (QI):** помощь при оплате страховых взносов по Части В.
- **Соответствующие требованиям трудоустроенные получатели льгот с инвалидностью (QDWI):** помощь при оплате страховых взносов по Части А.

Раздел 2.3 Территория, на которой предоставляются услуги в рамках плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

План *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* доступен только для людей, проживающих в пределах территории его обслуживания. Чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны проживать на этой территории. Сведения о территории обслуживания приводятся ниже.

Мы обслуживаем следующие округа *штата New York*: Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond, Nassau и Westchester.

Если вы планируете переехать в новый штат, то должны также обратиться в свой офис Medicaid и уточнить, как переезд скажется на ваших льготах Medicaid. Номера телефонов Medicaid указаны в разделе 6 главы 2 данного документа.

Если вы переезжаете за пределы территории обслуживания нашего плана, то не сможете оставаться его участником. Обратитесь в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям ТТУ следует звонить по номеру *711*), чтобы уточнить, предлагаем ли мы какой-либо план по вашему новому месту жительства. При переезде вам будет предоставлен особый период регистрации, в течение которого вы сможете перейти в программу Original Medicare или зарегистрироваться в плане медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами от Medicare, доступном в новом месте проживания.

При переезде или смене почтового адреса также необходимо обратиться в Управление социального обеспечения. В Управление социального обеспечения можно обратиться по телефону 1-800-772-1213 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-325-0778).

Раздел 2.4 Граждане США или законное разрешение на пребывание в США

Чтобы стать участником плана медицинского страхования от Medicare, вы должны быть гражданином США или иметь законное разрешение на пребывание в Соединенных Штатах. Сотрудники программы Medicare (Центров услуг Medicare и Medicaid) уведомят представителей *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, если вы не сможете оставаться участником плана на этом основании. Если вы не соответствуете этим критериям, то должны быть исключены из плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников

Раздел 3.1 Карта участника нашего плана

Как участник нашего плана, вам следует использовать карту участника при получении услуг, покрываемых нашим планом, а также при приобретении в сетевых аптеках рецептурных препаратов. Вы также должны предъявлять поставщику услуг свою карту Medicaid. Пример карты участника:

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) <Jane A. Doe> Member ID: <0000123456789> Issuer: 80840 Effective: <01/01/2017> PCP: <Dr. Jon Gold> PCP Phone: <1-800-000-0000> MedicareRx Prescription Drug Coverage	For Members: Member Services: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711) Prescription Drugs: 1-844-685-6364 (TTY/TDD 711) Behavioral/Mental Health: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711) 24-Hour Nurse Hotline: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711) Website: www.RiverSpringHealthPlans.org For Pharmacies: Express Scripts Pharmacy Helpdesk: 1-800-922-1557	For Providers: Provider Services: 1-800-362-2266 Send Paper Claims to: RiverSpring Health Plans, C/O Relay Health 1564 Northeast Expy, Mail Stop HQ-2361, Atlanta, GA 30329 Electronic Claims: Use Paye ID: 05178 Supplemental Provider Network provided by MAGNACARE™ Other Providers/Physicians are available in our Network
--	---	--

Пока вы являетесь участником нашего плана, НЕ используйте свою красно-бело-синюю карту Medicare при обращении за покрываемыми медицинскими услугами. Если вы предъявите свою карту Medicare вместо карты участника плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, то вам, возможно, придется самостоятельно оплатить полную стоимость медицинских услуг. Храните свою карту Medicare в надежном месте. Вас могут попросить предъявить ее, если вам потребуется стационарное лечение, услуги хосписа или если вы будете участвовать в клинических исследованиях (клинических испытаниях), одобренных Medicare.

В случае повреждения, утери или кражи карты участника плана незамедлительно обратитесь в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру 711), и мы отправим вам новую карту.

Раздел 3.2 Справочник поставщиков услуг и аптек

Справочник поставщиков услуг и аптек (доступный по адресу www.ElderServeHealth.org) — это актуальный перечень всех сетевых аптек, а также поставщиков услуг и медицинского оборудования длительного пользования. **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и прочий медицинский персонал, медицинские группы, поставщики медицинского оборудования длительного пользования, больницы, аптеки и прочие медицинские учреждения, которые заключили с нами соглашение на принятие наших платежей и любых платежей в рамках разделения затрат по плану в полном объеме.

Вы должны обращаться за медицинской помощью и услугами к поставщикам, которые входят в сеть плана. Если вы обратитесь куда-либо еще без надлежащего разрешения, то вам придется оплатить всю стоимость оказанных услуг. Единственными исключениями являются экстренные услуги, услуги, необходимые в срочном порядке, ситуации, когда услуги в сети недоступны (то есть в ситуациях, когда нецелесообразно или невозможно получить услуги внутри сети), услуги диализа, предоставляемые вне территории обслуживания, и случаи, когда правила плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* разрешают обращаться к поставщикам услуг, не входящим в сеть.

Последняя редакция списка аптек и поставщиков услуг и оборудования также доступна на нашем веб-сайте по ссылке <http://www.elderservehealthplans.org>.

Если у вас нет *Справочника поставщиков услуг и аптек*, вы можете обратиться в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266**, чтобы вам выслали электронный или бумажный экземпляр (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Запрошенные бумажные экземпляры *Справочника поставщиков услуг и аптек* будут отправлены вам почтой в течение трех рабочих дней.

Раздел 3.3 Справочник аптек

В *Справочнике аптек* (www.ElderServeHealth.org) перечислены аптеки, входящие в нашу сеть. **Сетевые аптеки** — это аптеки, которые согласились отпускать участникам нашего плана покрываемые препараты по рецепту. С помощью *Справочника аптек* можно найти сетевую аптеку, услугами которой вы хотите пользоваться. Информацию о том, когда можно пользоваться услугами аптек, не входящих в сеть плана, см. в разделе 2.5 главы 5.

Если у вас нет Справочника аптек, вы можете обратиться в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-362-2266, чтобы вам выслали экземпляр (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Эта информация также приведена на нашем веб-сайте по ссылке www.ElderServeHealth.org.

Раздел 3.4 Список препаратов (формуляр)

Нашим планом предусмотрен определенный *Список покрываемых препаратов* (другое название — Список препаратов или формуляр). В нем указывается, какие рецептурные препараты, предусмотренные Частью D, покрываются в рамках льготы по Части D, доступной в плане *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Препараты в этом списке для нашего плана отобраны группой врачей и фармацевтов. Список препаратов должен соответствовать требованиям программы Medicare. В ваш Список препаратов будут включены лекарства, предоставляемые по согласованной цене в рамках Программы Medicare по регулированию цен на лекарственные препараты. Учтите, что в соответствии с разделом 6 главы 5 они могут быть исключены из списка или заменены на аналог. Список препаратов для плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* был утвержден программой Medicare.

Кроме того, в Списке препаратов приводятся правила, ограничивающие покрытие определенных препаратов.

Экземпляр Списка препаратов должен быть предоставлен вам как участнику нашего плана. Наиболее полную и актуальную информацию о покрываемых препаратах вы найдете на веб-сайте плана www.ElderServeHealth.org или можете получить при обращении в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру 711).

РАЗДЕЛ 4 Сводная таблица наиболее важных расходов

	Ваши расходы в 2026 году
Ежемесячный страховой взнос за участие в плане* * Ваш страховой взнос может превышать эту сумму. Подробности см. в разделе 4.1.	\$0 или \$58.80 — ваш страховой взнос по Части D

	Ваши расходы в 2026 году
Максимальная сумма собственных затрат Это <u>наибольшая</u> сумма, которую вы заплатите из собственных средств за покрываемые услуги по Части А и Части В. (Подробности см. в разделе 1 главы 4.)	<i>\$9,250</i> Если вы имеете право на получение помощи с оплатой своей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, то не несете ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В.
Посещения врачей первичной медико-санитарной помощи	<i>\$0 за посещение</i> Если вы имеете право на получение помощи с оплатой своей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, то платите \$0 за посещение.
Посещения врачей-специалистов	<i>\$0 за посещение</i> Если вы имеете право на получение помощи с оплатой своей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, то платите \$0 за посещение.
Пребывание в стационаре больницы	<i>\$0</i> Если вы имеете право на получение помощи с оплатой своей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, то платите \$0.

	Ваши расходы в 2026 году
Франшиза по покрытию стоимости лекарств по Части D (Подробности см. в разделе 4 главы 6.)	\$615 за исключением покрываемых препаратов инсулина и большинства вакцин для взрослых в рамках Части D.
Покрытие стоимости препаратов по Части D (Подробную информацию, в том числе о стадиях ежегодной франшизы и первоначального и критического покрытия, см. в главе 6.)	Доплата/сострахование на стадии первоначального покрытия: Уровень препарата 1: <i>Доплата/сострахование</i> (если применимо) на стадии первоначального покрытия: Уровень препарата 1: В зависимости от ваших прав на участие в программе Medicaid вы платите: За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): доплата в размере \$0; или доплата в размере \$1.60; или доплата в размере \$5.10; или 25% от стоимости. Доплата/сострахование на стадии За все другие лекарственные препараты: доплата в размере \$0; или доплата в размере \$5.10; или доплата в размере \$12.65; или 25% от стоимости. Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне. Стадия критического покрытия: На этой стадии оплаты вы ничего не платите за лекарственные препараты, покрываемые Частью D.

Вводная информация для участников плана

Ваши расходы могут включать приведенное ниже.

- Страховой взнос за участие в плане (раздел 4.1)
- Ежемесячный страховой взнос по Части В программы Medicare (раздел 4.2)
- Штраф за позднюю регистрацию в Части D (раздел 4.4)
- Ежемесячно корректируемая сумма к уплате с учетом дохода (раздел 4.5)
- Сумма согласно условиям плана оплаты рецептурных препаратов от Medicare (раздел 4.6)

Раздел 4.1 Страховой взнос за участие в плане

Вам не нужно отдельно делать ежемесячные взносы за участие в плане *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

Если вы уже получаете помощь в рамках одной из этих программ, **информация о страховых взносах в настоящем Подтверждении страхового покрытия может быть для вас неактуальной**. Мы отправили вам отдельный документ, *«Дополнение к подтверждению страхового покрытия для участников плана, получающих дополнительную помощь по программе «Дополнительная помощь» для оплаты рецептурных лекарственных препаратов» (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)* (другое название — *«Дополнение к программе льгот для малообеспеченных лиц» (Low-Income Subsidy Rider)*, или *«Дополнение LIS» (LIS Rider)*, в котором будут описаны действующие для вас условия покрытия лекарственных препаратов. Если вы не получили это приложение, обратитесь в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру 711) и попросите прислать вам *его*.

В некоторых случаях страховой взнос за участие в нашем плане может уменьшаться.

Существуют программы, которые помогают людям с ограниченными ресурсами оплачивать лекарственные препараты. К числу таких программ относятся программа «Дополнительная помощь» и программы фармацевтической помощи штата. Подробную информацию об этих программах см. в разделе 7 главы 2. Если вы соответствуете требованиям для участия в этих программах, регистрация в одной из них может снизить размер вашего ежемесячного страхового взноса за участие в плане.

Страховые взносы по Части В и Части D Medicare будут разными для лиц с разным доходом. Если у вас есть вопросы по поводу этих страховых взносов, изучите информацию в своем экземпляре справочника *«Medicare и вы»* на 2026 год, раздел *«Затраты при участии в программе Medicare в 2026 году»*. Вы можете загрузить экземпляр справочника на веб-сайте Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) или заказать печатную версию по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Раздел 4.2 Ежемесячный страховой взнос для Части В программы Medicare

Многие участники обязаны уплачивать другие страховые взносы согласно условиям Medicare

Некоторые участники должны делать другие страховые взносы Medicare. Как говорилось ранее в разделе 2, для участия в нашем плане необходимо сохранять право на льготы Medicaid, а также являться участником Части А Medicare и Части В Medicare. Для большинства участников плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* программа Medicaid оплачивает страховые взносы по Части А (если вы не входите в эту категорию автоматически) и страховые взносы по Части В.

Если Medicaid не уплачивает за вас страховые взносы, действующие в программе Medicare, то вам необходимо продолжать уплачивать страховые взносы за участие в Medicare самостоятельно, чтобы оставаться участником нашего плана. Сюда входит ваш страховой взнос по Части В. Сюда также может входить страховой взнос по Части А для не имеющих права на участие в Части А без уплаты страхового взноса.

Раздел 4.3 Штраф за позднюю регистрацию в Части D

Поскольку вы имеете право на участие в обеих программах, штраф за позднюю регистрацию (LEP) к вам не применяется до тех пор, пока вы сохраняете это право. Однако если вы утратите право на участие в обеих программах, с вас могут взыскать LEP. Штраф за позднюю регистрацию в Части D представляет собой дополнительный страховой взнос, который необходимо внести за страховое покрытие по Части D, если в любое время после истечения начального периода регистрации у вас не было страхового покрытия по Части D или иного зачитываемого страхового покрытия препаратов в течение 63 или более дней подряд. Зачитываемое страховое покрытие рецептурных препаратов означает страховое покрытие, которое соответствует минимальным стандартам Medicare, так как ожидается, что размер ожидаемого возмещения стоимости препаратов в среднем будет не меньше стандартного размера покрытия по программе Medicare для препаратов. Размер штрафа за позднюю регистрацию зависит от того, как долго у вас отсутствовало страховое покрытие по Части D или иное зачитываемое страховое покрытие рецептурных препаратов. Вы должны будете платить этот штраф до тех пор, пока у вас не появится страховое покрытие по Части D.

Вы можете быть **освобождены** от уплаты штрафа за позднюю регистрацию в Части D в нижеперечисленных случаях.

- Вы получаете дополнительную помощь от Medicare в оплате расходов на препараты по программе «Дополнительная помощь».
- У вас не было зачитываемого страхового покрытия менее 63 дней подряд.

Вводная информация для участников плана

- У вас было зачитываемое страховое покрытие лекарственных препаратов, полученное из другого источника (например, от бывшего работодателя, профсоюза, TRICARE или Управления по охране здоровья ветеранов (VA)). Ваш страховщик или отдел кадров будет сообщать вам каждый год, является ли ваше страховое покрытие рецептурных препаратов зачитываемым. Вас могут проинформировать об этом в письме, или эта информация может быть включена в информационный бюллетень плана. Сохраните эту информацию, так как она может вам понадобиться в том случае, если вы позднее зарегистрируетесь в плане обеспечения лекарственными препаратами от Medicare.
 - **Примечание.** В любом письме или уведомлении должно быть указано, что у вас имелось зачитываемое страховое покрытие рецептурных препаратов, в котором предусмотрены выплаты тех же сумм, что и в стандартном плане обеспечения препаратами от Medicare.
 - **Примечание.** Дисконтные карты для приобретения рецептурных препаратов, бесплатные клиники и веб-сайты со скидками на лекарственные препараты не являются зачитываемым страховым покрытием рецептурных препаратов.

Размер штрафа за позднюю регистрацию в Части D определяется программой Medicare. Ниже приведено описание данной процедуры.

- Сначала сосчитайте количество полных месяцев, которые прошли до вашей фактической регистрации в плане обеспечения лекарственными препаратами от Medicare с того момента, как вы получили право на такую регистрацию. Или сосчитайте количество полных месяцев, в течение которых у вас не было зачитываемого страхового покрытия для препаратов, если перерыв в страховании составлял 63 дня или более. Штраф составляет 1% за каждый месяц, в течение которого у вас не было зачитываемого страхового покрытия. Например, если у вас не было страхового покрытия в течение 14 месяцев, штраф составит 14%.
- Затем Medicare определяет размер среднемесячного страхового взноса для участников планов лекарственного обеспечения Medicare по стране за предыдущий год (национальный базовый страховой взнос бенефициаров). В 2026 году средний страховой взнос составляет \$38.99.
- Чтобы рассчитать свой ежемесячный штраф, умножьте процент штрафа на национальный базовый страховой взнос бенефициаров и округлите полученное значение до ближайших 10 центов. В приведенном здесь примере нужно умножить 14% на \$38.99, и получится \$5.4586. В результате округления получаем \$5.50. Эта сумма будет добавлена к ежемесячному страховому взносу для участника плана, которому назначен штраф за позднюю регистрацию в Части D.

Вводная информация для участников плана

В отношении ежемесячного штрафа за позднюю регистрацию в Части D нужно отметить три важных момента.

- Во-первых, **размер штрафа может меняться каждый год**, поскольку каждый год может меняться национальный базовый страховой взнос бенефициаров.
- Во-вторых, **вы будете платить штраф** каждый месяц, пока будете оставаться участником плана, в котором есть льготы на лекарственные препараты по Части D Medicare, даже если смените план.
- В-третьих, если вам *не исполнилось* 65 лет и вы в настоящее время зарегистрированы в программе Medicare, штраф за позднюю регистрацию в Части D будет обнулен по достижении вами 65 лет. После 65 лет ваш штраф за позднюю регистрацию в Части D Medicare будет рассчитываться исходя исключительно из тех месяцев, когда у вас отсутствует страховое покрытие, после истечения вашего начального периода регистрации и до момента достижения вами подходящего возраста для получения льгот Medicare.

Если вы не согласны со штрафом за позднюю регистрацию в Части D, вы или ваш представитель можете запросить пересмотр решения. Как правило, вы должны запросить пересмотр решения **в течение 60 дней** с даты получения вами первого письма, где указано, что вы обязаны заплатить штраф за позднюю регистрацию. Однако если вы платили штраф до регистрации в нашем плане, у вас может не быть возможности запросить пересмотр штрафа за позднюю регистрацию.

Важная информация. Не прекращайте платить штраф за позднюю регистрацию в Части D, пока вы ожидаете пересмотра решения о назначении штрафа за позднюю регистрацию. Если вы это сделаете, вас могут исключить из плана за неуплату страховых взносов.

Раздел 4.4 Ежемесячно корректируемая сумма к уплате с учетом дохода

При потере права на участие в этом плане из-за изменения дохода некоторым участникам может потребоваться внести дополнительную плату за свой план Medicare, которая называется установленной для Части D ежемесячно корректируемой суммой к уплате с учетом дохода (IRMAA). Дополнительная плата рассчитывается на основании вашего скорректированного общего дохода, указанного в вашей декларации для IRS двухлетней давности. Если эта сумма превышает определенное значение, вы будете уплачивать стандартный страховой взнос и в дополнение к нему сумму IRMAA. С более подробной информацией о дополнительной сумме, которую вам, возможно, придется заплатить с учетом своего дохода, можно ознакомиться по ссылке www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Вводная информация для участников плана

Если вам необходимо будет выплатить дополнительную сумму IRMAA, вы получите письмо из Управления социального обеспечения, а не от представителя плана Medicare, в котором будет указана данная сумма. Дополнительная сумма будет удержана из вашего чека на пособие от Управления социального обеспечения, Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников или Управления кадровой службы независимо от того, как вы обычно платите страховой взнос за наш план, кроме тех случаев, когда вашего ежемесячного пособия не хватит, чтобы компенсировать задолженность по дополнительной сумме. Если вашего чека на пособие не хватит для компенсации дополнительной суммы, вы получите счет от Medicare. **Вы должны уплачивать дополнительную сумму IRMAA правительству. Ее нельзя уплачивать вместе с ежемесячным страховым взносом участника плана. Если вы не внесете дополнительную сумму IRMAA, то будете исключены из нашего плана и потеряете страховое покрытие рецептурных препаратов.**

Если вы не согласны вносить дополнительную сумму IRMAA, то можете попросить сотрудников Управления социального обеспечения пересмотреть решение. Чтобы узнать о порядке подачи такого запроса, обратитесь в Управление социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213 (пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-325-0778).

РАЗДЕЛ 5 Подробные сведения о ваших ежемесячных страховых взносах как участника плана

Раздел 5.1 Возможность изменить размер ежемесячного страхового взноса за участие в плане в течение года

В течение года мы не можем менять размер ежемесячного страхового взноса за участие в плане. Если размер страхового взноса за участие в плане будет изменен на следующий год, мы сообщим вам об этом в сентябре, и изменение вступит в силу 1 января.

Если вас включают в программу «Дополнительная помощь» или исключают из нее в течение года, часть страхового взноса за участие в нашем плане, которую вы должны уплатить, может измениться. Если вы получаете дополнительную помощь в оплате расходов на препараты по программе «Дополнительная помощь», часть вашего ежемесячного страхового взноса за участие в плане будет оплачена этой программой. Если вас исключают из программы «Дополнительная помощь» в течение года, вам придется начать уплачивать ежемесячный страховой взнос за участие в плане в полном объеме. Подробную информацию о программе «Дополнительная помощь» см. в разделе 7 главы 2.

Вводная информация для участников плана

Тем не менее в некоторых случаях вы можете быть освобождены от уплаты штрафа за позднюю регистрацию до окончания года или вам может потребоваться оплатить штраф за позднюю регистрацию. Это может произойти, если вас включают в программу «Дополнительная помощь» или исключают из нее в течение года.

- Если в данное время вы уплачиваете штраф за позднюю регистрацию в Части D плана и становитесь участником программы «Дополнительная помощь» в течение года, вы можете быть освобождены от уплаты штрафа.
- Если вы утратите право на участие в программе «Дополнительная помощь», вам придется оплатить штраф за позднюю регистрацию, если 63 или более дней подряд у вас будет отсутствовать покрытие по Части D или другое зачитываемое покрытие препаратов.

Подробную информацию о программе «Дополнительная помощь» см. в разделе 7 главы 2.

РАЗДЕЛ 6 Своевременное обновление сведений в вашем личном деле участника плана

В вашем личном деле участника содержится информация из вашей регистрационной формы, в том числе адрес и номер телефона. В ней указаны персональные сведения для вашего страхового покрытия, в том числе имя вашего поставщика первичных медицинских услуг.

Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики услуг, входящие в сеть нашего плана, **используют ваше личное дело участника, чтобы быть в курсе покрываемых услуг, препаратов и ваших сумм при разделении затрат.** Поэтому крайне необходимо, чтобы сведения о вас были актуальными, а для этого нам требуется ваше содействие.

Сообщайте нам о нижеперечисленных изменениях.

- Изменение имени, адреса или номера телефона.
- Изменения в других программах медицинского страхования, в которых вы зарегистрированы (например, предоставляемых вашим работодателем или работодателем супруга(-и) или гражданского(-ой) супруга(-и), программах выплаты компенсаций работникам или Medicaid).
- Наличие претензий по страхованию (например, претензий при ДТП).
- Поступление в центр сестринского ухода.
- Оказание медицинской помощи в больнице или в отделении экстренной помощи вне зоны обслуживания либо вне нашей сети.
- Изменение ответственной стороны (например, опекуна).

Вводная информация для участников плана

- Участие в клиническом исследовании. **Примечание.** Вы не обязаны сообщать представителям нашего плана о клинических исследованиях, в которых намерены участвовать, но мы рекомендуем вам это делать.

При наличии каких-либо изменений в этих сведениях сообщите о них, обратившись в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям ТТУ следует звонить по номеру *711*). При переезде или смене почтового адреса также необходимо обратиться в Управление социального обеспечения. В Управление социального обеспечения можно обратиться по телефону 1-800-772-1213 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-325-0778).

РАЗДЕЛ 7 Взаимодействие других программ страхования с нашим планом

По требованию Medicare мы обязаны получить от вас информацию о других программах страхования, покрывающих расходы на медицинские услуги и лекарства, в которых вы участвуете. Это нужно для того, чтобы мы могли скоординировать прочие страховые покрытия, которые у вас имеются, и льготы, предусмотренные нашим планом. Этот процесс называется **координированием льгот**.

Один раз в году мы отправляем вам письмо, где перечисляются иные программы страхового покрытия медицинской помощи или лекарственного обеспечения, о которых нам известно. Внимательно прочитайте эту информацию. Если все верно, ничего делать не нужно. Если сведения не являются достоверными или у вас имеется иное страховое покрытие, которое здесь не указано, обратитесь в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям ТТУ следует звонить по номеру *711*). Возможно, вам нужно будет сообщить свой номер участника нашего плана другим страховым компаниям (делайте это, только если вы уверены в их подлинности), чтобы обеспечить правильность и своевременность оплаты своих счетов.

Если у вас есть другая страховка (например, групповое медицинское страхование от работодателя), то правила Medicare определяют, кто будет платить в первую очередь — наш план или ваша другая страховая организация. «Основной плательщик» — это страховая компания, по полису которой выплата производится в первую очередь и вплоть до максимального установленного лимита покрытия. «Вторичный плательщик» — это страховая компания, по полису которой выплата производится во вторую очередь и только в том случае, если сумма, выплаченная основным плательщиком, не покрывает всех затрат. Вторичный плательщик может покрыть не все оставшиеся затраты. Если вы пользуетесь другими страховками, сообщите об этом своему врачу, в больнице и в аптеке.

Если вы пользуетесь планами группового медицинского страхования, которые предоставляют работодатели или объединения, на вас распространяются нижеперечисленные правила.

- Если у вас пенсионное страхование, основным плательщиком будет программа Medicare.
- Если страховое покрытие в рамках плана группового медицинского страхования обеспечивается вам или члену вашей семьи работодателем, очередность выплат зависит от вашего возраста, размера компании-работодателя, а также от того, на каком основании вы участвуете в программе Medicare: возраст, нетрудоспособность или терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD):
 - Если вам менее 65 лет и у вас есть инвалидность, но при этом вы (или член вашей семьи) все еще работаете, то основная выплата производится вашим планом группового медицинского страхования при условии, что численность работников у соответствующего работодателя (либо как минимум у одного из работодателей, участвующих в общем плане) составляет 100 или более человек.
 - Если вам более 65 лет и вы — или ваш(-а) супруг(-а) или гражданский(-ая) супруг(-а) — работаете, то основная выплата производится планом группового медицинского страхования при условии, что численность работников у соответствующего работодателя (либо как минимум у одного из работодателей, участвующих в общем плане) составляет 20 или более человек.
- Если основанием для участия в программе Medicare является ESRD, то основная выплата производится в рамках вашего плана группового медицинского страхования в течение первых 30 месяцев с момента утверждения вашего участия в программе Medicare.

Типы страховых полисов, по которым производится основная оплата соответствующих услуг:

- Страхование независимо от вины (включая автострахование).
- Страхование гражданской ответственности (включая автострахование).
- Льготы при антракозе.
- Программа компенсаций работникам за травмы на рабочем месте.

Выплаты по программам Medicaid и TRICARE за услуги, покрываемые Medicare, никогда не осуществляются в первую очередь. Выплаты по этим программам осуществляются только после выплат со стороны программы Medicare и/или планов группового медицинского страхования от вашего работодателя.

ГЛАВА 2.

Номера телефонов и источники информации

РАЗДЕЛ 1 Контактная информация плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

По всем вопросам, касающимся претензий, счетов или карт участников, обращайтесь в Отдел обслуживания участников плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* по телефону или по почте. Мы с радостью поможем вам.

Отдел обслуживания участников: контактная информация

Телефон	1-800-362-2266 Звонки на данный номер бесплатные: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных. Отдел обслуживания участников (тел.: 1-800-362-2266), (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) также предлагает бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским.
ТТУ	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных.
Адрес для письменной корреспонденции	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Member Services 80 West 225 th Street Bronx, NY 10463
Веб-сайт	www.ElderServeHealth.org

Запрос решения о страховом покрытии или подача апелляции в отношении медицинского обслуживания

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем относительно льгот и страхового покрытия или относительно суммы, которая будет уплачена нами за оказанные вам медицинские услуги или препараты по Части D. Апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть или изменить решение в отношении страхового покрытия. С более подробной информацией о порядке запроса решения о страховом покрытии и подачи апелляции в отношении медицинских услуг или препаратов, предусмотренных Частью D, можно ознакомиться в главе 9.

Решения о страховом покрытии и апелляции относительно медицинского обслуживания: контактная информация

Телефон	1-800-362-2266 Звонки на данный номер бесплатные: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных. Отдел обслуживания участников также предлагает бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским.
TTY	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных.
Адрес для письменной корреспонденции	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Medical Management 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
Веб-сайт	www.ElderServeHealth.org

Решения о страховом покрытии рецептурных препаратов, предусмотренных Частью D: контактная информация

Телефон	1-800-935-6103 Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
TTY	1-800-716-3231 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
Факс	1-877-251-5896

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

Адрес для письменной корреспонденции	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
Веб-сайт	www.express-scripts.com

Апелляции относительно препаратов, предусмотренных Частью D: контактная информация

Телефон	1-800-935-6103 Звонки на данный номер бесплатные: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных.
TTY	1-800-716-3231 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
Факс	1-877-251-5896
Адрес для письменной корреспонденции	Express Scripts Attn: Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6571
Веб-сайт	www.express-scripts.com

Подача жалобы на медицинское обслуживание

Вы можете подать жалобу (в том числе о качестве медицинского обслуживания) на нас, наших сетевых поставщиков услуг или аптеки. При таком типе жалобы не рассматриваются споры о покрытии или выплатах. Подробную информацию о том, как подать жалобу на медицинское обслуживание, см. в главе 9.

Жалобы относительно медицинского обслуживания: контактная информация

Телефон	1-800-362-2266
---------	----------------

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

	Звонки на данный номер бесплатные: с 8 a.m. до 8 p.m. по восточному времени (ЕТ), без выходных. Отдел обслуживания участников также предлагает бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским.
TTY	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные: с 8 a.m. до 8 p.m. по восточному времени (ЕТ), без выходных.
Адрес для письменной корреспонденции	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Appeals & Grievances 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
Веб-сайт Medicare	Чтобы подать жалобу относительно плана ElderServe MAP (HMO D-SNP) напрямую в Medicare, перейдите по ссылке www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

**Жалобы относительно рецептурных препаратов, предусмотренных
 Частью D: контактная информация**

Телефон	1-844-670-8836 Звонки на данный номер бесплатные: с 8 a.m. до 8 p.m. по восточному времени (ЕТ), без выходных.
TTY	1-800-899-2114 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
Адрес для письменной корреспонденции	Express Scripts Grievance Resolution Team P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

Веб-сайт Medicare	Чтобы подать жалобу относительно плана ElderServe MAP (HMO D-SNP) напрямую в Medicare, перейдите по ссылке www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .
--------------------------	---

Оформление запроса в ElderServe MAP (HMO-D-SNP) на оплату стоимости полученных вами медицинских услуг или лекарственных препаратов

Если вы получили счет или оплатили услуги (например, счет от поставщика услуг), которые, как вы считаете, должны быть оплачены нами, отправьте нам запрос на возмещение затрат или оплату счета. Более подробную информацию см. в главе 7.

Если мы отклоним ваш запрос о полной или частичной оплате, вы можете подать апелляцию на наше решение. Более подробную информацию см. в главе 9.

Запросы об оплате: контактная информация

Телефон	1-800-362-2266 Звонки на данный номер бесплатные: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных.
TTY	711 <i>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.</i> Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
Адрес для письменной корреспонденции	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Claims Department 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
Веб-сайт	www.ElderServeHealth.org

Запросы на оплату рецептурных препаратов, предусмотренных Частью D: контактная информация

Телефон	1-800-580-7000 Звонки на данный номер бесплатные: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных.
TTY	711

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

	<i>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.</i> Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
Факс	<i>1-608-741-5483</i>
Адрес для письменной корреспонденции	Express Scripts Attn: Medicare Part D PO Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
Веб-сайт	www.express-scripts.com

РАЗДЕЛ 2 Получение помощи от Medicare

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых лиц с инвалидностью в возрасте до 65 лет, а также для лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, с хронической почечной недостаточностью, при которой требуется диализ или пересадка почки).

Программа Medicare осуществляется под контролем федерального агентства — Центров услуг Medicare и Medicaid (CMS). Это агентство заключает договоры с организациями — участниками программы Medicare Advantage, в том числе и с нашим планом.

Программа Medicare: контактная информация

Телефон	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
TTY	1-877-486-2048 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные.
Общение в чате	Обратитесь к специалисту в чате по адресу www.Medicare.gov/talk-to-someone.

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

Адрес для письменной корреспонденции	Write to Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Веб-сайт	www.Medicare.gov • Получите информацию о планах медицинского обслуживания и обеспечения лекарственными препаратами от Medicare, предлагаемых в вашем регионе, в том числе о стоимости и услугах, которые они предоставляют. • Найдите врачей, участвующих в программе Medicare, и других поставщиков медицинских услуг или оборудования. • Узнайте, что входит в страховое покрытие Medicare, включая профилактические услуги (например, • скрининговые обследования, прививки или вакцины, а также ежегодные осмотры для проверки состояния здоровья). • Получите информацию относительно порядка подачи апелляций в Medicare и соответствующие бланки. • Получите информацию о качестве обслуживания, предоставляемого планами, врачами, в учреждениях сестринского ухода, больницах, агентствах по уходу на дому, диализных и хосписных центрах, стационарных реабилитационных учреждениях и больницах долгосрочного ухода. • Найдите полезные веб-сайты и номера телефонов. С помощью веб-сайта www.Medicare.gov можно также отправлять в Medicare жалобы относительно плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>. Чтобы подать жалобу в Medicare, перейдите по ссылке www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. В Medicare внимательно и серьезно относятся к поступающим жалобам, и полученная информация используется для повышения качества обслуживания.

РАЗДЕЛ 3 Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP)

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) является государственной программой предоставления квалифицированных консалтинговых услуг, действующей во всех штатах. Ее специалисты бесплатно предоставляют необходимую поддержку, информацию и ответы на вопросы, касающиеся Medicare. В *New York* она имеет другое название — Программа информирования, консультаций и помощи с медицинским страхованием (HIIICAP).

HIIICAP является независимой государственной программой (не связанной с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования), финансируемой федеральным правительством и созданной с целью предоставления на местах бесплатных консалтинговых услуг в области медицинского страхования лицам, участвующим в программе Medicare.

Консультанты *HIIICAP* помогут вам разобраться в правах, которые предоставлены вам в рамках программы Medicare, решить проблемы со счетами по программе Medicare, а также окажут помощь в составлении жалобы относительно медицинского обслуживания или лечения. Кроме того, консультанты *HIIICAP* помогут вам решить вопросы или проблемы с Medicare, разобраться в ассортименте доступных планов Medicare и ответят на вопросы относительно смены плана.

Программа информирования, консультаций и помощи по вопросам медицинского страхования (HIIICAP) *SHIP* в *New York*: контактная информация

Телефон	1800-701-0501
TTY	1-212-504-4115 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
Адрес для письменной корреспонденции	<i>New York City</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392 <i>Nassau County</i> Nassau County HIIICAP Office 100 E Old Country Road, Suite 18 Mineola, NY 11501

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

	<i>Westchester County</i> Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
Веб-сайт	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

РАЗДЕЛ 4 Организация по повышению качества обслуживания (QIO)

В каждом штате есть уполномоченная организация по повышению качества обслуживания (QIO) участников программы Medicare. В *New York* организация повышения качества обслуживания называется *Livanta*.

В *Livanta* есть группа врачей и других специалистов сферы здравоохранения, получающих плату от программы Medicare и помогающих повысить качество медицинского обслуживания участников программы Medicare. *Livanta* является независимой организацией. Она не связана с нашим планом.

Обращаться в организацию *Livanta* следует в перечисленных ниже случаях.

- У вас есть жалоба о качестве предоставленного обслуживания. Примеры проблем, связанных с качеством медицинской помощи, включают получение неправильного лекарства, проведение ненужных анализов или процедур, а также постановка неверного диагноза.
- Вы считаете, что страховое покрытие пребывания в больнице заканчивается слишком рано.
- Подозрения о слишком быстром окончании покрытия стоимости медицинских услуг на дому, услуг учреждения с квалифицированным сестринским уходом или учреждения амбулаторной комплексной реабилитации (CORF).

Livanta (организация по повышению качества обслуживания в New York): контактная информация

Телефон	1-866-815-5440 Часы работы: Понедельник — пятница: с 9:00 a.m. до 5:00 p.m. Выходные/праздничные дни: с 11:00 a.m. до 3:00 p.m.
----------------	--

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

TTY	1-866-868-2289 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
Адрес для письменной корреспонденции	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Веб-сайт	https://livantaqio.com/

РАЗДЕЛ 5 Управление социального обеспечения

Управление социального обеспечения определяет право на участие в программе Medicare и осуществляет регистрацию в ней. Кроме того, Управление социального обеспечения решает, кому необходимо платить дополнительную сумму за покрытие препаратов по Части D, если доходы превышают установленный лимит. Если вы получили от Управления социального обеспечения письмо о том, что на вас ложится ответственность по возмещению дополнительных расходов, и у вас возникли вопросы относительно этой суммы, а также если ваши доходы снизились в силу жизненных обстоятельств, вы можете обратиться в Управление социального обеспечения с просьбой о пересмотре вынесенного решения.

В случае переезда или смены почтового адреса необходимо сообщить об этом представителям Управления социального обеспечения.

Управление социального обеспечения: контактная информация

Телефон	1-800-772-1213 Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 а.м до 7 р.м. Можно также воспользоваться круглосуточной автоматической телефонной линией Управления социального обеспечения, чтобы прослушать информацию, записанную на автоответчик, и выполнить соответствующие операции.
TTY	1-800-325-0778 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 а.м до 7 р.м.

Веб-сайт	www.SSA.gov
----------	--

РАЗДЕЛ 6 Программа Medicaid

Участники плана ElderServe MAP (HMO D-SNP) зарегистрированы одновременно в программе Medicare и программе Medicaid штата New York. Лицо, имеющее право на льготы и Medicare, и Medicaid, именуется лицом с правом на участие в обеих программах. План ElderServe MAP (HMO D-SNP) представляет собой План для бенефициаров с особыми потребностями и правом участия в обеих программах, который координирует ваше страховое покрытие от Medicare при получении вами льгот Medicaid в рамках программы Medicaid штата New York. План ElderServe MAP (HMO D-SNP) позволяет лицам, имеющим право на участие в программах Medicare и Medicaid одновременно, регистрироваться в одном плане медицинского страхования и получать большинство доступных им льгот Medicare и Medicaid. ElderServe MAP (HMO D-SNP) объединяет льготы Medicare и Medicaid за счет государственного договора, чтобы предоставлять заданный набор комплексных льгот Medicaid на основе подушной ставки. Эти льготы Medicaid описаны в главе 4 и вашем Заявлении о льготах.

Регистрация в ElderServe MAP (HMO D-SNP) определяется условиями соответствия требованиям, установленным CMS и New York Medicaid (NYSDOH). CMS отвечают за обработку заявлений на регистрацию в плане Medicare Advantage и местном департаменте социального обслуживания, или же лицо, назначенное NYSDOH, отвечает за обработку заявлений на регистрацию в отношении компонента Medicaid в составе льготы.

Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами. Кроме того, существуют программы, предлагаемые посредством Medicaid и помогающие людям, получающим льготы по программе Medicare, оплачивать расходы, связанные с их участием в этой программе (например, с уплатой страховых взносов Medicare). Ниже перечислены программы экономии средств от Medicare, которые ежегодно помогают людям с низким доходом, не имеющим достаточных средств к существованию.

☐ **Соответствующий требованиям получатель льгот по программе Medicare (QMB):** помощь при оплате страховых взносов по программе Medicare, Часть А и Часть В, а также иных сумм разделения затрат (например, франшиз, сумм сострахования и доплат). Некоторым участникам со статусом QMB также предоставляется полный спектр льгот Medicaid (QMB+).

☐ **Получатель льгот по программе Medicare с установленным низким доходом (SLMB):** помощь при оплате страховых взносов по Части В. Некоторым участникам со статусом SLMB также предоставляется полный спектр льгот Medicaid (SLMB+).

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

Если у вас есть вопросы о помощи, которую вы можете получить по программе Medicaid, свяжитесь с представителями программы Medicaid штата New York и обратитесь в офис специальных служб.

Программа Medicaid штата New York: контактная информация

Телефон	Горячая линия Medicaid штата New York: 1-800-541-2831 Режим работы: с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Режим работы: суббота с 9:00 а.м. до 1:00 р.м. TTY: 711
Адрес для письменной корреспонденции	Вы можете написать в местный Департамент социальных служб (LDSS). Найти адрес своего LDSS можно здесь .
Веб-сайт	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

Независимая организация омбудсмена по защите прав потребителей (ICAN) помогает участникам Medicaid решать проблемы, связанные с обслуживанием или оплатой счетов. Здесь также оказывается помощь при подаче апелляций или жалоб относительно нашего плана. Омбудсмен может помочь участникам нашего плана медицинского обслуживания и восстановления (HARP) и участникам плана управляемого медицинского обслуживания Medicaid (MMC), которые получают услуги долгосрочного ухода и поддержки.

Независимая организация по защите прав потребителей (ICAN): контактная информация

Телефон	1-844-614-8800 Режим работы: с понедельника по пятницу с 9:00 а.м. до 5:00 р.м.
TTY	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
Адрес	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> <i>Community Service Society of New York</i> 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017
Электронная почта	ican@cssny.org
Веб-сайт	www.icannys.org/

Программа омбудсмана по защите прав в области долгосрочного ухода В New York (LTCOP) предусматривает предоставление информации о центрах сестринского ухода и урегулирование разногласий между такими учреждениями и их пациентами либо семьями пациентов.

Программа омбудсмана по защите прав в области долгосрочного ухода в New York (LTCOP): контактная информация

Телефон	1-855-582-6769; режим работы: с понедельника по пятницу с 9:00 a.m. до 5:00 p.m.
Адрес	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
Электронная почта	ombudsman@aging.ny.gov
Веб-сайт	www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

РАЗДЕЛ 7 Программы помощи в оплате рецептурных препаратов

На веб-сайте Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) приведена информация о способах снизить расходы на приобретение рецептурных лекарственных препаратов. Ниже описаны программы помощи для людей с ограниченными доходами.

«Дополнительная помощь» от Medicare

Поскольку вы соответствуете критериям для участия в программе Medicaid, то имеете право на дополнительную помощь от Medicare в оплате расходов на рецептурные препараты по программе «Дополнительная помощь». Вам не нужно предпринимать каких-либо действий, чтобы получить дополнительную помощь по программе «Дополнительная помощь». Если у вас есть вопросы о программе «Дополнительная помощь», звоните по одному из нижеперечисленных номеров.

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- В Управление социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 7 p.m. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-325-0778.
- В офис Medicaid в вашем штате (контактную информацию см. в разделе 6 этой главы).

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

Если вы считаете, что платите неверную сумму за препараты по рецепту в аптеке, в нашем плане предусмотрена процедура, которая поможет вам получить подтверждающую документацию о корректном размере доплаты. Если у вас уже имеются такие доказательства, мы можем помочь вам поделиться ими с нами.

- Отправьте копию одного из следующих документов в качестве подтверждения наличия у вас прав на участие в программе «Дополнительная помощь» в Отдел обслуживания участников. Адрес Отдела обслуживания участников указан в начале этой главы. Пришлите нам копию одного из нижеперечисленных документов.
 - Письмо, наделяющее право участвовать в программе «Дополнительная помощь» от Управления социального обеспечения.
 - Письмо с важной информацией от SSA, подтверждающее, что вы «автоматически получаете право участвовать в программе «Дополнительная помощь».
 - При получении мы подтвердим ваш уровень доплаты в рамках программы «Дополнительная помощь» для Medicare.
 - Если вы не можете найти подтверждающую документацию, мы поможем вам получить соответствующие доказательства, в связи с чем свяжемся с Medicare от вашего имени и определим правильный уровень доплат.
- Получив подтверждающие документы о корректном размере доплаты, мы внесем обновленные данные в систему, чтобы при следующем получении препаратов по рецепту вы оплатили правильную сумму. Если уплаченная вами сумма превышала установленный размер доплаты, мы возместим переплату, начислив ее вместе со следующими платежами или направив вам чек на соответствующую сумму. Если аптека не получала от вас доплату, которая теперь значится за вами как долг, мы произведем расчет непосредственно с аптекой. Если выплаты от вашего имени производила администрация штата, мы произведем расчет непосредственно с ней. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь в Отдел обслуживания участников по телефону *1-800-362-2266* (пользователям TTY следует звонить по номеру *711*).

Что будет, если у вас имеются льготы по программе «Дополнительная помощь» и по программе фармацевтической помощи от штата (SPAP)?

Во многих штатах предлагается помощь в оплате рецептурных препаратов, страховых взносов за участие в плане обеспечения лекарственными препаратами и/или других расходов на лекарственные препараты. Если вы зарегистрированы в программе фармацевтической помощи от штата (SPAP), сначала предоставляется помощь по программе «Дополнительная помощь» от Medicare.

Программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых лиц (EPIC) представляет собой программу штата New York для пожилых людей, которой управляет Департамент здравоохранения. Она помогает более чем 325,000 пожилых людей с соответствующим уровнем дохода в возрасте 65 лет и старше получать компенсацию собственных расходов в рамках плана обеспечения лекарственными препаратами по Части D Medicare. Что будет, если у вас имеются льготы по программе «Дополнительная помощь» и по программе помощи в приобретении препаратов для лечения СПИДа (ADAP)?

Программа помощи в приобретении препаратов для лечения СПИДа (ADAP) помогает людям с ВИЧ/СПИДом получить доступ к жизненно необходимым лекарствам. В отношении рецептурных препаратов, предусмотренных Частью D Medicare и также включенных в формуляр ADAP, можно получать помощь с разделением затрат по Программе медицинского обслуживания для пациентов с ВИЧ, не имеющих медицинской страховки, в New York (ADAP).

Примечание. Чтобы иметь право на участие в программе ADAP, действующей в вашем штате, необходимо выполнить ряд требований, в том числе подтвердить проживание в соответствующем штате и статус ВИЧ, низкий уровень доходов согласно критериям данного штата и отсутствие/недостаточность медицинской страховки. Если вы сменили план, сообщите об этом местному специалисту по регистрации в программе ADAP, чтобы вы могли продолжать получать помощь. Чтобы получить информацию о критериях участия, о лекарствах, на которые распространяется покрытие, а также о том, как зарегистрироваться в программе, обращайтесь по телефону или по почте в Программы медицинского обслуживания для пациентов с ВИЧ, не имеющих медицинской страховки, в New York (ADAP).

Способ связи	Программа ADAP в New York
ТЕЛЕФОН	1-800-542-2437
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220-0052
ВЕБ-САЙТ	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

Программы фармацевтической помощи штата

Во многих штатах действуют программы фармацевтической помощи, которые помогают людям оплачивать рецептурные препараты в зависимости от их финансовых потребностей, возраста, состояния здоровья или нетрудоспособности. В каждом штате

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

действуют разные правила предоставления страхового покрытия для лекарственных препаратов.

В *New York* программа фармацевтической помощи от штата представлена Программой страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых лиц (EPIC).

Программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых лиц (EPIC) в New York: контактная информация

Телефон	1-800-332-3742; с понедельника по пятницу с 8:30 a.m. до 5:00 p.m.
TTY	1-800-290-9138 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
Адрес для письменной корреспонденции	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212 nysdohepic@magellanhealth.com
Веб-сайт	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

План оплаты рецептурных препаратов от Medicare

План оплаты рецептурных препаратов от Medicare — это вариант оплаты, который можно использовать совместно со своим текущим страховым покрытием лекарственных препаратов для управления собственными расходами на лекарства, покрываемые нашим планом, посредством выплаты соответствующих сумм **в виде ежемесячных платежей, которые меняются в течение года** (с января по декабрь). Этим вариантом оплаты может воспользоваться любой участник плана обеспечения лекарственными препаратами Medicare или плана медицинского страхования Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты (например, плана Medicare Advantage с покрытием расходов на лекарственные препараты). **Такой вариант оплаты может помочь вам контролировать свои расходы, но он не сэкономит ваши деньги и не снизит ваши расходы на лекарства. Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов от Medicare и останетесь в том же плане по Части D, ваше участие будет автоматически продлено на 2026 год.** Участие в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, а также помощь от программ SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодны, чем участие только в плане оплаты рецептурных препаратов от Medicare. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, обратитесь в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру **711**) или посетите веб-сайт www.Medicare.gov.

План оплаты рецептурных препаратов от Medicare: контактная информация

Телефон	1-866-845-1803 Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных. Отдел обслуживания участников (тел.: 1-866-845-1803), (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-716-3231) также предлагает бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским.
ТТУ	1-800-716-3231 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
Адрес для письменной корреспонденции	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
Веб-сайт	https://link.zixcentral.com/u/24f5e9aa/6u6ZjZJs7xGvb2cYXNGfSw?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Fmppp

РАЗДЕЛ 8 Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников (RRB)

Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников является независимым федеральным агентством, которое предоставляет комплексные программы льгот для служащих государственной железной дороги и их семей. Если вы получаете льготы Medicare через Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников, то в случае переезда или смены почтового адреса сообщите об этом представителям Совета. При наличии вопросов относительно льгот от Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников обратитесь в это агентство.

Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников (RRB): контактная информация

Телефон	1-877-772-5772 Звонки на данный номер бесплатные. Нажмите «0», чтобы поговорить с представителем RRB с 9 а.м. до 3:30 р.м. в понедельник, вторник, четверг и пятницу и с 9 а.м. до 12 р.м. в среду. Нажмите «1», чтобы воспользоваться автоматизированной справочной линией RRB и прослушать записанную информацию в любое время суток, в том числе в выходные и праздничные дни.
TTY	1-312-751-4701 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на данный номер платные.
Веб-сайт	https://RRB.gov

РАЗДЕЛ 9 Если вы зарегистрированы в плане группового медицинского страхования или пользуетесь иной медицинской страховкой от работодателя

Если вы (или ваш супруг/супруга либо сожитель/сожительница) получаете льготы от работодателя или пенсионного фонда в рамках этого плана, по всем вопросам обращайтесь к администратору льгот работодателя/профсоюза или в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует звонить по номеру 711). Вы можете получить сведения о пособиях на медицинское обслуживание, о страховых взносах или периоде регистрации, предусмотренных страховым планом от вашего работодателя (работодателя супруга/супруги или сожителя/сожительницы) либо пенсионного фонда (номера телефонов Отдела обслуживания участников указаны на задней обложке данного документа). Если у вас есть вопросы о своем страховом покрытии по программе Medicare в рамках этого плана, звоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если для вас оформлено другое страховое покрытие препаратов при посредничестве вашего работодателя (работодателя супруга(-и) или гражданского(-ой) супруга(-и))

Глава 2 Номера телефонов и источники информации

либо пенсионной группы, обратитесь к **администратору льгот соответствующей группы**. Администратор льгот поможет вам выяснить, как ваше текущее страховое покрытие препаратов согласуется с нашим планом.

ГЛАВА 3.

Использование ресурсов плана для получения медицинских и других покрываемых услуг

РАЗДЕЛ 1 Получение медицинской помощи и других услуг в рамках нашего плана

В этой главе объясняется, что необходимо знать об использовании ресурсов нашего плана для получения медицинской помощи и других покрываемых услуг. Подробную информацию о том, какие виды медицинской помощи и другие услуги покрываются нашим планом, см. Таблицу медицинских льгот в главе 4.

Раздел 1.1 Сетевые поставщики и покрываемые услуги

- **Поставщики** – это врачи и другие медицинские работники, имеющие лицензию штата на предоставление медицинской помощи и услуг. Термин «поставщики» также охватывает больницы и прочие медицинские учреждения.
- **Сетевые поставщики** – это врачи и прочий медицинский персонал, медицинские группы, больницы и прочие медицинские учреждения, которые заключили с нами соглашение на принятие наших платежей в полном объеме. С этими поставщиками имеется договоренность о предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. Наши сетевые поставщики напрямую выставляют нам счета за предоставленные вам услуги. При обращении к такому поставщику вы не оплачиваете покрываемые услуги самостоятельно.
- **Покрываемые услуги** включают любой медицинский уход, медицинскую помощь, предоставление расходных материалов и оборудования, а также рецептурные препараты, которые покрываются нашим планом. Перечень покрываемых медицинских услуг приведен в Таблице медицинских льгот в главе 4. Ваши покрываемые услуги в отношении рецептурных лекарственных препаратов описаны в главе 5.

Раздел 1.2 Основные правила покрытия медицинской помощи и других услуг согласно условиям плана

Поскольку план ElderServe MAP (HMO D-SNP) является планом медицинского страхования Medicare и Medicaid, он должен покрывать все услуги, покрываемые Original Medicare.

План *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* обычно покрывает стоимость медицинской помощи в перечисленных ниже случаях.

- **Получаемая помощь включена в Таблицу медицинских льгот плана** см. главу 4.
- **Получаемые услуги являются необходимыми с медицинской точки зрения.** Необходимость с медицинской точки зрения означает, что услуги, расходные материалы, оборудование или препараты необходимы вам для предотвращения заболевания или осложнений, диагностики или лечения и соответствуют принятым стандартам в медицинской практике.
- **У вас есть сетевой поставщик первичных медицинских услуг (PCP), который обеспечивает уход и координирует его.** Вам, как участнику нашего плана, следует выбрать себе сетевого PCP (подробную информацию см. в разделе 2.1).
 - В большинстве случаев, прежде чем воспользоваться услугами других сетевых поставщиков плана (например, специалистов, больниц, учреждений с квалифицированным сестринским уходом или агентств по уходу на дому), необходимо получить предварительное разрешение (направление) сетевого PCP. Более подробную информацию см. в разделе 2.3.
 - Направления от PCP не нужны для получения экстренной или срочной медицинской помощи. Чтобы узнать о других видах медицинской помощи, для которых не требуется предварительное разрешение PCP, см. раздел 2.2.
- **Вы должны пользоваться медицинскими услугами сетевого поставщика** (подробности см. в разделе 2). В большинстве случаев услуги, которые вы получаете у внесетевого поставщика (поставщика, который не входит в сеть нашего плана), не покрываются. Это означает, что вам придется самостоятельно оплатить оказанные услуги поставщику в полном объеме. Однако существуют три исключения.
 - Наш план покрывает услуги экстренной или срочной помощи, которые вы получаете у внесетевого поставщика. Более подробную информацию об этом, а также о срочной и экстренной медицинской помощи см. в разделе 3.

- Если необходимые вам медицинские услуги должны покрываться нашим планом согласно требованиям Medicare или Medicaid, однако в нашей сети отсутствуют необходимые специалисты, вы можете получить такие услуги у поставщика, не входящего в сеть, за ту же стоимость, которую обычно платите за услуги внутри сети. *Прежде чем обратиться за услугами к внесетевому поставщику, необходимо получить предварительное разрешение от представителей плана.* В таком случае мы покроем расходы на эти услуги так, как если бы вы получили их у поставщика из нашей сети. Подробную информацию о получении разрешения для обращения к внесетевому врачу см. в разделе 2.4.
- Наш план покрывает услуги по диализу почек, предоставляемые в соответствующем учреждении, сертифицированном организацией Medicare, если вы временно находитесь вне территории обслуживания плана или ваш поставщик данной услуги временно недоступен. Ваша доля затрат, которую вы оплачиваете плану за услуги диализа, никогда не может превышать долю затрат, предусмотренную в программе Original Medicare. Если вы находитесь за пределами территории обслуживания плана и получаете услуги диализа от поставщика, не входящего в сеть плана, ваша доля затрат не может превышать долю затрат, которую вы платите в сети. Однако в случае, если ваш обычный сетевой поставщик услуг диализа временно недоступен, и вы принимаете решение получать эти услуги на территории обслуживания нашего плана у внесетевого поставщика, ваша доля затрат при оплате услуг диализа может быть выше.

РАЗДЕЛ 2 Получение медицинской помощи и других услуг у поставщиков, входящих в сеть плана

Раздел 2.1 Необходимость выбрать поставщика первичных медицинских услуг (PCP), который будет обеспечивать уход и координировать его

Кто такой PCP и какова его роль

- *Кто такой PCP?*
 - Став участником плана ElderServe MAP (HMO D-SNP), вы должны выбрать поставщика, сотрудничающего с нашим планом, в качестве своего поставщика первичных медицинских услуг (PCP). PCP — это медицинский работник, соответствующий требованиям штата и имеющий подготовку для оказания медицинской помощи.

- *Какие поставщики услуг могут выполнять функции РСР?*
 - Став участником плана ElderServe MAP (HMO D-SNP), вы должны выбрать поставщика, сотрудничающего с нашим планом, в качестве своего поставщика первичных медицинских услуг (РСР). РСР — это медицинский работник, соответствующий требованиям штата и имеющий подготовку для оказания медицинской помощи.
- *Какова роль РСР в нашем плане?*
 - Ваш РСР будет оказывать вам большую часть услуг стандартной и профилактической медицинской помощи.
- *Какова роль РСР в координации покрываемых услуг?*
 - Будучи участником плана ElderServe MAP (HMO D-SNP), ваш РСР будет координировать многие из ваших покрываемых услуг, оказываемыми вам как участнику плана. «Координация» означает взаимодействие с другими поставщиками по поводу вашего медицинского обслуживания, определение необходимых вам услуг и обеспечение соответствия услуг вашим индивидуальным медицинским потребностям.
- *Какова роль РСР в предоставлении предварительных разрешений (РА) и в принятии соответствующих решений, если применимо?*
 - В некоторых случаях ваш РСР должен будет обратиться к нам за предварительным разрешением (предварительным одобрением) в отношении некоторых видов покрываемых услуг и принадлежностей. Полный список покрываемых льгот и правил получения предварительных разрешений см. в Таблице льгот в главе 4.

Как выбрать РСР

После регистрации в плане ElderServe MAP (HMO D-SNP) вы сможете выбрать РСР с помощью *Справочника поставщиков услуг и аптек*. Если ваш РСР не сотрудничает с ElderServe MAP (HMO D-SNP) и вы хотели бы, чтобы мы связались с его офисом, сообщите нам об этом. Отдел обслуживания участников с радостью поможем вам выбрать РСР.

Как сменить РСР

Вы можете сменить РСР в любое время и по любой причине. Может случиться так, что ваш РСР прекратит сотрудничество с нашим планом, и вам придется искать ему замену. Если вам потребуется сменить РСР, позвоните в Отдел обслуживания участников, и мы проверим, принимает ли врач новых пациентов. Если вы решите сменить своего РСР, возможно, ваш РСР будет направлять вас только к определенным специалистам и в определенные больницы. Более подробную информацию см. в разделе 2.3. Сотрудники

Отдела обслуживания участников внесут имя и фамилию нового РСР в вашу карту участника плана и сообщат, когда это изменение вступит в силу.

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

Для получения перечисленных ниже услуг не требуется предварительное разрешение от вашего РСР.

- Плановые медицинские услуги для женщин, например обследование молочных желез, маммограммы (рентгеновские снимки молочной железы), мазки Папаниколау и гинекологические осмотры, при условии получения таких услуг у сетевого поставщика.
- Прививки от гриппа, вакцины против COVID-19, гепатита В и пневмонии (*при условии* получения этих услуг у поставщика, входящего в сеть плана).
- Услуги экстренной медицинской помощи от поставщиков услуг, входящих и не входящих в сеть плана.
- Срочно необходимые услуги, покрываемые планом, — это услуги, предполагающие незамедлительное оказание медицинской помощи в неэкстренных ситуациях, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или когда с учетом времени, места и обстоятельств нецелесообразно получать соответствующие услуги у сетевых поставщиков. Примерами срочных услуг являются услуги, необходимые при внезапных заболеваниях и травмах, а также при неожиданных обострениях существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые посещения врача (например, ежегодные осмотры) не относятся к срочно необходимым услугам, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.
- Услуги диализа почек, полученные в диализном центре, сертифицированном программой Medicare, во время вашего временного пребывания за пределами территории обслуживания плана. Если возможно, прежде чем покинуть территорию обслуживания, позвоните в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711), чтобы мы могли организовать процедуры диализа на время вашего отъезда.
- Визиты к врачам-специалистам плана.
- Планирование семьи и репродуктивное здоровье.
- Обращение в клиники, осуществляющие свою деятельность согласно статье 28 и оказывающие услуги оптометрии, будучи аффилированными с Колледжем

Глава 3 Использование ресурсов плана для получения медицинских и других покрываемых услуг

оптометрии Университета штата New York, за покрываемыми услугами оптометрии.

- Обращение в клиники, осуществляющие свою деятельность согласно статье 28 и находящиеся под управлением академических стоматологических центров, за покрываемыми стоматологическими услугами.

Раздел 2.3 Как воспользоваться услугами специалистов и других сетевых поставщиков

Специалист — это врач, специализирующийся на лечении определенного заболевания, конечности или органа. Существует много разных типов специалистов. Ниже приведены несколько примеров.

- Онкологи оказывают помощь пациентам, больным раком
- Кардиологи специализируются на заболеваниях сердца
- Ортопеды лечат пациентов с определенными заболеваниями костей, суставов или мышц

Как получить доступ к врачам-специалистам и другим сетевым поставщикам.

- *Какова роль PCP (если таковая предусмотрена) в выдаче направлений участникам к врачам-специалистам и другим поставщикам услуг?*
 - Вы, как участник плана ElderServe MAP (HMO D-SNP), можете обратиться к сетевому врачу-специалисту без направления от своего PCP. Ваш PCP может оказать вам помощь в выборе врача-специалиста или больницы. В некоторых случаях ваш врач может назначить вам дополнительные диагностические обследования или процедуры. В таких случаях вашему врачу потребуется получить предварительное разрешение от плана ElderServe MAP (HMO D-SNP). Информацию об услугах, подразумевающих оформление предварительного разрешения, см. в разделе 2.1 главы 4. (См. определение термина «предварительное разрешение» в главе 12).
- *Как получить предварительное разрешение (РА)?*
 - Ваш PCP или врач-специалист должен будет получить «предварительное разрешение» (заблаговременное одобрение) от плана ElderServe MAP (HMO D-SNP) в связи с определенными услугами. Полный список услуг, для получения которых необходимо предварительное разрешение, содержится в Таблице льгот, приведенной в разделе 2.1 главы 4.
- Приводит ли выбор PCP к ограничению числа доступных врачей-специалистов или больниц и не будет ли PCP выдавать направления исключительно к врачам определенной подсети или группы?

Глава 3 Использование ресурсов плана для получения медицинских и других покрываемых услуг

- Выбор РСР не означает, что вы будете вынуждены обращаться к определенным врачам-специалистам или в определенные больницы. Вы можете обратиться к любому врачу-специалисту или в больницу, которые взаимодействуют с нашей сетью при оказании услуг. См. перечень участвующих врачей-специалистов и больниц в *Справочнике поставщиков услуг и аптек*.

Случаи, когда врач-специалист или другой поставщик услуг выходит из сети нашего плана

В течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и специалистов узкого профиля (поставщиков услуг), которые обслуживают участников нашего плана. Поставщик может прекратить сотрудничество с нашим планом по ряду причин. В таком случае вы имеете определенные права и гарантии. Они кратко изложены ниже.

- Независимо от изменений в сети поставщиков в течение года программа Medicare обязывает нас гарантировать вам непрерывный доступ к квалифицированным врачам и специалистам.
- Мы уведомим вас о том, что ваш поставщик услуг выходит из сети нашего плана, чтобы вы успели выбрать нового поставщика услуг.
 - Если ваш поставщик первичных медицинских услуг или услуг в области охраны поведенческого здоровья выходит из сети нашего плана, мы уведомим вас об этом, если вы обращались к этому поставщику услуг за последние три года.
 - Если любой из ваших остальных поставщиков услуг покидает сеть нашего плана, мы уведомим вас об этом, если вы были приписаны к этому поставщику услуг, в настоящее время получаете от него медицинскую помощь или обращались к нему в течение последних трех месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного сетевого поставщика услуг, к которому вы можете обращаться для продолжения лечения.
- Если вы проходите курс лечения, необходимого по медицинским показаниям, или терапию у текущего поставщика услуг, у вас есть право потребовать от нас обеспечить непрерывность вашего курса лечения или терапии. Мы сделаем все возможное, чтобы удовлетворить ваше требование.
- Мы предоставим вам информацию о различных доступных вам периодах регистрации и возможностях изменения планов.
- Мы организуем получение любой необходимой по медицинским показаниям льготы за пределами нашей сети поставщиков услуг, но на условиях разделения

затрат по ставкам сети нашего плана, если сетевой поставщик или льгота отсутствуют либо не могут удовлетворить ваши медицинские потребности. Для получения неэкстренных услуг требуется предварительное разрешение.

- Если вы узнаете, что один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, свяжитесь с нами, чтобы вам помогли найти нового и обеспечили должное обслуживание.
- Если вы считаете, что мы не заменили вашего предыдущего поставщика услуг на квалифицированного поставщика или ваше медицинское обслуживание осуществляется ненадлежащим образом, вы имеете право подать жалобу на качество медицинской помощи в QIO, жалобу на качество медицинской помощи в адрес нашего плана или обе жалобы одновременно (подробную информацию см. в главе 9).

Раздел 2.4 Получение услуг поставщиков, не входящих в сеть плана

План покрывает услуги экстренной или срочной медицинской помощи со стороны внесетевых поставщиков; в данном случае предварительное разрешение не требуется. Если необходимая вам медицинская помощь должна покрываться нашим планом согласно программе Medicare, однако поставщики в нашей сети не могут ее предоставить, вы можете получить ее у поставщика, не входящего в сеть. Прежде чем обратиться за медицинской помощью к поставщику, не входящему в сеть, ваш поставщик услуг должен получить разрешение от представителей плана. *Примечание. Участники могут получать услуги от внесетевых поставщиков, если речь идет об экстренных или срочных услугах. Кроме того, план должен покрывать услуги диализа для участников с ESRD, которые выехали за пределы зоны обслуживания плана и не могут обратиться к поставщикам услуг для пациентов с ESRD, с которыми мы заключили договоры.*

РАЗДЕЛ 3 Как воспользоваться услугами, когда требуется экстренная или срочная медицинская помощь, а также в чрезвычайных ситуациях

Раздел 3.1 Получение медицинской помощи при экстренном состоянии

Экстренным состоянием считается состояние, при котором вы или другой добросовестный человек, обладающий общими знаниями в области здравоохранения и медицины, наблюдает у вас симптомы, требующие немедленного медицинского вмешательства для сохранения жизни (если вы беременны, то и жизни нерожденного ребенка), конечности или ее функции, либо для предотвращения утраты или серьезного нарушения функции организма. К таким симптомам могут относиться заболевание, травма, острая боль или быстрое ухудшение состояния здоровья.

Алгоритм действий в экстренной ситуации:

- **Как можно скорее обратитесь за помощью.** Позвоните по номеру 911 либо обратитесь в отделение экстренной медицинской помощи или больницу. При необходимости вызовите скорую помощь. Вам не нужно сначала получать разрешение или направление от РСР. Вы не обязаны обращаться к врачу в сети плана. Вы можете получить покрываемую экстренную медицинскую помощь в любое время в любой части США и их территорий у любого поставщика, обладающего соответствующей лицензией штата, даже если он не входит в нашу сеть. *Это покрытие осуществляется в пределах США.*
- **Как можно скорее сообщите сотрудникам плана об экстренном состоянии.** Мы должны контролировать ситуацию после оказания экстренной помощи. Вы или кто-то еще должны позвонить нам, чтобы сообщить о получении вами экстренной помощи — обычно в течение 48 часов.
 - Звоните в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (TTY: 711). Мы работаем ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по восточному времени (ЕТ). Этот номер для связи также указан на обороте вашей идентификационной карты участника и на оборотной стороне этой брошюры.

Услуги, покрываемые в экстренных медицинских ситуациях

Вы можете получить экстренную медицинскую помощь в любое время в любой части Соединенных Штатов и их территорий.

Наш план покрывает стоимость услуг скорой медицинской помощи в ситуациях, когда обращение в отделение экстренной медицинской помощи любым другим способом несет угрозу вашему здоровью. Мы также обеспечиваем страховое покрытие медицинских услуг во время экстренной медицинской ситуации.

Врачи, предоставляющие экстренную медицинскую помощь, решат, когда ваше состояние будет стабильным и перестанет быть экстренным.

Если экстренное медицинское состояние разрешилось, вы имеете право на последующее наблюдение, чтобы убедиться в том, что ваше состояние остается стабильным. Ваши врачи будут продолжать ваше лечение до тех пор, пока они не свяжутся с нами и не составят план дополнительного медицинского обслуживания. Последующий уход оплачивается нашим планом.

Если экстренную медицинскую помощь предоставляют поставщики услуг, не входящие в нашу сеть, мы попытаемся заменить их сетевыми поставщиками, как только позволит ваше состояние здоровья и обстоятельства.

Что делать, если медицинское состояние оказалось неэкстренным?

В некоторых ситуациях трудно определить, требуется ли в вашем состоянии экстренная медицинская помощь. Например, вы можете запросить экстренную медицинскую помощь, считая, что ваше здоровье в серьезной опасности, а врач говорит, что ваше медицинское состояние на самом деле не являлось экстренным. Если выяснится, что экстренного состояния на самом деле не было, хотя вы обоснованно полагали, что ваше здоровье находилось в серьезной опасности, план покрывает эти услуги.

Однако после того, как врачом будет установлено, что состояние не являлось экстренным, мы покроем дополнительные услуги *только* при условии получения вами этих услуг одним из двух нижеуказанных способов:

- вы посетили сетевого поставщика для получения дополнительной помощи.
- дополнительно оказанные вам медицинские услуги можно расценивать как срочную медицинскую помощь, причем вы следовали правилам оказания таких услуг, которые приведены ниже.

Раздел 3.2 Получение срочной медицинской помощи

Услуги, предполагающие незамедлительное оказание медицинской помощи в неэкстренной ситуации, являются срочно необходимыми услугами, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или если с учетом времени, места и обстоятельств нецелесообразно получать соответствующие услуги у сетевых поставщиков. Примерами срочно необходимых услуг являются услуги, которые требуются при внезапных заболеваниях и травмах, а также при неожиданных обострениях существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые посещения врача (например, ежегодные осмотры) не относятся к срочно необходимым услугам, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

Срочная медицинская помощь — это неотложная медицинская помощь, требуемая в неэкстренной ситуации, когда с учетом обстоятельств получение такой помощи от сетевого поставщика невозможно или нецелесообразно. План должен покрывать срочную медицинскую помощь, оказываемую за пределами сети. Примеры срочной медицинской помощи: i) сильная боль в горле, появившаяся на выходных, или ii)

Глава 3 Использование ресурсов плана для получения медицинских и других покрываемых услуг

непредсказуемое обострение известного заболевания в тот период, когда вы временно находитесь за пределами территории обслуживания. Если вы находитесь вне территории обслуживания плана и не можете обратиться к сетевому поставщику, наш план покроет стоимость услуг срочной медицинской помощи, оказанной любым другим поставщиком.

Наш план не покрывает услуги экстренной и срочной медицинской помощи или какие-либо иные услуги в связи с получением медицинской помощи за пределами США и их территорий.

Раздел 3.3 Получение помощи в чрезвычайной ситуации

Если губернатор вашего штата, министр здравоохранения и социального обеспечения или президент Соединенных Штатов Америки объявит о чрезвычайном положении или стихийном бедствии в вашем регионе, вы по-прежнему будете иметь право на медицинское обслуживание в рамках нашего плана.

Информация о том, как получить необходимые медицинские услуги во время стихийного бедствия, приводится на веб-сайте www.ElderServeHealth.org.

В чрезвычайных ситуациях, когда невозможно пользоваться услугами сетевого поставщика, наш план позволяет получать помощь от внесетевых поставщиков на тех же условиях разделения затрат, которые действуют для сетевых поставщиков. В таком случае, если обратиться в сетевую аптеку невозможно, вы можете получить необходимые рецептурные препараты в любой внесетевой аптеке. Подробную информацию об этом см. в разделе 2.5 главы 5.

РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вам выставили счет на полную стоимость услуг?

Если вы уже оплатили покрываемые медицинские услуги или только получили счет за них, то можете подать нам запрос об оплате доли их стоимости. Подробную информацию об этом см. в главе 7.

Раздел 4.1 Случаи, когда стоимость услуг не покрывается нашим планом

План *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* покрывает все необходимые по медицинским показаниям услуги, указанные в Таблице медицинских льгот в главе 4. Если вы получаете услуги, не покрываемые нашим планом, или услуги вне сети без разрешения, то будете нести ответственность за оплату всей стоимости услуг.

Если для покрываемых услуг установлено ограничение по льготам, то вы также оплачиваете полную стоимость любых услуг, которыми воспользовались после исчерпания соответствующей льготы.

РАЗДЕЛ 5 Медицинские услуги в клиническом исследовании

Раздел 5.1 Что такое клиническое исследование

Клиническое исследование (или *клиническое испытание*) проводится врачами и учеными для тестирования новых медицинских услуг — например при изучении действия нового препарата для лечения рака. Некоторые клинические исследования одобрены Medicare. Для участия в клинических исследованиях, одобренных Medicare, обычно приглашают добровольцев. Если вы принимаете участие в клиническом исследовании, это не влияет на пользование нашим планом, и вы продолжите получать услуги медицинского обслуживания (не связанные с исследованием) в соответствии с нашим планом.

Если вы участвуете в исследовании, которое одобрено в Medicare, программа Original Medicare компенсирует большинство расходов на покрываемые услуги в ходе исследования. Если вы сообщили нам, что участвуете в квалифицированном клиническом исследовании, вы оплачиваете только свою долю участия в затратах внутри сети для услуг в рамках этого исследования. Если вы заплатили больше (например, если вы уже заплатили сумму участия в расходах, предусмотренную в программе Original Medicare), мы возместим разницу между уплаченной вами суммой и суммой участия в расходах внутри сети. В таком случае вы должны предоставить документы с указанием уплаченной вами суммы.

Если вы хотите участвовать в одобренном Medicare клиническом исследовании, вам не требуется получать одобрение от нас или вашего PCP. Поставщики, предоставляющие вам медицинские услуги в рамках клинического исследования, могут не принадлежать к сети нашего плана. Это не относится к покрываемым льготам, для оценки которых требуется проведение клинического исследования или ведение регистра, включая отдельные льготы, требующие покрытия в рамках разработки доказательств (NCD-CED), а также исследования, проводимые в соответствии с освобождением для исследуемых медицинских изделий (IDE). На них может распространяться предварительное разрешение и другие правила плана.

Хотя вам не требуется получать разрешение нашего плана на участие в клиническом исследовании, мы рекомендуем уведомлять нас заранее после принятия вами решения участвовать в клинических исследованиях, одобренных Medicare.

Участвуя в исследовании, не одобренном Medicare, вы обязаны самостоятельно оплачивать все сопутствующие расходы.

Раздел 5.2 Кто оплачивает услуги в клиническом исследовании

Если вы решите принять участие в клиническом исследовании, одобренном в Medicare, Original Medicare будет покрывать стоимость стандартных процедур и услуг исследования, в частности перечисленные ниже.

- Пребывание и питание в больнице, оплачиваемые программой Medicare независимо от вашего участия в исследовании.
- Проведение операции или прочих медицинских процедур, являющихся частью исследования.
- Лечение побочных эффектов и осложнений вследствие нового ухода.

После оплаты программой Medicare ее части стоимости данных услуг наш план оплатит разницу между суммой разделения затрат, предусмотренной планом Original Medicare, и суммой разделения затрат, которая действует для вас как участника нашего плана. Это означает, что вы заплатите за услуги, полученные во время исследования, ту же сумму, как если бы вы получали эти услуги в рамках нашего плана. Однако вы должны представить документы с указанием оплаченной вами доли стоимости услуг. Подробную информацию о том, как подавать запросы об оплате, см. в главе 7.

Пример разделения затрат в клиническом исследовании. Допустим, в рамках исследования вы сделали лабораторный анализ, который стоит \$100. Ваша доля участия в затратах на этот анализ составляет \$20 по условиям программы Original Medicare, но участник нашего плана заплатил бы \$10. В этом случае программа Original Medicare заплатит за анализ \$80, а ваша доплата по программе Original Medicare составит \$20. Вам необходимо уведомить нас о том, что вы получили услугу в рамках квалифицированного клинического исследования, и предоставить нам соответствующий документ (например, счет поставщика услуг). После этого план выплатит \$10 непосредственно вам. Таким образом, ваш чистый платеж составит \$10, то есть такую же сумму, которую вы заплатили бы согласно условиям предоставления льгот, действующим в нашем плане.

Когда вы принимаете участие в клиническом исследовании, **ни Medicare, ни наш план не покрывают перечисленные ниже расходы.**

- Обычно Medicare не оплачивает стоимость новой услуги или принадлежности, испытываемых в ходе исследования (за исключением случаев, когда программа Medicare покрывала бы эти расходы, даже если бы вы не участвовали в данном исследовании).
- Принадлежности или услуги, предоставляемые исключительно для сбора данных и не используемые непосредственно в процессе вашего медицинского обслуживания. Например, Medicare не оплатит ежемесячные сеансы компьютерной томографии (КТ), проводимые в рамках исследования, если при вашем состоянии здоровья требуется только один такой сеанс.
- Принадлежности и услуги, предоставляемые спонсорами исследования бесплатно всем участникам исследования.

Дополнительная информация об участии в клинических исследованиях

Чтобы узнать больше об участии в клинических исследованиях, ознакомьтесь с публикацией «*Medicare и клинические исследования*» (*Medicare and Clinical Research Studies*), доступной по адресу www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 6 Правила обслуживания в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Раздел 6.1 Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения

Религиозное нелечебное учреждение здравоохранения – это учреждение, обеспечивающее уход за пациентом в таком состоянии, при котором он обычно лечится в больнице или учреждении с квалифицированным сестринским уходом. Если лечение в больнице или учреждении с квалифицированным сестринским уходом противоречит религиозным убеждениям участника плана, мы покроем для него стоимость услуг религиозного немедицинского учреждения здравоохранения. Данная льгота распространяется только на стационарное лечение, предусмотренное Частью А (немедицинские услуги здравоохранения).

Раздел 6.2 Получение услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Чтобы получить услуги религиозного немедицинского учреждения здравоохранения, вы должны будете подписать юридический документ о том, что сознательно возражаете против получения **неисключенных** медицинских услуг.

- **Неисключенные** медицинские услуги это любые виды медицинской помощи или лечения, которые являются *добровольными* и *необязательными* согласно каким-либо законам штатов, федеральным или местным законам.
- **Исключенные** медицинские услуги это медицинская помощь или лечение, оказываемое вам и *не* являющееся добровольным или являющееся *обязательным* по законам штатов, федеральным или местным законам.

Для покрытия нашим планом услуги религиозного немедицинского учреждения здравоохранения должны отвечать следующим критериям:

- Учреждение, предоставляющее уход, должно быть сертифицировано программой Medicare.
- Услуги, покрываемые нашим планом, ограничиваются *нерелигиозными* аспектами ухода.
- При получении услуг от такого учреждения в самом учреждении применяются приведенные ниже условия.
 - У вас должно быть такое состояние здоровья, которое позволяет получать покрываемые услуги при стационарном лечении или в учреждении с квалифицированным сестринским уходом.
 - *Кроме того*, вы должны получить наше предварительное разрешение, прежде чем обратитесь в учреждение, иначе мы не покроем стоимость вашего пребывания там.
- Применяются ограничения на покрытие стационарного лечения программы Medicare (см. таблицу льгот в главе 4).

РАЗДЕЛ 7 Право собственности на медицинское оборудование длительного пользования – правила

Раздел 7.1 Переход медицинского оборудования длительного пользования в вашу собственность после внесения определенного количества платежей в соответствии с нашим планом

К медицинскому оборудованию длительного пользования (DME) относятся ходунки, инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, лекарства и продукты для больных диабетом, внутривенные инфузионные помпы, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, ингаляторы или кровати больничного типа, заказываемые поставщиком услуг для использования участниками плана у себя дома. Определенные принадлежности DME (например, протезы) всегда находятся в собственности у участников. Другие виды DME необходимо брать в аренду.

В программе Original Medicare участники, арендующие определенные типы DME, становятся владельцами изделия после выплаты установленной доплаты за него в течение 13 месяцев. **Вы, будучи участником плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, обычно не будете получать право собственности на арендованные изделия DME независимо от того, сколько доплат вы внесли за изделие, пока были участником нашего плана.** Вы не будете получать право собственности, даже если внесли до 12 последовательных платежей за изделие DME по условиям Original Medicare до того, как присоединились к нашему плану. Мы можем передать вам право собственности на изделие DME только в ограниченном числе случаев. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователям TTY следует звонить по номеру *711*).

Что произойдет с выплатами, произведенными за медицинское оборудование длительного пользования, если вы захотите перейти в программу Original Medicare

Если вы не стали владельцем DME, будучи участником нашего плана, потребуется внести 13 новых последующих взносов за изделие после перехода в программу Original Medicare, чтобы стать его владельцем. При этом платежи, произведенные во время участия в плане, не учитываются.

Пример 1: Вы совершили 12 или менее платежей подряд за определенное оборудование в программе Original Medicare, а затем перешли в наш план. Платежи, которые вы совершили в программе Original Medicare, не учитываются. Оборудование перейдет в вашу собственность после того, как вы произведете 13 платежей в рамках нашего плана. *[Планы, которые учитывают предыдущие платежи, должны указать это отдельно].*

Пример 2: Вы совершили 12 или менее платежей подряд за определенное оборудование в программе Original Medicare, а затем перешли в наш план. Вы не получили право собственности на изделие, пока были участником нашего плана. Потом вы вернулись в Original Medicare. После возвращения в программу Original Medicare вам придется произвести еще 13 платежей подряд, и только после этого оборудование перейдет в вашу собственность. Любые выполненные вами платежи (в рамках нашего плана или программы Original Medicare) не учитываются.

Раздел 7.2 Правила в отношении кислородного оборудования, принадлежностей и обслуживания

Если вы имеете право на страховое покрытие Medicare для кислородного оборудования, план *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* включает в страховое покрытие перечисленное ниже.

- Аренда кислородного оборудования
- Доставка кислорода и кислородных компонентов
- Трубки и сопутствующие принадлежности для доставки кислорода и кислородных компонентов
- Техническое обслуживание и ремонт кислородного оборудования

Если вы прекратите участие в плане *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* или если необходимость в кислородном оборудовании по медицинским показаниям отпадет, его необходимо будет вернуть.

Что произойдет, если вы прекратите участие в нашем плане и вернетесь в программу Original Medicare?

Согласно правилам программы Original Medicare, поставщик кислорода обязан обслуживать вас в течение пяти лет. В течение первых 36 месяцев вы арендуете оборудование. В оставшиеся 24 месяца поставщик предоставляет вам оборудование и обеспечивает его обслуживание (при этом вы по-прежнему вносите доплату за кислород). По истечении пяти лет вы можете продолжать пользоваться услугами этой компании или перейти в другую компанию. В этот момент начнется новый пятилетний цикл, даже если вы останетесь в той же компании, и вы должны будете вносить доплату в течение первых 36 месяцев. Если вы регистрируетесь в нашем плане или выходите из него, пятилетний цикл начинается заново.

ГЛАВА 4.

Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

В этой главе приведена Таблица медицинских льгот, в которой перечислены покрываемые услуги для участника плана ElderServe MAP (HMO D-SNP). Далее в этой главе приводится информация о медицинских услугах, на которые не распространяется страховое покрытие. В ней также разъясняются существующие ограничения в отношении определенных услуг.

РАЗДЕЛ 1 Основные сведения о покрываемых услугах

В Таблице медицинских льгот перечислены покрываемые услуги для участника плана ElderServe MAP (HMO D-SNP). В этом разделе также содержится информация о медицинских услугах, на которые не распространяется страховое покрытие.

Раздел 1.1 Покрываемые услуги предоставляются бесплатно

Поскольку вы получаете помощь от Medicaid, покрываемые услуги предоставляются вам бесплатно, если при получении услуг соблюдаются правила, действующие в нашем плане (подробную информацию о правилах плана, действующих в отношении обслуживания, см. в главе 3).

Виды ваших собственных затрат, предусмотренные для покрываемых лекарств, включают приведенное ниже:

- **Франшиза:** это сумма, которую вы должны заплатить за медицинские услуги до того, как наш план начнет оплачивать свою долю расходов.
- **Доплата:** это фиксированная сумма, которую вы платите каждый раз при получении определенных медицинских услуг. Вы вносите доплату при получении медицинской услуги (более подробная информация о доплатах приведена в Таблице медицинских льгот).
- **Сострахование:** это оплачиваемая вами доля (процент) общей стоимости определенных медицинских услуг. Вы платите сумму сострахования при получении медицинской услуги (более подробная информация о состраховании приведена в Таблице медицинских льгот).

Раздел 1.2 Максимальная сумма, которую может заплатить участник за покрываемые медицинские услуги в рамках программы Medicare, Часть А и Часть В

Примечание. Учитывая, что наши участники также получают помощь по программе Medicaid, лишь немногие из них достигают этой максимальной суммы собственных затрат. Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой своей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, то не несете

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В.

В планах Medicare Advantage установлен годовой лимит собственных затрат на медицинские услуги, покрываемые в рамках Части А и Части В программы Medicare. Этот лимит называется максимальной суммой собственных затрат (МООР) на оплату медицинских услуг. **Для 2026 календарного года МООР составляет \$9,250.**

Суммы, которые вы платите в виде *франшизы*, доплаты и сострахования за полученные покрываемые услуги, суммируются до достижения этой максимальной суммы собственных затрат. Суммы, которые вы платите в виде страховых взносов за участие в плане, и расходы на лекарственные препараты по Части D не учитываются в максимальной сумме ваших собственных затрат. Кроме того, суммы, которые вы платите за некоторые услуги, не учитываются в максимальной сумме ваших собственных затрат. Эти услуги отмечены звездочкой в Таблице медицинских льгот. Достигнув максимальной суммы собственных затрат в размере \$9,250, вы до конца года будете освобождены от любых последующих собственных затрат на услуги, покрываемые в рамках Части А и Части В. Тем не менее вам необходимо продолжать делать страховые взносы по Части В программы Medicare (кроме случаев, когда взносы по Части В для вас оплачиваются программой Medicaid или другим третьим лицом).

РАЗДЕЛ 2 Таблица медицинских льгот и соответствующие расходы

Таблица медицинских льгот на следующих страницах содержит информацию об услугах, покрываемых планом *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов по Части D описывается в главе 5. Мы оплачиваем услуги, перечисленные в Таблице медицинских льгот, только при соблюдении перечисленных ниже требований к страховому покрытию.

- Покрытие медицинских услуг по программам Medicare и Medicaid должно осуществляться в соответствии с правилами страхового покрытия Medicare и Medicaid.
- Ваши услуги (в том числе медицинское обслуживание, услуги, материалы, оборудование и препараты по Части В) *должны* быть необходимыми по медицинским показаниям. «Необходимые по медицинским показаниям» применительно к услугам, материалам или препаратам, которые необходимы для профилактики, диагностики или лечения вашего медицинского состояния и соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.
- Для новых участников план координируемого обслуживания МА должен обеспечить переходный период с минимальной продолжительностью 90 дней. В течение этого периода новый план МА не может требовать получения

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

предварительных разрешений для прохождения любого действующего курса лечения, даже если этот курс лечения был связан с услугой, предоставление которой началось у поставщика, не входящего в сеть.

- Вы обращаетесь за медицинскими услугами к поставщику сети своего плана. В большинстве случаев обслуживание, которое вы получаете у внесетевого поставщика, не покрывается, кроме экстренной или срочной медицинской помощи и случаев, когда вы получили направление от плана или сетевого поставщика услуг. Это означает, что вам придется самостоятельно оплатить оказанные услуги поставщику в полном объеме.
- У вас есть поставщик первичных медицинских услуг (PCP), который обеспечивает уход и координирует его.
- Для некоторых услуг, перечисленных в Таблице медицинских льгот, покрытие предоставляется *только* при условии, что ваш врач или другой сетевой поставщик получит от нас предварительное разрешение (иногда оно называется предварительным одобрением). Покрываемые услуги, для которых требуется заблаговременное одобрение, отмечены сноской в Таблице медицинских льгот.
- Если ваш план координируемого обслуживания предусматривает одобрение запроса на прохождение курса лечения, одобрение должно быть действительным до тех пор, пока это разумно с медицинской точки зрения и необходимо для предотвращения перебоев в лечении, в соответствии с применимыми критериями покрытия, вашей историей болезни и рекомендацией лечащего врача.

Прочая важная информация о страховом покрытии:

- Вам предоставляется страховое покрытие в рамках обеих программ — Medicare и Medicaid. Medicare покрывает медицинское обслуживание и рецептурные препараты. Medicaid покрывает вашу долю при разделении затрат на услуги Medicare, в том числе услуги, оказываемые в стационаре больницы при острых состояниях, а также услуги стационарной психиатрической помощи. Medicaid также покрывает услуги, которые не покрывает Medicare (например, *услуги на дому и по месту жительства или другие услуги, которые предоставляет только Medicaid*).
- Как и во всех остальных планах медицинского страхования Medicare, мы оплачиваем все услуги и препараты, покрываемые программой Original Medicare. Подробную информацию о страховом покрытии и стоимости обслуживания по программе Original Medicare см. в своем экземпляре руководства «*Medicare и вы*» на 2026 год. Онлайн-версия руководства доступна по адресу www.Medicare.gov.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Вы также можете заказать печатный экземпляр по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

- Профилактические услуги, предоставляемые бесплатно по программе Original Medicare, мы также предоставляем бесплатно участникам нашего плана.
- Если в течение 2026 года в страховое покрытие программы Medicare будут включены каких-либо новые услуги, то их стоимость будет покрываться нашим планом или Medicare.
- Как и во всех остальных планах медицинского страхования Medicare, мы оплачиваем все услуги и препараты, покрываемые программой Original Medicare. Подробную информацию о страховом покрытии и стоимости обслуживания по программе Original Medicare см. в своем экземпляре руководства «Medicare и вы» на 2025 год. Онлайн-версия руководства доступна по адресу www.medicare.gov. Вы также можете заказать печатный экземпляр по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Все профилактические услуги, предоставляемые бесплатно по программе Original Medicare, мы также предоставляем бесплатно участникам нашего плана.
- Если в течение 2025 года в страховое покрытие программы Medicare будут включены каких-либо новые услуги, то их стоимость будет покрываться нашим планом или Medicare.
- В течение трехмесячного периода предполагаемого дальнейшего участия в нашем плане мы продолжим предоставлять вам все льготы Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Тем не менее в течение этого периода мы приостановим покрытие льгот по программе Medicaid, включенных в настоящий план. В этот период суммы участия в затратах Medicare для основных и дополнительных льгот Medicare не меняются.

Все услуги, перечисленные в Таблице медицинских льгот, предоставляются вам бесплатно при соблюдении описанных ранее требований к страховому покрытию.

Важная информация о льготах для зарегистрированных участников с хроническими заболеваниями

- Если у вас диагностировано одно из перечисленных ниже хронических заболеваний и если вы соответствуете определенным критериям, то для вас могут быть доступны специальные дополнительные льготы для хронически больных.

Ниже перечислены хронические заболевания, на которые распространяется данная льгота.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

- Аутоимунные заболевания
- Онкологические заболевания
- Сердечно-сосудистые заболевания
- Хроническая алкогольная и иная зависимость
- Хронические и тяжелые психические заболевания
- Хроническая сердечная недостаточность
- Хронические заболевания легких
- Деменция
- Сахарный диабет
- Терминальная стадия заболевания печени
- Терминальная хроническая почечная недостаточность (ESRD)
- Эндокринные заболевания
- Желудочно-кишечные заболевания
- ВИЧ/СПИД
- Гипертония
- Неврологические заболевания
- Остеоартроз
- Тяжелые гематологические заболевания
- Инсульт
- Для соответствующих критериям участников (с вышеуказанными хроническими заболеваниями) специальное дополнительное пособие для хронически больных (льготы на приобретение продуктов питания) сочетается с льготами на безрецептурные препараты (ОТС) и покрывает определенные продукты питания в рамках ежемесячных льгот ОТС, которые можно приобрести только в определенных аптеках и/или розничных магазинах.
- Для получения более подробной информации перейдите к строке «*Специальные дополнительные льготы для участников с хроническими заболеваниями*» в приведенной ниже Таблице медицинских льгот.
- Свяжитесь с нами, чтобы уточнить, на какие именно льготы вы можете рассчитывать.



В Таблице медицинских льгот профилактические услуги отмечены значком яблока.

Таблица медицинских льгот

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
 Скрининг аневризмы брюшной аорты Одна процедура ультразвукового исследования для пациентов из группы риска. Покрытие для этого обследования в рамках нашего плана предоставляется только при наличии определенных факторов риска и направления от врача, помощника врача, практикующей медсестры или клинической медсестры-специалиста.	Сострахование, доплата и франшиза не применяются при профилактическом осмотре участников.
Иглоукалывание при хронической боли в пояснице Покрываются перечисленные ниже услуги. До 12 посещений в течение 90 дней покрываются при указанных далее обстоятельствах: В рамках данной льготы хроническая боль в пояснице определяется следующим образом: • присутствует в течение 12 недель или более; • является неспецифической, то есть отсутствуют какие-либо подлежащие выявлению системные причины (например, боль не связана с метастатическим, воспалительным или инфекционным заболеванием); • не связана с операцией; и • не связана с беременностью. Пациентам с положительной динамикой мы оплачиваем еще восемь сеансов иглоукалывания. План предусматривает оплату не более 20 сеансов иглоукалывания ежегодно. В случае негативной динамики или ее отсутствия лечение следует прекратить. Требования к поставщикам услуг Врачи (как определено в пункте 1861(r)(1) Закона о социальном обеспечении (Закон)) могут предоставлять	Сострахование, доплата и франшиза в отношении этой услуги для участников не предусмотрены. Предварительное разрешение не требуется.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
услуги иглоукалывания в соответствии с применимыми требованиями штата. Ассистенты врача (РА), практикующие медсестры (NP) / клинические медсестры (CNS) (как указано в пункте 1861(aa) (5) Закона) и вспомогательный персонал могут предоставлять услуги иглоукалывания, если они отвечают всем применимым требованиям штата и имеют: • степень магистра или доктора в области акупунктуры или восточной медицины, полученную в учебном заведении, аккредитованном Аккредитационной комиссией по акупунктуре и восточной медицине (ACAOM); и • действующую, полную, активную и неограниченную лицензию на акупунктурную практику в штате, на территории или в Содружестве (т. е. Puerto Rico) США или округе Columbia. Вспомогательный персонал, выполняющий иглоукалывание, должен находиться под надзором соответствующего уровня со стороны врача, РА или NP/CNS, как того требуют наши правила согласно п. 42 CFR §§ 410.26 и 410.27. Вам покрывается до 40 визитов в год	предварительное разрешение не требуется
Услуги скорой помощи Покрываемые услуги перевозки транспортом скорой помощи, будь то в экстренной или неэкстренной ситуации, включают перевозку самолетом, вертолетом или наземным транспортом скорой помощи в ближайшее подходящее медицинское учреждение, в котором может быть оказана помощь (при наличии надлежащего оборудования), только в том случае, если медицинское состояние участника плана, которому оказываются такие услуги, не позволяет использовать иной способ перевозки, так как он может создать опасность для здоровья участника, или если это разрешено нашим планом. Перевозка транспортом скорой помощи в неэкстренных случаях допускается только при наличии документального подтверждения	Сострахование, доплаты и франшиза в отношении услуг скорой помощи не применяются. Для использования медицинского транспорта при отсутствии экстренной необходимости требуется разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
того, что по состоянию здоровья участнику плана противопоказаны иные способы перевозки (т. е. они могут быть опасны для здоровья), и транспортные услуги скорой помощи необходимы по медицинским показаниям.	
 Ежегодный профилактический осмотр Если вы более 12 месяцев получаете обслуживание по Части В, вы можете пройти ежегодный осмотр для проверки состояния здоровья с целью разработки или корректировки индивидуального плана профилактических мероприятий с учетом текущего состояния здоровья и факторов риска. Покрытие предоставляется раз в 12 месяцев. Примечание. Первый ежегодный профилактический осмотр проводится не ранее чем через 12 месяцев после профилактического осмотра новых участников, проводимого при их регистрации в программе Medicare («Добро пожаловать в Medicare»). Однако если вы более 12 месяцев являетесь участником Части В плана, вам не нужно проходить профилактический осмотр при <i>регистрации в программе Medicare</i> для получения права на ежегодный осмотр для проверки состояния здоровья.	Сострахование, доплата и франшиза не применяются при ежегодном осмотре для проверки состояния здоровья.
 Денситометрия Участники, которые соответствуют определенным критериям (как правило, это лица с риском потери костной массы или развития остеопороза), получают компенсацию затрат на следующие услуги каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям: процедура определения костной массы, обнаружение потери костной ткани и определение ее прочности, а также консультация врача по результатам обследований.	Сострахование, доплата и франшиза не применяются, если денситометрия покрывается страховкой Medicare.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
 Скрининг рака молочной железы (маммография) Покрываются перечисленные ниже услуги. - Одна базовая маммография для женщин в возрасте от 35 до 39 лет. - Одна скрининговая маммография раз в 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше. - Клинический осмотр молочных желез раз в 24 месяца.	Сострахование, доплата и франшиза не применяются, если маммография покрывается страховкой.
Услуги кардиореабилитации Покрытие затрат на комплексные программы кардиореабилитационных услуг, в которые входят упражнения, обучение и консультации, предоставляется участникам плана, отвечающим определенным условиям и имеющим направление от врача. Наш план также покрывает интенсивные программы реабилитационных услуг при заболеваниях сердца, как правило, углубленные и более интенсивные по сравнению с обычными программами реабилитационных услуг при заболеваниях сердца.	Сострахование, доплата и франшиза в отношении услуг кардиореабилитации не применяются, если такие услуги покрываются страховкой Medicare. Требуется предварительное разрешение.
 Осмотр с целью снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний) План покрывает одно посещение основного лечащего врача в год, цель которого — снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В ходе этого посещения врач может обсудить с вами использование аспирина (если это допустимо), проверить ваше кровяное давление и дать ряд советов касательно здорового питания.	Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются в случае интенсивной поведенческой терапии для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
 Обследование для выявления сердечно-сосудистых заболеваний Анализ крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний (или отклонений, связанных с повышенным риском развития таких заболеваний) один раз в 5 лет (60 месяцев).	Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются при обследованиях для выявления сердечно-сосудистых заболеваний, покрываемых один раз в 5 лет.
 Скрининг рака шейки матки и влагалища Покрываются перечисленные ниже услуги. - Для всех женщин: мазок Папаниколау и гинекологические исследования по страховке один раз в 24 месяца. - При повышенном риске развития рака шейки матки или рака влагалища либо при обнаружении отклонений в мазке Папаниколау за последние три года у пациентки детородного возраста: один мазок Папаниколау каждые 12 месяцев.	Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются при покрываемом программой Medicare профилактическом осмотре, включающем гинекологическое обследование и мазок Папаниколау.
Услуги мануальной терапии Покрываются перечисленные ниже услуги: План покрывает только стоимость мануальных процедур на позвоночнике, направленных на исправление подвывиха.	Сострахование, доплата и франшиза в отношении услуг мануальной терапии не применяются, если такие услуги покрываются страховкой Medicare. Требуется предварительное разрешение.
Услуги по лечению хронической боли Покрываются ежемесячные услуги для людей, страдающих хронической болью (постоянная или повторяющаяся боль, длящаяся более трех месяцев). Услуги могут включать оценку боли, управление медикаментозной терапией, а также координирование и планирование ухода.	Сострахование, доплата и франшиза в отношении услуг по лечению хронической боли не применяются, если такие услуги покрываются страховкой Medicare. Требуется предварительное разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
 Скрининговые обследования на рак прямой и толстой кишки План покрывает перечисленные ниже обследования. • Колоноскопия не подразумевает ограничений по минимальному или максимальному возрасту и покрывается один раз каждые 120 месяцев (10 лет) для пациентов без высокого риска или 48 месяцев после предыдущей гибкой сигмоидоскопии для пациентов без высокого риска рака кишечника, а также каждые 24 месяца для пациентов высокого риска после предыдущей скрининговой колоноскопии. • КТ-колонография для пациентов в возрасте 45 лет и старше, не относящихся к группе повышенного риска рака кишечника, покрывается, если прошло не менее 59 месяцев с месяца проведения последней скрининговой КТ-колонографии или не менее 47 месяцев с месяца проведения последней скрининговой гибкой сигмоидоскопии либо скрининговой колоноскопии. Оплата за скрининговую КТ-колонографию для пациентов из группы высокого риска рака кишечника может быть произведена, если прошло не менее 23 месяцев с месяца проведения последней скрининговой КТ-колонографии или колоноскопии. • Гибкая сигмоидоскопия для пациентов в возрасте 45 лет и старше. Один раз каждые 120 месяцев для пациентов без высокого риска после прохождения пациентом скрининговой колоноскопии. Один раз каждые 48 месяцев для пациентов высокого риска после последней гибкой сигмоидоскопии или КТ-колонографии. • Скрининговые тесты на скрытую кровь в кале для пациентов в возрасте 45 лет и старше. Один раз каждые 12 месяцев.	Сострахование, доплата и франшиза не применяются, если скрининговое обследование на рак кишечника покрывается программой Medicare. Если ваш врач обнаруживает и удаляет полип или другие ткани во время колоноскопии или гибкой сигмоидоскопии, скрининговое обследование переходит в категорию диагностического. Сострахование, доплата и франшиза не применяются, если скрининговое обследование на рак кишечника покрывается программой Medicare. Предварительное разрешение <u>не</u> требуется.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
• Многоцелевой анализ кала на ДНК для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не отвечающих критериям высокого риска. Один раз каждые 3 года. • Анализы крови на биомаркеры для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не отвечающих критериям высокого риска. Один раз каждые 3 года. • Обследования для выявления рака кишечника включают контрольную скрининговую колоноскопию после покрываемого Medicare неинвазивного анализа кала на выявление рака кишечника с положительным результатом. • Обследования для выявления рака кишечника включают плановую скрининговую гибкую сигмоидоскопию или скрининговую колоноскопию, предусматривающую удаление ткани или других образцов, либо любую другую процедуру, выполненную в рамках скринингового теста в ходе того же клинического визита.	
Стоматологические услуги Как правило, покрытие профилактических стоматологических услуг (например, чистка, плановый осмотр стоматолога или снимок зуба) не предоставляется по программе Original Medicare. Однако в ряде случаев, в частности когда услуга является обязательной при специфическом лечении первичного заболевания пациента, стоматологические услуги покрываются программой Medicare. В число таких случаев входят восстановление челюсти после перелома или травмы, удаление зубов перед лучевой терапией при раковых заболеваниях, затрагивающих челюсти, а также стоматологические осмотры перед пересадкой почки. Кроме того, мы покрываем перечисленные ниже услуги. Покрываемые программой Medicaid стоматологические услуги включают регулярные и плановые стоматологические услуги, такие как профилактические стоматологические осмотры, чистка, рентгенография, пломбирование, протезирование и другие услуги для выявления каких-либо изменений или патологических изменений, которые могут потребовать лечения и/или последующего наблюдения.	Сострахование в отношении покрываемых стоматологических льгот Medicare и Medicaid не предусмотрено. Может потребоваться разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Дополнительные профилактические стоматологические услуги:	Страховое покрытие дополнительных профилактических стоматологических услуг ограничено рядом кодов услуг из представленных ниже категорий. Вы вносите доплату в размере \$0 за перечисленные ниже дополнительные профилактические стоматологические услуги: • Периодические осмотры полости рта: 2 процедуры каждые 6 месяцев • Ограниченная оценка состояния полости рта: 2 процедуры каждые 12 месяцев. • Комплексная оценка состояния полости рта: 1 процедура у одного поставщика услуг за всю жизнь • Оценка состояния полости рта (ориентированная на решение конкретной проблемы): 3 процедуры каждые 12 месяцев. Предварительное разрешение не требуется.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
	- Рентген зубов: внутриротовой с полной серией снимков — 1 процедура каждые 36 месяцев; внутриротовой, прикорневой (D0220) — 3 процедуры каждые 6 месяцев; внутриротовой, прикорневой (D0230, D02460) 6 процедур каждые 12 месяцев; панорамный рентгеновский снимок — 1 процедура каждые три года. Предварительное разрешение не требуется. - Другие диагностические стоматологические услуги*: коническая КТ (съемка и описание) — 1 процедура каждые 60 месяцев; * Требуется предварительное разрешение. профилактика (чистка) — 1 процедура каждые 6 месяцев;

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Дополнительные комплексные стоматологические услуги:	Предварительное разрешение не требуется. - нанесение фторида — 1 процедура, покрывается для участников не старше 20 лет; Предварительное разрешение не требуется. - Другие профилактические стоматологические услуги: консультирование по вопросам отказа от курения, контроль профилактики заболеваний полости рта — 1 консультация каждые 6 месяцев. Предварительное разрешение не требуется. Комплексные стоматологические услуги: - Услуги по реставрации: композитная пломба на основе амальгамы/смол — 1 на зуб за каждую поверхность — каждые 24 месяца; услуги по установлению

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
	коронки — 1 на зуб — каждые 60 месяцев. Требуется предварительное разрешение. • Эндодонтическое лечение: 1 для каждого зуба, на всю жизнь. Требуется предварительное разрешение. • Пародонтологическое лечение: гингивэктомия или гингивопластика — 1 раз в 12 месяцев; удлинение коронки — 1 на зуб в течение жизни; удаление зубных отложений и сглаживание поверхности корня — 1 процедура каждые 24 месяца на каждом участке; пародонтологическое лечение — 1 процедура каждые 6 месяцев. Требуется предварительное разрешение. • Зубное протезирование: полный/частичный съемный протез — 1 раз в 96 месяцев на каждую зубную дугу;

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
	корректировка зубных протезов — 4 раза каждые 12 месяцев на каждую зубную дугу (не покрывается в течение 6 месяцев после установки). Требуется предварительное разрешение. • Челюстно-лицевое протезирование: 1 процедура каждые 12 месяцев. Требуется предварительное разрешение. • Услуги имплантации: хирургическая установка имплантата — 1 процедура на зуб за всю жизнь; услуги по установлению абатмента — 1 процедура на зуб каждые 96 месяцев; услуги по санации полости рта — 1 процедура на зуб каждые 24 месяца. Требуется предварительное разрешение. • Зубное протезирование: 1 процедура на зуб каждые 60 месяцев. Требуется

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
	предварительное разрешение. - Стоматологические и челюстно-лицевые операции: - удаление прорезавшегося или ретенированного зуба, 1 процедура на зуб за всю жизнь; альвеолопластика 1 процедура на каждый участок/квадрант. Иные стоматологические и челюстно-лицевые операции согласно отчетности. Требуется предварительное разрешение. Требуется направление. - Дополнительные услуги общего характера: паллиативное лечение в экстренных ситуациях — 2 процедуры каждые 12 месяцев; глубокая седация продолжительностью не более 60 минут или объемом не более 4 единиц. Требуется предварительное разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
 Скрининг депрессии План покрывает одно обследование для выявления депрессии в год. Это обследование необходимо пройти в учреждении первичного медицинского обслуживания, которое может предоставить последующее лечение и/или выдать направления.	Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются при ежегодном обследовании для выявления депрессии.
 Скрининг диабета Мы покрываем стоимость такого обследования (в т. ч. анализов уровня глюкозы в крови натощак), если у вас наблюдаются какие-либо из следующих факторов риска: высокое кровяное давление (гипертония), отклонения уровней холестерина и триглицеридов (дислипидемия), ожирение или высокое содержание сахара (глюкозы) в крови. Покрытие затрат на обследования предоставляется также при соответствии другим критериям, например при наличии избыточного веса и семейного анамнеза диабета. Вы можете пройти до двух скринингов на диабет каждые 12 месяцев с даты последнего скринингового теста на диабет.	Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются, если обследования для выявления диабета покрываются Medicare.
 Обучение больных диабетом самостоятельному контролю здоровья; принадлежности и услуги для диабетиков Для всех лиц, страдающих диабетом (использующих и не использующих инсулин). Покрываются перечисленные ниже услуги: • Средства для контроля уровня глюкозы в крови: глюкометр, тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови, ланцетные устройства и ланцеты, а также средства контроля уровня глюкозы для проверки точности тест-полосок и глюкометров. • Для лиц, страдающих диабетом, с синдромом диабетической стопы в обостренной форме: одна пара терапевтической обуви,	Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются, если обследования для выявления диабета покрываются Medicare. Предварительное разрешение требуется для выдачи медицинской обуви или стелек для диабетиков, покрываемых Medicare. В рамках плана покрываются лекарства и приспособления для больных сахарным диабетом от определенных производителей — Roche и LifeScan.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
изготовленной по индивидуальному заказу, на один календарный год (в т. ч. вкладные стельки, прилагаемые к такой обуви) и две дополнительные пары вкладных стелек, либо одна пара просторной обуви и три пары стелек (помимо стандартных съемных стелек, прилагаемых к такой обуви). Затраты на подбор размера также покрываются. • Стоимость обучения больных диабетом самостоятельному уходу за своим здоровьем покрывается на особых условиях. • Важное сообщение о ваших расходах на инсулин: вы не будете платить больше \$35 за запас каждого препарата инсулина, покрываемого нашим планом, на один месяц, независимо от уровня разделения затрат и даже если вы не оплатили свою франшизу. • Важное сообщение о ваших расходах на инсулин: вы не будете платить больше \$35 за запас каждого препарата инсулина, покрываемого нашим планом, на один месяц, независимо от уровня разделения затрат и даже если вы не оплатили свою франшизу.	
Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие расходные материалы (см. определение оборудования длительного пользования в главах 3 и 12) К примерам такого оборудования можно отнести инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, принадлежности для больных диабетом и больничные койки, заказанные поставщиком услуг для использования на дому; а также инфузионные насосы для внутривенных инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и расходные материалы, ингаляторы и ходунки. Покрытие предоставляется на все необходимое с медицинской точки зрения оборудование DME,	Разделение затрат на покрытие кислородного оборудования по программе Medicare составляет \$0 <i>ежемесячно</i>. Ваша сумма разделения затрат не изменится после регистрации в течение 36 месяцев. Если до регистрации в плане <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> вы оплатили аренду покрываемого кислородного оборудования за 36 месяцев, ваша сумма

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
оплачиваемое по программе Original Medicare. Если у нашего поставщика в месте вашего проживания отсутствует оборудование определенной марки или определенного производителя, обратитесь к нему с просьбой предоставить данное оборудование по спецзаказу. Последняя редакция перечня поставщиков доступна на нашем веб-сайте www.ElderServeHealth.org. Как правило, <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> покрывает любое оборудование DME в рамках Original Medicare торговых марок и производителей из этого списка. Мы не покрываем оборудование других марок и производителей, кроме случаев, когда ваш врач или другой поставщик услуг сообщает нам, что с учетом ваших медицинских потребностей вам подходит оборудование именно этой марки. Если вы впервые регистрируетесь в плане <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> и используете DME той марки, которая не внесена в наш список, мы продолжим покрывать его для вас в течение не более чем 90 дней. В течение этого времени вам следует поговорить со своим врачом и решить, какая марка подойдет вам по медицинским показаниям по истечении этого 90-дневного периода (если вы не согласны со своим врачом, вы можете попросить его дать вам направление для получения мнения другого специалиста). Если вы (или ваш поставщик услуг) не согласны с решением о страховом покрытии плана, вы или ваш поставщик услуг имеете право подать апелляцию. Вы также можете подать апелляцию при несогласии с решением вашего поставщика услуг о том, какой продукт или торговая марка подходят для вашего заболевания. (Более подробная информация относительно подачи апелляций приведена в главе 9.)	разделения затрат в рамках плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> составит \$0. Сострахование, доплата и франшиза не применяются в отношении принадлежностей, покрываемых Medicare и Medicaid. На оборудование DME (предметы одноразового использования, не имеющие срока годности более 1 (одного) года) стоимостью \$250 и более требуется предварительное разрешение. * На оборудование DME (предметы многократного использования со сроком годности более 1 (одного) года) стоимостью \$500 и более требуется предварительное разрешение.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Экстренная медицинская помощь Понятие экстренной медицинской помощи распространяется на следующие виды услуг: - услуги, которые предоставляются поставщиком, имеющим право на оказание услуг экстренной медицинской помощи; и - услуги, которые требуются для оценки или стабилизации состояния здоровья в экстренной ситуации. Экстренным состоянием считается состояние, при котором вы или другой добросовестный человек, обладающий общими знаниями в области здравоохранения и медицины, наблюдает у вас симптомы, требующие немедленного медицинского вмешательства для сохранения жизни (если вы беременны, то и жизни нерожденного ребенка), а также конечности или ее функции. К таким симптомам могут относиться заболевание, травма, острая боль или быстрое ухудшение состояния здоровья. Разделение затрат за необходимую экстренную медицинскую помощь, оказанную внесетевыми поставщиками услуг, осуществляется так же, как за такие же услуги, оказываемые сетевыми поставщиками услуг. <i>Данное страховое покрытие предоставляется только в США и на их территориях.</i>	Сострахование, доплаты и франшиза в отношении экстренной медицинской помощи не применяются. Если вы получили экстренную помощь в больнице, не входящей в сеть плана, и вам требуется стационарное лечение после стабилизации экстренного состояния, вам необходимо будет перейти в больницу, входящую в сеть плана, чтобы ваше лечение по-прежнему покрывалось планом, <i>ИЛИ</i> получить разрешение от плана на продолжение лечения в больнице, не входящей в сеть. В таком случае сумма ваших затрат будет равна сумме, которую вы заплатили бы при лечении в больнице, входящей в сеть нашего плана.
Услуги при нарушениях слуха Услуги диагностики слуха и состояния вестибулярной системы, оказываемые вашим поставщиком услуг для определения необходимости лечения, покрываются в рамках оплаты амбулаторного лечения при обращении к терапевту, врачу-аудиологу или другому квалифицированному поставщику медицинских услуг. Услуги по проверке и коррекции слуха Medicaid и соответствующие принадлежности покрываются при наличии необходимости с медицинской точки зрения с целью облегчения состояния, вызванного потерей или	Сострахование, доплаты и франшиза в отношении услуг по проверке и коррекции слуха не применяются. Требуется предварительное разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
нарушением слуха. Такие услуги включают подбор, настройку и выдачу слуховых аппаратов, проверку слуховых аппаратов после выдачи, оценку соответствия требованиям и ремонт слуховых аппаратов, аудиологические услуги, включая осмотр и проверку слуха, оценку слуховых аппаратов и выписку рецептов на слуховые аппараты, а также средства слухопротезирования, включая слуховые аппараты, ушные вкладыши, специальные приспособления и запасные части.	
 Скрининг ВИЧ Лицам, обратившимся для прохождения обследования на предмет ВИЧ, и лицам с высоким риском инфицирования ВИЧ предоставляется покрытие следующих услуг: - одно обследование каждые 12 месяцев. Беременным женщинам предоставляется покрытие следующих услуг: - до трех обследований в период беременности.	Сострахование, доплата или франшиза не применяются при профилактическом скрининге ВИЧ-инфекции участников, который покрывается Medicare.
Услуги агентств по уходу на дому Чтобы вы могли получать медицинское обслуживание по месту проживания, врач должен подтвердить, что вы нуждаетесь в таких услугах, и назначить вам уход на дому, который будет оказываться агентством по уходу на дому. Эти услуги предоставляются людям, которые почти не выходят из дома, поскольку им приходится прилагать для этого значительные усилия. Покрываемые услуги включают, помимо прочего, перечисленные ниже: Квалифицированный сестринский уход при неполной нагрузке или с периодическими посещениями и услуги домашних сиделок (для компенсации затрат по программе льгот на медицинский уход на дому общее время оказания услуг квалифицированного сестринского ухода и услуг домашних сиделок не должно превышать восемь часов в день и 35 часов в неделю)	Сострахование, доплаты и франшиза в отношении услуг агентств по уходу на дому не применяются. Требуется предварительное разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
• Физиотерапия, эрготерапия и терапия при расстройствах речи • Медицинские и социальные услуги • Медицинское оборудование и расходные материалы	
Инфузионная терапия на дому Инфузионная терапия на дому подразумевает внутривенное или подкожное введение препаратов либо биопрепаратов пациенту на дому. Компоненты для проведения инфузионной терапии на дому включают препарат (например, противовирусное средство, иммуноглобулин), оборудование (например, помпа) и расходные материалы (например, трубки и катетеры). Покрываемые услуги включают, помимо прочего, перечисленные ниже: • Услуги специалистов, в том числе услуги медсестры, оказываемые в соответствии с нашим планом медицинского обслуживания • Услуги обучения и информирования пациента, которые иным образом не покрываются льготами на медицинское оборудование длительного пользования • Дистанционный мониторинг • Услуги мониторинга для проведения инфузионной терапии на дому и лекарственные препараты для инфузионной терапии на дому, предоставляемые квалифицированным поставщиком услуг инфузионной терапии на дому	Сострахование, доплаты и франшиза в отношении услуг по проведению инфузионной терапии на дому не применяются. Требуется предварительное разрешение.
Услуги хосписа Вы можете участвовать в программе пребывания в хосписе, если ваш врач и главврач хосписа определили наличие у вас неизлечимого заболевания и подтвердили, что вы неизлечимо больны и проживете не более шести месяцев (при обычном течении болезни). Вы можете участвовать в любой хосписной программе, сертифицированной Medicare. Сотрудники	После регистрации в программе хосписной помощи, сертифицированной Medicare, услуги хосписа и прочие услуги, предусмотренные Частью А и Частью В и связанные с вашим неизлечимым

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
нашего плана обязаны помочь вам с подбором хосписных программ, сертифицированных Medicare, на территории обслуживания плана, включая программы, которые мы проводим, которыми управляем или в которых заинтересованы с финансовой точки зрения. Ваш врач, предоставляющий услуги хосписного ухода, может быть как сетевым поставщиком услуг, так и поставщиком услуг, не входящим в сеть. Покрываются перечисленные ниже услуги: • Препараты для контроля над симптомами и облегчения боли • Кратковременный уход в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход за больным • Уход на дому При поступлении в хоспис вы вправе оставаться участником нашего плана; в таком случае вам придется платить страховые взносы за участие в плане. Хосписный уход и прочие услуги, покрываемые Частью А или В программы Medicare, которые предоставляются людям со смертельными заболеваниями: оплата услуг хосписа и любых услуг по Части А и Части В, связанных с вашим неизлечимым заболеванием, будет предоставлена программой Original Medicare (не нашим планом). Если вы участвуете в хосписной программе, хоспис будет отправлять на адрес программы Original Medicare счета за услуги, оплачиваемые согласно ее условиям. Вам будет выставлен счет за вашу долю разделения затрат по программе Original Medicare. Услуги, покрываемые Частью А или Частью В программы Medicare, которые не связаны со смертельными заболеваниями: если вам требуются услуги, не предусматривающие экстренную или срочную медицинскую помощь, на которые распространяется покрытие в рамках программы Medicare (Части А или Части В) и которые не связаны со смертельным заболеванием, то оплачиваемая вами доля стоимости этих услуг зависит от того, входит ли	заболеванием, оплачиваются по программе Original Medicare, а не <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>. План ElderServe MAP (HMO D-SNP) оплатит консультацию до того, как вы определитесь с хосписом. План ElderServe MAP (HMO D-SNP) покрывает стоимость одной консультации, предоставляемой специалистами хосписов людям с неизлечимыми заболеваниями, отказавшимся от льгот в рамках хосписной программы.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
поставщик в сеть нашего плана и соблюдаете ли вы правила плана (например, в части требования к получению предварительного разрешения). • При получении покрываемых услуг у сетевого поставщика и соблюдении правил плана вы оплачиваете только свою долю разделения затрат, установленную планом в отношении внутрисетевых услуг • Если услуги предоставляет внесетевой поставщик, вы оплачиваете свою долю разделения затрат по программе Original Medicare Услуги, покрываемые планом <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>, но не покрываемых Частью А или Частью В программы Medicare: план <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> будет и в дальнейшем оплачивать услуги, покрываемые планом, но не покрываемые Частью А или Частью В программы (независимо от того, связаны ли они с терминальной стадией заболевания). За такие услуги вы выплачиваете свою долю разделения затрат в рамках нашего плана. Препараты, которые могут покрываться по Части D в рамках нашего плана: если эти лекарственные препараты не связаны с вашим неизлечимым заболеванием, требуется доплата с вашей стороны. Если они связаны с вашим неизлечимым заболеванием, вы оплачиваете свою долю разделения затрат согласно программе Original Medicare. Лекарственные препараты никогда не покрываются хосписом и нашим планом одновременно. (Подробную информацию об этом см. в разделе 9.4 главы 5.) Примечание. Если вам требуется не хосписный уход (не связанный с неизлечимым заболеванием), свяжитесь с нами. Мы подберем для вас необходимые услуги. План покрывает стоимость одной консультации, предоставляемой специалистами хосписов людям с неизлечимыми заболеваниями, отказавшимся от льгот в рамках хосписной программы.	

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
 Вакцинация Покрываются (согласно Части В программы Medicare) перечисленные ниже услуги: • Вакцины от пневмонии • Прививки от гриппа (или вакцины), один раз в сезон (осенью или зимой), а также дополнительные прививки (или вакцины) при наличии медицинской необходимости • Вакцины от гепатита В для лиц с высоким или средним риском заболевания гепатитом В • Вакцины от COVID-19 • Другие прививки для лиц, входящих в группу риска, если такие прививки соответствуют правилам покрытия по Части В программы Medicare Кроме того, покрывается стоимость большинства других вакцин для взрослых в рамках программы льгот на получение препаратов по Части D. Более подробную информацию см. в разделе 8 главы 6. Важное сообщение о ваших расходах на вакцины: страховое покрытие нашего плана распространяется на большинство вакцин, предусмотренных Частью D, поэтому вам они будут предоставляться бесплатно, даже если вы не оплатили свою франшизу. Позвоните в Отдел обслуживания участников, чтобы получить дополнительную информацию. Важное сообщение о ваших расходах на определенные рецептурные препараты: вы не будете платить сумму, превышающую сумму сострахования, за услуги проведения химиотерапии, в том числе за лекарственные препараты, используемые для химиотерапии / лучевой терапии, или другие лекарственные препараты, покрываемые в рамках Части В Original Medicare.	Сострахование, доплата и франшиза не применяются при вакцинации от пневмонии, гриппа, гепатита В и COVID-19.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Стационарное лечение Стационарное лечение предусматривает неотложную помощь, реабилитацию в стационаре, долгосрочное медицинское обслуживание в больницах и другие виды услуг в стационаре. Такое лечение начинается с момента официальной госпитализации по направлению врача. Последний день стационарного лечения — это день перед выпиской. Покрываемые услуги включают, помимо прочего, перечисленные ниже: • Пребывание в общей палате (или отдельной палате, если это необходимо по медицинским показаниям) • Питание, в том числе особая диета • Услуги постоянного сестринского ухода • Стоимость ухода в палатах особого назначения (например, в отделениях реанимации или палатах интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью) • Препараты и лекарства • Лабораторные анализы • Рентген и прочие услуги радиологии • Пользование необходимыми хирургическими и медицинскими принадлежностями • Использование специальных приспособлений (например, инвалидных колясок) • Пребывание в операционных и послеоперационных палатах • Физиотерапия, эрготерапия, терапия при расстройствах речи • Стационарные услуги по лечению расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ Льготы по программе Medicaid: покрытие до 365 дней в год (366 дней, если год високосный).	Доплаты или франшиза в отношении стационарного лечения не применяются. Требуется предварительное разрешение для плановой госпитализации в стационар. Наш план покрывает 90 дней пребывания в стационаре больницы. Наш план также покрывает 60 «резервных дней, которыми можно распорядиться в течение жизни». Это дополнительные дни, которые мы покрываем. Если ваше пребывание в стационаре занимает более 90 дней, вы можете израсходовать эти дополнительные дни. Но когда вы израсходуете эти дополнительные 60 дней, страховое покрытие стационарного лечения будет ограничено 90 днями. Период предоставления льгот начинается с первого дня госпитализации в покрываемый программой Medicare стационар или учреждение квалифицированного сестринского ухода (SNF). Период предоставления льгот заканчивается, если вы не посещали стационар или ухода (SNF) в течение 60 дней подряд.
--	--

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
	При помещении в стационар (или SNF) после окончания одного периода предоставления льгот начинается новый период льгот. Количество периодов предоставления льгот не ограничено.
Стационарное лечение в больнице (продолжение) - В определенных условиях покрываются следующие виды трансплантации: роговицы, почки, поджелудочной железы, сердца, печени, легких, сердца и легких одновременно, костного мозга, стволовых клеток, кишечника и нескольких других органов одновременно. При необходимости пересадки мы рассмотрим ваш вопрос совместно с утвержденным по программе Medicare центром по пересадке органов, который определит необходимость и возможность трансплантации. Поставщики услуг <i>трансплантации</i> могут быть из вашего региона или находиться за пределами территории обслуживания. Если сетевые поставщики услуг трансплантации находятся за пределами территории обслуживания, вы можете обратиться к местным поставщикам (при условии, что они согласны работать по ставкам программы Original Medicare). Если по условиям плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> услуги по пересадке органов для вашей территории обслуживания могут предоставляться поставщиком, находящимся за пределами территории обслуживания, и вы решите обратиться к нему, мы организуем поездку или оплатим стоимость проживания и транспортные расходы для вас и одного сопровождающего. - Кровь — включая хранение и переливание. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой пинты крови, которая вам необходима: вы должны либо	Если вы получили согласованное стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть плана, после стабилизации экстренного состояния, то сумма ваших затрат будет равна сумме разделения затрат, которую вы заплатили бы при лечении в больнице, входящей в сеть плана.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
оплатить расходы на первые три пинты крови, которые вы получите в течение календарного года, либо сдать кровь сами, или кто-то другой может сдать кровь для вас. Все остальные компоненты крови покрываются начиная с первой использованной пинты. • Услуги врачей. Примечание. Для прохождения стационарного лечения необходимо получить от поставщика официальное распоряжение о вашей госпитализации в стационарное отделение больницы. Даже если вы проведете в больнице ночь, то все еще можете считаться амбулаторным больным. Если вы не уверены, на каком лечении находитесь — амбулаторном или стационарном, обратитесь к персоналу больницы. Дополнительная информация приведена в информационном бюллетене «<i>Больничные льготы Medicare</i>» (<i>Medicare Hospital Benefits</i>). Этот информационный бюллетень доступен по адресу www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, или его можно получить, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.	
Услуги стационара в психиатрической больнице В число покрываемых услуг входят услуги поддержания психического здоровья, для которых требуется пребывание в больнице. • Участники программы Medicare могут пребывать на стационарном лечении в психиатрической больнице не более 190 дней в течение всей жизни. • Услуги стационара психиатрической больницы засчитываются в 190-дневный лимит в течение всей жизни только при соблюдении определенных условий. • Это ограничение в размере 190 дней не действует для услуг стационарного психиатрического лечения, предоставляемых в обычной больнице.	Доплаты или франшиза за стационарное лечение психических заболеваний, покрываемое Medicare, не применяются. Правила выдачи предварительных разрешений применяются в отношении плановой госпитализации в стационар по любым основаниям.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Вы имеете право на получение дополнительных льгот в сфере охраны психического здоровья от Medicaid. <i>Мы покрываем необходимый по медицинским показаниям уход, включая дни сверх пожизненного лимита в 190 дней.</i>	
Пребывание в стационаре: услуги стационарного лечения в больнице или ухода (SNF), оплачиваемые во время не покрываемого планом пребывания в стационаре Если вы исчерпали свои льготы по стационарному лечению или если пребывание в стационаре является необоснованным и необязательным, мы не будем оплачивать ваше пребывание в стационаре. В некоторых случаях мы оплатим услуги, получаемые при пребывании в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF). Покрываемые услуги включают, помимо прочего, перечисленные ниже. • Услуги врачей • Диагностические тесты (например, лабораторные анализы) • Рентген, радиевая и изотопная терапия, в том числе материалы и услуги технических специалистов • Хирургические перевязочные средства • Шины, гипсовые повязки и прочие приспособления для лечения переломов и смещений • Протезы и ортопедические приспособления (за исключением стоматологических), которые полностью или частично замещают функцию недееспособного или плохо функционирующего внутреннего органа, включая услуги по замене и ремонту таких приспособлений • Ортезы для ног и рук, ортопедические корсеты и воротники, фиксирующие абдоминальные бандажи, протезы ног, рук и глаз, включая услуги по регулировке, ремонту и замене, необходимые в связи с поломкой, износом, утратой или изменением состояния пациента • Физиотерапия, терапия при расстройствах речи и эрготерапия	Если вы получаете услуги в сетевой больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, франшиза или доплаты за услуги, указанные в этом разделе, не применяются. Для определенных услуг/принадлежностей требуется разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
 Диетотерапия Эти льготы предназначены для людей, страдающих диабетом, почечной недостаточностью (не проходящих диализ) или перенесших пересадку почки, при наличии направления от лечащего врача. В рамках программы Medicare (в нее входит наш план, любой другой план Medicare Advantage или Original Medicare) план покрывает стоимость трех часов индивидуальных консультаций в течение первого года прохождения диетотерапии и двух часов в течение каждого последующего года. Если ваше состояние, диагноз или условия лечения изменятся, количество часов может быть увеличено при наличии направления от врача. Терапевт должен выписать направление для получения этих услуг и ежегодно выписывать новое направление, если лечение потребует продолжить в следующем календарном году.	Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются при предоставлении покрываемых Medicare услуг диетотерапии.
 Программа профилактики диабета Medicare (MDPP) Услуги MDPP покрываются для лиц, имеющих на это право, в рамках всех планов медицинского страхования Medicare. MDPP — это структурированное воздействие с целью формирования здоровых привычек, включающее практические занятия по долгосрочному изменению пищевых привычек, повышению физической активности и формированию стратегий решения проблем для преодоления трудностей, связанных с последовательным и устойчивым снижением веса и поддержанием здорового образа жизни.	Сострахование, доплата и франшиза не применяются в отношении льгот, предоставляемых по программе MDPP.

Препараты, покрываемые по Части В программы Medicare

Данные лекарственные препараты покрываются в рамках Части В программы Original Medicare. Участники нашего плана получают покрытие таких препаратов в рамках нашего плана. Ниже описаны покрываемые лекарственные препараты:

- Препараты, которые обычно вводятся пациентом не самостоятельно, а в виде инъекции или вливания на приеме у терапевта, в ходе амбулаторного лечения в больнице или амбулаторном хирургическом центре
- Инсулин, который вводится через изделие категории медицинского оборудования длительного пользования (например, инсулиновую помпу, установленную по медицинским показаниям)
- Другие лекарственные препараты, которые принимаются с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, ингаляторов), утвержденные нашим планом
- Лекарство от болезни Альцгеймера, Leqembi® (дженерик — lecanemab), которое вводится внутривенно. В дополнение к расходам на лекарства, вам могут потребоваться дополнительные обследования и анализы до и/или во время лечения, которые могут увеличить ваши общие расходы. Поговорите со своим врачом о том, какие обследования и анализы могут потребоваться в рамках лечения
- Факторы свертываемости крови, вводимые самостоятельно в виде инъекции при гемофилии
- Трансплантационные/иммуносупрессивные препараты: Medicare покрывает трансплантационную медикаментозную терапию, если программа Medicare оплатила вашу трансплантацию органа. Вы должны быть участником Части А на момент покрываемой трансплантации и Части В на момент получения иммуносупрессивных препаратов. Покрытие

Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении участников, имеющих право на получение рецептурных препаратов по Части В Medicare.

Для определенных принадлежностей требуется разрешение.

Вы платите не более \$35 за запас каждого препарата инсулина на один месяц, независимо от уровня разделения затрат и даже если вы не оплатили свою франшизу.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
лекарств Medicare (Часть D) покрывает иммуносупрессивные препараты, если Часть В их не покрывает • Лекарства в виде инъекции для лечения остеопороза, если вы не можете выйти из дома, у вас перелом, по заключению врача связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно ввести препарат • Некоторые антигены: Medicare покрывает антигены, если врач готовит их, а правильно проинструктированный человек (которым можете быть вы — пациент) вводит их под надлежащим наблюдением • Некоторые пероральные препараты для лечения рака: Medicare покрывает некоторые пероральные препараты от рака, которые вы принимаете перорально, если тот же препарат доступен в инъекционной форме или является пролекарством (пероральная форма препарата, которая при приеме внутрь распадается на тот же активный ингредиент, который содержится в инъекционном препарате). По мере появления новых пероральных препаратов от рака они могут быть включены в Часть В. Если Часть В не покрывает их, то их покрывает Часть D • Пероральные препараты от тошноты: Medicare покрывает пероральные препараты против тошноты, которые вы используете в рамках противораковой химиотерапевтической схемы, если они вводятся до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии либо используются в качестве полной терапевтической замены внутривенного препарата против тошноты • Некоторые пероральные препараты для лечения терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD), покрываемые Частью В программы Medicare	

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
• Кальцимиметические и фосфат-связывающие препараты в рамках системы оплаты ESRD, включая внутривенный препарат Parsabiv® и пероральный препарат Sensipar® • Некоторые лекарственные препараты для диализа в домашних условиях, в том числе гепарин, антидот для гепарина (если он необходим по медицинским показаниям) и местные анестетики • Эритропоэз-стимулирующие средства: Medicare покрывает эритропоэтин в виде инъекций, если у вас терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD) или вам нужен этот препарат для лечения анемии, связанной с некоторыми другими заболеваниями (например, Procrit®) • Внутривенный иммуноглобулин для домашнего лечения первичных заболеваний, связанных с иммунодефицитом • Парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое питание) Кроме того, покрытие распространяется на некоторые вакцины в рамках программы льгот на получение рецептурных препаратов по Части В и большинство вакцин для взрослых в рамках программы льгот на получение препаратов по Части D. В главе 5 описаны льготы на получение лекарственных препаратов, предусмотренных Частью D, в том числе правила, которые необходимо соблюдать для получения покрытия рецептов. В главе 6 описано, какие суммы вы оплачиваете за препараты, предусмотренные Частью D, в рамках нашего плана.	
 Обследование для выявления ожирения и лечение для поддержки непрерывного снижения веса Если ваш индекс массы тела составляет 30 и более, мы предоставим покрытие целенаправленных консультаций по снижению веса. Стоимость этих консультаций покрывается, если вы получаете их в учреждении по оказанию первичного медицинского	Сострахование, доплата и франшиза не применяются при профилактическом обследовании для выявления ожирения и соответствующей терапии.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
обслуживания, в котором их можно скоординировать с вашим комплексным планом профилактики. Дополнительную информацию вы можете получить у своего основного лечащего врача или практикующего специалиста.	
Услуги программы по борьбе с опиоидной зависимостью Участники нашего плана с опиоидной зависимостью (OUD) могут получить страховое покрытие услуг по лечению OUD в рамках Программы по борьбе с опиоидной зависимостью (ОТР), которая включает в себя перечисленные ниже услуги: • Препараты заместительной терапии (МАТ) опиоидными агонистами и антагонистами, одобренные Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) • Отпуск и контроль за приемом препаратов для проведения МАТ (если применимо) • Консультирование по поводу расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ • Индивидуальная и групповая терапия • Токсикологические анализы • Регистрационные мероприятия • Периодические оценки состояния здоровья	Сострахование, доплата и франшиза не применяются в отношении участников, имеющих право на получение услуг по лечению опиоидной зависимости. Требуется предварительное разрешение.
Амбулаторные диагностические обследования, терапевтическое лечение и соответствующие расходные материалы Покрываемые услуги включают, помимо прочего, перечисленные ниже: • Рентген • Лучевая терапия (радиевая и изотопная), в том числе материалы и принадлежности технических специалистов • Хирургические принадлежности (например, повязки)	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении амбулаторных диагностических обследований, амбулаторного терапевтического лечения и соответствующих принадлежностей.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
• Шины, гипсовые повязки и прочие приспособления для лечения переломов и смещений • Лабораторные исследования • Кровь — включая хранение и переливание. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой пинты крови, которая вам необходима: вы должны либо оплатить расходы на первые три пинты крови, которые вы получите в течение календарного года, либо сдать кровь сами, или кто-то другой может сдать ее для вас. Все остальные компоненты крови покрываются начиная с первой использованной пинты • Диагностические нелабораторные тесты, такие как КТ, МРТ, ЭКГ и ПЭТ, назначенные врачом или другим поставщиком медицинских услуг для лечения медицинской проблемы • Другие диагностические тесты для амбулаторных пациентов	Для проведения МРТ и ПЭТ требуется предварительное разрешение. Лабораторные услуги: плановые лабораторные услуги. * Разрешение не требуется. * Для получения некоторых лабораторных услуг может потребоваться разрешение.
Амбулаторное наблюдение за пациентом Услуга наблюдения за пациентом — это услуга, предоставляемая больницей амбулаторно с целью определить, нуждается ли пациент в госпитализации или может быть выписан. Чтобы получить покрытие услуги амбулаторного наблюдения за пациентом, необходимо, чтобы такая услуга соответствовала критериям, установленным Medicare, а ее предоставление было обоснованным и необходимым по медицинским показаниям. Услуги наблюдения за пациентом покрываются только в том случае, если они оказываются по назначению врача или иного лица, имеющего право делать такие назначения в соответствии с законом штата о лицензировании и внутренними нормами, относящимися к персоналу больниц.	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении амбулаторных услуг наблюдения, предоставляемых больницами. Для определенных услуг/принадлежностей требуется разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Примечание. При отсутствии письменного распоряжения со стороны поставщика услуг о принятии вас на стационарное лечение в больницу вы считаетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете суммы разделения затрат на оказание амбулаторных услуг. Даже если вы проведете в больнице ночь, то все еще можете считаться амбулаторным больным. Если вы не уверены, что находитесь на стационарном лечении, уточните это у сотрудников больницы. Дополнительная информация приведена в информационном бюллетене «<i>Больничные льготы Medicare</i>» (<i>Medicare Hospital Benefits</i>). Этот информационный бюллетень доступен по адресу www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, или его можно получить, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.	
Амбулаторные услуги, предоставляемые больницами Мы оплачиваем услуги, необходимые по медицинским показаниям, которые вы получаете в больницах для диагностики или лечения заболевания либо травмы. Покрываемые услуги включают, помимо прочего, перечисленные ниже: • Услуги в отделении экстренной медицинской помощи или в поликлинике, (например, наблюдение или хирургия в амбулаторных условиях) • Лабораторные и диагностические анализы, счета за которые выставляет больница • Психиатрическое лечение, в том числе помощь по программе частичной госпитализации, если по заключению врача при отсутствии такой помощи потребуется стационарное лечение • Рентгеновское обследование и другие рентгенологические услуги, счета за которые выставляет больница	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении амбулаторных услуг, предоставляемых больницами. Для определенных услуг/принадлежностей требуется разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
• Медицинские принадлежности, (например, шины и гипсовые повязки) • Некоторые препараты, в том числе биологические, которые невозможно принимать самостоятельно Примечание. При отсутствии письменного распоряжения со стороны поставщика услуг о принятии вас на стационарное лечение в больницу вы считаетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете суммы разделения затрат на оказание амбулаторных услуг. Даже если вы проведете в больнице ночь, то все еще можете считаться амбулаторным больным. Если вы не уверены, что находитесь на стационарном лечении, уточните это у сотрудников больницы.	
Амбулаторные услуги по охране психического здоровья Покрываются перечисленные ниже услуги: Услуги психиатрического лечения, оказываемые психиатром или врачом, клиническим психологом, социальным работником клиники, медсестрой-специалистом в клинике, лицензированным консультантом по психическому здоровью (LPC), лицензированным терапевтом по вопросам семьи и брака (LMFT), практикующей медсестрой (NP), помощником врача (PA) или другим специалистом в области психиатрического лечения, имеющим разрешение на работу в данном штате и утвержденным по программе Medicare, согласно действующим законам штата.	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении амбулаторных услуг по охране психического здоровья. Требуется предварительное разрешение.
Амбулаторные услуги реабилитации Покрываются следующие услуги: физиотерапия, эрготерапия и терапия при расстройствах речи. Амбулаторные реабилитационные услуги предоставляются в различных амбулаторных медицинских учреждениях, например поликлиниках при больницах, независимых терапевтических кабинетах и неспециализированных амбулаторных реабилитационных учреждениях (CORF).	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении амбулаторных услуг по охране психического здоровья. Требуется предварительное разрешение.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Амбулаторное лечение расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ Покрываются, в частности, перечисленные ниже услуги. • Индивидуальные и групповые сеансы консультирования или терапии • Лечение при злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами Консультации по семейным вопросам по мере необходимости для помощи в лечении.	Доля сострахования, доплата или франшиза не взимаются за покрываемые программой Medicare сеансы индивидуальной и групповой терапии. Требуется предварительное разрешение.
Хирургия в амбулаторных условиях, в том числе услуги, предоставляемые в поликлиниках при больницах и амбулаторных хирургических центрах Примечание. При проведении хирургической операции в больнице необходимо уточнить у своего поставщика, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. При отсутствии письменного распоряжения со стороны поставщика о принятии вас на стационарное лечение в больницу вы считаетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете свою долю расходов на хирургию в амбулаторных условиях. Даже если вы проведете в больнице ночь, то все еще можете считаться амбулаторным больным.	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении хирургии в амбулаторных условиях. *Для услуг амбулаторного хирургического центра разрешение не требуется. Предварительное разрешение требуется для получения амбулаторных услуг, предоставляемых больницами.
Услуги частичной госпитализации и услуги интенсивного амбулаторного лечения <i>Программа частичной госпитализации</i> это структурированная программа активного амбулаторного психиатрического лечения, которая предоставляется амбулаторно в больнице или социальных центрах поддержания психического здоровья, более интенсивная по сравнению лечением, предоставляемым вашим лечащим врачом, терапевтом, лицензированным консультантом по вопросам брака и семьи (LMFT) или лицензированным профессиональным консультантом. Эта программа является альтернативой стационарной госпитализации.	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении хирургии в амбулаторных условиях. Требуется предварительное разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
<i>Услуги интенсивного амбулаторного лечения</i> оказываются в рамках структурированной программы активной поведенческой терапии (психотерапии) в амбулаторных отделениях больниц, местных центрах психического здоровья, медицинских центрах, соответствующих федеральным стандартам, или в сельских медицинских учреждениях. Такая терапия является более интенсивной по сравнению с лечением, предоставляемым вашим лечащим врачом, терапевтом, лицензированным консультантом по вопросам брака и семьи (LMFT) или лицензированным профессиональным консультантом, но менее интенсивной в сравнении с лечением при частичной госпитализации. Примечание. Поскольку в нашей сети нет социальных центров психиатрической помощи, мы покрываем только услуги частичной госпитализации, оказываемые при больницах.	
Услуги терапевта или практикующего специалиста, в том числе посещения кабинета врача Покрываются перечисленные ниже услуги: • Медицинская помощь, необходимая по медицинским показаниям, или хирургические услуги, которые вы получаете в кабинете врача, сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или в любом другом месте • Консультации, диагностика и лечение, проводимые специалистами • Общая проверка слуха и вестибулярного аппарата, выполняемая <i>PCP</i>, если такая проверка назначена вашим лечащим врачом для определения необходимости лечения • Некоторые услуги телемедицины, включая консультации, диагностику и назначение лечения терапевтом или иным врачом, предназначенные для пациентов, проживающих	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении этих услуг. Вам не нужно направление для посещения кабинета специалиста плана. *Предварительное разрешение не требуется только для первых 3-х посещений специалиста. Для всех последующих посещений требуется разрешение.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
на определенных сельских территориях или в иных районах согласно правилам Medicare • Услуги телемедицины, связанные с ежемесячными консультациями, предоставляемыми пациентам с терминальной стадией почечной недостаточности, получающим услуги диализа на дому, в центре гемодиализа на базе больницы или в центре гемодиализа на базе больницы, предназначенной для оказания помощи в критических ситуациях, или в ином учреждении гемодиализа • Телемедицинские услуги по диагностированию, оценке и устранению последствий инсульта, независимо от вашего местоположения • Телемедицинские услуги для участников с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, или сопутствующим психическим расстройством, вне зависимости от их местонахождения • Телемедицинские услуги для диагностики, оценки и лечения психических заболеваний, если: • Вы посещали врача очно в течение 6 месяцев до вашей первой телемедицинской консультации • Вы посещаете врача очно каждые 12 месяцев, пока получаете эти телемедицинские услуги • Исключения из вышеуказанного могут быть сделаны при определенных обстоятельствах • Телемедицинские услуги для обращения за психиатрической помощью, оказываемые клиниками в сельской местности или медицинскими центрами, квалифицированными на федеральном уровне • Краткие виртуальные консультации врача (например, по телефону или посредством видеосвязи) продолжительностью 5–10 минут при условии, что: • вы не являетесь новым пациентом; и	

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
• консультация не связана с посещением врача на протяжении последних семи дней; и • консультация не влечет за собой посещения врача в течение следующих 24 часов или при первой возможности. • Заключение по результатам рассмотрения видеозаписи или снимков, присланных вами врачу, а также разъяснения со стороны врача и дополнительные консультации в течение 24 часов, при условии, что: • вы не являетесь новым пациентом; и • получение заключения не связано с посещением врача на протяжении последних семи дней; и • заключение по результатам рассмотрения не влечет за собой посещения врача в течение следующих 24 часов или при первой возможности. • Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, посредством Интернета или с использованием электронного медицинского архива • Независимое заключение <i>другого сетевого поставщика услуг</i> перед операцией • Внеплановые стоматологические услуги (в число покрываемых услуг входит хирургия челюсти и соседних тканей, лечение переломов челюсти и лицевых костей, удаление зубов при подготовке челюсти к лучевой терапии раковых новообразований, а также покрываемые услуги врачей) • Услуги телемедицины, предоставляемые квалифицированными эрготерапевтами (OT), физиотерапевтами (PT), логопедами (SLP) и аудиологами	

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Услуги подиатра Покрываются перечисленные ниже услуги: • Диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразного пальца стопы или костных выростов на пятках); • Регулярный осмотр стоп для участников с определенными медицинскими показаниями, при которых требуется уход за нижними конечностями.	Сострахование, доплата или франшиза за услуги подиатра не предусмотрены. * Если у вас нет диагностирован диабет, после 4-го визита к подологу потребуется разрешение. * Если у вас диагностирован диабет, разрешение потребуется после 6 визитов к подологу.
 Доконтактная профилактика (PrEP) ВИЧ-инфекции Если у вас нет ВИЧ, но ваш врач или другой поставщик медицинских услуг определит, что вы подвержены повышенному риску заражения ВИЧ, мы покрываем препараты доконтактной профилактики (PrEP) и сопутствующие услуги. Если вы соответствуете критериям, покрываются следующие услуги: • Одобренные FDA пероральные или инъекционные препараты PrEP. Если вы получаете инъекционный препарат, мы также покрываем стоимость услуги введения данного препарата. • До 8 индивидуальных консультаций (включая оценку риска заражения ВИЧ и его снижение, а также соблюдение режима приема лекарств) каждые 12 месяцев. • До 8 тестов на ВИЧ каждые 12 месяцев. Одноразовое тестирование на вирус гепатита В.	Сострахование, доплата и франшиза не применяются в отношении услуги PrEP.
 Скрининг рака простаты Для мужчин в возрасте 50 лет и старше покрываются (один раз в 12 месяцев): • Пальцевое обследование прямой кишки • Тест на специфический антиген простаты (PSA)	Сострахование, доплата или франшиза не применяются при проведении ежегодного анализа на PSA.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Протезно-ортопедические изделия и сопутствующие принадлежности Устройства (кроме стоматологических), которые полностью или частично заменяют часть тела или ее функцию. Сюда входят, помимо прочего, тестирование, примерка или обучение использованию протезов и ортопедических приспособлений, а также калоприемники и другие принадлежности, необходимые при колостомии, кардиостимуляторы, ортопедические принадлежности, протетическая обувь, протезы конечностей и молочной железы (в том числе хирургические бюстгалтеры, необходимые после удаления молочной железы). В список также входят определенные принадлежности, связанные с протезами и ортопедическими изделиями, а также ремонт и/или замена протезов и ортопедических изделий. Предоставляется покрытие затрат на уход после удаления катаракты или хирургического лечения катаракты. Для получения дополнительной информации см. пункт «<i>Офтальмологические услуги</i>» далее в этой таблице.	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении протезных устройств и сопутствующих товаров. Требуется предварительное разрешение.
Реабилитационные услуги при заболеваниях легких Покрытие комплексных программ легочной реабилитации предоставляется участникам, страдающим хроническими обструктивными заболеваниями легких (COPD) от средней до особо тяжелой формы, при наличии <i>направления</i> на реабилитацию от врача, лечащего хронические респираторные заболевания.	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении реабилитационных услуг при заболеваниях легких. Требуется предварительное разрешение.
 Обследование и рекомендации для отказа от злоупотребления алкоголем Мы оплачиваем одно обследование для отказа от злоупотребления алкоголем для взрослых (включая беременных женщин), злоупотребляющих алкоголем, но не страдающих алкогольной зависимостью.	Сострахование, доплата или франшиза не применяются, если профилактическое обследование и консультирование для отказа от злоупотребления

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Если результаты вашего обследования укажут на злоупотребление алкоголем, вам будет предоставлено до 4 кратких индивидуальных консультаций в год (если вы в состоянии понимать и осознавать происходящее в ходе этих консультаций). Консультации проведет квалифицированный врач или практикующий специалист в учреждении по оказанию первичного медицинского обслуживания.	алкоголем покрываются программой Medicare.
 Компьютерная томография с низкой дозой облучения для скрининга рака легких (LDCT) Лицам, соответствующим определенным требованиям, план покрывает LDCT-диагностику один раз в 12 месяцев. Требования к участникам: возраст от 50 до 77 лет, отсутствие признаков или симптомов рака легких, стаж курения не менее 20 условных лет курения, при этом данные лица курят в настоящее время или бросили курить менее 15 лет назад, получили направление от терапевта или другого специалиста на LDCT-диагностику в процессе диагностики рака легких, консультирования и посещения врачебной комиссии для коллегиального принятия решения в соответствии с требованиями программы Medicare. <i>Для получения LDCT-диагностики рака легких после первичной LDCT-диагностики участник должен получить направление на LDCT-диагностику рака легких, которое может быть выдано терапевтом или другим специалистом во время соответствующего приема. Если врач или квалифицированный медицинский работник решает провести последующую консультацию или прием для совместного принятия решения с выдачей направления на последующую LDCT-диагностику для скрининга рака легких, консультация и прием должны отвечать критериям, установленным для таких услуг программой Medicare.</i>	Сострахование, доплата или франшиза не применяются в отношении консультации и приема для совместного принятия решения или LDCT-диагностики, покрываемых по программе Medicare.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
 Скрининг на инфицирование вирусным гепатитом С Мы покрываем один скрининг на гепатит С, если его назначил ваш лечащий врач или другой квалифицированный поставщик медицинских услуг и вы соответствуете одному из следующих условий: • Вы находитесь в группе высокого риска, потому что употребляете или ранее употребляли запрещенные инъекционные наркотики. • Вам делали переливание крови до 1992 года. • Вы родились в 1945–1965 годах. Если вы родились в период с 1945 по 1965 год и не относитесь к группе высокого риска, мы оплачиваем один скрининг. Если вы относитесь к группе высокого риска (например, продолжали употреблять запрещенные инъекционные наркотики после предыдущего отрицательного теста на гепатит С), мы покрываем ежегодный скрининг.	Сострахование, доплата или франшиза не применяются, если скрининг на вирусный гепатит С покрывается Medicare.
 Обследование для выявления инфекций, передающихся половым путем (STI), и рекомендации по их профилактике Мы покрываем стоимость обследований для выявления инфекций, передающихся половым путем (STI) (хламидии, гонорея, сифилис и гепатит В), для беременных женщин и определенной категории людей, входящих в группу повышенного риска заражения STI, если анализы проводятся по направлению лечащего врача. Мы оплачиваем эти анализы один раз в 12 месяцев или в определенные сроки во время беременности. Кроме того, мы оплачиваем две сессии индивидуального поведенческого консультирования высокой интенсивности продолжительностью 20–30 минут ежегодно для взрослых, ведущих активную сексуальную жизнь и входящих в группу риска заболевания STI. Мы покрываем данные консультации в качестве профилактической услуги только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичных медицинских услуг в учреждении первичной медицинской помощи, например в кабинете врача.	Сострахование, доплата или франшиза не применяются, если профилактическое обследование и консультирование для профилактики STI покрываются Medicare.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Услуги по лечению заболеваний почек Покрываются перечисленные ниже услуги: • Обучение участников с заболеваниями почек правильному уходу за собой при таких заболеваниях, а также помощь участникам в принятии обдуманных решений касательно такого ухода. Для участников с хроническим заболеванием почек IV стадии при наличии направления от лечащего врача оплачивается в целом не более 6 обучающих занятий • Диализ в амбулаторных условиях, в том числе диализ при временном нахождении за пределами территории обслуживания в соответствии с положениями главы 3 или в ситуации, когда ваш поставщик данной услуги временно недоступен • Диализ в стационарных условиях (если вы приняты на стационарное лечение в больницу для оказания специализированной медицинской помощи) • Обучение самостоятельному проведению диализа (в том числе обучение другого человека помимо вас, который будет помогать вам проводить диализ в домашних условиях) • Оборудование и принадлежности для проведения диализа в домашних условиях • Определенные услуги поддержки на дому (например, при необходимости, посещения опытного специалиста по проведению диализа, который проверит, правильно ли вы проводите диализ на дому, поможет в экстренных случаях и проверит оборудование для проведения диализа и источник воды) Некоторые препараты для проведения диализа оплачиваются по программе Medicare, Часть В. Дополнительную информацию об этом см. в разделе «Препараты, покрываемые Частью В программы Medicare» в этой таблице.	Сострахование, доплата или франшиза не применяются, если обучение участников с заболеваниями почек покрывается страховкой Medicare. * Для получения образовательных услуг по заболеваниям почек разрешение не требуется. * Для участника, не сертифицированного как ESRD по форме HCFA 2728, требуется разрешение.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF) (Определение квалифицированного сестринского ухода в соответствующем учреждении см. в главе 12. В некоторых случаях учреждения квалифицированного сестринского ухода называются SNF.) План покрывает до 100 дней каждого льготного периода, при этом требуется как минимум 3-дневное предварительное пребывание в больнице. Покрываемые услуги включают, помимо прочего, перечисленные ниже: • Пребывание в двухместной палате (или отдельной палате, если это необходимо по медицинским показаниям) • Питание, в том числе особую диету • Услуги квалифицированной медсестры • Физиотерапию, эрготерапию и терапию при расстройствах речи • Препараты, назначенные вам в рамках планового ухода (к ним относятся вещества, в естественном виде присутствующие в организме, например факторы свертываемости крови) • Кровь — включая хранение и переливание. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой пинты крови, которая вам потребуется: вы должны либо оплатить расходы на первые 3 пинты крови, которые вы получите в течение календарного года, либо сдать кровь сами, или кто-то другой может сдать кровь для вас. Все остальные компоненты крови покрываются начиная с первой использованной пинты • Медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые SNF • Лабораторные анализы, обычно проводимые SNF • Рентген и прочие услуги радиологии, обычно предоставляемые SNF • Использование специальных приспособлений, например инвалидных колясок, обычно предоставляемых SNF	Сострахование, доплата или франшиза не применяются, если услуги квалифицированной медсестры покрываются страховкой. Требуется предварительное разрешение. Льготный период начинается в день поступления в стационар и заканчивается в день, когда Вы не получали никакого стационарного лечения в больнице (или квалифицированного сестринского ухода в SNF) в течение 60 дней подряд. Если вы обратитесь в больницу или учреждение сестринского ухода после окончания одного периода предоставления льгот, начнется новый период предоставления льгот.
---	--

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
• Услуги терапевта или практикующего специалиста Как правило, услуги SNF получают в сетевых учреждениях. При определенных обстоятельствах, перечисленных ниже, вы можете оплачивать услуги по ставкам для сетевых учреждений, даже если учреждение не входит в сеть, если оно принимает платежи, установленные нашим планом. • В учреждении сестринского ухода или в интернате для престарелых с постоянным уходом, где вы жили до госпитализации (при условии, что там предоставляется квалифицированный сестринский уход) • SNF, в котором проживает ваш(-а) супруг(-а) или гражданский(-ая) супруг(-а) на момент вашей выписки из больницы	
 Отказ от курения и употребления табака (консультации по отказу от курения и употребления табака) Консультации по отказу от курения и употребления табака покрываются для амбулаторных и госпитализированных пациентов, которые соответствуют следующим критериям: • Употребляют табак, независимо от того, проявляются ли у них признаки или симптомы заболеваний, связанных с употреблением табака • В состоянии понимать и осознавать происходящее в ходе этих консультаций • Консультирование проводится квалифицированным врачом или другим специалистом, признанным Medicare Мы покрываем 2 попытки отказа от курения в год (каждая попытка может включать максимум 4 промежуточные или интенсивные сессии, при этом пациент может пройти до 8 сессий в год).	Сострахование, доплата или франшиза не применяются, если профилактические мероприятия, проводимые для отказа от табака и курения, покрываются программой Medicare.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Специальные дополнительные льготы для пациентов с хроническими заболеваниями Льготы на безрецептурные товары (ОТС) + продукты питания Для соответствующих критериям участников с определенными хроническими заболеваниями специальное дополнительное пособие для хронически больных (льготы на приобретение продуктов питания) сочетается с льготами ОТС и покрывает определенные продукты питания в рамках ежемесячных льгот ОТС, которые можно приобрести только в определенных аптеках и/или розничных магазинах. Право на получение данной льготы не может быть гарантировано исключительно на основании вашего состояния здоровья. Соответствующие критериям участники будут уведомлены и получают инструкции о том, как получить доступ к этой льготе. Эта льгота может быть доступна участникам со следующими хроническими заболеваниями: ○ Аутоиммунные заболевания ○ Онкологические заболевания ○ Сердечно-сосудистые заболевания ○ Хроническая алкогольная и иная зависимость ○ Хронические и тяжелые психические заболевания ○ Хроническая сердечная недостаточность ○ Хронические заболевания легких ○ Деменция ○ Сахарный диабет ○ Терминальная хроническая почечная недостаточность (ESRD) ○ Эндокринные заболевания ○ Желудочно-кишечные заболевания ○ ВИЧ/СПИД ○ Гипертония ○ Неврологические заболевания ○ Остеоартроз	Сумма льготы на безрецептурные препараты (ОТС) и продукты питания составляет \$302 в месяц. Соответствующим критериям участникам разрешается использовать сумму льготы на ОТС для оплаты товаров, отвечающих критериям ОТС, продуктов питания, в частности фруктов и овощей, а также коммунальных услуг.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
○ Тяжелые гематологические заболевания ○ Инсульт	
Лечебная физкультура под наблюдением (SET) План покрывает занятия лечебной физкультурой участникам, страдающим заболеванием периферических кровеносных сосудов (PAD), которые получили направление на занятия лечебной физкультурой от врача, ведущего лечение PAD. При выполнении требований программы SET покрытие включает до 36 занятий в течение 12 недель. Программа SET должна отвечать следующим критериям: • Программа состоит из занятий лечебной физкультурой продолжительностью 30–60 минут для участников с PAD, у которых наблюдаются перемежающаяся хромота • Занятия проводятся амбулаторно при больнице или в кабинете врача • Занятия проводятся квалифицированными специалистами, обеспечивающими минимизацию рисков и прошедшими обучение методикам лечебной физкультуры для страдающих PAD • Занятия проводятся под прямым наблюдением врача, помощника врача или практикующей медсестры/клинической медсестры, которые прошли обучение простым и расширенным методам реанимации Покрытие SET может быть продлено на 36 занятий в дополнение к 36 занятиям в течение 12 недель, если поставщик медицинских услуг вынесет заключение, что они необходимы по медицинским показаниям.	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются, если лечебная физкультура под наблюдением покрывается страховкой. Требуется предварительное разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
Услуги срочной медицинской помощи Покрываемые планом услуги, предполагающие незамедлительное оказание медицинской помощи в неэкстренной ситуации, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или, даже если вы находитесь в пределах зоны обслуживания плана, с учетом времени, места и обстоятельств нецелесообразно получать соответствующие услуги у сетевых поставщиков. Наш план должен покрывать срочную помощь и взимать с вас плату только за участие в затратах внутри сети. Примерами срочно необходимых услуг являются услуги, которые требуются при внезапных заболеваниях и травмах, а также при неожиданных обострениях существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые посещения врача (например, ежегодные осмотры) не относятся к срочно необходимым услугам, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна. Срочно необходимые услуги покрываются в пределах Соединенных Штатов Америки и их территорий.	Вы ничего не платите за визиты к врачу, покрываемые Medicare, в случае необходимости оказания срочной медицинской помощи.
 Офтальмологические услуги Покрываются перечисленные ниже услуги: - Амбулаторные услуги терапевта для диагностики и лечения заболеваний и травм глаз, в том числе лечение возрастной дегенерации желтого пятна. Программа Original Medicare не покрывает регулярные проверки зрения (определение рефракции глаз) для подбора очков или контактных линз. - Для людей с высоким риском глаукомы мы оплачиваем одно обследование на глаукому каждый год. К лицам с повышенным риском развития глаукомы относятся, в частности: лица с семейным анамнезом глаукомы, лица, страдающие диабетом, афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше и латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше.	Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в отношении офтальмологических услуг. Диагностическая оценка для лечения заболеваний и травм глаз проводится только 1 раз в год без предварительного разрешения. Для всех последующих оценок потребуется предварительное разрешение.

Покрываемая услуга	Ваша сумма к оплате
• Для лиц, страдающих сахарным диабетом, покрывается обследование на диабетическую ретинопатию один раз в год • Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты, включая установку искусственного хрусталика. Если вы перенесли две разные операции по удалению катаракты, вы не можете зарезервировать льготу после первой операции, чтобы приобрести две пары очков после второй.	
 Первичный профилактический осмотр при регистрации в программе Medicare Мы покрываем однократный первичный профилактический осмотр <i>при регистрации в программе Medicare</i>. В ходе этого осмотра врач проверяет ваше здоровье в целом, дает советы и рекомендации по необходимым профилактическим услугам (в том числе по определенным обследованиям и прививкам), а также при необходимости дает направления к другим специалистам. Важная информация. Мы оплачиваем первичный профилактический осмотр <i>при регистрации в программе Medicare</i> только в течение первых 12 месяцев после регистрации в Части В программы Medicare. Назначая время приема, сообщите своему врачу о желании пройти такой профилактический осмотр.	При первичном профилактическом осмотре при регистрации в программе Medicare (<i>«Добро пожаловать в Medicare»</i>) не применяется сострахование, доплата или франшиза.

ElderServe MAP (HMO D-SNP) — это план для бенефициаров с особыми потребностями и правом участия в обеих программах, который сочетает покрытие Medicare с льготами Medicaid, включая дополнительные услуги по долгосрочному уходу, специально разработанные для участников, которым требуется уход на уровне учреждения сестринского ухода.

В следующей таблице перечислены дополнительные льготы и услуги Medicaid, доступные для участников ElderServe MAP (HMO D-SNP). В большинстве случаев для получения дополнительных льгот, описанных в этом разделе, вы будете использовать свою идентификационную (ID) карту участника ElderServe MAP (HMO D-SNP).

Услуги Medicaid, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении этих услуг
Дневное медицинское обслуживание для взрослых Предоставляет медицинские услуги, сестринский уход, услуги по предоставлению питания и составления диеты, социальные услуги, реабилитационное лечение, организацию досуга, фармацевтические и другие дополнительные услуги. Услуги предоставляются в утвержденном SNF или в других утвержденных учреждениях.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.
Услуги в области поведенческого здоровья: - Интенсивное лечение по месту жительства (ACT) - Долговременная реабилитация в дневном стационаре (CDT) - Комплексная программа экстренной психиатрической помощи (CPEP) - Частичная госпитализация (PH) - Персональные реабилитационные услуги (PROS) - Кризисное жилье - Стационарный реабилитационный центр лечения зависимости штата - Услуги учреждений, предоставляющих лечение с проживанием - Поликлиника - Амбулаторная реабилитация - Услуги для восстановления и поддержки по месту жительства (CORE) - Передвижные группы кризисной помощи	Доплата в размере \$0. Может потребоваться разрешение.
Услуги персонального ухода, координируемые клиентом Это специализированная услуга, в рамках которой участник или лицо, выступающее от имени участника как назначенный представитель, самостоятельно отдает указания и распоряжения, касающиеся личного ухода за участником, и прочих услуг, доступных участнику. Услуги включают в себя частичную или полную помощь с личной гигиеной, одеванием и кормлением, помощь в приготовлении пищи и ведении домашнего хозяйства, а	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.

также помощь по уходу на дому и сестринские услуги. Эти услуги оказываются сиделкой, которую выбирает и контролирует участник или назначенный им представитель.	
Доставка пищи на дом и групповое питание Предоставление пищи на дом или в коллективных учреждениях, например домах престарелых, для лиц, неспособных приготовить пищу, или ее приготовление.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.
Социально-медицинские услуги Необходимая с медицинской точки зрения оценка, организация и оказание помощи в решении социальных проблем, связанных с содержанием человека дома.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.
Питание Оценка состояния/потребностей питания, разработка и оценку планов лечения, обучение в области питания, безотрывное обучение, включая культурные факторы.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.
Амбулаторная реабилитация (ОТ, РТ, терапия при расстройствах речи) Амбулаторные услуги по реабилитации — физиотерапия (РТ), эрготерапия (ОТ) и терапия при расстройствах речи (СТ) — назначенные врачом или другим лицензированным специалистом, покрываются, если необходимы с медицинской точки зрения (без ограничений по количеству визитов).	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.
Услуги по поддержанию личной гигиены Необходимая с медицинской точки зрения помощь с такими мероприятиями, как личная гигиена, одевание и кормление, а также функциональные задачи обеспечения питания и жизнеобеспечения. Услуги по личному уходу требуют назначения врача, предварительного одобрения и должны быть необходимы с медицинской точки зрения.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Персональная система вызова экстренной медицинской помощи (PERS) Электронное устройство, которое позволяет обеспечивать помощь лицам в физической, эмоциональной или окружающей чрезвычайной ситуации.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.
Услуги персональной медсестры Этот тип услуг предусматривает услуги помощников по уходу на дому, сопровождающего и домохозяйки и может включать услуги медсестры на дому или по месту жительства. Они предоставляются в соответствии с письменным планом лечения, составленным лечащим врачом, зарегистрированным помощником врача или сертифицированной практикующей медсестрой. Услуги частной медсестры должны предоставляться лицом, имеющим лицензию и действующую регистрацию в Департаменте образования штата New York на осуществление практики в качестве зарегистрированной профессиональной медсестры или лицензированной практической медсестры.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.
Социальная и бытовая поддержка Услуги и медикаменты для поддержания медицинских потребностей участника программы. В том числе возможно выполнение задач по ведению домашнего хозяйства, домашней работе, улучшению жилищных условий и временному уходу за больными и инвалидами в период отдыха лиц, осуществляющих уход за ними.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.
Дневное пребывание без медицинского обслуживания Структурированная комплексная программа, предоставляющая лицам с физическими или умственными ограничениями возможности для общения, наблюдения и контроль, личный уход и питание в контролируемых условиях в любое время дня, но в течение не более чем 24-х часов. Дополнительные услуги могут включать в себя, помимо прочего, поддержание и улучшение навыков для повседневной жизни, транспортировку, помощь лица, осуществляющего уход, а также координацию и помощь в обслуживании.	Доплата в размере \$0. Требуется предварительное разрешение.

Услуги по уходу за зрением

Участники получают покрываемые Medicaid услуги по охране зрения в виде услуг специалистов по подбору очков, офтальмологов и специалистов по подбору линз, например, очковых линз, необходимых по медицинским показаниям контактных линз и поликарбонатных линз, искусственных глаз (имеющихся на рынке или изготовленных на заказ); приспособления для слабовидящих и услуги для слабовидящих. Также покрывается ремонт или замена деталей, обследования для диагностики и лечения дефектов зрения и/или заболеваний глаз. Обследования рефракции, покрываемые программой Medicaid, проводятся не чаще одного раза в 2 (два) года, если иное не было обосновано медицинскими показаниями. Очки, покрываемые программой Medicaid, не требуют замены чаще, чем раз в два (2) года, если в этом нет медицинской необходимости, за исключением случаев, если очки потеряны, повреждены или сломаны.

Доплата в размере \$0

Требуется предварительное разрешение.

РАЗДЕЛ 3 Услуги, покрываемые вне плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

Следующие услуги не покрываются планом *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, но доступны в рамках программы Medicaid.

Аптеки

Большинство рецептурных препаратов покрываются ElderServe MAP (HMO D-SNP), как описано в главе 5 Подтверждения страхового покрытия Medicare (EOC) плана ElderServe MAP (HMO D-SNP). Обычная страховка Medicaid покрывает некоторые лекарства, не покрываемые Medicare.

Некоторые услуги для лиц с задержкой умственного развития и нарушениями развития, в том числе:

- Длительное лечение
- Координация услуг Medicaid
- Услуги, получаемые в рамках альтернативной программы помощи на дому и по месту жительства

Другие услуги программы Medicaid

- Лечение туберкулеза (ТВ) под непосредственным контролем
- Ведение ВИЧ-инфицированных пациентов по программе COBRA

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Участники могут обратиться к любому врачу или в клинику Medicaid, которые предоставляют услуги планирования семьи. Для этого вам не требуется направление от вашего поставщика первичных медицинских услуг (PCP).

УСЛУГИ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ ПЛАНOM ELDERSERVE MAP (HMO D-SNP)

Вы должны будете оплачивать услуги, не покрываемые планом ElderServe MAP (HMO D-SNP) или программой Medicaid, если ваш поставщик услуг заранее сообщит вам, что эти услуги не покрываются И вы дадите согласие на их оплату. Примеры услуг, не покрываемых ElderServe MAP (HMO D-SNP) или Medicaid:

- Пластическая хирургия (если не требуется по медицинским показаниям)
- Принадлежности, обеспечивающие личный комфорт
- Лечение бесплодия
- Услуги поставщика, не сотрудничающего с планом (если только ElderServe MAP (HMO D-SNP) не направит вас к этому поставщику)

РАЗДЕЛ 4 Услуги, не покрываемые нашим планом

В этом разделе перечислены услуги, исключенные из страхового покрытия Medicare.

В таблице ниже перечислены услуги и товары, не покрываемые нашим планом *ИЛИ* Medicare ни при каких условиях либо покрываемые Medicare *ИЛИ* Medicaid только при определенных условиях.

При получении исключенных из плана (не покрываемых планом) услуг вы обязаны оплачивать их самостоятельно за исключением особых условий, перечисленных ниже. Даже если не включенные в план услуги будут получены в учреждении экстренной медицинской помощи, они не покрываются планом, и план не будет их оплачивать. Есть только одно исключение: если после подачи и рассмотрения апелляции услуга из этого списка будет признана медицинской услугой, которую мы должны были оплатить или покрыть именно в вашем конкретном случае (подробную информацию о подаче апелляции по вынесенному решению о непредоставлении покрытия для медицинской услуги см. в разделе 6.3 главы 9).

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предоставляется только при определенных обстоятельствах
Иглоукалывание	Доступно для людей с хронической болью в пояснице (при определенных обстоятельствах)
Пластическая хирургия или косметические процедуры	Покрывается при повреждениях, полученных в результате несчастного случая, или для

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предоставляется только при определенных обстоятельствах
	улучшения функционирования деформированного органа или части тела Покрывается стоимость всех этапов восстановления удаленной молочной железы, а также процедур, проводимых для здоровой молочной железы с целью придания симметричной формы
Повседневный уход Повседневный уход — это личный уход, при котором не требуется постоянное внимание или услуги опытного медицинского или младшего медицинского персонала (например, помощь в повседневных действиях, таких как принятие ванны или одевание)	Может покрываться ElderServe MAP в качестве льготы Medicaid.
Экспериментальные медицинские процедуры и хирургические операции, оборудование и медикаменты Экспериментальные процедуры и принадлежности, а также процедуры и принадлежности, определенные программой Original Medicare как неприемлемые в медицинском сообществе	Могут покрываться программой Original Medicare в рамках клинических исследований, утвержденных Medicare, или нашим планом (подробную информацию о клинических исследованиях см. в разделе 5 главы 3)
Плата за уход, оказываемый близкими родственниками или членами семьи, проживающими совместно с участником плана	Может покрываться ElderServe MAP в качестве льготы Medicaid, если плата является частью Координируемых участником услуг помощи в личном уходе
Постоянный сестринский уход на дому	Может покрываться ElderServe MAP в качестве льготы Medicaid
Доставка еды на дом	Может покрываться ElderServe MAP в качестве льготы Medicaid
Услуги по ведению домашнего хозяйства, включают основную бытовую помощь, в том числе	Может покрываться ElderServe MAP в качестве льготы Medicaid

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предоставляется только при определенных обстоятельствах
легкую работу по дому или приготовление легких блюд	
Услуги натуропата (использует природные или альтернативные методы лечения)	Покрытие не предоставляется ни при каких условиях
Ортопедическая обувь или поддерживающие устройства для стоп	Обувь, являющаяся частью фиксатора ноги, стоимость которой включена в стоимость всего приспособления. Ортопедическая или терапевтическая обувь для людей с синдромом диабетической стопы
Дополнительные личные удобства в палате больницы или учреждения с квалифицированным сестринским уходом, например телефон или телевизор	Покрытие не предоставляется ни при каких условиях
Отдельная палата в больнице	Покрывается только при наличии медицинских показаний
Восстановление возможности иметь детей после стерилизации и/или безрецептурные средства контрацепции	Покрытие не предоставляется ни при каких условиях
Плановая мануальная терапия	Покрываются мануальные процедуры на позвоночнике, направленные на исправление подвывиха
Плановые проверки зрения, приобретение очков, радиальная кератотомия, коррекция зрения по методике LASIK и прочие услуги для людей с пониженным зрением	Проверка зрения и приобретение одной пары очков в стандартной оправе (или контактных линз) после каждой операции по удалению катаракты с имплантацией интраокулярной линзы
Плановый уход за стопами	Согласно правилам Medicare в некоторых случаях (например, при диабете) предоставляется ограниченное покрытие
Плановые проверки органов слуха, приобретение слуховых аппаратов или осмотр для подбора слуховых аппаратов	Покрытие не предоставляется ни при каких условиях

Глава 4 Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предоставляется только при определенных обстоятельствах
Услуги, которые не считаются обоснованными и необходимыми согласно стандартам программы Original Medicare	Покрытие не предоставляется ни при каких условиях

ГЛАВА 5.

Страхование препаратов, предусмотренных Частью D

Как вы можете получить информацию о своих расходах на лекарства, если получаете дополнительную помощь в оплате лекарств по Части D?

Поскольку вы соответствуете критериям для участия в программе Medicaid, то имеете право на дополнительную помощь от Medicare в оплате расходов на рецептурные препараты по программе «Дополнительная помощь». Так как вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», **определенная информация о расходах на рецептурные препараты по Части D, которая содержится в данном «Подтверждении страхового покрытия», может к вам не относиться.** Мы отправили вам отдельное приложение, *«Дополнение к подтверждению страхового покрытия для участников плана, получающих дополнительную помощь по программе «Дополнительная помощь» для оплаты рецептурных лекарственных препаратов» (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)* (другое название – *«Дополнение к программе льгот для малообеспеченных лиц» (Low-Income Subsidy Rider)*, или *«Дополнение LIS» (LIS Rider)* в котором будут описаны действующие для вас условия покрытия лекарственных препаратов. Если вы не получите это приложение, обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру 711) и попросите прислать вам *его* (номера телефонов отдела обслуживания участников указаны на задней обложке данного документа).

РАЗДЕЛ 1 Основные правила покрытия лекарственных препаратов по Части D в рамках нашего плана

Информация о льготах на получение лекарственных средств и льготах на получение лекарственных средств для хосписов по Части B программы Medicare приведена в главе 4 таблицы медицинских льгот.

Кроме препаратов, покрываемых программой Medicare, есть ряд препаратов, покрытие которых предоставляется по страховке Medicaid. Вы можете получить дополнительную информацию о покрытии рецептурных препаратов в рамках ваших льгот Medicaid, обратившись в свой план медицинского страхования Medicaid или отдел управления программой Medicaid при Департаменте здравоохранения (Medicaid), информация о которых приводится в главе 2 этой брошюры. Ваш план медицинского страхования Medicaid или отдел управления программой Medicaid при Департаменте здравоохранения (Medicaid) также смогут предоставить вам Список препаратов по программе Medicaid, из которого вы узнаете, на какие препараты распространяется страховое покрытие Medicaid. План обычно покрывает стоимость препаратов при соблюдении приведенных ниже правил:

Глава 5 Страхование препаратов, предусмотренных Частью D

- Поставщик услуг (врач, стоматолог или иной выписывающий рецепты специалист) должен выписать вам рецепт, являющийся действительным в соответствии с действующим законодательством штата.
- Ваш специалист, который выписывает вам лекарственные препараты, не должен быть в списках исключенных или подсанкционных поставщиков услуг программы Medicare.
- Для получения рецептурных препаратов, как правило, необходимо пользоваться услугами аптеки, входящей в сеть (см. раздел 2), или *услугой доставки рецептурных препаратов по почте нашего плана*.
- Ваш препарат должен быть включен в Список препаратов нашего плана (см. раздел 3).
- Ваш препарат должен использоваться по медицинским показаниям. Использование «по медицинским показаниям» считается использование препарата, утвержденное FDA или рекомендованное в определенных справочниках (дополнительную информацию о медицинских показаниях см. в разделе 3).
- Для вашего лекарственного препарата может потребоваться одобрение нашего плана на основании определенных критериев, прежде чем мы согласимся покрывать его (дополнительную информацию см. в разделе 4).

РАЗДЕЛ 2 Получайте препараты по рецепту в сетевой аптеке или воспользуйтесь услугой доставки препаратов по почте нашего плана

В большинстве случаев план оплачивает рецептурные препараты *только* при их получении в одной из сетевых аптек плана (информацию об условиях покрытия препаратов, полученных по рецепту в аптеке, не входящей в сеть, см. в разделе 2.5).

Сетевая аптека — это аптека, заключившая договор с планом на предоставление покрываемых препаратов. Термин «покрываемые препараты» означает все покрываемые по Части D препараты, включенные в Список препаратов нашего плана.

Раздел 2.1 Сетевые аптеки

Как найти сетевую аптеку в своем регионе

Чтобы найти сетевую аптеку, ознакомьтесь со *Справочником аптек*, посетите наш веб-сайт (www.ElderServeHealth.org) и/или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру 711).

Вы можете обратиться в любую из наших сетевых аптек.

Что делать, если ваша аптека выходит из сети

Если аптека, услугами которой вы пользуетесь, выходит из сети нашего плана, следует обратиться в другую сетевую аптеку. Чтобы найти другую аптеку в вашем регионе, обратитесь за помощью в отдел обслуживания участников по номеру **1-800-362-2266** (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) или используйте *Справочник аптек*. Необходимая информация также размещена на нашем веб-сайте по адресу www.ElderServeHealth.org.

Специализированные аптеки

В некоторых случаях препарат требуется получить по рецепту в специализированной аптеке. К специализированным аптекам относятся:

- Аптеки, которые поставляют препараты для инфузионной терапии на дому. Аптеки, поставляющие препараты пациентам учреждений долгосрочного ухода (LTC). Как правило, учреждение LTC (например, центр сестринского ухода) имеет собственную аптеку. Если у вас возникли трудности с получением покрываемых Частью D лекарств в учреждении LTC, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-800-362-2266** (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711).
- Аптеки, обслуживающие программы службы здравоохранения для коренных американцев и программы здравоохранения для коренных американцев, проживающих в городских условиях или племенах (недоступно для Puerto Rico). Кроме экстренных случаев, только коренные американцы и коренные жители штата Alaska имеют право пользоваться услугами этих аптек, входящих в нашу сеть. Аптеки, реализующие препараты, продажа которых запрещена FDA на некоторых территориях, а также препараты, которые требуют особого обращения, контроля со стороны поставщика или обучения применению. Чтобы найти специализированную аптеку, ознакомьтесь со *Справочником аптек* на веб-сайте www.ElderServeHealth.org или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-800-362-2266** (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711).

Раздел 2.2 Услуга доставки препаратов по почте нашего плана

Для получения некоторых видов препаратов можно воспользоваться сетевыми службами доставки по почте. Как правило, через службу почтовой доставки доступны лекарства, которые вы принимаете регулярно в связи с хроническим или длительным заболеванием. В нашем Списке препаратов они обозначены как **препараты, высылаемые по почте**.

Глава 5 Страховое покрытие препаратов, предусмотренных Частью D

В рамках предоставляемой планом услуги доставки препаратов по почте можно заказать лекарства в количестве, необходимом не более чем на **90 дней приема**.

Чтобы узнать о получении рецептурных препаратов по почте, позвоните в аптечную справочную службу для участников по номеру 1-855-898-1482 и попросите копию бланка почтового заказа. Если вы пользуетесь услугами доставки препаратов по почте из аптеки, не входящей в сеть плана, ваш рецепт не будет покрываться.

Как правило, лекарственный препарат, заказанный в аптеке по почте, будет доставлен вам в течение 10 дней.

Если доставка вашего препарата по почте занимает больше 10 дней, наш план позволит вам получить препарат в розничной аптеке.

Аптека получает новые рецепты непосредственно от вашего врача.

Аптека самостоятельно доставит вам лекарства по рецептам, полученным от поставщиков медицинских услуг, предварительно не сверяясь с вами, если:

- в рамках этого плана вы ранее пользовались услугами доставки препаратов по почте; или
- вы подписались на автоматическую доставку всех новых рецептов, полученных непосредственно от поставщиков медицинских услуг. Вы можете в любое время запросить автоматическую доставку всех новых рецептов, *обратившись в отдел обслуживания участников*.

Если вы автоматически получили по почте ненужный вам рецептурный лекарственный препарат и перед отправкой с вами никто не связался, чтобы уточнить, нужен ли он вам, вы можете иметь право на возмещение.

Если вы ранее пользовались почтовой доставкой лекарственных препаратов, но не хотите, чтобы аптека автоматически формировала и отправляла заказ по каждому новому рецепту, *обратитесь в отдел обслуживания участников*.

Если вы никогда не пользовались доставкой лекарственных препаратов по почте и/или решили больше не получать новые лекарственные препараты по рецепту автоматически, аптека будет связываться с вами каждый раз при получении нового рецепта от поставщика, чтобы узнать, нужно ли доставить вам эти лекарственные препараты в срочном порядке. Важно отвечать на все звонки из аптеки и сообщать ее сотрудникам, следует ли осуществить, задержать или отменить поставку медикаментов по новому рецепту.

Чтобы отказаться от автоматической доставки новых препаратов по рецепту, получаемых непосредственно из офиса вашего поставщика медицинских услуг, свяжитесь с *отделом обслуживания клиентов*.

Пополнение запаса назначенных лекарств по почте. Для пополнения запаса лекарственных средств вы можете подписаться на программу автоматического пополнения. По этой программе мы отправляем вам новую партию лекарств автоматически, когда наши записи свидетельствуют о том, что лекарство скоро закончится. Аптека будет связываться с вами перед отправкой каждой партии, чтобы убедиться, что вам нужно пополнить запас лекарства. Если у вас осталось лекарство или вы уже его не принимаете, вы можете отменить запланированную поставку.

Если вы решаете не пользоваться нашей программой автоматического пополнения запасов препарата, но все равно хотите, чтобы аптека, занимающаяся доставкой лекарств по почте, доставляла вам рецептурные препараты, сообщите об этом вашей аптеке за 14 дней до окончания текущих запасов рецептурного препарата. Это обеспечит доставку заказа в срок.

Чтобы отказаться от участия в программе автоматического пополнения запаса лекарственных препаратов и их отправки почтой, позвоните в *отдел обслуживания участников*.

Если вы автоматически получили по почте ненужный вам рецептурный лекарственный препарат, вы можете иметь право на возмещение.

Раздел 2.3 Как получить запас препаратов на длительный срок

Наш план предусматривает два способа получения запаса поддерживающих препаратов на длительный срок (иногда он называется «расширенный запас»). Покрытие распространяется на лекарства, перечисленные в Списке препаратов нашего плана (поддерживающие препараты — это препараты, которые вы принимаете регулярно при наличии хронического или длительного заболевания).

1. В некоторых розничных аптеках нашей сети можно получить долгосрочный запас поддерживающих препаратов. В вашем *Справочнике аптек* на веб-сайте www.ElderServeHealth.org будет указано, какие именно аптеки его предоставляют. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников по номеру **1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру **711**) для получения дополнительной информации.

2. Поддерживающие препараты можно также получать с помощью нашей программы доставки медикаментов по почте. Дополнительную информацию см. в разделе 2.3.

Раздел 2.4 Как пользоваться услугами аптеки, не входящей в сеть нашего плана

Обычно мы оплачиваем лекарства, полученные во внесетевой аптеке, *только* в том случае, если у вас нет возможности получить их в аптеке, входящей в сеть плана.

Сначала обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует звонить по номеру 711), чтобы узнать, есть ли поблизости сетевая аптека.

Мы покрываем рецептурные препараты, полученные во внесетевой аптеке, только в следующих случаях:

- Если вы принимаете препараты поддерживающей терапии и планируете поездку, обязательно проверьте, сколько у вас лекарств, прежде чем отправиться в путь. Некоторые розничные аптеки разрешат приобрести увеличенный запас лекарств, если у вас их недостаточно.
- Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и заболели, потеряли рецептурные препараты или у вас закончились рецептурные препараты, мы покроем расходы на рецептурные препараты, полученные в аптеке, не входящей в сеть, при условии соблюдения вами всех остальных правил покрытия.

Если вы обращаетесь во внесетевую аптеку, как правило, вы оплачиваете полную стоимость получаемого препарата. Затем вы можете подать нам запрос о возмещении затрат (информацию о том, как попросить наш план вернуть вам деньги, см. в разделе 2 главы 7). Если фактическая стоимость препарата во внесетевой аптеке отличается от покрываемой стоимости такого же препарата в сетевой аптеке, возможно, вам придется оплатить эту разницу самостоятельно.

РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарства должны входить в Список препаратов плана

Раздел 3.1 Список препаратов содержит сведения о том, какие препараты по Части D покрываются

Планом предусмотрен определенный *Список покрываемых препаратов* (формуляр). В этом *Подтверждении страхового покрытия* используется сокращенное название — **Список препаратов**.

Глава 5 Страхование препаратов, предусмотренных Частью D

Препараты в этом списке для нашего плана отобраны группой врачей и фармацевтов. Список соответствует требованиям программы Medicare и одобрен программой.

В Список препаратов включены только лекарства, покрываемые по Части D программы Medicare. Кроме препаратов, покрываемых по программе Medicare, есть некоторые рецептурные препараты, покрытие которых обеспечивается программой Medicaid. В Списке покрываемых препаратов приведена информация о том, где вы можете узнать о покрытии препаратов Medicaid.

Как правило, мы предоставляем покрытие препаратов, входящих в Список препаратов плана, если вы соблюдаете правила страхового покрытия, приведенных в этой главе, и если препарат применяется согласно показаниям. Препарат применяется согласно показаниям, *если* такой препарат:

- одобрен FDA для диагноза или состояния, для которого он назначен, или
- рекомендован определенными источниками, например справочником Американской службы больничных фармацевтов и информационно-справочной системой Micromedex DRUGDEX.

В Список препаратов включены фирменные лекарственные препараты, дженерики, биологические препараты (которые могут включать биоаналоги).

Фирменный препарат это рецептурный препарат, который продается под торговой маркой, принадлежащей производителю препарата. Биологические препараты — это препараты, которые сложнее обычных лекарств. В нашем Списке препаратов термин «препарат» может означать как лекарственный, так и биологический препарат.

Дженерик это отпускаемый по рецепту препарат, в состав которого входят те же активные компоненты, что и в состав фирменного препарата. У биологических препаратов есть альтернативы, называемые биоаналогами. Как правило, дженерики и биоаналоги действуют так же, как фирменный препарат или оригинальный биологический препарат, и обычно стоят дешевле. Многие фирменные лекарственные препараты имеют замещающие их дженерики, а некоторые оригинальные биологические препараты имеют биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости получения нового рецепта точно так же, как дженерики могут быть заменены фирменными препаратами.

В главе 12 приведены определения типов препаратов, которые могут входить в Список препаратов.

Безрецептурные препараты

План также покрывает некоторые препараты, отпускаемые без рецепта. Стоимость некоторых безрецептурных препаратов ниже, чем отпускаемых по рецепту, но при этом они так же эффективны. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников по номеру *1800-362-2266* (пользователям TTY следует звонить по номеру *711*).

Лекарства, не входящие в Список препаратов

Программа NYS Medicaid продолжает предоставлять покрытие расходов на определенные препараты, исключенные из льгот Medicare Часть D, включая некоторые рецептурные витамины и некоторые безрецептурные препараты. Вы можете связаться с программой Medicaid штата New York, чтобы узнать, какие исключенные препараты покрываются вашей страховкой Medicaid. План покрывает не все препараты, отпускаемые по рецепту.

Наш план покрывает не все рецептурные препараты.

- Некоторые препараты не могут покрываться каким-либо планом Medicare согласно закону (дополнительную информацию см. в разделе 7).
- В других случаях решение о включении лекарства в Список препаратов принимаем мы.
- В некоторых случаях вам может потребоваться лекарство, которого нет в нашем Списке препаратов (дополнительную информацию см. в главе 9).

Раздел 3.2 Как выяснить, входит ли определенный препарат в Список препаратов

Вы можете узнать, входит ли лекарство в Список препаратов, разными способами:

- Свериться с последним Списком препаратов, который вам предоставили в электронном виде.
- Посетить веб-сайт нашего плана (*www.ElderServeHealth.org*). На сайте всегда размещается последняя редакция Списка препаратов.
- Обратиться в отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователям TTY следует звонить по номеру *711*), чтобы выяснить, указан ли нужный вам препарат в Списке препаратов, или заказать экземпляр Списка.
- Использовать инструмент для получения сведений о льготах в режиме реального времени (Real-Time Benefit Tool) (<https://link.zixcentral.com/u/091abd1b/XgmAbXVA7hGlpjcPh3soMg?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Flogin>) для поиска лекарств в Списке

препаратов, чтобы оценить сумму ваших платежей и узнать, есть ли в Списке альтернативные препараты, которые могут лечить то же заболевание. Позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует набрать 711).

РАЗДЕЛ 4 Препараты с ограничением страхового покрытия

Раздел 4.1 Почему в отношении некоторых препаратов действуют ограничения

В отношении некоторых препаратов, отпускаемых по рецепту, действуют особые правила касательно способа и сроков покрытия. Эти правила разработаны командой врачей и фармацевтов, чтобы помочь нашим участникам наиболее эффективно использовать препараты. Чтобы узнать, действуют ли эти ограничения для препаратов, которые вы принимаете или собираетесь принимать, см. Список препаратов.

Если безопасный препарат по более низкой цене действует с медицинской точки зрения так же, как и более дорогой аналог, правилами плана вам и поставщику рекомендуется использовать более дешевый вариант.

Обратите внимание, что некоторые препараты упоминаются в нашем Списке препаратов несколько раз. Это связано с тем, что может использоваться метод разделения затрат или могут применяться различные ограничения на основе таких факторов, как дозировка, количество или форма препарата, прописанного врачом (например, дозировка может составлять 10 мг или 100 мг, принимать лекарства можно один или два раза в день, препарат может изготавливаться в виде таблеток или жидкости и т. д.).

Раздел 4.2 Типы ограничений

Если в отношении препарата действует ограничение, как правило, это означает, что вам или вашему врачу потребуется выполнить ряд дополнительных действий, чтобы вы получили компенсацию затрат на этот препарат. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует набрать 711), чтобы узнать, что вы или ваш врач можете сделать для получения страхового покрытия препарата. **Если вы хотите, чтобы мы сняли ограничение для вас, запросите решение о страховом покрытии и подайте просьбу об исключении.** Мы можем принять или отклонить ваш запрос на снятие ограничения (см. главу 9).

Ограничение на использование фирменного препарата при наличии дженерика

Как правило, **дженерики** действуют так же, как фирменные лекарственные препараты, и обычно стоят дешевле. **В большинстве случаев, когда доступен дженерик-аналог фирменного препарата, наши сетевые аптеки предоставят вам дженерик вместо фирменного препарата.** Однако, если ваш поставщик сообщил нам медицинскую причину, по которой дженерик вам не подойдет, *или* в вашем рецепте на фирменный препарат указано «Не заменять» (No substitutions), то мы оплатим фирменный препарат (сумма по разделению затрат для фирменного препарата может оказаться выше по сравнению с дженериком).

Получение предварительного разрешения от плана

Для некоторых препаратов вам или вашему врачу необходимо получить разрешение от плана на основании определенных критериев до того, как мы согласимся оплатить вам лекарство. Это называется **предварительным разрешением**. Оно выдается, чтобы гарантировать безопасность медицинских средств и предоставить помощь в надлежащем применении некоторых лекарств. Если вы не получите это разрешение, препарат может не покрываться нашим планом. Критерии предварительного разрешения нашего плана можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователи TTY звонят по номеру 711) или перейдя по ссылке [на наш веб-сайт с критериями PA](#).

Приоритетное применение альтернативных препаратов

Согласно этому требованию, рекомендуется попробовать менее дорогой, но, как правило, такой же эффективный препарат, прежде чем план предоставит покрытие другого препарата. Например, если препарат А и препарат В используются для лечения одного и того же заболевания, план может потребовать от вас сначала попробовать использовать препарат А. Если препарат А вам не подойдет, план покроет стоимость препарата В. Это называется **поэтапным лечением**. Критерии поэтапного лечения нашего плана можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователи TTY звонят по номеру 711) или перейдя по ссылке [на наш веб-сайт с критериями ST](#).

Количественные ограничения

В случае некоторых препаратов мы можем ограничить количество лекарства, предоставляемое по рецепту за один раз. Например, если считается безопасным принимать одну таблетку определенного препарата в день, мы можем ограничить покрытие вашего рецепта одной таблеткой в день.

РАЗДЕЛ 5 Что делать, если вы не согласны с условиями покрытия препаратов

Бывают ситуации, когда рецептурный препарат, который вы принимаете или который, по вашему мнению, вам следует принимать, не входит в наш Список препаратов или на него распространяются ограничения. Ниже приведены несколько примеров.

- Препарат не покрывается нашим планом. Или же покрытие предоставляется только для дженерика, а не фирменного лекарства, которое вы хотите принимать.
- Препарат покрывается страховкой, но для него установлены дополнительные правила или ограничения.

Если ваш препарат не входит в Список препаратов или на него распространяются ограничения, вы можете сделать следующее:

- Возможно, вы сможете получить временный запас препарата.
- Вы можете начать принимать другой препарат.
- Вы можете попросить об **исключении**, обратившись к работникам плана с просьбой предоставить покрытие препарата или снять ограничения.

У вас может быть возможность получить временный запас

При определенных обстоятельствах наш план должен обеспечить временный запас лекарства, которое вы уже принимаете. Таким образом, у вас появится время обсудить изменения со своим лечащим врачом.

Вы получите право на временный запас, если принимаемый препарат **исключен из Списка препаратов ИЛИ в настоящее время на него распространяются какие-либо ограничения.**

- **Если вы новый участник программы**, мы покроем расходы на временный запас нужного вам препарата в течение первых **90 дней** вашего участия в плане.
- **Если вы были участником нашей программы в прошлом году**, мы будем покрывать расходы на временный запас нужного препарата в течение первых **90 дней** календарного года.
- Такой временный запас будет рассчитан не более чем на **30 дней**. Если указанное в вашем рецепте количество рассчитано на меньшее число дней, мы позволим вам многократно получать лекарства по этому рецепту до тех пор, пока вы не получите максимально допустимое количество препарата, рассчитанное на **30 дней** лечения. Препараты следует получать только в аптеке,

входящей в нашу сеть (учтите, что аптека учреждения длительного ухода может выдавать лекарства в меньших количествах за один раз во избежание их нерационального расходования).

- **Для вы участвуете в нашем плане более 90 дней, проживаете в учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в немедленном пополнении запасов:** мы однократно покрываем стоимость экстренного запаса лекарства, рассчитанного на *31 день* приема (или меньше, если рецепт выписан на более короткий срок). Это покрытие будет предоставлено дополнительно к упомянутому ранее временному запасу препарата.
- Если ваш статус изменился с хосписного на нехосписный

Изменения уровня медицинской помощи происходят, когда пациент переходит из одного места лечения в другое. Если к вам применим один из следующих сценариев изменения уровня медицинской помощи, вы можете иметь право на переходный запас препаратов, которые вы в настоящее время принимаете:

- Вы переезжаете в учреждение длительного ухода из больницы или другого учреждения
- Вы оставляете учреждение длительного ухода и возвращаетесь домой
- Если вас выписали из больницы домой
- Если вас выписали из учреждения квалифицированного сестринского ухода

Если у вас есть вопросы о временном запасе препарата, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набирать 711).

В период использования временного запаса препарата вам необходимо обсудить со своим лечащим врачом действия, которые вы предпримете, когда запас препарата закончится. У вас есть два варианта, описанные ниже:

Вариант 1. Вы можете начать принимать другой препарат

Уточните у лечащего врача, покрывает ли план другой препарат, который будет действовать так же. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набирать 711), чтобы попросить список покрываемых лекарств, которые используются для лечения этого же заболевания. С помощью этого списка ваш лечащий врач сможет найти покрываемое лекарство, которое вам подойдет.

Вариант 2. Вы можете запросить исключение

Вы и ваш врач можете обратиться к сотрудникам плана с запросом об исключении и покрытии затрат на ваш препарат согласно вашим пожеланиям. Если врач утверждает, что имеются медицинские основания в поддержку вашего запроса о предоставлении исключения, он может помочь вам составить запрос о предоставлении такого исключения. Например, вы можете обратиться к сотрудникам плана с запросом покрыть препарат, даже если он не включен в Список препаратов плана. Вы также можете подать запрос об исключении и покрытии стоимости препарата без ограничений.

Если вы являетесь участником плана и в следующем году принимаемое вами лекарство не будет включено в формуляр или его страховое покрытие будет ограничено, мы сообщим вам о любом изменении до наступления нового года. В таком случае вы сможете подать запрос об исключении в текущем году. Мы ответим на него в течение 72 часов с момента получения запроса (или обосновывающего заявления специалиста, выписавшего вам рецепт). При одобрении запроса мы разрешим покрытие препарата до того, как изменение вступит в силу.

Если вы со своим поставщиком услуг хотите обратиться с запросом об исключении, предварительно ознакомьтесь с разделом 7.4 главы 9. В нем описаны процедуры и сроки, утвержденные в Medicare для обеспечения своевременной и объективной обработки вашего запроса.

РАЗДЕЛ 6 Список препаратов может изменяться в течение года

Большинство изменений в покрытии препаратов вводится в начале каждого года (1 января). Однако в течение года также могут вноситься изменения в Список препаратов плана. Например, наш план может:

- **Добавить лекарство в Список препаратов или удалить лекарство из него.**
- **Добавить или снять ограничения на покрытие препарата.**
- **Заменить фирменный препарат дженериком.**
- **Заменить оригинальный биологический продукт взаимозаменяемой биоаналогичной версией такого продукта.**

Перед внесением изменений в Список препаратов мы обязаны выполнить требования Medicare.

Информация об изменении условий покрытия препарата

При внесении каких-либо изменений в Список препаратов мы публикуем информацию о таких изменениях на нашем веб-сайте. Мы также регулярно обновляем наш онлайн Список лекарств. В некоторых случаях вы получаете уведомление, если относительно принимаемого вами препарата были внесены изменения.

Изменения в покрытии лекарственных препаратов, затрагивающие вас в течение текущего года действия плана

- **Добавление препаратов в Список препаратов и удаление или внесение изменений относительно аналогичного препарата в Списке препаратов с предварительным уведомлением**
 - При добавлении еще одной версии препарата в Список препаратов мы можем удалить аналогичный препарат из Списка препаратов, переместить его на другой уровень распределения затрат, добавить новые ограничения или сделать и то, и другое. Новая версия препарата, которую мы добавляем, будет иметь ту же или более низкую степень распределения затрат с такими же или меньшими ограничениями.
 - Мы внесем эти изменения только в том случае, если добавим новый дженерик для фирменного препарата или определенные новые биоаналоги оригинального биологического препарата, который уже был в Списке препаратов.
 - Мы сообщим вам об этом не менее чем за 30 дней до внесения изменений или сообщим вам об изменении и оплатим 30-дневный курс той версии препарата, которую вы принимаете.
- **Исключение из Списка небезопасных лекарственных средств и других препаратов, снятых с продажи.**
 - Иногда препарат может быть признан небезопасным или изъят с рынка по другой причине. В этом случае препарат немедленно удаляется из Списка препаратов плана. Если вы принимаете данный препарат, мы сообщим вам об этом после того, как внесем изменения.
- **Внесение других изменений в Список препаратов.**
 - После начала года могут быть внесены и другие изменения, которые повлияют на принимаемые вами препараты. Например, причиной для этого могут быть предупреждения FDA или новые клинические рекомендации, признанные Medicare.

Глава 5 Страхование препаратов, предусмотренных Частью D

- Мы сообщим вам об этом не менее чем за 30 дней до внесения изменений или сообщим вам об изменении и оплатим дополнительный 30-дневный курс препарата, который вы принимаете.

Если мы внесем какие-либо из этих изменений относительно любого из принимаемых вами препаратов, обсудите с лечащим врачом варианты, которые подойдут вам лучше всего, включая переход на другой препарат для лечения вашего заболевания или запрос решения о покрытии с учетом любых новых ограничений на принимаемый вами препарат. Вы или специалист, выписывающий препарат, можете попросить нас сделать исключение, чтобы продолжить покрытие препарата или его версии, которые вы принимаете. Дополнительную информацию о том, как запросить решение о покрытии, включая исключение, см. в главе 9.

Изменения в Списке препаратов, которые не затронут вас в течение текущего года действия плана

В Список препаратов могут вноситься некоторые изменения, которые не описаны выше. В этих случаях изменения не будут применяться к вам, если вы принимаете препарат на момент внесения изменений; однако эти изменения, скорее всего, повлияют на вас начиная с 1 января следующего года действия плана, если вы останетесь в том же плане.

Ниже приводятся изменения, которые не затронут вас в течение текущего года действия плана:

- Мы устанавливаем новое ограничение в отношении использования препарата.
- Мы удаляем ваш препарат из Списка препаратов.

Если какие-либо из следующих изменений связаны с препаратом, который вы принимаете (за исключением отзыва препарата с рынка, замены дженериком фирменного препарата или иных изменений, означенных выше), эти изменения не отразятся на размере ваших трат или размере доли участия в издержках до 1 января следующего года.

Мы не будем сообщать вам о таких изменениях непосредственно в течение текущего года действия плана. Вам нужно будет свериться со Списком препаратов на следующий год (после того, как он станет доступен во время периода открытой регистрации), чтобы узнать, будут ли какие-то изменения, касающиеся принимаемых вами лекарств, затрагивать вас в течение следующего года действия плана.

РАЗДЕЛ 7 Виды препаратов, не покрываемых нашим планом

Некоторые виды рецептурных препаратов *исключены*. Это означает, что они не оплачиваются программой Medicare.

Если вы подадите апелляцию и будет установлено, что запрашиваемый препарат не исключен в соответствии с условиями обслуживания по Части D, мы оплатим его или покроем расходы (информацию о подаче апелляции на решение см. в главе 9). Если лекарство исключено, вы должны сами оплатить его.

Далее приведены 3 общих правила касательно препаратов, которые не покрываются планами Medicare в рамках Части D.

- Покрытие затрат на препараты согласно Части D в рамках нашего плана не может распространяться на препараты, которые покрываются по Части A или Части B программы Medicare.
- Наш план не покрывает лекарственные препараты, приобретенные за пределами Соединенных Штатов Америки и их территорий.
- Наш план не может покрывать использование препарата *не по прямому назначению*, если такое использование не подтверждено определенными источниками, например справочником Американской службы больничных фармацевтов и информационно-справочной системой Micromedex DRUGDEX. Использование *не по прямому назначению* — это любое использование препарата с целью, отличающейся от указанной в инструкции к препарату, которая утверждена FDA.

Кроме того, согласно закону, перечисленные ниже категории лекарств не покрываются программой Medicare, Однако некоторые из них могут покрываться для вас в рамках вашего покрытия расходов на лекарства по программе Medicaid, как указано ниже.

- Безрецептурные препараты (также называемые лекарственными средствами безрецептурного отпуска)
- Препараты для повышения фертильности
- Препараты, облегчающие кашель или симптомы простуды
- Препараты, используемые для косметических целей или стимулирования роста волос
- Рецептурные витамины и минералы, кроме витаминов для беременных и препаратов фтора

Глава 5 Страхование препаратов, предусмотренных Частью D

- Препараты, используемые для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Препараты, применяемые для лечения анорексии, снижения или набора веса
- Амбулаторные препараты, производитель которых требует, чтобы связанные с ними анализы или услуги мониторинга приобретались только у производителя как условие продажи

Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь» для компенсации стоимости рецептурных препаратов, эта программа не будет покрывать лекарства, которые обычно не покрываются. Если покрытие лекарственных препаратов обеспечивается Medicaid, программа Medicaid вашего штата может предоставлять покрытие для некоторых отпускаемых по рецепту препаратов, которые обычно не покрываются планом обеспечения лекарственными препаратами от Medicare. Обратитесь в программу Medicaid вашего штата, чтобы узнать, на страховое покрытие каких лекарств вы можете рассчитывать (номера телефонов и контактная информация для обращения в программу Medicaid приведены в разделе 6 главы 2).

РАЗДЕЛ 8 Как получить лекарства по рецепту

Чтобы получить препарат по рецепту, предъявите в выбранной сетевой аптеке карту участника, подтверждающую ваше участие в плане. Аптека, входящая в сеть, автоматически выставит счет нашему плану для покрытия стоимости вашего препарата.

Если при получении препаратов по рецепту у вас нет при себе информации об участии в программе, вы или фармацевт можете обратиться к сотрудникам плана для получения необходимой информации. Вы также можете попросить фармацевта просмотреть информацию о включении вас в план.

Если аптеке не удастся получить необходимую информацию, **вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецептурного препарата при его получении в аптеке.** Затем вы можете попросить нас возместить вам расходы (о том, как это сделать, см. в разделе 2 главы 7).

РАЗДЕЛ 9 Покрытие препаратов, предусмотренных Частью D, в особых случаях

Раздел 9.1 В больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, если пребывание покрывается нашим планом

Если вы поступили в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода и ваше пребывание покрывается нашим планом, мы, как правило, покрываем расходы на рецептурные лекарства, которые вы принимаете во время этого пребывания. После выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода план покроет стоимость ваших рецептурных препаратов, если они соответствуют всем нашим правилам страхового покрытия, описанным в настоящей главе.

Раздел 9.2 При пребывании в лечебном учреждении долгосрочного ухода (LTC)

Как правило, учреждение долгосрочного ухода (LTC), например учреждение сестринского ухода, имеет собственную аптеку или пользуется услугами аптеки, поставляющей препараты для всех лиц, проживающих в учреждении. Если вы постоянно проживаете в учреждении LTC, то можете получить препараты, отпускаемые по рецепту, в аптеке учреждения или другой используемой им аптеке, если она входит в нашу сеть.

Чтобы узнать, входит ли аптека вашего учреждения LTC или другая используемая им аптека в нашу сеть, воспользуйтесь вашим *Справочником аптек на веб-сайте www.ElderServeHealth.org*. Если это не так или если вам нужна дополнительная информация либо помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набирать 711). Если вы являетесь пациентом учреждения LTC, мы должны убедиться, что вы имеете возможность регулярно пользоваться льготами, предусмотренными Частью D, через нашу сеть аптек учреждений LTC.

Если вы проживаете в учреждении LTC и нуждаетесь в лекарстве, которое не входит в наш Список препаратов или имеет какие-либо ограничения, обратитесь к разделу 5 для получения информации о получении временного или экстренного запаса такого лекарства.

Раздел 9.3 Если работодатель или пенсионная группа также покрывает стоимость ваших препаратов

Если для вас оформлено другое страховое покрытие препаратов при посредничестве вашего работодателя (работодателя супруга(-и) или гражданского(-ой) супруга(-и))

либо пенсионной группы, обратитесь к **администратору льгот соответствующей группы**. Администратор поможет выяснить, как ваше текущее страховое покрытие препаратов согласуется с нашим планом.

Как правило, если вы получаете покрытие от работодателя или пенсионного фонда, покрытие препаратов, которое предоставляет план, будет *вторичным* по отношению к покрытию, предоставляемому соответствующей группой. Это означает, что в первую очередь страховые выплаты совершает ваша групповая страховка.

Особое примечание относительно «засчитываемого покрытия»:

Каждый год ваш работодатель или пенсионная группа должны направлять вам уведомление, в котором будет указано, является ли ваше покрытие рецептурных препаратов засчитываемым на следующий календарный год.

Если покрытие группового плана засчитываемое, это означает, что план предоставляет покрытие затрат на препараты и, согласно условиям плана, будет ожидаться оплата, которая в среднем должна быть не меньше стандартного покрытия препаратов по программе Medicare.

Сохраняйте все уведомления о засчитываемом покрытии — они могут понадобиться вам позже, чтобы подтвердить, что вы не прерывали засчитываемое покрытие. Если вы не получили уведомление о засчитываемом покрытии, запросите копию у администратора льгот вашего работодателя или пенсионного плана либо непосредственно у работодателя или профсоюза.

Раздел 9.4 Если вы пребываете в хосписе, сертифицированном Medicare

Один и тот же препарат не может одновременно входить в покрытие хосписа и нашего плана. Если вы зарегистрированы в хосписе Medicare и вам требуется противорвотное, слабительное, болеутоляющее или успокоительное средство, не покрываемое хосписом в связи с тем, что оно не связано со смертельным заболеванием и сопутствующими состояниями, наш план должен получить от хосписа или назначающего лекарство специалиста соответствующее уведомление, прежде чем мы оплатим стоимость препарата. Во избежание задержек в получении таких препаратов, которые должны покрываться нашим планом, попросите специалистов хосписа или специалиста, выписывающего вам рецепт, предоставить уведомление до получения препаратов по рецепту.

Если вы выписываетесь из хосписа или отказываетесь от его услуг, наш план покрывает все ваши лекарства, как объясняется в настоящем документе. Во избежание задержек в аптеке по окончании льгот, предусмотренных для хосписов Medicare, предоставьте в аптеку документацию, подтверждающую вашу выписку из хосписа или отказ от его услуг.

РАЗДЕЛ 10 Программы по обеспечению безопасности лекарственных средств и контролю за их использованием

Мы проверяем применение препаратов, чтобы убедиться, что участники плана получают безопасный и соответствующий уход.

Проверка проводится каждый раз при получении препарата по рецепту. Мы также регулярно проверяем наши журналы. В ходе этих проверок мы ищем возможные проблемы, например:

- возможные ошибки в приеме лекарств
- препараты, в которых может не быть необходимости, так как вы принимаете другой похожий препарат для лечения этого же заболевания
- препараты, которые могут быть небезопасными или неподходящими в силу вашего возраста или пола
- определенные сочетания препаратов, которые могут нанести вам вред при одновременном приеме
- рецепты на препараты, содержащие компоненты, на которые у вас аллергия
- возможные ошибки в количестве (дозировке) препарата, который вы принимаете
- наличие небезопасной концентрации опиоидных компонентов

При обнаружении потенциальных проблем, связанных с приемом лекарств, мы совместно с вашим поставщиком услуг примем меры, чтобы их устранить.

Раздел 10.1 Программа контроля за использованием наркотических препаратов (DMP), помогающая участникам правильно и безопасно принимать опиоидные препараты

У нас есть программа, которая помогает обеспечить безопасное использование участниками рецептурных опиоидных и прочих лекарственных препаратов, которыми пациенты часто злоупотребляют. Эта программа называется программой контроля за использованием наркотических препаратов (DMP). Если вы получаете опиоидные препараты от разных врачей в разных аптеках или ранее имела место передозировка опиоидными препаратами, мы можем связаться с вашими врачами, чтобы убедиться в том, что опиоидные препараты используются вами правильно и требуются по медицинским показаниям. Если мы придем к выводу, что вы неправильно принимаете выписанные вам опиоидные препараты или бензодиазепины, то совместно с вашими врачами можем наложить ограничения на то, каким образом вы получаете такие

препараты. Если мы переведем вас в нашу программу DMP, ограничения могут быть следующими:

- Мы можем потребовать, чтобы все такие лекарственные препараты выдавались только определенными аптеками
- Мы можем потребовать, чтобы все такие лекарственные препараты назначались только определенными врачами
- Мы можем ограничить количество опиоидных или бензодиазепиновых препаратов, которые покрываются нашим планом

Если будет запланировано наложение ограничений на способы получения или количество таких препаратов, мы уведомим вас заранее. В уведомлении мы сообщим, ограничиваем ли мы страховое покрытие этих лекарственных препаратов для вас, а также объясним, должны ли вы будете получать такие лекарственные препараты по рецептам только у определенного врача или в определенной аптеке. У вас будет возможность сообщить нам, услугами какого врача и какой аптеки вы предпочитаете пользоваться, а также передать любую другую информацию, которую, как вы считаете, нам необходимо знать. Если мы решим ограничить покрытие данных препаратов после того, как у вас появится возможность ответить, мы отправим вам еще одно письмо с подтверждением ограничений. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, или вы не согласны с нашим решением или с ограничением, вы и ваш лечащий врач имеете право подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы рассмотрим ваше обращение и предоставим вам письменное решение. Если мы по-прежнему будем оспаривать какую-либо часть вашей апелляции в связи с ограничениями вашего доступа к медикаментам, мы автоматически передадим ваше дело на рассмотрение не входящей в наш план независимой экспертной организации. Информацию о том, как подать апелляцию, см. в главе 9.

Вы не будете переведены в программу DMP, если у вас есть определенные заболевания, например острые боли, вызванные онкологическим заболеванием, или серповидно-клеточная анемия, если вы получаете услуги хосписа, паллиативные услуги, услуги ухода на терминальной стадии заболевания или проживаете в учреждении долгосрочного ухода.

Раздел 10.2 Программа управления медикаментозной терапией (МТМ): контроль приема лекарств

У нас есть специальная программа для людей с комплексными потребностями в медицинской помощи. Она называется программой управления медикаментозной терапией (МТМ). Участие в этой программе добровольное и бесплатное. Команда фармацевтов и врачей разработала эту программу с целью помочь нам убедиться, что принимаемые лекарства приносят нашим участникам наибольшую пользу.

Глава 5 Страхование препаратов, предусмотренных Частью D

Некоторые участники, страдающие определенными хроническими заболеваниями и принимающие лекарства, стоимость которых превышает определенную сумму расходов на препараты, или находящиеся в программе DMP, помогающей участникам безопасно употреблять опиоиды, могут получить услуги через программу MTM. Если вы отвечаете требованиям программы, фармацевт или другой специалист сферы здравоохранения проведет комплексный обзор всех ваших препаратов. В рамках такого обзора вы сможете обсудить ваши препараты, расходы и любые другие проблемы или вопросы, касающиеся препаратов, отпускаемых по рецепту и без него. Вы получите письменное резюме с перечислением шагов, посредством которых вы можете оптимизировать прием ваших лекарств. Вы также получите список лекарств, в котором будут перечислены все принимаемые вами лекарства, их дозировка, время и основания для их приема. Кроме того, участники программы MTM получают информацию о безопасной утилизации отпускаемых по рецепту препаратов строгого учета.

Рекомендуем обсудить с вашим врачом рекомендованный план действий и список лекарственных препаратов. Принесите план действий и список лекарств на ежегодный осмотр; приносите его также на все приемы у врачей, в аптеки и при посещении других учреждений и специалистов сферы здравоохранения. Берите с собой актуальный список медикаментов (например, с вашим идентификационным номером), если направляетесь в больницу или отделение экстренной помощи.

Если у нас есть программа, которая вам подходит, мы автоматически регистрируем вас в ней и отправляем вам информацию. Если вы решите не участвовать в программе, сообщите нам об этом, и мы исключим вас. Если у вас есть вопросы по поводу этой программы, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует набрать 711).

ГЛАВА 6.

Сколько вы платите за препараты, покрываемые Частью D

РАЗДЕЛ 1 Сколько вы платите за препараты, покрываемые Частью D

В этой главе мы используем термин «препарат» для обозначения рецептурного препарата по Части D. Не все лекарства относятся к препаратам по Части D. Некоторые препараты исключены из покрытия по Части D согласно закону. Некоторые из лекарств, исключенных из покрытия по Части D, покрываются по программе Medicare, Часть А или Часть В, или по программе Medicaid.

Чтобы иметь полное представление о платежах, вам необходимо знать, какие лекарства покрываются страховкой, где можно получить рецептурные препараты и каким правилам необходимо следовать при получении покрываемых страховкой лекарств. Эти правила объясняются в главе 5. При использовании инструмента для получения сведений о льготах в режиме реального времени (Real-Time Benefit Tool) нашего плана для поиска информации о покрытии лекарственных препаратов (www.ElderServeHealth.org), отображаемая стоимость приблизительно соответствует сумме, которую вы должны заплатить. Вы также можете получить информацию, полученную при помощи инструмента для получения сведений о льготах в режиме реального времени (Real-Time Benefit Tool), позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набирать 711).

Как получить информацию о своих расходах на лекарства при получении дополнительной помощи в оплате лекарств по Части D?

Поскольку вы соответствуете критериям для участия в программе Medicaid, то имеете право на дополнительную помощь от Medicare в оплате расходов на рецептурные препараты по программе «Дополнительная помощь». Поскольку вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», **некоторая информация в этом Подтверждении страхового покрытия касательно рецептурных препаратов по Части D может к вам не относиться**. Мы отправили вам отдельное приложение, *«Дополнение к подтверждению страхового покрытия для участников плана, получающих дополнительную помощь по программе «Дополнительная помощь» для оплаты лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту» (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)* (другое название — *«Дополнение к программе льгот для малообеспеченных лиц» (Low-Income Subsidy Rider)*, или *«Дополнение LIS» (LIS Rider)* в котором будут описаны действующие для вас условия покрытия лекарственных препаратов. Если вы не получите это приложение, обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) и попросите прислать вам *его*.

Раздел 1.1 Виды ваших собственных затрат, предусмотренных для покрываемых лекарств

Существует три различных типа собственных расходов на покрываемые по Части D препараты, которые вас могут попросить оплатить:

- **Франшиза** сумма, которую вы платите за препараты до того, как наш план начнет оплачивать нашу долю расходов.
- **Доплата** фиксированная сумма, которую вы платите каждый раз при получении рецептурного препарата.
- **Сострахование** процент от общей стоимости, который вы платите каждый раз при получении рецептурного препарата.

Раздел 1.2 Как Medicare рассчитывает ваши собственные расходы

В программе Medicare действуют правила относительно того, что учитывается и что не учитывается при подсчете ваших собственных расходов. Вот правила, которым мы должны следовать, чтобы отслеживать ваши расходы.

Эти платежи включены в ваши собственные расходы.

Ваши собственные расходы **включают** перечисленные ниже платежи (при условии, что они касаются лекарств, покрываемых Частью D, и вы следовали правилам покрытия расходов на лекарства, изложенным в главе 5):

- Сумма, которую вы платите за лекарства, когда находитесь на следующих стадиях оплаты лекарств:
 - Стадия действия франшизы
 - Стадия первоначального покрытия
- Любые платежи, которые вы совершили в течение текущего календарного года в качестве участника другого плана Medicare по покрытию рецептурных препаратов до того, как присоединились к нашему плану.
- Любые платежи за ваши лекарства, сделанные членами семьи или друзьями
- Любые платежи за ваши лекарства, сделанные в рамках программы «Дополнительная помощь» от Medicare, программы здравоохранения для коренных американцев, программ помощи в оплате лекарств для больных СПИДом, программ фармацевтической помощи штата (SPAP) и большинством благотворительных организаций.

Переход на стадию критического покрытия

Когда вы (или лица, которые осуществляют платежи от вашего имени) потратите в общей сложности \$2,100 в рамках собственных расходов в течение календарного года, вы перейдете со стадии начального покрытия на стадию критического покрытия.

Эти платежи не включены в ваши собственные расходы.

Ваши собственные расходы **не включают** следующие виды платежей:

- Ваш ежемесячный страховой взнос за участие в плане
- Лекарства, которые вы покупаете за пределами США и их территорий
- Лекарства, на которые не распространяется покрытие плана
- Лекарства, которые вы получаете в аптеке, не входящей в сеть, но которые не соответствуют требованиям плана по покрытию расходов за пределами сети
- Лекарственные препараты, не входящие в Часть D, включая рецептурные препараты, покрываемые Частью A или Частью B, а также другие препараты, исключенные из покрытия Medicare
- Платежи, которые вы вносите за препараты, обычно не покрываемые планом Medicare по препаратам
- Платежи за ваши лекарства, осуществляемые определенными страховыми планами и государственными программами здравоохранения, такими как TRICARE и Управлением по здравоохранению ветеранов (VA)
- Платежи за ваши лекарства, произведенные третьей стороной, имеющей юридическое обязательство оплачивать расходы на рецептурные препараты (например, компенсация работникам)
- Платежи, осуществляемые производителями лекарственных средств по Программе скидок от производителей

Напоминаем: Если какая-либо другая организация, например из числа перечисленных выше, частично или полностью оплачивает ваши расходы на лекарства, вам необходимо сообщить об этом нашему плану, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набирать 711).

Отслеживание общей суммы собственных расходов

- Отчет «Разъяснение страховых выплат по Части D» (*EOB*) включает текущую сумму ваших собственных расходов. Когда эта сумма достигнет \$2,100, в отчете *EOB по Части D* будет указано, что вы покинули стадию первоначального покрытия и перешли на стадию катастрофического покрытия.
- Следите за тем, чтобы мы получали всю необходимую информацию. В разделе 3.1 описано, что вы можете сделать, чтобы обеспечить полноту и актуальность наших записей о ваших расходах.

РАЗДЕЛ 2 Этапы оплаты лекарств для участников плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

Существует 3 этапа оплаты покрытия лекарств в рамках плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Размер вашего платежа за каждый рецептурный препарат зависит от того, на какой стадии вы находитесь при получении данного препарата. Детали каждой стадии объясняются в этой главе. Это такие стадии:

- Стадия 1: стадия действия ежегодной франшизы
- Стадия 2: стадия первоначального покрытия
- Стадия 3: стадия критического покрытия

РАЗДЕЛ 3 В отчете «Разъяснение страховых выплат по Части D» *EOB по Части D* объясняется, на какой стадии оплаты вы находитесь

Наш план отслеживает ваши расходы на рецептурные лекарства и платежи, которые вы производите при получении рецептурных лекарств в аптеке. Благодаря этому мы можем сказать, когда вы переходите с одной стадии оплаты препаратов на следующую. Мы отслеживаем два вида расходов:

- **Собственные расходы:** это сумма, которую вы заплатили. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого препарата по Части D, любые платежи за ваши лекарства, сделанные членами семьи или друзьями, любые платежи, сделанные за ваши лекарства в рамках программы «Дополнительная помощь» от Medicare, медицинских планов работодателей или профсоюзов, службой здравоохранения для коренных американцев, программами помощи больным СПИДом, благотворительными организациями и большинством программ фармацевтической помощи штата (SPAP).
- **Совокупные затраты на лекарства:** это общая сумма всех платежей, внесенных за ваши покрываемые лекарственные препараты по Части D. Она включает сумму, оплаченную планом, сумму, оплаченную вами, и сумму, оплаченную

Глава 6 Сколько вы платите за препараты, предусмотренные Частью D

другими программами или организациями за ваши препараты, покрываемые Части D.

Если вы получили один или несколько рецептурных препаратов в рамках нашего плана в течение предыдущего месяца, мы отправим вам *EOB по Части D*, содержит следующую информацию:

- **Важная информация за месяц.** В этом отчете содержатся сведения об оплате рецептурных препаратов, которые вы получали в течение предыдущего месяца. В нем отражены совокупные затраты на лекарства, сумма, уплаченная планом, а также суммы, уплаченные вами и другими лицами.
- **Совокупные суммы за год начиная с 1 января.** Здесь отражены совокупные затраты на лекарства и общие расходы на ваши препараты с начала года.
- **Информация о стоимости препаратов.** Данная информация отражает совокупную стоимость лекарств и информацию об изменениях цены, начиная с первой закупки по рецепту для каждой такой закупки в тех же количествах.
- **Доступные более дешевые альтернативные варианты.** Сюда входит информация о других доступных препаратах с меньшим разделением стоимости по каждому предъявлению рецепта для приобретения препарата, если применимо.

Раздел 3.1 Помогите нам обеспечить актуальность информации о ваших выплатах за препараты

Чтобы вести учет расходов на ваши препараты и ваших собственных затрат на препараты, мы используем записи, предоставляемые нам аптеками. Вы можете нам обеспечить правильность и актуальность информации:

- **Предъявляйте свою идентификационную карту участника плана каждый раз при получении рецептурных лекарственных препаратов.** Так мы будем знать, какие рецептурные препараты вы получаете и сколько вы платите.
- **Следите за тем, чтобы мы получали всю необходимую информацию.** Бывают случаи, когда вам надо будет оплатить полную стоимость рецептурного препарата. В таких случаях мы не получаем информацию, необходимую для учета ваших собственных затрат, автоматически. Чтобы помочь нам отслеживать ваши собственные затраты, направляйте нам копии чеков. **Вот некоторые ситуации, в которых вам следует предоставить нам копии чеков:**
 - Покупка покрываемого препарата в сетевой аптеке по специальной цене или использование карточки на скидку, которая не имеет отношения к программе льгот плана.

Глава 6 Сколько вы платите за препараты, предусмотренные Частью D

- Внесение доплаты за препараты, предоставленные в рамках программы поддержки пациентов производителями препаратов.
- Каждая покупка покрываемого препарата в аптеке, не входящей в сеть, и оплата полной стоимости покрываемого препарата при особых обстоятельствах.
- Если вам выставили счет на оплату покрываемого препарата, попросите представителей вашего плана оплатить нашу долю стоимости покрываемых услуг. Информацию о том, как это сделать, можно найти в разделе 2 главы 7 данной брошюры.
- **Сообщайте нам о платежах, совершаемых за вас другими лицами.** Платежи, совершенные некоторыми сторонними лицами и организациями, также учитываются в качестве ваших собственных затрат. Например, в счет ваших собственных затрат засчитываются платежи, совершенные по программе фармацевтической помощи штата, программе помощи больным СПИДом (ADAP), службой здравоохранения для коренных американцев и благотворительными организациями. Вам необходимо вести учет этих платежей и отправлять их нам, чтобы мы также могли вести учет ваших затрат.
- **Проверяйте письменные отчеты, которые мы вам отправляем.** Получив *EOB по Части D*, обязательно просмотрите его и убедитесь, что в нем содержится полная и правильная информация. Если вы считаете, что чего-то не хватает, или у вас есть вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набирать 711). Обязательно сохраняйте эти отчеты.

РАЗДЕЛ 4 Стадия действия франшизы

Большинство наших участников получают «Дополнительную помощь» по оплате рецептурных препаратов, поэтому стадия действия франшизы к ним не применяется. Если вы участвуете в программе «Дополнительную помощь», этот этап оплаты к вам не относится.

Информацию о сумме вычитаемой франшизы см. в «Дополнении LIS» (*LIS Rider*).

Если вы не получаете «Дополнительную помощь», то первым этапом покрытия расходов на лекарства является стадия действия франшизы. Эта стадия начинается, когда вы впервые в текущем году получаете лекарственный препарат по рецепту. На этой стадии оплаты **вы должны оплачивать полную стоимость своих лекарств** до тех пор, пока не достигнете суммы франшизы по плану, которая на 2026 год составляет \$615. Франшиза не распространяется на покрываемые инсулиновые препараты и большинство вакцин по Части D для взрослых, включая вакцины против

Глава 6 Сколько вы платите за препараты, предусмотренные Частью D

опоясывающего лишая, столбняка и вакцины, необходимые для поездок в другие страны. **Вы должны платить полную стоимость ваших препаратов** до достижения суммы франшизы по плану. За все остальные лекарства вам не придется платить франшизу. **Полная стоимость** обычно ниже обычной полной цены препарата, поскольку наш план предусматривает более низкие цены на большинство препаратов в сетевых аптеках. Полная стоимость не может превышать максимальную справедливую цену плюс сборы за отпуск лекарств с согласованными ценами в рамках Программы Medicare по регулированию цен на лекарственные препараты.

После того как вы заплатите \$615 за лекарства, вы покидаете стадию франшизы и переходите на стадию первоначального покрытия.

РАЗДЕЛ 5 Стадия первоначального покрытия

Раздел 5.1 Сумма, которую вы платите за лекарство, зависит от препарата и места, где вы получаете этот препарат

На стадии первоначального покрытия план оплачивает часть расходов на обеспечение вас покрываемыми рецептурными препаратами, а оставшуюся часть оплачиваете вы (вашу доплату *или* сумму совместного страхования). Ваша доля в стоимости будет зависеть от препарата и места, где вы получаете его по рецепту.

Выбор аптеки

Стоимость лекарственных препаратов будет зависеть от того, где вы их получаете:

- В розничной аптеке, входящей в сеть плана.
- В аптеке, не входящей в сеть плана. Мы покрываем расходы на рецептурные препараты, полученные в аптеках, не входящих в нашу сеть, только в ограниченных случаях. Ознакомьтесь с разделом 2.5 главы 5, чтобы узнать, в каких случаях мы покрываем расходы на рецептурные препараты, полученные в аптеке, не входящей в нашу сеть.
- В аптеке плана, доставляющей лекарства по почте.

Дополнительную информацию об этих вариантах выбора аптек и получении лекарств по рецепту см. в главе 5 и в *Справочнике аптек* плана (www.ElderServeHealth.org).

Раздел 5.2 Ваши затраты на *месячный* запас покрываемого лекарственного препарата

На стадии первоначального покрытия ваша доля стоимости покрываемого препарата будет либо доплатой, либо сострахованием.

Ваши затраты на *месячный* запас лекарственного препарата, покрываемого по Части D

Уровень	Стандартное разделение затрат при покупке в сетевой розничной аптеке (запас максимум на 30 дней)	Разделение расходов при заказе по почте (запас максимум на 30 дней)	Разделение расходов при долгосрочном уходе (LTC) (запас максимум на 31 день)	Разделение затрат при покупке во внесетевой аптеке (покрытие ограничено определенными ситуациями; см. главу 5) (запас максимум на 30 дней)
Уровень разделения затрат 1 <i>Дженерики и фирменные препараты</i>	В зависимости от вашего дохода и статуса нахождения в учреждении вы оплачиваете следующее 25% от стоимости или: В случае дженерика (в том числе фирменные препараты, которые рассматриваются как дженерики), либо: доплата в размере \$0; или доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$4.90	В зависимости от вашего дохода и статуса нахождения в учреждении вы оплачиваете следующее 25% от стоимости или: В случае дженерика (в том числе фирменные препараты, которые рассматриваются как дженерики), либо: доплата в размере \$0; или доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$4.90	В зависимости от вашего дохода и статуса нахождения в учреждении вы оплачиваете следующее 25% от стоимости или: В случае дженерика (в том числе фирменные препараты, которые рассматриваются как дженерики), либо: доплата в размере \$0; или доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$4.90	В зависимости от вашего дохода и статуса нахождения в учреждении вы оплачиваете следующее 25% от стоимости или: В случае Дженерика (в том числе фирменные препараты, которые рассматриваются как дженерики), либо: доплата в размере \$0; или доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$4.90

Уровень	Стандартное разделение затрат при покупке в сетевой розничной аптеке (запас максимум на 30 дней)	Разделение расходов при заказе по почте (запас максимум на 30 дней)	Разделение расходов при долгосрочном уходе (LTC) (запас максимум на 31 день)	Разделение затрат при покупке во внесетевой аптеке (покрытие ограничено определенными ситуациями; см. главу 5) (запас максимум на 30 дней)
	Для всех остальных лекарств доплата составляет \$0, \$5.10 или \$12.65	За все остальные препараты: Доплата составляет \$0, \$5.10 или \$12.65	Для всех остальных лекарств доплата составляет \$0, \$5.10 или \$12.65	За все остальные препараты: Доплата составляет \$0, \$5.10 или \$12.65

Независимо от уровня распределения затрат, вам не придется платить более \$35 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина, *даже* если вы не выплатили франшизу.

Дополнительную информацию о разделении затрат на вакцины по Части D см. в разделе 8.

Раздел 5.3 Если ваш врач выписал вам меньше месячного запаса, вам, возможно, не придется оплачивать стоимость всего месячного запаса

Как правило, сумма, которую вы платите за препарат, покрывает полный месячный запас препарата. Может случиться и так, что вы попросите своего врача выписать рецепт на более короткий срок или он сделает это сам (например, если вы впервые принимаете препарат). Вы также можете попросить врача выписать вам рецепт, а фармацевта — выдать вам меньше месячного запаса лекарств, если это поможет вам лучше спланировать даты повторного получения лекарств.

Если вы получили меньше месячного запаса определенных препаратов, вам не придется платить за полный месячный запас.

Глава 6 Сколько вы платите за препараты, предусмотренные Частью D

- Если вы несете ответственность за сострахование, вы платите *процент* от общей стоимости препарата. Поскольку сострахование основано на общей стоимости препарата, ваши расходы будут ниже, поскольку общая стоимость препарата будет ниже.
- Если вы несете ответственность за доплату за препарат, вы платите только за количество дней приема препарата, а не за целый месяц. Мы рассчитаем сумму платежа за ваш препарат за день («ежедневная ставка разделения затрат») и умножим ее на количество дней, на которое вы получаете препарат.

Раздел 5.4 Ваши затраты на долгосрочный (до 90 дней) запас лекарственного препарата, покрываемого по Части D

Вы можете получить запас некоторых рецептурных препаратов на длительный срок (также именуемый «долгосрочным запасом»). Долгосрочный запас — это запас на срок до 90 дней.

Ваши затраты на *долгосрочный* (до 90 дней) запас лекарственного препарата, покрываемого по части D

Уровень	Стандартное разделение затрат при покупке в розничной аптеке (в сети) (запас максимум на 90 дней)	Разделение расходов при заказе по почте (запас максимум на 90 дней)
Уровень разделения затрат 1 Для дженериков (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков)	В зависимости от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь» вы вносите доплату в размере \$0, \$1.60, \$4.90 или 25% от стоимости	В зависимости от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь» вы вносите доплату в размере \$0, \$1.60, \$4.90 или 25% от стоимости

Уровень	Стандартное разделение затрат при покупке в розничной аптеке (в сети) (запас максимум на 90 дней)	Разделение расходов при заказе по почте (запас максимум на 90 дней)
За все другие лекарства	В зависимости от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь» вы вносите доплату в размере \$0, \$5.10, \$12.65 или 25% от стоимости	В зависимости от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь» вы вносите доплату в размере \$0, \$5.10, \$12.65 или 25% от стоимости

Независимо от уровня распределения затрат, вам не придется платить более \$70 за двухмесячный запас или \$105 за трехмесячный запас каждого покрываемого препарата инсулина, даже если вы не выплатили франшизу.

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

Вы остаетесь на стадии первоначального покрытия до тех пор, пока ваши общие расходы не достигнут \$2,100. Затем вы переходите на стадию критического покрытия.

Направленный вам отчет *EOB по Части D* поможет отслеживать, сколько вы, план и любые третьи стороны потратили от вашего имени в течение года. Не все участники достигнут лимита собственных расходов в размере \$2,100 за год.

Мы сообщим вам при достижении лимита в этом размере. Дополнительную информацию о том, как Medicare рассчитывает ваши собственные расходы, см. в разделе 1.3.

РАЗДЕЛ 6 Стадия критического покрытия

На стадии критического покрытия вы ничего не платите за препараты, покрываемые по Части D. Вы переходите на стадию критического покрытия, когда ваши собственные расходы достигают лимита в \$2,100 за календарный год. После перехода на стадию

Глава 6 Сколько вы платите за препараты, предусмотренные Частью D

критического покрытия вы останетесь на этой стадии выплат до конца календарного года.

- На этой стадии оплаты вы ничего не платите за лекарственные препараты, покрываемые Частью D.

РАЗДЕЛ 7 Сколько вы платите за вакцины, покрываемые Частью D

Важное сообщение о ваших расходах на вакцины: некоторые вакцины считаются медицинскими льготами и покрываются в рамках Части B. Другие вакцины считаются препаратами Части D. Они перечислены в Списке препаратов плана. Наш план покрывает большинство прививок для взрослых по Части D бесплатно, даже если вы не выплатили франшизу. чтобы получить информацию о страховом покрытии и о разделении затрат в отношении определенных вакцин, см. Список препаратов нашего плана или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователям TTY следует набрать *711*).

Наше покрытие услуг вакцинации по Части D состоит из двух частей:

- Первая часть покрытия распространяется на стоимость **самой вакцины**.
- Вторая часть покрытия распространяется на стоимость **проведения вакцинации** (иногда этот процесс называется «введением» вакцины).

Ваши затраты на вакцины по Части D зависят от трех факторов:

1. **Рекомендована ли вакцина для взрослых организацией, называемой Консультативным комитетом по вакцинации (ACIP).**
 - Большинство прививок для взрослых по Части D рекомендованы ACIP, вы за них не платите.
2. **Где вы делаете прививку.**
 - Саму вакцину можно приобрести в аптеке или в кабинете врача.
3. **Кто делает вам прививку.**
 - Прививку может сделать фармацевт или другой поставщик услуг в аптеке. В качестве альтернативы ее может сделать поставщик услуг в кабинете врача.

Сумма, которую вы заплатите во время вакцинации по Части D, может варьироваться в зависимости от обстоятельств и того, на какой **стадии оплаты лекарств** вы находитесь.

- Иногда при вакцинации вам приходится оплачивать полную стоимость вакцины и услуг по ее введению. Затем вы можете обратиться в наш план и попросить

Глава 6 Сколько вы платите за препараты, предусмотренные Частью D

выплатить вам нашу долю расходов. Для большинства вакцин для взрослых по Части D это означает, что вам будет возмещена вся уплаченная вами стоимость.

- В других случаях, когда вы проходите вакцинацию, вы оплачиваете только свою долю расходов в рамках льготы по Части D. Вам ничего не нужно платить за большинство вакцин для взрослых по Части D.

Ниже описаны три наиболее распространенных способа получить прививку с использованием вакцины по Части D.

Ситуация 1. Вы проходите вакцинацию по Части D в сетевой аптеке. (Наличие у вас такого выбора зависит от того, где вы живете. В некоторых штатах аптекам не разрешается делать определенные прививки.)

- Вам ничего не нужно платить за большинство вакцин для взрослых по Части D.
- За другие вакцины по Части D вы платите в аптеке свою долю страхования *ИЛИ* вносите доплату за саму вакцину, включая стоимость ее введения.
- Наш план оплатит оставшуюся часть расходов.

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

- При вакцинации вам, возможно, придется оплатить полную стоимость самой вакцины и стоимость услуг по ее введению.
- Затем вы можете попросить наш план оплатить нашу долю расходов, используя процедуры, описанные в главе 7.
- За большинство вакцин по Части D для взрослых вам будет возмещена полная уплаченная сумма. За другие вакцины по Части D вам будет возмещена уплаченная вами сумма за вычетом суммы страхования *ИЛИ* доплаты за вакцину (включая стоимость введения), а также за вычетом разницы между суммой, взимаемой врачом, и той, которую обычно платим мы (участникам программы «Дополнительная помощь» мы возмещаем эту разницу).

Ситуация 3. Вы покупаете вакцину по Части D в сетевой аптеке, а затем несете ее в кабинет своего врача, где вам делают прививку.

- За большинство вакцин для взрослых по Части D вам не придется платить за саму вакцину.
- За другие вакцины по Части D вы заплатите в аптеке свою долю страхования *ИЛИ* доплату за саму вакцину.

Глава 6 Сколько вы платите за препараты, предусмотренные Частью D

- Когда врач делает вам прививку, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость этой услуги.
- Затем вы можете попросить наш план оплатить нашу долю расходов, используя процедуры, описанные в главе 7.
- За большинство вакцин по Части D для взрослых вам будет возмещена полная уплаченная сумма. За другие вакцины по Части D вам будет возмещена уплаченная вами сумма за вычетом любого сострахования за введение вакцины, а также за вычетом разницы между суммой, взимаемой врачом, и той, которую обычно платим мы (участникам программы «Дополнительная помощь» мы возмещаем эту разницу).

ГЛАВА 7.

Подача запроса на оплату счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых следует попросить нас оплатить нашу долю расходов за покрываемые услуги или лекарства

Наши сетевые поставщики выставляют счета за покрываемые услуги и препараты непосредственно представителям плана — вы не должны получать такие счета. Полученные счета на оплату медицинского ухода или препаратов следует отправлять нам. Когда вы отправляете нам счет, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные препараты и услуги. Если мы сочтем, что эти услуги должны покрываться, мы заплатим непосредственно поставщику услуг.

Если вы уже оплатили покрываемую планом услугу или изделие по программе Medicare, вы можете обратиться к нам за компенсацией (часто мы называем это **возмещением** средств). У вас есть полное право на возмещение расходов нашим планом после любой покупки медицинских услуг или препаратов, включенных в страховое покрытие согласно условиям плана. Чтобы получить возмещение расходов, вы должны укладываться в определенные сроки (см. раздел 2 этой главы). Если вы отправляете нам оплаченный счет, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные вам услуги или препараты. Если мы сочтем, что эти услуги или препараты должны покрываться, мы возместим вам их стоимость.

Также могут быть случаи, когда вам приходит счет от поставщика услуг на оплату полной стоимости полученного вами медицинского обслуживания или, возможно, на сумму, превышающую вашу долю затрат. Сперва попробуйте решить вопрос со счетом с поставщиком услуг. Если не получится, отправьте счет нам, не оплачивая его. Если вы отправляете нам счет, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные услуги. Если мы сочтем, что эти услуги должны покрываться, мы заплатим непосредственно поставщику услуг. Если мы примем решение не оплачивать счет, мы уведомим об этом поставщика услуг. Вы никогда не должны платить больше вашей доли участия в расходах, установленной в плане. Если такой поставщик услуг работает по договору подряда, у вас все равно остается право на получение лечения.

Приведем примеры случаев, когда у вас может возникнуть необходимость требовать у плана оплаты выставленного счета или возмещения за него.

1. Оказание вам экстренной или срочной помощи поставщиком услуг, который не входит в сеть нашего плана

- Вы можете получать услуги экстренной или срочной помощи у любых поставщиков услуг, вне зависимости от их участия в нашей сети. В таком случае попросите поставщика услуг выставить счет нашему плану.

Глава 7 Подача запроса на оплату счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

- Если вы оплачиваете полную стоимость услуг при их получении, обратитесь к нам для получения возмещения. Отправьте нам счет вместе с документацией, подтверждающей любые осуществленные вами платежи.
- Вы можете получить счет от поставщика, требующего оплаты, даже если считаете, что не должны оплачивать этот счет. Отправьте нам этот счет вместе с документацией, подтверждающей любые выполненные вами платежи.
 - Если перед поставщиком имеется задолженность, мы расплатимся непосредственно с поставщиком.
 - Если вы уже оплатили услугу, мы возместим вам затраты.

2. Получение счета, который, по вашему мнению, вы не должны оплачивать

Сетевые поставщики всегда должны выставлять счета непосредственно плану. Однако иногда они допускают ошибки и могут попросить вас оплатить их услуги.

- Вам нужно будет оплатить сумму, предусмотренную разделением затрат, только при получении покрываемых услуг. Мы не разрешаем поставщикам услуг добавлять дополнительные отдельные платежи, которые называются **выставлением счета на остаток**. Эта гарантия (согласно которой вы никогда не платите больше, чем сумма разделения затрат) применяется даже в том случае, если мы платим поставщику меньше, чем он взимает за услугу, и даже если возникает спор и мы не оплачиваем некоторые суммы, выставленные поставщиком. Мы платим нашим поставщикам услуг напрямую и защищаем вас от любых начислений. Это относится даже к тем ситуациям, когда мы платим поставщику услуг меньше, чем он взимает за данную услугу с других клиентов.
- Если вы получили счет от сетевого поставщика услуг, обязательно перешлите этот счет нам. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим этот вопрос.
- Если вы уже оплатили услуги сетевого поставщика, пришлите нам счет и документацию, подтверждающую любые выполненные вами платежи. Вы можете попросить нас компенсировать оплату покрываемых услуг.

3. Регистрация в плане задним числом

Иногда участник регистрируется в нашем плане задним числом. (Это значит, что первый день его регистрации уже прошел. Дата регистрации может быть даже в прошлом году.)

Если вы зарегистрировались в нашем плане задним числом и самостоятельно оплатили покрываемые медицинские услуги или препараты после даты регистрации, вы можете обратиться к нам за возмещением нашей доли затрат. Для этого необходимо будет подать документы, такие как чеки или счета, чтобы мы могли рассмотреть возможность возмещения ваших затрат.

Глава 7 Подача запроса на оплату счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

4. Получение препаратов по рецепту в аптеке, не входящей в сеть плана

Если вы воспользуетесь услугами аптеки, не входящей в сеть, возможно, аптека не сможет подать требование о возмещении стоимости препарата непосредственно нам. В таком случае вам, возможно, придется самостоятельно оплатить полную стоимость препарата.

Сохраните чек и отправьте нам копию с запросом на возмещение. Обратите внимание, что мы возмещаем ваши расходы в аптеках, не входящих в сеть, в ограниченном числе случаев. Дополнительную информацию см. в разделе 2.5 главы 5. Мы можем не возвращать вам разницу между суммой, которую вы заплатили за препарат в аптеке, не входящей в сеть, и суммой, которую мы заплатили бы в сетевой аптеке.

5. Оплата вами полной стоимости отпускаемого по рецепту препарата из-за отсутствия карты участника

Если у вас нет с собой карты участника плана, вы можете попросить фармацевта позвонить в наш план или посмотреть информацию о включении вас в план. Если аптеке не удастся сразу получить информацию о вашей регистрации в плане, то вам, возможно, придется самостоятельно оплатить полную стоимость препарата.

Сохраните чек и отправьте нам копию с запросом на возмещение. Мы не сможем вернуть вам полную стоимость, если уплаченная вами наличными цена выше согласованной нами цены на рецептурный препарат.

6. Оплата вами полной стоимости отпускаемого по рецепту препарата в других случаях

Иногда вы можете оплачивать полную стоимость препарата, отпускаемого по рецепту, потому что по какой-то причине этот препарат не покрывается.

- Например, препарат может не входить в Список препаратов плана либо на него распространяется требование или ограничение, о котором вы не знали (или думали, что оно к вам не относится). Если препарат вам нужен немедленно, то вам, возможно, придется самостоятельно оплатить его полную стоимость.
- Сохраните чек и отправьте нам копию с запросом на возмещение. В некоторых ситуациях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача, чтобы возместить вам стоимость препарата. Мы не сможем вернуть вам полную стоимость, если уплаченная вами наличными цена выше согласованной нами цены на рецептурный препарат.

Когда вы направите запрос на оплату, мы рассмотрим ваш запрос и решим, стоит ли покрывать услугу или лекарство. Это называется вынесением **решения о страховом покрытии**. Если решение положительное, мы возместим вам стоимость услуги или

Глава 7 Подача запроса на оплату счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

препарата. Если мы отклоним ваш запрос об оплате, вы можете подать апелляцию на наше решение. Чтобы узнать, как подать апелляцию, см. главу 9.

РАЗДЕЛ 2 Оформление запроса на возмещение затрат или оплату полученного вами счета

Вы можете попросить нас возместить затраты в письменном запросе. Если вы отправляете письменный запрос, направьте вместе с ним ваш счет и документацию, подтверждающую факт осуществления вами платежей. Рекомендуем сделать копии счета и чеков для себя. **Запрос необходимо подать в течение 60 дней** с момента получения услуг, товара или препарата.

Чтобы убедиться в том, что вы предоставили нам всю необходимую для принятия решения информацию, при подаче запроса заполните бланк страхового требования.

- Заполнение этого бланка не обязательно, однако это поможет нам скорее обработать информацию.
- Вы можете загрузить бланк, посетив наш сайт (www.ElderServeHealth.org), или позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует набрать 711) и попросить выслать вам бланк.

Отправьте нам по почте запрос на оплату вместе со всеми счетами или квитанциями об оплате по этому адресу:

ElderServe MAP
Attn: Claims Department
80 West 225th Street
Bronx, NY 10463

Для **Части D (Запросы на рецептурные препараты)** отправьте почтой свой запрос, приложив к нему счета или квитанции, по следующему адресу:

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
PO Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

РАЗДЕЛ 3 Рассмотрение вашего запроса и принятие решения

Получив от вас запрос на платеж, мы свяжемся с вами, если нам потребуется дополнительная информация. В ином случае мы рассмотрим ваш запрос и вынесем решение о страховом покрытии.

Глава 7 Подача запроса на оплату счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

- Если мы решим, что медицинские услуги или препарат покрываются, а все требования были вами соблюдены, мы оплатим эти услуги или препарат. Если вы уже оплатили услугу или препарат, мы отправим вам возмещение. Если вы оплатили полную стоимость лекарственного препарата, вам может быть не возвращена полная уплаченная вами сумма (например, если вы приобрели препарат в аптеке, не входящей в сеть, или если цена наличными, которую вы заплатили за препарат, превышает нашу договорную цену). Если вы этого еще не сделали, мы отправим платеж напрямую поставщику.
- Если мы решим, что медицинские услуги либо препарат *не* покрываются или требования *не* были соблюдены, мы не будем их оплачивать. Мы отправим вам письмо с объяснением причин, по которым мы не отправили запрошенный вами платеж, и ваши права для подачи апелляции по этому решению.

Раздел 3.1 Апелляция в случае отрицательного решения

Если вы считаете, что мы неправы в том, что отказали в удовлетворении вашего запроса о платеже, или вы не согласны с суммой, которую мы выплатили, можно подать апелляцию. Подавая апелляцию, вы просите нас изменить вынесенное решение об отказе в удовлетворении вашего запроса на компенсацию. Подача апелляции — это формальный процесс с детально разработанными процедурами и важными сроками исполнения. Дополнительные сведения о подаче апелляции см. в главе 9.

ГЛАВА 8.

Ваши права и обязанности

РАЗДЕЛ 1 Уважительное отношение к правам и культурным традициям участников плана

Раздел 1.1 Предоставление информации удобным для вас способом: на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в другом альтернативном формате и т. д.

Our 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 our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't 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 materials in languages other than English including Spanish, Chinese and Russian and in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-362-2266 (TTY users call 711).

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with 1-800-362-2266, TTY users should call 711. You can 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.

Nuestro plan es necesario para garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se ofrezcan de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos antecedentes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Глава 8 Ваши права и обязанности

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en idiomas distintos al inglés, incluidos español, chino y ruso, así como en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan requiere dar a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si los proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará la participación de costos de la red. Si se encuentra en una situación donde no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre a dónde ir para obtener este servicio con la participación de costos de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, al ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja al 1-800-362-2266, los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

我們的計劃要求確保所有服務，包括臨床和非臨床服務，都以具有文化能力的方式提供，並且向所有參加者開放，包括那些英語能力有限、閱讀技能有限、聽力障礙或擁有不同文化和種族背景的人。我們計劃滿足這些可及性要求的例子包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、打字電話或TTY（文字電話或打字電話）連接。我們的計劃提供免費的口譯服務，以回答非英語成員的問題。如果您需要，我們還可以提供其他語言的資料，包括西班牙語、中文和俄語，並且可以提供盲文、大字本或其他替代格式，全部免費。我們有責任以您可訪問且合適的格式向您提供有關我們計劃福利的信息。如需以適合您的方式從我們獲取信息，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY用戶請撥打711）。

我們的計畫要求為女性報名者提供直接訪問網絡內婦女健康專家的選項，以便獲得婦女的常規和預防健康護理服務。

如果我們計劃中的專科網絡內沒有可用的提供者，我們計劃的責任是在網絡外尋找專科提供者，以便為您提供必要的護理。在這種情況下，您僅需支付網絡內的費用分擔。如果您

Глава 8 Ваши права и обязанности

открыть для себя эту ситуацию, что мы планируем в сети не охватить тех специалистов, к которым вам нужно обратиться, позвоните нам по плану, чтобы получить информацию о том, где в сети можно получить эту услугу с долей затрат в сети.

Если вы можете и соответствуете формату получения информации из нашего плана в формате, который доступен и подходит вам, обращение к специалисту в области женского здоровья или поиск специалиста сети, позвоните, чтобы подать жалобу по номеру

Наш план необходим для обеспечения того, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учетом культурных особенностей и были доступны всем застрахованным, включая тех, кто имеет ограничения по знанию английского языка, ограниченные навыки чтения, проблемы со слухом или тех, кто принадлежит к различным культурным и этническим группам. Примеры того, как наш план может соответствовать этим требованиям доступности, включают, но не ограничиваются, предоставление услуг переводчиков, услуг устного переводчика, телетайпов или подключения TTY (текстовая телефонная связь или телетайповый телефон).

Наша программа предлагает бесплатные услуги переводчиков для ответов на вопросы членов, говорящих не на английском языке. Мы также можем предоставить материалы на других языках, кроме английского, включая испанский, китайский и русский, а также в Брайлевском шрифте, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах без дополнительной платы, если это необходимо. Мы обязаны предоставить вам информацию о преимуществах нашей программы в формате, который доступен и подходит вам. Чтобы получить информацию от нас удобным для вас способом, позвоните в службу поддержки членов по телефону 1-800-362-2266 (для пользователей TTY звоните по номеру 711).

Наш план требует предоставить женщинам, зарегистрированным в программе, возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в сети для рутинных и профилактических медицинских услуг для женщин.

Если в сети поставщиков нашего плана по специализации нет доступных специалистов, наш план несет ответственность за поиск специализированных поставщиков вне сети, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только долю затрат в сети. Если вы окажетесь в ситуации, когда в сети поставщиков нашего плана нет специалистов, которые покрывают необходимую вам услугу, свяжитесь с нашим планом для получения информации о том, куда обратиться для получения этой услуги с долей затрат в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации из нашего плана в формате, который доступен и подходит вам, обращение к специалисту в области женского здоровья или поиск специалиста сети, позвоните, чтобы подать жалобу по номеру

Глава 8 Ваши права и обязанности

1-800-362-2266, пользователи ТТУ должны звонить по номеру 711. Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или напрямую в Управление по гражданским правам по номеру 1-800-368-1019 или ТТУ 1-800-537-7697.

Раздел 1.2 Своевременное получение покрываемых услуг и препаратов

Вы имеете право выбрать поставщика первичных медицинских услуг в сети плана, который будет предоставлять покрываемые услуги и организовывать для вас их получение. У вас также есть право обратиться к специалисту по женскому здоровью (например, гинекологу) без направления. Чтобы обратиться к сетевому поставщику, направление не обязательно.

Участники плана имеют право в *допустимые согласно условиям сроки* посещать врачей и получать покрываемые услуги сетевых поставщиков плана. Сюда входит право на своевременное получение услуг специалиста в случае, когда вам это потребуется. У вас также есть право получать препараты, отпускаемые по рецепту, в том числе повторно, в любой сетевой аптеке без существенных задержек.

Если вы считаете, что не получаете услуги или препараты, предусмотренные Частью D, в положенный срок, в главе 9 описано, что следует делать.

Раздел 1.3 Защита конфиденциальности личной информации о состоянии здоровья

Конфиденциальность медицинской документации и информации о здоровье участников программы охраняется федеральными законами и законами штата. Мы защищаем информацию о здоровье участников программы, как того требуют законы.

- Под информацией о здоровье участника программы подразумеваются личные данные, которые были предоставлены им во время регистрации, медицинская документация, а также прочая медицинская информация и сведения о состоянии здоровья.
- У вас есть права в отношении вашей информации и контроля за тем, как используется информация о состоянии вашего здоровья. Вы получите письменное уведомление, называемое *Уведомлением о порядке использования конфиденциальной информации (Notice of Privacy Practice)*, где будут описаны ваши права и меры, которые мы принимаем для защиты личной информации о состоянии здоровья.

Как мы обеспечиваем конфиденциальность информации о состоянии здоровья?

- Мы гарантируем, что ваши данные не будут просмотрены или изменены неуполномоченными на это лицами.

Глава 8 Ваши права и обязанности

- В большинстве случаев, прежде чем раскрывать информацию о вашем здоровье лицам, которые не предоставляют вам медицинские услуги или не оплачивают их, *нам необходимо сначала получить на это письменное разрешение от вас или какого-либо лица, которого вы наделили юридическими полномочиями принимать за вас решения.*
- В некоторых случаях получать предварительное письменное разрешение не требуется. Эти случаи определены законом.
 - Например, мы обязаны предоставлять информацию о состоянии здоровья участников программы государственным учреждениям, проверяющим качество медицинского обслуживания.
 - Поскольку вы являетесь участником плана по программе Medicare, мы обязаны предоставить Medicare информацию о состоянии вашего здоровья, в том числе информацию о ваших препаратах по Части D, которые отпускаются по рецепту. Если программа Medicare предоставляет эту информацию для исследования или других целей, это будет сделано в соответствии с федеральными законами и нормами. Как правило, это включает требование неразглашения информации, которая идентифицирует вас лично.

Вы можете просмотреть информацию, содержащуюся в вашей медицинской документации, и узнать, как она раскрывалась третьим лицам

Вы имеете право просматривать свои медицинские документы и получать их копии. За предоставление копий может взиматься плата. Вы также можете попросить внести изменения или дополнения в свою медицинскую документацию. В этом случае решение о внесении изменений будет принято совместно с вашим поставщиком медицинских услуг.

Вы имеете право знать, как информация о вашем здоровье была передана третьим сторонам в каких-либо целях, отличных от обычных.

В случае возникновения вопросов или сомнений в отношении конфиденциальности вашей персональной медицинской информации, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набрать 711).

Раздел 1.4 Предоставление информации о плане, нашей сети поставщиков и покрываемых услугах

Являясь участником плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, вы имеете право получать от нас разную информацию.

Если вам нужны какие-либо из перечисленных далее сведений, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набрать 711):

Глава 8 Ваши права и обязанности

- **Информация о плане.** Это могут быть сведения о финансовом состоянии плана.
- **Сведения о квалификации аптек и поставщиков услуг, входящих в нашу сеть.** У вас есть право получать информацию о квалификации поставщиков услуг и аптек, а также способах оплаты услуг поставщиков в нашей сети.
- **Информация о страховом покрытии и правилах, которые вы должны соблюдать при использовании этого покрытия.** В главе 3 и 4 содержится информация о медицинских услугах. В главах 5 и 6 содержится информация об оплате препаратов по Части D.
- **Информация о том, почему некоторые услуги не покрываются, и что можно с этим сделать.** В главе 9 представлена информация о том, как запросить письменное разъяснение, почему медицинские услуги или препараты по Части D не покрываются страховкой и ограничено ли ваше страховое покрытие. В главе 9 также представлена информация о том, как попросить нас изменить решение. Этот процесс также называется апелляцией.

Раздел 1.5 У вас есть право знать о вариантах лечения и участвовать в принятии решения о вашем уходе

У вас есть право получать от обслуживающих вас врачей и других поставщиков услуг полную информацию. Поставщик должен *доступным вам образом* рассказать о вашем состоянии и вариантах лечения.

У вас также есть право полностью участвовать в принятии решений относительно вашего медицинского ухода. Чтобы вы вместе с врачами могли принять решение о наиболее подходящем для вас лечении, для вас предусмотрены следующие права:

- **Знать обо всех доступных для вас вариантах.** Вы имеете право знать обо всех рекомендованных в вашем случае вариантах лечения независимо от того, сколько они стоят и покрываются ли вашим планом, а также о программах, предлагаемых нашим планом, помогающих участникам контролировать прием лекарств и безопасно использовать препараты.
- **Знать о рисках.** У вас есть право знать о всех потенциальных рисках в уходе. Вам должны заранее сообщить, если предложенный медицинский уход или лечение являются частью исследовательского эксперимента. Вы всегда можете отказаться от участия в экспериментальном лечении.
- **Отказаться от лечения.** У вас есть право отказаться от любого лечения. В частности, вы можете покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если врач рекомендует не делать этого. У вас также есть право прекратить принимать лекарства. Если вы откажетесь от лечения или перестанете принимать лекарства, вся ответственность за последствия такого решения для вашего здоровья ложится на вас.

Глава 8 Ваши права и обязанности

У вас есть право заранее дать указания на тот случай, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения о своем медицинском уходе

Иногда люди не в состоянии самостоятельно принимать решения о медицинском уходе, например после несчастного случая или при серьезном заболевании. У вас есть право распорядиться о дальнейших действиях на такой случай. Ниже описано, что *при желании* можно сделать:

- Заполнить форму, чтобы предоставить **доверенному лицу юридическое право принимать за вас решения** об оказываемых медицинских услугах, если вы окажетесь не в состоянии делать это самостоятельно.
- **Дать врачу письменные указания** касательно ухода за вами, если вы сами не сможете принимать решения.

Юридические документы, которые составляются в таких случаях, называются **заблаговременными распоряжениями**. Примерами заблаговременных распоряжений являются документы, которые называются **«прижизненное распоряжение»** и **«доверенность на принятие решений о медицинской помощи»**.

Чтобы оформить заблаговременное распоряжение с указаниями:

- **Получите нужный бланк.** Бланк заблаговременного распоряжения можно получить у адвоката или социального работника, а также приобрести в некоторых магазинах канцелярских товаров. В определенных случаях бланк заблаговременного распоряжения можно получить в организации, предоставляющей людям информацию о Medicare. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набрать 711) и попросить предоставить вам бланки.
- **Заполните бланк и подпишите его.** Независимо от того, где вы получите бланк, он является юридическим документом. Для его заполнения рекомендуется обратиться к юристу.
- **Раздайте копии бланка соответствующим людям.** Необходимо предоставить копии бланка лечащему врачу и человеку, которому вы передаете право принимать решения, если окажетесь не в состоянии делать это самостоятельно. Вы можете раздать копии близким друзьям и членам семьи. Храните один экземпляр дома.

Если вам заранее известно о вашей госпитализации и вы подписали бланк заблаговременного распоряжения, **возьмите копию документа с собой в больницу.**

Глава 8 Ваши права и обязанности

- При поступлении в больницу вас спросят о наличии подписанного заблаговременного распоряжения и попросят предъявить экземпляр.
- Если вы не подписывали бланк заблаговременного распоряжения, вам предложат бланк в больнице и спросят, хотите ли вы составить и подписать распоряжение.

Вы сами решаете, оформлять ли заблаговременное распоряжение и подписывать ли его, даже если вы находитесь в больнице. В соответствии с законодательством никто не имеет права отказать вам в предоставлении ухода или ущемлять ваши права на основании того, есть у вас заблаговременное распоряжение.

Если ваши указания не соблюдаются

Если вы подписали заблаговременное распоряжение и считаете, что врач или больница не следовали содержащимся в нем указаниям, вы можете подать жалобу: New York Medicaid Office of the Commissioner, Empire State Plaza, Corning Tower, 14th Floor, Albany, New York, 12237. Вы также можете связаться с Департаментом здравоохранения по телефону: 1-518-474-2011.

Раздел 1.6 Право подавать жалобы и запрашивать пересмотр принятых решений

Если у вас возникли какие-либо проблемы, опасения или жалобы и вам необходимо запросить страховое покрытие или подать апелляцию, в главе 9 данного документа описано, что вы можете сделать. Независимо от ваших действий (подача запроса о страховом покрытии, подача апелляции или жалобы) **мы должны относиться к вам справедливо.**

Раздел 1.7 Действия в случае несправедливого отношения и нарушения прав

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо или ваши права были нарушены из-за вашей расы, инвалидности, религии, пола, состояния здоровья, этнической принадлежности, вероисповедания (убеждений), возраста, сексуальной ориентации или национального происхождения, вам следует позвонить в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социальных служб по номеру 1-800-368-1019 (пользователям ТТУ следует набрать 1-800-537-7697) или позвонить в ваше местное отделение Управления по гражданским правам.

Если вы считаете, что к вам относятся несправедливо или нарушают ваши права *и это не связано с дискриминацией*, вы можете обратиться за помощью для решения вашей проблемы:

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набрать 711)

Глава 8 Ваши права и обязанности

- **Позвоните в местную программу SHIP по номеру 1800-701-0501** подробнее см. в разделе 3 главы 2.
- **Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (пользователям ТТУ следует набрать 1-877-486-2048)

Раздел 1.8 Получение дополнительной информации о ваших правах

Чтобы получить дополнительную информацию о ваших правах:

- **Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266** (пользователям ТТУ следует набрать 711)
- **Позвоните в местную программу SHIP по номеру 1800-701-0501** подробнее см. в разделе 3 главы 2.
- **Свяжитесь с представителями программы Medicare:**
 - Посетите веб-сайт www.Medicare.gov и ознакомьтесь с публикацией «Права и защита в рамках программы Medicare» (Medicare Rights & Protections) (доступна по адресу: [Права и защита в рамках программы Medicare](#))
 - Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователям ТТУ следует набрать 1-877-486-2048)

РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника нашего плана

Ваши обязанности как участника плана перечислены ниже. С вопросами обращайтесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набрать 711).

- **Ознакомьтесь с покрываемыми услугами и правилами их получения.** Покрываемые услуги и правила, которым следует следовать для их получения, описаны в *Подтверждении страхового покрытия*.
 - В главах 3 и 4 подробно описано покрытие медицинских услуг.
 - В главах 5 и 6 подробно описано покрытие препаратов по Части D.
- **Обязательно сообщите, если, кроме нашего плана, вы пользуетесь другими программами страхования здоровья или покрытия препаратов.** В главе 1 содержится информация о координации этих льгот.
- **Сообщайте своему врачу и поставщикам медицинских услуг, что вы зарегистрированы в нашем плане.** Предъявляйте карту участника нашего плана каждый раз, когда получаете медицинскую помощь или препараты, покрываемые по Части D.

Глава 8 Ваши права и обязанности

- **Помогите своему врачу и другим поставщикам в оказании вам помощи:** предоставляйте им необходимую информацию, задавайте интересующие вас вопросы и полностью выполняйте все предписания в рамках предоставляемого ухода.
 - Чтобы получить наилучшее обслуживание, сообщайте своим врачам и другим поставщикам медицинских услуг о своих проблемах со здоровьем. Следуйте плану лечения и указаниям, согласованным с вашим врачом.
 - Убедитесь, что врачам известно, какие препараты, в том числе продающиеся без рецепта, витамины и добавки вы принимаете.
 - Если у вас возникают вопросы, смело задавайте их. Вы получите понятный ответ.
- **Будьте тактичны.** Мы ожидаем от участников уважения прав других пациентов. Мы также надеемся, что ваше поведение не будет препятствовать оказанию услуг в кабинете врача, больнице и других учреждениях.
- **Оплачивайте свою долю расходов.** Как участник плана вы обязаны вносить следующие платежи:
 - Вам необходимо продолжать уплачивать страховые взносы за участие в Medicare, чтобы оставаться участником нашего плана.
- **Если вы переезжаете *в пределах* территории обслуживания плана, нам нужно об этом знать:** так мы сможем обновить ваше личное дело и будем знать, как с вами связываться.
- **Если вы переезжаете *за пределы* территории обслуживания плана, то *не сможете* оставаться его участником.**
- **В случае переезда вам необходимо сообщить об этом в Управление социального обеспечения (или в Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников).**

ГЛАВА 9.

Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

РАЗДЕЛ 1 Что делать, если у вас возникли проблемы или вопросы

В этой главе описано, как решить проблему и найти ответ на вопрос. Выбор алгоритма решения проблемы зависит от вида проблемы, с которой вы столкнулись.

- В одних случаях необходимо использовать **процедуры подачи запроса на вынесение решения о страховом покрытии и апелляции**.
- А в других **процедуру подачи жалобы**, также называемой претензией.

Для каждой процедуры установлены правила, сроки и последовательность действий, которые необходимо соблюдать и нам, и вам.

Раздел 3 поможет вам определиться.

Раздел 1.1 Юридические термины

В этой главе разъяснены юридические термины для некоторых правил, процедур и типов сроков. Многие из этих терминов незнакомы большинству людей. Чтобы упростить восприятие, в этой главе вместо некоторых юридических терминов используются более привычные слова.

Однако иногда важно знать правильные юридические термины. Чтобы вам было легче понять, какие термины следует использовать для получения нужной помощи или информации, мы приводим эти юридические термины, когда описываем конкретные ситуации.

РАЗДЕЛ 2 Где можно получить дополнительную информацию и индивидуальную помощь

Мы всегда готовы вам помочь. Даже если у вас есть жалоба на то, как мы обращаемся с вами, мы обязаны уважать ваше право подать такую жалобу. Всегда обращайтесь за помощью в отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователям ТТУ следует набрать 711). В некоторых ситуациях вам, возможно, потребуется помощь или указания от кого-то, кто не связан с нашей организацией. В таком случае можно обратиться в две организации, приведенные ниже.

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP)

В каждом штате существует государственная программа, в рамках которой работают подготовленные консультанты. Она не связана ни с нами, ни с какими-либо другими страховыми компаниями или планами медицинского страхования. Консультанты этой

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

программы помогут вам понять, какой процедурой необходимо воспользоваться, чтобы решить вашу проблему. Они ответят на ваши вопросы, предоставят дополнительную информацию и подскажут, что делать дальше.

Услуги консультантов SHIP бесплатны.

В New York программа SHIP называется Программой информирования, консультаций и помощи с медицинским страхованием (HIPCAP). Позвоните в HIPCAP по номеру 1-800-701-0501. Номера телефонов указаны в разделе 3 главы 2 этого документа. **Medicare**

Вы также можете обратиться за помощью в Medicare:

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Посетите веб-сайт www.Medicare.gov

Вы можете получить помощь и информацию от представителей программы Medicaid

Позвоните на горячую линию Medicaid по номеру 1-800-541-2831 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 8:00 р.м., по субботам с 9:00 а.м. до 1:00 р.м.

Вы можете написать в местный Департамент социальных служб (LDSS). Найти адрес своего LDSS можно [здесь](#).

Вы также можете посетить [веб-сайт программы Medicaid штата New York](#).

Программа Medicaid штата New York:

Телефон	Горячая линия Medicaid штата New York: 1-800-541-2831 Режим работы: с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Режим работы: суббота с 9:00 а.м. до 1:00 р.м. TTY: 711
Адрес для письменной корреспонденции	Вы можете написать в местный Департамент социальных служб (LDSS). Найти адрес своего LDSS можно здесь .
Веб-сайт	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

РАЗДЕЛ 3 Основные сведения о жалобах и апелляциях в рамках программ Medicare и Medicaid

У вас есть страховка по программе Medicare и, кроме того, вы пользуетесь льготами по программе Medicaid. Информация, приведенная в этой главе, относится ко **всем** вашим льготам по программам Medicare и Medicaid. Это называют «интегрированной процедурой», т. к. она объединяет (интегрирует) процедуры по программам Medicare и Medicaid.

Иногда процедуры по программам Medicare и Medicaid не объединяются. В таких случаях вы используете процедуры Medicare в отношении льгот, покрываемых программой Medicare, и процедуры Medicaid в отношении льгот, покрываемых программой Medicaid. Разъяснения по таким случаям приведены в **разделе 6.4**.

РАЗДЕЛ 4 Использование процедур для решения конкретных проблем

При возникновении проблем или вопросов ознакомьтесь с информацией только в тех частях этой главы, которые относятся к вашей ситуации. С помощью приведенной ниже схемы можно определить, в каком разделе этой главы описываются действия, которые необходимо предпринять при возникновении проблем и жалоб, связанных со льготами, предоставляемыми Medicare или Medicaid.

Ваша проблема или вопрос связаны с льготами или страховым покрытием?

Сюда входят проблемы, связанные с предоставлением покрытия медицинского обслуживания (медицинских изделий, услуг и/или препаратов по Части В), способом предоставления этого покрытия, а также с оплатой медицинского обслуживания.

Да.

См. **раздел 5 «Решения о страховом покрытии и апелляции»**.

Нет.

См. **раздел 11 «Как подать жалобу касательно качества медицинской помощи, времени ожидания, обслуживания клиентов и прочих проблем»**.

Решения о страховом покрытии и апелляции

РАЗДЕЛ 5 Решения о страховом покрытии и апелляции

Решения о страховом покрытии и апелляции касаются проблем, связанных с вашими льготами и покрытием вашего медицинского обслуживания (услуги, изделия и препараты по Части В, включая оплату). Для простоты мы обычно называем медицинские изделия, услуги и препараты, покрываемые по Части В программы Medicare, **медицинским обслуживанием**. Эта процедура используется для подачи запросов относительно решений о покрытии и условий получения покрытия.

Подача запроса на вынесение решения о страховом покрытии до получения услуг

Если до обращения за медицинской услугой вы хотите знать, будет ли она покрыта, можно подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии. Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем касательно ваших льгот и страхового покрытия или касательно суммы, которая будет уплачена нами за ваше медицинское обслуживание. Например, если врач, входящий в сеть вашего плана, направляет вас к медицинскому специалисту, не входящему в сеть, это направление считается благоприятным решением о страховом покрытии, если только вы или ваш врач, входящий в сеть, не сможете доказать, что вы получили стандартное уведомление об отказе в отношении этого медицинского специалиста или *Свидетельство страхового покрытия* не дает ясно понять, что указанная услуга не покрывается ни при каких условиях. Вы или ваш врач можете обратиться к нам и запросить решение о страховом покрытии, если ваш врач не уверен, будет ли предоставлено покрытие данного медицинского ухода, либо отказывается предоставить вам медицинский уход, который, по вашему мнению, вам необходим.

В ограниченном числе случаев мы можем отклонить, то есть не рассматривать, вашу просьбу о вынесении решения о страховом покрытии. Примеры случаев отклонения запроса: если запрос неполный, если какое-то лицо подает запрос от вашего имени, но не имеет на это законных полномочий, или если вы просите отозвать свой запрос. Если мы отклоним запрос на вынесение решения о страховом покрытии, мы направим вам уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отказе.

Мы принимаем решение о страховом покрытии каждый раз, когда решаем, какое покрытие предоставляется вам и какую сумму мы оплачиваем. В некоторых случаях мы можем решить, что определенное медицинское обслуживание не покрывается или больше не будет покрываться. Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, то можете подать апелляцию.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Подача апелляции

Если мы выносим решение о страховом покрытии, будь то до или после получения льготы, но вы им не удовлетворены, вы можете подать **апелляцию** в отношении такого решения. Апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть или изменить решение в отношении страхового покрытия. При определенных обстоятельствах можно запросить ускоренное вынесение решения о страховом покрытии или подать **апелляцию с ускоренным рассмотрением**. Ваша апелляция рассматривается другими сотрудниками, которые не принимали участия в вынесении первоначального решения.

Апелляции, которые подаются впервые, называются «апелляциями уровня 1». Если вы подаете такую апелляцию, мы повторно рассматриваем принятое решение о страховом покрытии и проверяем, все ли правила были соблюдены. По завершении рассмотрения мы сообщим вам о своем решении.

В ограниченном числе случаев мы можем отклонить, то есть не рассматривать, ваш запрос на апелляцию уровня 1. Примеры случаев отклонения запроса: если запрос неполный, если какое-то лицо подает запрос от вашего имени, но не имеет на это законных полномочий, или если вы просите отозвать свой запрос. В случае отклонения запроса на рассмотрение апелляции уровня 1, мы направим вам уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отказе.

Если мы частично или полностью не согласимся с вашими требованиями в отношении медицинского обслуживания, изложенными в апелляции уровня 1, ваша апелляция автоматически перейдет на уровень 2 процедуры рассмотрения. Такое рассмотрение проводит независимая организация, не связанная с нами.

- Вам не нужно ничего делать, чтобы подать апелляцию уровня 2. Согласно правилам Medicare, мы автоматически отправляем вашу апелляцию касательно медицинского обслуживания на уровень 2, если мы не полностью согласны с вашей апелляцией уровня 1.
- Подробные сведения о подаче апелляций уровня 2 касательно медицинского обслуживания см. в **разделе 6.4** данной главы.
- Апелляции по Части D рассматриваются в разделе 7 данной главы.

Если вы не согласны с решением по апелляции уровня 2, можете подать апелляцию следующего уровня (в этом разделе описан процесс рассмотрения апелляций уровней 3, 4 и 5).

Раздел 5.1 Как получить помощь при подаче запроса на вынесение решения о страховом покрытии или апелляции

Воспользуйтесь следующими возможностями, если решите подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию по поводу вынесенного решения.

- **Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266** (пользователям TTY следует набрать 711)
- **Получите бесплатную помощь** в рамках программы штата, касающейся помощи в вопросах медицинского страхования (State Health Insurance Assistance Program)
- **Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг может сделать запрос от вашего имени.** Если ваш врач помогает с подачей апелляции выше уровня 2, его необходимо будет назначить вашим представителем. Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует набрать 711) и попросите предоставить вам бланк для *бланк для назначения представителя (Appointment of Representative)* (бланк также доступен на веб-сайте Medicare www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf и на нашем веб-сайте www.ElderServeHealth.org).
 - Если речь о медицинском обслуживании, врач или другой поставщик медицинских услуг от вашего имени может подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию уровня 1. В случае отклонения апелляции уровня 1 запрос автоматически направляется в соответствующую инстанцию и рассматривается как апелляция уровня 2.
 - Если ваш врач или другой поставщик медицинских услуг попросит о продолжении предоставления уже получаемых вами услуг или товаров в период рассмотрения апелляции, вам **может** потребоваться назначить своего врача или другого поставщика услуг, у которого есть право назначать рецептурные препараты, своим представителем, чтобы он действовал от вашего имени.
 - Если речь о препаратах, предусмотренных Частью D, врач или другой поставщик услуг, у которого есть право назначать препараты, от вашего имени может подать запрос на решение о страховом покрытии либо апелляцию уровня 1. Если ваша апелляция уровня 1 отклонена, ваш врач или лицо, назначающее лекарство, может подать апелляцию уровня 2.
- **Вы можете попросить кого-либо действовать от вашего имени.** Можно предоставить другому лицу право действовать от вашего имени в качестве представителя, и такое лицо сможет подать запрос на решение о страховом покрытии или апелляцию.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Если вы хотите назначить друга, родственника или другого человека своим представителем, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует набрать 711) и попросите *бланк для назначения представителя (Appointment of Representative)* (бланк также доступен на веб-сайте www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Этот бланк позволяет указанному в нем лицу действовать от вашего имени. Он должен быть подписан вами и лицом, которое будет выступать от вашего имени. Вы должны предоставить нам экземпляр заполненного и подписанного бланка.

Мы можем принять запрос на апелляцию от представителя без бланка, но не сможем начать или завершить рассмотрение, пока не получим его. Если мы не получим бланк в течение периода, предусмотренного для вынесения решения по вашей апелляции, ваш запрос будет отклонен. В таком случае мы пришлем вам письменное уведомление о том, что вы можете обратиться в независимую организацию для обжалования нашего решения.

- **У вас также есть право нанять юриста.** Вы можете обратиться к своему юристу, найти юриста в местной коллегии либо воспользоваться справочной службой. Кроме того, существуют организации, которые бесплатно предоставят вам юридические услуги, если вы будете отвечать их критериям. Однако для подачи запроса на вынесение решения о страховом покрытии или апелляции **не обязательно нанимать юриста.**

Раздел 5.2 Правила и сроки для разных ситуаций

Существуют четыре ситуации, касающиеся решений о страховом покрытии и апелляциях. Поскольку для каждой ситуации предусмотрены свои правила и сроки, мы подробно их описали:

- **Раздел 6:** «Медицинское обслуживание: как подать запрос на решение о страховом покрытии или апелляцию»
- **Раздел 7:** «Препараты, предусмотренные Частью D: как подать запрос на решение о страховом покрытии или апелляцию»
- **Раздел 8:** «Как подать нам просьбу о продлении пребывания в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано»
- **Раздел 9:** «Как подать запрос на продление покрытия определенных медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие истекает слишком рано» (*применимо только к следующим услугам:* медицинскому уходу на дому, обслуживанию в учреждениях квалифицированного сестринского ухода и учреждениях амбулаторной комплексной реабилитации (CORF))

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Если вы не уверены, какая информация относится к вам, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует набрать 711). Вы также можете получить помощь и информацию, обратившись в программу помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP).

РАЗДЕЛ 6 Медицинское обслуживание: как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию

Раздел 6.1 Что делать, если у вас возникла проблема с покрытием медицинских услуг, и как получить возмещение стоимости услуг

Ваши льготы на медицинское обслуживание описаны в главе 4 Таблицы медицинских льгот. В некоторых случаях на запросы относительно препаратов по Части В распространяются другие правила. В таких случаях мы объясним вам, в чем заключается отличие правил в отношении препаратов по Части В от правил в отношении медицинских товаров и услуг.

В этом разделе приведен порядок действий для следующих пяти ситуаций:

1. Вы не получаете нужных вам медицинских услуг и считаете, что эти услуги покрываются нашим планом. **Попросите вынести решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**
2. Наш план не согласовывает медицинские услуги, которые были вам назначен вашим врачом или другим поставщиком медицинских услуг, а вы уверены, что эти услуги покрываются нашим планом. **Попросите вынести решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**
3. Вы получили медицинские услуги, которые, по вашему мнению, покрываются планом, но мы сообщили, что вы должны оплатить их самостоятельно. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
4. Вы получили и оплатили медицинские услуги, которые, по вашему мнению, покрываются планом, и хотите обратиться к плану с требованием возместить уплаченную сумму. **Отправьте нам счет. Раздел 6.5.**
5. Вам сообщили, что покрытие определенных медицинских услуг, которые вы получаете и которые ранее были утверждены нами, будет уменьшено или прекращено, и вы уверены, что такие действия негативно отразятся на вашем здоровье. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

Примечание. Если прекращается покрытие таких услуг, как больничный уход, медицинские услуги на дому, услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода или учреждения амбулаторной комплексной реабилитации

(CORF), ознакомьтесь с разделами 8 и 9. К этим видам обслуживания применяются особые правила.

Раздел 6.2 Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии

Юридические термины:

Решение о страховом покрытии, касающееся вашего медицинского обслуживания, называется **«заключением организации»**.

«Вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре» называется **«срочной выдачей заключения»**.

Шаг 1. Решите, следует ли вам запросить вынесение решения о страховом покрытии в стандартные сроки или по ускоренной процедуре.

Решение о покрытии в стандартные сроки обычно принимается в течение 7 календарных дней, если на медицинское изделие или услугу распространяются наши правила получения предварительных разрешений, в течение 14 календарных дней для всех других медицинских изделий и услуг или в течение 72 часов для препаратов, покрываемых по Части В. Вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре происходит в течение 72 часов для медицинских услуг или в течение 24 часов для препаратов по Части В.

- Решение о страховом покрытии может быть вынесено по ускоренной процедуре *только* если при соблюдении стандартного срока рассмотрения *вашему здоровью или функциям вашего организма может быть причинен серьезный вред*.
- Если врач подтвердит, что ваше состояние здоровья требует «вынесения решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре», мы автоматически согласимся его вынести.
- Если вы самостоятельно подаете запрос на вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре (без поддержки со стороны вашего врача), мы определим, требуется ли это ввиду состояния вашего здоровья. Если решение о страховом покрытии в ускоренном порядке не будет одобрено, мы отправим вам письмо, в котором:
 - Объясним, что будут использованы стандартные сроки рассмотрения.
 - Сообщим, что, если врач запросит вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре, мы однозначно последуем его рекомендации.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Расскажем, как обжаловать наше решение о рассмотрении вопроса о страховом покрытии в стандартные сроки, а не по ускоренной процедуре, запрошенной вами.

Шаг 2: Попросите наш план вынести решение о страховом покрытии в стандартные сроки или по ускоренной процедуре.

- Обратитесь к представителям плана по телефону, по почте или факсу с просьбой о выдаче разрешения или о предоставлении покрытия медицинских услуг, которые вам требуются. Это можете сделать вы сами, ваш врач или представитель. Контактную информацию вы найдете в главе 2.

Шаг 3: Мы рассматриваем ваш запрос на страховое покрытие и сообщаем о решении.

Для рассмотрения решений о покрытии по стандартной процедуре мы используем стандартные сроки.

Это означает, что мы дадим вам ответ в течение 7 календарных дней после получения вашего запроса в отношении медицинского изделия или услуги, на которые распространяются наши правила получения предварительных разрешений. Если запрошенное вами медицинское изделие или услуга не подпадают под действие наших правил по получению предварительного разрешения, мы дадим вам ответ в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, мы дадим вам ответ в течение 72 часов после получения запроса.

- Однако если вы просите о дополнительном времени или нам необходима дополнительная информация, которая может быть использована в ваших интересах, мы можем продлить срок до 14 календарных дней, если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги. Если нам потребуется дополнительное время, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, то мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.
- Если вы считаете, что дополнительное время нам *не нужно*, то можете подать жалобу, рассматриваемую по ускоренной процедуре. Как только решение будет принято, мы дадим вам ответ на вашу жалобу. (Процедура подачи таких жалоб отличается от процедуры, применяемой в случае, когда вы подаете апелляцию или просите принять решение о страховом покрытии. Информацию о жалобах см. в разделе 11.)

Для ускоренного вынесения решений о страховом покрытии мы используем ускоренную процедуру.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре означает, что мы ответим в течение 72 часов, если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, мы ответим вам в течение 24 часов.

- Однако если вам требуется дополнительное время или нам необходима дополнительная информация, которая может быть использована в ваших интересах, **мы можем продлить срок рассмотрения до 14 календарных дней**. Если нам потребуется дополнительное время, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, то мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.
- Если вы считаете, что дополнительное время нам *не* нужно, то можете подать жалобу, рассматриваемую по ускоренной процедуре. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.) Как только решение будет принято, мы позвоним вам.
- Если ваше требование будет отклонено частично или полностью, мы пришлем объяснение в письменной форме.

Шаг 4: В случае отклонения запроса на покрытие медицинского обслуживания можно подать апелляцию.

- Если мы вынесем отрицательное решение, у вас есть право попросить нас пересмотреть его, подав апелляцию. Это означает, что вам придется еще раз попросить о получении требуемых медицинских услуг. Если вы подаете апелляцию, вы инициируете ее рассмотрение на уровне 1.

Раздел 6.3 Как подать апелляцию уровня 1

Юридические термины:

Апелляция, которая подается на решение о страховом покрытии, называется **пересмотром решения** со стороны плана.

Апелляция с рассмотрением по ускоренной процедуре также называется **срочным пересмотром**.

Шаг 1. Решите, следует ли вам запросить рассмотрение апелляции в стандартные сроки или по ускоренной процедуре.

Апелляции по стандартной процедуре обычно рассматриваются в течение 30 календарных дней или 7 календарных дней для препаратов по Части В. Апелляция с рассмотрением по ускоренной процедуре обычно рассматривается в течение 72 часов.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если вы подаете апелляцию на решение касательно покрытия услуг, вы и/или ваш врач должны решить, насколько целесообразно в вашем случае подавать апелляцию, рассматриваемую по ускоренной процедуре. Если ваш врач заявляет, что рассмотрение апелляции по ускоренной процедуре необходимо ввиду состояния вашего здоровья, мы удовлетворим такой запрос.
- Требования к рассмотрению апелляции по ускоренной процедуре аналогичны требованиям к вынесению решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре, изложенным в разделе 6.2.

Шаг 2: Попросите наш план о рассмотрении апелляции в стандартные сроки или по ускоренной процедуре

- **Подайте стандартную апелляцию в письменном виде, направив соответствующий запрос.** Также вы можете подать апелляцию, позвонив нам. Контактную информацию вы найдете в главе 2.
- **Подать запрос на рассмотрение апелляции по ускоренной процедуре можно в письменной форме или устно, позвонив нам по телефону.** Контактную информацию вы найдете в главе 2.
- **Апелляцию необходимо подать в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении, касающемся решения о покрытии. Если вы пропустите указанный срок по уважительной причине, объясните причину задержки при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам дополнительное время на подачу апелляции. Уважительной причиной может быть серьезное заболевание, в результате которого вы не могли связаться с нами, или предоставление с нашей стороны неправильной либо неполной информации о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете бесплатно запросить копии материалов, на основании которых выносилось решение о вашем медицинском обслуживании.** Кроме того, вы и ваш врач можете сообщать нам дополнительные сведения в поддержку апелляции.

Если мы сообщим вам о прекращении или сокращении предоставляемых вам услуг или товаров, вероятно, вы сможете продолжать пользоваться этими услугами или товарами в период рассмотрения апелляции.

- Если мы решим изменить или прекратить покрытие услуги или товара, которыми вы пользуетесь, мы отправим вам уведомление, прежде чем принимать такие меры.
- Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию уровня 1. Если вы подадите апелляцию уровня 1, мы продолжим покрывать услугу или

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

товар в течение 10 календарных дней с даты, указанной на почтовом штемпеле нашего письма, или до установленного дня вступления решения в силу (в зависимости от того, что наступит позднее).

- Если вы уложите в срок, то сможете пользоваться услугой или товаром как обычно в период рассмотрения апелляции уровня 1. Покрытие всех прочих услуг и товаров (не являющихся предметом апелляции) также продолжится без изменений.

Шаг 3: Мы рассматриваем вашу апелляцию и сообщаем о решении.

- При рассмотрении вашей апелляции мы внимательно изучаем всю информацию. Мы проверяем, все ли правила были соблюдены, когда ваш запрос был отклонен.
- При необходимости мы собираем дополнительную информацию и можем связаться с вами или вашим врачом.

Сроки рассмотрения апелляции по ускоренной процедуре

- Решение по апелляции с ускоренным рассмотрением принимается **в течение 72 часов с момента ее получения**. Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья.
 - Если вы просите о дополнительном времени или нам необходима дополнительная информация, которая может быть использована в ваших интересах, **мы можем продлить срок до 14 календарных дней**, если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги. Если нам потребуется дополнительное время, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.
 - Если в течение 72 часов или к концу продленного периода вы не получите ответ, ваш запрос должен быть автоматически передан на уровень 2 апелляционного процесса, где он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. В Разделе 6.4 описана апелляционная процедура уровня 2.
- **Если мы частично или полностью согласимся с вашими требованиями**, мы должны согласовать или предоставить оговоренное покрытие в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы частично или полностью не согласимся с вашим требованием**, мы отправим вам наше решение в письменном виде и автоматически перешлем вашу апелляцию в независимую экспертную организацию для рассмотрения в

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

качестве апелляции уровня 2. Независимая экспертная организация в письменной форме уведомит вас о получении вашей апелляции.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- Решение по стандартной апелляции принимается **в течение 30 календарных дней** с момента ее получения. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, который вы еще не получили, мы дадим вам ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции. Мы вынесем решение быстрее, если это необходимо в связи с состоянием вашего здоровья.
 - Однако если вы просите о дополнительном времени или нам необходима дополнительная информация, которая может быть использована в ваших интересах, **мы можем продлить срок до 14 календарных дней**, если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги. Если нам потребуется дополнительное время, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, то мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.
 - Если вы считаете, что дополнительное время нам *не нужно*, то можете подать жалобу, рассматриваемую по ускоренной процедуре. При подаче такой жалобы вы получите ответ в течение 24 часов. (Дополнительная информация о процедуре подачи жалоб, в том числе жалоб, рассматриваемых по ускоренной процедуре, указана в **разделе 11.**)
 - Если мы не дадим вам ответ к установленному сроку (или до окончания продленного срока), мы отправим ваш запрос для рассмотрения в качестве апелляции уровня 2 независимой экспертной организацией. В Разделе 6.4 описана апелляционная процедура уровня 2.
- Если мы вынесем **положительное решение по всем или по некоторым пунктам вашего запроса**, то будем обязаны выдать разрешение или предоставить оговоренное покрытие в течение **30 календарных дней** или **в течение 7 календарных дней** (если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В).
- Если мы **полностью или частично отклоним вашу апелляцию**, у вас будет право на подачу **дополнительных апелляций**.
- В случае отрицательного решения в отношении всех или некоторых ваших требований, мы уведомим вас об этом в письме.
 - Если ваша проблема связана с покрытием услуги или изделия Medicare, в письме будет указано, что мы отправили ваше дело в независимую экспертную организацию для рассмотрения в качестве апелляции уровня 2.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если ваша проблема связана с покрытием услуги или изделия Medicaid, в письме будет указано, как самостоятельно подать апелляцию уровня 2.

Раздел 6.4 Апелляционная процедура уровня 2**Юридические термины:**

Официальное название организации по проведению независимой экспертизы – **независимая экспертная организация**. Иногда ее называют **IRE**.

Независимую экспертную организацию нанимает Medicare. Она не связана с нами и не является государственной организацией. Данная организация определяет, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контролирует ее деятельность также Medicare.

- Если ваша проблема связана с услугой или изделием, которые обычно **покрываются программой Medicare**, мы автоматически отправим ваше дело на 2-й уровень апелляционного процесса сразу после вынесения решения на 1-ом уровне апелляции.
- Если ваша проблема связана с услугой или изделием, которые обычно **покрываются программой Medicaid**, вы можете подать апелляцию уровня 2 самостоятельно. В письме будет рассказано, как это сделать. Также см. информацию ниже.
- Если ваша проблема связана с услугой или изделием, которые могут быть **покрыты как программой Medicare, так и программой Medicaid**, ваш запрос автоматически будет передан в качестве апелляции уровня 2 на рассмотрение независимой экспертной организацией. Вы также можете запросить беспристрастное разбирательство на уровне штата.

Если запрошенное страховое покрытие было продлено на время рассмотрения апелляции уровня 1, оно, вероятно, сохранится также на время рассмотрения вашей апелляции на уровне 2. Подробнее о сохранении льгот во время рассмотрения апелляций на уровне 1 см. на стр. 188.

- Если ваша проблема связана с услугой, которая обычно покрывается только программой Medicare, ваши льготы по этой услуге не будут покрываться в течение всего процесса рассмотрения апелляции уровня 2 независимой экспертной организацией.
- Если ваша проблема связана с услугой, которая обычно покрывается программой Medicaid, ваши льготы по этой услуге будут продолжать покрываться, если вы подадите апелляцию уровня 2 в течение 10 календарных дней после получения письма с решением от администрации нашего плана.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Если ваша проблема связана с услугой или изделием, программа Medicare обычно покрывает следующее:

Шаг 1. Независимая экспертная организация изучит вашу апелляцию.

- Мы направим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Эта информация называется **материалами по вашему делу**. Вы можете запросить **бесплатную копию материалов по вашему делу**.
- У вас есть право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.
- Эксперты этой организации тщательно изучат всю информацию, которая относится к вашей апелляции.

Если ваша апелляция уровня 1 рассматривалась по ускоренной процедуре, на 2-м уровне рассмотрения она тоже рассматривается по ускоренной процедуре.

- Независимая экспертная организация обязана дать ответ на вашу апелляцию уровня 2 в течение **72 часов** с момента получения вашей апелляции.
- Если ваш запрос касается медицинских изделий или услуг и если независимой экспертной организации необходимо собрать дополнительные сведения, которые могут быть использованы в ваших интересах, **возможно продление периода рассмотрения на срок до 14 календарных дней**. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, то независимая экспертная организация не может взять дополнительное время на вынесение решения.

Если ваша апелляция уровня 1 рассматривалась в стандартные сроки, то на 2-м уровне процесса рассмотрения апелляций она также будет рассмотрена в стандартные сроки.

- Если вы просите о страховом покрытии медицинского изделия или услуги, независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию уровня 2 **не позднее чем через 30 календарных дней** со дня ее получения. Если вы просите о страховом покрытии препарата, покрываемого по Части В, независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию уровня 2 **не позднее чем через 7 календарных дней** со дня ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинских изделий или услуг и если независимой экспертной организации необходимо собрать дополнительные сведения, которые могут быть использованы в ваших интересах, **возможно продление периода рассмотрения на срок до 14 календарных дней**. Если ваш запрос касается препарата, предусмотренного Частью В, то независимая экспертная организация не может взять дополнительное время на вынесение решения.

Шаг 2: Независимая экспертная организация сообщит о своем решении.

Независимая экспертная организация сообщит вам о своем решении в письменном виде и объяснит причины его вынесения.

- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос на медицинское изделие или услугу**, мы будем обязаны выдать разрешение на покрытие медицинской помощи в течение **72 часов** или предоставление услуги в течение 14 календарных дней после получения решения независимой экспертной организации при **стандартном рассмотрении запросов**. При рассмотрении **запросов по ускоренной процедуре** у нас есть **72 часа** с момента получения решения независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос в отношении препарата, покрываемого по Части В**, мы будем обязаны выдать разрешение на покрытие данного препарата или предоставить его в течение **72 часов** после получения решения независимой экспертной организации при **стандартном рассмотрении запросов**. При рассмотрении **запросов по ускоренной процедуре** у нас есть **24 часа** с момента получения решения независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация частично или полностью отклонит ваш запрос**, это значит, что она согласна с решением администрации плана и что ваш запрос о предоставлении покрытия медицинского обслуживания (полностью или частично) не подлежит удовлетворению. (Это называется **поддержкой решения** или **отклонением апелляции**). В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо, в котором она:
 - Объяснит свое решение.
 - Уведомит вас о праве на апелляцию уровня 3, если стоимость покрытия медицинских услуг в долларах соответствует определенному минимуму. В письменном уведомлении, которое вам направит независимая экспертная организация, будет указана минимальная сумма в долларах, по которой возможно дальнейшее разбирательство в связи с поданной апелляцией.
 - Расскажет, как подать апелляцию уровня 3.
- Если ваша апелляция уровня 2 была отклонена и вы отвечаете требованиям для продолжения апелляционного процесса, вам нужно решить, хотите ли вы подать третью апелляцию и перейти на уровень 3. Подробности этой процедуры будут изложены в письменном уведомлении, которое вы получите после рассмотрения апелляции уровня 2.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адъюдикатором. В **разделе 10** этой главы содержится информация о процедуре подачи апелляций уровня 3, 4 и 5.

Если ваша проблема связана с услугой или изделием, которые обычно покрывает программа Medicaid:

Шаг 1. Запросите беспристрастное разбирательство на уровне штата.

- Беспристрастное разбирательство на уровне штата — это 2-ой уровень апелляционного процесса в отношении услуг, обычно покрываемый программой Medicaid. Вам необходимо запросить беспристрастное разбирательство в письменной форме или по телефону **в течение 120 календарных дней** с даты отправки нами письма с решением по итогам рассмотрения вашей апелляции уровня 1. В письме от нас будет указано, куда можно подать запрос на проведение разбирательства.

Если в нашем решении по апелляции уровня 1 ваши требования не будут в полной мере удовлетворены, в полученном вами уведомлении будут разъяснены следующие вопросы: ваше право запросить беспристрастное разбирательство по программе Medicaid на уровне штата New York, способы его организации, кто может присутствовать на разбирательстве от вашего имени и в отношении некоторых апелляций, ваше право запрашивать получение услуг, пока проходит разбирательство и как подать запрос. Если ваша апелляция была отклонена нами по причине медицинской необходимости или из-за того, что рассматриваемая услуга была экспериментальной или исследовательской, в уведомлении также будет разъяснено, как обратиться в администрацию штата New York с просьбой подать «внешнюю апелляцию» на наше решение.

Если предоставление утвержденных нами услуг сокращается, приостанавливается или прекращается и вы хотите гарантировать, что предоставление вам услуг будет продолжаться в период проведения беспристрастного разбирательства, вам необходимо подать запрос о проведении беспристрастного разбирательства в течение **10 дней с даты, указанной в уведомлении об окончательном отказе**.

Если предоставление утвержденных нами услуг сокращается, приостанавливается или прекращается и вы хотите гарантировать, что предоставление вам услуг будет продолжаться в период проведения беспристрастного разбирательства, вам необходимо подать запрос о проведении беспристрастного разбирательства в течение 10 дней с даты, указанной в уведомлении об окончательном отказе.

Вы можете подать заявление на проведение беспристрастного разбирательства на уровне штата в Офисе по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA):

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Онлайн-форма заявления: Запрос на проведение разбирательства | Беспристрастное разбирательство | OTDA (ny.gov)
- Адрес для отправки пригодной для печати формы заявления:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023 Albany, New York 12201-2023
- Факс для отправки пригодной для печати формы заявления: (518) 473-6735
- Подача запроса по телефону:

Линия для подачи стандартных запросов о проведении непристрастного разбирательства: 1 (800) 342-3334

Линия для подачи экстренных запросов о проведении непристрастного разбирательства: 1 (800) 205-0110

TTY: 711 (попросите оператора позвонить 1 (877) 502-6155)

- Личное обращение:
Для лиц, не проживающих в New York:
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

Для жителей New York:
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

После подачи вами заявления о непристрастном разбирательстве вам придет уведомление от штата о времени и месте его проведения. В ходе разбирательства вас попросят объяснить, почему вы не согласны с решением. Должностное лицо, проводящее разбирательство, заслушает вас и администрацию плана, после чего определит, было ли наше решение неправильным. Если штат отклонит вашу просьбу о проведении непристрастного разбирательства по ускоренной процедуре, с вами свяжутся по телефону и направят письменное уведомление. Если ваш запрос на непристрастное разбирательство по ускоренной процедуре будет отклонен, штат рассмотрит ваше обращение в рамках стандартной процедуры в течение 90 дней.

Если штат удовлетворит ваш запрос на проведение непристрастного разбирательства по ускоренной процедуре, с вами свяжутся по телефону и сообщат время и дату

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

слушания. Все беспристрастные разбирательства по ускоренной процедуре проводятся по телефону.

Подготовка к разбирательству:

- **Мы вышлем вам копию «пакета доказательств» до начала разбирательства.** Это информация, которую мы использовали для принятия решения о предоставлении вам услуг. Мы передадим эту информацию должностному лицу, проводящему разбирательство, чтобы аргументировать наше решение. Если у нас будет недостаточно времени, чтобы отправить вам пакет доказательств по почте, мы принесем их копию на слушание. Если вы не получили пакет доказательств за неделю до разбирательства, вы можете позвонить нам по номеру 1-800-362-2266 и попросить об этом.
- **У вас есть право ознакомиться с материалами дела и другими документами.** В материалах по вашему делу находятся ваши медицинские записи, а также дополнительные сведения о том, почему медицинская услуга для вас была изменена или не была утверждена. Вы также можете попросить предоставить вам инструкции и любой другой документ, который был использован при принятии этого решения. Вы можете позвонить нам по номеру 1-800-362-2266, чтобы ознакомиться с материалами дела и другими документами или попросить предоставить вам бесплатную копию документов. Копии будут отправлены вам по почте только по вашему запросу.
- **Вы имеете право взять с собой на разбирательство человека, который будет вам помогать,** например, юриста, друга, родственника или любое другое лицо. В ходе разбирательства вы или этот человек можете предоставить должностному лицу, проводящему слушание, письменные документы или просто устно аргументировать, почему решение было неверным. Вы также можете пригласить людей для выступления в вашу пользу. Кроме того, вы или человек, который вам помогает, можете задавать вопросы всем остальным участникам разбирательства.
- **Вы имеете право предоставлять документы в поддержку своего дела.** Возьмите с собой копии всех документов, которые, по вашему мнению, могут помочь вашему делу, например, письма от врача, счета за медицинское обслуживание и квитанции. Рекомендуется принести на слушание копию этого уведомления и всех страниц, которые были приложены к нему.
- **Вы можете получить юридическую помощь,** позвонив в местное Общество правовой помощи (Legal Aid Society) или правозащитную группу. Юриста можно найти в телефонном справочнике «Желтые страницы» в разделе «Юристы» (Lawyers) или на сайте www.LawhelpNY.org. Жители New York могут позвонить по номеру 311.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Внешняя апелляция

Вы имеете право на дополнительную апелляцию, если мы указали, что услуга, которую вы запрашивали:

1. не является необходимой по медицинским показаниям;
2. имеет экспериментальный или исследовательский характер;
3. не отличается от услуг, которые можно получить в сети плана; или
4. может быть оказана сетевым поставщиком, обладающим надлежащей квалификацией и опытом для удовлетворения ваших потребностей.

По таким решениям вы можете запросить у штата New York (NYS) независимую внешнюю апелляцию. Этот процесс называется «Внешняя апелляция», так как ее рассматривают независимые эксперты, которые не работают в ElderServe MAP (HMO D-SNP) и не являются чиновниками штата New York. Эти эксперты являются квалифицированными специалистами, утвержденными штатом New York. Услуга должна быть включена в пакет плана или представлять собой экспериментальное лечение, клиническое испытание или лечение редкого заболевания. Вы не оплачиваете расходы по внешней апелляции.

Вы можете подать запрос на внешнюю апелляцию в течение **4 месяцев** со дня отправки нашего решения по апелляции уровня 1.

Чтобы подать апелляцию на внешнее рассмотрение, заполните заявление и отправьте его в Департамент финансовых услуг (Department of Financial Services). Вы можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266, если вам нужна помощь в подаче внешней апелляции. Вы и ваш врач должны будете предоставить информацию о вашей медицинской проблеме. Необходимая информация указана в форме заявления на внешнее рассмотрение апелляции.

Вот несколько способов получить форму заявления на внешнее рассмотрение апелляции:

- Позвоните в Департамент финансовых услуг по номеру 1-800-400-8882
- Посетите [веб-сайт Департамента финансовых услуг](#).
- Свяжитесь с нами по телефону <Введите соответствующий бесплатный номер плана медицинского страхования>

Решение по вашей внешней апелляции будет принято в течение 30 дней. Может понадобиться дополнительное время (до пяти рабочих дней), если эксперт, проводящий внешнюю апелляцию, запросит дополнительную информацию. Вы и ElderServe MAP (HMO D-SNP) будете уведомлены об окончательном решении в течение двух дней после его принятия.

Решение может быть принято быстрее, если:

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Ваш лечащий врач подтвердит, что задержка подвергнет ваше здоровье значительному риску;
- Вы находитесь в больнице после обращения в отделение неотложной помощи, и вашим планом было отказано в покрытии расходов на стационарное лечение.

Это называется внешним рассмотрением апелляции по ускоренной процедуре. Решение при внешнем рассмотрении апелляции по ускоренной процедуре будет вынесено экспертом в течение 72 часов.

Если вы обратились за стационарным лечением расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, не менее чем за 24 часа до выписки, мы продолжим оплачивать ваше пребывание, если:

- вы подадите запрос на рассмотрение апелляции уровня 1 по ускоренной процедуре в течение 24 часов, **И**
- одновременно подадите запрос на внешнее рассмотрение апелляции по ускоренной процедуре.

Мы будем продолжать платить за ваше нахождение в больнице до момента вынесения решения по вашим апелляциям. Мы вынесем решение по вашей апелляции уровня 1, рассмотренной по ускоренной процедуре, в течение 24 часов. Решение по внешней апелляции, рассмотренной по ускоренной процедуре, будет принято в течение 72 часов.

Эксперт, проводящий внешнюю апелляцию, незамедлительно сообщит вам и представителям плана о своем решении по телефону или факсу. Позже вам будет отправлено письмо с уведомлением о решении.

Вы имеете право подать запрос на беспристрастное разбирательство, внешнюю апелляцию или воспользоваться обеими процедурами. Если вы подадите запрос и на беспристрастное разбирательство, и на внешнюю апелляцию, окончательным будет решение, принятое должностным лицом, проводившим беспристрастное разбирательство».

Шаг 2: Управление по беспристрастным разбирательствам сообщает вам свое решение.

Управление по беспристрастным разбирательствам уведомит вас о своем решении в письменном виде и объяснит причины его вынесения.

- Если Управление по беспристрастным разбирательствам полностью или частично удовлетворяет ваш запрос в отношении медицинского изделия или услуги, мы должны одобрить или предоставить эту услугу или изделие в течение 72 часов после получения данного решения от Управления по беспристрастным разбирательствам.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если Управление по беспристрастным разбирательствам отклонит вашу апелляцию полностью или частично, это означает его согласие с решением нашего плана и что ваш запрос о предоставлении покрытия медицинского обслуживания (полностью или частично) не подлежит удовлетворению. (Это называется **поддержкой решения** или **отклонением апелляции**).

Если по всем или некоторым пунктам вашей апелляции было вынесено отрицательное решение, вы можете подать еще одну апелляцию.

Если независимая экспертная организация или Управление по беспристрастным разбирательствам примет отрицательное решение по всем или по некоторым пунктам вашей апелляции, у вас **есть право на подачу дополнительных апелляций**.

В письме, которое вы получите от Управления по беспристрастным разбирательствам, будет описан этот следующий способ апелляции.

Более подробную информацию о вашем праве на рассмотрение апелляции на уровнях, следующих за уровнем 2, см. в **разделе 10**.

Раздел 6.5 Если вы требуете от нас возмещения оплаченного счета за медицинскую помощь

Если вы уже оплатили услуги или товары Medicaid, покрываемые нашим планом, обратитесь к нам с запросом о компенсации (возмещении затрат). У вас есть полное право на возмещение расходов нашим планом после любой покупки медицинских услуг или препаратов, включенных в страховое покрытие согласно условиям плана. Если вы отправляете нам оплаченный счет, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные вам услуги или препараты. Если мы сочтем, что эти услуги или препараты должны покрываться, мы возместим вам их стоимость.

Требование возмещения – это просьба о вынесении решения о страховом покрытии

Если вы отправите нам документы на возмещение расходов, вы тем самым подадите запрос на решение о страховом покрытии. Прежде чем принять такое решение, мы проверим, покрываются ли услуги, которые вы оплатили. Мы также проверим, следовали ли вы всем правилам при использовании страхового покрытия медицинских услуг. Если вы хотите получить от нас компенсацию стоимости услуги или товара по программе **Medicare** или если вы просите нас выплатить стоимость уже оплаченных вами услуги или товара, предусмотренных программой Medicaid, это значит, что вы просите вынести решение о страховом покрытии. Мы проверим, покрываются ли услуги, которые вы оплатили. Мы также проверим, следовали ли вы всем правилам при использовании страхового покрытия медицинских услуг.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- **Если мы вынесем положительное решение по вашему запросу:** Если медицинские услуги подлежат покрытию и вы следовали всем правилам, мы обычно направляем соответствующий платеж в течение 30 календарных дней, но не позднее 60 календарных дней с момента получения вашего запроса.
- **Если мы вынесем отрицательное решение по вашему запросу:** Если медицинское обслуживание не покрывается или вы *не* выполнили все требования, мы не возместим ваши затраты. Вместо этого мы направим вам письмо, в котором будет указано, что мы отказываем в оплате медицинского обслуживания, а также причины такого отказа.

Если вы не согласны с нашим решением, **можно подать апелляцию**. Подавая апелляцию, вы просите нас изменить вынесенное решение об отказе в удовлетворении вашего запроса на компенсацию.

Процедура подачи апелляции описана в разделе 6.3. При подаче апелляций, касающихся возмещения расходов, обратите внимание на следующее:

- Решение по апелляции принимается в течение 30 календарных дней с момента ее получения.
- Если независимая экспертная организация решит, что мы должны заплатить, мы должны будем отправить вам или поставщику услуг платеж в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции будет вынесено положительное решение на любом этапе процедуры рассмотрения после уровня 2, мы обязаны будем направить запрошенный платеж вам или поставщику медицинских услуг в течение 60 календарных дней.

РАЗДЕЛ 7 Препараты, предусмотренные Частью D: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию

Раздел 7.1 В этом разделе описано, что делать, если у вас возникла проблема с покрытием препаратов, предусмотренных Частью D, и как получить возмещение их стоимости

Ваши льготы предусматривают покрытие многих рецептурных препаратов. Мы покрываем лекарственные препараты только тогда, когда они применяются по предусмотренным медицинским показаниям (дополнительную информацию о медицинских показаниях см. в главе 5). Подробную информацию о препаратах по Части D, о распространяющихся на них правилах, ограничениях и стоимости см. в главах 5 и 6. **Этот раздел посвящен только вашим препаратам по Части D.** Для простоты в данном разделе вместо фраз «*покрываемый препарат для амбулаторных пациентов*,

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

отпускаемый по рецепту» или «препарат, предусмотренный Частью D», используется слово «препарат». Мы также используем термин «Список препаратов» вместо «Список покрываемых препаратов» или «формуляр».

- Если вы не знаете, распространяется ли покрытие на какой-либо препарат и были ли соблюдены правила, вы можете уточнить эту информацию у нас. Для покрытия некоторых препаратов, необходимо наше предварительное разрешение.
- Если ваша аптека отказывается выдать вам лекарственный препарат по рецепту, она предоставит вам письменное уведомление с информацией о том, как связаться с нами для подачи просьбы о принятии решения о страховом покрытии.

Решения и апелляции в отношении покрытия препаратов, предусмотренных Частью D

Юридические термины:

Первоначальное решение о страховом покрытии препаратов, предусмотренных Частью D, называется **заключением в отношении страхового покрытия**.

Решение о страховом покрытии – это решение, которое мы принимаем касательно ваших льгот и страхового покрытия или касательно суммы, которая будет уплачена нами за ваши препараты. В этом разделе приведен порядок действий для следующих ситуаций:

- Просьба о покрытии препарата, предусмотренного Частью D, но не включенного в Список покрываемых препаратов. **Попросите об исключении. Раздел 7.2.**
- Просьба о снятии ограничения на покрытие препарата (например, ограничение на количество препарата, которое вы можете получить, требование получить предварительное разрешение или сперва опробовать другой препарат). **Попросите об исключении. Раздел 7.2.**
- Просьба о предварительном одобрении препарата. **Попросите вынести решение о страховом покрытии. Раздел 7.4.**
- Оплата рецептурного препарата, который вы уже купили. **Попросите нас возместить вам расходы. Раздел 7.4.**

Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию на наше решение.

В этом разделе описано, как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии и апелляцию.

Раздел 7.2 Просьба об исключении

Юридические термины:

Запрос на покрытие препарата, которого нет в Списке препаратов, называется просьбой об **исключении из правил формуляра**.

Запрос на отмену ограничения на покрытие препарата называется просьбой об **исключении из правил формуляра**.

Запрос на оплату покрываемого непредпочтительного препарата по более низкой цене называют просьбой об **исключении в отношении уровней разделения затрат**.

Если препарат покрывается не в том объеме, который вы находите нужным, можно обратиться к нам с просьбой об **исключении**. Исключение – это тип решения о страховом покрытии.

Если вам необходимо, чтобы мы рассмотрели запрос на предоставление исключения, ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, должен будет разъяснить медицинские причины, по которым для вас необходимо сделать исключение. Далее приведены два примера исключений, о которых можете попросить вы, ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты.

1. **Покрытие препарата, предусмотренного Частью D, который не входит в наш Список препаратов.** Если мы согласимся предоставить покрытие препарата, который не входит в Список препаратов, вы должны будете уплатить сумму разделения затрат, которая применяется в отношении всех наших препаратов. Вы не можете попросить нас сделать исключение в отношении суммы, которую вы должны заплатить за препарат по условиям разделения затрат.
2. **Снятие ограничения на страховое покрытие покрываемого лекарственного препарата.** В главе 5 описаны дополнительные правила или ограничения, применимые к определенным препаратам из нашего Списка препаратов. Если мы согласимся сделать для вас исключение и снять ограничение, вы можете также запросить исключение в отношении суммы доплаты или сострахования, которую мы требуем от вас за препарат.

Раздел 7.3 Важная информация о подаче запроса на предоставление исключения

Ваш врач должен предоставить медицинское обоснование

Врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, должен предоставить нам медицинские обоснования в отношении исключения. Такую медицинскую информацию необходимо указать при подаче запроса, если вы хотите, чтобы решение было принято в кратчайшие сроки.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Как правило, наш Список препаратов содержит более одного препарата для лечения конкретного заболевания. Такие варианты называются **альтернативными** препаратами. Если альтернативный препарат так же эффективен, как и запрашиваемый, и не вызывает дополнительных побочных эффектов или других проблем со здоровьем, обычно не удовлетворяем запрос на предоставление исключения.

Мы можем вынести положительное или отрицательное решение по вашему запросу

- Если мы выносим положительное решение по вашему запросу на предоставление исключения, как правило, оно действует до конца планового года. Исключение действует до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать вам соответствующий лекарственный препарат и пока он остается безопасным и эффективным для лечения вашего заболевания.
- Если мы вынесем отрицательное решение по вашему запросу, вы можете потребовать пересмотра путем подачи апелляции.

Раздел 7.4 Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии, в том числе на предоставление исключения

Юридические термины:

Вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре называется **срочной выдачей заключения о страховом покрытии**.

Шаг 1. Решите, следует ли вам запросить вынесение решения о страховом покрытии в стандартные сроки или по ускоренной процедуре.

Решение о страховом покрытии по стандартной процедуре принимается в течение **72 часов** с момента получения заявления от врача. Решение о страховом покрытии по **ускоренной процедуре** принимается в течение **24 часов** с момента получения заявления от врача.

Если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья, попросите о вынесении решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре. Для того чтобы ваш запрос на вынесение решения о страховом покрытии рассматривался по ускоренной процедуре, вы должны соблюсти два требования:

- Ваш запрос должен касаться *препарата, который вы еще не получили* (вы не можете просить об ускоренном вынесении решения о страховом покрытии с целью возмещения расходов на препараты, которые вы уже оплатили).

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Рассмотрение вашей просьбы в стандартные сроки способно *серьезно повредить вашему здоровью или функциям вашего организма.*
- Если ваш врач или другой специалист, имеющий право назначать препараты, заявляет, что вам требуется вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре, мы автоматически согласимся принять решение о страховом покрытии по ускоренной процедуре.
- Если вы самостоятельно подаете запрос на вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре (без поддержки со стороны вашего врача или специалиста, имеющего право назначать рецептурные препараты), мы определим, требуется ли это ввиду вашего состояния здоровья. Если решение о страховом покрытии в ускоренном порядке не будет одобрено, мы отправим вам письмо, в котором:
 - Объясним, что будут использованы стандартные сроки рассмотрения.
 - Сообщим, что если ваш врач или другой специалист, имеющий право назначать препараты, запросит вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре, мы однозначно последуем его рекомендации.
 - Расскажем, как подать жалобу с просьбой об ускорении процедуры в связи с решением рассматривать ваш запрос на вынесение решения о страховом покрытии в стандартные сроки, а не по ускоренной процедуре. Мы ответим на вашу жалобу в течение 24 часов с момента ее получения.

Шаг 2: Направьте запрос на вынесение решения о страховом покрытии в стандартные сроки или вынесение решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре.

Обратитесь к представителям плана по телефону, по почте или факсу с просьбой о выдаче разрешения или о предоставлении покрытия медицинских услуг, которые вам требуются. Подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии можно также через наш веб-сайт. Мы обязаны принимать любые письменные запросы, в том числе поданные с помощью стандартной *CMS-формы запроса решения о страховом покрытии*, размещенной на веб-сайте www.ElderServeHealth.org. Контактную информацию вы найдете в главе 2. Для обработки запроса укажите ваше имя, контактную информацию и сведения о том, по какой отклоненной претензии подается апелляция.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Это можете сделать вы сами, ваш врач (или другой специалист, назначивший препарат), а также ваш представитель. Своим представителем вы также можете назначить юриста. В разделе 4 этой главы описано, как предоставить другому лицу письменное разрешение действовать в качестве вашего представителя.

- **Если вы просите о предоставлении исключения, предоставьте обосновывающее заявление**, в котором будут указаны медицинские причины для исключения. Ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, может отправить это заявление нам по почте или факсу. Кроме того, ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, может сначала сообщить нам причины по телефону, а затем при необходимости направить письменное заявление.

Шаг 3: Мы рассматриваем ваш запрос и сообщаем о решении.***Сроки вынесения решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре***

- Обычно мы даем ответ **в течение 24 часов** после получения вашего запроса.
 - Если вы просите об исключении, то мы ответим вам в течение 24 часов с момента получения нами заявления от вашего врача, обосновывающего ваш запрос. Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья.
 - Если мы не успеем сделать это в установленный срок, то обязаны будем передать ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- **Если мы частично или полностью согласимся с вашими требованиями**, мы должны предоставить оговоренное покрытие в течение 24 часов после получения вашего запроса или заявления врача, обосновывающего его.
- **Если ваше требование будет отклонено частично или полностью**, мы пришлем объяснение в письменной форме. Мы также сообщим вам, как вы можете подать апелляцию.

Стандартные сроки вынесения решения о страховом покрытии препарата, который вы еще не получили

- Мы обязаны дать ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.
 - Если вы просите об исключении, то мы ответим вам в течение 72 часов с момента получения нами заявления от вашего врача, обосновывающего ваш запрос. Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если мы не успеем сделать это в установленный срок, то обязаны будем передать ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- Если мы частично или полностью согласимся с вашими требованиями, мы должны предоставить оговоренное покрытие в течение **72 часов** после получения вашего запроса или заявления врача, обосновывающего его.
- Если ваше требование будет отклонено частично или полностью, мы пришлем объяснение в письменной форме. Мы также сообщим вам, как вы можете подать апелляцию.

Стандартные сроки вынесения решения о страховом покрытии препарата, который вы уже приобрели

- Решение по апелляции принимается в течение **14 календарных дней** с момента получения вашего запроса.

Если мы не успеем сделать это в установленный срок, то обязаны будем передать ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен независимой экспертной организацией.

- Если мы вынесем положительное решение по всем или по некоторым пунктам **вашего запроса**, то обязаны будем уплатить оговоренную сумму в течение 14 календарных дней с момента получения запроса.
- Если ваше требование будет отклонено частично или полностью, мы пришлем объяснение в письменной форме. Мы также сообщим вам, как вы можете подать апелляцию.

Шаг 4: Если мы дадим отрицательный ответ на просьбу о предоставлении покрытия, вы можете подать апелляцию.

- Если мы вынесем отрицательное решение, у вас есть право попросить нас пересмотреть его, подав апелляцию. Это означает, что вам придется еще раз попросить о предоставлении покрытия медицинского препарата. Если вы подаете апелляцию, вы инициируете ее рассмотрение на уровне 1.

Раздел 7.5 Как подать апелляцию уровня 1**Юридические термины:**

Апелляция, которая подается представителям нашего плана по поводу решения о страховом покрытии препаратов, предусмотренных Частью D, называется **пересмотром решения**.

Апелляция с ускоренным рассмотрением называется **пересмотром решения по ускоренной процедуре**.

Шаг 1. Решите, следует ли вам запросить рассмотрение апелляции в стандартные сроки или по ускоренной процедуре.

Стандартная апелляция обычно рассматривается в течение 7 календарных дней. Апелляция с рассмотрением по ускоренной процедуре обычно рассматривается в течение 72 часов. Если по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, подайте апелляцию с рассмотрением по ускоренной процедуре.

- Если вы подаете апелляцию по поводу решения, вынесенного нами в отношении покрытия препарата, который вы еще не получили, вы и ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, должны решить, следует ли подавать апелляцию, требующую рассмотрения по ускоренной процедуре.
- Требования к рассмотрению апелляции по ускоренной процедуре аналогичны требованиям к вынесению решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре, изложенным в разделе 7.4.

Шаг 2: Вы, ваш представитель, врач или другое лицо, назначившее препарат, должны связаться с нами и подать апелляцию уровня 1. Если ввиду состояния вашего здоровья вам нужно срочно получить ответ, подайте апелляцию с рассмотрением по ускоренной процедуре.

- В случае подачи стандартной апелляции отправьте письменный запрос или позвоните нам. Контактную информацию вы найдете в главе 2.
- При подаче апелляции с рассмотрением по ускоренной процедуре необходимо подать апелляцию в письменном виде или позвонить нам по номеру 1-800-362-2266. Контактную информацию вы найдете в главе 2.
- Мы обязаны принимать любые письменные запросы, в том числе поданные с помощью стандартной *CMS-формы запроса на пересмотр решения CMS (Model Redetermination Request Form)*, размещенной на веб-сайте www.ElderServeHealth.org. Укажите ваше имя, контактную информацию и сведения о том, по какой отклоненной претензии подается апелляция для обработки вашего запроса.
- Апелляцию необходимо подать в течение 65 календарных дней с даты, указанной в письменном уведомлении, касающемся решения о покрытии. Если вы пропустите указанный срок по уважительной причине, объясните причину задержки при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам дополнительное время на подачу апелляции. Уважительной причиной может быть серьезное

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

заболевание, в результате которого вы не могли связаться с нами, или предоставление с нашей стороны неправильной либо неполной информации о сроках подачи апелляции.

- **Вы можете запросить копии документов, содержащихся в деле по вашей апелляции, и добавить дополнительные сведения.** Кроме того, вы и ваш врач можете сообщать нам дополнительные сведения в поддержку апелляции.

Шаг 3: Мы рассматриваем вашу апелляцию и сообщаем о решении.

- При рассмотрении вашей апелляции мы повторно внимательно изучим всю информацию касательно вашего запроса на покрытие. Мы проверяем, все ли правила были соблюдены, когда ваш запрос был отклонен.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим специалистом, выписавшим вам рецепт, и запросить дополнительную информацию.

Сроки рассмотрения апелляции по ускоренной процедуре

- Решение по апелляции с ускоренным рассмотрением принимается **в течение 72 часов с момента ее получения.** Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья.
 - Если мы не успеваем ответить в течение 72 часов, то обязаны передать ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. **В разделе 7.6** описана апелляционная процедура уровня 2.
- **Если мы частично или полностью согласимся с вашими требованиями,** мы должны предоставить оговоренное покрытие в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если ваше требование будет отклонено частично или полностью,** мы пришлем объяснение в письменной форме с информацией о причинах вынесения отрицательного решения и том, как подать апелляцию.

Стандартные сроки вынесения решения по апелляции в отношении препарата, который вы еще не получили

- Решение по стандартной апелляции принимается **в течение 7 календарных дней** с момента ее получения. Мы вынесем решение быстрее, если вы еще не получили препарат и это необходимо ввиду состояния вашего здоровья.
 - Если мы не успеваем вынести решение в течение 7 календарных дней, то обязаны передать ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. **В разделе 7.6** описана апелляционная процедура уровня 2.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если мы одобрим ваш запрос частично или полностью, мы должны будем предоставить страховое покрытие так быстро, как того требует ваше здоровье, но не позднее чем **через 7 календарных дней** после получения вашей апелляции.
- Если ваше требование будет отклонено частично или полностью, мы пришлем объяснение в письменной форме с информацией о причинах вынесения отрицательного решения и том, как подать апелляцию.

Стандартные сроки вынесения решения по апелляции касательно затрат на препарат, который вы уже приобрели

- Решение по апелляции принимается **в течение 14 календарных дней** с момента получения вашего запроса.
 - Если мы не успеем сделать это в установленный срок, то обязаны будем передать ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- Если мы вынесем положительное решение по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, то обязаны будем уплатить оговоренную сумму в течение 30 календарных дней с момента получения запроса.
- Если ваше требование будет отклонено частично или полностью, мы пришлем объяснение в письменной форме. Мы также сообщим вам, как вы можете подать апелляцию.

Шаг 4: В случае отклонения вашей апелляции вы можете принять решение продолжить попытки и подать еще одну апелляцию.

- Если вы решите ее подать, то это будет апелляция уровня 2.

Юридические термины

Официальное название организации по проведению независимой экспертизы – **независимая экспертная организация**. Иногда ее называют **IRE**.

Независимую экспертную организацию нанимает Medicare. Она не связана с нами и не является государственной организацией. Данная организация определяет, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контролирует ее деятельность также Medicare.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 1. Вам, вашему представителю, врачу или другому специалисту, у которого есть право назначать рецептурные препараты, необходимо связаться с независимой экспертной организацией и попросить о пересмотре вашего дела.

- Если мы отклоним вашу апелляцию уровня 1, то пришлем письменное уведомление с **информацией о том, как подать апелляцию уровня 2** для рассмотрения независимой экспертной организацией. В этом письме будет разъяснено, кто может подать апелляцию уровня 2, в какие сроки это необходимо сделать и как связаться с независимой экспертной организацией.
- **Апелляцию необходимо подать в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении.
- Если мы не завершим рассмотрение в установленные сроки или примем неблагоприятное решение при определении **группы риска** в рамках нашей программы контроля за использованием наркотических препаратов, мы автоматически перешлем ваш запрос в IRE.
- Мы направим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Эта информация называется **материалами по вашему делу**. **Вы можете запросить копию материалов по вашему делу.**
- У вас есть право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.

Шаг 2: Независимая экспертная организация изучит вашу апелляцию.

Эксперты этой организации тщательно изучат всю информацию, которая относится к вашей апелляции.

Сроки рассмотрения апелляции по ускоренной процедуре

- Если по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, попросите независимую экспертную организацию рассмотреть апелляцию по ускоренной процедуре.
- Если независимая экспертная организация согласится рассмотреть апелляцию по ускоренной процедуре, она должна будет сообщить вам о решении по апелляции уровня 2 **в течение 72 часов** с момента получения апелляции.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- В случае рассмотрения апелляции в стандартные сроки независимая экспертная организация должна будет дать вам ответ по апелляции уровня 2 **в течение 7 календарных дней** со дня получения вашей апелляции, если она касается препарата, который вы еще не получили. Если вы просите, чтобы мы вернули вам деньги за препарат, который вы уже оплатили, независимая экспертная

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

организация должна будет дать вам ответ по вашей апелляции уровня 2 в течение **14 календарных дней** со дня ее получения.

Шаг 3: Независимая экспертная организация сообщит о своем решении.***Апелляции, требующие рассмотрения по ускоренной процедуре:***

- Если независимая экспертная организация частично или полностью согласится с вашими требованиями, мы будем обязаны предоставить вам оговоренное покрытие лекарственных препаратов в течение **24 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации.

Стандартные апелляции:

- Если независимая экспертная организация частично или полностью согласится с вашими требованиями на покрытие, мы будем обязаны предоставить вам оговоренное покрытие лекарственных препаратов в течение **72 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации.
- Если независимая экспертная организация частично или полностью согласится с вашим запросом на возмещение стоимости препарата, который вы уже купили, мы должны будем отправить вам средства за приобретенный препарат в течение **30 календарных дней** с момента получения решения независимой экспертной организации.

Что делать, если независимая экспертная организация отклонит вашу апелляцию?

Если независимая экспертная организация отклонит вашу апелляцию частично либо полностью, это будет означать, что организация согласна с нашим решением не удовлетворять ваш запрос (полностью или частично). (Это называется **поддержкой решения** или **отклонением апелляции**). В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо, в котором она:

- Объяснит свое решение.
- Уведомит вас о праве на апелляцию уровня 3, если стоимость запрашиваемого покрытия лекарственного препарата в долларах соответствует определенному минимуму. Если эта стоимость слишком мала, вы не сможете подать еще одну апелляцию, и это значит, что решение уровня 2 будет окончательным.
- Сообщит размер суммы в долларах, по которой возможно дальнейшее разбирательство посредством подачи апелляции.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 4: Если ваш случай отвечает установленным требованиям, вы должны решить, хотите ли вы продолжать процесс обжалования.

- После уровня 2 процедура рассмотрения апелляций предусматривает еще три дополнительных уровня (всего их 5).
- Если вы хотите подать апелляцию уровня 3, подробности соответствующей процедуры будут изложены в письменном уведомлении, которое вы получите после вынесения решения по вашей апелляции уровня 2.
- Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адъюдикатором. В **разделе 10** представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5.

РАЗДЕЛ 8 Как подать нам просьбу о продлении пребывания в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано

При поступлении в больницу у вас есть право получить все покрываемые больничные услуги, необходимые для диагностирования и лечения вашего заболевания или травмы.

Во время вашего пребывания в больнице, покрываемого страховкой, врач и персонал будут готовить вас к выписке. Они также помогут в организации ухода, который вам может потребоваться после выписки.

- День, когда вы покидаете больницу, называется **датой выписки**.
- Ваш врач или сотрудники больницы сообщат вам дату выписки.
- Если вам кажется, что вас слишком рано просят покинуть больницу, вы можете подать запрос на продление вашего пребывания в больнице, и он будет рассмотрен.

Раздел 8.1 Во время пребывания в стационаре вы получите письменное уведомление от Medicare о ваших правах

В течение двух календарных дней после поступления в больницу вам будет передано письменное уведомление под названием *«Важное сообщение от Medicare о ваших правах» (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Все участники программы Medicare получают экземпляр этого уведомления. Если вы не получили уведомление от кого-либо в больнице (например, от социального работника или медсестры), попросите этот документ у любого сотрудника больницы. Если вам требуется помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048).

- 1. Внимательно прочитайте это уведомление и задайте вопросы, если вам непонятно его содержание.** В нем содержится информация о следующем:
 - Право получать услуги, покрываемые по программе Medicare, во время и после пребывания в больнице по распоряжению врача. Сюда входит право знать о том, какие это услуги, кто их оплачивает и где их можно получить.
 - Право участвовать в принятии решений относительно вашего пребывания в больнице.
 - Право знать, куда обращаться с жалобами на качество больничного обслуживания.
 - Ваше право **потребовать немедленного пересмотра** решения о вашей выписке, если вы считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано. Это официальный и законный способ отложить выписку и продлить покрываемый страховкой срок пребывания в больнице.
- 2. Вас попросят подписать письменное уведомление, чтобы подтвердить, что вы его получили и понимаете свои права.**
 - Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать уведомление.
 - Подпись указывает *только* на то, что вы получили информацию о своих правах. В уведомлении не указывается дата вашей выписки. Подписание уведомления **не означает**, что вы согласны с датой выписки.
- 3. Сохраните копию уведомления:** так информация о подаче апелляции (или жалобы касательно качества медицинской помощи) всегда будет под рукой.
 - Если вы подпишете уведомление более чем за 2 календарных дня до даты вашей выписки, вы получите еще одну копию перед запланированной выпиской.
 - Чтобы заранее ознакомиться с копией этого уведомления, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователям ТТУ следует звонить по номеру *711*) или 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Также вы можете ознакомиться с этим уведомлением в сети Интернет по ссылке www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Раздел 8.2 Как подать апелляцию уровня 1 для изменения даты выписки из больницы

Чтобы запросить у нас покрытие стационарных больничных услуг на более длительный срок, воспользуйтесь процедурой апелляции для подачи этого запроса. Но сначала определитесь, какие действия вам следует предпринять и к какому сроку.

- **Следуйте процедуре**
- **Соблюдайте сроки**
- **При необходимости обратитесь за помощью.** Если у вас возникнут вопросы или потребуется помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Или обратитесь за индивидуальной помощью в Программу помощи по вопросам медицинского страхования вашего штата (SHIP). Позвоните в HIICAP по номеру 1800-701-0501. Контактная информация SHIP доступна в разделе 3 главы 2.

Апелляцию уровня 1 рассматривает организация по повышению качества обслуживания. Она проверит, оправдана ли с медицинской точки зрения назначенная дата выписки. **Организация по повышению качества обслуживания** – это группа врачей и других специалистов сферы здравоохранения, получающих вознаграждение от федерального правительства и помогающих оценивать качество медицинской помощи и повышать его для участников программы Medicare. В ее обязанности входит пересмотр дат выписки участников программы Medicare из больниц. Эти эксперты не входят в администрацию нашего плана.

Шаг 1. Обратитесь в организацию по повышению качества обслуживания своего штата и подайте запрос на незамедлительный пересмотр даты выписки. Вам необходимо сделать это в кратчайшие сроки.

Как связаться с этой организацией?

- В полученном письменном уведомлении *«Важное сообщение от Medicare о ваших правах» (An Important Message from Medicare about Your Rights)* описано, как связаться с этой организацией. Можно также найти название, адрес и номер телефона такой организации, действующей в вашем штате, в главе 2.

Не медлите:

- Чтобы подать апелляцию, необходимо связаться с организацией по повышению качества обслуживания *перед тем*, как вы покинете больницу, но **не позже полуночи в день выписки**.
 - Если вы успеете подать апелляцию в установленный срок, то сможете оставаться в больнице *после* даты выписки, *не оплачивая свое*

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

пребывание, до тех пор, пока организация по повышению качества обслуживания не сообщит о своем решении.

- **Если вы не уложите в этот срок, свяжитесь с нами.** Если вы решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, *возможно, вам придется оплатить полную стоимость стационарного лечения, полученного вами после этой даты.*

Как только вы подадите запрос на незамедлительный пересмотр даты выписки, с нами свяжется организация по повышению качества обслуживания. К полудню следующего дня после того, как с нами свяжутся, мы предоставим вам **подробное уведомление о выписке (Detailed Notice of Discharge)**. Письменное уведомление будет содержать информацию о запланированной дате выписки и подробное объяснение того, почему ваш врач, представители больницы и мы считаем, что эта дата для вас оправдана (с медицинской точки зрения).

Вы можете получить образец **подробного уведомления о выписке**, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048). Вы также можете ознакомиться с образцом в сети Интернет по адресу www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Шаг 2: Организация по повышению качества обслуживания проведет независимое рассмотрение вашего дела.

- Специалисты в области здравоохранения, работающие в организации по повышению качества обслуживания (эксперты), заинтересуются у вас или вашего представителя, почему вы считаете, что эти услуги должны и впредь покрываться. Вам не обязательно готовить что-либо в письменной форме, но вы можете это сделать, если пожелаете.
- Эксперты также изучат вашу медицинскую информацию, побеседуют с вашим врачом и проанализируют сведения, которые будут им предоставлены нами и больницей.
- К полудню следующего дня после получения нами извещения о вашей апелляции вам вручат письменное уведомление с указанием запланированной даты выписки. В этом уведомлении будет также приведено подробное объяснение причин, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что эта дата для вас оправдана (с медицинской точки зрения).

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 3: В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации организация по повышению качества обслуживания сообщит о своем решении по вашей апелляции.

Что произойдет в случае положительного решения?

- Если независимая экспертная организация **согласится с вашим требованием, мы будем обязаны покрывать стоимость вашего стационарного лечения до тех пор, пока это будет необходимо по медицинским показаниям.**
- Вы будете продолжать оплачивать свою часть расходов (например, франшизы или доплаты, если они предусмотрены). Кроме того, на покрытие услуг стационарного лечения могут быть наложены ограничения.

Что произойдет в случае отрицательного решения?

- Если независимая экспертная организация вынесет отрицательное решение, это значит, что ее эксперты считают запланированную дату выписки обоснованной с медицинской точки зрения. В таком случае **предоставление покрытия услуг стационарного лечения будет прекращено** в полдень следующего дня **после** получения ответа по вашей апелляции от организации по повышению качества обслуживания.
- Если независимая экспертная организация отклонит вашу апелляцию, но вы решите остаться в больнице, **возможно, вам придется оплатить полную стоимость** стационарного лечения, полученного после полудня следующего за получением решения дня.

Шаг 4: В случае отклонения апелляции уровня 1 вы должны решить, следует ли вам подать еще одну апелляцию.

- Если организация по повышению качества обслуживания *отклонила* ваше требование *и* при этом вы остались в больнице после запланированной даты выписки, можно подать еще одну апелляцию. Подача еще одной апелляции означает, что вы переходите на **2-й уровень** апелляционного процесса.

Раздел 8.3 Как подать апелляцию уровня 2 для изменения даты выписки из больницы

При подаче апелляции уровня 2 вы просите организацию по повышению качества обслуживания еще раз пересмотреть решение, вынесенное по вашей первой апелляции. Если организация по повышению качества обслуживания отклонит вашу апелляцию уровня 2, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость вашего пребывания в больнице после запланированной даты вашей выписки.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 1. Обратитесь в организацию по повышению качества обслуживания еще раз и подайте новый запрос на рассмотрение апелляции.

- Запрос необходимо подать **в течение 60 календарных дней** с момента получения от организации по повышению качества обслуживания отрицательного ответа по апелляции уровня 1. Вы можете попросить об этом пересмотре только при условии, что остаетесь в больнице после даты окончания предоставления покрытия.

Шаг 2: Организация по повышению качества обслуживания рассмотрит ваш случай повторно.

- Эксперты организации по повышению качества обслуживания еще раз тщательно изучат всю информацию, относящуюся к вашей апелляции.

Шаг 3: В течение 14 календарных дней с момента получения запроса эксперты рассмотрят вашу апелляцию уровня 2 и сообщат свое решение.

Если независимая экспертная организация вынесет положительное решение: сохранение ваших льгот на время рассмотрения апелляции уровня 1

- Мы обязаны будем компенсировать вам нашу часть расходов на стационарное лечение, которое было предоставлено вам после полудня дня, следующего за тем, когда первая апелляция была отклонена организацией по повышению качества обслуживания. Мы будем обязаны продолжать покрывать ваше пребывание в стационаре, пока это будет необходимо с медицинской точки зрения.
- Вы должны будете продолжать оплачивать вашу часть расходов. Также могут применяться ограничения на покрытие.

Если независимая экспертная организация вынесет отрицательное решение:

- Это будет означать, что она согласна с решением, которое было вынесено по вашей апелляции уровня 1.
- В письменном уведомлении, которое вы получите, будут описаны ваши возможные действия на случай, если вы решите продолжить процесс обжалования.

Шаг 4: В случае отрицательного ответа вы должны принять решение о том, следует ли подать апелляцию уровня 3.

- После уровня 2 процедура рассмотрения апелляций предусматривает еще три дополнительных уровня (всего их 5). Если вы хотите подать апелляцию уровня 3, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после рассмотрения апелляции уровня 2.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адьюдикатором. В **разделе 10** представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5.

РАЗДЕЛ 9 Как подать запрос на продление покрытия определенных медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие истекает слишком рано

Если вы получаете покрываемые услуги медицинского ухода на дому, услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода или реабилитации (в учреждениях амбулаторной комплексной реабилитации), у вас есть право продолжать получать услуги до тех пор, пока они требуются для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы.

Если мы решим, что настало время прекратить покрытие этих трех типов услуг, мы обязаны будем сообщить вам об этом заранее. Когда покрытие такого обслуживания закончится, мы прекратим оплачивать *это обслуживание*.

Если вы считаете, что покрытие услуг заканчивается слишком рано, **вы можете подать апелляцию**. В данном разделе описано, как подать апелляцию.

Раздел 9.1 Мы уведомим вас заранее о прекращении страхового покрытия услуг**Юридические термины:**

Уведомление об отказе в предоставлении страхового покрытия по программе Medicare. В нем содержится информация о том, как запросить **рассмотрение апелляции по ускоренной процедуре**. Апелляция с рассмотрением по ускоренной процедуре – это официальный и законный способ попросить изменить решение о продолжительности покрытия медицинских услуг.

1. **Вы получите письменное уведомление** не позднее чем за 2 календарных дня до того момента, когда наш план прекратит покрывать медицинские услуги. В этом уведомлении будет содержаться следующая информация:
 - Дата, когда мы перестанем покрывать оказываемые вам медицинские услуги.
 - Как подать запрос на рассмотрение апелляции по ускоренной процедуре с целью продления покрытия вашего лечения на более длительный период времени.
2. **Вы или кто-либо, кто действует от вашего имени, должны будете подписать письменное уведомление, чтобы подтвердить его получение.** Подпись указывает

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

только на то, что вы получили информацию о том, когда перестанет действовать ваше страховое покрытие. Подписание *не* означает, что вы согласны с решением плана прекратить оказывать медицинские услуги.

Раздел 9.2 Как подать апелляцию уровня 1, чтобы продлить период покрытия планом оказываемых услуг

Если вы хотите попросить о продлении покрытия медицинских услуг, вам нужно будет подать апелляцию. Но сначала определитесь, какие действия вам следует предпринять и к какому сроку.

- **Следуйте процедуре**
- **Соблюдайте сроки**
- **При необходимости обратитесь за помощью.** Если у вас возникнут вопросы или потребуется помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует звонить по номеру 711). Или обратитесь за индивидуальной помощью в Программу помощи по вопросам медицинского страхования вашего штата (SHIP). Позвоните в HIICAP по номеру 1800-701-0501. Контактная информация SHIP доступна в разделе 3 главы 2.

Апелляцию уровня 1 рассматривает организация по повышению качества обслуживания. Эта организация решает, является ли дата окончания вашего медицинского обслуживания обоснованной с медицинской точки зрения. **Организация по повышению качества обслуживания** – это группа врачей и других специалистов сферы здравоохранения, получающих вознаграждение от федерального правительства и помогающих оценивать качество медицинской помощи и повышать его для участников программы Medicare. В их обязанности входит пересмотр решений плана о сроках прекращения страхового покрытия определенных услуг. Эти эксперты не входят в администрацию нашего плана.

Шаг 1. Подайте апелляцию уровня 1: обратитесь в организацию по повышению качества обслуживания и подайте запрос на *рассмотрение апелляции по ускоренной процедуре*. Вам необходимо сделать это в кратчайшие сроки.

Как связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении (*Уведомление о прекращении страховых выплат Medicare*) описано, как связаться с этой организацией. Можно также найти название, адрес и номер телефона такой организации, действующей в вашем штате, в главе 2.

Не медлите:

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Обратиться в организацию следует **до полудня накануне даты вступления в силу** письменного уведомления о прекращении страховых выплат.
- Если вы не успеете в установленный срок и захотите подать апелляцию, ваше право на апелляцию все равно сохраняется. Обратитесь в организацию по повышению качества обслуживания.

Шаг 2: Организация по повышению качества обслуживания проведет независимое рассмотрение вашего дела.

Юридические термины:

Подробное объяснение причин прекращения страховых выплат. Уведомление с подробной информацией о причинах прекращения предоставления покрытия.

Как происходит процесс рассмотрения

- Специалисты в области здравоохранения, работающие в организации по повышению качества обслуживания (эксперты), поинтересуются у вас или вашего представителя, почему вы считаете, что эти услуги должны и впредь покрываться. Вам не обязательно готовить что-либо в письменной форме, но вы можете это сделать, если пожелаете.
- В независимой экспертной организации также изучат вашу медицинскую информацию, побеседуют с вашим врачом и рассмотрят сведения, предоставленные им нашим планом.
- К концу дня, в который эксперты уведомят нас о вашей апелляции, вы также получите от нас *Подробное объяснение причин прекращения страховых выплат*, в котором будут подробно изложены причины, по которым покрытие получаемых вами услуг более не предоставляется.

Шаг 3: В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации эксперты сообщат вам о своем решении.

Что происходит в случае вынесения экспертами положительного решения?

- Если эксперты согласятся с вашим требованием, **мы обязаны будем покрывать стоимость услуг, пока это будет необходимо по медицинским показаниям.**
- Вы будете продолжать оплачивать свою часть расходов (например, франшизы или доплаты, если они предусмотрены). Кроме того, на покрываемые услуги могут быть наложены ограничения.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Что происходит в случае вынесения экспертами отрицательного решения?

- Если эксперты вынесут отрицательное решение, **ваше покрытие перестанет действовать в указанную нами дату.**
- Если вы хотите получать медицинский уход на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF) **после** этой даты, то **вам придется оплачивать полную стоимость** услуг самостоятельно.

Шаг 4: В случае отклонения апелляции уровня 1 вы должны решить, следует ли вам подать еще одну апелляцию.

- Если эксперты вынесут отрицательное решение по вашей апелляции уровня 1, но вы хотите получать медицинские услуги и после прекращения действия страхового покрытия, вы можете подать апелляцию уровня 2.

Раздел 9.3 Как подать апелляцию уровня 2, чтобы продлить период покрытия планом оказываемых услуг

При подаче апелляции уровня 2 вы просите организацию по повышению качества обслуживания еще раз пересмотреть решение, вынесенное по вашей первой апелляции. Если организация по повышению качества обслуживания отклонит вашу апелляцию уровня 2, возможно, вам придется оплатить полную стоимость медицинских услуг, предоставляемых вам на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF) *после* запланированной даты прекращения страховых выплат.

Шаг 1. Обратитесь в организацию по повышению качества обслуживания еще раз и подайте новый запрос на рассмотрение апелляции.

- Запрос необходимо подать **в течение 60 календарных дней** с момента получения от организации по повышению качества обслуживания *отрицательного* ответа по апелляции уровня 1. О таком пересмотре решения вы можете просить только в том случае, если вы продолжаете получать обслуживание после даты окончания его покрытия.

Шаг 2: Организация по повышению качества обслуживания рассмотрит ваш случай повторно.

- Эксперты организации по повышению качества обслуживания еще раз тщательно изучат всю информацию, относящуюся к вашей апелляции.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 3: В течение 14 календарных дней с момента получения апелляции эксперты примут решение и сообщат вам о нем.

Что произойдет в случае вынесения независимой экспертной организацией положительного решения?

- **Мы будем обязаны возместить вам** свою часть расходов на услуги, которые были вам предоставлены после запланированной даты прекращения страховых выплат. **Мы должны будем продолжать предоставлять страховое покрытие услуг**, пока это будет необходимо по медицинским показаниям.
- Вы должны будете продолжать оплачивать свою часть расходов. Кроме того, могут применяться ограничения по покрытию.

Что произойдет в случае вынесения независимой экспертной организацией отрицательного решения?

- Это будет означать, что специалисты организации согласны с решением, вынесенным по вашей апелляции уровня 1.
- В письменном уведомлении, которое вы получите, будут описаны ваши возможные действия на случай, если вы решите продолжить процесс обжалования. В нем будут указаны подробные сведения о переходе к следующему уровню рассмотрения апелляции, которым занимается судья по административным делам или адъюдикатор.

Шаг 4: В случае отрицательного ответа вам следует решить, стоит ли подавать апелляцию следующего уровня.

- После уровня 2 процедура рассмотрения апелляций предусматривает еще три дополнительных уровня (всего их 5). Если вы хотите подать апелляцию уровня 3, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после рассмотрения апелляции уровня 2.
- Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адъюдикатором. В разделе 10 этой главы представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5.

РАЗДЕЛ 10 Подача апелляций уровней 3, 4 и 5

Раздел 10.1 Апелляции уровней 3, 4 и 5 в отношении запросов на оказание медицинских услуг

В этом разделе указана информация для тех случаев, когда апелляции уровней 1 и 2 были поданы и отклонены.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Если стоимость изделия или медицинской услуги, в отношении которых подавалась апелляция, достигает определенной минимальной суммы в долларах, вы можете подавать апелляции следующих уровней. Если сумма в долларах не достигает минимального уровня, вы не имеете права подавать дальнейшие апелляции. В письменном ответе на вашу апелляцию уровня 2 будет разъяснено, как подать апелляцию уровня 3.

В большинстве ситуаций при подаче апелляций порядок действий на последних трех уровнях их рассмотрения практически такой же, как на первых двух уровнях. На каждом из них пересмотр осуществляется указанными ниже лицами.

Апелляция уровня 3

Судья по административным делам или адъюдикатор, работающий на федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и сообщит о своем решении.

- **Если судья по административным делам или адъюдикатор вынесет положительное решение по вашей апелляции, процесс апелляции *может прекратиться или продолжиться*.** В отличие от решения уровня 2, у нас есть право обжаловать решение по апелляции уровня 3, которое было принято в вашу пользу. Если мы решим подавать апелляцию, она будет считаться апелляцией уровня 4.
 - Если мы решим *не* подавать апелляцию, то будем обязаны выдать разрешение или предоставить соответствующую медицинскую помощь в течение 60 календарных дней с момента получения решения судьи по административным делам или адъюдикатора.
 - Если мы решим обжаловать это решение, то отправим вам копию запроса на подачу апелляции уровня 4 со всеми сопроводительными документами. Мы вправе ожидать решения по апелляции уровня 4, прежде чем одобрить или предоставить медицинскую услугу, ставшую предметом спора.
- **Если судья по административным делам или адъюдикатор вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, процесс апелляции *может прекратиться или продолжиться*.**
 - Если вы решите согласиться с заключением, процедура обжалования будет завершена.
 - В противном случае вы можете продолжить процедуру обжалования на следующем уровне. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции уровня 4.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Апелляция уровня 4

Апелляционный совет Medicare (Совет) рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам свое решение. Совет осуществляет свою деятельность в составе федерального правительства.

- Если апелляционный совет примет ваше требование или отклонит наш запрос на пересмотр принятого в вашу пользу решения по апелляции уровня 3, **разбирательство *может прекратиться или продолжиться***. В отличие от решения уровня 2, у нас есть право обжаловать решение по апелляции уровня 4, которое было принято в вашу пользу. Решение о подаче апелляции уровня 5 по поводу этого решения остается за нами.
 - Если мы *не* будем оспаривать решение, то будем обязаны выдать разрешение или предоставить соответствующую медицинскую помощь в течение 60 календарных дней с момента получения решения Совета.
 - Если мы решим обжаловать его, то сообщим вам об этом в письменном виде.
- Если Совет отклонит ваше требование или апелляцию, **разбирательство *может прекратиться или продолжиться***.
 - Если вы решите согласиться с этим заключением, процедура обжалования будет завершена.
 - Если вы не согласны с решением, вы можете продолжить процедуру обжалования на следующем уровне. Если совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, в уведомлении, которое вы получите, будет указано, разрешают ли правила подать апелляцию уровня 5 и как это можно сделать.

Апелляция уровня 5

Судья **федерального окружного суда** рассмотрит вашу апелляцию.

- Судья рассмотрит всю информацию и вынесет *положительное* или *отрицательное* решение по вашему запросу. Это решение будет окончательным. После рассмотрения апелляции на уровне федерального окружного суда других уровней подачи апелляции не существует.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Раздел 10.2 Дополнительные апелляции в Medicaid

У вас также есть дополнительные права на подачу апелляций в отношении услуг или товаров, которые обычно покрываются программой Medicaid. Письмо от Управления по беспристрастным разбирательствам проинформирует вас о том, что делать, если вы хотите продолжить процесс обжалования.

Раздел 10.3 Апелляции уровней 3, 4, и 5 касательно запросов в отношении препаратов, покрываемых Частью D

В этом разделе указана информация для тех случаев, когда апелляции уровней 1 и 2 были поданы и отклонены.

Если стоимость препарата, в отношении которого подавалась апелляция, достигает определенной установленной суммы в долларах, вы можете подавать дополнительные апелляции. Если сумма ниже определенного предела, то подать апелляцию более высокого уровня вы не сможете. В письменном ответе по вашей апелляции уровня 2 будет указано, куда и как можно подать апелляцию уровня 3.

В большинстве ситуаций при подаче апелляций порядок действий на последних трех уровнях их рассмотрения практически такой же, как на первых двух уровнях. На каждом из них пересмотр осуществляется указанными ниже лицами.

Апелляция уровня 3

Судья по административным делам или адъюдикатор, работающий на федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и сообщит о своем решении.

- **В случае принятия положительного решения разбирательство завершается. Мы будем обязаны разрешить или предоставить покрытие лекарственных препаратов, одобренное судьей по административным делам или адъюдикатором, в течение 72 часов (24 часов в случае подачи апелляции с рассмотрением по ускоренной процедуре), либо уплатить соответствующую сумму не позже чем через 30 календарных дней с момента получения решения.**
- **Если судья по административным делам или адъюдикатор вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, процесс апелляции может прекратиться или продолжиться.**
 - Если вы решите согласиться с этим заключением, процедура обжалования будет завершена.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- В противном случае вы можете продолжить процедуру обжалования на следующем уровне. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции уровня 4.

Апелляция уровня 4

Апелляционный совет Medicare (Совет) рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам свое решение. Совет осуществляет свою деятельность в составе федерального правительства.

- В случае принятия положительного решения разбирательство завершается. Мы будем обязаны разрешить или предоставить покрытие лекарственных препаратов, одобренное советом, в течение 72 часов (24 часов в случае подачи апелляции с рассмотрением по ускоренной процедуре), либо уплатить соответствующую сумму не позже, чем через 30 календарных дней с момента получения решения.
- Если Совет отклонит ваше требование или апелляцию, разбирательство может *прекратиться или продолжиться*.
 - Если вы решите согласиться с заключением, процедура обжалования будет завершена.
 - Если вы не согласны с решением, вы можете продолжить процедуру обжалования на следующем уровне. Если совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, в уведомлении, которое вы получите, будет указано, разрешают ли правила подать апелляцию уровня 5 и как это можно сделать.

Апелляция уровня 5

Судья федерального окружного суда рассмотрит вашу апелляцию.

- Судья рассмотрит всю информацию и вынесет *положительное* или *отрицательное* решение по вашему запросу. Это решение будет окончательным. После рассмотрения апелляции на уровне федерального окружного суда других уровней подачи апелляции не существует.

Подача жалоб

РАЗДЕЛ 11 Как подать жалобу касательно качества медицинской помощи, времени ожидания, обслуживания клиентов и прочих проблем

Раздел 11.1 Какие типы проблем решаются посредством рассмотрения жалоб

Посредством рассмотрения жалоб можно решить *только* определенные типы проблем. К ним относятся проблемы, связанные с качеством обслуживания, временем ожидания и обслуживанием клиентов. Ниже приводятся примеры проблем, в случае которых может быть применена процедура подачи жалобы.

Жалоба	Пример
Качество медицинского обслуживания	Вы недовольны качеством предоставляемых вам услуг (включая больничные услуги)?
Уважение права на частную жизнь	Вы считаете, что стали жертвой неуважительного отношения к вашему праву на неприкосновенность частной жизни или кто-то обнародовал конфиденциальную информацию о вас?
Неуважение, некачественное обслуживание клиентов или другое нежелательное поведение	- Кто-то повел себя грубо или неуважительно по отношению к вам? - Вы недовольны работой отдела обслуживания участников? - Вам кажется, что вас подталкивают к тому, чтобы вы прекратили свое участие в плане?
Время ожидания	- У вас возникают проблемы с записью на прием или вам пришлось слишком долго ждать его? - Вы подолгу ждете врачей, фармацевтов и другой медицинский персонал? Приходилось ли вам долго ждать сотрудников отдела обслуживания участников или других сотрудников нашего плана? - Например, это может быть долгое ожидание во время телефонного звонка, в приемной, при получении рецепта, в смотровой.
Чистота	Вы недовольны чистотой или условиями в клинике, больнице, кабинете врача?
Информация, предоставляемая нами	Мы не предоставили вам необходимое уведомление?

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Жалоба	Пример
Своевременность (Эти типы жалоб относятся к <i>своевременности</i> наших действий, связанных с решениями о страховом покрытии и апелляциями)	- Вам сложно понять информацию, которую мы предоставляем в письменном виде? Если вы обратились к нам с запросом на решение о страховом покрытии или подали апелляцию, и вам кажется, что ответ затягивается, вы можете подать жалобу на медленную работу. Приведем примеры. - Если вы обратились к нам с просьбой об вынесении <i>решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре</i> или подали <i>апелляцию с рассмотрением по ускоренной процедуре</i> и мы вам отказали, вы можете подать жалобу. - Если вы считаете, что мы не соблюдаем сроки предоставления решений о страховом покрытии или рассмотрения апелляций, вы можете подать жалобу. - Если вы считаете, что мы не соблюдаем сроки предоставления вам покрытия или возмещения в отношении определенных одобренных медицинских товаров, услуг или лекарственных препаратов, вы можете подать жалобу. - Если вы считаете, что мы не передали ваше дело в независимую экспертную организацию в срок, вы можете подать жалобу.

Раздел 11.2 Как подать жалобу

Юридические термины:

Жалоба также называется **претензией**.

Подача жалобы называется **подачей претензии**.

Соблюдение процедуры подачи жалоб называется **соблюдением процедуры подачи претензий**.

Рассмотрение жалобы по ускоренной процедуре называется **рассмотрением претензии по ускоренной процедуре**.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 1. Незамедлительно свяжитесь с нами – по телефону или по почте.

- **Первым шагом обычно является звонок в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру 711). Если потребуется выполнить какие-либо иные действия, отдел обслуживания участников расскажет вам о них.
- **Если вы не хотите звонить (или уже звонили, но остались недовольны), то можете оформить жалобу в письменном виде и отправить ее нам.** Если вы подаете жалобу в письменном виде, мы ответим вам также в письменном виде.
- ElderServe MAP принимает претензии в устной или письменной форме. Вы можете подать претензию в любое время. Если вы подаете претензию в письменной форме, мы также ответим вам письменно. Мы рассмотрим ваши опасения и соберем любую дополнительную информацию, необходимую для полного рассмотрения вашей претензии. Наш план ответит на вашу претензию в срок, учитывающий состояние вашего здоровья, но не позднее чем через 30 календарных дней с момента получения претензии. В некоторых обстоятельствах вы, возможно, захотите подать жалобу, рассматриваемую по ускоренной процедуре. **Вам необходимо незамедлительно обратиться в отдел обслуживания участников. Можно сделать это как по телефону 1-800-362-2266** (пользователям TTY следует звонить по номеру 711), **так и в письменной форме.** Жалобу можно подать в любое время после обнаружения проблемы, упомянутой в жалобе.

Шаг 2: Мы рассмотрим вашу жалобу и сообщим о своем решении.

- **При возможности мы ответим вам незамедлительно.** Если вы обратитесь к нам с жалобой по телефону, возможно, ответ будет дан в ходе этого телефонного разговора.
- **На большинство жалоб ответ предоставляется в течение 30 календарных дней.** Если нам требуется дополнительная информация, а задержка – в ваших интересах или вы просите о дополнительном времени, срок рассмотрения можно продлить не более чем на 14 календарных дней (общий срок рассмотрения – 44 календарных дня). Если мы решим, что нам потребуется больше времени, мы сообщим вам об этом в письменной форме.
- **Если вы подаете жалобу, потому что вам было отказано в вынесении решения о страховом покрытии или рассмотрении апелляции по ускоренной процедуре, мы автоматически рассмотрим вашу жалобу по ускоренной процедуре.** Рассмотрение жалоб по ускоренной процедуре означает, что вы **получите ответ в течение 24 часов.**

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- **Если мы не согласны** с вашей жалобой частично или полностью или не берем на себя обязательство решить заявленную проблему, в нашем ответе мы укажем соответствующие причины.

Раздел 11.3 Также можно подать жалобу на качество обслуживания в организацию по повышению качества обслуживания

Ниже описаны два варианта действий на тот случай, если ваша жалоба касается *качества обслуживания*.

- **Можно подать жалобу напрямую в организацию по повышению качества обслуживания** Организация по повышению качества обслуживания – это коллектив практикующих врачей и других специалистов сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством. Их задача – проверка и повышение качества обслуживания участников программы Medicare. Контактную информацию вы найдете в главе 2.

Или

- **Можно одновременно подать жалобу в организацию по повышению качества обслуживания и нам.**

Раздел 11.4 Можно также подать жалобу в Medicare и Medicaid

Вы можете подать жалобу относительно плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* напрямую в Medicare. Для этого перейдите по ссылке www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY/TDD следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Глава 9 Если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Если вы не можете решить проблему в рамках плана, вы также можете обратиться в Департамент здравоохранения New York и в любое время подать жалобу по адресу: NYS Department of Health Bureau of Managed Long-Term Care, One Commerce Plaza, 99 Washington Avenue, Suite 1620, Albany, NY 12210. Вы можете обратиться по телефону 1-866-712-7197 или по электронной почте mltctac@health.ny.gov.

Вы также имеете право обратиться по поводу своей жалобы в Департамент здравоохранения штата New York. Свяжитесь с Департаментом здравоохранения следующим образом:

- Номер телефона: 1-866-712-7197
- Почта: New York State Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
Technical Assistance Center
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl
Albany, NY 12210
- Электронная почта: mltctac@health.ny.gov

Вы также имеете право обратиться по поводу своей жалобы в Департамент здравоохранения штата New York. Свяжитесь с Департаментом здравоохранения следующим образом:

- Номер телефона: 1-800-206-8125
- Почта: New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
- Электронная почта: managedcarecomplaint@health.ny.gov

ГЛАВА 10.

Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане

РАЗДЕЛ 1 Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане

Прекращение участия в плане *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* может быть **добровольным** (по собственному желанию) или **вынужденным** (ввиду других обстоятельств):

- Вы можете выйти из плана, потому что *приняли такое решение*. В разделах 2 и 3 представлена информация о том, как добровольно прекратить участие в плане медицинского страхования.
- Существуют также несколько ситуаций, когда выйти из плана вам придется ввиду других обстоятельств. В разделе 5 описаны ситуации, при которых мы обязаны прекратить ваше участие.

Если вы выходите из нашего плана, наш план должен продолжить оказывать вам медицинскую помощь и предоставлять рецептурные препараты, а вы будете продолжать выплачивать свою долю затрат до момента прекращения вашего участия.

РАЗДЕЛ 2 Когда можно завершить участие в плане?

Раздел 2.1 Вы можете завершить свое участие в плане, поскольку вы получаете льготы Medicare и Medicaid

Большинство пользователей плана Medicare могут выйти из него только в определенные сроки. Поскольку вы являетесь участником программы Medicaid, вы можете прекратить участие в нашем плане в любой месяц года, выбрав один из следующих вариантов Medicare:

- В программе Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурными лекарственными препаратами Medicare,
- В программе Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурными лекарственными препаратами (если вы выберете этот вариант и будете получать «Дополнительную помощь», сотрудники Medicare могут самостоятельно зачислить вас в план обеспечения лекарственными препаратами, если только вы не отказались от автоматической регистрации), или
- В плане комплексного обслуживания D-SNP (при условии соответствия критериям участия), который позволяет получать доступные вам льготы и услуги по программе Medicare и большую часть либо все доступные вам льготы и услуги по программе Medicaid в составе одного плана.

Раздел 10 Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане

Примечание. Если выйти из плана Medicare, который покрывает стоимость препаратов, не получать больше «Дополнительную помощь» и остаться без зачитываемого покрытия препаратов на 63 или более дней подряд, а потом снова зарегистрироваться в плане обеспечения лекарственными препаратами Medicare, возможно, вам придется уплатить штраф за позднюю регистрацию в Части D.

- Позвоните в офис Medicaid вашего штата по номеру *1-800-541-2831*, чтобы узнать о вариантах планов Medicaid.
- В течение **периода открытой регистрации** доступны и другие варианты планов медицинского страхования Medicare. В разделе 2.2 содержится более подробная информация о периоде открытой регистрации.
- Как правило, участие прекращается в **первый день месяца, следующего за тем, в который мы получаем запрос на смену плана**. В этот же день вы официально становитесь участником нового плана.

Раздел 2.2 Вы можете прекратить участие в плане в течение периода открытой регистрации

Вы можете прекратить участие в программе в течение **периода открытой регистрации** каждый год. В течение этого периода вам следует проанализировать свое страховое покрытие медицинской помощи и лекарственных препаратов и выбрать страховое покрытие на следующий год.

- Период открытой регистрации действует с **15 октября по 7 декабря**.
- Вы можете сохранить свое действующее страховое покрытие или внести в него **изменения на следующий год**. Если вы решите сменить план, то можете выбрать любой из указанных ниже типов планов:
 - Другой план медицинского страхования Medicare с покрытием или без покрытия лекарственных препаратов.
 - Original Medicare с отдельным планом обеспечения лекарственными препаратами Medicare.
 - Original Medicare без отдельного плана обеспечения лекарственными препаратами Medicare.
 - В плане комплексного обслуживания D-SNP (при условии соответствия критериям участия), который позволяет получать доступные вам льготы и услуги по программе Medicare и большую часть либо все доступные вам льготы и услуги по программе Medicaid в составе одного плана.

Вы получаете от Medicare возможность участвовать в программе «Дополнительная помощь» для компенсации стоимости рецептурных препаратов: При переходе в программу Original Medicare без регистрации в отдельном плане обеспечения рецептурными препаратами в рамках Medicare представители Medicare могут

Раздел 10 Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане

зарегистрировать вас в плане обеспечения лекарственными препаратами, если вы ранее не отказались от автоматической регистрации в таких планах.

Примечание. Если вы выйдете из плана Medicare, покрывающего стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, и не оформите зачитываемое покрытие в течение 63 или более дней подряд, а потом снова зарегистрируетесь в плане обеспечения лекарственными препаратами Medicare, возможно, вам придется уплатить штраф за позднюю регистрацию в Части D.

- **Ваше участие в нашем плане закончится**, когда 1 января вступит в силу страховое покрытие вашего нового плана.

Раздел 2.3 Вы можете прекратить участие в плане в течение периода открытой регистрации Medicare Advantage

Вы можете *один* раз поменять свое страховое покрытие в течение **периода открытой регистрации в плане Medicare Advantage** каждый год.

- **Период открытой регистрации в плане Medicare Advantage** длится с 1 января по 31 марта, а для новых бенефициаров Medicare, зарегистрированных в плане Medicare Advantage, – с месяца получения права на участие в Части А и Части В до последнего дня 3-го месяца действия права.
- **В течение периода открытой регистрации в плане Medicare Advantage** вы можете:
 - Перейти на другой план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов или без такового.
 - Выйти из нашего плана и получить покрытие от Original Medicare. Если в течение этого периода вы смените план на Original Medicare, вы в это же время сможете стать участником отдельного плана Medicare, покрывающего лекарственные препараты.
- **Ваше участие в плане завершится** в первый день месяца, следующего за месяцем вашей регистрации в другом плане Medicare Advantage или получения нами вашего запроса на смену плана на Original Medicare. Если вы также решите стать участником плана Medicare, покрывающего лекарственные препараты, ваше участие в плане страхового покрытия лекарственных препаратов начнется в первый день месяца, следующего за месяцем получения планом вашей заявки на регистрацию.

Раздел 2.4 В некоторых случаях вы имеете возможность прекратить участие в плане в течение специального периода регистрации

В определенных ситуациях вы можете иметь право прекратить свое участие в плане в другое время года. Соответствующий период называется **специальным периодом регистрации**.

Вы можете иметь право на прекращение вашего участия в плане в течение специального периода регистрации, если к вам применима любая из этих ситуаций. Это лишь примеры. Чтобы получить полный список причин, свяжитесь с представителями нашего плана, позвоните сотрудникам Medicare или посетите веб-сайт www.Medicare.gov.

- Как правило, при переезде
- У вас есть медицинская страховка New York Medicaid
- Вы имеете право на участие в программе «Дополнительная помощь», обеспечивающей страховое покрытие лекарственных препаратов Medicare
- Мы нарушили условия нашего с вами договора
- Вы пользуетесь услугами учреждения, такого как учреждение сестринского ухода или больница долгосрочного ухода (LTC)
- Вы зарегистрировались в программе комплексного обслуживания пожилых людей (PACE)
- **Примечание.** Если вы включены в программу контроля за использованием наркотических препаратов, вы, вероятнее всего, сможете иметь право на прекращение участия в плане только в течение специального периода регистрации. Более подробную информацию о программах контроля за использованием наркотических препаратов вы найдете в разделе 10 главы 5.
- **Примечание.** В Разделе 2.1 содержится более подробная информация о специальных периодах регистрации для участников программы Medicaid.

Периоды регистрации могут различаться в зависимости от вашей ситуации.

Чтобы узнать, доступен ли вам специальный период регистрации, обратитесь в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вы имеете право прекратить свое участие в плане из-за особой ситуации, вы можете одновременно изменить и страховое покрытие медицинских услуг, и страховое покрытие препаратов по программе Medicare. Вы можете выбрать:

- Другой план медицинского страхования Medicare с покрытием или без покрытия лекарственных препаратов

Раздел 10 Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане

- Original Medicare с отдельным планом обеспечения лекарственными препаратами Medicare
- Original Medicare без отдельного плана обеспечения лекарственными препаратами Medicare.
- В плане комплексного обслуживания D-SNP (при условии соответствия критериям участия), который позволяет получать доступные вам льготы и услуги по программе Medicare и большую часть либо все доступные вам льготы и услуги по программе Medicaid в составе одного плана.

Примечание. Если вы выйдете из плана Medicare, покрывающего стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, и не оформите зачитываемое покрытие в течение 63 или более дней подряд, а потом снова зарегистрируетесь в плане обеспечения лекарственными препаратами Medicare, возможно, вам придется уплатить штраф за позднюю регистрацию в Части D.

Если вы получаете от Medicare возможность участвовать в программе

«Дополнительная помощь» для компенсации стоимости препаратов: При переходе в программу Original Medicare без регистрации в отдельном плане обеспечения препаратами в рамках Medicare представители Medicare могут зарегистрировать вас в плане обеспечения лекарственными препаратами, если вы ранее не отказались от автоматической регистрации в таких планах.

Как правило, участие в плане прекращается в первый день месяца, следующего за месяцем получения от вас запроса на смену плана.

Примечание. В разделах 2.1 и 2.2 более подробно рассказывается о специальных периодах регистрации, действующих для участников программ Medicaid и «Дополнительная помощь».

Раздел 2.5 Где получить дополнительную информацию о том, когда можно прекратить участие в плане

Если у вас есть вопросы по поводу прекращения вашего участия, вы можете:

- Позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует набрать 711)
- Найти информацию в справочнике *«Medicare и вы» за 2026 год*
- Позвонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048)

РАЗДЕЛ 3 Как прекратить участие в плане

В приведенной ниже таблице описано, как можно завершить участие в нашем плане.

Чтобы сменить наш план и выбрать:	Как это сделать:
Другой план медицинского страхования Medicare	- Зарегистрироваться в новом плане медицинского страхования Medicare. - Вы будете автоматически исключены из плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>, когда вступит в силу страховое покрытие вашего нового плана.
Original Medicare с отдельным планом обеспечения лекарственными препаратами Medicare	- Зарегистрироваться в новом плане обеспечения лекарственными препаратами Medicare. - Вы будете автоматически исключены из плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>, когда вступит в силу обеспечение лекарственных препаратов вашего нового плана.
Original Medicare без отдельного плана обеспечения лекарственными препаратами Medicare	Отправить нам письменный запрос на прекращение участия. Если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям TTY следует звонить по номеру 711). - Вы также можете позвонить в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросить исключить вас из плана. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. - Вы будете исключены из плана <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>, когда начнет действовать ваше страховое покрытие в рамках программы Original Medicare.

Примечание. Если вы выйдете из плана Medicare, покрывающего стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, и не оформите зачитываемое покрытие в течение 63 или более дней подряд, а потом снова зарегистрируетесь в плане обеспечения лекарственными препаратами Medicare, возможно, вам придется уплатить штраф за позднюю регистрацию в Части D.

Раздел 10 Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане

Если у вас есть вопросы о плане *New York Medicaid*, позвоните в *New York State Medicaid Choice* по номеру 1-800-505-5678, 711 с понедельника по пятницу, 7:00 а.м. до 7:00 п.м. Уточните, как переход в другой план или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение покрытия по программе Medicaid штата New York.

РАЗДЕЛ 4 До выхода из плана участники должны получать соответствующие медицинские товары, услуги и препараты в рамках нашего плана

До окончания вашего участия в плане и до начала действия вашего нового страхового покрытия Medicare *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и рецептурные препараты через наш план.

- Продолжайте обращаться к сетевым поставщикам услуг за медицинской помощью.
- Продолжайте обращаться в сетевые аптеки или оформлять почтовую доставку рецептурных лекарственных препаратов.
- Если вас госпитализируют в день прекращения участия в плане, наш план все равно будет покрывать расходы на ваше пребывание в больнице до даты выписки (даже если на момент выписки начнет действовать новое страховое покрытие).

РАЗДЕЛ 5 В некоторых случаях участие в нашем плане может быть прекращено по решению *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

ElderServe MAP (HMO D-SNP) обязан прекратить ваше участие в нашем плане в указанных ниже случаях:

- Вы утратили право на участие в Части А и Части В программы Medicare
- Вы больше не имеете права на участие в программе Medicaid. Как указано в разделе 2.1 главы 1, наш план предназначен для лиц, отвечающих критериям участия и в программе Medicare, и в программе Medicaid. Вы продолжите иметь право на участие в плане *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* в течение 90 календарных дней (с даты утраты права на участие в программе Medicaid). Если вы не восстановите свое право на участие в программе Medicaid по истечении 90 дней, мы исключим вас из плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.
- Вы не выплачиваете сумму излишка, если получаете избыточный доход на момент обращения за медицинскими услугами
- Вы переезжаете за пределы зоны обслуживания
- Вы находитесь вне нашей зоны обслуживания более 6 месяцев подряд.

Раздел 10 Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане

- Мы будем вынуждены инициировать ваше исключение из программы Medicaid, если вы покинете зону обслуживания на срок более 30 дней подряд
- Если вы переезжаете или отправляетесь в долгосрочную поездку, вам необходимо обратиться в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) и узнать, действует ли наш план на территории вашего временного пребывания.
- Вы были лишены свободы (отбываете тюремное заключение)
- Вы больше не являетесь гражданином США или на незаконных основаниях находитесь на территории США
- Вы утаиваете или предоставляете ложную информацию о других страховках, которыми пользуетесь и по которым покрываются ваши лекарственные препараты
- Вы намеренно предоставили нам недостоверную информацию при регистрации в нашем плане, и эта информация влияет на правомерность вашего участия в нашем плане (в этом случае мы не имеем права исключить вас из плана без предварительного разрешения от Medicare)
- Вы постоянно проявляете признаки асоциального поведения, затрудняющего предоставление медицинского обслуживания вам и другим участникам плана (в этом случае мы не имеем права исключить вас из плана без предварительного разрешения от Medicare)
- Вы позволяете другим людям пользоваться вашей картой участника для получения медицинского обслуживания (в этом случае мы не имеем права исключить вас из плана без предварительного разрешения от Medicare)
 - Если ваше участие в плане было прекращено по этой причине, Medicare может направить ваше дело на расследование в офис Главного инспектора.
 - Если уровень ваших доходов таков, что вы обязаны вносить дополнительную сумму за участие в программе по Части D, но вы не делаете этого, Medicare аннулирует вашу регистрацию в плане.

Если у вас есть вопросы или вам нужна дополнительная информация о том, когда можно завершить свое участие в плане, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711).

Раздел 10 Основная информация о процессе завершения вашего участия в нашем плане

Раздел 5.1 Мы не можем попросить вас выйти из нашего плана по какой-либо причине, связанной со здоровьем

Представители плана *ElderServe MAP (HMO-DSNP)* не могут просить вас покинуть план в связи с состоянием здоровья.

Что нужно сделать, если это произойдет?

Если вы считаете, что вас просят прекратить участие в плане по причине, связанной с вашим здоровьем, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Раздел 5.2 У вас есть право подать жалобу, если мы прекратим ваше участие в плане

Если мы исключим вас из нашего плана, мы должны будем в письменном виде сообщить вам причины этого решения. Кроме того, мы обязаны объяснить вам, как можно обжаловать наше решение о прекращении вашего участия.

ГЛАВА 11.

Правовые уведомления

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве

Основной применимый к этому *Подтверждению страхового покрытия* закон – это Раздел XVIII Закона о социальном страховании и нормы, разработанные согласно Закону о социальном страховании в Центрах услуг Medicare и Medicaid (CMS). Кроме того, могут применяться другие федеральные законы, а при некоторых обстоятельствах – и законы штата, в котором вы проживаете. Несмотря на то, что настоящий документ может не содержать информации о таких законах или соответствующих разъяснений, эти законы могут определять ваши права и обязанности.

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о неприемлемости дискриминации

Мы не допускаем дискриминации участников по расовому, этническому, национальному или религиозному признакам, по цвету кожи, полу, возрасту, по признакам психической или физической нетрудоспособности, по состоянию здоровья, практике выплаты страховых возмещений, истории болезни, генетической информации, доказательствам возможности страхования или по местонахождению в пределах зоны обслуживания. Все организации, предоставляющие планы Medicare Advantage, как и наш план, обязаны соблюдать требования федеральных законов против дискриминации, в том числе Раздела VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закона о реабилитации 1973 года, Закона о возрастной дискриминации 1975 года, Закона об американцах-инвалидах, Части 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании и всех прочих законов, которые распространяются на организации, финансируемые федеральным правительством, а также других законов и правил, применяемых исходя из каких-либо иных оснований.

Для получения дополнительной информации и при наличии подозрений на дискриминацию и несправедливое отношение обращайтесь в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону 1-800-368-1019 (номер телефона для пользователей ТТТ: 1-800-537-7697) или в ваше местное Управление по гражданским правам. Вы также можете ознакомиться с информацией от Управления по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социальных служб по ссылке www.HHS.gov/ocr/index.html.

Глава 11 Правовые уведомления

Если у вас есть инвалидность и вам необходима помощь с доступом к медицинскому обслуживанию, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователям ТТУ следует звонить по номеру *711*). При наличии жалоб, например на проблемы с доступом для маломобильных групп населения, обратитесь за помощью в отдел обслуживания участников.

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о регрессивном праве Medicare как вторичного плательщика

У нас есть право и обязанность взимать плату за покрываемые услуги Medicare, в отношении которых Medicare не является первичным плательщиком. Согласно нормам CMS, определенным в 42-м Своде федеральных правил (разделы 422.108 и 423.462), план *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, будучи организацией Medicare Advantage, пользуется такими же правами на получение возмещения, что и министр здравоохранения и социальных служб согласно нормам CMS в подразделах B-D части 411 42-го Свода федеральных правил; при этом правила, описанные в этом разделе, имеют преимущество перед любыми законами штата.

Для получения дополнительной информации и при наличии подозрений на дискриминацию и несправедливое отношение обращайтесь в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону 1-800-368-1019 (номер телефона для пользователей ТТУ: 1-800-537-7697) или в ваше местное Управление по гражданским правам. Вы также можете ознакомиться с информацией от Управления по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социальных служб по ссылке <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

ГЛАВА 12.

Определения

Амбулаторный хирургический центр – учреждение, предоставляющее только хирургическую помощь в амбулаторных условиях пациентам, которые не требуют госпитализации и предположительно будут пребывать в центре не дольше 24 часов.

Апелляция – ходатайство, которое подает участник плана, если он не согласен с нашим отказом в предоставлении покрытия медицинского обслуживания, отпускаемых по рецепту препаратов, или в оплате уже полученных услуг (препаратов). Апелляцию также можно подать, если вы не согласны с нашим решением о приостановке предоставления услуг.

Выставление счета на остаток – ситуация, при которой поставщик (например, врач или больница) выставляет пациенту счет, превышающий установленную нашим планом сумму разделения затрат. Как участник плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* вы должны оплачивать только установленную планом сумму разделения затрат при получении услуг, покрываемых планом. Мы не разрешаем поставщикам услуг **выставлять счета на остаток** или взимать с вас плату, превышающую сумму разделения затрат, которую вы должны выплачивать по условиям нашего плана.

Период предоставления льгот – способ подсчета объема услуг, предоставляемых вам в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF), используемый нашим планом и программой Original Medicare. Период предоставления льгот начинается со дня вашего поступления в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода. Период предоставления льгот заканчивается, если вы не получали стационарного лечения в больнице или квалифицированного ухода в SNF в течение 60 дней подряд. Если вы поступаете в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода по окончании периода предоставления льгот, то начинается новый период предоставления льгот. Количество периодов предоставления льгот не ограничено.

Биологическое средство – рецептурный препарат, изготовленный из натурального сырья и живых организмов, например клеток животных, растений, бактерий или грибов. Биологические средства являются более сложными в изготовлении по сравнению с другими препаратами и не подлежат точному воспроизведению, поэтому альтернативные формы получили название биоаналогов (см. «**Оригинальный биопрепарат**» и «**Биоаналог**»).

Глава 12 Определения

Биоаналог – биологическое средство, которое очень похоже на оригинальное биологическое средство, но не идентично ему. Биоаналоги столь же безопасны и эффективны, как и оригинальные биологические средства. Некоторые биоаналоги могут быть выданы вместо оригинальных биологических средств в аптеке без необходимости получения нового рецепта (см. «**Взаимозаменяемые биоаналоги**»).

Фирменный препарат – отпускаемое по рецепту средство, которое производится и продается той же фармацевтической компанией, что проводила клинические исследования и разработку этого средства. Фирменные препараты содержат в своем составе такие же активные компоненты, что и дженерики. Однако последние производятся и продаются другими производителями и, как правило, не могут быть приобретены до истечения срока действия патента на соответствующий фирменный препарат.

Стадия критического покрытия – стадия покрытия препаратов по Части D, которая начинается, когда вы (или другие соответствующие стороны, действующие от вашего имени), потратили \$2,100 на препараты, покрываемые по Части D, в течение года действия покрытия.

Центры услуг Medicare и Medicaid (CMS) – федеральное агентство, которое руководит работой Medicare.

План для лиц с особыми потребностями и наличием хронических заболеваний (C-SNP) – это планы SNP, зарегистрироваться в которых могут только лица, удовлетворяющие критериям участия в МА, с определенными тяжелыми и хроническими заболеваниями.

Сострахование – сумма, которая может взиматься с вас в виде значения в процентах (например, 20%) в счет вашей доли затрат на медицинские услуги или рецептурные препараты после оплаты вами франшиз.

Жалоба – официальный термин для подачи жалобы – **подача претензии**. Посредством рассмотрения жалоб можно решить *только* определенные типы проблем. В частности, это проблемы, связанные с качеством обслуживания, временем ожидания и обслуживанием клиентов. Сюда также относятся жалобы на несоблюдение нашим планом сроков при рассмотрении апелляций.

Учреждение амбулаторной комплексной реабилитации (CORF) – учреждение, которое предоставляет преимущественно услуги реабилитации после болезни или травмы, в том числе услуги физиотерапии и лечебной физкультуры, социально-психологическую помощь, услуги респираторной терапии и эрготерапии, услуги логопеда и специалистов по оценке домашней обстановки.

Глава 12 Определения

Доплата – сумма, которую вы можете быть обязаны внести в качестве своей доли затрат на медицинскую услугу или товар, например посещение врача, амбулаторное посещение больницы или рецептурный препарат. Доплата – это фиксированная сумма (например, \$10), а не процент.

Разделение затрат – это суммы, которые участник должен заплатить при получении услуг или лекарственных препаратов. Разделение затрат включает любую комбинацию следующих трех типов платежей: (1) сумма какой-либо франшизы, которую план может взимать до предоставления покрытия в отношении услуги или лекарственных препаратов; (2) фиксированная сумма доплаты, которую план взимает при предоставлении определенной услуги или лекарственного препарата; или (3) сумма сострахования в виде процента от общей суммы, причитающейся за услугу или лекарственный препарат, которую план взимает при предоставлении определенной услуги или лекарственного препарата.

Заключение о страховом покрытии – решение по вопросу о том, покрывается ли назначенный препарат нашим планом и требуется ли вам за него заплатить (а если да, то сколько). Как правило, если вы предъявляете рецепт в аптеке и вам говорят, что он не покрывается нашим планом, это не является заключением о страховом покрытии. В таком случае вам необходимо запросить официальное решение о страховом покрытии, позвонив или написав нам. В этом документе вместо термина заключение о страховом покрытии используется формулировка **решение о страховом покрытии**.

Покрываемые препараты – все лекарственные препараты, стоимость которых покрывается планом.

Покрываемые услуги – все медицинские услуги и товары, стоимость которых покрывается планом.

Зачитываемое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов – покрытие рецептурных препаратов, которое обеспечивается работодателем, профсоюзом и др.; в среднем должно быть не меньше стандартного покрытия Medicare для отпускаемых по рецепту препаратов. Лица, имеющие такое покрытие, могут сохранить это покрытие после появления у них прав на участие в программе Medicare без уплаты штрафа, если решат зарегистрироваться в плане обеспечения рецептурными препаратами от Medicare.

Повседневный уход – личный уход, который не требуют привлечения квалифицированных специалистов и предоставляется в центрах сестринского ухода, хосписах или других учреждениях. Повседневный уход предоставляется лицами, не имеющими профессиональных навыков или образования. Это может быть помощь в повседневных действиях по самообслуживанию: принятие ванны, одевание, прием пищи, пользование кроватью и креслами, перемещение и использование туалета. К этим услугам можно также отнести повседневные медицинские процедуры, осуществляемые большинством людей самостоятельно, например, использование глазных капель. Medicare не оплачивает повседневный уход.

Глава 12 Определения

Ежедневная ставка разделения затрат – ставка, которая может применяться, когда врач назначает определенный лекарственный препарат на срок меньше месяца, и вы должны будете вносить доплату за этот препарат. Ежедневная ставка разделения затрат – это доплата, поделенная на количество дней, на которое рассчитан месячный запас лекарственного препарата. Приведем пример: Если ваша доплата за месячный запас препарата составляет \$30, а месячный запас по нашему плану подразумевает запас на 30 дней, ваша ежедневная ставка разделения затрат составляет \$1 в день.

Франшиза – сумма, которую вы должны заплатить за медицинскую помощь или рецептурные препараты до того, как начнет платить наш план.

Исключение или выход из плана – процедура прекращения участия в плане.

Плата за отпуск лекарства – плата, взимаемая при каждом отпуске покрываемого препарата для компенсации стоимости обработки рецепта, а именно времени, которое фармацевт тратит на приготовление и упаковку рецептурных препаратов.

Планы для бенефициаров с особыми потребностями и правом участия в обеих программах (D-SNP) – планы D-SNP регистрируют в качестве участников лиц, имеющих право участвовать в программе Medicare (раздел XVIII Закона о социальном обеспечении) и получать медицинскую помощь от плана штата в рамках Medicaid (раздел XIX). Некоторые или все расходы по программе Medicare покрываются штатом. Объем покрытия зависит от конкретного штата и от соответствия лица установленным критериям.

Лицо, имеющее право на участие в обеих программах страхования – лицо, имеющее право на покрытие от Medicare и Medicaid.

Медицинское оборудование длительного пользования (DME) – устройства и приспособления, которые заказывает врач для медицинских целей. Примерами таких приспособлений являются ходунки, инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, лекарства и продукты для больных диабетом, внутривенные инфузионные помпы, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, аэрозольные аппараты или кровати больничного типа, заказываемые поставщиком услуг для использования вами у себя дома.

Экстренное состояние – состояние, при котором вы или другой добросовестный человек, обладающий общими знаниями в области здравоохранения и медицины, наблюдает у вас симптомы, требующие немедленного медицинского вмешательства для сохранения жизни (если вы беременны, то и жизни нерожденного ребенка), конечности или функции конечности, либо для предотвращения утраты или серьезного нарушения функции организма. К таким симптомам могут относиться заболевание, травма, острая боль или быстрое ухудшение состояния здоровья.

Глава 12 Определения

Экстренная медицинская помощь – покрываемые услуги, которые: 1) предоставляются поставщиком, имеющим соответствующую квалификацию; 2) необходимы для оценки или стабилизации состояния здоровья в экстренной ситуации.

Подтверждение страхового покрытия (ЕОС) и информация о раскрытии – данный документ, регистрационная форма и другие приложения, дополнения и опциональные письменные уведомления, в которых изложены условия предоставления покрытия, наши обязанности, а также ваши права и обязанности как участника плана.

Исключение – решение касательно страхового покрытия, которое при условии утверждения позволяет получить препарат, не включенный в формуляр нашего плана (исключение в отношении формуляра), или получить непредпочтительный препарат по более низкой ставке разделения затрат (исключение в отношении уровня). Также можно подать просьбу на предоставление исключения, если представители плана требуют попробовать другой препарат, прежде чем предоставить запрашиваемый, если для получения препарата требуется предварительное разрешение, а вы хотите попросить нас снять это ограничение, или если условиями плана установлено ограничение дозировки либо количества соответствующего лекарства (исключение в отношении формуляра).

Программа «Дополнительная помощь» – программа Medicare, в рамках которой людям с ограниченными доходами и ресурсами оказывается помощь в оплате отпускаемых по рецепту препаратов и других страховых расходов (например, взносов, франшиз и сострахования).

Дженерик – рецептурное средство, утвержденное FDA как имеющее в своем составе те же действующие вещества, что и фирменный препарат. Как правило, дженерики действуют так же, как фирменные лекарственные препараты, и обычно стоят дешевле.

Общая претензия – тип жалобы, которая подается в отношении плана, поставщиков услуг или аптек (например, если вы недовольны качеством получаемой медицинской помощи). Она не связана со спорами о страховом покрытии или выплатах.

Сиделка – лицо, оказывающее услуги, не требующие навыков лицензированной медицинской сестры или терапевта, такие как помощь в поддержании личной гигиены (принятие ванны, пользование туалетом, одевание или выполнение предписанных упражнений).

Хоспис – льгота, которая предусматривает особые услуги для участника, официально признанного больным в терминальной стадии с ожидаемой продолжительностью жизни до 6 месяцев. Представители нашего плана должны предоставить вам список хосписов в вашем регионе. Если вы выбрали хоспис и продолжаете платить страховые взносы, ваша регистрация в плане сохраняется. Вы и дальше будете получать все услуги, необходимые по медицинским показаниям, и предоставляемые нами дополнительные льготы.

Глава 12 Определения

Пребывание в стационаре – пребывание в больнице, при котором вы были формально приняты в больницу для получения профессиональных медицинских услуг. Даже если вы проведете в больнице ночь, то все еще можете считаться амбулаторным больным.

Ежемесячная коррекция суммы на основании дохода (IRMAA) – если ваш скорректированный валовый доход, указанный в вашей налоговой декларации IRS 2 года назад, превышает определенную сумму, вы будете платить стандартный страховой взнос и осуществлять ежемесячную коррекцию суммы на основании дохода или IRMAA. IRMAA представляет собой дополнение к вашему страховому взносу. Это требование касается менее 5% участников программы Medicare, поэтому большинству людей не придется платить страховые взносы в повышенном размере.

Стадия первоначального покрытия – стадия, продолжающаяся до момента, когда сумма ваших собственных затрат за год достигнет порогового значения.

Первоначальный период регистрации – период, когда можно зарегистрироваться в Частях А и В программы Medicare, после того как было изначально установлено ваше соответствие критериям для участия в программе Medicare. Если вы получаете право на участие в программе Medicare при достижении возраста 65 лет, то первоначальный период регистрации составляет 7 месяцев и начинается за 3 месяца до месяца, в котором вам исполняется 65 лет, включает в себя месяц, когда вам исполняется 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после того месяца, в котором вам исполнилось 65 лет.

Интегрированный план D-SNP – план категории D-SNP, который покрывает услуги Medicare и большинство или все услуги Medicaid в рамках одного плана медицинского страхования, предназначенного для определенных групп лиц, имеющих право как на Medicare, так и на Medicaid. Эти люди также именуются лицами с полным правом на получение льгот в рамках обеих программ.

Институциональный план для лиц с особыми потребностями (I-SNP) – план, предназначенный для лиц, удовлетворяющих критериям участия в МА, которые проживают в сообществе, но требуют ухода на уровне медицинского учреждения, либо для тех, кто проживает (или могут непрерывно проживать) в течение 90 дней в определенных учреждениях долгосрочного ухода. Категория I-SNP включает в себя следующие типы планов: Эквивалентные институциональным планы SNP (IE-SNP), гибридные институциональные планы SNP (HI-SNP) и институциональные планы SNP на базе учреждений (FI-SNP).

Эквивалентный институциональным план для лиц с особыми потребностями (IE-SNP) – план, предназначенный для лиц, удовлетворяющих критериям участия в МА, которые проживают в сообществе, но требуют ухода на уровне медицинского учреждения.

Глава 12 Определения

Взаимозаменяемые биоаналоги – биоаналоги, которые могут быть предоставлены в аптеке без необходимости выписывать новый рецепт, поскольку они отвечают дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Автоматическая замена в аптеке регулируется законодательством штата.

Список покрываемых препаратов (формуляр или Список препаратов) – список отпускаемых по рецепту препаратов, стоимость которых покрывается нашим планом.

Льготы для малообеспеченных лиц (LIS) – см. «Программа "Дополнительная помощь"».

Программа скидок от производителей – программа, по которой производители лекарственных препаратов оплачивают часть установленной нашим планом полной стоимости фирменных и биологических препаратов, покрываемых в рамках Части D. Скидки предоставляются на основании соглашений между федеральным правительством и производителями препаратов.

Максимальная справедливая цена – согласованная программой Medicare цена для определенного препарата.

Максимальная сумма собственных затрат – максимальная сумма, которую вы можете быть обязаны заплатить из собственных средств в течение календарного года за услуги, покрываемые Частями А и В. В эту сумму не входят страховые взносы за участие в нашем плане, страховые взносы по Частям А и В программы Medicare, а также стоимость отпускаемых по рецепту препаратов. (**Примечание.** Учитывая, что наши участники также получают помощь по программе Medicaid, лишь немногие из них достигают этой максимальной суммы собственных затрат.)

Medicaid (или Medical Assistance) – совместная программа федерального правительства и штата, в рамках которой определенной категории граждан с низкими доходами и ограниченными ресурсами оказывается помощь в оплате медицинских расходов. Программы Medicaid в разных штатах отличаются, но если вы удовлетворяете требованиям программ Medicare и Medicaid, то ваша страховка будет покрывать большую часть медицинских услуг.

Одобренное показание к применению – использование лекарства, утвержденного FDA либо рекомендованное в определенных источниках, таких как справочник Американской службы больничных фармацевтов и информационно-справочная система DRUGDEX.

Необходимые с медицинской точки зрения услуги или товары – это услуги, расходные материалы или препараты, необходимые для профилактики, диагностики или лечения имеющегося у вас заболевания и соответствующие принятым стандартам медицинской практики.

Глава 12 Определения

Medicare – федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых лиц в возрасте до 65 лет, имеющих определенные категории инвалидности, а также для лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, с хронической почечной недостаточностью, при которой требуется диализ или пересадка почки).

Открытый период регистрации в плане Medicare Advantage – период с 1 января по 31 марта, когда участники плана Medicare Advantage могут прекратить свою регистрацию в плане и перейти на другой план Medicare Advantage или получить покрытие через Original Medicare. Если в течение этого периода вы решите сменить план на Original Medicare, вы в это же время сможете стать участником отдельного плана Medicare, покрывающего отпускаемые по рецепту препараты. Период открытой регистрации Medicare Advantage также действует в течение 3 месяцев после того, как лицо впервые получает право на участие в программе Medicare.

План Medicare Advantage (MA) – иногда называется Частью C Medicare. План, предлагаемый частной компанией, заключившей договор с Medicare на предоставление всех льгот по Частям A и B программы Medicare. План Medicare Advantage может быть i) планом HMO, ii) планом PPO, iii) частным планом с оплатой по схеме «плата за услугу» (PFFS) или iv) планом Medicare Medical Savings Account (MSA). Помимо перечисленных типов планов, план Medicare Advantage HMO или PPO также может быть планом для лиц с особыми потребностями (SNP). В большинстве случаев планы Medicare Advantage также предусматривают страховое покрытие препаратов, отпускаемых по рецепту (согласно Части D программы Medicare). Тогда они называются **планами Medicare Advantage с покрытием отпускаемых по рецепту препаратов**.

Услуги, покрываемые Medicare – услуги, стоимость которых покрывается в рамках Частей A и B программы Medicare. Все планы медицинского страхования Medicare должны покрывать услуги, оплата которых предусмотрена Частями A и B программы Medicare. Термин «Услуги, покрываемые Medicare» не включает дополнительные льготы, например по проверке и коррекции зрения и слуха или стоматологические льготы, которые может предлагать план Medicare Advantage.

План медицинского страхования Medicare – план медицинского страхования Medicare, предлагаемый частной компанией, заключившей договор с Medicare на предоставление всех льгот по Частям A и B гражданам, застрахованным по программе Medicare и зарегистрированным в нашем плане. Сюда входят все планы Medicare Advantage и Medicare Cost, планы для лиц с особыми потребностями, демонстрационные/пилотные программы, а также программы комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE).

Покрытие препаратов по программе Medicare (Часть D) – программа страхования, покрывающая расходы ее участников на отпускаемые по рецепту препараты для амбулаторного применения, вакцины, биологические препараты и некоторые

Глава 12 Определения

вспомогательные средства, которые не покрываются Частями А и В программы Medicare.

Программа управления медикаментозной терапией (МТМ) – это программа Medicare (Часть D) для лиц с комплексными потребностями в медицинской помощи, которая предоставляется людям, соответствующим определенным требованиям или участвующим в Программе контроля за использованием наркотических препаратов. В перечень услуг в рамках программы МТМ, как правило, входит консультация по принимаемым лекарственным препаратами с фармацевтом или поставщиком медицинских услуг.

Полис Medigap (полис дополнительного страхования от Medicare) – дополнительная страховка Medicare, которую предлагают частные страховые компании, чтобы заполнить *разрывы в страховом покрытии* плана Original Medicare. Полисы Medigap принимаются только при участии в плане Original Medicare (полис Medicare Advantage не является полисом Medigap).

Участник (участник плана, участник нашего плана) – лицо, получающее льготы Medicare, удовлетворяющее требованиям для получения покрываемых услуг и зарегистрированное в нашем плане, если при этом его регистрация подтверждена Центрами услуг Medicare и Medicaid (CMS).

Отдел обслуживания участников – отдел в составе нашего плана, который отвечает на ваши вопросы касательно участия, льгот, претензий и апелляций.

Сетевая аптека – аптека, которая заключила договор с нашим планом и в которой участники нашего плана могут получать отпускаемые по рецепту препараты. В большинстве случаев план оплачивает рецептурные препараты только при их получении в одной из наших сетевых аптек.

Сетевой поставщик – врач, другой специалист сферы здравоохранения, больница или иное медицинское учреждение, у которых есть лицензии либо сертификаты Medicare и штата на оказание медицинских услуг. **Сетевые поставщики** работают по договору с планом и согласились принимать от нас выплаты в качестве полной оплаты, а в некоторых случаях – координировать и предоставлять услуги участникам нашего плана. Поставщики, входящие в сеть плана, также иногда называются **поставщиками плана**.

Период открытой регистрации – период с 15 октября по 7 декабря каждого года, когда участники могут изменить свой план медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами или перейти на Original Medicare.

Глава 12 Определения

Комплексное заключение организации – решение нашего плана по поводу того, какие товары или услуги покрываются планом и какую сумму вы должны за них платить. В настоящем справочнике заключения организации в отношении покрытия именуются «решениями о страховом покрытии».

Оригинальный биопрепарат – биопрепарат, который был одобрен FDA и служит образцом для производителей, производящих биоаналоги. Он также называется «эталонным продуктом».

Original Medicare (традиционная программа Medicare или Medicare с оплатой по схеме «плата за услугу») – государственная программа (в отличие от таких частных планов медицинского страхования, как Medicare Advantage, и планов обеспечения рецептурными препаратами). Медицинские услуги, покрываемые программой Original Medicare, оплачиваются врачам, больницам и прочим поставщикам по тарифам, определенных Конгрессом. Таким образом, вы можете обратиться к любому врачу или другому поставщику, а также в любую больницу сети Medicare. При этом вы оплачиваете франшизу. Дальнейшие расходы делятся между вами и Medicare согласно условиям программы. Original Medicare состоит из двух частей: А (страхование больничных расходов) и В (медицинское страхование). Программа доступна на всей территории Соединенных Штатов Америки.

Внесетевая аптека – аптека, которая не имеет договора с нашим планом о координировании или предоставлении покрываемых препаратов участникам плана. Большинство препаратов, приобретенных вами в аптеке, не входящей в сеть, не покрывается нашим планом, кроме определенных случаев.

Внесетевой поставщик или внесетевое учреждение – поставщик или учреждение, которые не имеют договора с нашим планом о координировании или предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. Такие поставщики не сотрудничают с нашим планом и никак с ним не связаны.

Собственные затраты – см. определение разделения затрат выше. Предъявляемое к участнику требование разделения затрат, которое заключается в том, чтобы участник оплачивал часть стоимости полученных им услуг или препаратов, также называется требованием в отношении собственных затрат участника.

Пороговое значение собственных затрат – максимальная сумма, которую вы платите из собственных средств за препараты по Части D.

План RACE (план программы комплексного обслуживания пожилых людей) – объединяет медицинские и социальные услуги, а также меры долгосрочного ухода и поддержки (LTSS) для немощных людей, чтобы они могли оставаться независимыми и жить дома (а не переезжать в учреждение сестринского ухода) как можно дольше.

Глава 12 Определения

Граждане, зарегистрированные в планах PACE, получают льготы по программе Medicare и Medicaid от нашего плана.

Часть C – см. план Medicare Advantage (MA).

Часть D – программа Medicare с добровольным участием, в рамках которой предоставляются льготы на отпускаемые по рецепту препараты.

Препараты, предусмотренные Частью D – лекарства, расходы на которые покрываются по условиям Части D программы Medicare. Участникам могут быть доступны не все препараты по Части D. Некоторые категории препаратов были исключены из покрытия по Части D Конгрессом. Некоторые категории препаратов, предусмотренные Частью D, должны быть включены в покрытие каждого плана.

Штраф за позднюю регистрацию в Части D – сумма, которую уплачиваете вы в дополнение к ежемесячному взносу плана за покрытие препаратов Medicare, если у вас отсутствует зачитываемое покрытие (в среднем не менее стандартного покрытия препаратов Medicare) в течение 63 или более дней подряд после получения права впервые зарегистрироваться в плане по Части D. Если вы утратите право на участие в программе «Дополнительная помощь», вам придется оплатить штраф за позднюю регистрацию, если 63 или более дней подряд у вас будет отсутствовать покрытие по Части D или другое зачитываемое покрытие препаратов.

План от предпочтительной организации поставщиков услуг (PPO) – план Medicare Advantage, имеющий сеть поставщиков, заключивших договоры об оказании услуг участникам плана за оговоренную плату. План PPO должен охватывать все льготы, предусмотренные планом, независимо от того, получены ли они от сетевых или внесетевых поставщиков. Доля разделения затрат, как правило, будет выше для участников, если услуги в рамках плана предоставляются поставщиками, не входящими в сеть. Планы PPO предусматривают годовой лимит ваших собственных затрат на услуги, полученные от сетевых (предпочтительных) поставщиков. Для совокупных собственных затрат на услуги, получаемые как от сетевых (предпочтительных), так и от внесетевых (непредпочтительных) поставщиков, этот лимит выше.

Страховой взнос – регулярный платеж в адрес Medicare, страховой компании или плана медицинского страхования за покрытие медицинских услуг или отпускаемых по рецепту препаратов.

Профилактические услуги – медицинские услуги для предотвращения заболеваний или для их выявления заболеваний на ранней стадии, когда лечение может быть наиболее эффективным (например, мазок Папаниколау, прививки от гриппа, скрининговая маммография).

Глава 12 Определения

Поставщик первичных медицинских услуг (PCP) – врач или другой поставщик, к которому вы обращаетесь в первую очередь (в большинстве случаев) при возникновении проблем со здоровьем. По условиям многих планов медицинского страхования Medicare вы обязаны сначала обратиться к основному лечащему врачу, и только после этого – к другим поставщикам медицинских услуг.

Предварительное разрешение – заблаговременное одобрение услуг или определенных препаратов на основе специальных критериев. Покрываемые услуги, для получения которых требуется предварительное разрешение, отмечены в Таблице медицинских льгот, приведенной в главе 4. Покрываемые препараты, для получения которых требуется предварительное разрешение, отмечены в формуляре, а наши критерии разъясняются на нашем сайте.

Протезы и ортопедические приспособления – медицинские устройства, к которым относятся, в частности, протезы конечностей, ортопедические корсеты, а также ортезы для рук и шеи, глазные протезы, приспособления, заменяющие внутренние органы или выполняющие их функции (включая стомы), а также устройства для энтерального и парентерального питания.

Организация по повышению качества обслуживания (QIO) – финансируемая федеральным правительством группа практикующих врачей и других специалистов сферы здравоохранения, задачи которой заключаются в проверке и повышении качества услуг, предоставляемых участникам программы Medicare.

Количественные ограничения – метод ограничения использования определенного препарата из соображений качества, безопасности или предотвращения необоснованного применения этих препаратов. Ограничения могут касаться количества или срока предоставления препарата по рецепту.

Инструмент для получения сведений о льготах в режиме реального времени – портал или компьютерное приложение, где участники могут найти полную, точную, своевременную, клинически актуальную и персонализированную информацию о фармакологическом справочнике и льготах. Сюда относятся суммы разделения затрат, включенные в формуляр взаимозаменяемые препараты, которые можно использовать для лечения одного и того же заболевания, а также ограничения страхового покрытия (предварительное разрешение, поэтапное лечение, количественные ограничения), которые применяются к взаимозаменяемым лекарственным препаратам.

Направление – письменный документ от вашего основного лечащего врача, который позволяет вам обратиться к узкому специалисту или получить определенные медицинские услуги. Без направления наш план сможет не оплатить услуги специалиста.

Глава 12 Определения

Реабилитационные услуги – сюда относятся реабилитация в условиях стационара, физиотерапия (амбулаторно), терапия при расстройствах речи, а также эрготерапия.

Выбранный препарат – лекарственный препарат, покрываемый по Части D, для которого Medicare достигла договоренности о максимальной справедливой цене.

Зона обслуживания – территория, на которой вы должны проживать, чтобы иметь возможность зарегистрироваться в конкретном плане медицинского страхования. Если план предусматривает ограничения по выбору врача или больницы, понятие «зона обслуживания» также подразумевает регион, в пределах которого можно получать плановые услуги (не считающиеся экстренной помощью). Если вы переезжаете на постоянное место жительства за пределы зоны обслуживания, вы будете исключены из плана.

Услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода (SNF) – уход квалифицированных медсестер и реабилитационные услуги, предоставляемые на ежедневной основе в учреждении с сестринским уходом. Примерами таких услуг могут послужить физиотерапия или внутривенные инъекции, которые могут делать только дипломированные медсестры или врачи.

План для лиц с особыми потребностями – особый тип плана Medicare Advantage, в рамках которого лицам, принадлежащим к определенным группам (например, людям, которые одновременно застрахованы в Medicare и Medicaid, проживают в учреждениях с сестринским уходом или страдают определенными хроническими заболеваниями), оказываются дополнительные услуги.

Стандартное разделение затрат – это разделение затрат, отличное от льготного разделения затрат, предлагаемое аптекой, входящей в сеть.

Поэтапное лечение – порядок, при котором перед получением изначально прописанного врачом препарата необходимо сначала попробовать использовать другой препарат.

Дополнительное пособие для малоимущих (SSI) – ежемесячное пособие, выплачиваемое Управлением социального обеспечения людям с ограниченными доходами и ресурсами, которые имеют инвалидность, лишены зрения или достигли 65-летнего возраста. Пособие SSI отличается от льгот социального обеспечения.

Срочно необходимые услуги – покрываемые планом услуги, предполагающие незамедлительное оказание медицинской помощи в неэкстренной ситуации, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или если с учетом времени, места и обстоятельств нецелесообразно получать соответствующие услуги у сетевых поставщиков. Примерами срочно необходимых услуг являются услуги,

Глава 12 Определения

которые требуются при внезапных заболеваниях и травмах, а также при неожиданных обострениях существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые посещения врача (например, ежегодные осмотры) не относятся к срочно необходимым услугам, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

Отдел обслуживания участников плана *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

Способ связи	Отдел обслуживания участников: контактная информация
Телефон	1-800-362-2266 Звонки на данный номер бесплатные. Звонки на данный номер бесплатные: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных. Отдел обслуживания участников (тел.: 1-800-362-2266, пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) также предлагает бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским.
ТТУ	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки на этот номер бесплатны и принимаются с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных.
Адрес для письменной корреспонденции	ElderServe MAP Attn: Member Services 80 West 225th Street Bronx, NY 10463
Веб-сайт	www.ElderServeHealth.org

Программа информирования, консультаций и помощи по вопросам медицинского страхования (HHCAP) (программа SHIP в New York)

HHCAP – это государственная программа, финансируемая федеральным правительством и созданная с целью предоставления на местах бесплатных консультаций лицам, участвующим в программе Medicare.

Способ связи	Контактная информация
Телефон	1-800-701-0501
ТТУ	212-504-4115 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
Адрес для письменной корреспонденции	New York City Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392 Nassau County Department of Human Services Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Boulevard Suite #260 Uniondale, NY 11553

	Westchester County Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
Веб-сайт	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

Заявление о раскрытии информации согласно PRA В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота от 1995 г. (PRA), отвечать на запрос информации следует только в том случае, если запрос содержит действительный контрольный номер OMB.

Действительный номер OMB для данного запроса информации: 0938-1051. Если у вас есть какие-либо замечания или предложения по улучшению данной формы, отправьте их в письменном виде на следующий адрес: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.